

Kvalitet- och patientsäkerhetsberättelse 2013

Landstinget Gävleborg

Innehåll

Sammanfattning	2
1. Övergripande mål och strategier	3
2. Organisatoriskt ansvar för patientsäkerheten	4
2.1. Stödfunktioner för patientsäkerhetsarbetet	6
3. Struktur för uppföljning/utvärdering	8
4. Uppföljningar genom egenkontroller	10
5. Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för att öka patientsäkerheten	11
6. Samverkan för att förebygga vårdskador	15
7. Riskanalys	16
8. Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	16
9. Klagomål och synpunkter	17
9.1. Sammanställning och analys	17
9.2. Samverkan med patienter och närstående	19
10. Resultat	20
10.1. Strukturmått	20
10.2. Processmått	22
10.3. Resultatmått	26
11. Summering av måluppfyllelse	32
12. Övergripande mål och strategier för kommande år	32

Sammanfattning

Landstinget Gävleborgs struktur för patientsäkerhet utgår från att patientsäkerhetens utveckling bedrivs inom respektive verksamhetsområde. Ledningens ansvar är att skapa engagemang och förutsättningar för hälso- och sjukvårdspersonalen att utveckla och upprätthålla en god patientsäkerhetskultur. Arbetet ska utgå från regelverk där vårdgivarens direktiv och beslut ingår. För att uppnå detta krävs att det inom samtliga nivåer finns ändamålsenlig kunskap, samt en tydlig viljeinriktning att patientsäkerhetsperspektivet ska genomsyra alla de processer som direkt eller indirekt kan komma att påverka patienter och/eller närstående.

Många av de aktiviteter som initierats under året har sin utgångspunkt i resultat som framkommit vid nationella mätningar. Men också resultat från egenkontroller, avvikelser, händelseanalyser och riskanalyser har inneburit att förbättringsprocesser initierats på olika nivåer.

Resultaten och upprättande av handlingsplaner utifrån genomförda patientsäkerhetskulturmätningar, har också de bidragit till ökad kunskap och engagemang kring patientsäkerhetsarbetet. Exempel på detta är den tydlighet som nu utvecklas inom området ”ledningens engagemang” och hur systemet för avvikelshantering blivit allt mera känt.

Patientnämndens kontinuerliga återkoppling till verksamheterna i kombination med ett mera systematiskt arbetssätt gällande patienters och närståendes synpunkter och klagomål har på ett positivt sätt bidragit till att flera perspektiv tydliggjorts.

Under året har landstinget infört månatliga mätningar, kopplat till en intern målrelaterad ersättning. De områden som berörs är:

Följsamhet basala kläd och hygienregler (BHK)

Mätning Vårdrelaterade infektioner (VRI)

Registrering trycksador

Ledtider inom diagnostik

Korrekt genomförda händelseanalyser

Att ledningen på detta sätt tydligt och återkommande efterfrågar insatser och resultat, har inneburit ett ökat fokus på patientsäkerhetsområdet.

Patientsäkerhet fortsätter också vara en prioriterad punkt inom samtliga av landingets beslutsnivåer, övergripande processer och uppföljningsmodeller.

Eva Tjärnström
Landstingsråd

Kjell Norman
Hälso- och sjukvårdsdirektör

1. Övergripande mål och strategier

SFS 2010:659, 3 kap, 1 § samt SOSFS 2011:9, 3 kap, 1 §

I det politiska måldokumentet 2011-2014, Goda utsikter för ett livskraftigt Gävleborg, fastslås att patienten skall tillförsäkras en god patientsäkerhet och uppleva trygghet. Uppföljning av detta görs med indikatorerna¹:

- Belägningsgrad (92 %)
- Förtroende för hälso- och sjukvården (67 %)
- Tillgång till hälso- och sjukvården (84 %)
- Patientsäkerhet VRI (9,5 %)

Dessa mål är av övergripande karaktär och hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp har därför fastslagit mer verksamhetsnära mål för perioden 2012-2015

Målen är:

- Vi ska ha 100 procent följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler
- Vi ska ha 0 procent förekomst av undvikbara VRI
- Vi ska ha 0 procent trycksårsprevalens
- Vi ska förskriva maximalt 250 recept antibiotika per 1000 invånare
- Vi ska ha 0 procentförekomst av kirurgiska vårdskador och ha minimerat andelen komplikationer
- Vi har en balanserad tillgång i förhållande till efterfrågan på vårdplatser
- Vi har 100 procent korrekt läkemedelshantering
- De mest sjuka äldre och deras anhöriga känner sig trygga och får den vård och omsorg de behöver.

Strategierna för att nå målen är att informera, kommunicera, följa upp och vidta åtgärder utifrån resultat.

Uppföljning av resultat sker två gånger per år i hälso- och sjukvårdsutskottet.

Under våren har landstinget infört månatliga mätningar, kopplat till intern målrelaterad ersättning. De områden som berörs är:

- Följsamhet basala kläd- och hygienregler (BHK)
- Mätning Vårdrelaterade infektioner (VRI)
- Registrering tryckskador
- Ledtider inom diagnostik
- Korrekt genomförda händelseanalyser

¹ Målnivåer för 2013 enligt bilaga till budgetbeslut 2013

2. Organisatoriskt ansvar för patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap, 9 § samt SOSFS 2011:9, 7 kap, 2 §, p 1

Ansvarsfördelningen nedan är hämtad från direktiv ”Patientsäkerhetsarbete LG – Organisation och ansvarstruktur”

Landstingsstyrelse/vårdgivaren	• Planerar, leder och kontrollerar verksamheten så att kravet på god vård tillgodoses • Fastställer direktiv • Fastställer den årliga patientsäkerhetsberättelsen
Landstingsdirektör	• Planerar, leder och kontrollerar att patientsäkerhetsarbetet bedrivs enligt fastställda styrdokument och direktiv
Hälso- och sjukvårdsdirektör	• Planerar, leder och kontrollerar att patientsäkerhetsarbetet bedrivs enligt fastställda styrdokument • Upprättar den årliga kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen • Fastställer landstingsgemensamma rutiner och handlingsplaner för hälso- och sjukvården
Utvecklingsdirektör	• Funktionsansvarig för patientsäkerhetsarbetet • Planerar, leder och kontrollerar att patientsäkerhetsarbetet bedrivs enligt fastställda styrdokument • Fastställer landstingsövergripande rutiner och handlingsplaner
Divisionschef	• Övergripande ansvar inom divisionen, samordnar patientsäkerhetsarbetet inom och mellan divisionerna • Fastställer divisionsövergripande handlingsplaner och rutiner. • Gör uppföljningar och redovisningar

Verksamhetschef

- Formulerar mål för verksamhetens patientsäkerhetsarbete
- Ansvarar för att det finns aktuella rutiner
- Följer upp verksamhetens förbättringsarbete, analyserar resultat och förbättringsåtgärder samt utvärderar dess effekter
- Ansvarar för att patient/närstående erbjuds delaktighet i verksamhetens patientsäkerhetsarbete
- Ger information till patient/närstående vid vårdskada
- Vid vårdskada samarbeta med utsedd anmälningsansvarig person

Vårdenhetschef

- Tillämpar fastställda övergripande styrdokument
- Medverkar i framtagande, tillämpning och vidareutveckling av metoder
- Vid riskanalys och händelseanalys ansvarar för att tid avsätts för arbetet
- Följer upp resultat av insatta åtgärder efter analysarbete
- Informerar medarbetarna om vårdgivarens beslut samt ansvarar för genomförande

Hälso- och sjukvårdspersonal

- Följer gällande lagstiftning, avtal och vårdgivarens beslut
- Arbetar utifrån landstingets regelverk
- Medverkar i förbättringsarbetet genom att anmäla observerade risker och registrerar avvikelser i avvikelshanteringssystemet
- Medverkar i utvecklingsarbetet av patientsäkerhetsområdet inom vårdenheten
- Utifrån uppdrag medverka som teammedlem i riskanalys och händelseanalys
- Medverkar i uppföljningar av insatta förbättringsåtgärder

2.1. Stödfunktioner för patientsäkerhetsarbetet

Stödfunktion	Stödfunktionens uppgifter
Chefläkare	• Divisionschefens stöd i patientsäkerhetsarbetet • Rådgivande i patientsäkerhetsarbetet
Verksamhetsutvecklare	• Divisionschefens stöd i patientsäkerhetsarbetet • Utgör stöd i verksamheternas utveckling inom patientsäkerhetsområdet
Beredningsgrupp - utvecklingsfrågor	• Beredningsgrupp för hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp (HSL) i övergripande patientsäkerhetsfrågor
Utsedd anmälningsansvarig person	• Vid vårdskada samarbeta med och utgöra stöd till verksamhetschef inför Lex Maria-anmälan • Kontaktperson med Socialstyrelsen
Kvalitetssamordnare	• Verksamhets- och vårdenhetschefens stöd i patientsäkerhetsarbetet.
Hygienombud	• Verksamhets- och vårdenhetschefens stöd i mätning, registrering och sammanställning av följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler. • Vårdhygiens kontakt till respektive vårdenhet
Utvecklingsmotorer	• De fyra utvecklingsmotorerna utgör stöd i utvecklingsarbetet för vård av äldre.
Patientnämnd	• Bidrar med erfarenheter från analys av patientsynpunkter
Lokal Stramagrupp	• Strategigrupp för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens
Vårdhygien	• Planerar och samordnar infektionsförebyggande arbete • Stödjer verksamheterna i det lokala arbetet med god hygien
Smittskydd Gävleborg	• Arbetar utifrån lagstiftning

Läkemedelskommittén	• Arbetar utifrån regionala och nationella rekommendationer
Centrum för Forskning och Utveckling Gävleborg (CFUG)	• Stödjer och stimulerar till forskning och utveckling inom landstingets samtliga verksamheter. • Bidra till att ökad FOU-kompetens uppnås och används för att förbättra kvalitén i landstingets olika verksamheter.
Samhällsmedicin Gävleborg	• Ansvarar för vissa övergripande analyser samt ge förslag till förbättringsområden
Internkontrollenheten	• Säkerställer att det finns övergripande arbetssätt, metoder och verktyg för intern kontroll
Utvecklingsavdelningen	• Samordnar landstingets övergripande arbete inom patientsäkerhet • Utarbetar policydokument, direktiv, och rutiner • Samordnar och driver landstingets övergripande läkemedelsfrågor • Samordnar och driver landstingets övergripande kliniska utbildningar • Tar fram underlag inför planering, uppföljning och utvärdering • Samordnar utbildning och kompetensutveckling inom området patientsäkerhet • Sammanställer, analyserar och rapporterar avvikelser • Samordnar och skriver patientsäkerhetsberättelsen för Landstinget Gävleborg • Ger metodstöd • Leder och stödjer vid riskanalyser och händelseanalyser • Samordnar och genomför interna nätverksträffar för att kompetensutveckla utbildade och verksamma analysledare • Samordnar och genomför kontinuerliga nätverksträffar för kvalitetssamordnare.

3. Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9, 3 kap. 2 §

Mål och aktiviteter i styrkort och aktivitetsplaner följs upp varje månad mellan landstingsdirektör/divisionschef, divisionschef/verksamhetschef, verksamhetschef/vårdenhetschef.

För uppföljning av till exempel kvalitet, produktion, tillgänglighet och läkemedel finns ett beslutstödsystem "Cyklop" med färdiga rapporter.

Flertalet verksamheter arbetar med daglig styrning som visualiseras på styrtavlor/resultattavlor.

Hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp har veckovisa möten för uppföljning av tillgängligheten. Vid större avvikelser medverkar verksamhetschefer för att redovisa förbättringsåtgärder.

I uppföljningsarbetet ingår även den privata landstingsfinansierade vården.

Avvikelse registreras i Platinas avvikelsemodul och hanteras av berörd chef. Därefter återkopplas avvikelsen på individnivå och arbetsplatsträffar.

Enheten för medicinsk teknik bedriver uppföljning av användning av medicinteknisk utrustning/-system med hjälp av teknikronder i samarbete med respektive verksamhet inom hälso- och sjukvården. Fastställd rutin finns; "Användning och hantering av medicintekniska produkter". Olyckor och tillbud gällande medicinteknisk utrustning/-system rapporteras in i en nationell riskdatabas "Reidar".

Nedan beskrivs strukturen för uppföljning och utvärdering av de fastställda övergripande patientsäkerhetsmålen.

Följsamhet basala hygienrutiner och klädregler (BHK), vårdrelaterade infektioner (VRI) och trycksår

Landstinget har deltagit i de nationella punktprevalensmätningarna BHK, VRI och trycksår som hittills varit två ggr per år. Därutöver görs månatliga mätningar som underlag till målrelaterad ersättning (ersättning omfattar endast specialistvården). Resultaten kommuniceras via landstingets intranät varje månad.

Webbaserad utbildning finns för samtlig vårdpersonal och ingår i introduktionsprogrammet för nyanställda. Hygienrutiner och klädregler tas upp i medarbetarsamtalen. Fastställd rutin finns "Hygienrutiner och klädregler".

Det nationella IT-stödet "infektionsverktyget" tillämpas som stöd för dokumentation, lagring och uppföljning av alla vårdrelaterade infektioner som behandlas med antibiotika.

Antibiotika

Antibiotikaförskrivningen sammanställs och återförs till vårdenheterna fortlöpande. Uppföljning på förskrivarnivå tillämpas inom primärvården. Inom samtliga verksamheter inom specialistvården finns antibiotikaansvariga läkare. Dessutom finns den lokala Strama-gruppen som stödfunktion.

Markörbaserad journalgranskning

Inom de kirurgi, allmän internmedicin samt vissa andra basspecialiteter har under året genomförts månatliga markörbaserade journalgranskningar.

Utbildade team med sjuksköterskor och läkare finns vilka utför strukturerad/markörbaserad journalgranskning för att upptäcka vårdskador och mönster av vårdskador.

Inom vuxenpsykiatrien genomförs månatliga systematiska journalgranskningar utifrån egna framtagna markörer då nationella markörer ännu inte har utvecklats.

Patientsäker beläggning

Samtliga vårdavdelningar genomför dagliga mätningar av antalet överbeläggningar och utlokaliserade patienter. Dessa rapporteras till en nationell databas. En fastställd rutin finns "Överbeläggningar och utlokaliserade patienter – definitioner och bedömningsgrunder" som säkerställer en enhetlig hantering.

Dagliga vårdplatsmöten med representanter från vårdavdelningar och akutmottagningen. Dessa sker i syfte att optimera patientbeläggningen/-flödet.

Uppföljningar av återinläggning inom 30 dagar samt antalet personer med undvikbara slutenvårdstillfällen görs varje månad.

Läkemedel

Läkemedelsenheten är ett stöd i förbättringsarbetet för att förebygga läkemedelsfel. Under året har enheten tillsammans med verksamheterna arbetat med läkemedelsgenomgångar, säkerställande av aktuella läkemedelslistor och genomförande av utbildningsinsatser. Regelbundna uppföljningar av förskrivning av olämpliga läkemedel sker och redovisas för primärvården.

Mest sjuka äldre

Kontinuerliga mätningar avseende fall, undernäring, antal och olämpliga läkemedel samt trycksår görs genom kvalitetsregistret Senior Alert. Registret skapar en gemensam struktur för riskbedömningar inom slutenvård, primärvård och kommun.

För att förbättra vården för patienter i livets slutskede används Svenska Palliativregistret.

Som ett led i förbättrad utskrivningsprocess/sammanhållen vård identifieras patienter med hög risk för återinskrivning vid inskrivning på vårdavdelning. Dessa patienter rings upp av primärvården inom 72 timmar efter utskrivning. Veckovisa redovisningar av uppringda patienter och återinskrivning redovisas i syfte att identifiera förbättringsområden.

4. Uppföljningar genom egenkontroller

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2 §, 7 kap. 2 § p2

Månadsuppföljningar av styrkort och aktivitetsplaner.

En fördjupad analys av öppna jämförelser görs årligen och identifiering av förbättringsåtgärder görs i samarbete med Samhällsmedicin Gävleborg årligen.

Verksamheterna rapporterar till relevanta nationella kvalitetsregister och utifrån dessa görs jämförelser av vårdens resultat och förbättringsinsatser genomförs.

För jämförelser av verksamhetens resultat används bland annat NYSAM.

Landstinget har under året genomfört patientsäkerhetskulturmätning och upprättat handlingsplaner som följs upp.

På alla vårdenhetsnivåer görs månadsvisa egenkontroller samt punktprevalensmätning två gånger per år av följsamheten till BHK, VRI och trycksår.

Månadsvisa uppföljning av antibiotikaförskrivning sker. Därutöver sker uppföljning av följsamheten till fastställd läkemedelsrutin.

Systematiska egenkontroller av läkemedelshanteringen genomförs inom flertalet verksamheter genom tillämpning av checklistor "Läkemedelshantering – egenkontroll".

Infektionsverktyget används av samtliga berörda verksamheter.

Markörbaserad journalgranskning genomförs och följs upp månadsvis.

Uppföljning av avvikelser genomförs regelbundet, se avsnitt 8.

Berörda verksamheter inom landstinget deltar i nationella patientenkäter årligen och vissa verksamheter genomför egna patient- och kunduppföljningar.

Årliga medarbetarenkäter genomförs.

De ackrediterade/certifierade verksamheterna genomför kontinuerliga internrevisioner enligt årlig plan.

Ledtider för diagnostik samt rapportering av väntetider till besök och behandling följs månatligen och rapporteras in i nationella databaser. Systematisk uppföljning sker även av telefontillgängligheten.

Ronder genomförs systematiskt när det gäller brandsäkerhet, medicinteknisk utrustning, strålskydd, arbetsmiljö, miljö m.fl.

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

SFS 2010:659 3 kap, 10 §, p 1-2.

Patientsäkerhet har varit ett fokusområde inom divisionernas ledningsgrupper och chefsdagar.

Dialysverksamheten har infört en förändrad behandlingsmetodik som innebär bättre dialysresultat hos patienterna.

Division Diagnostik har inhämtat synpunkter från såväl interna och externa beställare/remittenter angående bland annat kompetens och tillgänglighet för att utveckla verksamheten.

Utifrån verifierade fall av vankomycinresistenta enterokocker (VRE) har under året tagits fram handlingsplaner och checklistor för att förebygga framtida utbrott.

Landstinget har sedan maj tillämpat målrelaterad ersättning (för specialistvård) i syfte att stimulera ökad följsamhet till BHK, mätning av VRI och trycksår samt för att öka korrekt genomförda händelseanalyser som registreras i Nitha. För att underlätta rapporteringen har särskilda applikationer på läsplattor samt webbaserad IT-portal tagits fram.

För att underlätta följsamheten till BHK har tillgången till arbetskläder förbättrats och varje vårdplats utrustats med lättillgänglig handsprit.

Division Medicin-Psykiatri har en utsedd person som observerar medarbetares arbetssätt och metoder utifrån hygienperspektivet för att få underlag till förbättringsåtgärder.

Under året har en ny patientsäkerhetskulturmätning genomförts som omfattar samtliga hälso- och sjukvårdsverksamheter. Utifrån resultat har handlingsplaner upprättats/uppdaterats.

Det påbörjade arbetet med att genomföra patientsäkerhetsdialoger/-ronder inom Division Medicin-Psykiatri har fortsatt.

Division Primärvård har under året haft fokus på sambandet mellan arbetsmiljö och patientsäkerhet. Två chefsdagar har genomförts utifrån detta tema med ett långsiktigt anslag. Dessutom har studiebesök i Kalmar gjorts under hösten för att ta del av deras patientsäkerhetsarbete enligt Manchester Patientsaftey Framework-MapSaF. Denna modell kommer att implementeras under 2014.

Division Primärvården bedriver ett systematiskt utvecklingsarbete för att få ett ändrat arbetssätt vid förskrivning av antibiotika i syfte att minska förskrivningen.

Lokala läkemedelsrutiner har tagits fram på ett flertal berörda enheter och arbetet med fördjupade läkemedelsgenomgångar har utvecklats.

Infektionsverktyget har breddinförts för berörda verksamheter.

Landstingets journalsystem producerar fem informationsmängder till Nationell patientöversikt (NPÖ). Genom Region Gävleborg drivs samarbete med länets kommuner för att utveckla användningen.

Representationen i hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp (HSL) har förändrats genom att läkare kontinuerligt deltar vid de möten då specifika och strategiska medicinska frågor diskuteras.

Under året har HSL gett en arbetsgrupp med spetskompetens i uppdrag att ta fram ett förslag om en ny nutritionsorganisation. Utifrån förslaget beslutade HSL i december att starta ett pilotprojekt vid två vårdenheter.

Under året har arbetet fortsatt med att implementera Svenska Demensregistret (SveDem) i verksamheterna inom Division Primärvården pågått.

Rutiner för förbättrad utskrivningsprocess/sammanhållen vård har utarbetats, både för specialistvården och för primärvården. Rutinerna implementerades hos berörda verksamheter under hösten.

Hemsjukvården kommunaliserades under 2013. Vid övergången till kommunerna användes standardiserade informationsblanketter, samtycken och överrapporteringsmallar samt sammanställningar av vårdplaner för att öka patientsäkerheten vid överrapporteringen. När patienter planeras för inskrivning i hemsjukvården finns ”checklista vid inskrivning i hemsjukvården” för att relevant information inte ska missas.

Under året har fortsatt utbildning om brytpunktsamtal genomförts. Det är ett samtal mellan läkare och patient om det medicinska beslutet att övergå till palliativ vård i livets slutskede.

Projektet ”Proaktiv hälsostyrning” har fortgått under året och utvärdering pågår. Syftet är att tidigt kunna identifiera vilka behov av vård och omsorg den enskilda individen över 65 år har för att utifrån detta kunna erbjuda individen rätt information och stöd.

Landstinget har fortsatt utveckla Gävleborgs produktionssystem (GPS) och under året har certifiering av chefernas tillämpning av systemet påbörjats.

Landstinget har under året deltagit i det nationella projektet ”Ledtider för bild och funktionsmedicin”. Syftet är att kunna jämföra ledtider på nationell nivå, få verktyg för eget förbättringsarbete och öka patientsäkerheten.

En fortlöpande utveckling av landstingets ledningssystem har under året pågått genom att samtliga rutiner läggs in i dokumentstyrningsmodulen i IT-stödet Platina. Detta sker som ett led i utvecklingsarbetet av landstinget nya intranät Plexus 2.0 i syfte att öka användarvänligheten och tillgängligheten till väsentliga styrdokument/rutiner

Ett flertal landstingsgemensamma rutiner har tagits fram i syfte att få enhetliga arbetssätt t ex kontaktsjuksköterska, central venkateter (CVK) samt hantering av patientnämndärenden.

Ett flertal utbildningar har genomförts i syfte att höja och vidmakthålla medarbetarnas kompetens. Via Kliniskt Träningscentrum (KTC) har till exempel följande utbildningar genomförts: SBAR, simuleringsövningar, HLR-utbildningar och akututbildningar.

En strategisk utbyggnad inom området laparoskopisk simulering har påbörjats. Genom detta förbättras möjligheterna till träning av klinisk färdighet för såväl färdiga specialiser som utbildningsläkare.

Alla som arbetar inom hälso- och sjukvården behöver effektivt kunna lösa kritiska och oväntade situationer. Genom simuleringsträning får deltagarna tillfälle att under trygga förhållanden öva och efteråt diskutera hanterandet av dessa situationer. Simuleringsövningarna har utförts av utbildade och certifierade simuleringsinstruktörer från KTC.

Fullskalesimulering bygger på ett medicinskt scenario och tränar teamarbete enligt CRM (Crew resource management). Efter varje scenario följer en debriefing där tyngdpunkten läggs på CRM.

Medicinsk färdighetsträning innebär att deltagarna ges möjlighet att träna specifika medicinska moment eller händelseförlopp. Efter varje scenario följer en debriefing där tyngdpunkten läggs på den teoretiska bakgrunden och det tekniska genomförandet.

En teknisk kommitté fungerar som stöd till verksamhetscheferna inom hälso- och sjukvården för att följa upp tekniska försörjningssystem. Utbildningar i medicinteknisk säkerhet och användning samt hantering av medicinska gaser har genomförts.

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

Landstinget Gävleborg deltog vid Kvalitetsmässan i Göteborg där ett antal goda exempel på förbättringsarbeten presenterades.

Miljöcertifiering enligt ISO 14001:2004 av landstingets samtliga verksamheter har genomförts under året.

Internkontrollutbildning har genomförts för samtliga chefer inom landstinget.

Ett verktyg för beskrivning av processer (2c8) har införskaffats och utbildningsinsatser har genomförts för nyckelpersoner.

Ett antal vårdprocesser har genomlysts för att tydliggöra olika aktörers ansvar och roller i syfte att säkra patientens väg genom vården, till exempel hudcancerflödet. Genom ett nära samarbete mellan primärvårdsenheter och hudkliniken är målet att minska antalet operativa ingrepp samt minska antalet patologisk anatomisk diagnos (PAD).

Värdeflödesanalyser har genomförts inom vissa verksamheter i syfte att förbättra ledtider för patienten/kunden.

En kartläggning har genomförts angående olika arbetssätt vid händelseanalyser, utredning, avvikelser etc. Utifrån resultat ska landstinget utveckla gemensamma arbetssätt vid händelseanalyser.

Utifrån de nya nationella riktlinjerna om sjukdomsförebyggande metoder har landstinget under året påbörjat implementeringsarbetet. Bland annat har utbildningsinsatser genomförts till olika målgrupper och informationsmaterial utarbetats.

Under året har ett pilotprojekt pågått gällande elektroniska remisser. Beslut har fattats om ett breddinförande.

6. Samverkan för att förebygga vårdskador

SFS 2010:659, 4 kap, 6 §, 7 kap, 3 § p 3

Det finns olika samverkansforum inom och mellan divisionerna i syfte att stärka patientsäkerheten i vårdkedjan.

De i föl påbörjade utbildningar i munhälsa, som arrangeras av utvecklingsmotor i samverkan med apotekare, kommunens utvecklingsledare och tandhygienister från Folktandvården Gävleborg AB, har fortsatt under året.

Utbildning i hantering av informationsöverföringssystemet Meddix och rutin vid informationsöverföring har genomförts för berörda medarbetare n med kommuner, primärvård, sjukhus och privata vårdgivare. Processrådet har förändrats under året med ökat fokus på vårdkedjan istället för IT-stödet.

För att tydliggöra roller och ansvar har ett antal gemensamma rutiner, vårdprogram etc. tagits fram för de diagnosgrupper som får vårdinsatser av flera verksamheter.

Den gränsdragningsgrupp som nytillets under året har uppdraget att hantera samtliga frågeställningar som rör gemensamma områden och egenvårdsfrågor som finns mellan kommunerna, specialistvård och primärvård utifrån ett hälso- och sjukvårdsansvar.

Landstinget deltar i det nationella projektet "Säker bukkirurgi" där flera verksamheter medverkar.

Samverkan sker mellan vårdenheter i samband med händelseanalyser och riskanalyser.

Ett antal utbildningstillfällen har anordnats för berörda medarbetare inom landsting och kommuner om samordnad individuell plan (SIP).

Fortsatt arbete sker mellan landsting och kommuner utifrån den fastställda överenskommelsen kring personer med psykisk funktionsnedsättning. Bland annat har gemensamma utbildningsinsatser beträffande psykoser genomförts i Gästrikland.

Landstinget och kommunerna har träffat en överenskommelse i länet om gemensamma samverkansformer i olika grupperingar mellan huvudmän.

Cancerrådet Gävleborg verkar utifrån den nationella cancerstrategin. I cancerrådet samverkar flera verksamheter för att förbättra cancervården.

Kommunaliseringen av hemsjukvården har inneburit krav på ökad samverkan mellan huvudmännen för att underlätta exempelvis informationsöverföring av patienter.

Psynk, "Psykisk hälsa barn och unga" är ett projekt mellan kommuner och landstinget som utvecklas vidare i syfte att synkronisera insatser för barn och unga.

Division Diagnostik deltar i ett nationellt projekt gällande utveckling av digital patologi i syfte att öka patientsäkerheten.

7. Riskanalys

SOSFS 2011:9, 5 kap, 1 §

Internkontrollenheten är upprättare av befintlig rutin som finns i landstinget.

Vid planering av större förändringar genomförs riskanalyser. I vardagen sker i allt större utsträckning riskanalyser även vid mindre förändringar som direkt eller indirekt berör patientsäkerheten. Exempel på riskanalyser är

- start av akademiska hälsocentral
- omorganisation av asylsamtal och hälsoundersökningar
- ombyggnation av intensivvårdsavdelningen och uppvakningsavdelningen vid Hudiksvalls sjukhus
- ändrat patientflöde vid ögonsjukvårdens glaukom-mottagning.

Ett flertal utbildade riskanalysledare finns i landstinget och utbildningsinsatser av verktyg för riskanalys har genomförts under året.

8. Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporterings-skyldighet

SFS 2010:659, 6 kap, 4 §, och SOSFS 2011:9, 7 kap, 2 § p 5

Icke förväntade händelser/observationer som medfört eller skulle kunna medföra risk eller skada rapporteras i Platinas avvikelsemodul. För detta finns särskild landstingsgemensam rutin "Avvikelsehantering – LG". Avvikelsen utreds av ansvarig chef i dialog med berörd personal. Återkoppling sker till enskilda individer, på arbetsplatsträffar och ledningsgrupper.

Avvikelsesystemets kategorisering möjliggör sammanställning och analys för att upptäcka mönster och trender. Vid systemfel upprättas handlingsplan med åtgärder som följs upp.

När händelsen bedöms vara av allvarlig karaktär (risktal 8 eller mer) beslutar verksamhetschef att internutredning/händelseanalys ska utföras. I samråd med chefläkaren görs bedömning om händelsen ska Lex Maria-anmälas.

Fastställd rutin finns för Lex Maria-hanteringen. IT-stödet Nitha används alltid vid rapportskrivning av händelseanalyser.

9. Klagomål och synpunkter

SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §, 7 kap. 2 § p 6

Patient och/eller närstående kan lämna klagomål och synpunkter direkt till verksamheterna eller till patientnämnden.

Patientklagomål som kommer direkt till verksamheten registreras i Platinas avvikelsemodul. Ärendena hanteras som övriga avvikelser.

För de ärenden som verksamheterna får från patientnämnden ansvarar berörd chef för att utreda ärendet genom att inhämta information från berörd personal och journal. Återkoppling sker till patient och/eller närstående, på arbetsplatsträffar och ledningsgrupper.

Patientnämndens kansli har aktiva dialoger med verksamheterna. Patientnämnden redovisar varje månad en sammanställning av de ärenden som kommit till respektive verksamhet.

9.1. Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap, 6 §

Tabellen visar antal avvikelser, Lex Maria och enskildas klagomål

	2011	2012	2013
Totalt antal avvikelser under året inom landstinget	5 947	7 966	8 218
Varav avvikelser inom området vårdprocesser	4 373	5 500	5 839
Antal Lex Maria-anmälningar som utretts	39	44	34
Antal enskildas klagomål som inkommit	68	202	185

Den största andelen avvikelser finns inom huvudgruppen vårdprocesser (71 procent). De största andelarna återfinns i undergrupperna vård och behandling (40 procent), vårdadministration (19 procent) och samverkan (13 procent).

Även bland patientnämndsärendena är vård och behandling den största gruppen (57 procent) och därefter kommunikation (18 procent).

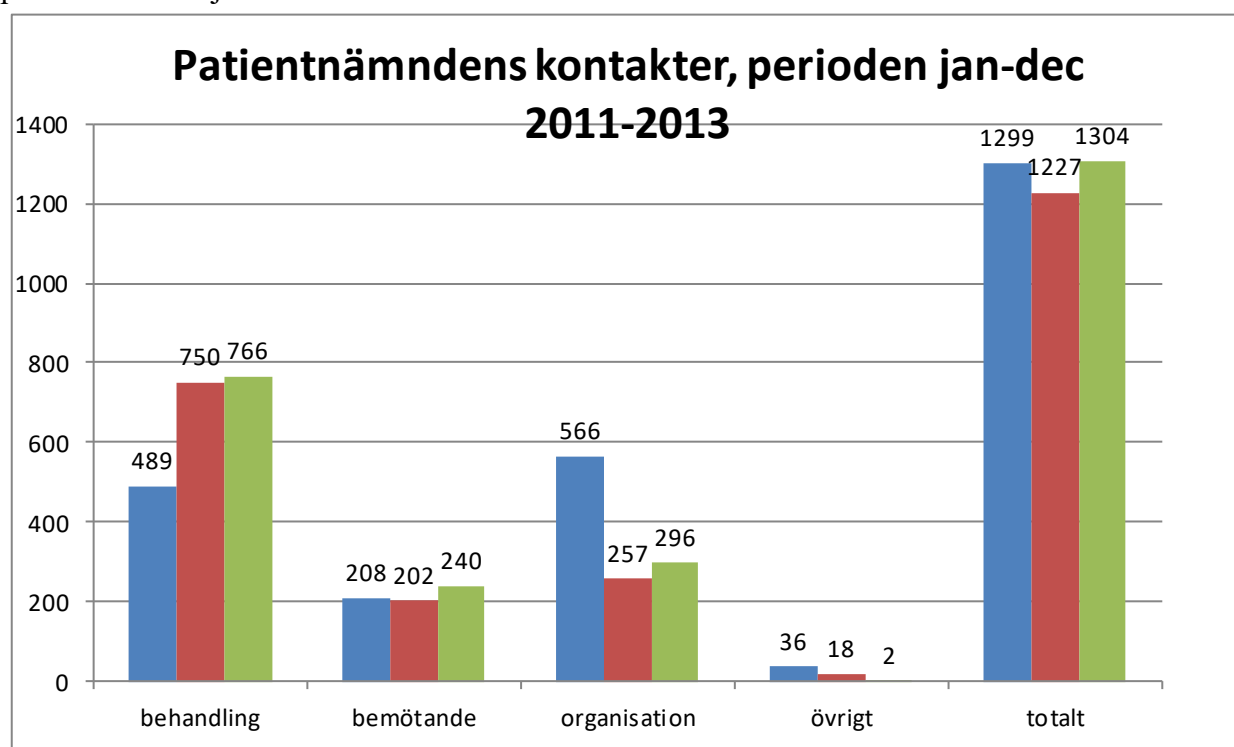
Det har skett en total ökning av antalet avvikelser de senaste åren. En anledning är att medarbetarna har uppmuntrats att rapportera avvikelser.

Minskningen av Lex Maria- anmälningar kan vara en tillfällighet.

Patientnämnden

Patientnämndens kansli har under året haft 1304 kontakter från patient/anhörig vilket är fler än föregående år. Av dessa kontakter rör 1058 stycken landstingets egen hälso- och sjukvård.

Figuren visar kontakter indelade i huvudgrupper samt totalt antal kontakter till patientnämnden jämfört 2011-2013



Blå stapel = 2011 **Röd stapel** = 2012 **Grön stapel** = 2013

Under 2013 har det varit en ökning av antalet ärenden med ca 6,3 procent jämfört med 2012. Patientnämndens kansli arbetar proaktivt med arbetsplatsbesök då en efterfrågan finns för detta från verksamheterna

Det har varit en marginell ökning av vård- och behandlingsärenden medan antalet bemötande- ärenden har ökat med drygt 18 procent under senaste året. Även antalet organisationsärenden har ökat med 15 procent. De flesta ärendena handlar om patienter i åldersspannet 50-69 år, och gäller något fler kvinnor än män.

Inom gruppen behandling finns ett antal klagomål rörande felaktig eller fördröjd diagnos. Det kan också noteras ett ökat antal av allvarliga händelser, som i vissa fall har lett till Lex Maria anmälningar. Många av behandlingsärendena innehåller ofta brister i bemötande och kommunikation, vilket i vissa fall har lett till att det blivit fel.

En tredubbling har skett av ärenden rörande journal- och sekretessfrågor.

Fler ärenden har blivit skrivelser, vilket kan vara ett tecken på att patienter/närstående vill tydliggöra det de ser som problem i vården. Antalet skrivelser har under 2013 ökat med 20 % jämfört med 2012. I allt för många yttranden från vården saknas fortfarande patientperspektivet och information om på vilket sätt vården tagit till sig patientens synpunkter samt vilka åtgärder som planeras vidtas.

Liksom föregående år kan många ärenden härledas till hyrläkare samt upplevelsen av att ingen tar ett helhetsansvar. Särskilda problem som också uppmärksammas är bristande tillgänglighet, kontinuitet samt avsaknad av eller bristande uppföljning av vårdplaner.

Syftet med den nya landstingsgemensamma rutinen är bland annat att tydliggöra hur vården ska utreda och ta till sig och använda patienter/närståendes synpunkter i sitt kvalitetsarbete

9.2. Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659, 3 kap, 4 §,

Patienter och närstående erbjuds att delta vid vårdplanering. Vårdplanering via videokonferens har börjat användas i större utsträckning.

Patient och närstående har möjlighet att lämna synpunkter i s.k. förslagglådor eller enkäter. Vissa verksamheter kontaktar patienten per telefon för att inhämta patientens upplevelse av vårdinsatsen.

Nationella och andra patientenkäter används för att samla patients upplevelser av vården och vidta åtgärder för att nå förbättring.

Som ett led i utskrivningsprocessen/sammanhållen vård kontaktar primärvården patienten och genomför ett samtal om hur det fungerar i hemmet efter sjukhusvistelsen. Det görs utifrån Sveriges kommuner och landstings (SKL) frågeformulär ”webb-kollen hemma” och svaren registreras i en nationell databas.

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

Patienter/närstående erbjuds att vara med och påverka vården genom frågeformulär knutna till de nationella kvalitetsregistren.

I samband med vissa verksamhetsförändringar anordnas befolkningsträffar. Vid vissa utvecklingsarbetet/projekt möjliggörs medverkan av brukarorganisationer. Vidare sker regelbundna möten med brukarorganisationer för att ge information och inhämta synpunkter. Inom vissa verksamhetsområden förekommer anhöriggrupper.

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

Patientbroschyren "Håll koll på din läkemedelslista" har tagits fram för att öka patientsäkerheten.

Min guide till säker vård används för att ge stöd för patient/närstående att bli mer delaktig i vården.

10. Resultat

SFS 2010:659, 3 kap, 10 §, p 3

10.1. Strukturmått

Kliniskt träningscentrum (KTC) arrangerar flera olika metodutbildningar inom kvalitets- och patientsäkerhetsområdet. Under 2013 har exempelvis nedan utbildningar genomförts:

Utbildningstyp	Antal personer	Kommentar
SBAR	1 120 deltagare	SBAR är ett kommunikations/samtalsverktyg
Urinvägskateter	472 deltagare	
Infarter	712 deltagare	Utbildning för att sätta in en platskateter i ett för dropp och läkemedel
Simuleringsövningar	337 deltagare	Exempelvis HLR* och titthålskirurgi. Möjlighet finns att spela in för att efterhand "se och lära"
HLR-utbildningar Instruktörsutbildning	579 deltagare	
Besök till förskolor, skolor, gymnasier och särskolor totalt 119 skolor	7 161 barn	Focus: stroke och HLR. Ambulanspersonal med bil har deltagit

*Hjärt- lungräddning

Nedan redovisas ett axplock av övriga utbildningar som landstinget arrangerat inom kvalitets- och patientsäkerhetsområdet.

Utbildningstyp	Antal personal	Kommentar
Händelseanalysledare	14 deltagare	
Nitha	20 deltagare	Nitha är det IT-stöd som rapporterna skrivs in i
Riskanalysledare	51 deltagare	
Interkontroll	Samtliga chefer och nyckelpersoner inom landstinget	
SIP (Samordnad individuell vårdplanering)	Ca 2000 deltagare	Kommuner och privata vårdgivare är inkluderade
Grundutbildning sjukdomsförebyggande metoder	2 345 deltagare	Primärvård och specialistvård
Fördjupade utbildningar till hygienombuden	60 deltagare	Tre tillfällen under oktober
Inom medicintekniska området	189 deltagare	
Strålskydd	250 deltagare	
Gävleborgs produktionssystem (GPS)	Samtliga chefer och nyckelpersoner	
GPS- Certifiering	Chefer	
Miljöutbildning	Varje nyanställd	Görs via webbprogram.
2c8	89 deltagare	En programvara för att synliggöra/skapa flöden för olika diagnosgrupper t.ex hjärtinfarkter, frakturer,
Platina Dokumenthantering Lokala administratörer	82 deltagare 13 deltagare	Landstingets IT-stöd för bl a dokumenthantering, avvikelshantering, diarieföring,
Infektionsverktyget	Läkare och personal inom berörda verksamheter	IT-stöd för att registrera orsak till ordination av antibiotika

Regelbundna mötesforum finns för nyckelpersoner ex hygienombud och kvalitetssamordnare.

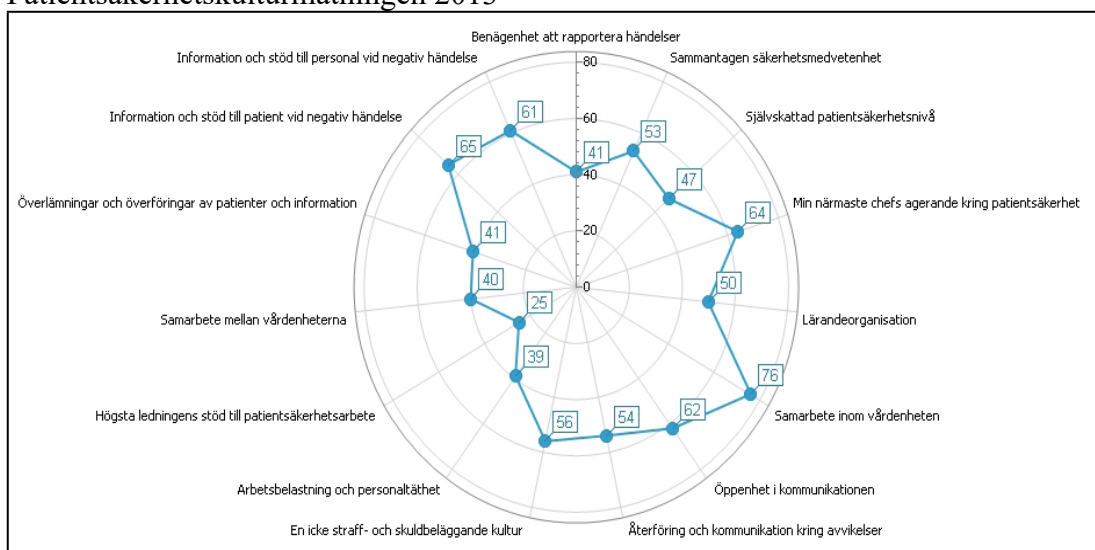
Ett antal nyckelfunktioner exempelvis kliniska apotekare och utvecklingsmotorer, finns som stöd för verksamheternas patientsäkerhetsarbete. Nyckelperson finns för markörbaserad journalgranskning.

Inom området kvalitetsregister har ett landstingsövergripande arbete påbörjats. Arbetet leds av en specialistläkare direkt underställd landstingsdirektören.

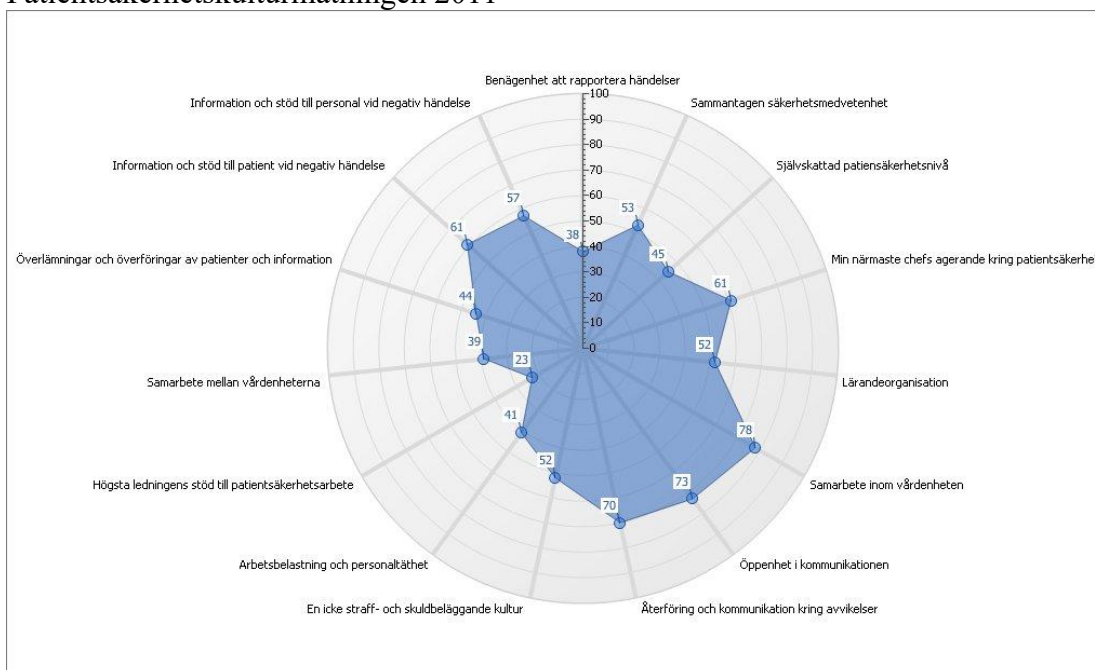
Stramagruppen arbetar för en rationellare användning av antibiotika samt har en effektiv resistensövervakning.

10.2. Processmått

Patientsäkerhetskulturmätningen 2013



Patientsäkerhetskulturmätningen 2011

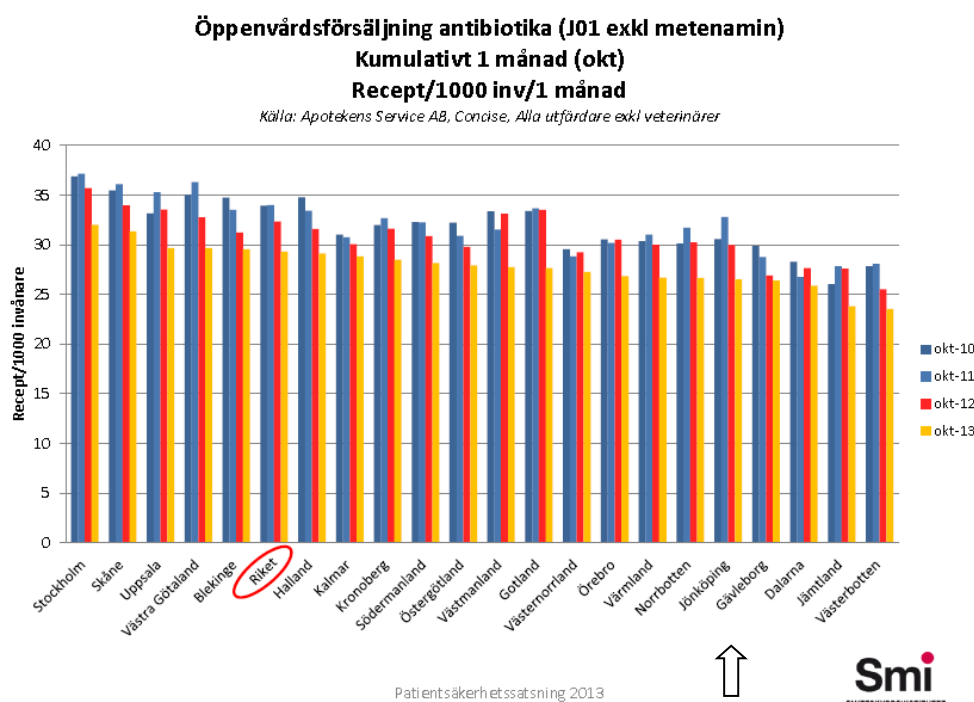


Kommentar

Landstinget genomförde under februari 2013 en mätning av patientsäkerhetskulturen, som omfattade samtlig personal inom hälso-och sjukvården (exklusive AT-läkare, städ- och transportpersonal). Totalt fick 4768 personer enkäten t och svarsfrekvensen uppgick 64,7 %. Sammanställningar av resultatet har tagits fram på samtliga nivåer, innefattande handlingsplaner utifrån resultaten. Respektive division har utifrån detta prioriterat 3-5 förbättringsområden. Aktiviteter knutna till dessa förbättringsområden kommer att följas upp.

Markörbaserad journalgranskning har genomförts utifrån de nationella kraven.

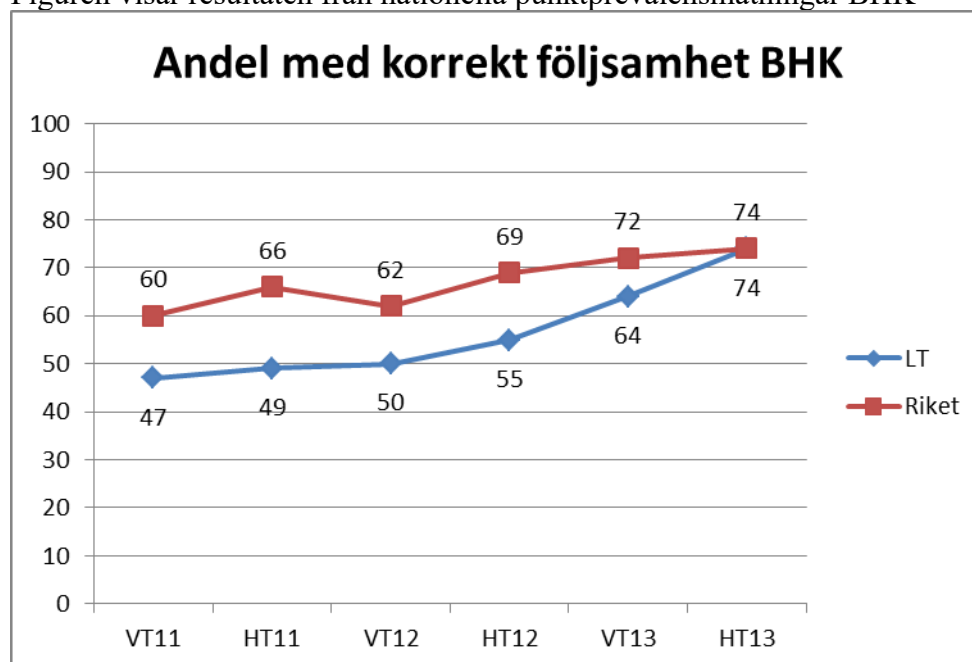
Figuren visar försäljning av antibiotika som förskrivs av primärvården



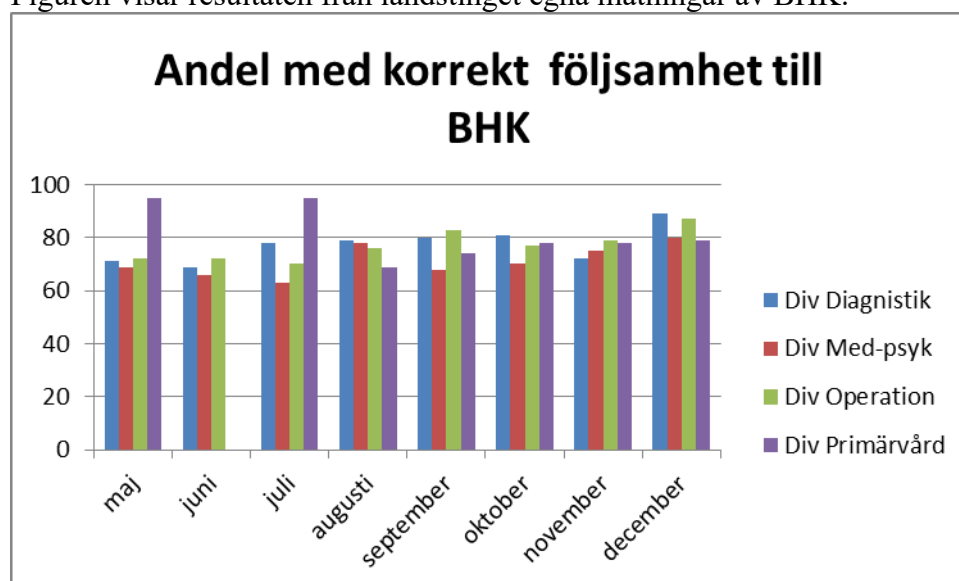
Kommentar:

Lokala Stramagruppen har informerat representanter för alla hälsocentraler om antibiotikaanvändning i samband med sammankomster där läkemedelskommittén introducerat rekommendationer för läkemedel 2013-2014 i Landstinget Gävleborg under våren 2013. Strama har besökt fem hälsocentraler med hög antibiotikaförskrivning för att diskutera infektionsdiagnostik och antibiotikaanvändning. Strama har informerat om resistensläget i länet.

Figuren visar resultaten från nationella punktprevalensmätningar BHK



Figuren visar resultaten från landstinget egna mätningar av BHK.



Kommentar

För att förbättra följsamheten till hygienrutiner och klädregler finns en fastställd landstingsövergripande åtgärdslista. Några exempel på genomförda åtgärder är att tillgång till arbetskläder finns dygnet runt, klädermodeller som inte följer landstingets klädpolicy är borttagna och desinfektionssprit finns tillgängligt i landstingets lokaler. Riktade informationskampanjer har genomförts till vårdpersonal och allmänhet om handhygienens betydelse. Broschyrer har tagits fram bl.a. om handhygien och MRSA.

Inom Division Medicin-Psykiatri bedrivs ett förbättringsprojekt för att identifiera smittrisker och förhindra smittspridning genom att påverka attityder och arbetssätt.

Tabell nedan visar täckningsgraden från Senior Alert, nationellt kvalitetsregister för äldres vård och omsorg beträffande trycksår, undernäring, ohälsa i mun och fall.

	2011	2012	2013
Division Medicin Psykiatri	93 %	59 %	56 %
Division Operation	91 %	43 %	73 %

Kommentar

Den kraftiga sänkningen av täckningsgrad 2012 kan i vissa delar förklaras av att Bollnäs sjukhus, som 2011 hade en av rikets högsta täckningsgrader, övergick den 1 april 2012 till Aleris. Under 2013 har en viss förbättring skett mycket på grund av att utvecklingsmotorerna arbetar aktivt med specialistvårdens enheter för att åstadkomma en ökning.

Inom Division Medicin-Psykiatri har de kliniska apotekarna inom läkemedelsenheten med hjälp av de medicinska sekreterarna genomfört journalgenomgångar för att uppskatta följsamheten till rutinen Läkemedelshantering. Resultatet visar att det finns förbättringar att göra när det gäller att ange källan (skriva in i journalen vem som uppger de läkemedel som patienten är ordinread), ge en kortfattad läkemedelsberättelse i journalen och ett sammanfattande meddelande vid utskrivning.

Inom Division Primärvård har 2 512 fördjupade läkemedelsgenomgångar genomförts.

Tabell nedan visar belägningsgraden vid landstingets sjukhus

Månad	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
Genomsnittligt antal disponibla vårdplatser per dygn	577	591	588	586	568	551	540	548	565	578	578	578
Genomsnittligt antal överbeläggningar/dygn	17	20	11	12	11	6	6	6	10	13	16	25
Genomsnittligt antal utlokaliserade patienter/dygn	4	4	3	3	2	5	2	3	3	1	4	7

Kommentar

Statistik avseende överbeläggningar och utlokaliseringar rapporteras dagligen till den nationella databasen och rutin för detta finns fastställd. Fokus har till stor del legat på att etablera mätningarna, men det finns dock alltjämt ett behov av att kvalitetssäkra följsamheten till rutinen. Det finns även en förväntad effekt av det arbete med "Förbättrad utskrivningsprocess/Sammanhållen vård" som breddinförts i landstinget.

Landstinget har under året genomfört en medarbetarenkät för tredje gången. Svartsfrekvensen var 85 procent. Svaren räknas om till index för varje område. Indexet får ett värde mellan 0 och 100.

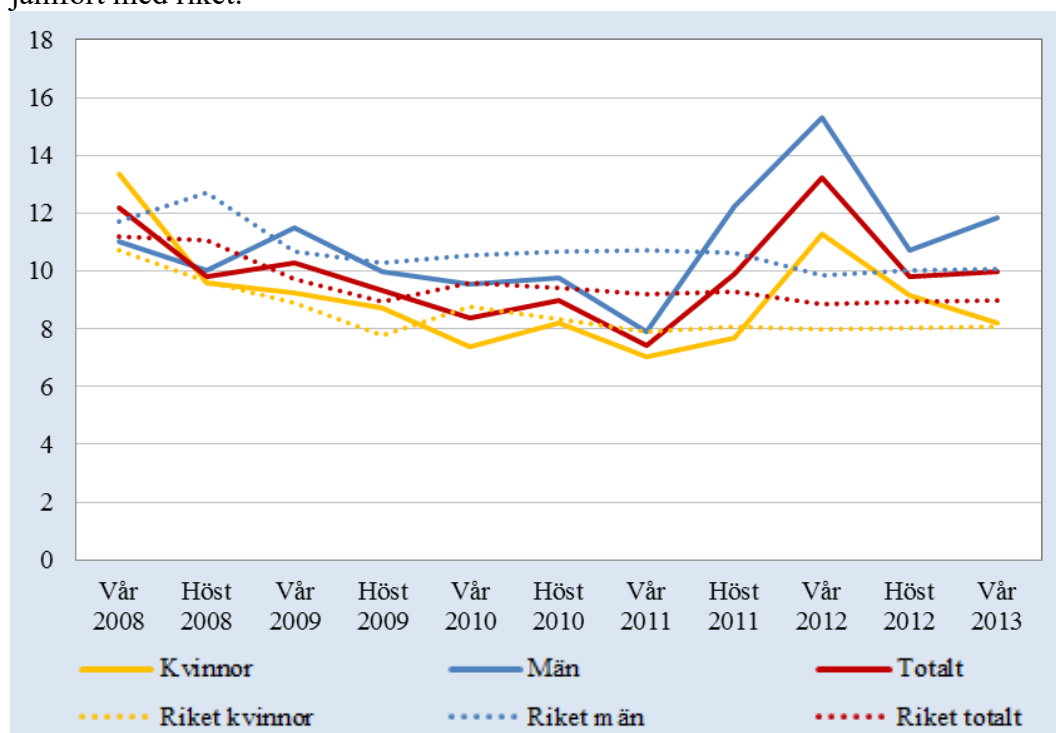
	2011	2012	2013
Motivation	72	74	73
Ledarskap	71	74	70
Styrning	70	72	73

Kommentar

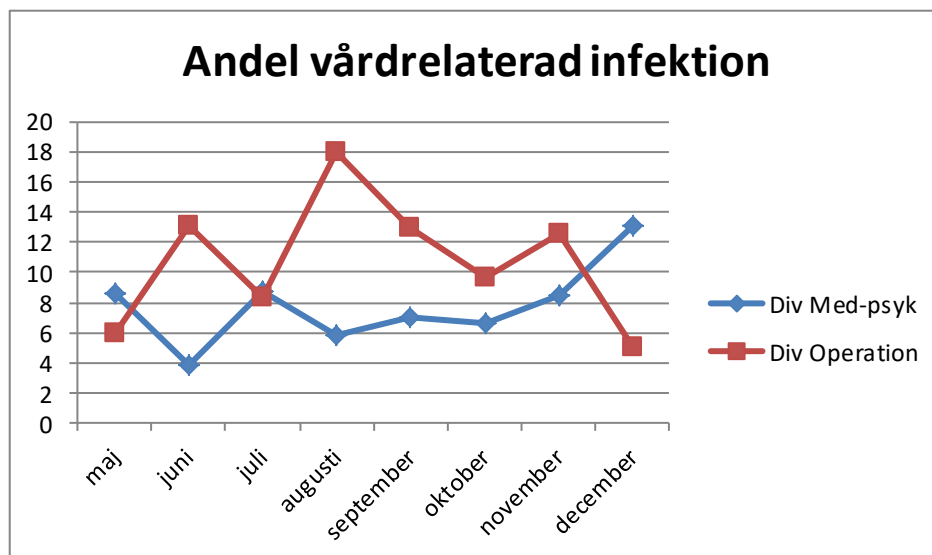
Landstinget har en mycket hög svarfrekvens på medarbetarenkäten (85 procent) vilket möjliggör att enkäten blir ett viktigt grund i det systematiska arbetsmiljöarbetet. Landstinget har arbetat med att skapa en tydlig struktur för det systematiska arbetsmiljöarbetet. Handlingsplaner tas fram och följs upp på olika organisatoriska nivåer för att ytterligare förbättra förutsättningar och arbetsmiljö och på ett tydligt sätt arbeta med eventuella arbetsmiljöproblem som har identifierats. Det finns ett starkt samband mellan patientsäkerhet och arbetsmiljö. Det är därför av stor betydelse att säkerställa bästa möjliga kvalitet och säkerhet för patienter och brukare men även för att skapa attraktiva arbetsplatser och leva upp till de lagkrav som finns på arbetsmiljöområdet.

10.3. Resultatmätt

Figuren är hämtad från Öppna jämförelser och visar landstingets resultat över åren 2008 - 2013 från nationella punktprevalensmätningar VRI fördelat på kön och jämfört med riket.



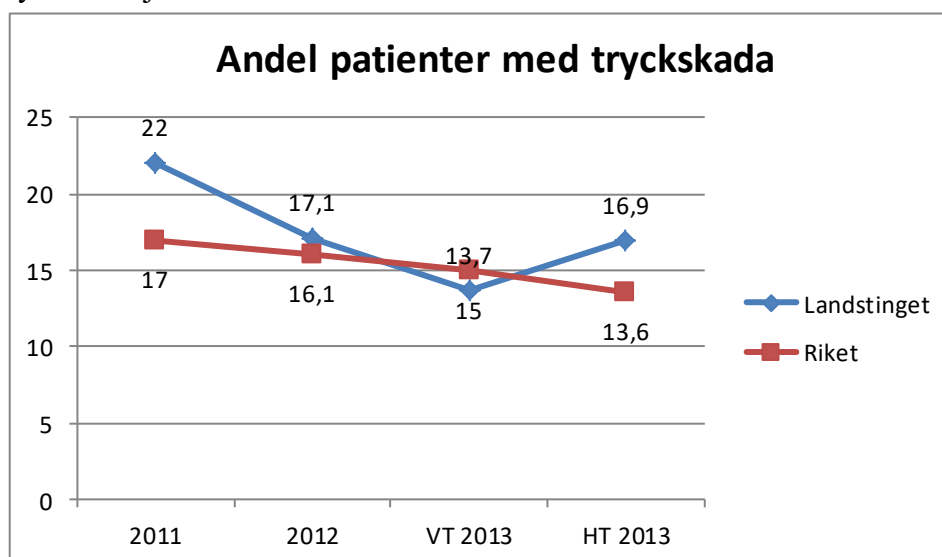
Figuren visar resultaten från landstingets egna månadsmätningar av VRI



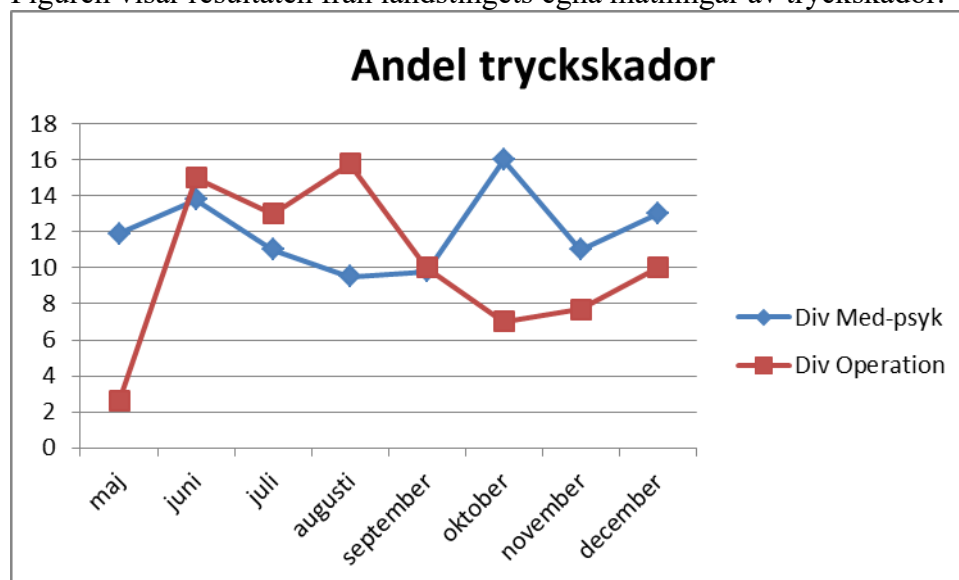
Kommentar

Vårdrelaterade infektioner är ett svårt och komplext område. När de nationella mätningarna påbörjades omkring år 2007 uttalades en långsiktig målsättning att halvera frekvensen. Detta har inte uppfyllts utan flertalet landsting har stagnerat i spannet mellan 8-10 procent, med undantag för enskilda mätningar med resultat både högre och lägre än genomsnittet. Vidtagna åtgärder förefaller inte ha gett tillräcklig effekt vare sig i Landstinget Gävleborg eller i andra landsting. Regelbundna avstämningar och resultatavstämningar samt förbättrade vårdhygieniska insatser, exempelvis avseende städning har under året införts liksom månatliga mätningar inom ramen för den interna målrelaterade.

Figuren visar landstingets resultat från nationella punktprevalensmätningar tryckskada jämfört med riket.



Figuren visar resultaten från landstingets egna mätningar av tryckskador.



Kommentar

I samverkan med berörda verksamhetsområden och Kliniskt Träningscentrum pågår ett arbete i syfte att minska andelen tryckskador genom att vidareutveckla ett evidensbaserat arbetssätt hos vårdpersonalen. Landstinget Gävleborg arbetar också med kvalitetsregistret ”Senior Alert” där äldre patienters eventuella risker, som t ex risk för tryckskador identifieras och registreras

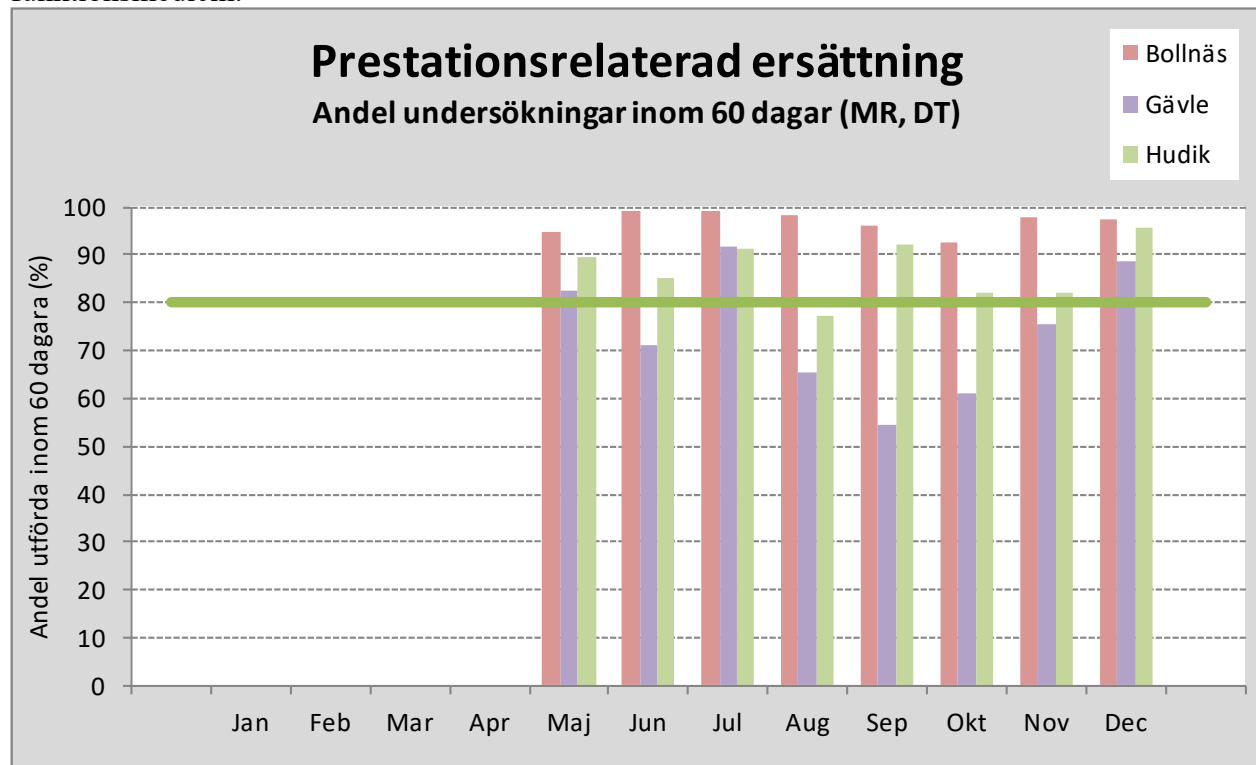
Vid mätningen hösten 2013 noterades i Landstinget Gävleborg en trycksårshänsyn om 17 procent vilket var något högre än tidigare. Vid de interna månatliga mätningarna har vi noterat en något lägre nivå.

Bollnäs sjukhus har i de bägge nationella trycksårsmätningarna under 2013 en prevalens om drygt 30 procent vilket försämrar landstingets totala resultat. Aleris har dock reagerat på resultatet och deltar nu i landstingets samlade trycksårshänsynarbete.

Trycksår är ett samlingsbegrepp på olika grader av tryckskador där egentligen bara de allvarligare, av grad 3 och 4, utgörs av sår. Mätningarna omfattar dock även grad 1 och 2 och det som setts över tid är att det skett en förskjutning i våra mätningar mot lindriga tryckskador. Därutöver kan trycksår av grad 1, alltså huvudsakligen hudrodnad, i vissa fall vara överdiagnostiserat vilket egentligen enbart är att se som positivt eftersom förebyggande insatser då når ännu icke debiterade tryckskador.

Således ses ingen anledning att ändra inriktningen på det trycksårshänsynarbete som redan bedrivs.

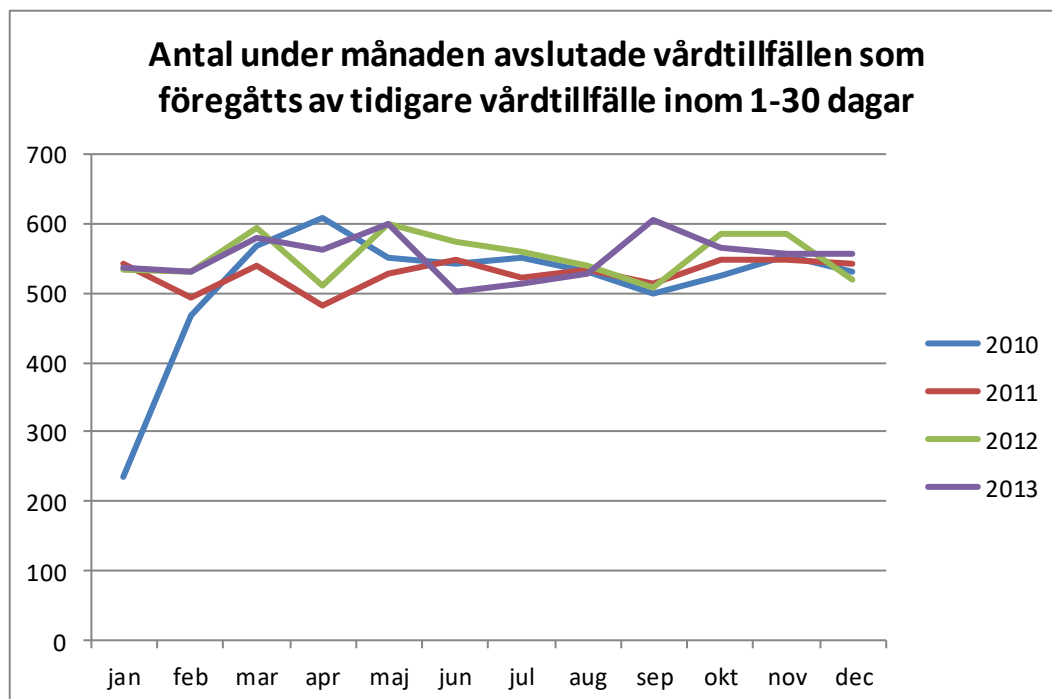
Figuren visar landstingets egna mätningar av ledtider inom bild och funktionsmedicin.



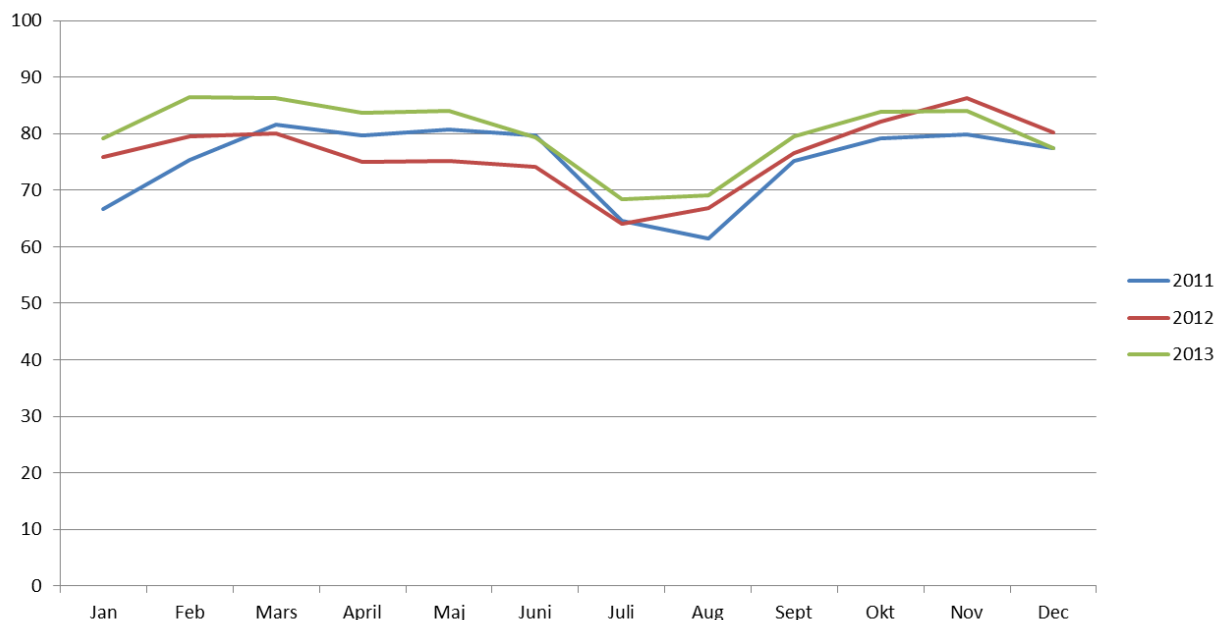
Kommentar

Röntgen Hudiksvall och Bollnäs har under året uppnått målet väl. I Gävle är utfallet lägre på grund av att verksamheten har fokuserat på att arbeta bort tidigare kösituation.

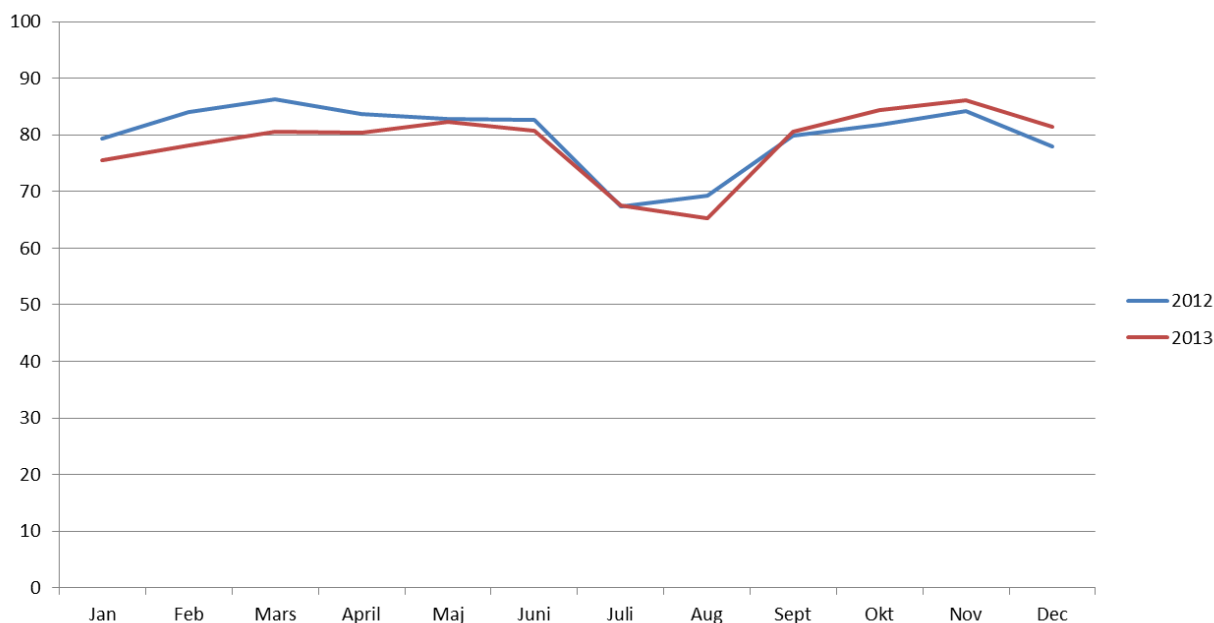
Figuren visar antal vårdtillfällen som avslutats men som föregåtts av tidigare vårdtillfällen inom 1-30 dagar



Figuren visar andelen patienter som väntat mindre än 60 dagar på första besöket



Figuren visar andelen patienter som väntat mindre än 60 dagar på operation/behandling



Öppna Jämförelser

Rapport	Grön	Gul	Röd	Summa
2010	22	40	38	100
2011	28	30	42	100
2012	30	31	39	100
2013	23	46	31	100

Kommentar

Kategoriseringen inom öppna jämförelser är enbart ett relationsmått mellan landstingen. Det säger egentligen ingenting om landstingets resultat eller signifikanta skillnader. Samhällsmedicin Gävleborg har genomfört en djupare analys av de interna resultaten, i syfte att identifiera områden med reellt förbättringsbehov. Utifrån detta sker relevanta förbättringsåtgärder i linjeorganisationen.

11. Summering av måluppfyllelse

Landstingets fastställda mål är av nollvisionskaraktär, vilket innebär att en fullständig måluppfyllelse är ett långsiktigt arbete. Fokus ligger på ständiga förbättringar, vilket också avspeglas i våra resultat. Det finns därför ingen anledning att ändra inriktning på patientsäkerhetsarbetet över tid.

12. Övergripande mål och strategier för kommande år

De mål och strategier, som finns fastställda gäller 2012-2015, innebär att dessa ligger fast även kommande år. Landstinget kommer dock att intensifiera arbetet med att kontinuerligt följa resultat och vidtagna åtgärder inom området. Med anledning av kommande regionalisering som träder i kraft 2015 kommer ett arbete att påbörjas gällande hur mål och strategier skall formuleras och implementeras utifrån ett regionalt utvecklingsperspektiv.