

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse 2015

Region Gävleborg

Innehåll

Sammanfattning	2
1. Övergripande mål och strategier	3
2. Organisatoriskt ansvar för patientsäkerheten.....	4
3. Struktur för uppföljning/utvärdering	7
4. Uppföljningar genom egenkontroller	9
5. Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits samt vilka åtgärder som genomfört för att öka patientsäkerheten.....	12
6. Samverkan för att förebygga vårdskador	15
7. Riskanalys	17
8. Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	17
9. Klagomål och synpunkter	18
9.1. Sammanställning och analys.....	18
9.2. Samverkan med patienter och närstående	20
10. Resultat	21
11. Måluppfyllelse.....	30
12. Övergripande mål och strategier för kommande år.....	31

Sammanfattning

Regionen har ökat fokus på patientsäkerhet under 2015, vilket är en förutsättning för en god patientsäkerhetskultur och patientsäker vård. Under 2015 påbörjades ett strategiskt utvecklingsarbete för Hälso och Sjukvården Region Gävleborg. Utvecklingsarbetet är inspirerat av ett arbetssätt där patienten ses ur ett helhetsperspektiv över de organisatoriska gränserna, oavsett var i vårdflödet patienten finns. Ett första övergripande gemensamt mål har tagits fram som präglar arbetet: "Vårt gemensamma ansvar för vår gemensamma patient". I syfte att öka fokus på övergripande kvalitets- och patientsäkerhetsarbete bildades en stab till hälso- och sjukvårdsdirektören, "Enheten för patientsäkerhet".

Vårdskador identifieras via markörbaserad journalgranskning, månatliga punktprevalensmätningar (VRI, trycksår och BHK), infektionsverktyget, lex Maria-ärenden, enskild anmälan till IVO, LÖF-ärenden, Patientnämndsärenden samt rapporterade avvikelser i regionens avvikelshanteringssystem Platina. Det har under 2015 skett en minskning av antalet patientnämndsärenden, lex Maria ärenden, IVO ärenden och rapporterade avvikelser totalt i regionen.

Patienters och närståendes klagomål och synpunkter liksom patientenkäter används som underlag i förbättringsarbeten. För att ta till vara patienters erfarenheter har fokusgrupper genomförts i flera utvecklingsarbeten. Dessutom har träffar med brukarorganisationer anordnats.

Patientsäkerhetsronder/-dialoger har genomförts vid samtliga divisioner. Vidare har ett antal vårdprocesser genomlysts och tydliggjorts kring roller och ansvar i syfte att säkra patienters väg genom vården, exempelvis standardiserade vårdförlopp för cancerpatienter och osteoporosprojektet. Vårdhygien har ett flertal aktiviteter, bland annat hygienronder inom slutenvården och i primärvården och utbildningar till personal i vården och lokalvårdspersonal. Ett arbete har gjorts av smittskydd, Strama och kliniska apotekare på hälsocentraler i syfte att minska antibiotikaförskrivningen. Resultat visar en minskning på två procent.

Ett strukturerat arbetsätt för ständiga förbättringar har införts i regionen genom att coacher utbildas för att leda förbättringsarbeten i verksamheten. Under 2015 har tjugo nya förbättringsteam startat inom olika områden i verksamheten. Som exempel kan nämnas förbättrade flöden, fallprevention och personcentrerad vård.

Samverkan för att förebygga vårdskador och öka vårdkvaliteten sker allt mer inom regionens verksamheter och i samverkan med andra vårdgivare. T.ex. vid utredningar av vårdskador, i förbättringsprojekt, framtagande av rutiner och vid förbättring av flödesprocesser

Flertalet av landstingets fastställda mål är av nollvisionskaraktär, vilket innebär att en fullständig måluppfyllelse är ett långsiktigt arbete med fokus på ständiga förbättringar. Regionens strategier och satsningar har lett till förbättringar inom några områden i riktning mot målvärdena. Resultaten för de årliga punktprevalensmätningarna av trycksår och vårdrelaterade infektioner visar att vi är bättre än riket men med fortsatt behov av förbättring. Följsamhet till basala hygien rutiner och klädregler mäts månatligen och fortsätter att förbättras.

1. Övergripande mål och strategier

Landstinget bildade Region Gävleborg den 1 januari 2015. I syfte att öka fokus på övergripande kvalitets- och patientsäkerhetsarbete bildades en stab till hälso- och sjukvårdsdirektören, ”Enheten för patientsäkerhet”. Under 2015 påbörjades ett strategiskt utvecklingsarbete för Hälso och Sjukvården Region Gävleborg. Utvecklingsarbetet är inspirerat av ett arbetssätt där patienten ses ur ett helhetsperspektiv över de organisatoriska gränserna, oavsett var i vårdflödet patienten finns.

Kvalité- och patientsäkerhetsarbetet präglas av regionens gemensamma värdegrund (professionalism och ansvar, respekt och ödmjukhet, öppenhet och ärlighet) och visionen om ”Goda utsikter för ett livskraftigt Gävleborg”.

I budgetplanen för 2015 fastslås att patienten ska tillförsäkras en god patientsäkerhet och uppleva trygghet. Uppföljningen av detta görs med indikatorerna:

- Beläggningsgrad (mål 92 procent)
- Förtroende för hälso- och sjukvården (mål 73 procent)
- Tillgång till hälso- och sjukvården (mål 81 procent)
- Patientsäkerhet VRI (mål 6 procent)

Ett antal mål har även tagits fram av Hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp (HSL).

- 100 procent följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (BHK)
- 0 procent förekomst av undvikbar vårdrelaterad infektion (VRI)
- 0 procent förekomst av trycksår
- 100 procent korrekt läkemedelshandling
- 0 procent förekomst av kirurgiska vårdskador och att minimera andelen komplikationer
- Föreskrivning av maximalt 250 recept antibiotika per 1000 invånare
- Föreskriva maximalt 250 recept antibiotika per 1000 invånare
- De mest sjuka äldre och deras anhöriga känner sig trygga och får den vård och omsorg de behöver

För att nå målen har regionen haft olika angreppssätt, bland annat:

- Patientsäkerhetsarbetet präglas av långsiktigt, uthållighet och med kontinuitet.
- Månatliga mätningar med öppna jämförelser inom området trycksår VRI och BHK tillsammans med ekonomisk ersättning som morot.
- Resultat från kvalitetsmätningar tillsammans med handlingsplaner följs upp regelbundet från enhetsnivå till divisionsnivå.
- Framtagande av standardiserade vårdförlopp och vårdprocesser.
- Införande av strukturerat arbetssätt för ständiga förbättringar
- Patienter och närstående involveras i vårdens utveckling.
- Gränsöverskridande samverkan mellan, inom divisioner och mellan vårdnivåer.

2. Organisatoriskt ansvar för patientsäkerheten

Regionens organisation för patientsäkerhetsarbetet

- | | |
|---|--|
| Regionstyrelse/vårdgivare | <ul style="list-style-type: none">• Regionstyrelsen har det yttersta ansvaret för patientsäkerheten i Region Gävleborg |
| Hälso- och sjukvårdsnämnd/delegerat ansvar som vårdgivare | <ul style="list-style-type: none">• Planerar, leder och kontrollerar att patientsäkerhetsarbetet bedrivs enligt fastställda lagar¹, direktiv och styrdokument så kravet på god vård tillgodoses• Fastställer den årliga patientsäkerhetsberättelsen |
| Hälso- och sjukvårdsdirektör (HSD) | <ul style="list-style-type: none">• Funktionsansvarig för patientsäkerhetsarbetet• Fastställare av den årliga patientsäkerhetsberättelsen samt regiongemensamma rutiner och handlingsplaner för hälso- och sjukvården. |
| Divisionschef (DC) | <ul style="list-style-type: none">• Övergripande ansvar inom divisionen, samordnar kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet inom och mellan divisionerna• Ansvarar för att säkerställa att fastställda rutiner och aktiviteter förs ut i organisationen och har det operativa ansvaret för implementering och uppföljning inom divisionen. |
| Verksamhetschef (VC) | <ul style="list-style-type: none">• Verksamhetscheferna ansvarar för att diagnostik, behandling och omvårdnad bedrivs på ett säkert sätt.• Ansvarar för att genomföra och följa upp beslutade mål och strategierna i patientsäkerhetsarbetet.• Följer upp verksamhetens förbättringsarbete, analyserar resultat och förbättringsåtgärder samt utvärderar dess effekter• Som uppdragsgivare för riskanalys och händelseanalys besluta om samt utvärdera och följa upp beslutade åtgärder.• Ansvarar för att patient/närstående får information och erbjuds delaktighet i verksamhetens patientsäkerhetsarbete• Ansvarar för att det finns rutiner för hur patienter, anhöriga och personal tas om hand och får stöd vid allvarlig händelse.• Vid vårdskada samarbeta med utsedd anmälningsansvarig person |

¹ Socialstyrelsen kunskapsguiden.se granskad 2015-09-16 åtkomst 2015- 10-14

Stödfunktioner för patientsäkerhetsarbetet

Stödfunktion	Stödfunktionens uppgifter
Patientsäkerhetsenheten /Hälso och sjukvårdsdirektörens stab	Hälso- och sjukvårdsdirektörens och divisionschefers stöd i patientsäkerhetsarbetet Rådgivande i patientsäkerhetsarbetet inom regionen samt beredningsgrupp för hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp (HSL) i övergripande patientsäkerhetsfrågor
Chefläkare (deltid) Patientsäkerhetssamordnare Anmälningsansvarig	<ul style="list-style-type: none"> • Chefläkare sammankallar divisionernas chefläkare för regelbundna möten • Samordnar regionens övergripande arbete inom patientsäkerhet • Utgör stöd i verksamheternas utveckling inom patientsäkerhetsområdet • Samordnar utbildning och kompetensutveckling inom området patientsäkerhet • Patientsäkerhetssamordnare samordnar och skriver patientsäkerhetsberättelsen • Kontaktperson för SKL (chefläkare samt patientsäkerhetssamordnare) • Chefläkare samt anmälningsansvarig samarbetar med och utgör stöd till verksamhetschef inför Lex Maria-anmälan samt är kontaktperson för IVO
Verksamhetsutvecklare	<ul style="list-style-type: none"> • Utgör stöd i verksamheternas utveckling inom kvalitets- och patientsäkerhetsområdet i samverkan med divisioner och andra vårdgivare och inom patientsäkerhetsenheten • Samordnar och genomför kontinuerliga nätverksträffar för kvalitetssamordnare
Leansamordnare	<ul style="list-style-type: none"> • Utgör stöd i verksamheternas utveckling framförallt med kartläggning av processer och flöden
Chefläkare (för respektive division och sjukhus)	<ul style="list-style-type: none"> • Rådgivande i samt divisionschefen stöd i patientsäkerhetsarbete • Som anmälningsansvarig samarbetar med och utgör stöd till verksamhetschef inför Lex Maria-anmälan
Kvalitetssamordnare	<ul style="list-style-type: none"> • Verksamhets- och vårdenhetschefens stöd i patientsäkerhetsarbetet.
Patientnämnd	<ul style="list-style-type: none"> • Bidrar med erfarenheter från analys av patientsynpunkter
Lokal Stramagrupp	<ul style="list-style-type: none"> • Strategigrupp för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens
Vårdhygien	<ul style="list-style-type: none"> • Planerar och samordnar infektionsförebyggande arbete • Stödjer verksamheterna i det lokala arbetet med god hygien
Smittskydd Gävleborg	<ul style="list-style-type: none"> • Arbetar utifrån lagstiftning

Läkemedelskommittén	<ul style="list-style-type: none">• Arbetar utifrån regionala och nationella rekommendationer
Centrum för Forskning och Utveckling Gävleborg (CFUG)	<ul style="list-style-type: none">• Stödjer och stimulerar till forskning och utveckling inom landstingets samtliga verksamheter.• Bidra till att ökad FOU-kompetens uppnås och används för att förbättra kvalitén i landstingets olika verksamheter.
Samhällsmedicin Gävleborg	<ul style="list-style-type: none">• Ansvarar för vissa övergripande analyser samt ge förslag till förbättringsområden
Internkontrollenheten	<ul style="list-style-type: none">• Säkerställer att det finns övergripande arbetssätt, metoder och verktyg för intern kontroll• Leder och stödjer vid riskanalyser
Lednings- och verksamhetsstöd /Utvecklingsavdelningen	<ul style="list-style-type: none">• Samordnar och tar på uppdrag fram region-gemensamma kliniska rutiner för Hälso-och sjukvård <i>Kliniska apotekare</i>• Samordnar och driver landstingets övergripande läkemedelsfrågor• Sammanställer utförda egenkontroller på enheter• Stödjer på uppdrag verksamheten i dagligt arbete• Ledningssystem ILS för hantering och struktur av samtliga dokument för patientsäkerhet inklusive vårdrutiner - <i>Ledningssystemsamordnare</i>• Samordnar och driver landstingets övergripande kliniska utbildningar - <i>Kliniskt träningscentrum/KTC</i>

3. Struktur för uppföljning/utvärdering

Den politiska ledningen (Hälso- och sjukvårdsnämnden) följer upp patientsäkerhetsarbetet i samband med årsbokslutet samt vissa parametrar månadsvis. Resultaten av divisionernas patientsäkerhets- och kvalitetsarbete följs upp kontinuerligt i verksamheternas och divisionernas ledningsgrupper. Patientsäkerhetsarbetet är till viss del integrerat i verksamheternas styrkort. Mål och aktiviteter i styrkort och aktivitetsplaner följs upp varje månad mellan divisionschef/verksamhetschef, i verksamheternas ledningsgrupper och på arbetsplatsträffar. Varje verksamhetsområde skriver varje år en kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse.

Regionsövergripande uppföljning sker kontinuerligt i Hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp (HSL), som är beslutande organ för hälso och sjukvård. Chefläkare representerar deltagare vid vartannat möte.

Flertalet verksamheter gör uppföljning av det dagliga vårdarbetet till exempel kvalitet, produktion, tillgänglighet och läkemedel som finns i beslutstödsystemet "Cyklop" med färdiga rapporter. Resultaten visualiseras på styrtavlor/resultattavlor inom flera verksamheter. Inom all primärvård i länet används det Medicinska rapportverktyget MedRave 4 som samlar medicinska data ur patientjournaler för hel population eller på individnivå. MedRave4 omvandlar data till överskådliga rapporter och beslutsunderlag för kvalitetsuppföljning och som underlag för förbättringsarbeten och benchmarking. Kvalitetsråd finns inom respektive division och därutöver sker gemensamma träffar för samtliga kvalitetssamordnare som anordnas av enheten för patientsäkerhet.

Vårdskador

Vårdskador identifieras via markörbaserad journalgranskning, punktprevalensmätningar (VRI, trycksår och BHK), infektionsverktyget, lex Maria-ärenden, enskild anmälan till IVO, LÖF-ärenden, Patientnämndsärenden samt rapporterade avvikelser i regionens avvikelshanteringssystem Platina.

Utbildade team med sjuksköterskor och läkare inom slutenvårdens verksamheter genomför slumpmässiga granskningar varje månad samt riktade journalgranskningar för att identifiera vårdskador och mönster av vårdskador. Punktprevalensmätningar utförs varje månad för VRI, trycksår och BHK. Kvalitetregistret Senior Alert används för att identifiera omvårdnadsrisker. Regionen har deltagit i de nationella punktprevalensmätningarna VRI och trycksår 2015.

Patientsäkerhetsronder/Dialoger

Utsedda team, bestående av ledningsfunktioner i divisionerna samt representant från enheten för patientsäkerhet och läkemedelsenheten genomför löpande patientsäkerhetsronder/-dialoger i samtliga verksamheter. Syftet med ronderna är att inhämta synpunkter från medarbetare. Utifrån dessa förs dialog med ledningsgrupperna för att bidra till en ökad medvetenhet och stimulera till ett förbättrat kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. Därtill så sker en uppföljning på hur verksamhetsområdets ledning arbetar med avvikelser, kvalitetsregister och andra patientsäkerhetsaktiviteter.

Smittskydd och antibiotikaförskrivning

Smittskyddsensheten följer smittskyddsläget i länet och kontaktar läkare, verksamhetschefer och divisionschefer i ärenden som rör anmälningspliktiga sjukdomar. Smittskyddsensheten har även kontakt med allmänhet och övriga myndigheter i länet beträffande smittskyddsfrågor. Strama är landstingets enhet med kunskap för rationell antibiotikaanvändning. De analyserar antibiotikaförskrivningarna månatligt och informerar ledning och berörda verksamheter om förskrivningsmönster och riktlinjer.

Avvikelser

Avvikelser registreras i Platinas avvikelsemodul och hanteras av berörd chef. Därefter återkopplas avvikelserna på individnivå och arbetsplatsträffar. Se även rubrik 8 (Hälsa och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet).

Kvalitetsregister

Registrering i flertalet kvalitetsregister sker i syfte att identifiera kvalitetbrister och vårdskador. Här har det påbörjats ett särskilt arbete för att förbättra arbetet med kvalitetsregistret inom hela hälso och sjukvården.

Stöd till medicinska verksamheterna vid användning av tekniska försörjningssystem

En teknisk kommitté finns etablerad i Region Gävleborg med syfte att fungera som en brygga mellan medicinska verksamheter som använder medicintekniska produkter, MTP, och tekniska verksamheter i Region Gävleborg. Kommittén organiseras av Medicinsk Teknik i samarbete med divisionschef Diagnostik som har kontakten mot HSL.

Strålskyddsorganisation finns utifrån krav från Strålskyddsmyndigheten i syfte att förebygga risker för patienter, personal och allmänhet i samband med användning av joniserande strålning (beskrivs i regiongemensam rutin).

Samhällsmedicin Gävleborg gör årligen analys av resultaten från "Öppna jämförelser" samt gör sammanställning av den nationella patientenkäten.

4. Uppföljningar genom egenkontroller

Område	Omfattning	Källa	Analys
Vårdrelaterade infektioner som behandlas med antibiotika	Rapporteras fortlöpande	Nationella IT-stödet Infektionsverktyget	Skер inom berörda verksamheter
Vårdrelaterade infektioner	Granskning av alla inskrivna patienter en specifik dag/mån	Regionens gemensamma databas	Redovisas i styrkort, för medarbetare och publiceras på intranät
Hygienrutiner och klädregler	10 observationer/enhet genomförs varje månad	Regionens gemensamma databas Cyklop	Redovisas i styrkort, för medarbetare och publiceras på intranät
Trycksår	Granskning av alla inskrivna patienter en specifik dag/mån	Regionens gemensamma databas	Redovisas i styrkort, för medarbetare och publiceras på intranät
Medicinska vårdinsatser	Rapporteras fortlöpande i relevanta nationella kvalitetsregister	Nationella kvalitetsregister	Skер inom berörda verksamheter
Fall, tryckskada, undernäring och munhälsa	Rapporteras fortlöpande gällande patienter 65 år och äldre	Senior Alert	Skер inom berörda verksamheter
Jämförelser av vårdverksamheter med andra landsting	Årlig rapportering för delatagande enheter	NYSAM och Öppna jämförelser	Skер inom berörda verksamheter
Antibiotikaförskrivning	Månadsvis uppföljning samt halvårsvis	Concise från E-hälsomyndigheten, Strama, regionens gemensamma databas Cyklop, infektionsverktyget	Skер inom berörda verksamheter
Läkemedel	Årlig egenkontroll av läkemedelshantering enligt checklista vid varje vårdenhet	Regionens gemensamma databas	Skер inom berörda verksamheter, arbetsplatsträff och patientsäkerhets-Ronder
Olämpliga läkemedel	Regelbunden rapport	Concise från E-hälsomyndigheten	Skер inom berörda verksamheter

Område	Omfattning	Källa	Analys
Slumpmässig markörbaserad journalgranskning	Minst 50 journaler granskas/månad vid medicin- och kirurgavdelningar	Journalsystemet Melior	Skер inom berörda verksamheter
Riktad markörbaserad journalgranskning	Utifrån verksamhetens intentioner	Relevanta journalsystem	Skер inom berörda verksamheter
Avvikelser	Rapporteras fortlöpande	Avvikelsemodul i IT-stödet Platina, Regionens gemensamma databas Cyklop	Utreds, åtgärdas och återkopplas till ledningsgrupper, patientsäkerhetsrond arbetsplatsträff
Patientnöjdhet	Berörda verksamheter deltar i nationella mätningar och/eller genomför egna mätningar	Nationella patientenkäter och/ eller egna enkäter samt ”tyck och tryck”	Skер inom berörda verksamheter
Kundnöjdhet	Berörda verksamheter efterfrågar beställares synpunkter	Egna enkäter	Skер inom berörda verksamheter
Medarbetarnöjdhet	Samtliga medarbetare besvarar enkät en gång/år	QPS och HME	Analys och åtgärder sker på olika organisatoriska nivåer, ledningsgrupp och arbetsplatsträffar
Ackrediterade/certifierade verksamheter	Interna och externa revisioner genomförs systematiskt enligt plan	Relevanta ackrediterings-/ certifieringsorgan	Skер inom berörda verksamheter
Blodprodukter, strålskydd, arbetsmiljö brand, miljö medicinteknisk utrustning, m.fl.	Säkerhetsronder genomförs systematiskt enligt plan	Protokoll	Skер inom berörda verksamheter

Område	Omfattning	Källa	Analys
Tillgänglighet	Ledtider för bild- och funktionsmedicin, väntetider till besök och behandling samt telefontillgänglighet följs regelbundet	Regionens gemensamma databas och nationell databas	Analys och åtgärder sker på alla organisatoriska nivåer. Följs dagligen daglig till månadsvis
Överbeläggningar och utlokaliserade patienter	Beläggningsgrad följs dagligen	Landstingets gemensamma databas (BOV) samt nationell databas	Skер inom berörda verksamheter
Återinskrivningar	Regelbunden uppföljning sker av antalet patienter som återinskrivs inom 30 dagar efter utskrivning	Regionens gemensamma databas	Skер inom berörda verksamheter
Ledtider diktat patientjournal	Mätning av antal dagar från diktering av läkaren till dokumentation i journal	Dikteringssystemet Medspeech	Skер inom berörda verksamheter
Användning av SBAR	Genomförs på vissa vårdenheter	Enkät, observationer	Skер inom berörda verksamheter på arbetsplatsträffar samt patientsäkerhetsrund
Händelseanalyser och internutredningar	När allvarlig händelse inträffat	Händelseanalys, enligt nationell metod	Följs upp efter rekommendationer i analysen

5. Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits samt vilka åtgärder som genomfört för att öka patientsäkerheten

Ett strategiskt utvecklingsarbete som innefattar hela Hälso- och sjukvård Region Gävleborg pågår. Arbetet är inspirerat av besök hos Kaiser Permanente i USA, gjorda av ledningsfunktioner inom regionen. Målet med utvecklingsarbetet är att regionens hälso- och sjukvård präglas av ett helhetsperspektiv utifrån patientens vårdbehov, oavsett var i vårdförloppet patienten befinner sig. Planering för mål tillsammans med åtgärder och utfallsmått har påbörjats. Ett första övergripande gemensamt mål har tagits fram som präglar arbetet: "Vårt gemensamma ansvar för vår gemensamma patient".

Regionen erbjuder fortlöpande utbildningar inom kvalitets- och patientsäkerhetsområdet exempelvis händelseanalysledare, riskanalysledare, SIP (Samordnad individuell vårdplanering), basala hygienrutiner och klädregler, sjukdomsförebyggande metoder, strålskydd, GPS (Gävleborgs produktionssystem), miljöutbildning och Platina dokumenthantering.

Vårdskador

Vårdhygien har ett flertal aktiviteter i Region Gävleborg. De utför hygienronder inom slutenvården och i primärvården. Utbildningar sker till personal i vården och till lokalvårdspersonal. Det finns hygienombud ute i verksamheten som vårdhygien har kontinuerliga träffar med. Vårdhygien delar även på arbetsplatsträffar när verksamheten så önskar.

KTC har i sina utbildningar byggt in föreläsning och diskussion om vad rutiner för vårdhygien innebär. Det finns också en webb baserad utbildning för hygienrutiner. Hygienrutiner och klädregler har under året varit i fokus i ledningsgrupper och arbetsplatsträffar, där resultat från månatliga mätningarna diskuteras. Hygienrutiner och klädregler tas upp i medarbetarsamtalen. Personalen uppmanas även genomgå den Webb baserade utbildningen. Webb utbildningen ingår även i introduktionsprogrammet för nyanställda.

Ett aktivt arbete sker för att minska antibiotikaförskrivningen. Besök och information på hälsocentraler har skett av smittskydd, Strama och kliniska apotekare tillsammans med analys av förskrivningsmönster. Ett arbete inom Primärvården har startat, "Sit In". Strama har skriftlig kontakt med vårdenhetschefen med frågor om kvalitetsarbete inom området. Besök på hälsocentralen görs där Strama sjuksköterska följer arbetet under förmiddagen för att under eftermiddagen ha föreläsning och diskussion kring enhetens eget arbete. Återkoppling till vårdenhetschef med nytt påföljande besök sker efter det. Strama utför även utbildningar till sjuksköterskor

Ett fortsatt arbete för att minska andelen trycksår har skett med månatliga mätningar. KTC har funnits som stöd och erbjuder utbildning, stöd vid punktprevalensmätningar stöd i uttag av statistik från dessa. Fler avdelningar har under året tagit över de

månatliga mätningarna utan KTC i syfte att integrera det i personalens normala arbetsrutiner.

Fallskador har i större utsträckning uppmärksammats inom slutenvården. En del förbättringsarbeten har genomförts och ett par avdelningar har fokuserat på att använda Senior Alert som underlag i förbättringsarbetet.

Patientsäkerhetsronder/dialoger

Alla divisioner har under 2015 genomfört patientsäkerhetsronder/dialoger som initierat förbättringsåtgärder. En regionsövergripande uppföljning av högsta ledningen visar att ronder/dialoger upplevs som positivt såväl bland personal som chefer. Inom primärvården har ett fortsatt arbete för att belysa patientsäkerhetskulturen på enheterna skett med hjälp av verktyget MaPsAF (Manchester Patient Safety Framework).

Exempel på Processer och Förbättringsarbeten

Projektet Cancerstrategi Gävleborg är ett arbete som syftar till att samordna och driva utvecklingen inom cancervården. Arbetet utgår från den nationella cancerstrategin och innehåller olika delprojekt och uppdrag. Ett fortlöpande arbete sker för att standardisera vårdprocesser för cancer patienter utifrån nationella mål och överenskommelse. Fem flöden har säkerställts under 2015, bland annat makrohematoriflödet.

Ett flertal förbättringsarbeten har initierats inom alla verksamheter med syfte att förbättra vårdflöden och processer inom vården. Exempel är akutflödet, utskrivningsrutiner, process vid byte av vårdnivå och sepsisflödet.

Ett osteoporosprojekt har bedrivits sedan 2014. Syftet med projektet är att förbättra behandlingen för patienter med misstänkt osteoporos (benskörhet) genom att skapa ett fungerande frakturflöde genom hela vårdkedjan.

Ett strukturerat arbetsätt för ständiga förbättringar införs i regionen genom att coacher utbildas för att leda förbättringsarbeten i verksamheten. Utbildningar/handledning finns som stöd via Qulturum (Centrum för utveckling och förbättringsarbete inom hälso- och sjukvård och tandvård inom region Jönköping). Under 2015 har tjugo nya förbättringsteam startat inom olika områden i verksamheten. Som exempel kan nämnas förbättrade flöden, fallprevention och personcentrerad vård.

Vårdprogram och rutiner har fortlöpande reviderats inom hela regionen. Planer för införande har utarbetats i viss omfattning. Tillgång och sökbarhet till befintliga dokument kan utvecklas.

Läkemedelsenheten utgör ett stöd i förbättringsarbetet för att förebygga läkemedelsfel. Kliniska apotekare och verksamheterna arbetar tillsammans med läkemedelsgenomgångar, säkerställande av aktuella läkemedelslistor, genomförande av utbildningsinsatser, granskar egenkontroller av läkemedelhantering vid enheterna samt deltar vid patientsäkerhetsronder/dialoger.

Kommunikationsverktyget SBAR används i allt större utsträckning och har införts med olika intensitet inom enheter. KTC har utbildat i SBAR och har det i fokus på teamträningar.

Psykiatrin har genomfört och slutfört ett nationellt initierat program ”Bättre vård – mindre tvång”. Alla tre olika delar (kunskap, uppföljning och praktiskt förbättringsarbete) har genomförts.

Ett nutritionsprojekt pågår inom kirurgiska avdelningar som ska utvärderas under 2016. Arbetssättet går ut på att alla patienter ska riskbedömmas inom 24 timmar, utredas för undernäring samt vid behov få förebyggande och behandlande åtgärder insatta.

Genom att komplettera dagens hälso- och sjukvård med ”Vård på distans” med hjälp av teknik finns möjligheter till ökad patientsäkerhet, tillgänglighet och en mer jämlik vård. Med hjälp av dagens teknik tar vi fram nya sätt för patienterna att möta vården. Under 2015 har ett pilotprojekt planerats i Ljusdal dit patienter kan komma för att möta ortopedläkare från Hudiksvall eller logoped från Gävle.

Ambulansverksamheten och primärvården har utarbetat en rutin med handlingsplan för att fånga upp patienter som är ”mångåkare” och möta deras behov tidigare för att undvika obehövligen ambulanstransporter. Ett par hälsocentraler har under två år arbetat med att följa upp mångbesökare och vilka åtgärder som initierats i syfte att få en samlad bild av deras problem. Målet är att ge rätt vård och mindre behov av vårdkontakt.

Fokus har lagts på kompetensväxling för att säkra bristyrken och möjliggöra karriärvägar för olika professioner. Exempelvis har vissa läkaruppgifter utförts av specialutbildade sjuksköterskor och sjuksköterskeuppgifter av undersköterskor

Kvalitetsregister

En genomlysning av kvalitetsregister har skett för att identifiera vilka kvalitetsregister som används i Regionen. Fokus har sedan lagts på ett fåtal register för att rapporter ur registren ska användas för kontinuerlig uppföljning av vårdkvaliten.

De fyra utvecklingsmotorerna som Region Gävleborg haft har under 2015 har fortsatt sitt arbete med att öka täckningsgraden i Senior Alert och Palliativa registret. Motorerna har haft fokus i att stödja verksamheten i att ta ut rapporter som underlag till förbättringsarbeten.

Markörbaserad journalgranskning

Riktade markörbaserade journalgranskningar har utförts inom slutenvården som underlag till förbättringsarbeten. Exempelvis granskning av vårdrelaterade infektioner relaterat till urinkateter, sårinfektion i samband med kärloperation eller ortopedisk proteskirurgi av höft och knä, given dos förebyggande antibiotika inför ortopedisk operation mm. Specifika handlingsplaner tas sällan fram utan integreras i pågående arbete. Under hösten 2015 har enheten för patientsäkerhet startat ett nätverk för granskare i syfte att utveckla användning av metoden och systematisk användning av resultaten

Stöd till medicinska verksamheterna vid användning av tekniska försörjningssystem

På begäran från vårdenhetschefer har HSL beslutat att den tekniska kommittén ska ansvara för att ha minst två informationsträffar per år med inbjudan till vårdenhetschefer. Träffar har under året genomförts vid sjukhusen i Bollnäs, Gävle respektive Hudiksvall. Träffarna innehåller information om patientsäkerhet och kvalitet främst inom miljö, säkerhet, IT, medicinsk teknik samt aktuella lagändringar eller försörjningsärenden som chefer berörs och ansvar för. Ambitionen med träffarna är att underlätta för chefer och funktionsansvariga på LOV, medicinteknisk chef, ansvariga inom diagnostik, chefsläkare anestesi, vid behov entreprenörer att vid länsgemensamma tillfällen nå ut/få information vid ett och samma tillfälle och där också möjlighet ges att ställa frågor. Träffarna är för både offentliga och privata vårdgivare.

Medicinsk Teknik - MTA bedriver uppföljning av användning av medicinteknisk utrustning/-system med hjälp av teknikronder i samarbete med respektive verksamhet inom hälso- och sjukvården. Fastställd rutin finns ”Användning och hantering av medicintekniska produkter”. Olyckor och tillbud gällande medicinteknisk utrustning/-system rapporteras in i en nationell riskdatabas ”Reidar” och till myndigheter enligt särskild rutin.

Elektroniska remisser och svar (e-remsor) ska införas inom hela hälso- och sjukvården i Region Gävleborg syfte att öka patientsäkerheten och förbättra ledtiderna. Pga flera problem avbröts breddinförandet, som gjordes i början av året, efter kort tid. Arbetet pågår med att hitta lösningar på problemen. I arbetet för en patientsäker vård pågår ett omfattande regionprojekt för att övergå till en gemensam Meliordatabas istället för som idag femton databaser. Arbetsgrupper som under 2015 gjort färdigt dokumentationsfasen till införandet som sker i början av 2016.

6. Samverkan för att förebygga vårdskador

Samverkan för att förebygga vårdskador och öka vårdkvaliteten sker allt mer inom regionens verksamheter och i samverkan med andra vårdgivare. T.ex. vid utredningar av vårdskador, i förbättringsprojekt, framtagande av rutiner och vid förbättring av flödesprocesser som till exempel sepsisflödet².

Det finns olika samverkansforum inom och mellan divisionerna samt kommuner i syfte att stärka patientsäkerheten och undvika vårdskador i vårdkedjan. Regionen och kommunerna i länet har gemensamma samverkansforum för olika grupperingar mellan huvudmännen. En gränsdragningsgrupp finns som hanterar frågeställningar som rör gemensamma områden och egenvårdsfrågor mellan kommuner, specialistvård och primärvård utifrån ett hälso- och sjukvårdsansvar. Exempelvis har dialog påbörjats mellan kommunens rehabiliteringschefer och primärvården i Gävle i syfte att öka samverkan kring hjälpmedel.

Proaktiv hälsostyrning är en arbetsmodell som syftar till att bibehålla äldre sjukas hälsa och välbefinnande under längre tid och på så sätt även skjuta upp behovet av

² Sepsis = allvarlig bakteriell infektion sk ”blodförgiftning”

stora sjukvårds- och omsorgsbehov. Tre hälsocentraler har börjat använda modellen och en införandeplan samt riskanalys för införandet har utarbetats under 2015.

Samvekan har skett med olika vårdaktörer, polis, kommun m.fl. om enskilda patienter eller kring generella samverkansfrågor.

Under 2015 har ett flertal behandlingsrutiner blivit färdiga. Regionen deltar även i flera nationella projekt exempelvis "Säker förlossningsvård del 2 - förebyggande av sfinkterruptur"

Representanter från regionen har deltagit i brukarråd och haft direktkontakt med patientföreningar. Exempelvis för att hämtat in synpunkter från patienter/anhöriga till utredningar, utvärderingar eller utvecklingsarbeten, vilket sker i ökad omfattning.

För att tydliggöra roller och ansvar och skapa enhetliga arbetsätt inom olika enheter har regiongemensamma dokument tagits fram, exempelvis vårdprogram för misstänkt djup ventrombos.

Exempel på process- och förbättringsarbeten

I flertalet av de förbättringsarbeten som bedrivits under 2015 när det gäller vårdprocesser innefattar samarbete mellan olika enheter och divisioner. Ett exempel är förbättringsarbeten för akuta sjuka. Exempelvis har en rutin tagits fram för det akuta patientflödet i Gästrikland som beskriver ansvar och samarbete för hälso- och sjukvårdens olika aktörer i länet. Ett nytt arbetsätt har införts när familjeläkarjouren finns på sjukhusområdet. Patienter lotsas numera direkt av distriktssjuksköterska till rätt vårdnivå (primärvård, slutenvård) vid besök på akutmottagningen jourtid med positivt resultat. Möten har också skett med akutmottagning och avdelningar eller röntgen i syfte att förbättra akuta patientflödet och stärka vårdkvaliteten inom den slutna vården i det akuta patientflödet.

Ett annat exempel är sepsisflöde. Genom avvikelssystemet identifierades sepsis som ett område med behov av förbättringar. I syfte att förbättra vårdflödet med mål att korta tiden mellan insjuknande till första dos antibiotika. Ett förbättringsarbete pågår mellan bland annat 1177, primärvården, akutmottagning, intensivvården, intensivvårdsavdelning och medicin. En kartläggning har gjorts om patientens flöde där ett flertal förbättringsområden identifierats. Målet är att regionen har ett standardiserat vårdförlopp för patienter med sepsis för att minska dödligheten.

Införandet av en bedömningsbil bemannad av ambulanssjuksköterskor som kan göra en första bedömningsinsats dygnet runt i Los området är ett unikt samarbete mellan primärvården, ambulansen och hemsjukvården. Ett annat projekt med syfte att korta tiden fram till effektiv behandling i samband med hjärtstopp är ambulanssjukvårdens samarbete med länets alla räddningstjänster (SAMS, Saving More Lives in Sweden). Först på plats sätter igång behandlingen vilket kan öka överlevnadschanserna.

För att säkerställa informationsöverföring vid vårdens övergångar med hjälp av informationssystemet Meddix har workshop anordnats med representanter från region och kommun. För att säkerställa informationsöverföring vid vårdens övergångar har flera förbättringsarbeten genomförts och påbörjats. Exempelvis så har workshop

anordnats med representanter från region och kommun för användandet av informationssystemet Meddix.

Samordnad individuell vårdplan (SIP) är ett viktigt verktyg för kommun och regionen för att samordnade insatser ska kunna ske på ett effektivt och sammanhållet sätt. Utbildningsinsatser har genomförts under 2015 för att öka upprättande av SIP där det finns behov

7. Riskanalys

Riskanalys sker fortlöpande i dagliga frågor i verksamheten såsom beläggning, bemanning, riskbedömning och val av behandling till enskild patient etc. Utöver det finns en rutin för när och hur riskanalyser ska genomföras inom regionen. Rutinen är modifierad utifrån den metod som beskrivs i handboken för risk- och händelseanalyser.

Internkontrollenheten svarar för utbildning av nya chefer och riskanalysledare samt fungerar även som stöd vid genomförande av riskanalyser vid behov. Vid planering av större förändringar genomförs oftast riskanalyser. I vardagen sker i allt större utsträckning riskanalyser även vid mindre förändringar som direkt eller indirekt kan påverka patientsäkerheten.

Mer än 40 riskanalyser har genomförts inom regionen under 2015 varav 25 stycken inom Division Operation. Ofta men inte alltid genomförs analyserna med anledning av organisatoriska förändringar. Exempel på genomförda riskanalyser under 2015 är flödesanalyser för patientgrupper, tvåårsambulans, breddat chefsuppdrag, schemaförändringar, bemanningssituationer, proteskirurgi i korttidsvård, kompetensväxlingar mellan och inom yrkesgrupper, borttag av onkologrond, översyn akutflödet på akutmottagningar, upphandling ögonbottenundersökning från privat vårdgivare, nytt lagerhållningssystem, stängning av vårdplatser, ombyggnationer.

Några verksamhetsområden beskriver i sina patientsäkerhetsberättelser att effekten av analyserna resulterat i förbättringar och säkrare vård. En händelseanalys som genomförts i samband med att breddinförande av e-remitter stoppades i början av 2015 visar på förbättringsmöjligheter gällande användning och uppföljning av effekter av åtgärder som föreslagits i analysen. Utifrån det kommer utbildningsinsatser för uppdragsgivare vidtas under 2016 i syfte att utveckla systematisk användning av genomförda riskanalyser.

8. Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporterings-skyldighet

Icke förväntade händelser/observationer som medfört eller skulle kunna medföra risk eller skada rapporteras i regionens avvikelshanteringssystem Platina. Avvikelsen utreds av ansvarig chef i dialog med berörd personal på verksamhetsnivå och på vissa enheter med hjälp av stödfunktion inom egen organisation, ex. kvalitetssamordnare. Återkoppling sker till berörda individer, på arbetsplatsträffar och ledningsgrupper samt används som underlag vid patientsäkerhetsronder/dialoger inom regionen.

Avvikelsesystemets kategorisering möjliggör sammanställning och analys för att upptäcka mönster och trender vilket är ett område som kan förbättras på alla nivåer. När händelsen bedöms vara av allvarlig karaktär (risktal 8 eller mer) beslutar verksamhetschef att internutredning/händelseanalys ska utföras. Den nationella databasen för händelseanalyser Nitha används som metodstöd vid händelseanalyser. Allvarlig händelse lyfts till divisionsnivå/förvaltningsnivå. I samråd med chefläkaren görs bedömning om händelsen ska Lex Maria-anmälas.

9. Klagomål och synpunkter

Patient och/eller närstående kan lämna klagomål och synpunkter direkt till verksamheterna, patientnämnden eller Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Patientklagomål som kommer till verksamheten registreras i Platinas avvikelsemodul. Ärendena hanteras som övriga avvikelser (se rubrik 8). För de ärenden som verksamheterna får från patientnämnden ansvarar berörd chef för att utreda ärendet genom att inhämta information från berörd personal och ur journalen. Återkoppling sker till patient och/eller närstående, på arbetsplatsträffar och ledningsgrupper. Patientnämndens handläggare har dialoger med verksamheterna och är behjälpliga i att analysera mönster av inkomna ärenden. Patientnämnden har under året varje månad redovisat en sammanställning av innehållet i de ärenden som inkommit till respektive verksamhet. En regiongemensam rutin finns för hantering av patientnämndsärenden samt för hantering av anmälan om fel i vården till IVO.

9.1. Sammanställning och analys

Tabellen nedan visar avvikelser under perioden 2011 - 2015

	2011	2012	2013	2014	2015
Totalt antal avvikelser under året inom landstinget	5 947	7 966	8 218	8 434	8132
Varav avvikelser inom området vårdprocesser under året	4 373	5 500	5 839	6 120	5844

Kommentar:

Antalet rapporterade avvikelser har minskat med ca 4% inom regionen totalt under 2015 i jämförelse med 2014. Den största andelen finns fortfarande inom huvudgruppen vårdprocesser (72 procent) vilket är detsamma som 2014. De största andelarna återfinns i undergrupperna vård och behandling (44 procent), vårdadministration (20 procent) och samverkan (11 procent).

Tabellen nedan visar IVO ärenden inom Region Gävleborg under perioden 2012 - 2015

	2012	2013	2014	2015
Enskilda patient ärenden	68	202	185	143
Lex Maria	44	34	48	39

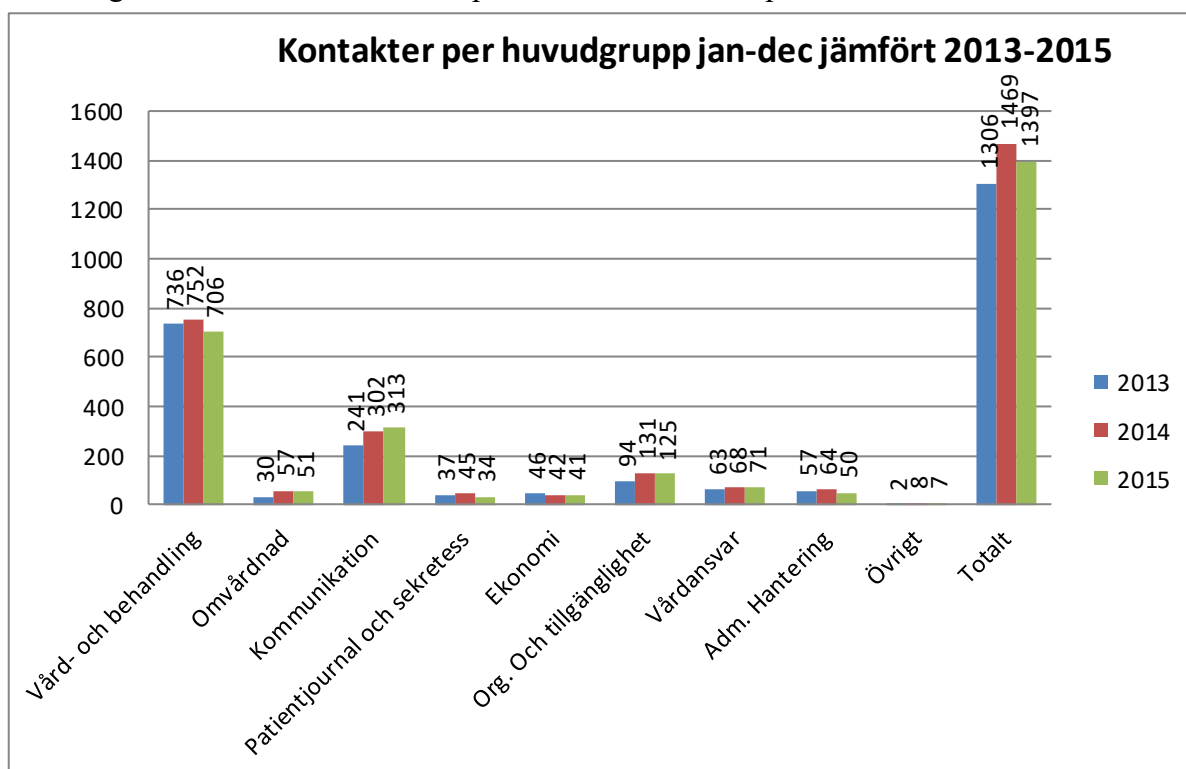
Kommentar: Av Lex Maria anmälningarna utgör ca 46 procent suicid (2014= 43%).

Anmälan har gjorts vid några tillfällen till IVO, om personal som utgör en patientsäkerhetsrisk.

Patientnämndsärenden

Patientnämndens förvaltning har totalt haft 1397 kontakter från patient/anhörig vilket är 5 % färre än föregående år. Av dessa kontakter rör 1099 stycken regionens hälso- och sjukvård där några ärenden har lett till Lex Maria-anmälningar. De flesta ärendena kommer från patienter i åldersspannet 50-69 år som representerats av flest kvinnor, men andelen män har ökat något under 2015.

Nedan figur visar antal kontakter till patientnämnden under perioden 2013-2015



Kommentar:

Under 2015 har det varit en minskning av antalet ärenden med cirka 5 procent jämfört med 2014. Minskningen har varit generell inom alla huvudgrupper förutom ärenden rörande kommunikation och vårdansvar där det också i år varit en ökning. Förutom de rena kommunikationsärendena finns i år bemötande respektive kommunikation som delproblem i 75 av ärendena i de övriga huvudgrupperna varav 65 procent rör vård- och behandling.

Antalet ärenden rörande vårdflöden/processer har tredubblats. Vårdansvar brister främst mellan specialistvård och primärvård. Patienterna upplever att det inte finns någon som tar ett helhetsansvar för dem, vilket i vissa fall lett till att diagnoser fördröjts eller blivit felaktiga. Ökningen avseende vårdflöden/processer har varit högst inom primärvården som också är den enda division där antalet synpunkter ökat. Ökningen har totalt varit 5 procent. Inom division primärvård har antalet ärenden rörande brister i undersökningar dubblats.

Många synpunkter handlar om bristande delaktighet från patienten samt brister i dokumentation vilket i sin tur leder till patientsäkerhetsrisker och andra konsekvenser för patienterna. Ökningen av antalet ärenden avseende bristande information till patient/närstående har fortsatt under 2015.

Även i år finns uppgifter om borttappade/fördröjda remisser i många av ärendena vilket i sig medfört patientsäkerhetsrisker. Den klart största ökningen av antalet ärenden har varit inom BUP-verksamheten samt ÖNH-verksamheten där antalet ärenden ökat med 80 procent på båda ställena. Det handlar främst om vård- och behandling samt kommunikation.

9.2. Samverkan med patienter och närstående

Patientmedverkan i egen vård – beslutsprocessen, egenvård

Patienter och närstående erbjuds att delta vid vårdplanering när patienten byter vårdnivå. Vårdplanering via videokonferens används i allt större utsträckning såväl inom regionen som med externa vårdgivare. Kardiologen har påbörjat ett särskilt arbete med patientcentrerad vård vilket innebär att patient och/eller närstående deltar i upprättande av vårdplan under vårdtillfället och får en aktuell vårdplan med sig hem. Detta har mätts och mätningarna visar på en positiv återkoppling från patienterna som känner sig mer informerade och delaktiga i sin egna vård. Ett annat exempel är från barn och ungdomssjukvården där patienten/anhörig är med och sätter mål för vården.

Den reviderade e-broschyren ”Min guide till säker vård”, som finns översatt till flera språk, används för att ge stöd för patient/närstående att bli mer delaktig i vården och underlätta kommunikationen mellan patient/närstående och personal. Översättning av informationsmateriel gällande hygien till olika språk.

Patientmedverkan i utveckling av vården

Genom det strategiska utvecklingsarbete som utförs i Hälso- och sjukvården Region Gävleborg har medborgare inom alla åldersgrupper bjudits för samtal om vilka behov och förväntningar de har på sjukvården. Svaren ligger till grund för det fortsatta arbetet.

Patientråd bestående av familjer med barn som har kronisk sjukdom och ofta behöver kontakt med barn och ungdomssjukvården är under uppstart. Rådets syfte är att involvera barnen och familjerna i förbättrings- och utvecklingsarbeten.

Vid utvecklingsarbeten/förbättringsarbeten medverkar patienter/brukarorganisationer allt oftare genom exempelvis samtal eller enkäter. I de standardiserade vårdförloppen som genomförts under 2015 har patienter varit delaktiga. Vidare sker regelbundna möten med brukarorganisationer för att ge information och inhämta synpunkter. Inom vissa verksamhetsområden förekommer även anhörigrupper.

Patient och närstående har möjlighet att lämna synpunkter i s.k. förslagslådor eller genom egna och/eller nationella enkäter. Vissa verksamheter kontaktar patienter per telefon för att inhämta upplevelse av vårdinsatsen.

I samband med en händelseanalys ges patient/närstående möjlighet att ge sin beskrivning av händelseförloppet. Vid vissa patientnämndsärenden skapas ett mötestillfälle mellan verksamheten och patient/närstående.

Inom intensivvårdsavdelningarna (IVA) finns återbesöksmottagning som erbjuder patienter och/eller närstående att komma för uppföljande samtal kring vårdtiden, bland annat i syfte att personalen ska få återkoppling som kan användas för att förbättra vården.

10. Resultat

Utbildningsinsatser

Nedanstående tabell är exempel på utbildningar som Kliniskt träningscentrum arrangerat

Utbildningstyp	Antal personer	Kommentar
SBAR	377 deltagare	SBAR är ett kommunikations-/samtalsverktyg. Deltagarna kommer från primärvården och medicin/psykiatri
Simuleringsövningar	345 deltagare	Deltagare från division operation, medicin/psykiatri och diagnostik.
HLR (hjärt-lung-räddning)	361 deltagare	Därutöver bedrivs utbildningar av enhetsanknutna HLR-instruktörer.
Akutpatienten i primärvården	97 deltagare	En simuleringsövning för personal inom primärvården.
Trach/sug	374 deltagare	Metodövning för personal ffa från kommun, assistansföretag men även primärvård, operation och medicin/psyk.
PVK (perifer venkateter)	134deltagare	Deltagare från division operation, medicin/psykiatri och diagnostik.

Nyckelpersoner inom patientsäkerhetsområdet har under året deltagit vid nationella konferenser såsom kvalitetsregisterdagarna, prioriteringskonferensen, patientsäkerhetsdagarna och interna utbildningar inom riskanalys, händelseanalys inkl. Nitha.

Flera hundra personer har deltagit vid något av de >30 informationstillfällena som erbjudits om Patientlagen under 2015 till ledningsgrupper och som öppna informationstillfällen.

Aktivitet utförd av Vårdhygien

Hygienronder har utförts inom slutenvården, minst 28 och inom primärvården minst 6 stycken. Vårdhygien har deltagit på mins 7 arbetsplatsträffar.

Utbildningar utförda av Vårdhygien

	Antal	Antal deltagare
Riktad till hygienombud	17	Ca 200 personer
Lokalvårdare	24	196 personer
Vårdpersonal	17	Mer än 245 personer

Strama

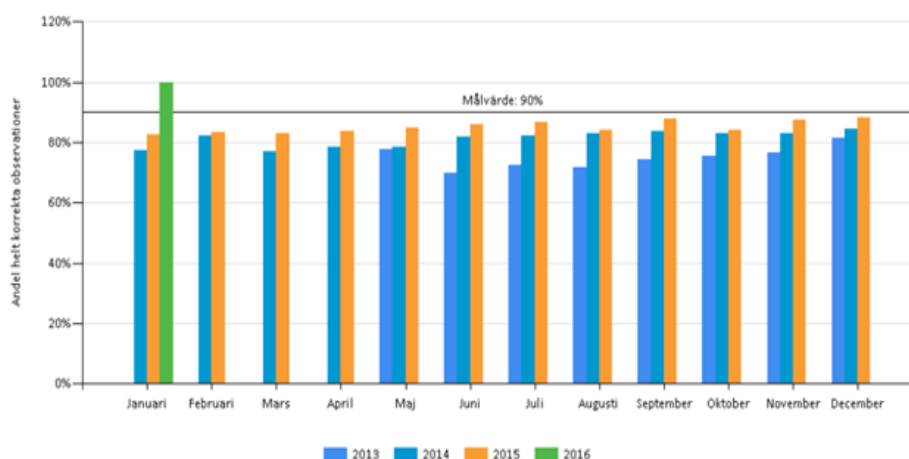
Antibiotikaförskrivningen har minskat med 2 procent under 2015.

Strama har tillsammans med läkemedelskommittén vid fyra tillfällen träffat en stor andel av primärvårdsläkarna och informerat om behandlingsrekommendationer. Vid två halvdagsföreläsningar utbildat och diskuterat med drygt 100 rådgivnings-sjuksköterskor i Strama frågor.

Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler

Region Gävleborg mäter varje månad följsamheten till BHK inom slutenvården och primärvård. Resultaten visar en årlig förbättring sedan mätningarna startade 2013. Målvärdet har under året varit 90 %. Det finns enheter som uppnått målet och har 100 % följsamhet samt enheter där förbättringar behövs.

Total andel helt korrekt hygien- och klädrutiner inom Region Gävleborg. Statistik baserad från månatlig mätning ur Cyklop.



Andel korrekta basala hygienrutiner och klädregler inom slutenvårdsavdelningar inom Region Gävleborg baserat på SKLs årliga mätningar.



Senior Alert

Tabell nedan visar andel registrerade patienter ≥ 65 år i Senior Alert, nationellt kvalitetsregister för äldres vård och omsorg beträffande trycksår, undernäring, ohälsa i mun och fall.

	2012	2013	2014	2015
Division Medicin Psykiatri	59 %	56 %	53 %	56 %
Division Operation	43 %	73 %	63 %	61 %

Politiskt beslutade övergripande mål och dess utfall

Indikator	Mål 2013	Utfall 2013	Mål 2014	Utfall 2014	Mål 2015	Utfall 2015
Beläggningsgrad	92 %	91 %	92 %	93 %	92%	92% ²⁾
Förtroende för hälso- och sjukvården	67 %	65 %	68 %	60 %	73%	55% ¹⁾
Tillgången till hälso- och sjukvården	84 %	77 %	80 %	73 %	81%	75% ¹⁾

Uppgifter tagna ur regionens delårsrapport 1) 2014 2) tom aug 2015

Kommentar:

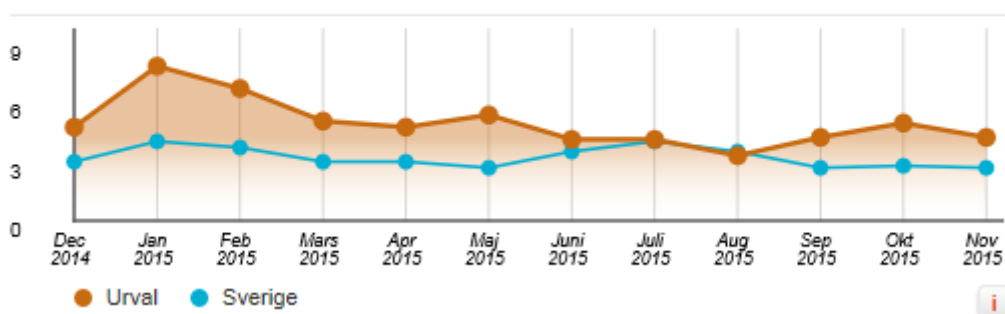
Resultat för 2014 som presenteras i regionens delårsrapport visar att i riket har en högre andel stort förtroende för sjukhusen (71 procent) än för vårdcentralerna (64 procent). I Gävleborgs län har en högre andel stort förtroende för vården vid hälsocentralerna (63 procent) än vid sjukhusen (55 procent). När det gäller förtroendet för vårdcentraler är länets värde statistiskt i nivå med riket men när det gäller förtroendet för sjukhusen är länet statistiskt sett lägre än i riksgenomsnittet. När det gäller upplevelsen av tillgång till hälso- och sjukvården har Gävleborg en signifikant lägre andel som instämmer jämfört med riket. 75 procent i länet och 79 procent i riket anger att de helt eller delvis instämmer. 16 procent vet inte eller kan inte ta ställning och 9 procent tar helt eller delvis avstånd från påståendet.

Beläggningsgrad

Enligt statistik från SKL har regionens beläggningsgrad varit något högre än rikets. Gävle sjukhus hade något lägre beläggningsgrad, 3,4 jämfört med Hudiksvalls sjukhus som var 6,2. Siffrorna visar antal överbeläggningar per 100 vårdplatser.

Statistik från SKLs databas tom november. Tabellen visar antal överbeläggningar per 100 vårdplatser.

Överbeläggning

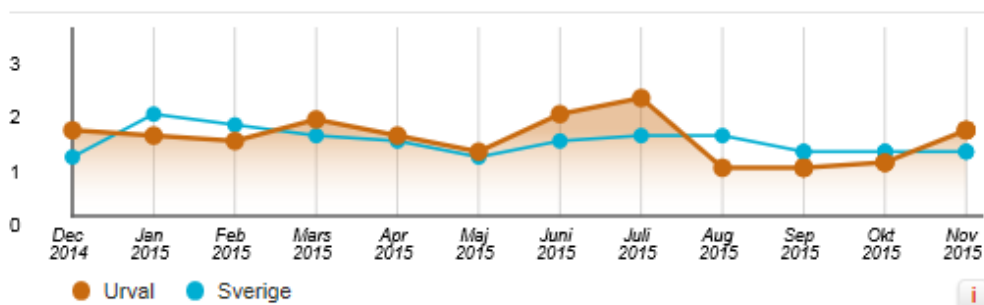


Utlokaliserade patienter

Enligt statistik från SKL har Region Gävleborg haft utlokaliserade patienter ungefär som riket. På Sjukhusnivå hade både Gävle och Hudiksvall i snitt 1,6 patienter per 100 vårdplatser utlokaliserade under året.

Statistik nedan från SKL (tom november) visar antal utlokaliserade patienter per 100 platser.

Utlokaliserade patienter



Läkemedelsgenomgångar

Regiongemensam rutin för läkemedelsgenomgångar finns och vårdenheternas arbete pågår. Kliniska apotekare har under 2015 genomfört 4323 fördjupade läkemedelsgenomgångar i Division Operation, Division Medicin-Psykiatri och Division Primärvård vilket är en ökning jämfört med 2014 inom samtliga divisioner då det utfördes 2262 stycken.

Hållbart MedarbetarEngagemang- HME

Region Gävleborg genomförde under hösten 2015 Stora medarbetarenkäten. Svarsfrekvensen var 88 procent. Enkäten mäter medarbetarnas upplevelse av den psykosociala arbetsmiljön. Enkäten innehåller bland annat SKLs framtagna HME-enkät som mäter organisationens förutsättningar för medarbetarengagemang. HME innehåller tre delindex (motivation, ledarskap och styrning) som tillsammans bildar ett HME-totalindex. Resultatet redovisas på en skala 1-100 där 100 är det bästa resultatet. Nedanstående tabell visar Region Gävleborgs resultat för HME-totalindex och för respektive delindex. Region Gävleborgs mål är att samtliga enheter ska ha ett HME-totalindex på minst 75 och 2015 hade 50 % av enheterna nått detta mål vilket är en ökning med 4 procentenheter jämfört med 2013.

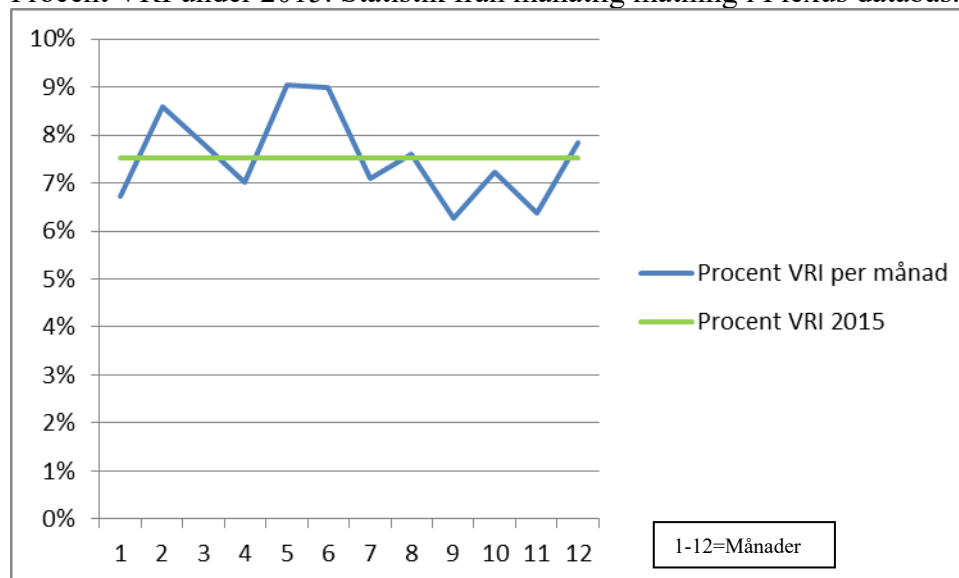
	2011	2013	2015
HME-totalindex	72	73	74
Delindex Motivation	76	77	77
Delindex Ledning	71	70	73
Delindex Styrning	70	73	73

Åren 2011, 2013 och 2015 är statistiskt jämförbara med varandra då det är dessa år som Stora medarbetarenkäten genomförs.

Vårdrelaterade infektioner (VRI)

Region Gävleborg mäter varje månad VRI på slutenvårdsavdelningar. Resultaten från Regionens databas visar att det under 2015 antagligen skett en förbättring.

Procent VRI under 2015. Statistik från månatlig mätning i Plexus databas.

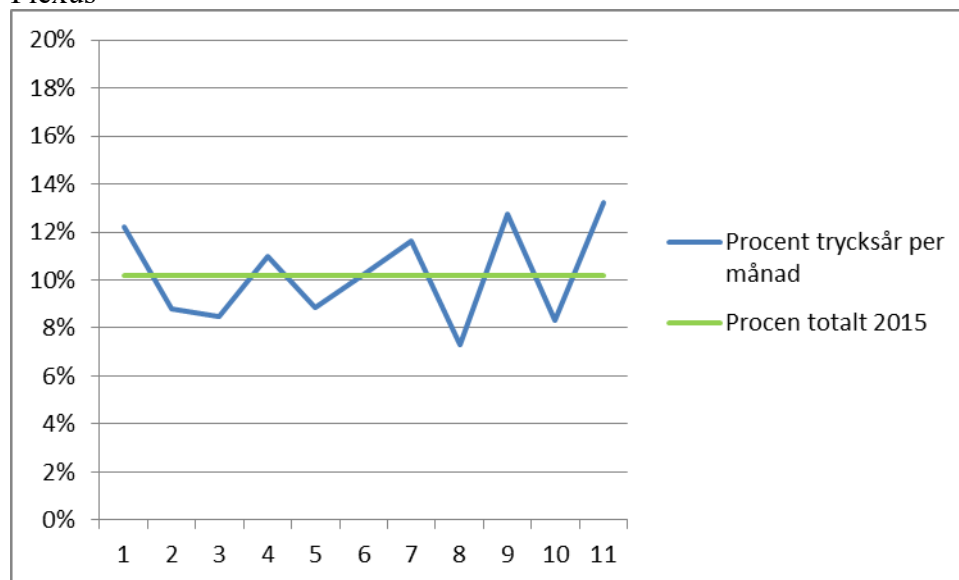


Enlig den senaste nationella mätningen när de gäller VRI (mars 2015) var resultatet för Region Gävleborg bättre (8,6%) än medelvärdet för riket (9,6%). När det gäller typ av VRI hade 2,6 % av patienterna läkemedelrelaterad infektion, 2,4 % av patienterna postoperativ infektion, 1,8 % övrig ingreppsrelaterad infektion och 2,9 % övrig vårdrelaterad infektion.

Trycksår

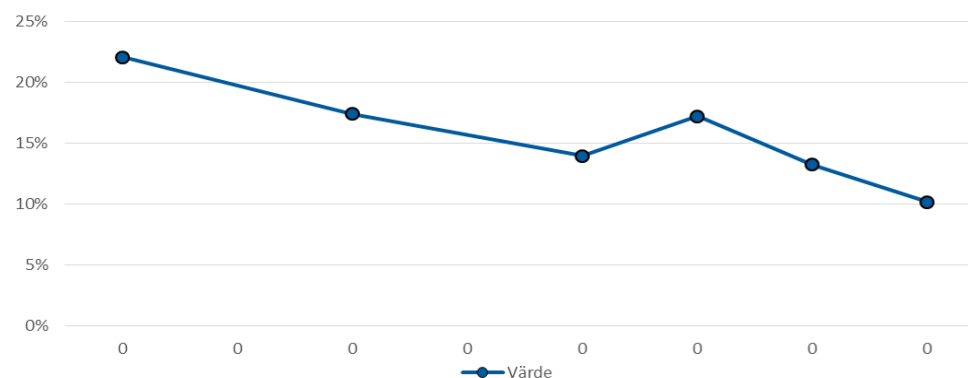
Region Gävleborg mäter varje månad trycksår på nästan alla slutenvårdsavdelningar. Resultaten från regionens databas visar att andelen patienter med trycksår över tid under 2015 inte har förbättrats.

Procent trycksår kategori 1-4 per månad och totalt under 2015 baserat på resultat från Plexus



Däremot så har regionen förbättrat resultaten från första nationella mätningen 2011 till och med sista mätningen mars 2015. Mars 2015 var regionens resultat trycksår kategori 1-4, 10,2 %, jämfört med rikets resultat 13,6 % och kategori 2-4 6,3 %, jämfört med riket 7,0 %.

Procent trycksår kategori 1-4 från 2011 till 2015 baserat på nationella mätningar (SKL).

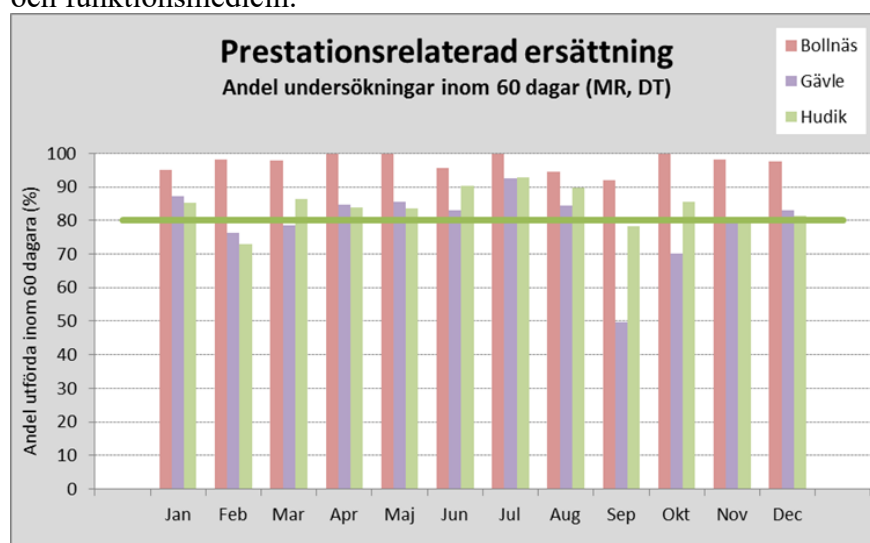


Osteoporosprojektet

Arbetet med frakturkedjan har inneburit att nästan 100% av patienter med lågenergifrakturer screenas för osteoporos. De som löper risk att få en ny fraktur erbjuds utredning. Vid konstaterad osteoporos/osteopeni erbjuds behandling och uppföljning inom primärvården. Stor förändring för en stor patientgrupp som anser sig inte tagna på allvar

Ledtider inom Bild- och funktionsmedicin

Nedanstående figur visar resultatet från de mätningarna avseende ledtider inom bild- och funktionsmedicin.



Vårdenhet	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec
Bollnäs	95,2	98,28	97,98	100	100	95,7	100	94,7	92	100	98,1	97,7
Gävle	87,34	76,36	78,63	84,7	85,70	83,1	92,7	84,6	49,6	70,1	80,1	83
Hudik	85,27	73,02	86,53	84,00	83,7	90,3	92,8	89,7	78,2	85,5	80,4	81,3
Mål	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80

Kommentar

Enheten i Bollnäs har uppnått målet samtliga månader. Resultaten är en förbättring jämfört med 2014.

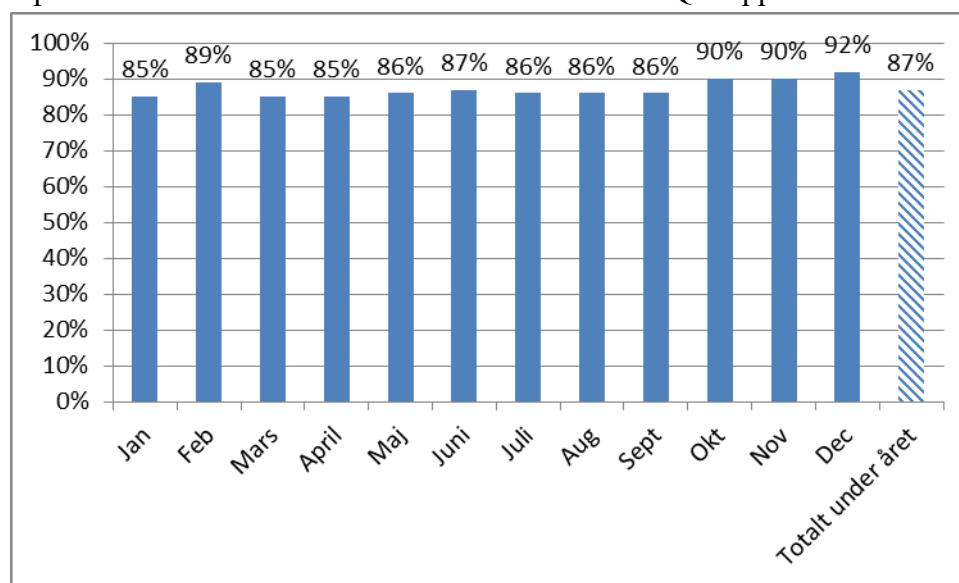
Antibiotikaförskrivning

Antibiotikaförskrivningen har minskat med 2 procent under 2015 och är för länet totalt 284 recept/1000 invånare. För kvinnor 337 recept/1000 invånare och för män 225 recept/1000 invånare.

Telefontillgänglighet

Generellt för regionen är telefontillgängligheten hög inom offentlig primärvård inom regionen i jämförelse med riket (utifrån de nationella mätningarna). Division Primärvård uppnådde 97 procent vilket var tredje bästa resultatet i landet. Rikets värde var 88 procent i medeltal.

Nedanstående figur visar telefontillgängligheten inom Division Medicin-Psykiatri, Operation samt Primärvård under 2015 utifrån TeleQ5 rapporter.



Kommentar till figur

Totalt för de tre divisionerna var telefontillgängligheten 87% .

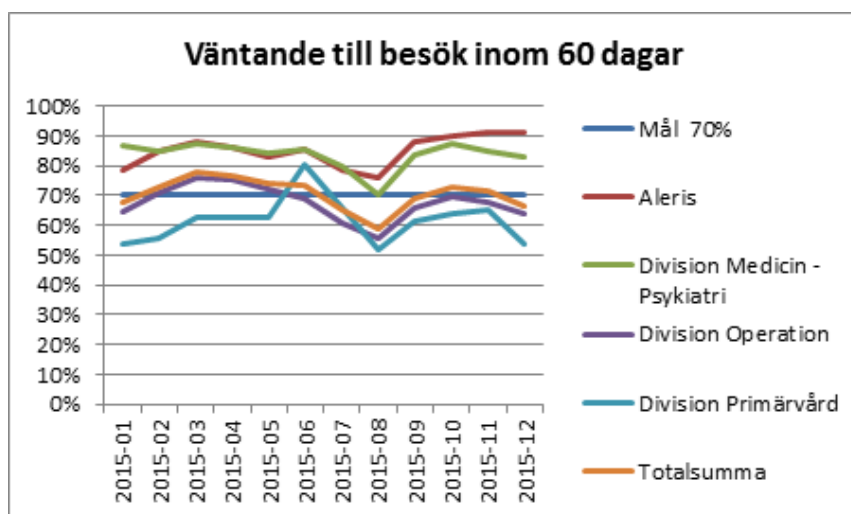
(Div. Primärvård 93%, Div. Medicin 88% och Div. Operation 81%). Genom samverkan mellan enheter i primärvården är telefontillgängligheten god.

Nationell patientenkät

Nationell Patientenkät är ett samlingsnamn för återkommande nationella undersökningar av patientupplevd kvalitet inom hälso- och sjukvården. Hösten 2015 genomfördes en mätning inom primärvården. Mätningen visade att när det gäller patientupplevelser har vi ett resultat som i stora drag ligger som riksgenomsnittet. Helhetsintrycket varierar i landets regioner och landsting från 75-86 procent positiva svar. Riksgenomsnittet och Gävleborg ligger båda på 80 procent.

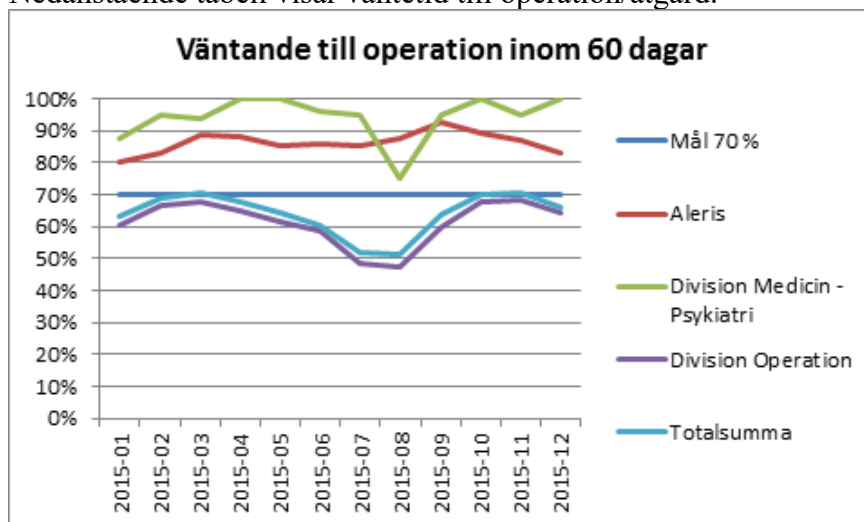
Några generella förbättringsområden från primärvårdsbesökarna handlar till exempel om att patienterna önskar sig mer information om behandlingen, inte känner sig tillräckligt delaktiga i samtalet och att vårdkontaktarna inte samordnas i tillräckligt hög grad

Väntetider till vård och behandling



Kommentar: Regionen har uppnått målet gällande andel patienter som väntat mindre än 60 dagar till besök under 7 av årets 12 månader. Ej uppnått i januari, juli, augusti, september och december. Ökat remissinflöde under 2015. Resultatet ovan avseende primärvård innefattar endast hudmottagningen.

Nedanstående tabell visar väntetid till operation/åtgärd.



Kommentar: Regionen uppnår målet gällande andel väntande mindre än 60 dagar till operation/åtgärd under 3 av årets 12 månader. Begränsade bemanningsresurser samt en omfattande kvarvarande väntelista från 2014 har skapat svårigheter att klara målen.

11. Måluppfyllelse

Vårdskador inklusive BHK

Regionens mål när det gäller VRI, trycksår och BHK är av nollvisionskaraktär, vilket innebär att en fullständig måluppfyllelse är ett långsiktigt arbete med fokus på ständiga förbättringar. När det gäller VRI visar resultat från regionens databas (medelvärde 7,7%) och mätningar utifrån SKL (8,6% våren 2015) att VRI har förbättrats under året. Trycksåren har enligt regionens databas legat på samma nivå under 2015. De nationella mätningarna visar dock på en förbättring sedan 2011, från 23 % trycksår till 10,2 %. BHK har förbättrats på många enheter och nått delmålet på 90 % för helt korrekta utförda hygienrutiner och klädregler. En del enheter har vid upprepade mätningar 100 % korrekt utförda hygien och klädregler.

Antibiotikaförskrivning

Målet för antibiotikaförskrivningen i regionen är maximalt 250 recept per 1000 invånare. Totalt har det i regionen skett en minskning med 2 procent (kvinnor) respektive ökning med 1 procent (män) jämfört med förra mätperioden. Utslaget på hela länets befolkning blir det 284 recept/1000 invånare.

Beläggningsgrad

Beläggningsgrad totalt i länet 92% vilket var uppsatt mål för 2015. Det finns fortfarande behov av att balansera tillgången och efterfrågan gällande vårdplatser.

Förtroende för hälso- och sjukvården och Tillgång till hälso- och sjukvården

Resultat för 2015 från Vårdbarometern rapporteras under våren.

12. Övergripande mål och strategier för kommande år

Patientsäkerhet handlar ytterst om att undvika vårdskada³ och är en förutsättning både för god vård och god ekonomi. Patientsäkerhet är också en egenskap hos hälso och sjukvårdssystemet att minimera förekomster och effekter av negativa händelser samt maximera återhämtning från dessa.

Region Gävleborgs vision för strategiskt patientsäkerhetsarbete är en nollvision⁴ som innebär att ingen patient ska behöva drabbas av en undvikbar skada. Därför ska vården och det strategiska patientsäkerhetsarbete ska kännetecknas av en patientsäkerhetskultur där vårdskador förhindras genom att förebygga, tidigt upptäcka risker men även att mildra konsekvenser av inträffade vårdskador.

Politiska verksamhetsmål för patientsäkerhet år för 2016

”En välfärd att lita på

Hälso- och sjukvården ska ges efter behov och ett jämställdhetsperspektiv ska alltid finnas närvarande. Förtroende för verksamheten stärks genom att alltid utgå utifrån patientens perspektiv och garantera stor delaktighet.

Hälso- och sjukvården ska ha hög kvalitet, vara tillgänglig och garantera en hög patientsäkerhet. Vi ska säkerställa en god bemanning och ha spetskompetenser som ligger i det nationella toppskiktet. Medarbetarna ska känna delaktighet och ha goda möjligheter att utvecklas.”

”Patientsäkerhet, tillgänglighet och kvalitet

De senaste årens framgångsrika utveckling av patientsäkerhet och tillgänglighet i hälso- och sjukvården ska fortsätta. All verksamhet ska garantera en vård av hög kvalitet. Avgifterna ska ses över för att säkerställa finansiell tillgänglighet.”

Regionens strategiska arbete

För att öka möjligheten till säker vård i Region Gävleborg sker arbetet målmedvetet och uthålligt med bland annat; ökad patient och närståendemedverkan, utvecklad patientsäkerhetskultur, gränsöverskridande samverkan, god arbetsmiljö- och kompetensutveckling, systematiska utredningar och uppföljningar samt effektiv ledning och styrning.

I regionens arbete mot nollvisionen krävs att patientsäkerhetsarbetet och vården är patientfokuserad, kunskapsbaserad och organiserad på de olika fyra nivåerna inom vården dvs för såväl patienter/närstående, hälso- och sjukvårdspersonal, verksamhetsnära ledning som den högsta ledningen.

Det strategiskt utvecklingsarbete för Hälso och Sjukvården Region Gävleborg som

³ En vårdskada är enligt patientsäkerhetslagen när en patient drabbas av lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården.

⁴ Regionens nollvision utgår från nollvisionen i det nationella förslaget till strategi för ökad patientsäkerhet (Socialstyrelsen 2012).

startade under 2015 fortsätter under 2016. Utvecklingsarbetet är inspirerat av ett arbetssätt där patienten ses ur ett helhetsperspektiv, över de organisatoriska gränserna, oavsett var i vårdflödet patienten kommer ifrån, befinner sig i och ska vidare till. Det finns för närvarande fyra målområden framtagna, bland annat "Vårt gemensamma ansvar för vår gemensamma patient". Under 2016 planeras vidare strategier och måtvärden till stöd i förändringsarbetet mot en vård som kännetecknas av säker vård och hög kvalitet.

Förebyggande av vårdskador

VRI kommer under 2016 att vara ett fokusområde. Ett planerat och strukturerat förbättringsarbete har planerats med start i början av 2016. SKLs ramverk patientsäkerhetsarbete samt två implementeringsramverk ligger som grund i det arbetet. Målsättningen är ett strukturerat arbete som innefattar åtgärder med process- och effektmått inom fyra nivåer i organisationen, a) patient/anhörig, b) medarbetare, c) verksamhetsområde och d) divisionsledning. Verksamheterna erbjuds stöd från Enhet för patientsäkerhet, Vårdhygien, läkemedelsenheten, KTC med flera.

Ett planerat och strukturerat arbete för att minska andelen patienter med trycksår har gjorts i regionen sedan 2011. För att lyckas implementera evidensbaserad vård fullt ut finns ett behov av att utvärdera det arbete som gjorts och utarbeta ny plan med struktur för det trycksårsförebyggande förbättringsarbetet.

Processer och förbättringsarbeten

Vårdprocesser kommer under 2016 fortsätta vara i fokus i regionen. Ett fortsatt arbete med standardiserade vårdförlopp sker. Under 2016 kommer förbättringsarbete inom tretton olika vårdförlopp startas. Från verksamheten initierade processer kommer även framöver att vara i fokus.

Det strukturerade arbetssättet som införs i regionen, Coaching modellen, fortsätter under 2016. Ett trettiotal förbättringsteam planeras att starta inom hela regionen. Det samarbete som regionen haft med Qulturum avslutas. Ett antal personer avslutar en ett års specialutbildning till coach och en organisationsuppbyggnad för fortsatt arbete och implementering av det strukturerade arbetssättet utan Qulturum planeras.

Proaktiv hälsostyrning är en arbetsmodell som syftar till att bibehålla äldre sjukas hälsa och välbefinnande under längre tid och på så sätt även skjuta upp behovet av stora sjukvårds- och omsorgsbehov. Målsättningen är att implementera den nya arbetsmetoden på samtliga hälsocentraler i samarbete med kommunernas biståndshandläggare under 2016.

Nutritionprojektet fortsätter under 2016. Nästa steg blir att försöka implementera delar av detta arbetsätt med befintlig dietisbemanning på 2-4 intresserade parallell-pilotavdelningar både inom kirurgin och medicin. Projektavslut är 31 augusti 2016.

I syfte att öka patientsäkerheten, förbättrad arbetsprocess för personal och få en säkrare drift införs en gemensam databas för patientjournalen Melior i början av 2016.

Patientsäkerhetskultur

En god patientsäkerhetskultur är grundförutsättning för hög patientsäkerhet. Mätningar av patientsäkerhetskulturen klargör vilka styrkor och svagheter som finns och fördjupar personalens kunskaper om säkerheten för patienterna. Den strategiska verksamhetsplaneringen har stor nytta av dessa kunskaper. En för regionen tredje patientsäkerhetskulturmätning planeras under april-maj 2016. Resultaten ska användas som underlag för förbättringsarbeten på såväl övergripande-, verksamhetsområde- som enhetsnivå.

Ledningssystem

För att säkerställa de processer som behövs för en säker vård med hög kvalitet är en utveckling av olika delar i regionen ledningssystemet viktig. Det finns behov och planeras för ett omtag i syfte att förbättra avvikelshantering. Omtaget omfattar såväl it stödet för avvikelser som processen kring avvikelser. Exempelvis kommer en ny inrapporteringsblankett för avvikelser och en förbättrad avvikelsemodul införas under 2016. Utbildning gällande nyheter i det nya systemet kommer att samordnas med utbildningsaktiviteter för att säkerställa medarbetarens kunskaper om varför, hur och vad som ska rapporteras. Samt chefer och andra handläggares kunskaper kring hur avvikelser ska utredas samt följas upp för att bidra till lärande och effektiva förbättringar på alla nivåer.

Patientmedverkan

Under 2016 fortsätter regionens arbete att göra patienter och medborgare delaktiga i såväl egen vård som i utveckling av vården. Nya möjligheter för patienter/närstående att ge synpunkter skapas genom att ett 100 tal ”Tyck och tryck” terminaler kommer finnas tillgängliga i verksamheterna. Medborgarna i Region Gävleborg kommer under 2016 få tillgångar till delar av sin egen journal genom ”Journal via nätet”.