Upprättare: Emilie A Andersson

Fastställare: Johan Kaarme

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse 2022, Hälso och sjukvårdsförvaltningen Region Gävleborg



Kopians giltighet garanteras ej efter utskriftsdatumet

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.

Kopians giltighetstid är utskriftsdatumet



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

Innehåll

1. Sammanfattning 5
2. Grundläggande förutsättning för säker vård 7
2.1. Engagerade ledning och styrning 7
2.1.1. Övergripande mål och strategier 7
2.1.2. Organisation och ansvar 8
2.1.3. Stödfunktioner för patientsäkerhetsarbetet 8
2.1.4. Samverkan för att förebygga vårdskador 10
2.1.5. Program för god och jämlik hälsa 12
2.1.6. Informationssäkerhet 12
2.2. En god säkerhetskultur 13
2.2.1. Medarbetarenkät 13
2.2.2. Patientsäkerhetsrond/dialog 13
2.2.3. Patientsäkerhet på HSLplus 14
2.3. Adekvat kunskap och kompetens 14
2.3.1. Kompetensutveckling och fortbildning 14
2.3.2. Utbildningstjänster 14
2.3.3. Utökning av AT-tjänster 14
2.3.4. Introduktion 14
2.3.5. Säker bemanning och schemaläggning 15
2.3.6. Oberoende av hyrbemanning 15
2.3.7. Systemförståelse och kunskap om förbättrings- och implementeringsarbete. 15
2.4. Patienten som medskapare 15
2.4.1. Struktur för patient/brukarinflytande i region Gävleborg 16
2.4.2. Insatser på micronivå under 2022 16
2.4.3. Insatser på mesonivå under 2022 17
2.4.4. Insatser på makronivå under 2022 17
2.4.5. Fast vårdkontakt och behandlande roll 18
2.4.6. Patientkontrakt 18
3. Agera för säker vård 18
3.1. Ökad kunskap om inträffade vårdskador 18
3.1.1. Trycksår 19
3.1.2. Fall och fallskador 19
3.1.3. Basala hygienrutiner och klädregler 20
3.1.4. Vårdrelaterade infektioner 20
3.1.5. Åtgärder från enheten för Vårdhygien 21
3.1.6. Diagnostiska misstag 21
3.1.7. Läkemedel och klinisk farmaci 22
3.1.8. Antibiotikaförskrivning 22
3.1.9. Beroendeframkallande läkemedel 23
3.2. Tillförlitliga och säkra system och processer 24
3.2.1. Egenkontroll och ledningssystem 24
3.2.2. Projekt: produktions- och kapacitetsbalansering 24
3.2.3. Prövning av barnets bästa 25
3.2.4. Säker utbildning 25

Kopiering och spridning tillåts endast utskriftsdatumet

3.2.5. Hygienkommitté 25
3.2.6. Omvårdnadsråd 25
3.2.7. Medicin-teknik 26
3.2.8. Kunskapsstyrning 26
3.3. Säker vård här och nu 27
3.3.1. Överbeläggningar och utlokaliserade 27
3.3.2. Tillgänglighet till vård 28
3.3.3. Vaccinationer 29
3.3.4. Säkring av försörjningsflöden 29
3.3.5. Hållbart regelverk för medicintekniska produkter 29
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 32
3.4.4. Inspektionen för vård och omsorg, IVO 32
3.4.5. Hantering av klagomål och synpunkter 32
3.4.6. Patientnämnden 33
3.4.7. Avvikelser 34
3.4.8. Markörbaserad journalgranskning 35
3.4.9. Kartläggning av återinskrivningar 35
3.4.10. Kvalitetsregister 35
3.4.11. Patientenkäter – patientupplevd vårdkvalitet 36
3.5. Öka riskmedvetenhet och beredskap 38
3.5.1. Kliniskt träningscentrum (KTC) 38
3.5.2. Folkhälsa och hållbarhet 38
3.5.3. Katastrofmedicinsk beredskap 38
3.5.4. Omställning för God och Nära Vård 38
3.5.5. Regional handlingsplan för patientsäkerhet 39
4. Mål, strategier och utmaningar för kommande år 39
4.1. Verksamhetsplan 2023 39
4.2. Regional handlingsplan för patientsäkerhet 39
4.3. Prioriterade aktiviteter 2023 39

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

1. Sammanfattning

Patientsäkerhetsberättelsen är en del av regionens patientsäkerhetsarbete. Den utgör en redovisning av det arbete som bedrivits inom patientsäkerhetsområdet, visar uppnådda resultat samt sätter en riktning för det kommande arbetet. Region Gävleborgs patientsäkerhetsarbete bygger på att det i verksamheten pågår ett systematiskt, långsiktigt och metodiskt arbete för att minska vårdskador. 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 HSLplus den utökade ledningsgruppen med hälso och sjukvårdens verksamhetschefer.
Arbetet har påbörjats med att ta fram en regional handlingsplan för ökad patientsäkerhet.

2022 har delvis fortsatt präglats av åtgärder kopplat till pandemin. Rysslands invasion av Ukraina och det krig som pågått under hela året har även det fått konsekvenser för hälso och sjukvårdsverksamheten bl a genom brist på varor och tjänster i en omfattning som påverkat hälso och sjukvårdens möjligheter till ett effektivt och säkert arbete.

Trots förhållanden som ligger utanför enskilda verksamhetsområdens kontroll har hälso- och sjukvården lyckats bedriva ett aktivt patientsäkerhetsarbete. Region Gävleborg s förmåga att förbättra tillgängligheten till vård och behandling ligger i framkant nationellt. Förmågan att hålla i ett systematiskt trycksårspreventivt arbete trots brist på personal och pågående pandemi bidrar också till en hög patientsäkerhet i slutenvården och en framstående position ur ett nationellt perspektiv.
Samtliga verksamhetsområden har beskrivit sitt patientsäkerhetsarbete och mål för 2023 i en egen Kvalitet och Patientsäkerhetsberättelse.

Viktiga framsteg

- Tillgängligheten. Region Gävleborg lyckas under 2022 bäst av landets 21 regioner, med att kapa vårdköerna och öka tillgängligheten.
- För tredje kalenderåret i rad klarar Region Gävleborg Stramas 250-mål för antibiotikaförskrivning.
- Uthämtad mängd narkotika på recept förskrivna från primärvården i Gävleborg minskar tydligt jämfört med 2021.
- Det trycksårspreventiva arbetet bedrivs hållbart trots pandemi och brist på personal.
- Diagnostiska misstag, utbildning genomförs och process för implementering inleds.
- Omvårdnadsdagar. Omvårdnadsrådet genomför utbildningsdagar för medarbetare med syfte att implementera personcentrerad vård i hela hälso- och sjukvården.
- Ny övervakningsutrustning införs för samtliga enheter i länet där patientövervakning bedrivs.
- Gröna korset. Allt fler enheter startar upp arbetet med Gröna korset. 21 enheter använder i dagsläget verktyget som syftar till att stärka patientsäkerhetskulturen,
- Tjänsten Min vård Gävleborg öppnas upp för användning på alla mottagningar i Region Gävleborg.

Kopians giltighet garanteras endast vid utskriftsdatumet

- Suicidpreventivt arbete. Utbildning i MHFA (första hjälpen i psykisk hälsa) genomförs i länets alla 10 kommuner.

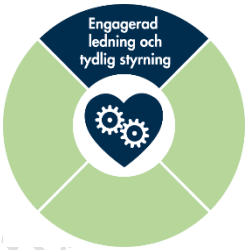
Förbättringsområden

- Fortsatt arbete med att nå mål avseende följsamheten till BHK.
- Fortsatt arbete med att nå mål avseende minskning av vårdrelaterade infektioner i slutenvården.
- Fortsatt arbete med att minska risken för trycksår vid slutenvård.
- Säkra läkemedelsgenomgångar, en liten ökning ses men målet är inte nått.
- Egenkontroll som metod för att säkra kvalitén behöver aktualiseras och förbättras.
- Fortsatt utvecklingsarbete avseende samverkan vid vårdens övergångar.
- Fortsatt implementering av arbetssätt med att genomföra prövningar av barnets bästa (barnkonsekvensanalyser) vid beslut, planering och utveckling.
- Utveckla och implementera en systematisk struktur för patient och brukarinflytande.
- Fortsatt förbättringsarbete med att minska uthämtad mängd narkotika per invånare i regionen. 2022 hämtar Gävleborgs invånare ut 11 % mer narkotikaklassade läkemedel än genomsnittet i riket.

Kopians giltighet garanteras endast t.o.m. utskriftsdatumet

2. Grundläggande förutsättning för säker vård

2.1. Engagerade 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. För mandatperioden 2019 – 2022 fastställs följande prioriterade områden för hälso och sjukvården inom målområdet Välfärd och trygghet. Politisk inriktning 2019 - 2022 Region Gävleborg

Sjukvård ur patientens perspektiv
Hälso- och sjukvården ska vara anpassad efter patienternas behov och behovens storlek ska styra vårdens prioriteringar.

Tillgängligare sjukvård
Tillgänglighet är en av de viktigaste kvalitets- och jämlikhetsaspekterna för hälso- och sjukvården.

Jämlik och jämställd hälso- och sjukvård
Hälsan i befolkningen bör vara så jämlikt fördelad som möjligt.

God och nära vård
Allt fler människor lever länge med flera diagnoser, och behöver en annan typ av vård än vad vårdsystemet är rustat för. Hälso- och sjukvården i Gävleborg behöver ställa om för att möta dessa förändrade behov.

Samverkan
För att bedriva en god hälso- och sjukvård och för att medverka till att förbättra människors hälsa behöver Region Gävleborg samverka med andra aktörer.

En hälsofrämjande arbetsmiljö
Hälso- och sjukvården är en stor arbetsgivare som har individers och befolkningens hälsa som sitt huvuduppdrag. Region Gävleborg måste vara en förebild för andra genom att ge sina anställda en bra arbetsmiljö.

Hälso och sjukvårdsförvaltningens verksamhetsplan för 2022 stödjer den politiska inriktningen. Region Gävleborg Hälso-och sjukvård Verksamhetsplan 2022
Prioriterade områden är:

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

Verksamhetsplanen fastställer fem strategier för arbetet under 2022

- 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 ansvar

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 med ansvar för ledarskap 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 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 anmälningsskyldigheten 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.

Hygienombud är verksamhets- och vårdenhetschefens stöd i det infektionsförebyggande arbetet. Hygienombudet stöttar genom aktivt deltagande i arbetet med VRI, mätning, registrering och sammanställning av följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler samt är enhetens för Vårdhygien kontakt till respektive vårdenhet.

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

Kopians giltighet garanteras endast på utskriftsdatumet

Utvecklingsenhet och Vårdhygien
Medicinsk teknik
Central smittspårning
Vaccinationssupport
Centrum för klinisk utbildning
Kliniskt träningscentrum

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. Stabschefen ansvarar för att inhämta hur privata aktörer inom Hälsovalet, samt eventuella privata aktörer som bedriver vård på entreprenad, bedriver patientsäkerhetsarbete.

Enheten för Vårdhygien bidrar till det infektionsförebyggande arbetet och stödjer verksamheterna i det lokala arbetet med god hygien och säker vård. Vårdhygien stödjer verksamheterna vid smittspårning, BHK- och VRI -mätningar och för att förhindra utbrott av smittsam sjukdom samt för att minska risken för vårdrelaterade infektioner. Vårdhygien utför hospitering och hygienronder inom slutenvården, primärvården och kommunalt drivna omsorgsverksamheter utifrån syftet god hygien och säker vård i vård och omsorg. Vårdhygien samverkar med hygienombud eller motsvarande kontaktpersoner i verksamheterna.

Enheten för central smittspårning
Enhetens uppdrag avser i första hand smittspårning av covid-19 samt andra pandemirelaterade uppgifter, men i mån av tid även översyn och framtagande av förslag på andra stödjande åtgärder (t ex digitala verktyg) för verksamheterna avseende annan smittspårning och smittbegränsning. Enheten samverkar med Smittskydd, Vårdhygien och Infektion.

Medicinsk teknik 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 KTC är en länsgemensam resurs för regionens vårdpersonal. KTC erbjuder möjlighet till praktisk och teoretisk träning. De erbjudna utbildningarna utgår från den kliniska vardagen och omfattar allt från hjärt- och lungräddning till träning av grundläggande färdigheter och fullskalesimulering.

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

Kopia - giltighet granskas på ursprungsdokumentet

anmälningspliktiga sjukdomar. Smittskyddsenheten har även kontakt med allmänhet och övriga myndigheter i länet beträffande smittskyddsfrågor. Smittskyddsläkaren ansvarar för epidemi- och pandemiplanering i regionen.

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. Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Under 2022 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.

2.1.4.1. Samverkanslagen

Syftet med lagen är att skapa en trygg, säker och smidig övergång från slutenvård till öppen vård och omsorg. Länsledning Välfärd ansvarar att följa upp samverkanslagen. Arbetsgrupp med representanter från kommunerna och Region Gävleborg arbetade under 2022 med att kommunicera ut statistiken som gruppen sammanställde.

Insatser 2022

Kopian är giltigt gärna läras endast utskriftsdatumet

- Inför sommaren 2022 genomförs dialogmöten med vårdenhetschefer samt medarbetare från slutenvården och primärvården, gällande utskrivningsprocessen. Syftet är att identifiera behov inför sommaren för en optimalt fungerande utskrivningsprocess.

- En webbaserad grundutbildning med tema samverkanslagen/ utskrivningsprocessen tas fram. Syftet är att med fokus på patientsäkerhet, komplettera befintliga utbildningar, SIP och stödsystemet Lifecare gällande utskrivningsprocessen. Utbildningens mål är framförallt att öka kunskapen om utskrivningsprocessen och stimulera ett tydligt och strukturerat arbetssätt vid utskrivning från sluten hälso och sjukvård. Utbildningen är även tillgänglig för länets kommuner.

- Beslut tas om Välfärdstrategi Gävleborg i länets tio kommunfullmäktige och i regionfullmäktige. 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

- En förstudie görs om den digitala vårdtjänsten Min vård Gävleborg kan stötta de utmaningar länets kommuner står inför i sin del av våra gemensamma patienters/brukares vårdkedja. Resultatet visar på nyttor för patienten inom områden som:
  Snabbare och bättre vård i hemmiljö
  Stöd för kommunens sjuksköterskor i bedömningar
  Snabbare vård vid akuta situationer
  Lika bedömning oavsett huvudman

- Brukarrevisioner av utförda SIP (samordnad individuell plan) genomförs. Syftet är att få återkoppling och större delaktighet från brukare. Resultatet har presenterats i vårt länsgemensamma samverkansorgan.
- 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 2023

- 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.
- Dialog sker kring hur fortsatta brukarrevisioner av arbetssättet vid SIP ska genomföras.

2.1.4.2. Suicidprevention

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

Insatser 2022

Kopians autenticitet garanteras endast vid utskriftsdatumet

- Utbildning i MHFA (första hjälpen i psykisk hälsa) genomförs i länets alla 10 kommuner.
- E-utbildningen Psyk-e bas Suicid tas fram och görs tillgänglig i Kompetensportalen för Region Gävleborgs medarbetare.
- En folder med närståendefokus som innehåller stöduppgifter samt kontaktuppgifter tas tillsammans med brukarorganisationerna. Syftet är att kunna lämna foldern till efterlevande vid suicid eller suicidförsök.
- Workshops hålls för att stötta kommunerna i att komma igång med lokala suicidpreventiva handlingsplaner.

Inför 2023

- Fortsatta utbildningar i MHFA finansierade av statsbidrag för att stimulera utbildning suicidpreventiva arbetssätt.

2.1.5. Program för god och jämlik hälsa

Under 2022 tog Regionfullmäktige beslut att anta Program för god och jämlik hälsa. Programmet slår genom sina prioriteringar fast att alla verksamheter ska utveckla sina arbetssätt för att bättre bidra till god och jämlik hälsa. Prioriteringarna handlar om att alla verksamheter behöver:

- Ta hänsyn till mänskliga rättigheter, ickediskriminering och jämlika möjligheter i verksamheter och uppdrag
- Gör befintliga uppdrag bättre och för alla
- Göra fler och bättre analyser för att uppnå jämlik inkludering, jämlika möjligheter och jämlika effekter
- Ha mer inkluderande förhållningssätt
- I samverkan med andra vara tydlig med vår roll, vårt ansvar och våra uppdrag

Inför 2023

Det av regionfullmäktige antagna programmet beaktas i förvaltningens verksamhetsplan.

2.1.6. Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §
Region Gävleborg har ett ledningssystem för informationssäkerhet (LIS). I LIS ingår även dataskyddsarbete inklusive patientdatalagen.

Ett systematiskt informationssäkerhetsarbete är en grundförutsättning för en säker digitalisering. Informationssäkerhetsenheten arbetar i nära samarbete med verksamhetsområde Digital Vård.

Under 2022 tas mer systematiska verktyg och rutiner fram för att följa upp informationssäkerhetsarbete samt för att tillse att de säkerhetsåtgärder som vidtas får rätt effekt. Arbetet fortsätter under 2023.

Regionen har ett nära samarbete med andra regioner inom området för att tillgodose kompetensutveckling, erfarenhetsutbyte samt säkerhet vid samarbeten över organisationsgränser.

Kopians giltighet garanteras endast vid utskriftsdatumet

2.1.6.1. Strålskydd

SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §

Strålskyddskommittén i Region Gävleborg upprättar årligen en strålsäkerhetsberättelse.

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

Medarbetarenkät med hållbart säkerhetsindex (HSE) och medarbetarindex (HME) görs vanligtvis varje år på hösten, men från och med 2022 år flyttas den istället till våren. Det betyder att ingen medarbetarenkät genomförs 2022 utan nästa medarbetarenkät skickas ut våren 2023.
Verktyget Patientsäkerhetstrappan finns som stöd till verksamheten i arbetet med HSE resultatet. Patientsäkerhetssamordnare från Utvecklingsenheten kan stötta i arbetet.

2.2.2. Patientsäkerhetsrond/dialog

Arbetssätt med patientsäkerhetsrond/dialog 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 2022 genomförs elva ronder/dialoger med representation från högsta ledningen, chefläkare, patientsäkerhetsenheten, HR och läkemedelsenheten. Ytterligare åtta ronder ställs på grund av pandemirestriktioner. Fyra ronder därutöver ställs in av andra anledningar. Verksamheterna får en skriftlig återkoppling med framgångsfaktorer och rekommendationer och förväntas ta fram aktiviteter i verksamhetsplanen för sitt förbättringsarbete.

Ett axplock av iakttagelser från de verksamheter som får besök under 2022.

Framgångsfaktorer	Rekommendationer
Engagerad ledning	Förbättra och säkra upp arbetssätt när tillfälliga medarbetare bemannar hela eller delar av verksamheten. Introduktion, handledning, goda administrativa rutiner mm
Genomtänkta arbetssätt för handledning för ny och tillfällig personal	Hitta goda arbetssätt i team mellan yrkeskategorier
En känsla av att det är ”högt i tak”	Inför fast vårdkontakt för verksamhetens kroniker
Implementerade arbetssätt för att jobba med avvikelser och goda exempel med hjälp av Gröna korset	Förbättra arbetssätt med basala kläd och hygienregler
Verksamheten har inarbetade arbetssätt för att genomföra riskanalys i förbättringsarbete	Utveckla bra och effektiva arbetssätt vid SIP
Verksamheten har god telefontillgänglighet och samarbetar vid toppar	Håll i bra arbetssätt med bedsideronder
Gott samarbete för patientens bästa inom hela sjukhuset	Förbättra arbetssätt vid dokumentation, bl a av konsultinsatser

Kopia är giltig tills dokumentet ersätts av nästa utskriftsdatum

Inför 2023
Patientsäkerhet och vårdkvalitet tar fram ett arbetssätt för att följa upp resultat efter patientsäkerhetsrond/dialog

2.2.3. Patientsäkerhet på HSLplus

Enheten för Patientsäkerhet och vårdkvalitet med chefläkarna har dialog kring aktuella patientsäkerhetsfrågor vid en stående punkt på månatlig ledningsgrupp för hälso och sjukvårdens ledningsgrupp, verksamhetschefer och enhetschefer inom staben (HSLplus).

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

Inom regionen bedrivs utbildningsinsatser med stor bredd avseende yrkeskategorier och med stora variationer i längd på utbildningarna. Volymerna beaktar efterfrågan utifrån regionens perspektiv om kompetensförsörjning liksom bristyrken men också de behov som utbildningsanordnare har av praktikplatser.
De största volymerna utgörs av studerande inom sjuksköterske-, vård och omsorg-och läkarprogrammet.

2.3.2. Utbildningstjänster

Utifrån Hälso- och sjukvårdsförvaltningens behov av specialistkompetens och behov av ett strukturerat arbetssätt kring utbildningstjänster, har en arbetsgrupp med stöd från verksamhetschefer tagit fram ett nytt arbetssätt för att tillsätta utbildningstjänster med start 2022. Utbildningstjänster avser specialistsjuksköterskeutbildning, cytodiagnostiker (BMA) och legitimationsgrundande psykoterapeuter.
Antalet utbildningstjänster per år i regionen är satt till 35 i antal.

2.3.3. Utökning av AT-tjänster

Regiondirektören tar i mars 2022 beslut att utöka antalet AT-tjänster med ytterligare 12 tjänster from hösten 2022 i syfte att snabbare möta framtida behov av specialistläkare..
Omställningen ses nödvändig och skall genomföras i samverkan mellan berörda parter samt genom effektiva processer i linje med nationella vårdkompetensrådets rekommendationer.
From februari 2023 AT-tiden kortas från 21 till 18 månader.

2.3.4. Introduktion

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

Inför 2023
Omvårdnadsrådet ser över introduktionsutbildningen för sjuksköterskor och undersköterskor med syftet att bidra till ett innehåll som gagnar en varaktig bemanning.

Kopians giltighet granskas endast vid utskriftsdatumet

2.3.5. Säker bemanning och schemaläggning

För att stärka organisationens kompetens inom bemanningsplanering och schemaläggning har ett bemanningsteam etablerats inom HR-förvaltningen som förvaltar, utvecklar, utbildar och ger konsultativt stöd inom bemanningsplanering och schemaläggning. Teamets tjänster erbjuds hälso och sjukvårdens verksamheter. Under året utnyttjar flera enheter inom hälso- och sjukvården teamet i sitt förbättringsarbete.

2.3.6. Oberoende av hyrbemanning

Beroendet av inhyrd personal inom vården har generellt vuxit i landet. Region Gävleborg deltar i det nationella projekt där samtliga regioner gått samman med stöd av SKR för att gemensamt bli hyroberoende. Den önskade effekten av projektet är att nå en stabil och varaktig bemanning med egna medarbetare. En varaktig bemanning skapar bättre arbetsmiljö, bidrar till högre kontinuitet i kontakten med vården för patienterna och också en högre patientsäkerhet. Under 2023 kommer ett nytt avtal för hyrpersonal att sjösättas.

2.3.7. Systemförståelse och kunskap om förbättrings- och implementeringsarbete.

Under 2021 och 2022 erbjuds samtliga chefer i regionen utbildning i förändringsledning i syftet att öka kompetensen i hela organisationen vad gäller förändringsarbete. På så sätt stärks organisationens förmåga att arbeta med och tillämpa Region Gävleborgs förändringsagenda på ett insiktsfullt, kunnigt och motiverande sätt. Efter genomförd utbildning är målet att deltagare har ökat sin förmåga att förstå hur en förändringsprocess fungerar och vad som krävs för att leda den i mål. Utbildningen ska leda till att regionens chefer har ett gemensamt språk kring förändringsarbete och får ökad kunskap och verktyg om förändringsprocesser. Utbildningen innehåller även moment som innebär möjlighet att träna färdigheter i att driva förändringsarbete i praktiken.
Under 2023 planeras enstaka uppsamlingsutbildningar för att täcka in återstående behov.

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 §

Kopians giltighetsgaranti och omfattning utskriftsdatumet

2.4.1. 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

2.4.2. Insatser på micronivå under 2022

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.

Patientnämnden: Under 2022 har 1821 patienter/brukare lämnat synpunkter på sin vård och behandling till Patientnämnden och fått återkoppling från berörd hälso och sjukvårdsverksamhet

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatum

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

Inför 2023

Omvårdnadsrådet genomför utbildningsdagar i omvårdnad för att höja kompetensen och stärka personcentrerad omvårdnad i hela hälso- och sjukvården..

2.4.3. Insatser på mesonivå under 2022

Personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp Inom ramen för arbetet med kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvård, fortsätter arbetet med att implementera de först framtagna personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen. Syftet med de personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen är att öka jämlikheten, effektiviteteten och kvaliteten i vården och att vården blir mer jämlik och jämställd. Utvecklingsenhetens verksamhetsutvecklare har hälso- och sjukvårdsdirektörens uppdrag att bistå med verksamhetsutvecklarkompetens i de lokala processteamen som ansvarar för vårdförloppens implementering.

I flera av de personcentrerade och sammanhållna förloppen är patient/brukarmedverkan etablerad. Som exempel kan nämnas vårdförlopp Höftledsartros och vårdförlopp Astma-KOL som har patientrepresentant i processteamet. Vårdförlopp Stroke har ett väl utvecklat samarbete med Strokeförbundet. Inom Osteoporos- sekundärprevention vid fraktur håller processrådet i ett brukarråd sen flera år tillbaka. Sepsis samarbetar med Sepsisfonden. Område Kritisk bensichem planerar för att bjuda in till fokusgrupper under 2023.

Patientföreningar: Samverkan sker med verksamhetsföreträdare för aktuell specialitet i brukarråd eller aktuell patientförening. Samverkan sker på regionövergripande nivå i Funktionsrättsråd.

Patientdelaktighet i förbättringsarbete: Patienter är bl. a delaktiga i förbättringsarbete inom standardiserade vårdförlopp för cancersjukdomar och vid dialogmöten på hälsocentraler.
Referensgrupp med patient/brukar/medborgare för utveckling av Min vård Gävleborg har startat upp under 2022.

2.4.4. Insatser på makronivå under 2022

Patient/brukarinflytande: En särskild personresurs för att tillgodose medborgares delaktighet har etablerats under Länsledning Välfärd. Brukarrevisioner av utförda SIP (samordnad individuell plan) genomförs under 2022. Syftet är att få återkoppling och större delaktighet från patient/brukare.

God och nära vård: Inom ramen för God och Nära Vård ses många konkreta exempel på arbetssätt som syftar till personcentrerad vård inom primärvården. Utmaningar finns kring att få till den tekniska möjligheten för patientkontrakt likväl som i att landa i nya arbetssätt i och med införande av patientkontrakt. Andra identifierade hinder är bemanningsfrågan och behovet av kunskapshöjning gällande systemperspektivet/helhetsperspektivet på patientens vårdupplevelse.

Patientnämnden: Bidrar till kvalitetsutveckling och hög patientsäkerhet genom att göra analyser av inkommande ärenden.

Kopian är giltighetsgaranterad endast utskriftsdatumet

Under 2022 görs följande analyser: ”Klagomål på vården som avser barn med fokus på psykisk ohälsa”, ”Kommunikation”, ”Dokumentation i patientjournalen” samt ”Covid-relaterade ärenden”. Samtliga analyser har förmedlats till Hälso- och sjukvårdens ledning för beslut om hur de kan användas i patientsäkerhetsarbetet.

Inför 2023
Ett mer systematiskt arbetssätt för att involvera patienter/brukare i det strategiska arbetet på **meso** och **macro**nivå i hela vårdkedjan behöver etableras. Konkreta verktyg med bäring på patientsäker vård behövs likväl som dialog och samsyn kring patientsäkerhets-risker över organisationsgränser inom hela vårdkedjan.

2.4.5. Fast vårdkontakt och behandlande roll

I september 2020 startas omtaget av implementeringen av fast vårdkontakt och implementering av behandlande roll. Implementeringen är ett av delprojekten i Digitala vårdmöten (DVM) fram till februari 2022.
I november 2022 ses en stor ökning av antalet patientkopplingar till behandlande roll i jämförelse med november 2021. En ökning av antalet patientkopplingar till fast vårdkontakt ses även, men inte alls i samma storleksordning.
Inför 2023
Fortsatt arbete med att anpassa och justera registrering i och arbetssätt kring befolkningsregistret för att få sökbarhet avseende behandlande roller och fast vårdkontakt

2.4.6. Patientkontrakt

2022 skrivs en projektplan för patientkontrakt och en styrgrupp tillsätts. Det beslutas om att genomföra ett pilotprojekt i liten skala med syfte att testa och utvärdera konceptet och målet är att tydliggöra vad patientkontrakt innebär för medborgare i Region Gävleborg.
Insatser 2022
Upptaktsmöten för dialog och kunskapsinhämtande till intresserade enheter.

Inför 2023
Testa arbetssätt med identifierade enheter. Aktuella frågeställningar för projektet är hur stort patientunderlag krävs för att genomföra en pilot och vilka patientgrupper är aktuella.

Utvärdera och föreslå beslut angående analoga och digitala dokumentationsmöjligheter för patientkontrakt.

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 §

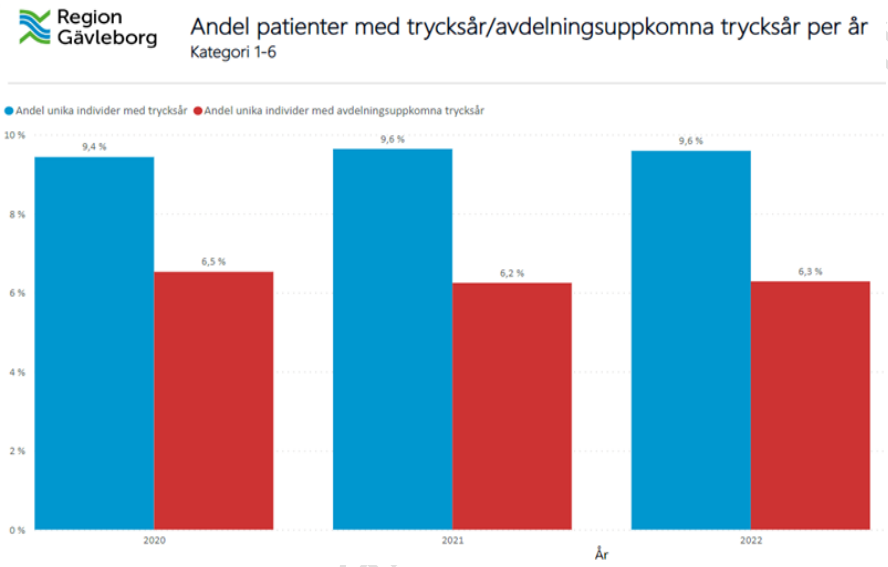


Kopians giltighet garanteras enbart utskriftsdatumet

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
Syfte: Minska patientlidande
Resultat: Enligt resultat från trycksårsmätningar varje månad på somatiska slutenvårdsavdelningar har ingen minskning skett, 9,6 % av patienter som deltar i trycksårsmätningarna har trycksår, se tabell nedan.



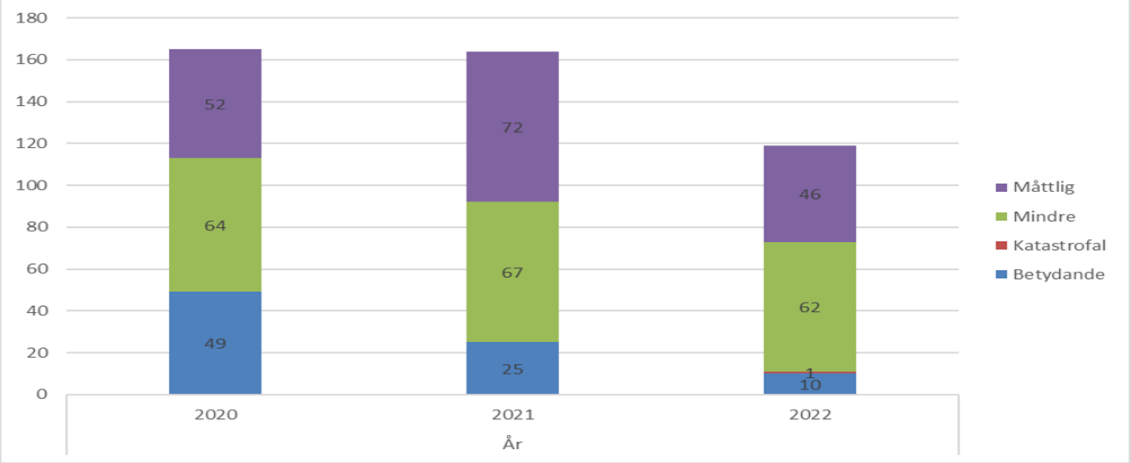
Årligen genomförs en nationell trycksårsmätning. Rikets resultat visar en trycksårsfrekvens på 14 %. Region Gävleborg har med 9,6 % näst bästa/lägsta resultatet i landet. Gävleborg har trots pandemin inte ökat andel patienter med trycksår som nationella resultatet visar.
Åtgärd: En rapport har tagits fram som visar vilket behov som finns i verksamheten för att regionen ska minska andelen patienter med trycksår Nätverksträffar med trycksårsombud på avdelningar genomförs.
Analys: Verksamheten har gjort ett bra arbete som behållit andelen patienter med trycksår på ca 9-10 % trots den höga arbetsbelastning som pandemin innebar. Dock behöver andelen patienter med trycksår minska ytterligare. För 2023 tas mål fram, arbetet från rapporten påbörjas för att öka förutsättningarna i verksamheten.

3.1.2. Fall och fallskador

Mål: Minska fallskador
Syfte: Minska risken för fallskador
Resultat: Vi ser en minskning av antalet registrerade fall i Platina.
Åtgärd: Förvaltningen har tagit fram en dokumentationsmall i Melior med syfte att stärka ett systematiskt arbete inom fallprevention. Implementering av mallen pågår. Målet är att alla inneliggande patienter ska ha dokumenterat fallrisk samt åtgärder under sökord Vårdplan vårdprevention. Alla fallolyckor registreras som avvikelser. SE UPP-

Kopian gäller utskriftsdatumet

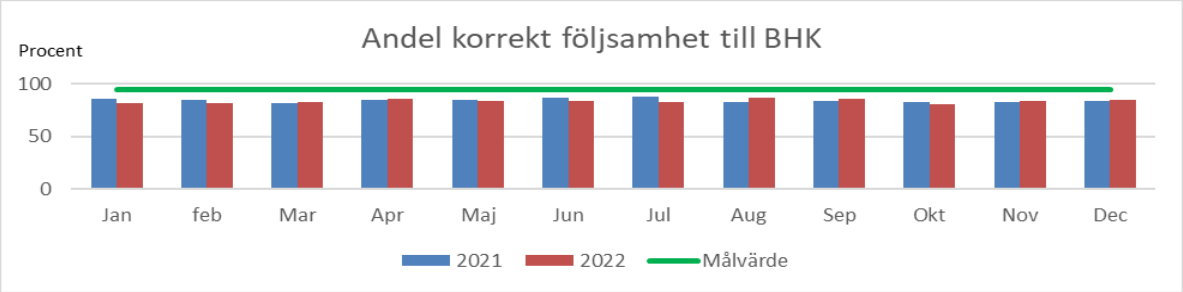
ronder (omvårdnadsronder 1g/timme) införs på en vårdavdelning för att minska risken för fall.



Antal rapporterade fall/fallskador i Platina samt allvarlighetsgrad.

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 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 2 år. Resultat hämtat från intranätet. Alla enheter har inte utfört BHK mätning

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: 2022 bedöms 8,7 % av undersökta patienter ha en VRI, vilket innebär att målet inte uppnås.
Varje månad utförs punktprevalensmätning inom somatisk slutenvård. Under 2021 bedöms 8,18 % ha en VRI.

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: Hygienombudsmöten är under 2022 fortsatt digitala, totalt åtta stycken halvdagar genomförs under året.

Samverkan med kommunen: har varit sparsam. Vårdhygien är tillgängliga för telefonkonsultationer samt närvarande på digitala möten som förekommit sedan pandemins början.

VRE utbrott: regelbundna hospiteringar på berörda enheter under våren, utbrottet medför även omfattande arbete i samverkan med lokalvård, ledning och berörda enheter. Arbetet består av miljöodlingar, smittspårning, utbildning, analyser med mera.

Hospiteringar: flertalet 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: En rond är genomförd. Arbetsbelastningen inom Vårdhygien och verksamhetsområden relaterat till arbete med VRE och Covid resulterar i att ytterligare ronder inte går att genomföra.

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.
Resultat: 60 personer genomgår endagsutbildning under 2022. Utifrån ställningstagandet ”*Mina kunskaper om diagnostiska misstag kommer sannolikt att påverka/förändra mitt eget diagnostiska arbetssätt***”** svarar 40 % av deltagarna ”instämmer helt”,”60% instämmer delvis”.
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. Patientsäkerhet och Vårdkvalitet planerar att ta fram mått för att mäta om antalet anmälda vårdskador med bakomliggande orsaker beroende på diagnostiska misstag har minskat.
Åtgärd: Handlingsplan framtagen för 2022 – 2024
APT-material, mall till fickkort, presentation från föreläsning och artiklar inom området finns publicerat på intranätet.
Utbildning för läkare planeras 2022 och 2023. Planeras uppföljning 4 – 6 månader efter utbildningsdagen med chefläkare och patientsäkerhetssamordnare.
CKU ansvarar för utbildning from 2024. KTC lägger in utbildning och information i sitt ordinarie utbildningsutbud.
Uppföljning av åtgärd: Avstämning planerad med deltagare i utbildning under våren 2023. Uppföljning av resultat görs av Patientsäkerhet och vårdkvalitet med rapport till HSLplus.
Uppföljning av förbättrat kunskapsläge och påverkan på orsaker vid konstaterad vårdskada planeras till 2024.

Kopior är inte garanterade endast utskriftsdatumet

3.1.7. Läkemedel och klinisk farmaci

Mål: Andel patienter med ”Enkel läkemedelsgenomgång” ≥ 50 %
Resultat: Total 19 % av patienterna hade en dokumenterad genomförd ”Enkel läkemedelsgenomgång” under 2022. Se tabell nedan uppdelat på år och primärvård, slutenvård och öppen specialistvård.

	Adel patienter med dokumenterad genomförd Enkle läkemedelsgenomgång	
	2021	**2022**
Primärvård	5 %	6 %
Slutenvård	56 %	58 %
Specialiserad öppenvård	23 %	25 %

Åtgärder: Styrgrupp finns för ”Säkra läkemedelsordinationer”. Läkemedelsenheten erbjuder dialog, utbildning och kvalitetsgranskningar i journalen till lednings- och läkargrupper. Under 2023 planeras kontakter tas med 17 verksamhetsområden. Webbaserad utbildning för enkel läkemedelsgenomgång har tagits fram och lanseras 2023.
Analys: Resultatet visar att arbetet går sakta framåt. Dock behövs arbetet intensifieras inför införandet av nya journalsystemet.

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 DDD per 1000 listningspoäng avseende förskrivning av fluorkinoloner per hälsocentral.

Resultat 2022: För tredje kalenderåret i rad klarar Region Gävleborg Stramas 250-mål För de två övriga målen gäller i båda fallen att Region Gävleborg som helhet inte uppfyller målen, medan primärvården klarar båda två.

Analys av resultat: Primärvården har under längre tid stått för ungefär två tredjedelar av förskrivningen av antibiotika, men andelen minskar något. Det totala antalet uthämtade recept på antibiotika ökade under 2022, totalt sett, men höll sig relativt oförändrat under andra halvåret. Jämförelse med de två föregående åren, som i hög utsträckning präglats av Covid-19, är svår, men i förhållande till 2019 hade primärvården i Gävleborg under 2022 en förskrivning som var 15 % lägre, medan övriga verksamheter minskade 4 %, räknat i antal recept per 1000 invånare.

Åtgärd:
Hälsovalskontoret förmedlar aktuell statistik månadsvis.
Strama besöker hälsocentralerna i Region Gävleborg för att presentera hur förskrivningen på aktuell hälsocentral ser ut i jämförelse med övriga HC. Informerar även om tillgängliga stöd i arbetet och utbildningar. Under 2022 har informationen kompletterats med patientfall inom området urinvägsantibiotika.
För primärvården finns möjlighet att följa sin förskrivning, och jämföra med andra enheter, i Primärvårdskvalitet via Medrave.
På infektionsområdet finns ett flertal relevanta indikatorer.

Kontrollera giltighet gäller endast utskriftsdatumet

Region Gävleborg deltar även i projektet Antibiotikasmart Sverige som en av fyra regioner utöver bl.a. Folkhälsomyndigheten, Strama, ReACT och RISE.
Två äldreboenden i Hudiksvalls kommun, Lyckbacken och Edsbacka, deltar som piloter för kriterier inom Äldre- och funktionshinderomsorgen.

Uppföljning av åtgärd: Under 2022 genomförs ett flertal besök på hälsocentraler, framförallt under hösten. Lokala stramagruppen anser att besöken är av nytta för båda parter och planerar fortsatta besök och även fortsatt månadsvis återkoppling av aktuell statistik. Inom Antibiotikasmart Sverige har Region Gävleborg bjudits in att testa kriterier för att certifiera organisationer, med målsättningen att dessa ska kunna användas nationellt under 2023.

3.1.9. Beroendeframkallande läkemedel

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

Resultat: - Region Gävleborg som helhet minskar den uthämtade mängden narkotika med 5,5 % räknat i DDD.
I dagsläget hämtar Gävleborgs invånare ut 11 % mer narkotikaklassade läkemedel än genomsnittet i riket, föregående år var mängden 12 % större än i riket.

Mål: Primärvården i Gävleborg, Hälsocentralerna bör inte överskrida 850 definierade dygnsdoser per 1000 listningspoäng, avseende narkotikaklassade läkemedel (exklusive medel som används vid opiatberoende och medel för behandling av ADHD).
Vidare kan målet delas upp i ”Smärtstillande” med målsättning att inte överskrida 200 DDD per 1000 listningspoäng, samt ”Sömn/lugnande” med målsättning att inte överskrida 650 DDD per 1000 listningspoäng

Resultat: Primärvård - Den uthämtade mängden narkotikaklassade läkemedel på recept från primärvården minskar från 1054 till 929 definierade dygnsdoser, DDD, per 1000 listningspoäng under fjärde kvartalet 2022 jämfört med 2021.
Mängden opioider minskar från i genomsnitt 258 till 224 DDD per 1000 listningspoäng.
Mängden Sömn/lugnande minskar från i genomsnitt 788 till 706 DDD per 1000 listningspoäng.

Antalet hälsocentraler som uppfyller förskrivningsmålet för narkotika som helhet är 18; 18 hälsocentraler uppfyller målet för opioider och 17 hälsocentraler uppfyller målet för sömn/lugnande.

Analys av resultat: Uthämtad mängd narkotika på recept förskrivna från primärvården i Gävleborg minskar tydligt, medan övriga verksamheter minskar i lägre takt eller är oförändrad. Mängden är fortfarande större per invånare än genomsnittet i Riket. Data är inte standardiserade utifrån faktorer såsom ålder, kön, socioekonomisk status eller sjukdomsbörda.
I jämförelse med Region Värmland och Region Örebro Län, vars befolkningar hämtade ut minst opioider respektive sömn/lugnande, hämtade Region Gävleborg invånare ut 72 % mer opioider och 60 % mer sömn/lugnande.

Åtgärd: Månadsvis återkoppling med förskrivningsstatistik till hälsocentraler via Hälsovalskontoret samt information från läkemedelskommittén fyra gånger per år, för utbildning, information och diskussion på ett flertal ämnesområden.

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

På förfrågan genomförs, med medicinska rådgivare, Hälsovalskontoret, hälsocentraler och verksamhetsområden som så önskar, djupare dialog kring goda arbetssätt för förskrivning av narkotikaklassade läkemedel.
Under år 2022 har läkemedelskommittén, efter beslut av HSD, reviderat rutinen ”Förskrivning av narkotiska läkemedel”. Rutinen syftar till att ytterligare anpassa Region Gävleborgs arbetssätt med narkotisk förskrivning till aktuella nationella behandlingsrekommendationer och föreskrifter på området.

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 är angeläget.
Implementering av rutinen ”Förskrivning av narkotiska läkemedel” blir central för framtida arbete. Rutinen syftar till att ytterligare tydliggöra vårdgivares ansvar vid ordination av narkotikaklassade läkemedel. En förväntad följd av att Region Gävleborg arbetar utifrån rutinen och i större utsträckning följer nationella behandlingsrekommendationer är att förskrivningen av narkotikaklassade läkemedel fortsätter att minska.

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 2022 bildas ett koncernövergripande ”lednings- och kvalitetsråd” under ledning av regionens stabsdirektör. Hälso- och sjukvården har därmed fått en bra arena för fortsatt dialog och stöd för det ledningssystem som behöver förtydligas inom Hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Arbete påbörjas 2022 men arbete behöver fortsätta under 2023.

Det etablerade arbetssättet för egenkontroll bygger på inmatning och uppföljning i Stratsys på samtliga nivåer i ledningsstrukturen.
De verksamhetsområden som är certifierade enligt SO 9001:2015/SS-EN 15224 har tydliga rutiner för egenkontroller. Ett gott exempel är Bollnäs sjukhus rutin ID: Egenkontroller årsplanering- Vo Medicin och Vo Operation Bollnäs
Inför 2023
Se över möjligheten att stärka vårdens chefers möjligheter att följa resultat i Stratsys genom en tydlig struktur för arbetssätt med egenkontroll. Ta del av rutiner och arbetssätt hos de certifierade verksamhetsområdena i utvecklingsarbetet.

3.2.2. Projekt: produktions- och kapacitetsbalansering

Under 2022 driver en projektgrupp med representanter från utvecklingsenheten (produktionsenheten och verksamhetsutvecklare) ett projekt med syfte att standardisera processen vid produktionsplanering inom den öppna specialistvården. Fyra pilotenheter är engagerade i arbetet, där produktionsbehovet balanseras med enhetens kapacitet. Syftet är inte primärt att öka produktionen, utan att nyttja sina resurser på bästa sätt, koppla på förbättringsarbeten och på detta sätt nå tillgänglighetsmålen.
Inför 2023

Kopian gäller ej, granskas enbart utskriftsdatumet

Det påbörjade arbetet fortsätter. En utvärdering kommer att genomföras för att säkerställa att syftet nås.

3.2.3. Prövning av barnets bästa

För att underlätta ett barnrättsbaserat arbete finns information, stöd och material om verktyget prövning av barnets bästa (barnkonsekvensanalys). 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 2023

Uppmärksamma kravet på att genomföra barnkonsekvensanalyser vid beslut, planering och utveckling. Implementera ett säkert arbetssätt.

3.2.4. Säker utbildning

3.2.4.1. Kliniskt träningscentrum (KTC)

KTC är en länsgemensam resurs för regionens vårdpersonal. KTC erbjuder möjlighet till praktisk och teoretisk träning. Utbildningar utgår från den kliniska vardagen och omfattar allt från hjärt- och lungräddning till träning av grundläggande färdigheter och fullskalesimulering. Under 2022 har nära 2000 personer deltagit i någon utbildningsinsats. Patientsäkerhet och vårdkvalitet arbetar nära KTC med återkommande avstämningsdialoger.

En utbildning där återkopplingen från deltagarna beskriver en ökning av beredskapen på hälsocentralen är *”Akutpatienten i vården*” vars syfte är att träna på akut omhändertagande utifrån den egna verksamheten genom att arbeta strukturerat i interprofessionella team med tydlig kommunikation med SBAR, closed loop samt uppmärksamma diagnostisk säkerhet. Patientfallen kretsar ofta kring sepsis eller oklar diagnos.

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, 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. Ordförande i kommittén är regionens hygienläkare. Hygienkommittén startar upp sitt arbete under 2023.

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

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

Region Gävleborg för en jämlik och evidensbaserad omvårdnad. Under 2022 infördes omvårdnadsdag med ca 900 stycken deltagare.

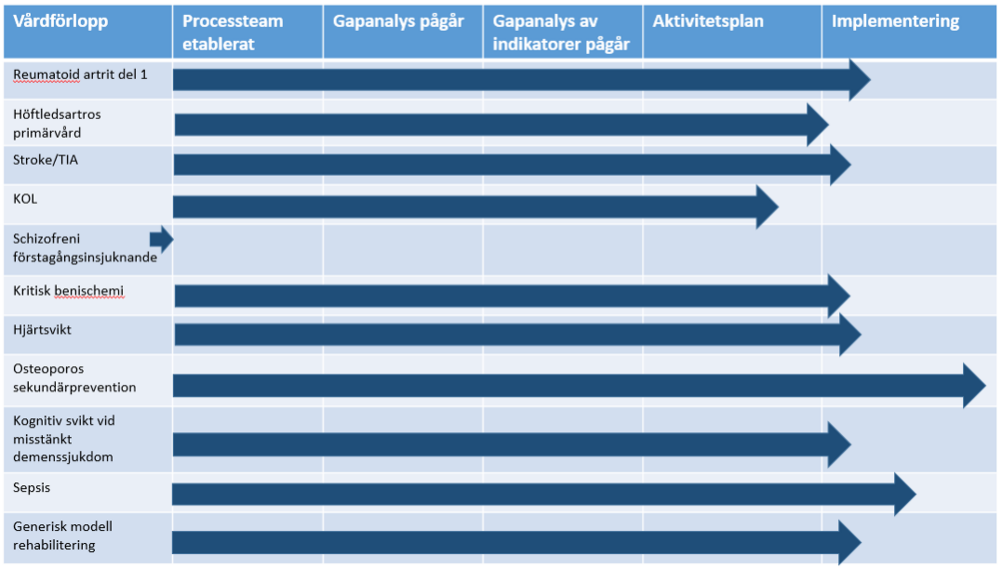
3.2.7. Medicin-teknik

Ny övervakningsutrustning är införd för samtliga enheter i länet där patientövervakning bedrivs. Samtliga berörda inom regionen har nu tillgång till ny säker apparatur som möter behovet av övervakning som följer patienten på ett bättre sätt än tidigare.

3.2.8. Kunskapsstyrning

Kunskapsstyrningsrådet i Region Gävleborg är den första lokala instansen för frågor kring Nationellt system för kunskapsstyrning. Chefsjuksköterska och chefläkare deltar i Kunskapsstyrningsrådet.

Status arbetet med personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp 2022-12-31



3.2.8.1. Stödresurser i arbetet med kunskapsstyrning

Lokal samverkansgrupp Patientsäkerhet: Den lokala samverkansgruppen (LAG) för Patientsäkerhet bildas vid halvårsskiftet 2021. Gruppen består av medarbetare inom Patientsäkerhetsenheten och chefsläkargruppen. Ordförande i gruppen är chefsjuksköterska som är regionens representant i RSG Patientsäkerhet. Gruppen träffas två gånger per termin.

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.

Uppföljning och analys: Samverkan med Samhällsmedicin är central avseende uppföljning och kanske framförallt förmåga till strategisk analys av kunskapsstyrningsarbetets förutsättningar, behov och effekt.

Kopia är giltigt endast på utskriftsdatumet

Lokal samverkansgrupp Informatik och uppföljning i vårdförloppsarbetet: Syftet är att vara processteamen behjälpliga i att ta ställning till gap kring nuvarande möjlighet att mäta de i vårdförloppen fastställda indikatorerna samt fungera som stöd och referensgrupp inför processteamens arbete med möjligheter till datafångst avseende de i vårdförloppen fastställda indikatorerna.

Lokal samverkansgrupp Primärvård (primärvårdsrådet) Uppdraget är att spegla det sjukvårdsregionala och nationella primärvårdsrådens arbete. Lokal primärvårdsgrupp ska bevaka och säkerställa primärvårdsperspektivet och gränssnittet mot specialiserade vården.

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: Arbete med att upprätta en lokal organisation för ordnat införande av medicintekniska produkter pågår under 2022. Gruppen föreslås vara knutet till den lokala kunskapsstyrningsorganisationen. Under året breddas arbetet till att se över kopplingen mot den befintliga lokala hjälpmedelsorganisationen. Processen för ordnat införande av medicinteknik planeras inkludera både arbetet med nationella rekommendationer och lokalt väckta frågor från verksamhetsområden och kunskapsstyrningens programområden.
I arbetet söks dialog och samverkan med ansvariga för Hälso- och sjukvårdens investeringsprocess, verksamhetsområde Digital vård och Regionens HTA-funktion i syfte att skapa en effektiv och tidsatt process för ställningstagande.

Inför 2023, Medicin-teknik
Våren 2023 startar en pilot med syfte att prova den lokala processen när en verksamhet önskar stöd i ställningstagande till införande av ny medicinteknisk utrustning. Under året kommer även det även utvecklas en modell för spridning av de nationella rekommendationerna.

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

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.

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

Somatisk slutenvård (data jan-dec 2022). Antal överbeläggningar per hundra vårdplatser.		
Region	**Överbeläggning**	**Utlokaliserade patienter**
Riket	6,4	2,5
Gävleborg	4,5	1,4
Bollnäs	4,1	0,2
Gävle	4,8	1,8
Hudiksvall	4,3	1,1

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 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 2022 är bättre än resultatet för riket.

Psykiatrisk slutenvård (data jan-dec 2021). Antal överbeläggningar per hundra vårdplatser.		
Region	**Överbeläggning**	**Utlokaliserade patienter**
Riket	2.1	0.1
Gävleborg	1.7	0.2
Gävle	0.2	0.2
Hudiksvall	4.5	0

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 2022 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.

Om man tittar på faktiska väntetider och tillgänglighet, placerar sig Region Gävleborg på andra plats efter Gotland.

Utfallet är resultatet av ett fokuserat arbete som gjorts inom hela hälso- och sjukvården under 2022. Resultatet innebär inte att regionen inte har några köer till vård men är på god väg och har hittat säkra arbetssätt för att arbeta med tillgänglighetsfrågor.

Ett positivt exempel är vårdkön till dietister inom primärvården. Tidigare var det cirka ett års väntan att få träffa en dietist inom primärvården, men idag kallas patienter inom den tid som de prioriteras, vilket är mellan 2 och 8 veckor.

Korrekthet garanteras endast utskriftsdatumet

3.3.3. Vaccinationer

Arbetet med att tillgodose befolkningens behov av vaccinationer mot covid -19 mm som Folkhälsomyndigheten (FoHM) tagit fram på regeringens uppdrag bedrivs under hela 2022.

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.

3.3.5. Hållbart regelverk för medicintekniska produkter

Anpassning till MDR regelverket pågår fortfarande. Hälso- och sjukvården är utsedd att leda arbetet i organisationen. Under andra halvan av året har fokus varit att genomföra en nulägeskartläggning med berörda verksamheter som ska ligga till grund för prioriteringar av aktiviteter den närmsta tiden.

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. I Gävle har ett stort arbete gjorts för att tillsammans med Framtidsbygget identifiera risker med genomförandet av den första fasen med att bygga om hus 60. Påverkan kommer vara stor och verksamheterna har identifierat såväl evakueringsbehov som behov av ändrade arbetssätt.

3.3.7. Min vård Gävleborg

I oktober 2021 lanseras Min vård Gävleborg. Syftet med Min vård Gävleborg är att

- Möta det ökande vårdbehovet
- Mer tillgänglig och jämlik vård
- Snabbare hamna rätt
- Göra patienten mer delaktig
- Skapa förutsättningar för samverkan
- Förenkla för vård och patient

Under 2022 öppnas tjänsten upp för användning på alla mottagningar i Region Gävleborg. De som kan använda tjänsten är tillfrågade patienter på alla mottagningar och patienter som söker vård.

Inför 2023

Uppföljningsenkäter planeras för att efterhöra medborgare och medarbetares synpunkter

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.

Kopians giltighet garanteras endast på utskriftsdatumet

3.3.8.1. Riskanalys

Rutin för när och hur systematiska riskanalyser ska genomföras finns inom regionen och används som stöd. Riskanalys- Rutin
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.

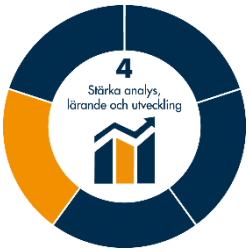
3.3.8.2. Systematiska riskanalyser i Framtidsbygget

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. 21 enheter använder i dagsläget verktyget.
Åtgärd: Fortsatt implementering och utbildning.

3.4. Stärka analys, lärande och utveckling



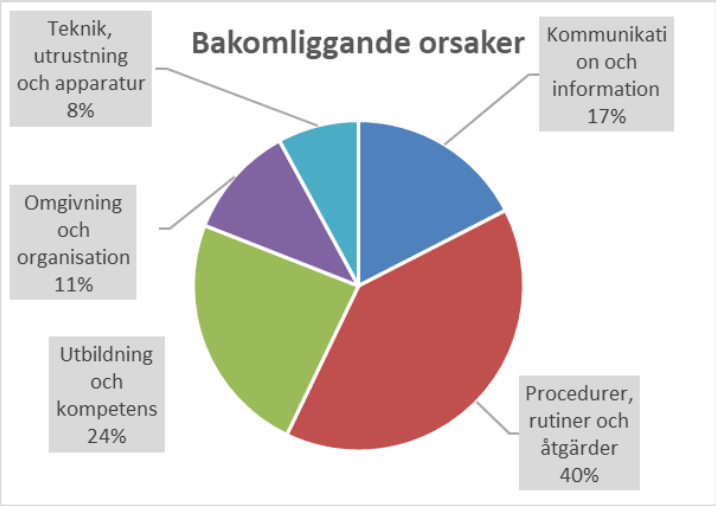
Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvården. När resultaten används för att förstå vad som bidrar till säkerhet, hållbarhet, önskvärd flexibilitet och goda resultat, kan verksamheten utvecklas så att kvaliteten och säkerheten ökar och risken för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

3.4.1. Händelseanalyser

Händelseanalyser görs som del i vårdskadeutredningar vid mer komplexa allvarliga händelser som ofta berör flera verksamheter. Dessa analyser 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. Sju händelseanalyser har avslutats under året. Fem av dessa har uppdragsgivare från akutsjukvården, en från diagnostik och en från paramedicin.

Bakomliggande orsaker till felhändelser i de avslutade analyserna fördelas i orsaksområden enligt figuren nedan.

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet



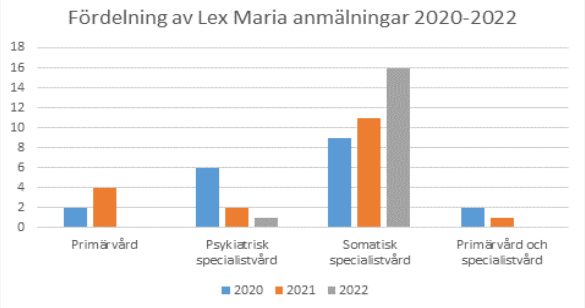
Exempel på åtgärder som föreslagits utifrån analyserna är:

- Förbättra kommunikation öppen och sluten vård i standardiserade vårdförlopp cancer
- Införa digital omvårdnadsjournal på Akutmottagning – föreslagen åtgärd i två händelseanalyser
- Initiera Time-out när det inte går att komma överens om vårdplats på akuten
- Förbättra differentialdiagnostik när patient går in i ett standardiserat flöde (stroke)
- Förbättra kompetens omhändertagande av akut sjuka barn på akutmottagning
- Ta fram och implementera övergripande rutin för dialog mellan läkare komplexa patientfall
- Beakta risk för diagnostiskt feltänk
- Röntgenremiss, säkerställ rätt innehåll - föreslagen åtgärd i två händelseanalyser
- Ta fram APT-material hur man selekterar journalanteckningar för att läsa olika professioners information
- Förbättrad implementering av rutinen Vårdplan Vårdprevention och Nutrition-utredning och behandling inom slutenvården.
- Behandla varje prov direkt efter biopsin inklusive skriva remiss.

3.4.2. Lex Maria

År 2022 lämnar hälso- och sjukvårdsförvaltningen in 17 Lex Maria anmälningar till IVO.

Antal	2020	2021	2022
Ärenden till IVO, (Lex Maria)	19	18	17



Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

I sammanställningen ingår inte underlag från länets privata vårdgivare.
Fördelningen av anmälningar mellan slutenvård, primärvård och psykiatrisk vård följs av regionens chefläkare med början 2022.
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 2022 har 4 medarbetare anmälts.

3.4.4. Inspektionen för vård och omsorg, IVO

Fördelning av IVO-ärenden	2020	2021	2022
Enskilda klagomål	80	80	89
Tillsynsärenden/Inspektioner/Dialogmöten	5	5	5

Enskilda klagomål som kommer in till regionens verksamhetsområden från patienter/anhöriga via IVO utreds av berört verksamhetsområde. Medarbetare från HSR stöttar vid behov med utredningar och vid förbättringsarbete.

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 resulterar 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.

Den nationella tillsynen har resulterat i liknande beslut för de flesta regioner i landet. Region Gävleborg ser över nuvarande arbetssätt för att säkerställa att vården bedrivs patientsäkert avseende tillgång till vårdplatser och kompetens.

3.4.5. Hantering av klagomål och synpunkter

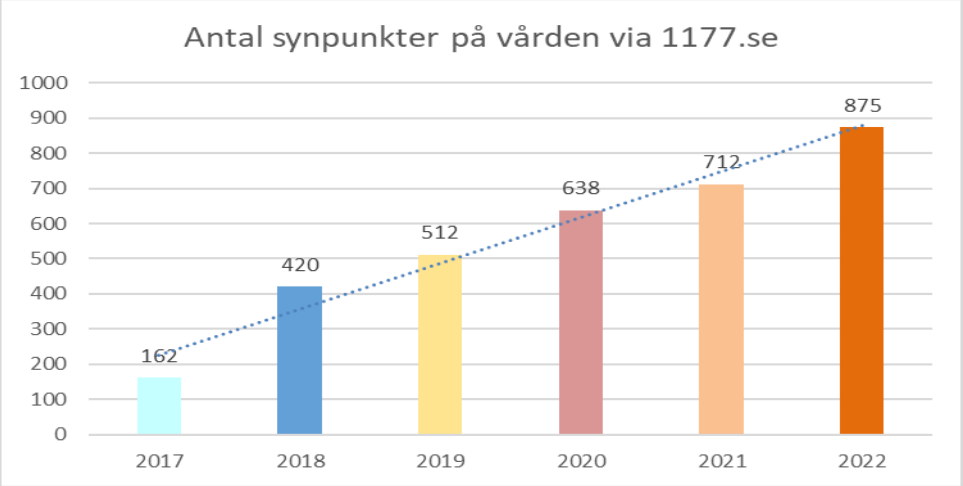
Patienter/närstående lämnar synpunkter eller klagomål på vården i Region Gävleborg på flera sätt:

- 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 till rätt enhet
- Direkt till berörd enhet via meddelande i 1177 Vårdguiden.se
- Via patientnämnden
- Direkt till IVO, information finns på 1177 Vårdguiden, eller förmedlas av Patientnämnden eller berörd enhet

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

Resultat 2022

Totalt finns 837 klagomål inregistrerade som avvikelser i Platina. Dessa utgör 11 % 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

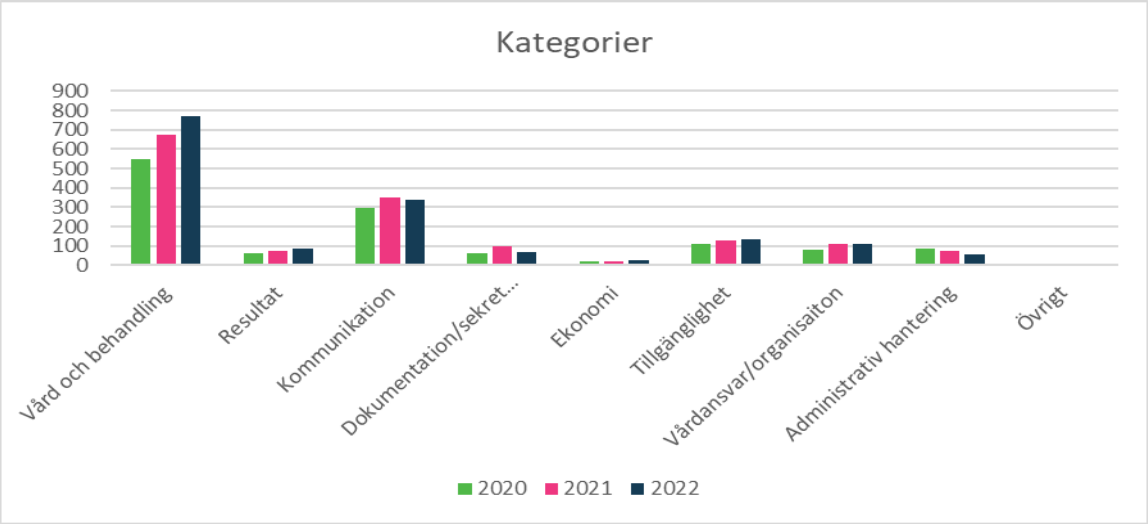


Analys: Det finns ingen samlad bild av hur många klagomål som inkommer direkt till Hälso och sjukvården. Under 2023 kommer Pwc:s granskning ”Hantering av synpunkter och klagomål - Region Gävleborg” att ge värdefull kunskap om nuläget och behov av förbättringsarbete.

3.4.6. Patientnämnden

Patientnämndens huvuduppgift är att hjälpa och stödja patienter att föra fram sina klagomål till vårdgivarna och få sina frågor besvarade. Nämnden ska också bidra till kvalitetsutveckling och hög patientsäkerhet genom att bland annat göra analyser av inkommande ärenden.
Under 2022 har följande analyser gjorts: ”Klagomål på vården som avser barn med fokus på psykisk ohälsa”, ”Kommunikation”, ”Dokumentation i patientjournalen” samt ”Covid-relaterade ärenden”. Barnanalysen blev under året del i en nationell IVO-rapport inom området. Covid-analysen ingick även detta år i en nationell patientnämndsanalys inom området. Samtliga analyser har förmedlats till Hälso- och sjukvårdens ledning för beslut om hur de kan användas i patientsäkerhetsarbetet.
Patientnämndens förvaltning har under året haft 1821 nya kontakter från patient/närstående. Antalet ärenden var 1593, en 4 % ökning jämfört med 2021. Antalet informationskontakter var färre än föregående år.
Flest ärenden handlade om patienter i åldersspannet 50-69 år. Flest antal kvinnor fanns i åldersspannet 50-59 år medan flest antal män återfanns inom åldersspannet 60-69 år.

Kopian stämmer inte med originalet. Utskriftsdatumet garanteras ej

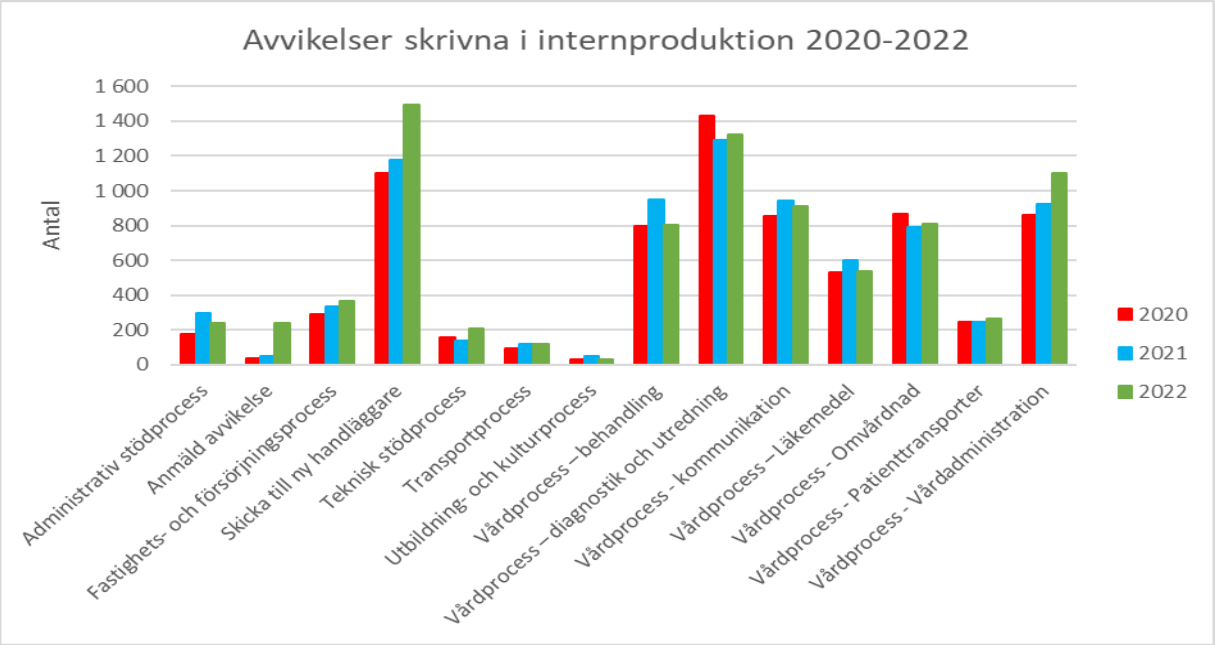


Vid jämförelse med såväl föregående års ärenden som året före det konstateras att ärendeantalet har ökat. En 4 % ökning sedan 2021 och 20 % ökning jämfört med 2020. Avseende kategorier var det flest ärenden inom *vård och behandling*, följt av *kommunikation*. Gävleborg sticker inte ut i antal patientnämndärenden sett till befolkningsstorlek, vid nationell jämförelse.
Avseende samarbetet med patientsäkerhetsenheten har vi gemensamt noterat att det finns behov av aggregering av samtliga klagomål och synpunkter för att fånga ett samlat patientperspektiv. I dagsläget är det inte möjligt eftersom gemensam kategorisering saknas. Det som gemensamt ändå identifierats är brister i kommunikation, vilket behöver arbetas med strategiskt för en säkrare vård. I slutet av 2022 utformades även en strategi för hur patientnämndsanalyser i högre utsträckning ska kunna leda till aktiviteter i vården, i syfte att ytterligare bidra till en ökad kvalité i vården utifrån patientupplevelser.

3.4.7. Avvikelser

PSL 2010:659, 6 kap. 4 §, SOSFS 2011:9 5 kap. 5 §, 7 kap. 2 § p 5
Under 2021 skrivs 7931 avvikelser i regionen jämfört med 8439 avvikelser 2022. 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.
Rapporterade tillbud, risker och händelser utreds i huvudsak av vårdenhetschef och vid behov i form av internutredning av kvalitetssamordnare. Arbetsmiljöavvikelser redovisas på VSAM.
Vårdenhetschefer uppmärksammas på att VC ska informeras om allvarliga händelser för ställningstagande till internutredning/händelseanalys. Strävan är att återkoppla utredning till patient och anhöriga.
Regionen ser positivt på att antalet avvikelser ökar då medarbetarna har uppmuntrats att skriva avvikelser för att stärka patientsäkerheten och för att skapa en öppenhet i avvikelsehanteringen, Vi strävar efter en kultur där syftet med avvikelser är att hitta återkommande problem och kunna se trender, som vi kan åtgärda och därmed få en bättre patientsäkerhet.

Kopior gäller inte garanterat ändringsutsk



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 2022. Granskningarna rapporteras i databasen Sign-e. Underlaget bidrar till nationell statistik avseende förekomst av vårdskador i somatisk slutenvård.

3.4.9. Kartläggning av återinskrivningar

På uppdrag av hälso och sjukvårdens ledningsgrupp har en kartläggning av orsaker till återinläggningar på fyra av regionens verksamhetsområden genomförts (kardiologi, kirurgi, medicin Bollnäs, onkologi).

Inför 2023

Under 2023 kommer bland annat möten genomföras gemensamt med företrädare för alla länets huvudmän inom vård och omsorg. Syftet är att följa upp överenskommelsen om samverkan vid utskrivning från slutenvård för att identifiera problemområden och förbättra samarbetet.

3.4.10. Kvalitetsregister

Sammanlagt drygt 100 kvalitetsregister användes inom hälso- och sjukvården i Gävleborg under 2022. 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

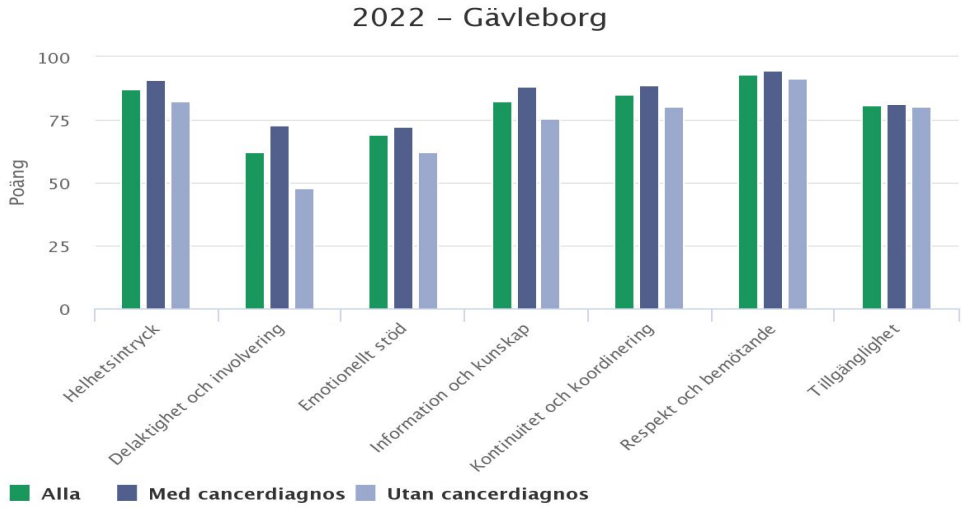
Målsättningen är att resultat från registren kontinuerligt ska tas fram, analyseras och användas för lokalt förbättringsarbete, vid sidan om att registerdata även används i nationella sammanställningar och årsrapporter samt inom FoU.

Kopians giltighet garanteras endast

3.4.11. Patientenkäter – patientupplevd vårdkvalitet

Nationell patientenkät är ett samlingsnamn för återkommande nationella undersökningar av patientupplevelser inom hälso- och sjukvården.
Under vintern 2022 pågår mätningar av akutmottagningarna, habiliteringen och en mellanårsmätning av primärvården och resultaten delges verksamheterna i början av 2023.

PREM-enkäten för SVF cancer genomförs från och med 2022 löpande i alla regioner efter att ha varit valfri under 2020-2021



.

Analys:
Patienternas helhetsintryck av sin kontakt med vården överlag är hög. Som framgår av diagrammet är värdet 87 av maximalt 100 på frågan om patienterna fått sitt aktuella behov av vård tillgodosett. Helhetsintrycket i Gävleborg är på samma nivå som i riksgenomsnittet.

Patienter som mottagit ett cancerbesked och startat sin första behandling är dock mer nöjda med utredningsförloppet än de patienter vars utredning visat att misstanken om cancer kunnat avskrivas. Exempelvis är i grafen ovan helhetsintrycket för samtliga 89, för patienter med cancerdiagnos 91 och för patienter utan cancerdiagnos 83. Samma tendenser finns nationellt och i stort sett i samtliga dimensioner. Enligt Cancercentrum och av de telefonsamtal som kommer in angående enkäten framgår att vården fortfarande kan bli tydligare med att patienten utreds för symtom som möjligen kan bero på cancer.

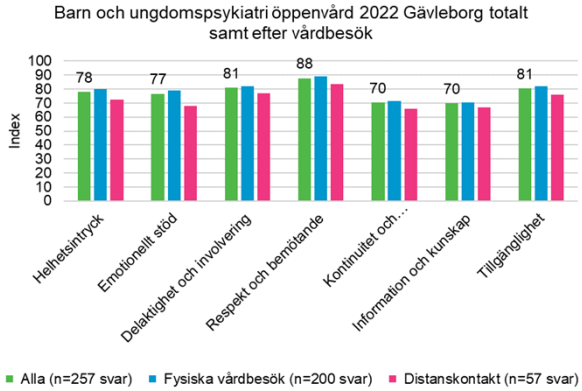
En jämförelse över tid visar att patienternas upplevelser av SVF förbättrats. Under pandemin har dock en lägre andel patienter uppmanats att ta med en anhörig till diagnosbeskedet vilket innebär att stödet till anhöriga har minskat samtidigt som stödet till patienter har förbättrats jämfört med tidigare mätningar[1].

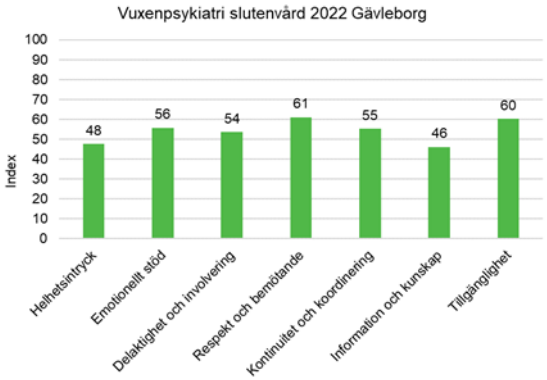
2022 genomfördes en förnyad nationell patientenkät av vuxenpsykiatrin och bup.
Analys:
Svarsfrekvensen har ökat något sedan 2018 men är fortfarande lägre inom psykiatrin (30 % öppen vård, 24 % sluten vård och 32 % bup) än inom många andra mätningar inom

[1] Mer information om mätningen finns på https://cancercentrum.se/samverkan/vara-uppdrag/statistik/svf-statistik/patienternas-upplevelser/ och på patientenkat.se

Kopian är giltig till gammelt datum

nationell patientenkät. Resultaten för Gävleborg är på en mittenplacering/i nivå med riksgenomsnittet för öppen vård och betydligt högre än riksgenomsnittet när det gäller bup. När det gäller den slutna vården är dock resultaten i Gävleborg lägre än både riksgenomsnittet och lägst bland regionerna på i princip alla dimensioner.





Tyngdpunkten i redovisningarna är liksom i övriga mätningar inom nationell patientenkät på fysiska besök och det är också dessa som primärt jämförs.
Flera regioner inklusive Gävleborg har också till del börjat mäta patientupplevelserna när det gäller digitala vårdbesök/distanskontakter. När det gäller dessa visar psykiatrimätningarna att den patientupplevda kvaliteten vid distanskontakter är i nivå med de fysiska besöken (till och med något högre än fysiska vårdbesök när det gäller stöd, delaktighet och bemötande).
Inom bup är det dock en skillnad med lägre patientupplevd kvalitet för distanskontakter jämfört med fysiska besök.
Det bör noteras att resultaten i Gävleborg avseende vuxen och barnpsykiatri är baserade på ganska få svar när det gäller distanskontakter (antalet svar framgår under graferna ovan) men samma tendenser finns också nationellt.

Återkoppling:
Resultaten från genomförda patientenkäter delges berörda verksamhets- och vårdenhetschefer och respektive verksamhet arbetar sedan vidare med sina resultat.
Resultaten för patientenkäten används för att förbättra och utveckla vården utifrån ett patientperspektiv. Inom psykiatrin kompletteras resultaten från nationella patientenkäten med andra undersökningar för att fånga patienternas bild av hur vården fungerar och behöver utvecklas.

Kopian gäller endast utskriftsdatumet

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.
Ett exempel är de goda effekterna av att öva in nya rutiner **genom simuleringsövningar inklusive lärandereflektion i samband med nya arbetssätt**, ett exempel är extern fixering på ortopedisk operation som simulerats på C-OP i Gävle. Under året har simuleringar i vården kunnat återupptas (efter pandemin) och KTC har varit på olika enheter, t ex traumaövningar och teamövningar på uppvakningsavdelningen Hudiksvall, KIC mfl.

3.5.2. Folkhälsa och hållbarhet

Jämlik vård Under 2022 utvecklas ett stödmaterial till chefer av för att vara ett stöd 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.

3.5.3. Katastrofmedicinsk beredskap

Under 2022 genomför IVO en tillsyn av regionens katastrofmedicinska beredskap. Av beslutet framgår att det finns behov av förbättringar avseende:
Lagerhållning av medicinteknisk utrustning, förbrukningsmaterial och läkemedel så att katastrofmedicinsk beredskap upprätthålls
Planering och övning för personal av den katastrofmedicinska beredskapen.
Region Gävleborg ser över nuvarande arbetssätt för att säkerställa att förbättringsarbete genomförs och nya arbetssätt implementeras.

3.5.4. Omställning för God och Nära Vård

Hälso- och sjukvårdsnämnden har beslutat om åtgärder för att nå målbilden GONV 2030 i Gävleborg. Den gemensamma målbilden för God och nära vård (GONV) 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

Kopia gällande garanteras endast utskrift signatur.net

3.5.5. Regional handlingsplan för patientsäkerhet

Under 2022 tas beslut om fyra prioriterade områden i region Gävleborgs plan för patientsäkerhet. Beslut tas i hälso och sjukvårdens ledningsgrupp och föregås av en bred process bland verksamhetschefer och enhetschefer i HSLplus, regionens kvalitetssamordnare och brukarföreträdare från Funktionsrätt Gävleborg.
De prioriterade områdena är:

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

Inför 2023
Patientsäkerhet och Vårdkvalitet leder arbetet med att definiera vad som kännetecknar innehållet/status inom de olika delområdena idag och vilka övergripande aktiviteter som behöver prioriteras för en säkrare vård. En brett deltagande från regionen eftersträvas och att nuvarande system för verksamhetsplanering i Stratsys bidrar till att aktiviteter blir tydliga och kraftfulla.

4. Mål, strategier och utmaningar för kommande år

4.1. Verksamhetsplan 2023

Patientsäkerhetsarbetet grundar sig på Region Gävleborgs nollvision för undvikbara vårdskador.
Hälso och sjukvårdens verksamhetsplan 2023 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 Gävleborg s verksamhetsplan för hälso och sjukvård syftar till en minskning av risk för eller utvecklade vårdskador.

4.2. Regional handlingsplan för patientsäkerhet

Hälso och sjukvårdens ledningsgrupp tar 2022 beslut om fyra prioriterade målområden där patientsäkerheten behöver förbättras.
De prioriterade målområdena är:

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

4.3. Prioriterade aktiviteter 2023

Under 2023 ska aktiviteter på övergripande, strategisk nivå identifieras inom respektive målområde i den regionala handlingsplanen. Aktiviteter som belyses i patientsäkerhetsberättelse 2022 är bland annat:

Tillgängliga och säkra processer mellan aktörer

- Utskrivningsprocessen

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

- Utveckla samarbetet i Lokal Arbetsgrupp (LAG) för patientsäkerhet.

Säkra processer i vård och behandling

- Förstärkt omvårdnad på akutmottagningarna
- Minska risken att drabbas av en vårdrelaterad infektion vid slutenvård på länets sjukhus
- Minska risken att drabbas av trycksår vid slutenvård på sjukhus eller i hemmet.
- Minska mängden uttagna recept på narkotika per invånare

Adekvat kunskap och kompetens

- Minska risken för utebliven eller förlängd tid till diagnos genom förbättrad kunskap om differentialdiagnostiskt arbetssätt
- Se över möjligheten att stärka vårdens chefers möjligheter att följa patientsäkerhetsresultat i Stratsys genom en tydlig struktur för arbetssätt med egenkontroll.
- Skapa förutsättningar för en god patientsäkerhetskultur genom införande av Gröna korset

Patienten som medskapare

- Implementera ett personcentrerat arbetssätt för omvårdnad i öppen och sluten somatisk och psykiatrisk vård.
- Utveckla och implementera ett konkret och systematiskt arbetssätt för att involvera patienter/brukare i strategiskt arbete vid utveckling God och Nära vård.

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet