Upprättare: Margareta E Berger

Fastställare: Martin Andersson

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse 2023, Hälso och sjukvårdsförvaltningen Region Gävleborg



Kopians giltighet g tsdatumet

Inledning

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §
Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar samt att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år, finnas tillgänglig för den som vill ta del av del av den och den bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.



Källa:
Socialstyrelsen ”Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024”

Kopians giltighet är begränsad till utskriftsdatumet

Innehåll

1. Sammanfattning 4
2. Grundläggande förutsättningar för säker vård 6
2.1. Engagerad ledning och styrning 6
2.1.1. Övergripande mål och strategier 6
2.1.2. Organisation och strategier 7
2.1.3. Stödfunktioner för patientsäkerhetsarbetet 7
2.1.4. Regional strategi för patientsäkerhet 9
2.1.5. Samverkan för att förebygga vårdskador 9
2.1.6. Program för god och jämlik hälsa 11
2.1.7. Informationssäkerhet 11
2.2. En god säkerhetskultur 12
2.2.1. Medarbetarenkät 12
2.2.2. Patientsäkerhetsrond/dialog 12
2.2.3. Patientsäkerhet på HSL+ 13
2.3. Adekvat kunskap och kompetens 13
2.3.1. Kompetensutveckling och fortbildning 13
2.3.2. Utbildningstjänster 13
2.3.3. Utveckling av AT- och BT-tjänster 13
2.3.4. Introduktion 14
2.3.5. Säker bemanning och schemaläggning 14
2.3.6. Oberoende av hyrbemanning 14
2.4. Patienten som medskapare 14
2.4.1. Fokus på patienten som medskapare vid utbildning 15
2.4.2. Struktur för patient/brukarinflytande i region Gävleborg 15
2.4.3. Insatser på mikronivå under 2023 15
2.4.4. Insatser på mesonivå under 2023 16
2.4.5. Insatser på makronivå under 2023 16
2.4.6. Fast vårdkontakt och behandlande roll 17
2.4.7. Patientkontrakt 17
3. Agera för säker vård 18
3.1. Ökad kunskap om inträffade vårdskador 18
3.1.1. Trycksår 18
3.1.2. Fall och fallskador 19
3.1.3. Basala hygienrutiner och klädregler 19
3.1.4. Vårdrelaterade infektioner 20
3.1.5. Åtgärder från enheten för Vårdhygien 20
3.1.6. Diagnostiska misstag 20
3.1.7. Läkemedel och klinisk farmaci 21
3.1.8. Antibiotikaförskrivning 21
3.1.9. Beroendeframkallande läkemedel 22
3.2. Tillförlitliga och säkra system och processer 23
3.2.1. Egenkontroll och ledningssystem 23
3.2.2. Produktions- och kapacitetsstyrning (PKS) 23
3.2.3. Prövning av barnets bästa 23
3.2.4. Säker utbildning 24
3.2.5. Hygienkommitté 24
3.2.6. Omvårdnadsråd 24

Kopiering förbjuden. Gäller endast utskriftsdatumet

3.2.7. Kunskapsstyrning 24
3.2.8. Cosmic – Framtidens vårdinformationsstöd (FVIS) 26
3.3. Säker vård här och nu 26
3.3.1. Överbeläggningar och utlokaliserade 27
3.3.2. Tillgänglighet till vård 27
3.3.3. Vaccinationer 28
3.3.4. Säkring av försörjningsflöden 28
3.3.5. Hållbart regelverk för medicintekniska produkter 28
3.3.6. Framtidsbygget 29
3.3.7. Min vård Gävleborg 29
3.3.8. Riskhantering 29
3.4. Stärka analys, lärande och utveckling 30
3.4.1. Händelseanalyser 30
3.4.2. Lex Maria 31
3.4.3. Anmälan av legitimerad personal 31
3.4.4. Inspektionen för vård och omsorg, IVO 31
3.4.5. Hantering av klagomål och synpunkter 32
3.4.6. Patientnämnden 32
3.4.7. Avvikelser 33
3.4.8. Markörbaserad journalgranskning 34
3.4.9. Kartläggning av återinskrivningar 34
3.4.10. Kvalitetsregister 34
3.4.11. Patientenkäter – patientupplevd vårdkvalitet 34
3.5. Öka riskmedvetenhet och beredskap 35
3.5.1. Kliniskt träningscentrum (KTC) 35
3.5.2. Folkhälsa och hållbarhet 35
3.5.3. Katastrofmedicinsk beredskap 36
3.5.4. Omställning för God och Nära Vård (GONV) 36
4. Mål, strategier och utmaningar för kommande år 36
4.1. Verksamhetsplan 2024 36
4.2. Regional strategi för patientsäkerhet 37
4.3. Prioriterade aktiviteter 2024 37

1. Sammanfattning

Region Gävleborgs patientsäkerhetsarbete bygger på att det i verksamheten pågår ett systematiskt, långsiktigt och metodiskt arbete för att minska vårdskador. Patientsäkerhetsberättelsen utgör en redovisning av det arbete som bedrivits inom patientsäkerhetsområdet, visar uppnådda resultat samt sätter en riktning för det kommande arbetet. Integrering av patientsäkerhet i systemet för kunskapsstyrning har fortsatt, chefläkare och chefsjuksköterska deltar som stödfunktion i kunskapsstyrningsrådet för att säkerställa patientsäkerhetsperspektivet.

Chefläkare företräder området patientsäkerhet i Hälso och sjukvårdens ledningsgrupp. Chefläkare och chefsjuksköterska deltar även i HSL+ den utökade ledningsgruppen med hälso och sjukvårdens verksamhetschefer.

Region Gävleborg har under året arbetat inom många områden för att stärka patientsäkerheten.

Arbetet med att ta fram en regional strategi för ökad patientsäkerhet har genomförts under året och har blivit fastställd i januari 2024.

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

Utmaningarna att arbeta patientsäkert ökar i hälso- och sjukvården från år till år, så även i Gävleborg och bakgrunden till detta är främst kompetensförsörjningen med svårigheterna att rekrytera och behålla personal. Under året har ett stort arbete gjorts för att minska andelen hyrpersonal då egenanställda medarbetare är avgörande för kontinuitet och kvalitetsutveckling i verksamheterna. Detta tillsammans med den demografiska utvecklingen och det oroliga omvärldsläget har vidare krävt att vi under året startat ett arbete kring prioriteringar och förändrade arbetssätt i hela Hälso-sjukvården.

Samtliga verksamhetsområden har beskrivit sitt patientsäkerhetsarbete och mål för 2023 i en egen Kvalitet och Patientsäkerhetsberättelse.

Viktiga framsteg

- Region Gävleborgs förmåga att förbättra tillgängligheten till vård och behandling ligger i framkant nationellt.
- Nationell patientenkät har genomförts under 2023. Resultatet visar genomgående på höga värden på patientupplevd kvalitet.
- Uthämtad mängd narkotika på recept förskrivna från primärvården i Gävleborg fortsätter att minska under 2023. Även övriga verksamheter minskar om än i lägre takt.
- Även i år har omvårdnadsdagar genomförts och varit välbesökta.
- Diagnostiska misstag, utbildning har genomförts och process för implementering fortsätter.
- Under 2023 bildas ett koncernövergripande ”lednings- och kvalitetsråd” under ledning av regionens stabschef för hälso- och sjukvård.
- Tjänsten Min vård Gävleborg har i oktober 2023 driftsatt den så kallade barnmodellen vilket gav verksamheter som enbart hanterar barn möjlighet att använda systemet.
- Region Gävleborg förbereds under året för införandet av Cosmic – Framtidens vårdinformationsstöd (FVIS).

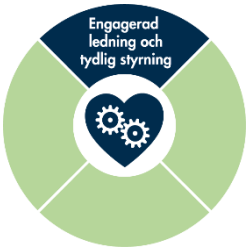
Förbättringsområden

- Fortsatt arbete mot målet att minska andelen patienter med trycksår och vårdrelaterade infektioner.
- Fortsatt arbete mot att nå målet för basala hygienrutiner och klädregler.
- Patienten som medskapare. Fortsatt arbete för patient- och/eller närstående delaktighet i vården.
- Fortsatt utvecklingsarbete avseende samverkan vid vårdens övergångar.
- Fortsatt arbete för att nå en stabil och varaktig bemanning med egna medarbetare och bli hyroberoende.
- Fortsatt arbete med att minska antibiotikaförskrivning inom regionen. Sedan andra kvartalet 2023 når Gävleborg inte längre det nationella målet.
- Prioriterat arbete med att implementera personcentrerade arbetssätt och förtydliga arbetet med vårt gemensamma ansvar för vår gemensamma patient.
- Fortsatt utveckling av nya arbetssätt för att öka samordning, kvalitet, personcentrering och patientsäkerhet. Ett exempel är mobila team som bemannas av flera huvudmän och gör en helhetsbedömning och insats efter behov hemma hos sköra patienter, med syfte att förebygga sjukhusvård.

Kopians giltighet garanteras ej efter utskriftsdatumet

2. Grundläggande förutsättningar för säker vård

2.1. Engagerad ledning och styrning



En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer.

2.1.1. Övergripande mål och strategier

PSL 2010:659, 3 kap. 1 §, SOSFS 2011:9, 3 kap. 1-3 §

Regionfullmäktige fastställer politisk inriktning för Region Gävleborg och har beslutat om budget 2023 och ekonomisk plan för 2024-2025. I denna planen framgår de politiska prioriteringarna, varav ett område är ***Trygg och säker vård***. För området trygg och säker vård av hög kvalitet avser man att följa upp utifrån följande parametrar:

- Tillgänglighet
- Patientnöjdhet
- Kvalitet

Hälso- och sjukvårdsnämnden har tagit fram en årsplan för 2023-2025. Här presenteras ett antal övergripande mål:

- Underlätta för delaktigheten hos patienterna
- En effektiv och tillgänglig vård
- En jämlik vård
- En ökad grad av tillitsbaserad styrning

Beträffande patientsäkerhet skriver Hälso- och sjukvårdsnämnden att patientsäkerheten och kvalitén i vården behöver fortsätta utvecklas. De kommande åren kommer den slutna och öppna vården inom psykiatrin vara prioriterad.

Hälso och sjukvårdsförvaltningens verksamhetsplan för år 2023 stödjer den politiska inriktningen. Region Gävleborg Hälso-och sjukvård Verksamhetsplan 2023

Tre prioriterade områden är:

- God och Nära vård i Gävleborg
- Kvalitet och utveckling
- Hållbart medarbetarskap och ledarskap

Verksamhetsplanen fastställer fem strategier för arbetet under 2023

- Samarbete kring patienten
- På rätt sätt
- Hälsosamt liv
- För varje individ
- Tillitsbaserad ledning och styrning

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatum

2.1.2. Organisation och strategier

PSL 2010:659, 3 kap. 1 § och 9 §, SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 § p 1

Regionstyrelsen = vårdgivaren är ytterst ansvarig för patientsäkerheten och är skyldig att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete inom regionen.

Hälso- och sjukvårdsnämnd (HSN) har ett delegerat ansvar som vårdgivare. HSN planerar, leder och kontrollerar att patientsäkerhetsarbetet bedrivs enligt fastställda lagar, direktiv och styrdokument så kravet på god vård tillgodoses.

Hälso- och sjukvårdsdirektör (HSD) är funktionsansvarig för patientsäkerhetsarbetet inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen**.** HSD fastställer Kvalitet och patientsäkerhetsberättelse samt regiongemensamma styrdokument för hälso- och sjukvården.

Biträdande Hälso- och sjukvårdsdirektör har ett övergripande ansvar för kvalitets- och patientsäkerhetsarbete inom förvaltningens verksamheter.

Verksamhetschef (VC) Ansvarar för att diagnostik, behandling och omvårdnad bedrivs på ett säkert sätt. I ansvaret ingår att genomföra och följa upp beslutade mål och strategierna i patientsäkerhetsarbetet samt att implementerade rutiner finns för hur patienter, anhöriga och personal tas om hand och får stöd vid allvarlig händelse. Verksamhetschef rapporterar till, utreder och samarbetar med chefläkare vid risk för eller inträffad vårdskada.

Vårdenhetschef (VEC) Ansvarar för tillämpning av fastställda styrdokument. Ansvarar för att tid avsätts för förbättringsarbeten, riskanalys och händelseanalys samt att implementerade rutiner tillämpas.

Medarbetare arbetar utifrån regionens regelverk och tillämpar fastställda styrdokument. Medverkar i utrednings- och utvecklingsarbetet av patientsäkerhetsområdet samt i förbättringsarbete.

2.1.3. Stödfunktioner för patientsäkerhetsarbetet

Patientsäkerhet och Vårdkvalitet har uppdrag att stödja ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och patientsäkerhetskulturen inom Hälso och sjukvården. Chefläkare ansvarar för anmälnings-skyldigheten enligt lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg (IVO), i samarbete med och som stöd för verksamhetschefer. Chefsjuksköterskan ansvarar för att stötta och utveckla det strategiska omvårdnadsarbetet inom regionen.

Kvalitetssamordnare/motsvarande är verksamhets- och vårdenhetschefens stöd i kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet.

Hälso och sjukvårdens gemensamma resurser (HSR) är en avdelning inom Hälso och sjukvårdsförvaltningen vars uppdrag är att stötta hälso och sjukvården:

- Ledningsstöd Hälso och sjukvård
- Läkemedelsenhet
- Utvecklingsenhet och Vårdhygien
- Medicinsk teknik
- Central smittspårning
- Vaccinationssupport
- Centrum för klinisk utbildning
- Kliniskt träningscentrum
- Samordning kunskapsstyrning hälso- och sjukvård

Kopian är giltig i 30 minuter från utskriftsdatum

Stabschef HSR har ansvar att samordna och prioritera resurser samt beakta och lyfta upp patientsäkerhetsfrågor i Hälso- och sjukvårdsnämnden, Hälso- och sjukvårdsledningen (HSL) och FSAM.

Centrum klinisk utbildning ska inom aktuellt område i nära samverkan med Region Gävleborgs (RG) övriga verksamheter, länets kommuner, universitets och högskolor, bidra till att hälso-och sjukvårdens verksamheter oavsett driftform, har ändamålsenliga förutsättningar att bedriva god klinisk utbildning, handledning och utveckling inom dessa områden. Samt bidra till hälso- och sjukvårdens strategiska kompetensförsörjning och kompetensutveckling, genom en effektiv och driftneutral utbildningsverksamhet med hög kvalitet.

Enheten för Vårdhygien har övergripande uppdrag är att minska och förebygga vårdrelaterade infektioner och stoppa smittspridning inom vården, tandvården och omsorgen. Därmed är insatserna också en viktig del i arbete mot antibiotikaresistens. Genom rådgivning, hospiteringar, hygienronder, undervisning samt kvalitetssäkring får vårdens chefer och medarbetare hjälp att ge patienter/vårdtagare en god och säker vård. Vårdhygien stödjer verksamheterna vid BHK-och VRI-mätningar.

Enheten för central smittspårning fungerar numera som en och samma med Telefonsupporten. Det främsta uppdraget är att underlätta för befolkningen att boka tid för vaccination och svara på frågor om vaccinationer.
De vacciner som telefonsupporten och centrala smittspårningen arbetat med under året har varit covid-19, influensa och HPV varav influensa och HPV har implementerats under 2023. Under 2023 har enheten även producerat 11 000 individuella erbjudanden om tid och plats för vaccination med fokus på gruppen som är 80 år eller äldre.
Enheter arbetar utöver vaccinationsuppdraget även med rapportering i SmitNet av positiva antigentester för covid-19 samt administrativt stöd till andra enheter. Under 2023 har enheten sorterat och packat 63 000 smittspårningshandlingar (covid-19) som bevaras på regionarkivet.

Medicinsk teknik deltar i ”Tekniska kommittén” och ”Gaskommittén” vars uppdrag är att stödja verksamhetschefer för en säker teknisk drift för verksamhetskritiska medicinska system och säkerställa kvaliteten på medicinska gasanläggningen. Medicinsk Teknik deltar i upphandlingar för att medverka till att ingångna avtal säkerställer tillgänglighet och kvalitet på medicinteknisk utrustning. Medicinsk Teknik medverkar i verksamheternas teknikronder.

Kliniskt träningscentrum Kliniskt träningscentrum erbjuder utbildning vid vårdens övergång som syftar till stärkt samverkan med kommuner och/eller stöd till vårdverksamheternas samverkan med kommunal vård och omsorg. Utbildningarna riktas mot kommuner och assistansbolag, ibland även patient och/eller anhöriga, inför att patient ska flyttas från sjukhus i regionen.

Inför 2024
Utifrån den beslutade Välfärdsstrategin tar Länsledning fram årliga handlingsplaner för samverkan för att omsätta strategin i konkreta åtgärder. Arbetet med handlingsplan för 2023 samt 2024 har påbörjats.

Läkemedelsenheten samordnar läkemedelsfrågor i regionen och är en stödfunktion för verksamheten i frågor som rör läkemedel, läkemedelshantering och stödsystem. Läkemedelsenhetens medarbetare arbetar på vårdavdelningar och i primärvård, utför kvalitetsuppföljning av vårdens läkemedelshantering samt ansvarar för läkemedelsförsörjningen till sjukvården.

Smittskydd Gävleborg har det regionövergripande myndighetsansvaret för länets smittskyddsarbete som regleras bl. a av smittskyddslagen. Smittskydd Gävleborg arbetar med att förebygga och minska risken för spridning av smittsamma sjukdomar till och mellan människor. Smittskyddsenheten följer smittskyddsläget i länet och kontaktar läkare, verksamhetschefer och Hälso- och sjukvårdsdirektör i ärenden som rör anmälningspliktiga sjukdomar. Smittskyddsenheten har även kontakt med allmänhet och övriga myndigheter i länet beträffande smittskyddsfrågor. Smittskyddsläkaren ansvarar för epidemi- och pandemiplanering i regionen.

Kopia är giltig i 24 timmar efter utskriftsdatumet

Lokal Stramagrupp är en strategigrupp som verkar för en rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens. Strama samverkar med aktörer som förskriver antibiotika.

Centrum för Forskning och Utveckling Gävleborg (CFUG) stödjer och stimulerar till forskning och utveckling inom regionen samt bidrar till att ökad FOU-kompetens uppnås och används för att förbättra kvaliteten i landstingets olika verksamheter.

Samhällsmedicin Gävleborg ansvarar för övergripande analyser, ger förslag till förbättringsområden samt samordnar Regionens medverkan i den Nationella Patientenkäten.

Ledningssystemsamordnare ansvarar för att regionens ledningssystem har en struktur och utveckling så det uppfyller kraven i SOSFS 2011:9.

Stabsdirektör för regionstyrelseförvaltning ansvarar för arbete i det koncernövergripande Lednings- och kvalitetsrådet vars syfte är att säkerställa dialog kring och utveckling av ledningssystem i Region Gävleborg

Internkontrollenheten säkerställer att det finns övergripande arbetssätt, metoder och verktyg för intern kontroll och riskanalyser.

Folkhälsa och hållbarhet är ett kunskapsstöd i det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet gentemot hälso- och sjukvården. Avdelningen verkar för en god jämställd och jämlik hälso- och sjukvård. Avdelningen verkar också för att hälsofrämjande insatser integreras i hälso- och sjukvårdens verksamhet samt att patientinformation målgruppsanpassas för en vård på lika villkor.

Patientnämnden stödjer patienter och närstående som har synpunkter på vården samt bidrar med erfarenheter från dokumentation och analys av patientsynpunkter till hälso- och sjukvårdens ledning.

2.1.4. Regional strategi för patientsäkerhet

En nationell handlingsplan för patientsäker vård framtagen av Socialstyrelsen finns sedan 2020. Ett förarbete i syfte att ta fram en regional strategi för patientsäkerhet har skett tidigare år.

Insatser 2023
En Regional strategi för patientsäkerhet är nu fastställd i regionen. Strategin bygger på den Nationella handlingsplanen för patientsäkerhet. Strategin syftar till att tydliggöra vilka förutsättningar och områden som är viktiga för en säker vård så ingen drabbas av vårdskada. I strategin finns olika mål beskrivna som stöd till verksamheten.
Strategin innehåller fyra områden som under 2022 togs fram som prioriterade och viktiga områden att arbeta med för en säker vård:

- Tillgängliga och säkra processer mellan aktörer
- Adekvat kunskap och kompetens
- Säkra processer i vård och behandling
- Patienten som medskapare

Ett verktyg (Stratsys patientsäkerhetsmodul) har upphandlats i syfte att underlätta för verksamheten att arbeta systematiskt med patientsäkerhet.

2.1.5. Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS 2011:9 4 kap. 6 § och 7 kap. 2 § p 3

Under 2023 har fortsatt utveckling skett för att tydliggöra vårt gemensamma ansvar för vår gemensamma patient/brukare. Det strategiska arbetet sker inom Länsledning Välfärd som består av förvaltningschefer inom socialtjänst, omsorg/omvårdnad, utbildning inom kommunerna samt inom Region Gävleborg. Uppdraget är att på övergripande nivå ansvara för att identifiera, initiera, leda och utvärdera samt utveckla gemensamma samverkansfrågor i Gävleborgs län.

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

2.1.5.1. Samverkanslagen

Länsledning Välfärd ansvarar att följa upp samverkanslagen. Under året genomfördes fyra samverkansdagar. Syftet och målet med dagarna var att säkerhetsställa att lagen samt överenskommelsen om samverkan mellan region och kommun vid utskriven sluten hälso-och sjukvård följs.

Inför 2024
Under 2024 planeras nya samverkansdagar där deltagarna får arbeta utifrån patientfall.

2.1.5.2. Egenvårdslagen

En partsammansatt arbetsgrupp med chefer från socialtjänst, kommunal hälso- och sjukvård, elevhälsan, regionens primärvård, både privat och offentlig, regionens slutenvård, både vuxen och barn, träffades regelbundet under 2023 för att ta fram en gemensam samverkansrutin gällande egenvård samt att få en samsyn kring egenvård.

Inför 2024
Arbete pågår och fortsätter under 2024 att implementera rutinen samt stödja verksamheterna.

2.1.5.3. Välfärdstrategi Gävleborg i samverkan

Syftet med välfärdsstrategin är att tydliggöra det gemensamma välfärdsuppdraget och ge förutsättningar för att samordna kompetensen genom att sätta fokus på välfärdssystemet som helhet. Syftet är också att tydliggöra inriktning och struktur för välfärdsarbetet, och utgöra underlag för att kunna göra gemensamma prioriteringar. Länsledning Välfärd har tagit fram en handlingsplan för områden som särskilt skulle beaktas under 2023. Handlingsplanens aktiviteter följdes upp genom ABCD rapport i december 2023.

Inför 2024
Handlingsplan för 2024 tas fram i januari 2024.

2.1.5.4. SIP (samordnad individuell plan)

Brukarrevisioner av utförda SIP (samordnad individuell plan) har genomförts. Under 2023 har brukarrevisionerna arbetat med att tillgängliggöra länsöverenskommelsen missbruk och beroende så den blir mer användarvänlig för brukare.

2.1.5.5. Utbildning i samverkan

Kliniskt träningscentrum erbjuder utbildning vid vårdens övergång som syftar till stärkt samverkan med kommuner och/eller stöd till vårdverksamheternas samverkan med kommunal vård och omsorg. Utbildningarna riktas mot kommuner och assistansbolag, ibland även patient och/eller anhöriga, inför att patient ska flyttas från sjukhus i regionen.

2.1.5.6. Suicidprevention

Lokal arbetsgrupp (LAG) för suicidprevention inom ramen för Kunskapsstyrning etableras och genomför flertalet insatser under.

Insatser 2023

- Enkätundersökning med berörda Utbildningar i samverkan mellan regionen och kommunerna i länet. Exempel är: Utbildning i MHFA (första hjälpen i psykisk hälsa).
- En E-utbildningen Psyk-e bas Suicid.
- Tillsammans med brukarorganisationerna har en folder med närståendefokus som innehåller stöduppgifter samt kontaktuppgifter tagits.
- Workshops har hållits i samverkan för att stötta kommunerna i att komma igång med lokala suicidpreventiva handlingsplaner.
- Uppföljning har skett för att inventera hur många medarbetare som har kännedom av MHFA samt hur många medarbetare som har utbildats av instruktörerna. I länet finns nu många

Kopians giltighet garanteras ej vid utskriftstillfället

utbildade MHFA-instruktörer för att utbilda medarbetare inom kommunerna samt civilsamhälle framåt.

Inför 2024
Vidare uppföljning och stöd av MHFA (första hjälpen i psykisk hälsa).

2.1.6. Program för god och jämlik hälsa

I förvaltningens verksamhetsplan har ett av de övergripande målen varit ”Minskat utanförskap”. Som stöd till verksamheter att genomföra fördjupade analyser gällande ojämlikhet eller omotiverade skillnader i vården och därefter kunna prioritera och besluta om åtgärder finns stödmaterial tillgängligt på Plexus. Även inom det lokala kunskapsstyrningsarbetet har insatser gjorts i syfte att stärka medvetenheten om att stödmaterialet kan användas i arbetet med att implementera och tillämpa nationellt framtagna kunskaps-stöd, i syfte att stödja medborgarnas tillgång till en god och jämlik hälso- och sjukvård.

Under 2023 utlyste Hållbarhetsnämnden *Utvecklingsmedel för god och jämlik hälsa.* Utvecklingsmedlen syftar till att stimulera utvecklingsarbeten så som utvecklade analyser, förbättrade arbetssätt, framtagande av metoder och material för att främja förbättrade livsvillkor, mer likvärdiga möjligheter, mer jämlik hälso- och sjukvård och tandvård, samt god och jämlik hälsa för alla i Gävleborg.

Sju verksamheter inom Hälso-och sjukvården beviljades medel för sina utvecklingsförslag som sedan genomförts under året.

Utvecklingsmedel till utvecklingsarbete - Region Gävleborg (regiongavleborg.se)

2.1.7. Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §
Region Gävleborg arbetar riskbaserat och systematiskt med informationssäkerhet. Arbetet bedrivs enligt regionens ledningssystem för informationssäkerhet (LIS) som även inkluderar arbetet med dataskydd.

Region Gävleborgs informationssäkerhetsarbete följs upp på strategisk, taktiskt och operativ nivå.

Insatser 2023
Utförda uppföljningar visar på en god nivå av informationssäkerhet, det finns ett behov av att stärka arbetet kring riskanalys samt kontinuitetshantering. Dessa två områden kommer att vara fokusområden under 2024.

Utbildningsmaterial för personal som arbetar vårdnära har tagits fram/uppdaterats, exempelvis en ny utbildning om barn med skyddsbehov och åtgärder som kan vidtas.

Region Gävleborg samarbetar aktivt inom Sjukvårdsregion Mellansverige avseende informationssäkerhet och många gemsamma aktiviteter har genomförts under året för att stärka arbetet gemensamt.

Inför 2024
Under 2024 ska ett systemutbyte ske av vårdinformationsystem och under året har mycket resurser använts för att förbereda informationssäkerhetsarbetet inför utbyte, exempelvis genom att uppdatera behovs- och riskanalyser, genomföra konsekvensbedömning enligt dataskyddsförordningen samt lämplighetsbedömning enligt offentlighets- och sekretesslag (2009:400).

2.1.7.1. Strålskydd

SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §
I regionens strålsäkerhetsarbete har olika åtgärder och kontroller genomförts enligt plan under det aktuella året. Strålskyddskommittéer, strålskyddsronder och revisioner har fokuserat på optimeringsmöten, doskontroller och säkerställande av överensstämmelse med dosstandarder. Personalen har kontinuerligt fått teoretisk och praktisk utbildning i strålskydd.

Kopians giltighet garanteras endast vid utskriftstillfället

Under året har avvikelser utretts avseende strålsäkerhet, men dessa har varit av mild allvarlighetsgrad och har inte krävt rapportering till Strålsäkerhetsmyndigheten (SSM).

Reviderade föreskrifter från Strålsäkerhetsmyndigheten beaktas i det övergripande strålsäkerhetsarbetet inom regionens hälso- och sjukvård.

2.2. En god säkerhetskultur



En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet. Arbetet med att förbättra patientsäkerhetskulturen har fortsatt på olika nivåer i organisationen trots pandemin.

2.2.1. Medarbetarenkät

Hållbart Säkerhetengagemang (HSE) innefattas i medarbetarenkäten och en mätning genomfördes under våren. HSE är ett sätt att mäta patientsäkerhetskulturen i en organisation. Resultatet visade ett index på 76 att jämföra med 2021 då index var 80. Det finns inget målvärde för indexet.
Det finns en stor variation av resultatet mellan olika vårdenheter. Det sjunkande värdet är svårt att analysera eftersom resultatet jämförs med ett resultat under/direkt efter pandemin. Tidpunkten för mätningen hade flyttats från hösten och erfarenheter visar att mätningar under våren generellt ger lägre resultat.
Verktyget Säkerhetskulturtrappan har erbjudits som stöd till verksamheten när de arbetar med resultatet.

2.2.2. Patientsäkerhetsrond/dialog

Ett arbetssätt med patientsäkerhetsrond/dialog genomförs inom verksamhetsområden och är väl förankrat. Målet med patientsäkerhetsrond/ dialog är att:

- Identifiera styrkor och områden att arbeta vidare med i verksamhetsområdets patientsäkerhetsarbete.
- Bygga en patientsäkerhetskultur där engagemanget för patientsäkerhetsfrågor är synligt för alla i hela organisationen.

Under 2023 genomfördes sexton ronder/dialoger med representation från högsta ledningen, chefläkare, patientsäkerhetsenheten, HR och läkemedelsenheten. Verksamheterna får en skriftlig återkoppling med framgångsfaktorer och rekommendationer och förväntas ta fram aktiviteter i verksamhetsplanen för sitt förbättringsarbete. Nedan följer några exempel.

Uppmärksammade framgångsfaktorer:

- Ledningsgrupperna engagerade i patientsäkerhet.
- Många enheter använder eller tänker starta upp Gröna Korset
- Trygg personal

Rekommendationer:

- Stärk medarbetarna i att anmäla avvikelser och visa att det handlar om att ändra systematiska problem och inte påtala fel hos individer
- Säkerställ att BHK-, VRI- och Trycksårsmätningar genomförs, efterfråga resultaten samt förmedla i arbetsgrupperna.
- Utbildning i patientsäkerhet till medarbetarna. Använd socialstyrelsens utbildning i patientsäkerhet: Socialstyrelsen utbildning

Inför 2024
Patientsäkerhetsronder/dialoger pausas 2024 till förmån för implementering av Region Gävleborgs regionala patientsäkerhetsstrategi.

Kopiant gilt ej garanterad

2.2.3. Patientsäkerhet på HSL+

Enheten för Patientsäkerhet och vårdkvalitet med chefsjuksköterska och chefläkare har under våren haft dialog kring aktuella patientsäkerhetsfrågor vid en stående punkt på månatlig ledningsgrupp för hälso och sjukvårdens ledningsgrupp, verksamhetschefer och enhetschefer inom staben (HSL+). På grund av ändringar i HSL+ mötesstruktur finns den punkten inte kvar som stående punkt.

2.3. Adekvat kunskap och kompetens

En grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete.

2.3.1. Kompetensutveckling och fortbildning

Verksamhetsförlagd utbildning: Under 2023 har 1 485 specifika individer haft någon form av verksamhetsförlagd utbildning (praktik) inom hälso-och sjukvården, vilket innebär totalt 7 954 studerandeveckor.
De största volymerna utgörs av studerande inom sjuksköterske-, vård och omsorg- och läkarprogrammet.
Parallellt med detta har hälso-och sjukvården tagit emot 183 elever från grundskolan för PRAO.
Under året har central samordning skett av 26 utbildningar.

Omhändertagande av psykiatriska patienter: Under 2023 har KTC tillsammans med Vuxenpsykiatrin utbildat hela VO Akut/ambulans för att förbättra omhändertagande av psykiatriska patienter. Utbildningen CIWA-Ar, som även inkluderar diagnostisk säkerhet, har också tagits fram som e-utbildning för att användas i introduktioner inom akut/ambulans och psykiatrin.

Inför 2024
Beslut har tagits av hälso- och sjukvårdens utbildningsforum att via KTC implementera en grundutbildning i bedömning av sviktande patienter för att minimera riskerna för undvikbara vårdskador. Syftet är att höja kompetensen i att tidigt upptäcka en eventuell försämring och påbörja behandling hos patienter som vårdas på sjukhus, och att på ett säkert sätt kunna kommunicera detta till kollegor och medarbetare.

2.3.2. Utbildningstjänster

Hälso- och sjukvårdsförvaltningens behov av specialistkompetens utifrån ett strukturerat arbetssätt kring utbildningstjänster fortgår. Utbildningstjänster avser specialistsjuksköterskeutbildning, specialistutbildning för BMA, legitimationsgrundande psykoterapeututbildning, hälso- och sjukvårdskurator samt specialistundersköterskeutbildning.

Antalet utbildningstjänster per år i regionen är satt till 35 för specialistutbildning sjuksköterska, fem utbildningstjänster gemensamt till leg psykoterapeut, hälso- och sjukvårds-kurator och specialist för biomedicinska analytiker (BMA) samt fem utbildningstjänster till specialistundersköterska. Totalt 45 utbildningstjänster.

2.3.3. Utveckling av AT- och BT-tjänster

Allmäntjänstgöring **(**AT) liksom bastjänstgöring (BT) är en av hälso-och sjukvårdens viktigaste rekryteringsbaser, när det gäller kompetensförsörjning av nya läkare. Därför har det även detta år gjorts en utökning av antalet inrättade AT och BT tjänster.
Det innebär för AT att tidigare 97 tjänster/årsbasis har utökats till 102/årsbasis, genom att intag per år ökades från 58 till 63 AT läkare/år.
För BT har utökningen under året varit 5 tjänster.

Övergång från 21 till 18 månaders AT
Under året övergick AT tjänstgöringen från tidigare 21 månader till 18 månader. Tjänstgöring inom

Kopians riktighet garanteras endast utskriftsdatumet

invärtesmedicin och kirurgi har därmed förkortats med 1,5 månad vardera, tjänstgöringstiden, inom psykiatri och primärvård är oförändrad. Detta i enlighet med Socialstyrelsens krav.

2.3.4. Introduktion

Kliniskt träningscentrum erbjuder introduktionsutbildningar för undersköterskor, sjuksköterskor och läkare som främjar en lärandekultur inom Region Gävleborg.

Omvårdnadsrådet har arbetat med att utveckla introduktionsutbildningen för sjuksköterskor. Syftet är att skapa en bra start och trygga nyexaminerad sjuksköterskor i rollen för de som är nya i yrket. Introduktionen kommer att implementeras under 2024.

Inför 2024
Nya introduktionsprogrammet påbörjas.

2.3.5. Säker bemanning och schemaläggning

Införande av 11-timmars dygnsvila
Region Gävleborg har från 1 oktober 2023 anpassat schemaläggning för omvårdnadspersonal utifrån Arbetstidslagens anpassning till EU:s arbetstidsdirektiv. Som huvudregel gäller att alla medarbetare i kommuner och regioner ska ha minst 11 timmars sammanhängande dygnsvila under varje 24-timmarsperiod, och att arbetspass ska följas av dygnsvila.

Information om förändringen har gått ut till hela organisationen och dialoger har förts med chefer och medarbetare i berörda verksamheter samt fackliga representanter.

Bemanningsteamet i HR-förvaltningen har stöttat verksamheten i arbetet.

Inför 2024
För läkare gäller införandet av 11 timmars dygnsvila från 1 februari 2024.

2.3.6. Oberoende av hyrbemanning

Hälso- och sjukvårdsdirektören har beslutat att begränsa inhyrningskostnaden till 2 procent av personalkostnaden för sjuksköterskor till 2024-12-31 och för läkare fram till 2025-12-31. Den önskade effekten är stabil egen bemanning för bättre kontinuitet, patientsäkerhet och arbetsmiljö. Region Gävleborg deltar i det nationella projekt där samtliga regioner gått samman med stöd av SKR för att gemensamt bli hyroberoende.

Inför 2024
Ett nytt nationellt avtal för hyrpersonal är nu på plats och Region Gävleborg kommer att sjösättas under våren 2024.

2.4. Patienten som medskapare



En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.
PSL 2010:659 3 kap. 4 §

Arbete pågår för att fortsätta utveckla delaktigheten i vården: dokumenterad överenskommelse, stöd i hur man kan ställa frågorna, mall i journalen där all patientens relevanta information finns samlad i en och samma vy byggs i Cosmic. Möjligheten via anslutning till NPÖ där samtliga huvudmän oavsett journalsystem (vid patientens medgivande) kan dela befintlig överenskommelse för ökad patientsäkerhet och bättre samordning. Ökad kvalitet i läkemedelsinformation är en annan viktig del.

Kopians giltighet garanteras endast vid utskriftstillfället

2.4.1. Fokus på patienten som medskapare vid utbildning

Under 2024 lägger KTC ökat fokus på personcentrering inom simulering och färdighetsträning genom att möjliggöra patientens och anhörigas deltagande i simuleringsövningar. På det sättet inkludera deras viktiga perspektiv i större utsträckning.

2.4.2. Struktur för patient/brukarinflytande i region Gävleborg

	Medverkan i den egna vårdsituationen	Medverkan i utvecklingen av hälso- och sjukvården	Medverkan i ledning och styrning av hälso- och sjukvården
Micronivå (Patientnära verksamhet)	• Medverkan i den egna vårdsituationen – patienten är en jämbördig part i vårdteamet	• Patientberättelser • Patientbank Cancer • Patientnämnden • Patienterfarenheter utifrån egen vårdsituation	–
Mesonivå (Verksamhetsnivå/ Brukarråd/ Arbetsgrupper)	–	• Brukarråd Syn/Hörsel/Psykiatri/Cancer** • Arbetsgrupper/processteam inom Kunskapsstyrningen* • Arbetsgrupper för utveckling av vårdprocess* • Referensgrupp medborgare*	–
Macronivå (Övergripande ledning och styrning/ Strategisk nivå/ Struktur och organisation)	–	• Patient- och närståenderåd RCC	• Funktionsrättsråd Gävleborg • Samverkansgrupp för frågor om funktionsnedsättning • Pensionärsråd • Barn- och ungdomsråd

2.4.3. Insatser på mikronivå under 2023

Personcentrerad vård: Inom flera verksamhetsområden pågår strukturerat arbete för personcentrerad vård. På Bollnäs sjukhus innebär arbetssättet bl.a. att patienten under vårdtiden har en personlig vårddagbok där hen har möjlighet att få individuellt anpassad information och även självständigt kunna uttrycka sig skriftligt med frågor och önskemål. Vid rådgivning via 1177 tillämpas en modell för personcentrerad vård inom ramen för Min vård Gävleborg. Genom att arbeta med vårdplaner och Fast vårdkontakt/behandlande roller ges patienten möjlighet att medverka i vården inom Familjehälsa, Habilitering- och Barnpsykiatri. Inom verksamhetsområdet har man även ett förbättringsområde för att öka antal patienter som tilldelas fast vårdkontakt.

Bedsiderapport: På barn- och ungdomsavdelningarna och på förlossningsavdelningarna arbetar man med bedsiderapporter som kompletteras med bildstöd för att involvera och göra patient och familj delaktig i vården.

Händelseanalyser: Vid utredning av svåra avvikelser, händelseanalyser och Lex Maria anmälningar bjuds patient och anhörig in för medverkan tidigt i processen.

Patientdelaktighet i kvalitetsregister: Patienter registrerar själv sin upplevelse av vården och sitt hälsotillstånd i vissa kvalitetsregister.

Patient- och närståendeutbildning: Verksamheterna bedriver anhöriggrupper, patientskolor, gruppträffar för barn och föräldrar mm utifrån aktuella behov.

Uppföljning efter sjukhusvård: Patienter som vårdats inom intensivvården erbjuds besök på återbesöksmottagning. Patienter som vårdas inom planerad vård ges möjlighet att återkoppla vårdupplevelsen och ställa frågor om nuläge vid telefonuppföljning efter hemgång.

Länets Funktionsrättsråd: Länets Funktionsrättsråd är en organisation för överläggningar, samråd och ömsesidig information på länsplanet mellan företrädare för brukar/intresseorganisationerna och regionen (politiker och tjänstemän). I Länets Funktionsrättsråd diskuteras frågor av övergripande karaktär. Under 2023 har rådet träffats 3 gånger.

Samverkansgrupp för frågor om funktionsnedsättning: Samverkansgruppen för frågor om funktionsnedsättning är ett forum för överläggningar, samråd, ömsesidig information och

Kopians giltighet granskas ej

kunskapsöverföring mellan företrädare för brukar- och intresseorganisationerna och Region Gävleborg (tjänstemän). Samverkansgruppen för frågor om funktionsnedsättning möjliggör för brukar- och intresseorganisationerna att påverka för dem gemensamma och övergripande frågor som beslutas i Region Gävleborg, forumet har träffats 4 gånger under 2023.

Patientnämnden: Under 2023 har 1657 patienter/brukare lämnat synpunkter på sin vård och behandling till Patientnämnden och fått återkoppling från berörd hälso och sjukvårdsverksamhet

Hälsotorg: Till hälsotorgen på Gävle och Hudiksvalls sjukhus kan patienter och anhöriga komma för att få svar på frågor och information om vård och behandling och andra hälso och sjukvårdsfrågor

2.4.4. Insatser på mesonivå under 2023

Personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp Inom ramen för arbetet med kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvård, fortsätter arbetet med att implementera personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp och andra nationella kunskapsstöd.

I arbetet med att implementera de personcentrerade och sammanhållna förloppen är patient/brukarmedverkan etablerad. Som exempel kan nämnas vårdförlopp Höftledsartros och vårdförlopp KOL som har patientrepresentant i processteamet. Vårdförlopp Stroke har ett etablerat samarbete med Strokeförbundet. Inom Osteoporos- sekundärprevention vid fraktur håller processrådet i ett brukarråd sen flera år tillbaka. Sepsis samarbetar med Sepsisfonden. Område Kritisk bensichemi fortsätter arbetet med att genomföra fokusgrupper. Vårdförlopp Kognitiv svikt vid misstänkt demens har involverat närståenderepresentant som föreläst som en del i ett utbildningskoncept med målgrupp yrkesverksamma inom utredning av kognitiv sjukdom/demens. Inom programområde Cancersjukdomar finns styrgruppsrepresentant från patientföreningarna.

Patientföreningar: Samverkan har skett under året mellan verksamhetsföreträdare för aktuell specialitet i brukarråd eller aktuell patientförening.

Patientdelaktighet i förbättringsarbete: Patienter är bl. a delaktiga i förbättringsarbete inom standardiserade vårdförlopp för cancersjukdomar och vid dialogmöten på hälsocentraler.

2.4.5. Insatser på makronivå under 2023

Patient/brukarinflytande: Det finns en personresurs inom Länsledningsstrukturen för att tillgodose medborgares delaktighet.

Under 2023 har ett systematiskt arbetssätt inletts, dvs. på systemnivå, verksamhetsnivå och individnivå för att involvera patienter i det strategiska arbetet.

Ett föreningsnätverk för brukarorganisationer leds av brukarinflytandesamordnare. Ett forum för dialog. Förbereder, förankrar, informerar och bjuder in gäster.

Brukarrådet där två valda representanter från Nationell samverkan för psykisk hälsa (NSPH) anslutna regionala organisationer träffas en 1 gång per termin med syfte att följa upp, utveckla och säkerställa att rätt förutsättningar till brukarinflytande finns på olika nivåer inom vuxenpsykiatrin och primärvården.

Brukarrevisorer har rekryterats och är utbildad inom NSPH i brukarstyrda brukarrevisioner. De har under 2023 arbetat med att utveckla bättre rutiner och regler för arbetsprocessen.
Dialogmöten har skett med alla brukarföreningars medlemmar i syfte att hitta ett gemensamt samtal om viktiga frågor för brukare och närstående, att lära känna varandra mellan verksamheterna och Föreningsnätverket för att lättare kunna ta kontakt och samarbeta för brukarnas bästa även utanför mötesstrukturen.

Inför 2024
Brukarrevisorsgruppen planerar fler utbildningar under 2024.

God och nära vård: Inom ramen för God och Nära Vård ses många konkreta exempel på arbetssätt som syftar till personcentrerad vård inom primärvården.

Kopians giltighet garanteras endast till utskriftsdatum

För fortsatt implementering av personcentrerad vård har utbildning och stöd för ett personcentrerat förhållningssätt påbörjats under 2023. Identifierade hinder för personcentrerat arbetssätt är bemanningsfrågan och behovet av kunskapshöjning gällande systemperspektivet/helhetsperspektivet på patientens vårdupplevelse.

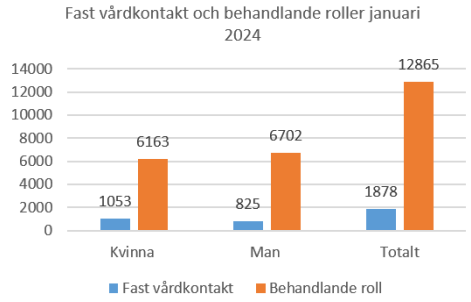
Patientnämnden: Bidrar till kvalitetsutveckling och förbättrad patientsäkerhet genom att göra analyser av inkommande ärenden.
Under 2023 har följande riktade analyser gjorts: ”Klagomål gällande unga vuxna med psykisk ohälsa”, ”Förbättringar och åtgärder i vården utifrån synpunkter och klagomål”, ”Jämlik primärvård” samt ”Vår gemensamma patient”. Samtliga analyser har förmedlats till Hälso- och sjukvårdens ledning för beslut om hur de kan användas i patientsäkerhetsarbetet.

Omvårdnadsdagar: Omvårdnadsrådet genomför utbildningsdagar i omvårdnad riktad till omvårdnadspersonal. Syftet med för att höja kompetensen och stärka personcentrerad omvårdnad i hela hälso- och sjukvården.

Ett mer systematiskt arbetssätt för att involvera patienter/brukare i det strategiska arbetet på **meso** och **makro**nivå i hela vårdkedjan behöver etableras. Konkreta verktyg med bäring på patientsäker vård behövs.
Brukarinflytande samordnare metod, verktyg och aktiviteter på verksamhetsnivå

2.4.6. Fast vårdkontakt och behandlande roll

I september 2020 gjordes en omstart av arbetet med implementering av fast vårdkontakt och behandlande roller.
Redan i slutet av 2022 sågs en ökning av antalet patientkopplingar till fast vårdkontakt. Denna ökning har fortsatt även under 2023.
I slutet av 2022 sågs en betydande ökning av antalet patientkopplingar till behandlande roller. Denna ökning har fortsatt även under 2023.



Statistik med könsfördelning kan endast tas fram som en ögonblicksbild, därav januari 2024

Inför 2024
Fortsatt arbete med att anpassa och justera registrering i och arbetssätt kring befolkningsregistret för att få sökbarhet avseende behandlande roller och fast vårdkontakt

2.4.7. Patientkontrakt

Arbetet med det beslutade pilotprojektet för implementering av patientkontrakt pausas av styrgruppen i april 2023. Detta då det finns en plan med att kunna bygga upp arbetet med patientkontrakt i det nya vårdinformationssystemet Cosmic, utifrån att inga anpassningar kommer att göras i befintliga journalsystem.
Det fortsatta arbetet inväntar en tydligare bild av hur arbetet med patientkontrakt kommer att se ut i Cosmic. Nationellt pågår en utfasning av begreppet Patientkontrakt till förmån för begreppet ”Dokumenterad överenskommelse”.

Kopian hanteras endast utskriftsdatumet

3. Agera för säker vård



SOSFS 2011:9, 5 kap. 2 §, 7 §, 8 §, 7 kap. 2 § p 2, PSL 2010:659, 3 kap. 10 §

Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella och regionala uppgifter.

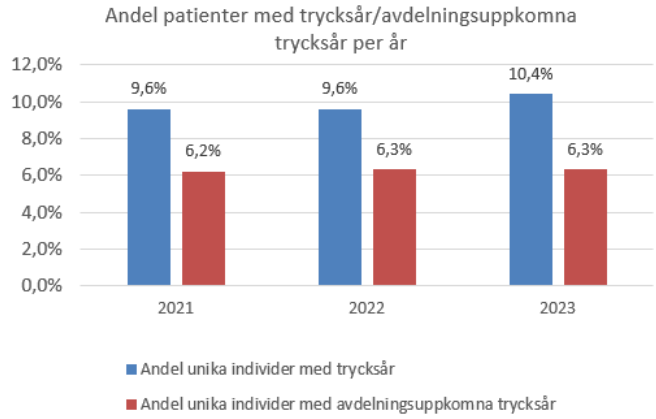
3.1. Ökad kunskap om inträffade vårdskador



SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §
Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.

3.1.1. Trycksår

Mål: Minska andelen trycksår, med delmål att ingen patient ska få avdelningsuppkommet trycksår grad 2-6.
Syfte: Minska patientlidande
Resultat: Enligt resultat från trycksårsmätningar varje månad på somatiska slutenvårdsavdelningar har andelen trycksår ökat till 10, 4 % (jämfört 9,6 % föregående år) och andelen avdelningsuppkomna trycksår kvarstår på oförändrat 6,3 %, se tabell nedan.



Det går inte att få könsuppdelad statistik då fullständigt personnummer inte hämtas från datakälla.

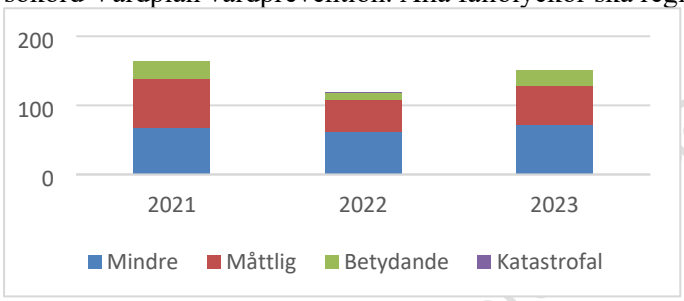
Årligen genomförs en nationell trycksårsmätning. Rikets resultat visar en trycksårsfrekvens på 14 %. Region Gävleborg har i årets nationella mätning resultatet 11 % som är en ökning med 1 % från föregående år.
Åtgärd: De flesta slutenvårdsavdelningar har ett eller flera trycksårsombud, som utför månatliga trycksårsmätningar samt fungerar som stöd för chef och kollegor på enheten inom trycksårsområdet. Varje termin erbjuds nätverksträffar med trycksårsombud, ett samarbete mellan chefssjuksköterska, patientsäkerhetssamordnare och KTC, där trycksårsombuden får ta del av resultat och ny kunskap inom trycksårsområdet, dela erfarenheter och ställa frågor. Under 2023 har bl.a. en samarbetsyta startats upp för att ge ökad möjlighet att nätverka, ställa frågor och hitta samlad information och APT-material i trycksårsprevention har tagits fram. KTC har genomfört utbildning i

Kopias endast utskriftsdatum

trycksårsprevention. Två vårdavdelningar har i slutet av 2023 påbörjat implementeringen av ett nytt Riskbedömningsinstrument för trycksår, Purpose-T.
Analys: Under 2023 har ingen förbättring skett, målet ”Inga avdelningsuppkomna trycksår kategori 2-6” uppnåddes inte (2,6 % avdelningsuppkomna trycksår kategori 2-6). Sextiosju procent av de inneliggande patienterna får riskbedömning inom 24h från ankomst till vårdavdelning vilket i stort är oförändrat mot 2022 (66 %). Trycksår finns inte med som mätetal i Hälso- och sjukvårdens verksamhetsplan och följs därför inte upp med regelbundenhet, vilket kan ha medfört att målet ”Inga avdelningsuppkomna trycksår grad 2-6” inte är så känt ute i verksamheterna. Den bemannings- och vårdplatsproblematik som präglat året kan också bidra till att ingen förbättring skett.

3.1.2. Fall och fallskador

Mål: Minska fallskador
Syfte: Minska risken för fallskador
Resultat: Vi ser en ökning av antalet rapporterade avvikelser gällande fall/fallskador i Platina.
Åtgärd: Målet är att alla inneliggande patienter ska ha dokumenterat fallrisk samt åtgärder under sökord Vårdplan vårdprevention. Alla fallolyckor ska registreras som avvikelser.

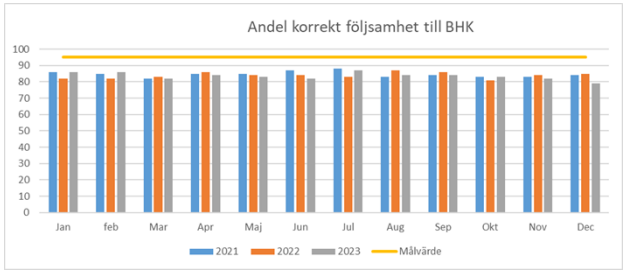


Antal rapporterade fall/fallskador i Platina samt allvarlighetsgrad. Det går inte att få könsuppdelad statistik från Platina Avvikelse.

Analys: Osäkert om antalen fall ökat då det kan ha varit ett ökat fokus på att avvikelserapportera fall. Orsaker till fallskador uppges ofta vara svårighet att få in extravak, konfusion hos patient och nedsatt fysisk förmåga men vi kan även se att man inte utfört riskbedömning och att man inte har satt in fallpreventiva åtgärder. På Strokeavdelningen, Gävle sjukhus har man från vårdenhetschef och medarbetare arbetat strukturerat med Se Upp-omvårdnadsronder och Gröna korset, vilket lett till en minskning av antalet rapporterade fallskador under 2023 till 30 st. jämfört med 51 st. föregående år.

3.1.3. Basala hygienrutiner och klädregler

Mål: Ökad följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler. Mål 95 % följsamhet.
Syfte: Minska risken för vårdrelaterade infektioner
Resultat: Resultatet visar ingen klar förbättring från föregående år.
Åtgärd: Följsamhet till BHK är ett identifierat förbättringsområde inom många verksamhetsområden och ett målområde i den regionala verksamhetsplanen. Under året genomförs utbildning för våra hygienombud för att stärka deras roll samt att säkerställa att de månatliga mätningarna genomförs korrekt.

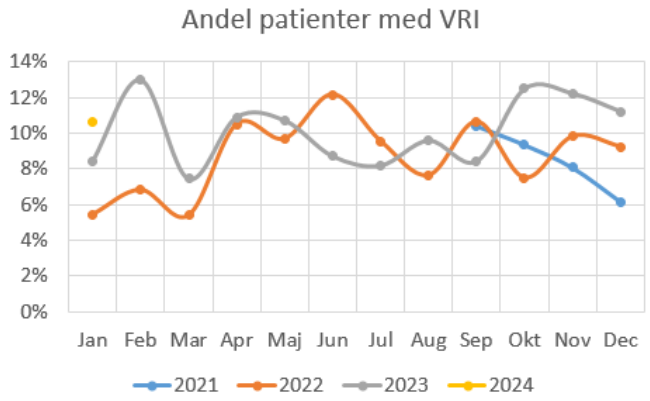


Resultat av punktprevalensmätningar under 3 år. Resultat hämtat från intranätet. Alla enheter har inte utfört BHK mätning

Kopian är giltig t.o.m. fast utskriftsdatumet

3.1.4. Vårdrelaterade infektioner

Mål: Andel inneliggande patienter med vårdrelaterade infektioner, VRI: ≤ 7 %
Syfte: Minska risken för vårdrelaterade infektioner. Vårdrelaterade infektioner (VRI) är den vanligaste typen av vårdskada och orsakar lidande och ibland död för patienten samt kostnader för sjukvården och samhället.
Resultat: 2023 bedöms 10,2 % (8,7 % kvinnor och 11,6% män) av undersökta patienter ha en VRI, vilket innebär att målet inte uppnås.
Varje månad utförs punktprevalensmätning inom somatisk slutenvård.
Åtgärd: Det är ett identifierat förbättringsområde inom många verksamhetsområden, resultaten följs i uppföljning av verksamhetsplaner på verksamhetsområdes- och regional nivå. Aktiviteter som genomförs under året är bland annat utbildningar, framtagande av handlingsplaner, regelbundna uppföljningar av BHK och andelen patienter med VRI.



3.1.5. Åtgärder från enheten för Vårdhygien

Hygienombud: Fysiska hygienombudsmöten har hållits under 2023, totalt åtta stycken halvdagar har genomförs under året. Till några av mötena har även chefer varit inbjudna.

Samverkan med kommunen: Vårdhygien är tillgängliga för telefon- och mailkonsultationer samt närvarande på digitala möten. Hygienronder och utbildningsinsatser har genomförts enligt överenskommelse.

VRE utbrott: Vårdhygien är tillgängliga för telefon- och mailkonsultationer samt närvarande på digitala möten. Hygienronder och utbildningsinsatser har genomförts enligt överenskommelse.

Hospiteringar: Hospiteringar utförs med uppföljningar och punktinsatser. Besök sker efter önskemål av enheter, punktinsatser som görs är exempelvis angående hygien- och klädregler samt förråd-/materialhantering.

Hygienronder: Två ronder är genomförda 2023. Fler ronder kunde inte genomföras relaterat till personalsituationen.

Utbildningar: Vårdhygien genomför regelbundet utbildningar för olika personalgrupper och funktioner inom verksamhetsområdena, till exempel för lokalvårdarna och AT-läkarna, samt efter önskemål på exempelvis hygienveckor och APT.

Rutiner: Vårdhygien skriver och uppdaterar regelbundet rutiner som ett stöd för verksamheterna.

Punktprevalensmätning: På uppdrag av sjukvårdsledningen har Region Gävleborg deltagit i ECDCs europaövergripande punktprevalensmätning för vårdrelaterade infektioner våren 2023.

3.1.6. Diagnostiska misstag

Mål: öka kunskap och medvetenhet inom området diagnostiska misstag hos medarbetare i region Gävleborg med syftet att minska risken för vårdskador.

Kopian är giltig i 24 timmar efter utskriftsdatumet

Resultat: 60 personer genomgår endagsutbildning under 2023.
APT-material används i begränsad omfattning på APT och i ledningsgrupper.
Analys av resultat: De resultat som mäts gäller än så länge endast antal personer som genomgår utbildning och deras uppfattning om förbättrad kunskap.

Åtgärd: Handlingsplan framtagen för 2022 – 2024
APT-material, mall till fickkort, presentation från föreläsning och artiklar inom området finns publicerat på intranätet.
KTC lägger in utbildning och information i sitt ordinarie utbildningsutbud.

3.1.7. Läkemedel och klinisk farmaci

Mål: Andel patienter med ”Enkel läkemedelsgenomgång” ≥ 50 %
Resultat: I genomsnitt hade 19,4 % av patienterna hade en dokumenterad genomförd ”Enkel läkemedelsgenomgång” under 2023. Se tabell nedan uppdelat på år och primärvård, slutenvård och öppen specialistvård.
7 stycken verksamhetsområden fick en journalgranskning med fokus enkel läkemedelsgenomgång presenterad i ledningsgrupp 2023.

	Andel patienter med dokumenterad genomförd enkel läkemedelsgenomgång					
	20222			2023		
	Kvinna	Man	Alla	Kvinna	Man	Alla
Primärvård	5,4 %	5.7 %	6 %	6.3 %	6,7 %	6 %
Specialiserad öppenvård	24,7 %	24,4 %	25 %	24,4 %	24,6 %	24 %
Slutenvård	58,3 %	58,5 %	58 %	62,5 %	60 %	61 %

Åtgärder: Under 2024 utvärderas förbättringsarbetet ”Säkra läkemedelsordinationer” som har pågått sedan 2018, i syfte att stärka implementeringen av enkel läkemedelsgenomgång. Även uppföljning av den webbaserade utbildningen för läkemedelsgenomgångar utförs kontinuerligt var tredje månad.
Analys: Förbättringar gällande enkel läkemedelsgenomgång har setts sedan starten 2018. Det finns dock fortfarande behov av förbättringar gällande enkel läkemedelsgenomgångar varför utvärdering görs.

3.1.8. Antibiotikaförskrivning

Mål: Högst 250 uthämtade antibiotikarecept per 1000 invånare under ett år - Region Gävleborg
Delmål: minst 80 % fenoximetylpenicillin av luftvägsantibiotika till barn.
Delmål: högst 10 % fluorkinoloner av urinvägsantibiotika till kvinnor i ålder 18-79 år.
Mål primärvård: högst 29 uthämtade antibiotikarecept per 1000 listningspoäng under 3 månader och högst 5 Definierade dygnsdoser (DDD) per 1000 listningspoäng avseende förskrivning av fluorkinoloner per hälsocentral.

Resultat 2023: Sedan andra kvartalet når Gävleborg inte längre ner till det nationella 250-målet, genomsnittet för hela året var 255 uthämtade recept på antibiotika, per 1000 invånare. Av det totala antalet uthämtade recept på antibiotika var 60 % utfärdade till kvinnor. Recept på antibiotika utfärdade av aktörer utanför Gävleborg ökar något, framförallt från nätbaserade verksamheter utan fysiska mottagningar.
Analys av resultat: Antalet uthämtade recept på antibiotika ökade under året, men ligger på en ganska stabil nivå strax över det nationella målet på 250 recept per 1000 invånare, vilket är lägre än före Covid19. Framförallt luftvägsantibiotika har minskat och i viss mån urinvägsantibiotika, medan hud- och mjukdelsantibiotika nu är på samma nivå som 2018 och 2019.

Åtgärd: Hälsovalskontoret förmedlar aktuell statistik månadsvis. Strama erbjuder alla hälsocentraler i Region Gävleborg besök för att presentera hur förskrivningen på aktuell hälsocentral ser ut i jämförelse med övriga HC, samt informera om tillgängliga stöd i arbetet och utbildningar. För

Kopia är giltigt gärna tidas om utskriftsdatumet

primärvården finns möjlighet att följa sin förskrivning, och jämföra med andra enheter, i Primärvårdskvalitet via Medrave.
Region Gävleborg deltar även i projektet Antibiotikasmart Sverige som en av fyra regioner utöver aktörer som bl.a. Folkhälsomyndigheten, Strama, ReACT och RISE.

Under 2023 genomförde Strama 25 hälsocentralsbesök. Lokala stramagruppen anser att besöken är av nytta för båda parter och planerar fortsatta besök och även fortsatt månadsvis återkoppling av aktuell statistik.

Inför 2024

Lokala stramagruppen har beslutat att fokusera på hud- och mjukdelsantibiotika under 2024.

3.1.9. Beroendeframkallande läkemedel

Mål: Region Gävleborg - den uthämtade mängden narkotikaklassade läkemedel inte ska överstiga genomsnittet i Riket.

Resultat 2023: Region Gävleborg som helhet minskar den uthämtade mängden narkotika med 10 % räknat i Definierade dygnsdoser (DDD). I dagsläget hämtar Gävleborgs invånare ut 7 % mer narkotikaklassade läkemedel än genomsnittet i riket, föregående år var mängden 11 % mer än i riket. Kvinnor hämtar ut 61 % av den sammanlagda mängden narkotikaklassade läkemedel i urvalet, andelen är något högre i primärvården och lägre i slutenvården – 63 % respektive 58 %.

Mål Primärvården 2023: Hälsocentralerna bör inte överskrida 700 DDD per 1000 listningspoäng, avseende narkotikaklassade läkemedel. Målnivån beslutas av läkemedelskommittén och används av Hälsovalskontoret som grund för målrelaterad ersättning.
Målet delas upp i ”opioider” med målsättning att inte överskrida 150 DDD per 1000 listningspoäng, samt ”övriga narkotika” med målsättning att inte överskrida 550 DDD per 1000 listningspoäng**.**

Resultat Primärvården 2023: Den uthämtade mängden narkotikaklassade läkemedel på recept från primärvården minskar från 929 till 808 DDD, per 1000 listningspoäng under fjärde kvartalet 2023 jämfört med 2022. Mängden opioider minskar från i genomsnitt 224 till 189 DDD per 1000 listningspoäng. Mängden övriga narkotika minskar från i genomsnitt 706 till 620 DDD per 1000 listningspoäng.

Analys av resultat: Uthämtad mängd narkotika på recept förskrivna från primärvården minskar tydligt, medan övriga verksamheter minskar i lägre takt eller är oförändrad. Mängden är fortfarande 8 % större per invånare än genomsnittet i Riket. Data är inte standardiserade utifrån faktorer såsom ålder, kön, socioekonomisk status eller sjukdomsbörda. Användningen av narkotikaklassade läkemedel är större hos kvinnor än hos män, och minskningen är i stort sett lika stor, procentuellt.

Åtgärd: Månadsvis återkoppling med förskrivningsstatistik till hälsocentraler via Hälsovalskontoret samt information från läkemedelskommittén två-fyra gånger per år, för utbildning, information och diskussion på ett flertal ämnesområden. I början av 2023 fastställdes den reviderade rutinen ” Förskrivning av narkotikaklassade läkemedel”. Rutinen syftar till att ytterligare anpassa Region Gävleborgs arbetssätt med narkotisk förskrivning till aktuella nationella behandlingsrekommendationer och föreskrifter på området. Läkemedelskommittén följer även andra vårdgivare än sjukhus och hälsocentraler och uppmärksammar förskrivare på avvikande förskrivningsmönster i förekommande fall.

Uppföljning av åtgärd: Fortsatt arbete i samverkan med hälsocentraler och verksamhetsområden. Att utarbeta former för ett samarbete med slutenvården och, i det sammanhanget, relevanta uppföljningsmått. I primärvården har minskningen av den uthämtade mängden narkotika varit större än i övriga verksamheter, och antalet hälsocentraler som når målet är i stort sett oförändrat trots att målnivån sänkts under de senaste åren. Rutinen ”Förskrivning av narkotikaklassade läkemedel” ger stöd vid t.ex. insättning, utsättning, receptförnyelse och upprättade av behandlingsplan. Ett

Kopian är giltig t.o.m. utskriftsdatumet

strukturerat arbetssätt hos fler vårdgivare förväntas få till följd att förskrivningen av narkotikaklassade läkemedel fortsätter att minska.

Inför 2024
Läkemedelskommittén har genomfört årsvisa sänkningar av målnivån sedan 2020 och kommande år är målet att understiga 550 DDD per 1000 listningspoäng.

3.2. Tillförlitliga och säkra system och processer



Genom att inkludera systematiskt patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen kan både de reaktiva och proaktiva perspektiven på patientsäkerhet bejakas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.

3.2.1. Egenkontroll och ledningssystem

Under 2023

”Ledning och kvalitetsråd” bildas, som leds av stabsdirektör. Syftet är att få en bra arena för fortsatt dialog och stöd i arbetet att förtydliga ledningssystemet i Hälso- och sjukvårdsförvaltningen.

De verksamhetsområden som är certifierade enligt SO 9001:2015/SS-EN 15224 har tydliga rutiner för egenkontroller. Ett gott exempel är Bollnäs sjukhus

Inför 2024

- Arbete som utförs av ”Ledning och kvalitetsrådet” förväntas vara klart under Q2 2024
- Se över möjligheten att stärka vårdens chefers möjligheter att följa resultat i Stratsys genom en tydlig struktur för arbetssätt med egenkontroll.

3.2.2. Produktions- och kapacitetsstyrning (PKS)

I början av 2023 gjordes en utvärdering av projektet Produktions- och kapacitetsbalansering och Styrgruppen tog beslut om att övergå från projekt till breddinförande inom den öppna specialistvården (ej primärvården). Arbetet fortlöper inom de uppstartade pilotenheterna med stöd från produktions- och utvecklingsenheten parallellt med vidareutveckling av arbetssättet.

Under året har HR, Ekonomienheten och Utvecklingsenheten m.fl. tillsammans genomfört hearingar inför upphandling av ett verktyg för PKS. Det resulterade i att regionen ingick ett innovationssamarbete med företaget Evidence som utvecklar ett verktyg för PKS. Detta bl.a. för att undersöka regionens behov och önskemål i ett sådant stödsystem/verktyg. Under hösten har samtliga slutenvårdsenheter, förlossning, IVA, psykiatri och akutmottagningar produktionsplanerats i Evidence. Arbetet med pilotenheter inom öppenvården i Evidence har startat och planering påbörjats för operationsenheterna samt för sommarplanering inför sommaren 2024.

En enkätundersökning genomfördes bland chefer och stödfunktioner i regionen inför starten av innovationssamarbetet. Den visade bl.a. att det är tydligt för majoriteten varför arbetet med PKS är viktigt men att organiseringen av arbetet upplevs som otydligt. Vidare visade fritextsvar att man pekar ut samverkan och ledning/styrning som utmaningar inom PKS-arbetet i Region Gävleborg, något att jobba vidare med under 2024. Erfarenheter från året som gått visar att ett fortsatt utvecklingsarbete kring arbetssätt i PKS är nödvändigt, där verktyget får ses som ett hjälpmedel, och att en fungerande stöd- och uppföljningsorganisation är det som driver arbetet framåt.

3.2.3. Prövning av barnets bästa

För att underlätta ett barnrättsbaserat arbete finns framtagen rutin information, stöd och material om prövning av barnets bästa (barnkonsekvensanalys).

Kopian gäller garanteras ej vid utskriftsdatum

Prövning av barnets bästa - Region Gävleborg (regiongavleborg.se)
Enligt svensk lag ska alla åtgärder och beslut som rör barn i första hand beakta barnets bästa. Region Gävleborg har en rutin och praktiskt stöd för hur en prövning av barnets bästa ska göras. Rutinen ska användas i ordinarie beslutsprocesser och i planering, utveckling av samt vid förändringar av våra verksamheter i Region Gävleborg.

Inför 2024
Fortsatt uppmärksamma kravet på att genomföra barnkonsekvensanalyser vid beslut, planering och utveckling samt att implementera ett säkert arbetssätt.

3.2.4. Säker utbildning

3.2.4.1. Kliniskt träningscentrum (KTC)

KTC är en länsgemensam resurs för regionens vårdpersonal. Enheten erbjuder möjlighet till praktisk och teoretisk träning av kliniska färdigheter enskilt och i interprofessionella team, från basala vårdrelaterade moment till hjärt- och lungräddning och fullskalesimulering. Under 2023 har ca 2600 personer deltagit i lärarledd utbildningsinsats i hos KTC, exklusive e-learning.

3.2.4.2. Centrum för klinisk utbildning (CKU)

Bidrar till hälso-och sjukvårdens strategiska kompetensförsörjning och kompetensutveckling, genom en effektiv och driftneutral utbildningsverksamhet med hög kvalitet. CKU utvecklar, samordnar och administrerar regionens kliniska yrkesutbildningar, samordnar och utvecklar hälso-och sjukvårdens interna utbildningsinsatser, samordnar gemensamma utbildningsinsatser mellan hälso-och sjukvårdens samt den kommunala hälso-och sjukvården och sjukhusbibliotek samt praoverksamhet.

3.2.4.3. Utbildningsforum

Är ett styrande och beslutande forum för inriktning och prioritering av kompetensutveckling och utbildningsinsatser inom hälso-och sjukvårdens verksamheter. Chefsjuksköterska och chefläkare deltar i utbildningsforum.

3.2.5. Hygienkommitté

För att säkerställa ett gott regionövergripande, sammanhållet arbete i vårdhygieniska frågor beslutades det under 2021 om inrättandet av en hygienkommitté. Hygienkommittén sammankallades vid 2 tillfällen under 2023. Då regionen regionens hygienläkare valde att avsluta sin anställning är det svårt att få ett aktivt forum varför det beslutades att pausa hygienkommittén. Vårdhygien går ut med information inför infektionssäsonger och möjligheten att kalla till hygienmöten vid behov finns. Eftersom Hygienkommittén är pausad och inte avslutad är det också lätt att återuppta aktiviteten när regionen rekryterat en hygienläkare.

3.2.6. Omvårdnadsråd

Omvårdnadsrådet samordnar och stödjer verksamheterna i syfte att underlätta möjligheten till evidensbaserad vård. Att på helheten utveckla och förbättra omvårdnadsarbetet inom Region Gävleborg för en jämlik och evidensbaserad omvårdnad. Under 2023 infördes omvårdnadsdag med ca 700 stycken deltagare.

3.2.7. Kunskapsstyrning

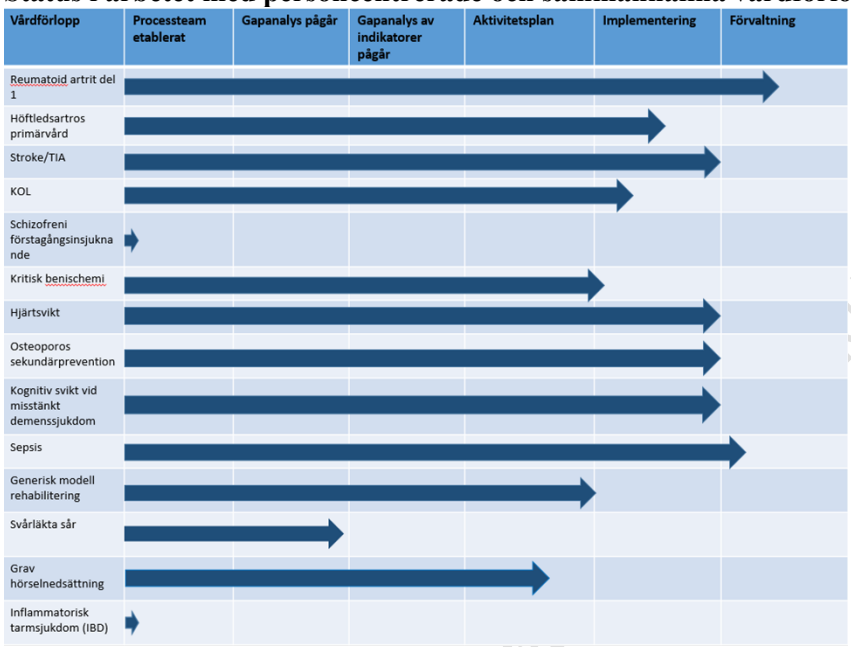
Kunskapsstyrningsrådet i Region Gävleborg är den första lokala instansen för frågor kring Nationellt system för kunskapsstyrning. I Kunskapsstyrningsrådet finns representanter från hälso- och sjukvården bland annat chefsläkare och chefssjuksköterska. Även länets kommuner, privata vårdgivare, Folktandvården, Region Gävleborgs förvaltningar för Folkhälsa och hållbarhet samt Forskning och samhällsmedicin är representerade.

I Hälso- och sjukvårdsförvaltningen verksamhetsplan 2023 är mål 9, *Bästa möjliga kunskap i varje patientmöte* kopplat till det lokala kunskapsstyrningsarbetet. Det finns en strukturerad process där

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

kunskapsstyrningsrådet via sin samordnare tillfrågar programområdena om behov, möjlighet och försättningar för att implementera kunskapsstöd (vårdförlopp, vårdprogram och vårdriktlinjer). Uppfattningen är att vi når måluppfyllelse, det vill säga att 90 % av programområdena följer den processen.

Status i arbetet med personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp 2023-12-31



3.2.7.1. Stödresurser i arbetet med kunskapsstyrning

Stöd för utveckling: Den nationella samverkansgruppen har uppdraget att stödja arbetssätt och strukturer för processledning, implementering, verksamhetsutveckling och innovation. I region Gävleborg är det hälso- och sjukvårdens gemensamma resurser och främst utvecklingsenhetens medarbetare som utgör stommen i arbetet tillsammans med kunskapsstyrningens samordnare. Forum för att samordna dessa processer med God och Nära vård-arbetet finns etablerade.

Uppföljning och analys: Samverkan med Samhällsmedicin är central avseende förmåga till strategisk analys av kunskapsstyrningsarbetets förutsättningar, behov och effekt. En lokal arbetsgrupp för informatik och uppföljning i vårdförloppsarbetet finns etablerade med representation av hälsoinformatiker, utdata och analyskompetens. Under 2023 bidrog Region Gävleborg till att göra ett testuttag av indikatorer, vilket publiceras i en nationella rapport: Indikatorbaserad uppföljning av vårdförlopp - förutsättningar, utmaningar och utfall. (länk i fall ni vill lägga in sådana: Lärdomar från uppföljning av vårdförlopp | Kunskapsstyrning vård | SKR

Lokal samverkansgrupp Primärvård Det lokala primärvårdsrådet har etablerade en tvärprofessionell arbetsgrupp under ledning av hälsovalskontorets medicinske rådgivare och med stöd av verksamhetsutvecklare hos hälsovalskontoret. Region Gävleborgs chefsläkare i primärvården fungerar som lokalt redaktionsråd för primärvårdens kunskapsstöd och tar regelbundet ställning till behov av lokala tillägg i syfte att underlätta användningen av de nationella kunskapsstöden för primärvårdsnivån. Kunskapsstyrningens samordnare har fungerat som regional redaktör.

Pilot för ny införandeprocess nationella kunskapsstöd
Samordnare för kvalitetsstrategiskt arbete har under våren 2023 arbetat fram ett förslag till införandeprocess av nationella kunskapsstöd. Under hösten genomfördes en pilot för att testa processen vid införande av två nationella kliniskt kunskapsstöd. Utfall och lärdomar sammanställs i rapport till kunskapsstyrningsrådet senast i februari 2024. Under 2024 planerar kunskapsstyrningsrådet ta ställning till om den föreslagna processen kan tillämpas i större skala.

Kopiera ej, utskrift gäller till utskriftsdatumet

Läkemedel: Nätverket för Sveriges läkemedelskommittéer (LOK) har uppdrag av samverkansgruppen att stötta nationella programområden (NPO) och nationella arbetsgrupper (NAG) i terapirelaterade läkemedelsfrågor som inte gäller de nya läkemedel som hanteras av NT-rådet. På lokal nivå sker samverkan med lokala läkemedelskommittén, vars ordförande ingår i kunskapsstyrningsrådet.

Medicinteknik: Regional samverkansgrupp för medicinteknik (RSG), har under året följt aktuella frågor från respektive region inom det medicintekniska området. Det nationella MTP-rådet har under året gett ut ett antal rekommendationer inom olika verksamhetsområden. Region Gävleborgs representant förmedlar vidare dessa frågor inom verksamheterna. Under 2023 genomfördes en pilot avseende införande av ordnat införande av medicintekniska produkter, resultatet är redovisat till kunskapsstyrningsrådet. Region Gävleborg har idag en struktur för att bevaka och ta hem rekommendationer från det nationella MTP-rådet. I arbetet med piloten framkom att det är viktigt att ytterligare se över synergieffekter mellan hälso- och sjukvårdens investeringsprocess, verksamhetsområde Digital vård och Regionens HTA-funktion i syfte att skapa en effektiv och tidsatt process för ställningstagande.
Under året har även hjälpmedelsorganisationen för arbete kring regionspecifika medicintekniska hjälpmedel korrigerats. Tydligare uppdrag med bättre kontakter mot både verksamheter inom Region Gävleborg samt mot brukarorganisationerna.

Inför 2024, Medicin-teknik
Flera pågående aktiviteter för att öka kompetensen hos medarbetarna planerar genomföras och en tydligare utbildningstrappa för förskrivare av medicinteknik ska tas fram. Ett av målen är bland annat ökad patientsäkerhet i och med ökad kunskap.

3.2.8. Cosmic – Framtidens vårdinformationsstöd (FVIS)

Program FVIS har som mål att stödja verksamheterna så de får ett säkert, strukturerat införande av Cosmic, vars grund- och specialfunktioner (ex operationsplanering) utgör tillsammans en helhetslösning som ska förenkla för medarbetare inom vården. Verksamheterna förbereder sig inför övergången till Cosmic och projektdeltagarna arbetar tillsammans över flera verksamhetsområden, då alla har del i processerna. Deltagarna har också ansvarat för att hålla verksamheterna uppdaterade via sina ledningsgrupper.
Under 2023 har de utsedda verksamhetsnära projektdeltagarna, identifierat förändrade arbetssätt utifrån regionala anpassningar från Sussa leveranser, patientflöden och funktionalitet i Cosmic samt planerat att utbildningen möter verksamhetens behov. Arbetet fortsätter under 2024 och fram till produktionsstart då vi också kvalitetssäkrar systemet genom acceptanstester. Under 2023 har också 73 projektdeltagarna fått utbildning i funktionaliteten i Cosmic.
För att få följsamhet inom verksamheterna krävs ett regionalt övergripande beslut på lösningar/förändrade arbetssätt. Underlagen ska till regionens Beredningsgrupp- Hälso-och sjukvård för ett godkännande innan programmets styrgrupp beslutar. Alla beslut är underlag till rutiner som anpassas till de förändrade arbetssätt som Cosmic medför där verksamheterna ansvarar för de nya/reviderade rutinerna och programmet diarieför besluten så vi förstår varför vi har tagit vissa beslut eller rekommenderat vissa lösningar/arbetssätt.

3.3. Säker vård här och nu



Hälso- och sjukvården präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation. Förutsättningarna för säkerhet förändras snabbt och det är viktigt att agera på störningar i närtid.
SOSFS 2011:9, 5 kap. 1 §, 7 kap. 2 § p 4

Kontrollera att detta är den senaste versionen av dokumentet innan det används. Utskrift gäller endast utskriftsdatum.

3.3.1. Överbeläggningar och utlokaliserade

Överbeläggningar och utlokaliseringar medför patientsäkerhetsrisker om inte adekvata åtgärder vidtas för minska riskerna. Exempel på risker är smittspridning, försenade behandlingar, felmedicineringar mm.

Somatisk slutenvård (data jan-dec 2023). Antal överbeläggningar per hundra vårdplatser.		
Region	**Överbeläggning**	**Utlokaliserade patienter**
Riket	6,8	2,3
Gävleborg	4,3	2,1
Bollnäs	3,2	2,4
Gävle	4,3	0,1
Hudiksvall	6,7	2,2

Analys: Risker med överbeläggning uppmärksammas kontinuerligt inom regionen och åtgärder vidtas återkommande i dialog med samtliga berörda verksamhetsområden. IVO konstaterar i sin granskning av slutenvård i Sverige under 2022 och fortsatt 2023, att vårdplatsbristen i Region Gävleborg, liksom i alla andra regioner med motsvarande problematik, till stor del beror på svårigheterna att rekrytera kompetens och då framförallt sjuksköterskor. Regionens resultat för 2023 är bättre än resultatet för riket.

Psykiatrisk slutenvård (data jan-dec 2021). Antal överbeläggningar per hundra vårdplatser.		
Region	**Överbeläggning**	**Utlokaliserade patienter**
Riket	2.0	0.1
Gävleborg	0.7	0.2
Gävle	0.2	0.2
Hudiksvall	1.4	0,2

Källa: vantetider.se

Analys: Situationen gällande överbeläggning inom psykiatrisk slutenvård följer läget i landet där regionen ligger något under resultat för riket. Överbeläggning förekommer i någon mån och kräver kontinuerlig samverkan över länet och gemensamma åtgärder.

3.3.2. Tillgänglighet till vård

Region Gävleborg lyckas under 2023 näst bäst av landets 21 regioner, med att kapa vårdköerna och öka tillgängligheten. Hälso- och sjukvården har gjort viktiga omprioriteringar och förbättringar vilket lett till det goda resultatet.

Telefontillgängligheten har under året varit 88,6 % vilket är lägre än den uppsatta målnivån på 99 %.

Vårdgarantin inom primärvården, d v s nybesök inom 3 dagar till all legitimerad personal, inom den offentligt drivna primärvården har under året varit högre än snittet i riket och ligger på samma nivå som föregående år.

Tillgängligheten för nybesök inom 3 dagar inom den offentligt drivna primärvården har under året legat på 87,5 %, vilket var cirka 1 % enhet högre än 2022.

Antalet genomförda fysiska besök till primärvården har under perioden varit 5 % fler än samma period föregående år.

Andelen som väntat mer än 90 dagar på ett första besök var vid utgången av året 40 %, vilket var 3 % -enheter fler än vid samma tidpunkt föregående år.

Kopians giltighet garanteras endast t.o.m. utskriftsdatumet

Det totala antalet väntade på första besök inom den sjukhusbundna specialistvården har under året ökat något jämfört med samma tidpunkt föregående år och var vid utgången av året cirka 15 700 personer, vilket var en ökning med cirka 50 personer jämfört med samma period föregående år.

De verksamhetsområdena med flest väntande till första besök finns inom Kirurgen, Ortopeden, Specialmedicin, Ögon och Öra, näsa, hals. Antalet väntande till Kirurgen och Specialmedicin har ökat under den senaste tolvmånadsperioden medan till de övriga verksamhetsområden har antalet väntande minska.

Andelen som väntat mer än 90 dagar på en operation eller en åtgärd var vid utgången av året 22 %, vilket var 2 % -enheter färre än vid samma tidpunkt föregående år.

Det totala antalet väntande på en operation var vid utgången av året cirka 3 300 personer, vilket var cirka 500 personer mindre vid samma tidpunkt föregående år. Merparten av de väntande finns inom Ortopedin och Kirurgi, där antalet väntande inom Kirurgen minskat under året medan antalet väntande inom Ortopedin ökat.

64 % av genomförda återbesök under året har genomförts inom medicinskt måldatum, vilket är längre den uppsatta målnivån för året men på samma nivå som föregående år samma period.

Antalet genomförda återbesök inom sjukhusbundna specialistvården har under perioden varit 6 % fler än samma period föregående år.

3.3.3. Vaccinationer

Arbetet med att tillgodose befolkningens behov av vaccinationer mot covid -19, influensa och pneumokocker i enlighet med Folkhälsomyndighetens vaccinationsprogram och rekommendationer har bedrivits. Under 2023 fokuserades höstens vaccinationskampanj på samvaccination mot covid-19 och influensa. Utskick med information om vaccinationerna skickades till alla i befolkningen som var 65 år och äldre, dessutom fick majoriteten av befolkningen som var 80 år och äldre ett erbjudande om specifik tid och plats för vaccination hem i brevlådan. Vaccinationer mot pneumokocker har bedrivits under hela året och Gävleborgs medborgare har vaccinerat sig mot pneumokocker i större utsträckning under 2023 än de föregående 4 åren. Arbetsflödena har utvecklats under året mot ytterligare digitalisering bland annat genom implementering av bokningsbara tider också för influensa. Under 2024 ser vi fram emot planering och genomförande av insatser för att fortsatt eftersträva ett gott skydd mot sjukdom hos befolkningen genom vaccination.

3.3.4. Säkring av försörjningsflöden

Problem med säker varuförsörjning fortsätter under året. Den struktur som skapats med stöd till verksamheterna att snabbt hitta ersättningsprodukter och förbättrad samordning har minskat den faktiska påverkan i verksamheten och därmed förbättrat patientsäkerheten. I det fortsatta arbetet kommer fokus ligga på att ytterligare förbättra processerna och säkerställa att organisationen är förberedd för införandet av logistiksystem. Ett projekt kring Hållbar försörjning har precis startat på uppdrag av KL. Utredning kring vad vi behöver ha i form av förbrukningsmaterial för hälso och sjukvården i kris genomförs. Samordning via SKR och Socialstyrelsen hur regioner ska genomföra arbetet. I samband med arbetet kring beredskapsförsörjning genomförs också ett arbete kring sortimentsoptimering.

3.3.5. Hållbart regelverk för medicintekniska produkter

Anpassning till MDR regelverket framskrider. Under 2023 har vi tillsammans med MTF (Medicintekniska Föreningen) arrangerat en utbildning för regulatoriskt ansvariga personer inom Sveriges regioner. Utbildningen genomfördes på Gävle sjukhus. Inom vår egen region har ett arbetssätt och forum för samverkan skapats bestående av representanter från Hälso- och sjukvården, Fastighet, IT samt Medicinsk Teknik. Syftet är att identifiera och driva aktiviteter som vi ser

Kopians giltighet granskas endast

nödvändiga att fokusera på inom området. Vi kommer bl.a. under 2024 genomföra en internrevision inom Laboratoriemedicin i syfte att säkerställa att vi möter kraven även inom IVDR.

3.3.6. Framtidsbygget

Arbetet med att forma våra nya sjukvårdlokaler ställer krav på tidplanen att skapa utrymme för förankring och delaktighet av verksamheterna. De utmaningar som finns med bemanning gör planering och framförhållning till nyckelfrågor. Påverkan kommer vara stor och verksamheterna har identifierat såväl evakueringsbehov som behov av ändrade arbetssätt. Ett stort antal riskanalyser har och kommer att genomföras inför planerade byggåtgärder. Arbetet med att behovsinventera verksamheterna har påbörjats för att identifiera behovet av moderna vårdlokaler. Det finns utmaningar med att bygga i pågående vårdverksamhet vilket vi påbörjat på akutmottagningen i Hudiksvall liksom i Gävle. Operationsavdelningen i Hudiksvall är enklare då det inte görs i befintlig verksamhet men ändå innebär en hel del arbete för verksamheterna då de istället arbetar i Moduler.

3.3.7. Min vård Gävleborg

Min Vård Gävleborg infördes i regionen oktober 2021. Syftet med Min vård Gävleborg är att:

- Kunna möta det ökande vårdbehovet
- Ge mer tillgänglig och jämlik vård
- Patienten snabbt ska komma till rätt vårdnivå
- Göra patienten mer delaktig
- Skapa förutsättningar för samverkan
- Förenkla för vårdorganisation och för patient

Systemet används primärt för digitala tjänster gentemot patient, t.ex. digitalt besök med patient; via videosamtal, röstsamtal eller enbart i chatt.
I maj 2022 öppnades möjligheten för patienter att söka vård digitalt i Min vård Gävleborg dygnet runt.
I oktober 2023 driftsattes den så kallade barnmodellen vilket gav verksamheter som enbart hanterar barn möjlighet att använda systemet.

Kvalitetssäkring av verksamheten sker förlöpande.

Inför 2024

I början av 2024 lanseras ”administrativa tjänster” i Min vård Gävleborg vilket innebär att vissa tjänster som t.ex. receptförnyelse, om- och avboka tid flyttas från 1177.se till Min vård Gävleborg.

3.3.8. Riskhantering

SOSFS 2011:9, 5 kap. 1 §, 7 kap. 2 § p 4

Vårdgivare ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivare uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

3.3.8.1. Riskanalys

Rutin för när och hur systematiska riskanalyser ska genomföras finns inom regionen och används som stöd.
Riskanalys utförs när det finns behov av att identifiera risker avseende kvalitet och patientsäkerhet i befintlig verksamhet, risker som uppstår vid förändringar eller risker vid införande av ny teknik. Riskbedömningar genomförs både på övergripande och på lokal nivå där verksamheterna utför egna analyser med tillhörande åtgärdsförslag.

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

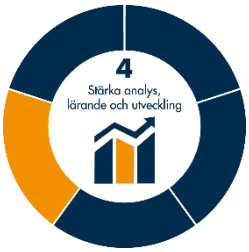
3.3.8.2. Systematiska riskanalyser i Framtidsbygget

Riskanalyser med handlingsplaner bidrar till stor del till patientsäker planering vid det omfattande arbete som pågår med att planera för och bygga nya ändamålsenliga sjukhuslokaler i Hudiksvall och Gävle.

3.3.8.3. Gröna korset

Gröna korset är en enkel visuell metod för medarbetare i sjukvården att dagligen identifiera risker och vårdskador i realtid.
Att medvetandegöra risker på daglig basis skapar underlag för ett systematiskt förbättringsarbete som ökar patientsäkerheten och stärker patientsäkerhetskulturen. Patientsäkerhet och Vårdkvalitet stöttar hälso och sjukvårdens chefer i införande och implementeringsprocessen.
Mål: Öka användandet av Gröna Korset i våra verksamheter
Syfte: Stärka patientsäkerhetskulturen, systematiskt dagligen bedriva patientsäkerhetsarbete, bidra till en öppen och ärlig dialog, skapa patientsäkerhetsmedvetenhet samt möjliggöra för chefen att förmedla som syn på vikten av patientsäkert arbete.
Resultat: Under året har flera enheter startat upp arbetet med Gröna korset. Trettiofyra enheter använder eller är i implementeringen av verktyget.
Åtgärd: Fortsatt implementering och utbildning. Utveckla uppföljningen av Gröna Korset i form av uppdaterad Excelfil som möjliggör en tydligare sammanställning och uppföljning av verktyget.

3.4. Stärka analys, lärande och utveckling



Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvården. När resultaten används för att förstå vad som bidrar till säkerhet, hållbarhet, önskvärd flexibilitet och goda resultat, kan verksamheten utvecklas så att kvaliteten och säkerheten ökar och risken för vårdskador minskar.

3.4.1. Händelseanalyser

Händelseanalyser görs som del i vårdskadeutredningar vid mer komplexa allvarliga händelser som ofta berör flera verksamheter. Analyser på övergripande nivå genomförs av patientsäkerhetssamordnare från enheten för Kvalitet och Patientsäkerhet i systemet Nitha (Nationellt IT stöd för Händelseanalys) och bygger på SKR:s metod för händelseanalys. Totalt 10 händelseanalyser har avslutats av patientsäkerhet och vårdkvalitet under året.

Bakomliggande orsaker på systemnivå som identifierats i analyserna är brister i samverkan mellan verksamheter och övertagande av ansvar (”Vårt gemensamma ansvar för vår gemensamma patient”), brister i kommunikation och informationsöverföring samt bristande diagnostisk säkerhet.

Exempel på åtgärder som föreslagits utifrån analyserna är:

- Införa digital omvårdnadsjournal på Akutmottagning
- Initiera Time-out när det inte går att komma överens om vårdplats på akuten
- Ta fram och implementera övergripande rutin för dialog mellan läkare i komplexa patientfall
- Beakta risk för diagnostiskt feltänk
- Införa VAS-smärtskattningsskala även i primärvården för att utvärdera smärtbehandling.

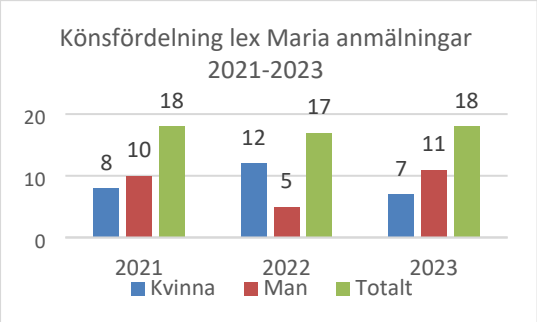
Händelseanalyser genomförs även på verksamhetsnivå

Kopian är giltig på förutsättning att den endast används för utskrift av dokumentet

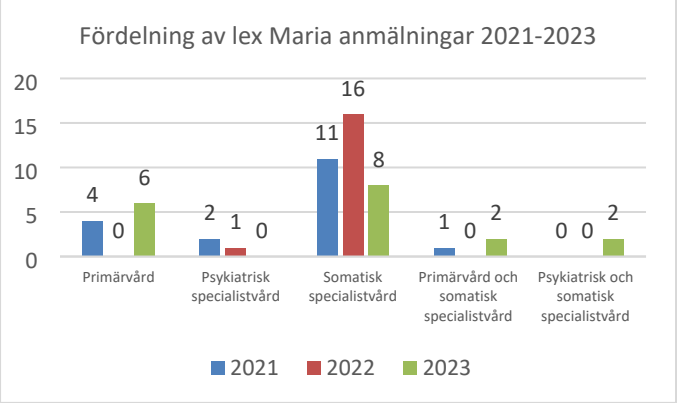
3.4.2. Lex Maria

År 2023 lämnade hälso- och sjukvårdsförvaltningen in 18 Lex Maria anmälningar till IVO.

Antal	2021	2022	2023
Ärenden till IVO, (Lex Maria)	18	17	18



Antalet anmälningar per år är relativt få varför könsfördelningen får bedömas som en slump.



Fördelningen av anmälningar mellan slutenvård, primärvård och psykiatrisk vård följs av regionens chefläkare.

I sammanställningen ingår inte underlag från länets privata vårdgivare.

Handlingsplaner för att säkerställa att risker minimeras finns framtagna för varje Lex Maria anmälan. Berörda verksamhetsområden ges möjlighet till stöttning i förbättringsarbetet av medarbetare från Hälso och sjukvårdens gemensamma resurser (HSR).

3.4.3. Anmälan av legitimerad personal

Enligt patientsäkerhetslagen ska legitimerad personal som kan utgöra en fara för patientsäkerhetsenheten anmälas till IVO. Under 2023 har 4 medarbetare anmälts utifrån ovanstående.

3.4.4. Inspektionen för vård och omsorg, IVO

Fördelning av IVO-ärenden	2021	2022	2023
Enskilda klagomål	80	89	81
Tillsynsärenden/Inspektioner/Dialogmöten	5	5	0

Enskilda klagomål som kommer in till regionens verksamhetsområden från patienter/närstående via IVO utreds av berört verksamhetsområde. Medarbetare från HSR stöttar vid behov med utredningar och vid förbättringsarbete.
Könsfördelning kan inte tas fram för ovanstående klagomål i dagsläget.

Kopians giltighet gäller endast utskriftsdatumet

3.4.4.1. Tillsyn

Under 2022 genomför IVO en nationell tillsyn av samtliga regioners sjukhusvård. För Region Gävleborgs del omfattar tillsynen bland annat en begäran om behovsanalys och redovisning av regionens behov av disponibla vårdplatser och kompetensbehov inom den somatiska respektive psykiatriska specialistsjukvården på kort och lång sikt.
Tillsynen innebär även inspektion av delar av den somatiska verksamheten vid Gävle sjukhus.

Tillsynen resulterade i ett beslut där IVO beskriver att region Gävleborg inte har disponibla vårdplatser utifrån det faktiska behovet inom somatisk specialistsjukvård vilket medför risk för allvarliga vårdskador. Region Gävleborg ser över nuvarande arbetssätt för att säkerställa att vården bedrivs patientsäkert avseende tillgång till vårdplatser och kompetens.

Den nationella tillsynen har resulterat i liknande beslut för de flesta regionerna i landet.

Inga nya tillsynsärenden har tillkommit 2023.

Inför 2024
Utifrån beslut från IVO och information om fortsatt uppföljning av implementerade åtgärder under 2023 så kommer regionen fortsatt att följas upp även under 2024.

3.4.5. Hantering av klagomål och synpunkter

Patienter/närstående kan lämna synpunkter eller klagomål på vården i Region Gävleborg på flera sätt:

- Via den mottagning där patienten fick vård eller behandling, direkt till medarbetare/ chef eller via brev, e-post osv
- Direkt till regionen via diariet som omfördelar tillberörd enhet
- Direkt till berörd enhet via meddelande i 1177.se
- Via patientnämnden
- Direkt till IVO, information finns på 1177.se

Resultat 2023

Totalt finns 719 klagomål inregistrerade som avvikelser i Platina. Dessa utgör ca 9 % av det totala antalet avvikelser för hälso och sjukvården under året.
Kriteriet för att registrera ett klagomål som avvikelse är att klagomålet ska ses som risk för eller utvecklad vårdskada.

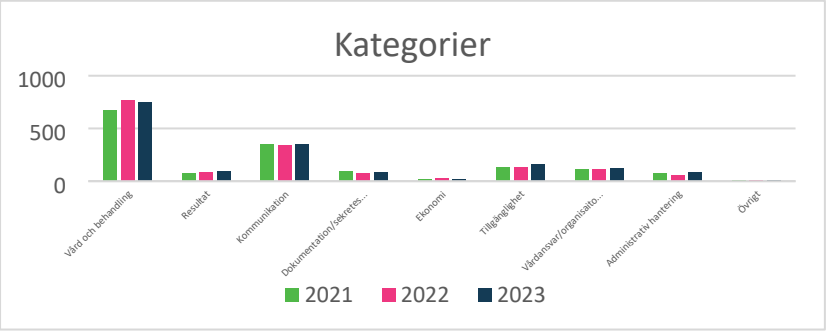
Analys: Det finns ingen samlad bild av hur många klagomål som inkommer direkt till Hälso och sjukvården.

3.4.6. Patientnämnden

Patientnämndens huvuduppgift är att hjälpa och stödja patienter att föra fram sina klagomål till vårdgivarna och att få sina frågor besvarade. Nämnden ska också bidra till kvalitetsutveckling och hög patientsäkerhet genom att bland annat göra analyser av inkommande ärenden.
Under 2023 har följande analyser gjorts: ”Unga vuxnas psykiska ohälsa”, ”Förbättringar och åtgärder i vården utifrån synpunkter och klagomål”, ”Jämlik primärvård” samt ”Vår gemensamma patient”.
Analysen av unga vuxna med psykisk ohälsa blev under året en del i IVO:s nationella IVO-rapport inom området. Samtliga analyser har förmedlats till hälso- och sjukvårdens ledning för beslut om hur materialet kan användas i patientsäkerhetsarbetet.
Patientnämndens förvaltning har under året haft 1914 nya kontakter från patient/närstående. Antalet ärenden var 1657, således en 4 % ökning även detta år jämfört med 2022. Antalet informationskontakter var även de fler än föregående år. Det totala antalet kontakter ökade därmed med 5 % jämfört med föregående år.

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatum.

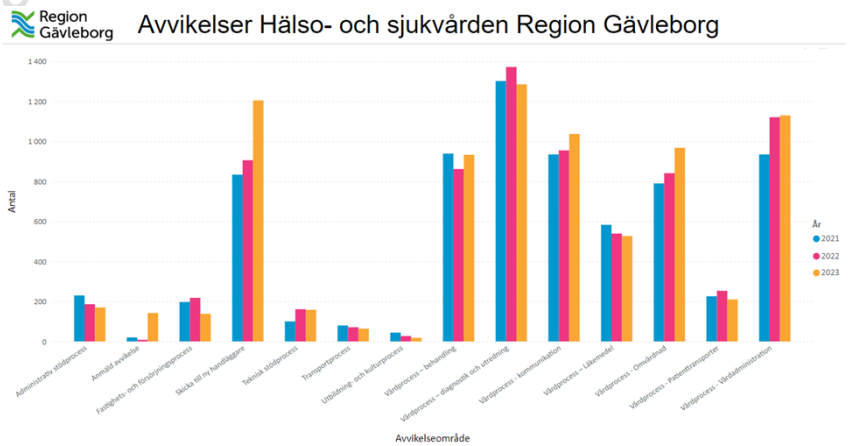
Flest ärenden handlade om patienter i åldersspannet 70-79 år. Drygt 60 % av ärendena handlade om kvinnor och knappt 40 % om män. Flest kvinnor fanns i åldersspannet 30-39 år samt 50-69 år. Avseende män var det flest i åldersspannet 70-79 år.



Avseende kategorier återfinns ökningen inom *dokumentation/sekretess*, *tillgänglighet*, *vårdansvar/organisation* samt *administrativ hantering*. Däremot minskade antalet ärenden rörande *vård och behandling*. De tre vanligaste delproblemen var u*ndersökning/ bedömning, behandling* och därefter *bemötande.*
Under året har dialog skett med flera av vårdens ledningsgrupper, där bland annat resultat av nämndens analysrapporter förmedlats och diskuterats. Det är vårdens ansvar att analysrapporternas resultat används så att patienters kunskaper och erfarenheter blir en del av lärandet i vården, i enlighet med klagomålslagstiftningens intentioner. Samarbete sker också med olika funktioner för patientsäkerhetsenheten. Aggregering av alla patientklagomål är dock fortfarande inte möjligt eftersom kategoriseringen fortfarande skiljer sig åt mellan vården och patientnämnden.

3.4.7. Avvikelser

PSL 2010:659, 6 kap. 4 §, SOSFS 2011:9 5 kap. 5 §, 7 kap. 2 § p 5
Under 2023 skrevs 8159 avvikelser i Hälso- och sjukvårdsförvaltningen Region Gävleborg jämfört med 8439 avvikelser 2022.
Medarbetare uppmuntras att skriva avvikelser. Rapporterade tillbud, risker och händelser utreds i huvudsak av vårdenhetschef och vid behov i form av internutredning av kvalitetssamordnare. Avvikelsens utredning återkopplas direkt till rapportör och har lett till att flera enheter har en stående punkt på APT där orsak och beslutade åtgärder diskuteras.
Arbetsmiljöavvikelser redovisas på VSAM. Allvarliga avvikelser ska rapporteras till VC för ställningstagande till internutredning/händelseanalys. Strävan är att återkoppla utredningen även till patient och anhöriga. Ett övergripande mål är en god säkerhetskultur, där syftet med avvikelser är att hitta återkommande problem och risker, identifiera mönster och trender, som vi kan åtgärda och därmed uppnå en högre patientsäkerhet.



Det går inte att få könsuppdelad statistik från Platina Avvikelse.

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

3.4.8. Markörbaserad journalgranskning

Sedan flera år används strukturerad journalgranskning för att mäta förekomsten av skador i vården på nationell nivå. Den metod som används är Markörbaserad Journalgranskning (MJG). 420 vårdtillfällen fördelat från länets tre akutsjukhus granskas under 2023.
I november 2023 fattade SKR beslutet att avsluta nationell insamling av data från MJG. Detta innebär att ingen datainsamling kommer att ske nationellt under 2024. Det slumpmässiga urvalet regionen granskat till den nationella mätningen är relativt litet (35 vårdtillfällen/månad) och det går därför inte att dra några slutsatser utifrån ett regionperspektiv.

Inför 2024
Kvalitet- och patientsäkerhetsenheten ser över möjlig struktur för att dessa granskningar kan fortsätta på verksamhetsnivå.

3.4.9. Kartläggning av återinskrivningar

På uppdrag av hälso och sjukvårdens ledningsgrupp genomfördes hösten 2022 en kartläggning av orsaker till återinläggningar på fyra av regionens verksamhetsområden (kardiologi, kirurgi, medicin Bollnäs, onkologi). Kartläggningen resulterade våren 2023 i ett fortsatt arbete vars syfte var att se om en asynkron chatt vid utskrivning från slutenvården kan ge stöd med exempelvis rådgivning, medicinering och eftervård för att minska andelen undvikbara återinskrivningar. En rapport presenterades för HSL hösten 2023 som ansåg att metoden bör vara en del i arbetet för att minska andelen undvikbara utskrivningar, vilket också blivit ett av målen i senaste verksamhetsplanen.

3.4.10. Kvalitetsregister

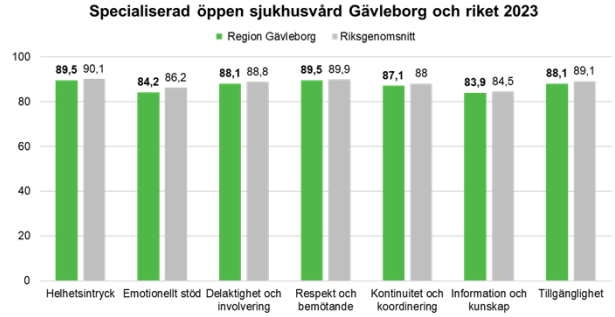
Sammanlagt drygt 100 kvalitetsregister användes inom hälso- och sjukvården i Gävleborg under 2023. Den sammanställning som gjordes 2018 av vilka register som används inom varje verksamhetsområde uppdateras kontinuerligt och finns tillgänglig för alla intresserade via Platina dokumentsök Kvalitetsregister, Hälso- och sjukvården region Gävleborg
Målsättningen är att resultat från registren kontinuerligt ska tas fram, analyseras och användas för lokalt förbättringsarbete, vid sidan om att registerdata även används i nationella sammanställningar och årsrapporter samt inom FoU.

3.4.11. Patientenkäter – patientupplevd vårdkvalitet

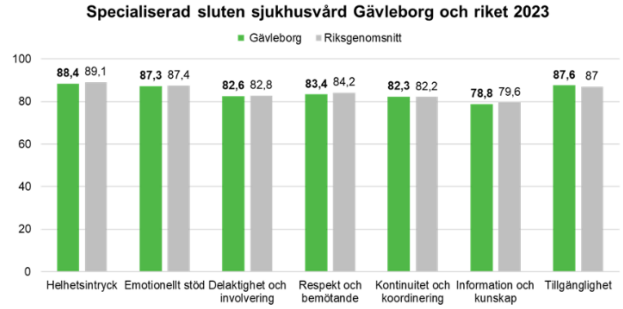
Patienters synpunkter på vården är en viktig källa för att förbättra vården. Nationell patientenkät, NPE, är återkommande nationella undersökningar av patientupplevelser inom hälso- och sjukvården. Under 2023 har ett urval patienter i Gävleborg från 60 vårdenheter på sjukhusen och från samtliga 32 standardiserade vårdförlopp inom cancervården svarat på frågor om den patientupplevda kvaliteten från besöken.

Under vintern 2023 pågick dessutom en nationell mätning av primärvården som blir klar och delges de 41 hälsocentralerna i början av 2024.

Svarsfrekvensen var 53 procent och resultaten från de cirka 3 900 patienterna redovisas nedan för Gävleborg jämfört med riksgenomsnittet.



Kopians riktighet garanteras endast på utskriftsdatumet



Resultaten redovisas kopplat till erfarenheter inom sju olika dimensioner och fördelat efter öppen och sluten vård. Undersökningen visar genomgående på höga värden på patientupplevd kvalitet. Samtliga dimensioner utom information och kunskap i sluten vård har värden över 80 av maximalt 100 poäng. Inom öppen sjukhusvård är helhetsintryck och respekt och bemötande de dimensioner som har högst värden. Inom sluten sjukhusvård är det helhetsintryck, emotionellt stöd och tillgänglighet som har högst värden.
Den patientupplevda kvaliteten är genomgående något högre i öppen specialiserad vård än inom den slutna specialistvården och för de flesta dimensioner har Gävleborg ett värde strax under riksgenomsnittet. Lägst värden i både länet och riket finns inom dimensionen information och kunskap.
Resultaten från enkäten har under hösten 2023 delgivits berörda chefer och resultaten bidrar med patientunderlag i arbetet med att förbättra och utveckla verksamheten vid de aktuella vårdenheterna. Resultaten används också för jämförelser mellan vårdenheter och som redskap för styrning och ledning.

3.5. Öka riskmedvetenhet och beredskap



Alla delar av vården behöver planera för en hälso- och sjukvård som flexibelt kan anpassas till kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet, även under oväntade förhållanden. I patientsäkerhetssammanhang beskrivs detta som resiliens.

3.5.1. Kliniskt träningscentrum (KTC)

KTC:s utbildningar syftar till att kunna hantera en föränderlig vårdsituation med rätt kompetens. Exempelvis att befästa rutiner genom simuleringsövningar inklusive lärandereflektion. Under året har bland annat tolv olika verksamheter tränat på akut omhändertagande och diagnostisk säkerhet utifrån sin specifika verksamhet, Interprofessionella simuleringsövningar har genomförts med grupper från VO Internmedicin. Dessa har fallit väl ut och fortsätter under 2024 inom verksamhetsområde kirurgi. Centraloperation i Gävle har övat ur-akut sectio vilket har spridits till Centraloperation i Hudiksvall som kommer göra detsamma under 2024.

3.5.2. Folkhälsa och hållbarhet

Jämlik vård Fortsatt spridning av stödmaterial till chefer för att identifiera, analysera och åtgärda omotiverade skillnader inom vården. Med hjälp av stödmaterialet kan chefer och ledningsgrupper (eller annan sammansättning av grupp med kunskaper om verksamheten) reflektera över verksamhetens uppdrag, utbud, tillgänglighet, resultat och effekter, för att finna förbättringsåtgärder för minskade omotiverade skillnader inom vården och mer jämlik vård.

Utvecklingsarbete inom hälso-och sjukvårdens Kunskapsstyrning pågår för att integrera ett jämlikhetsperspektiv i sina arbetssätt.

Utvecklingsförslag har arbetats fram och godkänts på uppdrag av hälsosjukvårdsledningen gällande statsbidrag för att stödja ökad förskrivning av fysisk aktivitet på recept, FaR.

Kopians giltighet granskas vid utskrift/datumet

Levnadsvanor - Region Gävleborg (regiongavleborg.se)

3.5.3. Katastrofmedicinsk beredskap

Under 2022 genomförde IVO en tillsyn av regionens katastrofmedicinska beredskap som visade att det fanns behov av förbättringar avseende:

- Lagerhållning av medicinteknisk utrustning, förbrukningsmaterial och läkemedel
- Planering och övning för personal

Region Gävleborg har under 2023 upprättat katastrofmedicinska planer samt utbildat och övad Särskildsjukvårdsledning, och därmed uppnått en grundnivå avseende förmåga att hantera katastrofmedicinska händelser. Under 2024 fortsätter implementering med målet att uppnå en effektiv och säker hantering av katastrofmedicinska händelser.
Arbete med kontinuitetshantering och förvaltning av Region Gävleborgs risk- och sårbarhetsanalys påbörjas under 2024.

3.5.4. Omställning för God och Nära Vård (GONV)

Hälso- och sjukvårdsnämnden har beslutat om åtgärder för att nå målbilden GONV 2030 i Gävleborg. Den gemensamma målbilden för God och nära vård är en del i Välfärdsstrategin för att utveckla länets välfärdssystem
För att klara framtidens demografiska utmaningar som kraftig ökning av andel äldre och att behovet arbetskraften förändras minimalt krävs:

- Utveckla vårdstrukturen
- Utveckla samverkan med kommunerna
- Utveckla samverkan sjukhusvård-primärvård för en ny öppenvård
- Kompetensförsörjning
- Digitalisering/E-hälsa
- Ökad systematik i det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet
- Den kulturella resan
- Utveckla Hälso- och sjukvårdens målbild

Arbetet bedrivs inom sju programområden. Målbild och kärnvärden har beslutats tillsammans med länets kommuner.

4. Mål, strategier och utmaningar för kommande år

4.1. Verksamhetsplan 2024

Patientsäkerhetsarbetet grundar sig på Region Gävleborgs nollvision för undvikbara vårdskador.

Hälso och sjukvårdens verksamhetsplan 2024 beskriver tre prioriterade områden:

- En God och Nära vård där personcenterarad vård är grunden
- Kvalitets och utveckling där vården är jämlik, resurseffektiv och med hög kvalitet
- Hållbart medarbetarskap med en stabil och varaktig bemanning

Samtliga strategiska, prioriterade och övergripande mål i Region Gävleborgs verksamhetsplan för hälso och sjukvård syftar till en minskning av risk för eller utvecklade vårdskador.

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatum

4.2. Regional strategi för patientsäkerhet

Enhet för vårdkvalitet- och patientsäkerhet kommer under 2024 arbeta med implementering av den regionala strategin för patientsäkerhet. Dialoger med alla verksamhetsområdenas ledningsgrupper kommer att ske under våren. Det innebär att patientsäkerhetsdialoger pausas under 2014.

4.3. Prioriterade aktiviteter 2024

Under 2024 ska aktiviteter på övergripande, strategisk nivå identifieras inom respektive målområde i den regionala handlingsplanen.

Tillgängliga och säkra processer mellan aktörer

- Att identifiera kulturella och organisatoriska hinder för en sömlös personcentrerad vård skall vara högsta prioritet i allt utvecklings- kvalitets och effektiviseringsarbete
- Risker för vårdskador i vårdens övergångar ska identifieras, analyseras och åtgärdas
- Bilda Lokal samverkansgrupp patientsäkerhet (inom Kunskapsstyrningsorganisationen)

Säkra processer i vård och behandling

- Ökad tillgänglighet till den vård som patienten behöver
- Minskat antal undvikbara vårdskador
- Riskanalyser genomförs när omställning av vårdens organisation görs i syfte att identifiera patientsäkerhetsrisker
- Struktur ska finnas för utfasning av icke evidensbaserade metoder/arbetssätt

Adekvat kunskap och kompetens

- Nya chefer ska under första arbetsåret som chef genomföra patientsäkerhetsutbildningen som anordnas av Patientsäkerhetsenheten.
- Samtliga chefer och medarbetare bör genomföra Socialstyrelsens utbildning i patientsäkerhet som finns i Kompetensportalen
- Medarbetare ska alltid ha rätt utbildning och kompetens för sina arbetsuppgifter
- Vid förändringar i bemanning, arbetssätt och omfördelning av arbetsuppgifter ska riskbedömning utföras

Patienten som medskapare

- Fortsatt arbete att implementera ett personcentrerat arbetssätt inom alla verksamhet.
- Fortsätta utveckla fler arbetssätt att involvera patienter/närstående i förbättringsarbeten

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet