Kvalitets-och patientssäkerhetsberättelse 2020, Hälso-och sjukvårdsförvaltningen Region Gävleborg

Innehåll

1. Förord 2
2. Sammanfattning och analys 3
3. Övergripande mål och strategier 4
4. Organisatoriskt ansvar för patientsäkerheten 5
4.1. Stödfunktioner för patientsäkerhetsarbetet 6
5. Struktur för uppföljning, utvärdering och egenkontroll 8
6. Så arbetar vi med patientsäkerhet 10
6.1. Trycksår 11
6.2. Basala hygienrutiner och klädregler 12
6.3. Vårdrelaterade infektioner 12
6.4. Läkemedel och klinisk farmaci 13
6.4.1. Läkemedelsgenomgångar 13
6.4.2. Antibiotikaförskrivning 14
6.5. Överbeläggningar och utlokaliseringar 15
6.6. Patientsäkerhetskultur 15
6.7. Utbildning och kompetens 16
7. Samverkan för att förebygga vårdskador 17
8. Samverkan med patienter och närstående inom vårdskadeområdet 19
9. Kvalitetsutveckling 20
10. Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet 20
11. Vårdgivarens utrednings- och anmälningsskyldighet 20
11.1. Lex Maria 20
11.2. Anmälan av legitimerad personal 21
11.3. Inspektionen för vård och omsorg 21
12. Hantering av klagomål och synpunkter 21
12.1. Synpunkter från patient/närstående 22
13. Patientnämnden 22
14. Patientenkäter-patientupplevd vårdkvalitet 23
15. Riskanalys 24
16. Informationssäkerhet 25
16.1. Dataskydd 26
16.1.1. Incidenter 26
16.2. Lagen om informationssäkerhet i samhällsviktiga och digitala tjänster (NIS-direktivet) 26
16.2.1. Incidenter 26
16.3. Utbildning Operativ Informationssäkerhet 27
16.4. Översyn av loggkontrollsrutin 27
17. Tillgänglighet 27
18. Kunskapsstyrning 30

19. Standardiserade vårdförlopp 31
20. Kvalitetsregister 31
21. Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete 31
22. Övergripande mål och strategier för kommande år 2021 32

1. Förord

Region Gävleborgs kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse beskriver hur vi arbetat med kvalitet och patientsäkerhet under 2020.
Under året har hälso- och sjukvården fått göra stora omprioriteringar i ordinarie verksamhet för att kunna bedriva god och säker vård för patienter med covid-19 sjukdom. Utmaningarna med att bedriva patientsäker vård med god kvalitet har varit mycket stora och ytterligare förtydligat vikten av ett systematiskt patientsäkerhetsarbete.

Hälso och sjukvårdens verksamhetsområden har fått prioritera ner framtagandet av Kvalitet- och patientsäkerhetsberättelser på grund av pandemiarbetet. Det innebär att regionens kvalitet och patientsäkerhetsberättelse inte kan referera på samma sätt som tidigare år till specifikt arbete som bedrivs inom olika verksamhetsområden.

Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024 definierar fyra grundläggande förutsättningarna för patientsäker vård:

- En engagerad ledning och tydlig styrning
- En god säkerhetskultur
- Adekvat kunskap och kompetens
- Patienten som medskapare i sin vård

I årets kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse kan du bl. a läsa om:

- Hur vi arbetar ur ett organisatoriskt perspektiv med kvalité och patientsäkerhet
- Hur vi identifierar och hanterar vårdskador och följer upp patientsäkerhetsarbetet i organisationen
- Redovisning av resultat på regional nivå
- Hur våra medarbetare och patienter bidragit till ökad patientsäkerhet genom avvikelser och synpunkter på vården
- Hur vi vill arbeta vidare kommande år utifrån intentionerna i Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024

För enheten Patientsäkerhet och vårdkvalité

Leif Molinder, chefläkare

För Hälso-/sjukvård Region Gävleborg

Johan Kaarme, Hälso-/sjukvårdsdirektör

2. Sammanfattning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6§

Kvalitets- och patientsäkerhetsarbete bedrivs på såväl övergripande nivå som på verksamhetsnivå. Under 2020 har detta arbete fortsatt och anpassats till den pågående pandemin som präglat arbetet inom hälso och sjukvården under största delen av året.

Högsta ledningens engagemang, via bl. a patientsäkerhetsronder/dialoger, utförd mätning av Hållbart säkerhetsengagemang och presentationer på HSLplus skapar en dialog och förutsättningar för fokusering på kvalitets- och patientsäkerhetsfrågor.
Under året har de flesta patientsäkerhetsronder/dialoger i traditionellt utförande ställts in. Däremot har ronder med närvaro av högsta ledningen genomförts på covid-19 enheterna på länets tre sjukhus. Högsta ledningen har under stora delar av året styrt och kommunicerat via Särskild sjukvårdsledning och varit synliga via dagliga informationsutskick och återkommande inslag på intranätet.

Patientsäkerhetsarbetet grundar sig på Hälso- och sjukvårdsförvaltningens nollvision för vårdskador, vilket innebär en strävan efter att minska andelen undvikbara skador. Fokusområden för vårdskador är vårdrelaterade infektioner (VRI), trycksår och läkemedelsrelaterade skador.

Utvecklingen avseende förekomst av trycksår visar på försämrat resultat vid PPM-mätning jämfört med 2019 då andelen patienter med trycksår har ökat.
Sett för hela året är att antalet genomförda månatliga PPM mätningar minskade relaterat till omställning av vården och hög arbetsbelastning. Nätverksmöten och utbildningsinsatser har i flera fall ställts in på grund av pandemin.
I den nationella trycksårsmätningen i mars 2020 var regionens resultat kategori 1-6 drygt 10 % jämfört med riket som var 11,3 %.

Resultaten gällande förekomst av VRI har förbättrats under året. Fokus på utbildning i och implementering av rutin för basala hygien och klädregler under pandemin har troligen bidragit tillsammans med redan etablerat systematiskt arbete till lägre tal.
De månatliga PPM-mätningarna har genomförts i hög grad trots pandemin.

Arbetet med att förbättra användandet av enkla och fördjupande läkemedelsgenomgångar har nedprioriterats under året till förmån för stödjande insatser vad gäller läkemedelsförsörjning och distribution med anledning av pandemin. Trots det visar resultatet på förbättringar jämfört med 2019.

Efterlevnad till hygien och klädregler varierar mellan enheter. Totalt sett har inte målnivån på 90 % följsamhet uppnåtts. Stora insatser vad gäller implementering av rutinen och utbildning har gjorts för att minimera smittspridningen av Covid-19.

En god patientsäkerhetskultur är grundläggande för ett väl fungerande patientsäkerhetsarbete. Under året har pandemin prövat organisationens förmåga till anpassning till nya utmanande arbetssätt som kräver samverkan, gemensam målbild,

stöttande arbetsklimat och strukturerade arbetssätt. Den pågående utredningen av pandemins påverkan på vårdkvalitet och patientsäkerhet visar att vårdens medarbetare och ledning visat prov på stor lojalitet och kompetenta insatser i samverkan.

Utbildningsinsatser under året har haft stort fokus på att lära ut kunskaper som krävs för att minska smittspridning och vårda patienter med covid-19 sjukdom. Introduktion av nya medarbetare och medarbetare på nya positioner har även det varit prioriterat.

Arbetsmiljö och patientsäkerhet går hand i hand. I slutet av 2020 genomfördes för andra gången en medarbetarenkät med frågor om både arbetsmiljö och säkerhetsengagemang. Resultatet visar att hållbart säkerhetsengagemang har förbättrats sedan förra mätningen.

3. Övergripande mål och strategier

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

Regionfullmäktige har fastställt Politisk inriktning för Region Gävleborg under innevarande mandatperiod. Den politiska inriktningen anger övergripande mål och riktlinjer för verksamheten och ligger till grund för budget- och planeringsförutsättningar för åren 2020-2022. Där fastställs att hälso- och sjukvården i Gävleborg ska bidra till god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen, samt att det ska finnas en tillgänglig sjukvård av högsta kvalitet. Politiken beskriver vidare att stärkt kontinuitet och helhetsansvar kring den enskilde patienten är ett av hälso- och sjukvårdens viktigaste förbättringsarbete, varför fortsatt arbete med fast vårdkontakt är särskilt viktigt. Man beskriver också att arbete för att minska vårdskador och få till ett effektivt omhändertagande vid psykisk ohälsa och missbruksproblematik är ytterligare områden hälso- och sjukvårdens behöver arbete med. Även förlossningsvården och vården som rör kvinnors hälsa är prioriterad.

Hälso och sjukvårdsförvaltningens verksamhetsplan för 2020 har utarbetats för att stödja den politiska inriktningen. I den står om viktiga verktyg för att samordna vård- och omsorgsinsatser för våra patienter som patientkontrakt (överenskommelse mellan vården och patienten), fast vårdkontakt och samordnat individuell plan

Patientsäkerheten har hög prioritet genom förebyggande åtgärder och analyser av avvikelser. Vidare anges att vården och omhändertagande ska anpassas till patientens behov och förutsättningar där patienten ska vara en aktiv part. Vården och det strategiska patientsäkerhetsarbetet inriktas mot att alla verksamheter och nivåer i organisationen genomsyras av en stark patientsäkerhetskultur, vilket är en grundläggande nödvändighet för att ska skapa en så säker och god vård som möjligt.

4. Organisatoriskt ansvar för patientsäkerheten

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

Ansvaret för patientsäkerhetsarbetet fördelar sig på flera nivåer i hela organisationen.

Regionstyrelsen Vårdgivaren, det vill säga regionstyrelsen, är ytterst ansvarig för patient-säkerheten och har skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete inom regionen.

Hälso- och sjukvårdsnämnd (HSN) har ett delegerat ansvar som vårdgivare i enlighet med nämndens reglemente. Planerar, leder och kontrollerar att patientsäkerhetsarbetet bedrivs enligt fastställda lagar, direktiv och styrdokument så kravet på god vård tillgodoses. Fastställer den årliga patientsäkerhetsberättelsen

Hälso- och sjukvårdsdirektör (HSD) är funktionsansvarig för patientsäkerhetsarbetet inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen**.** Fastställare av den årliga patientsäkerhetsberättelsen 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, intern produktion. Ansvarar för att säkerställa att fastställda rutiner och aktiviteter förs ut i organisationen och har det operativa ansvaret för implementering och uppföljning inom förvaltningen.

Verksamhetschef (VC) Ansvarar för att diagnostik, behandling och omvårdnad bedrivs på ett säkert sätt. Följer upp verksamhetens avvikelser, förbättringsarbete, analyserar resultat och förbättringsåtgärder samt utvärderar dess effekter. Ansvarar för att genomföra och följa upp beslutade mål och strategierna i patientsäkerhetsarbetet. Ansvarar för att patient/närstående får information och erbjuds delaktighet i verksamhetens patientsäkerhetsarbete och att det finns rutiner för hur patienter, anhöriga och personal tas om hand och får stöd vid allvarlig händelse. Rapporterar, utreder och samarbetar med chefläkare vid risk för eller inträffad vårdskada.

Vårdenhetschef (VEC) Ansvarar för tillämpning av fastställda styrdokument. Följer upp resultat av insatta åtgärder efter förbättringsarbete och analysarbete samt att resultaten återkopplas till personalen. Ansvarar för att tid avsätts för förbättringsarbeten, riskanalys och händelseanalys samt att rutiner för hur patienter, anhöriga och involverad personal tas om hand och får stöd vid allvarlig händelse är kända.

Medarbetare arbetar utifrån regionens regelverk och tillämpar fastställda styrdokument. Medverkar i utrednings- och utvecklingsarbetet av patientsäkerhetsområdet samt i förbättringsarbetet genom att rapportera observerade risker och registrerar avvikelser i avvikelsehanteringssystemet.

Pandemins påverkan
Hälso och sjukvården har under året tvingats eskalera ledning och styrning i enlighet med Länsplan för katastrofmedicinsk beredskap 2018-2022 - Region Gävleborg, för att säkra vården och skapa resurser för att möta de specifika behov som pandemin har krävt.

Den 27 februari 2020 infördes stabsläge[1] med regional särskild sjukvårdsledning
Den 27 mars infördes förstärkningsläge[2] vilket innebar en förstärkning av vissa funktioner som till exempel vårdplatskoordinatorer på länets sjukhus.
Förstärkningsläget återgick i stabsläge 25 maj. Stabsläget övergick till linjestyrning den 23 augusti.
I och med den ”andra vågen” av pandemin infördes stabsläge återigen den 12 november som eskalerades till förstärkningsläge den 7 december.
Förstärkningsläget kvarstår in i det nya året.

4.1. Stödfunktioner för patientsäkerhetsarbetet

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 bestående av:
Centrum för klinisk utbildning,
Kliniskt träningscentrum,
Ledningsstöd Hälso och sjukvård,
Läkemedelsenhet,
Utvecklingsenhet och Vårdhygien
Medicinsk teknik.

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

[1] Stabsläge innebär att en särskild sjukvårdsledning håller sig underrättad om läget, vidtar nödvändiga åtgärder och följer händelseutvecklingen

[2] Förstärkningsläge innebär att den särskilda sjukvårdsledningen vidtar åtgärder för förstärkning av vissa funktioner.

aktörer inom Hälsovalet, samt eventuella privata aktörer som bedriver vård på entreprenad, bedriver patientsäkerhetsarbete.

Delar av utvecklingsenheten med ansvar för **Patientsäkerhet och Vårdkvalitet** - chefläkare, chefsjuksköterska, patientsäkerhets- och anmälningssamordnare, samordnare för kliniska övergripande rutiner. Har till uppgift att stödja ett organiserat, kunskapsbaserat och patientfokuserat patientsäkerhetsarbete till Hälso och sjukvårdens ledningsgrupp och samtliga verksamhetsområden inom förvaltningen. 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 omvårdnadsfrågor inom regionen.

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

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. Verksamheten regleras i smittskyddslagen. Smittskyddsenheten följer smittskyddsläget i länet och kontaktar läkare, verksamhetschefer och Hälso- och sjukvårdsdirektör i ärenden som rör anmälningspliktiga sjukdomar. Smittskyddsenheten har även kontakt med allmänhet och övriga myndigheter i länet beträffande smittskyddsfrågor. Smittskyddsläkaren ansvarar för epidemi- och pandemiplanering i regionen.
Lokala Stramagruppen strategigrupp som verkar för en rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens Strama är regionens enhet med kunskap för rationell antibiotikaanvändning. Strama samverkar med aktörer som förskriver antibiotika.
De analyserar antibiotikaförskrivningarna månatligt och informerar ledning och berörda verksamheter om förskrivningsmönster och riktlinjer. Strama stöttar också verksamheternas kvalitetsarbete vad gäller diagnostik och behandling av infektioner. Strama Gävleborg har utvecklat en Strama app som är unik i Sverige då den förutom rekommendation av antibiotikaanvändning till människa även ger rekommendationer om antibiotikaanvändning till djurslag.

Medicinsk teknik Medicinsk Teknik leder ”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 enligt standard HB 370. Medicinsk Teknik medverkar i verksamheternas teknikronder vid respektive enhet som har medicinteknisk utrustning/-system. Medicinsk Teknik förvaltar även de underhållsavtal som sluts

med externa leverantörer. Tillsammans med inköp och chefer i verksamheterna svarar Medicinsk Teknik för att avtalens utformning säkerställer tillgänglighet och kvalitet på medicintekniska utrustningar som överensstämmer med verksamheternas behov.

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

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 vissa övergripande analyser, ger förslag till förbättringsområden samt samordnar Regionens medverkan i den Nationell Patientenkäten.

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

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 ska verka 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. Avdelningen medverka till att förbättra människors hälsa genom samverkan med andra aktörer.

5. Struktur för uppföljning, utvärdering och egenkontroll

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

Den politiska ledningen, Hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN), följer upp patientsäkerhetsarbetet i samband med årsbokslutet samt vissa parametrar vid nämndssammanträden.

Uppföljning av uppsatta indikatorer och mål sker i Hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp (HSL), som är högsta tjänstemannaledning för hälso-och sjukvård.

I HSL plus där Hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp, verksamhetschefer, chefläkare och chefsjuksköterska ingår sker uppföljning av patientfall, indikatorer, utveckling av det systematiska patientsäkerhetsarbetet och avvikelser samt information om förbättringsarbeten som berör flera verksamhetsområden.

Resultat och mål av enheternas patientsäkerhets- och kvalitetsarbete följs upp månadsvis av verksamheternas ledningsgrupper, mellan biträdande hälso- och sjukvårdsdirektör och verksamhetschef. Verksamheter som är ackrediterade/certifierade genomför regelbundet ”Ledningens genomgång”.

Samtliga verksamhetsområden skriver varje år en kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse. Flertalet verksamheter gör uppföljning av det dagliga vårdarbetet med hjälp av styrtavlor/resultattavlor där bland annat kvalitetsindikatorer från beslutsstödsystemet ”Cyklop” redovisas.

Inom primärvård i länet används i mer eller mindre hög omfattning det Medicinska rapportverktyget MedRave 4 som samlar medicinska data ur patientjournaler för hel population eller på individnivå. MedRave4 omvandlar data till överskådliga rapporter och beslutsunderlag för kvalitetsuppföljning.

Område	**Omfattning**	**Källa**
Vårdrelaterade infektioner som behandlas med antibiotika	Rapporteras fortlöpande	Nationella IT-stödet Infektionsverktyget
Vårdrelaterade infektioner	Granskning av alla inskrivna patienter en specifik dag/mån	Regionens databas Plexus. Nationell databas PPM 1g/år
Hygienrutiner och klädregler	10 observationer/ enhet genomförs varje månad, Webbutbildning BHK	Cyklop, Nationell databas PPM 1g/år, Kompetensportalen
Trycksår	Granskning av alla inskrivna patienter en specifik dag/mån	Cyklop + Plexus Nationell databas PPM 1g/år
Medicinska vårdinsatser	Rapporteras fortlöpande	Nationella kvalitetsregister
Jämförelser av vård-verksamheter andra landsting/regioner,	Årlig rapportering för deltagande enheter	Öppna jämförelser, Vården i Siffror
Antibiotikaförskrivning	Månadsvis uppföljning samt halvårsvis	Concise (E-hälsomyndigheten), Strama, Cyklop, infektionsverktyget
Läkemedel	Årlig egenkontroll av läkemedelshantering enligt checklista vid varje vårdenhet. Enkla läkemedelsgenomgångar	Regionens gemensamma databas Uppföljning Stratsys av Enkla läkemedelsgenomgångar
Förskrivning av beroendeframkallande läkemedel	Mäts och återförs var 3:e månad.	Statistik på förskrivning via Läkemedels-kommittén
Slumpmässig markörbaserad journalgranskning	15 journaler granskas/månad inom slutenvård	Journalsystemet Melior
Patientnöjdhet och Kundnöjdhet	Nationella mätningar och/eller egna mätningar, ex. efterfrågar beställares synpunkter	Nationella patientenkäter och/ eller egna enkäter samt ”tyck och tryck”
Medarbetarnöjdhet	Samtliga medarbetare besvarar enkät en gång/år	Medarbetarenkäten inkl. HME
Säkerhetengagemang	Till personal med direkt eller indirekt vårdkontakt	Hållbart Säkerhetengagemang (HSE)
Område	**Omfattning**	**Källa**

Ackrediterade/certifierade verksamheter	Interna och externa revisioner	Relevanta ackrediterings-/ certifieringsorgan
Blodprodukter, strålskydd, brand, arbetsmiljö, miljö, teknik m.fl.	Säkerhetsronder genomförs systematisk enligt plan	Protokoll, nationell riskdatabas ”Reidar”
Överbeläggningar och utlokaliserade patienter	Beläggningsgrad följs dagligen	Landstingets gemensamma databas (BOV) samt nationell databas
Ledtider diktat patientjournal	Mätning av antal dagar från diktering av läkaren till dokumentation i journal	Dikteringssystemet Medspeech
Användning av SBAR	Genomförts på vissa vårdenheter	Patientsäkerhetsronder
Händelseanalyser och internutredningar	När allvarlig händelse inträffat	Händelseanalys, enligt nationell metod, Nitha databas

Kommentar: Utöver tabellen används Cyklop och Stratsys för mer övergripande uppföljning av t ex avvikelser, kvalitet, tillgänglighet, produktion och läkemedel både genom färdiga rapporter och kvalificerade analyser. Även ett flertal andra egna kontroller, exempelvis verksamhetsspecifika. Analys, återkoppling av resultat sker på olika sätt beroende på område och verksamhet.

6. Så arbetar vi med patientsäkerhet

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2 och SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

I förvaltningens arbete med vårdkvalitet och patientsäkerhet utförs många olika aktiviteter och förbättringsarbeten på olika nivåer i organisationen och i alla delar av verksamheten. Förekomst av vårdskador inom somatisk slutenvård följs upp med metoden markörbaserad journalgranskning och månatliga punktprevalensmätningar avseende VRI, trycksår och BHK. Uppföljning sker fortlöpande på region och verksamhetsnivå. Identifierade förbättringsområden utifrån årets resultat från kvalitetsuppföljningar är vårdrelaterade infektioner (VRI), läkemedelsrelaterade skador och trycksårsprevention. Den vanligast förekommande vårdskadan inom regionen och nationellt är VRI.

Pandemins påverkan: Under stor del av 2020 har hälso och sjukvårdens insatser till stor del lagts på provtagning, smittspårning, diagnos, behandling och rehabilitering av patienter med misstänkt eller fastställd Covid-19 diagnos.

Stora ansträngningar har gjorts i verksamheterna för att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete trots den stora verksamhetsomställning samt det ökade vårdbehovet som funnits under året.

Chefer och medarbetare har med starkt patientsäkerhetsfokus och stor lojalitet anpassat arbetssätt efter helt nya förutsättningar som bl a inneburit för många, att arbeta i helt nya vårdverksamheter, ändrade arbetstider, iklädd omfattande skyddsutrustning med svårt sjuka patienter med en helt ny sjukdomsbild.

Smittskydd, vårdhygien, KTC (kliniskt träningscentrum), patientsäkerhetsenheten, chefssjuksköterska, chefläkare, läkemedelsenheten och kommunikationsenheten

har stöttat i prioriteringsarbetet genom dialog med chefer, tagit fram rutiner, behandlingsriktlinjer, utbildningar, informationsmaterial och lägga upp strukturer för information på Plexus.

Fastighetsavdelning, inköpsavdelning och avdelningen för logistik och service har säkerställt att patientsäkerheten kunnat bibehållas trots stora utmaningar vad gäller lokalers utformning, behov av inköp och kvalitetssäkring av skyddsutrustning, ändrade arbetssätt för lokalvården och stora behov av att vara tillgängliga för att hjälpa till vid akuta anpassningar i vårdarbetet.

Hälso och sjukvårdsdirektören har givit patientsäkerhetsenheten uppdrag att göra en utredning av kvalitet och patientsäkerhet under covidvårdens första våg. Övervägande om en komplettering av utredningen till att även innefatta andra vågen kommer att göras under 2021.

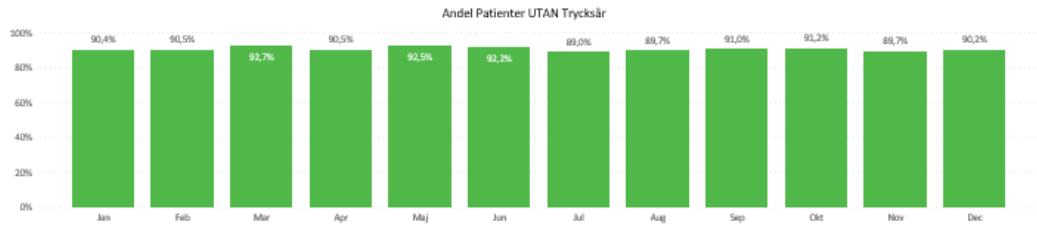
6.1. Trycksår

Trycksår är en vanlig vårdskada. Den leder till ett stort lidande för patienten och höga kostnader för hälso- och sjukvården. För att minska antalet patienter som drabbas av trycksår under sin sjukhusvistelse krävs att riskpatienter tidigt identifierats och att trycksårspreventiva åtgärder vidtas. Aktiviteter som skett under 2020 för att minska andelen patienter med trycksår; nätverksträff med dedikerad sjuksköterska/undersköterska, initierat förbättringsarbete på akutmottagning och ambulans. Syftet med aktiviteterna är att implementera riskbedömning och trycksårspreventiva åtgärder.

Resultat: Varje månad utförs punktprevalensmätning inom somatisk slutenvård. Resultatet för 2020 visar att andelen patienter med trycksår kategori 1-6 var 9,1 % (n=2293), jämfört med 2019 då resultatet var 8,4 % (n=3956).

Andelen patienter som har avdelningsuppkomment trycksår (ej dokumenterat inom 24 timmar) kategori 2-6 var mellan 2-3 % per månad.

Resultat PPM trycksår: andelen patienter utan trycksår varje månad som PPM trycksår



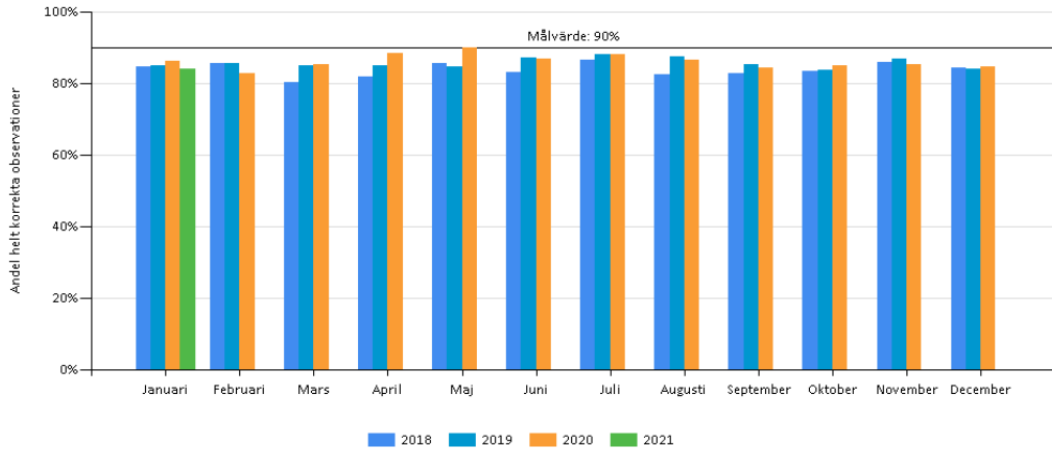
I den nationella trycksårsmätningen i mars 2020 var regionens resultat kategori 1-6 drygt 10 % jämfört med riket som var 11,3 %.

Pandemins påverkan: Nätverksträff med trycksårsombud ställdes in våren 2020. Ett digitalt möte hölls hösten 2020. Antal genomförda PPM mätningar minskade relaterat till omställning av vården och hög arbetsbelastning.

6.2. Basala hygienrutiner och klädregler

Ett sätt att hindra smittspridning mellan patienter är följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler.

Varje månad följs följsamheten till BHK upp. Resultatet visar att målvärdet på 90 % följsamhet inte uppnåtts. Det är variation mellan enheter hur stor följsamhet resultaten visar.



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

Pandemins påverkan: Under pandemin har ett ökat fokus funnits på BHK inom alla nivåer i organisationen. Ett intensivt arbete har skett för att säkra rutiner kring skyddsutrustning mm.
Nationella mätningen av BHK under våren ställdes in. Nationella mätningen under hösten togs det beslut om att regionen inte skulle delta då fokus behövde läggas på förbättringsarbete.

6.3. 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.

Varje månad utförs punktprevalensmätning inom i somatisk slutenvård.
Resultatet visar att 8,25 % patienter hade VRI (n=3876) 2020. Det kan jämföras med 2019 då 9,15 % av patienterna hade VRI (n=3987).
Beslut på övergripande nivå togs att hälso- och sjukvården förbättra det systematiska arbetet med att sänka andelen patienter som får VRI.

- Punktprevalensmätningar somatisk slutenvård varje månad
- Fortsatt implementering av Infektionsverktyget
- Fortsatt punktprevalensmänting av BHK
- Systematiska vårdhygieniska kontroller på alla enheter 1 gång per år
- Uppbyggnad av hemsida på Plexus där all information finns
- Rapport tas fram 2 gånger per år av Vårdhygien och Patientsäkerhet som diskuteras med ledning.

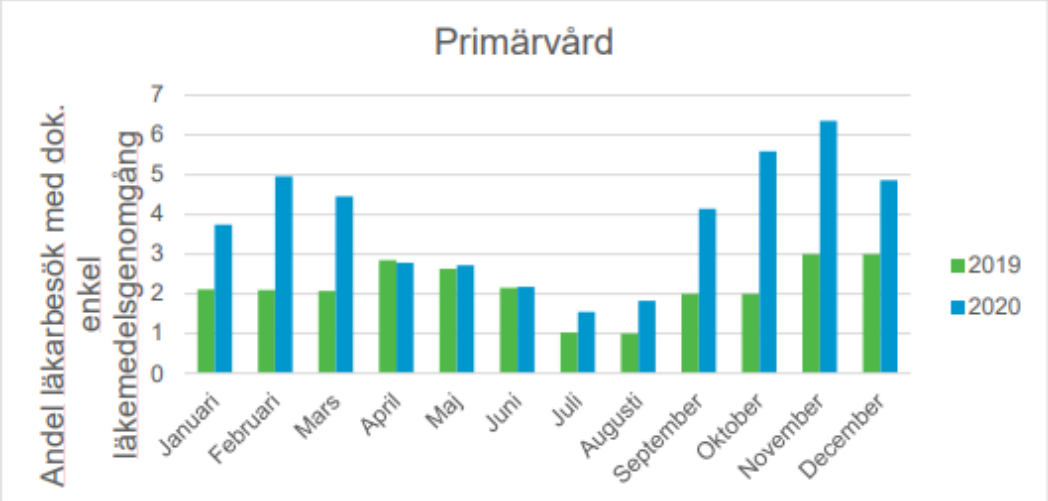
Pandemins påverkan: Nationell mätning av VRI planerad till mars ställdes på grund av pandemin in.

6.4. Läkemedel och klinisk farmaci

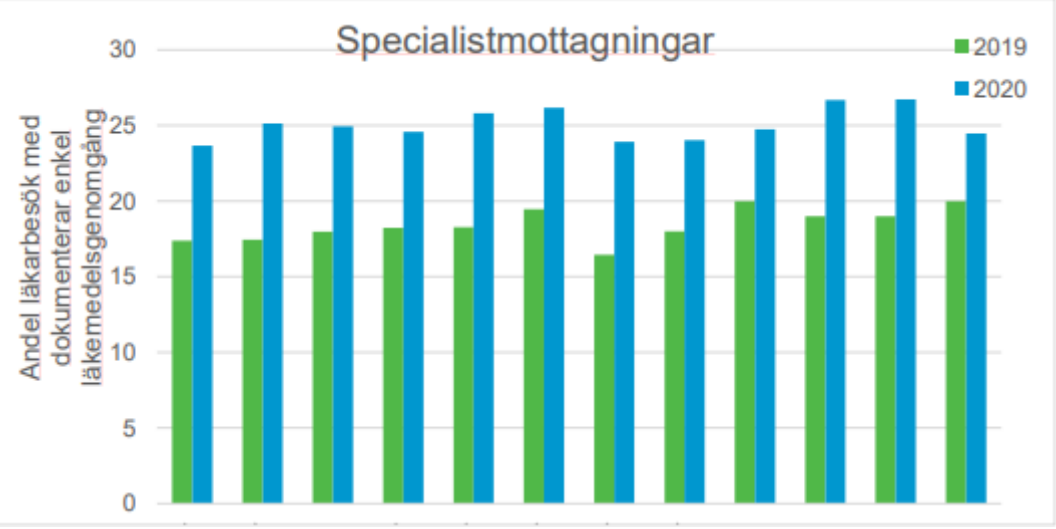
6.4.1. Läkemedelsgenomgångar

Ett förvaltningsövergripande arbete utförs där läkemedelsenheten och patientsäkerhet stödjer verksamhetsområden på olika sätt med t.ex. kunskap, kvalitetsgranskningar och analyser. Fokus för arbetet har varit att enkel läkemedelsgenomgång utförs enligt rutin.
Resultatet visar att förbättringar har skett under 2019 och 2020. Se tabell

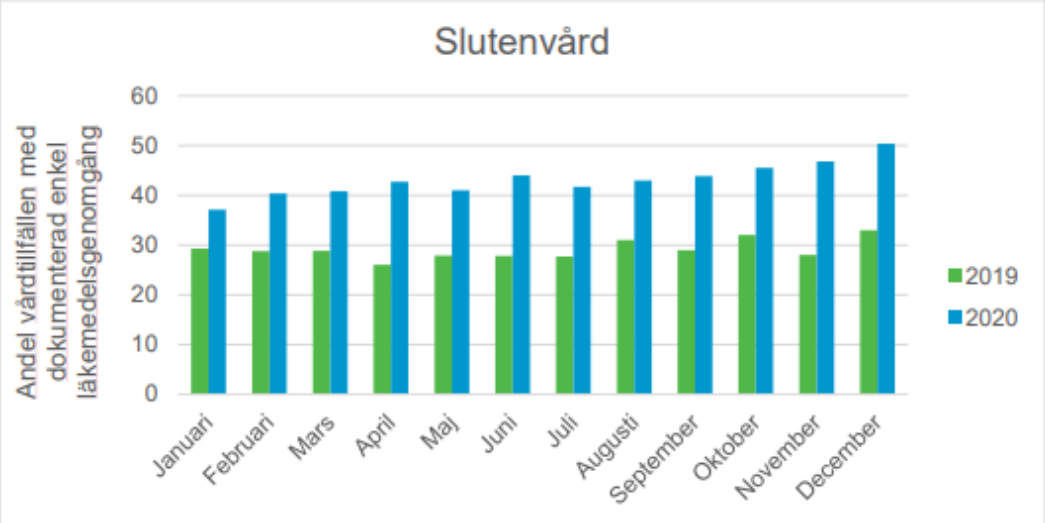
KVÅ kod för enkel läkemedelsgenomgång inom primärvården 2019 och 2020



KVÅ kod för enkel läkemedelsgenomgång inom specialistmottagningar 2019 och 2020



KVÅ kod för enkel läkemedelsgenomgång inom slutenvården 2019 och 2020



Pandemins påverkan: Förbättringsarbetet har under våren och hösten inte kunnat drivas enligt planering relaterat till omställning av vården samt hög arbetsbelastning.

6.4.2. Antibiotikaförskrivning

Strama har under 2020 tvingats begränsa antalet utbildningstillfällen för verksamheter i primärvård till fem.
Antibiotikaförskrivningen har liksom i resten av landet minskat betydligt under året, till 222,12 recept per 1000 invånare jämfört med 267,53 under 2019, motsvarande -17 %, eller 12800 färre recept. Nationellt förskrivningsmål är 250

recept per 1000 invånare. Endast i Västerbotten och i Jämtland har befolkningarna hämtat ut färre recept på antibiotika per 1000 invånare än Gävleborg.
Framförallt minskar antalet uthämtade recept på luftvägsantibiotika, -29 %, men även hud- och mjukdelsantibiotika samt urinvägsantibiotika minskar, båda omkring -8 %.
Pandemins påverkan: Det är troligt att situationen med restriktioner i samhället som begränsning av umgänge och skärpta hygienregler har bidragit till minskad smittspridning av influensa och icke covidrelaterade övre luftvägsinfektioner. Det kan vara en förklaring till minskat antal uthämtade recept.

6.5. Överbeläggningar och utlokaliseringar

Överbeläggningar och utlokaliseringar är en känd patientsäkerhetsrisk om inte adekvata åtgärder vidtas för minska riskerna. Exempel på risker är smittspridning, försenade behandlingar, felmedicineringar mm.
I och med pandemin förändrades strukturen vad gäller vårdavdelningar på ffa Gävle och Hudiksvalls sjukhus. Nya vårdavdelningar för covidvård bildades. Pga av missar i namnsättning av nya enheter är statistiken för 2020 missvisande för regionen som helhet och för sjukhusen i Hudiksvall och Gävle. Statistiska redovisningen stämmer för Psykiatrisk slutenvård.

Psykiatrisk slutenvård (data jan-dec 2020). Antal överbeläggningar per hundra vårdplatser.

Region	Överbeläggning	Utlokaliserade patienter
Riket	1,3	0,1
Gävleborg	3,2	0,0
Gävle	3,3	0,0
Hudiksvall	3,0	0,0

6.6. Patientsäkerhetskultur

Arbetet med att förbättra patientsäkerhetskulturen har fortsatt på olika nivåer i organisationen trots pandemin.

Under senare delen av 2020 genomfördes en gemensam mätning - Medarbetarenkäten HME och Hållbart Säkerhetsengagemang, HSE. Resultaten ger chefer och medarbetare ett underlag för att arbeta med dialog och åtgärder för en bättre arbetsmiljö, patientsäkerhetskultur och säker vård. HSE-resultat för 2020 är 79, vilket är en förbättring mot tidigare år (2019 78,1).

Förvaltningens arbetssätt med patientsäkerhetsronder och dialoger är väl förankrat. Under 2020 har, på grund av pandemin endast åtta ronder/dialoger enligt ordinarie modell genomförts med representation från högsta ledningen, chefläkare, patientsäkerhetsenheten och läkemedelsenheten.

Med anledning av den rådande situationen har ytterligare tre patientsäkerhetsronder/dialoger genomförts med fokus på avdelningar som vårdad Covid-19 diagnostiserade patienter tre sjukhusen. Representationen har varit den samma som vid ordinarie ronder/dialoger. Verksamheterna har fått en skriftlig återkoppling med iakttagelser och rekommendationer.

Flera verksamheter har visat intresse för utbildning i Gröna korset för att kunna starta upp daglig uppföljning av avvikelser. De flesta utbildningar har fått ställas in och planeras för under 2021.

Pandemins påverkan: Vid patientsäkerhetsronder och i samband med utvärdering av vården för Covid-19 diagnostiserade patienter under mars-augusti 2020 har flera medarbetare och chefer återkopplat att de upplevt en förbättrad samsyn kring vår gemensamma patient i och med pandemin. Man anger att arbetet mot ett gemensamt mål varit bra för patientsäkerhetskulturen och gagnat kvalitet och patientsäkerhet.
Under andra vågen när förutsättningarna varit annorlunda i och med att ordinarie vård skulle bedrivas i så stor utsträckning som möjligt signaleras att det har varit svårare att ha fokus på vår gemensamma patient.

6.7. Utbildning och kompetens

Under år 2020 genomfördes en bredd av utbildningar och praktisk träning vid Kliniskt träningscentrum trots omständigheterna kring pandemin.
Utbildningsinsatser har i huvudsak gjorts för sjuksköterskor, läkare och undersköterskor samt personliga assistenter.
Under de första dagarna i mars skiftades huvudfokus till pandemin då samtliga utbildningsledare höll utbildningar i basal covid-fakta och genomgång samt praktisk träning i hantering av skyddsutrustning.
För att säkra kunskaper i S-HLR genomförde KTC under våren och sommaren särskilda kurstillfällen för medarbetare som inte genomfört HLR-träning senaste året.

Under hösten 2020 återupptogs majoriteten av ordinarie utbildningsutbud efter justering för restriktioner och rekommendationer.
I november eskalerade pandemin snabbt och KTC prioriterade om utbildningsinsatserna till det, just då, mest nödvändiga och en arbetsgrupp med fokus på covid-utbildningar tillsattes. Gruppen arbetade med revidering av befintligt utbildningsmaterial kopplat till covid-19 samt förde över till digitala lösningar.
I slutet av november behövde KTC låna ut medarbetare till kliniskt arbete vilket mycket kraftigt reducerade personalstyrkan. Återstående medarbetare fokuserade på direkt stöd med introduktioner, smittsäkrade flöden, arbetssätt och tryggande av personal till covid-avdelningarna i hela regionen. Föreläsningar i basal covid-vård, ABCDE/NEWS2, omvårdnad etc. genomfördes på videolänk flera gånger per vecka under december.

Under hela året har utbildningsledarna kunnat erbjuda utbildningar för trygga vårdövergångar när patienter flyttas från sjukhus till hemsjukvård (exempelvis trakeostomi, sugning av luftvägar, intratekal kateter och PCA-pump).

Under pandemin har KTC bistått vården med kliniskt verksamma sjuksköterskor samt funktioner som flödessjuksköterska, mentor, vårdledare och vårdplanerare. Utöver detta har KTC även fungerat som stöd för Vårdhygien i att nå ut med kunskap, information och rutiner till medarbetarna i vården.

Genomförda lärarledda kurser på KTC	Antal deltagare
Introduktion för undersköterskor	102
Yrkesintroduktion sjuksköterskor	141
Utbildning i olika metoder/simulering/hjärt-lungräddning	1270
Covid-19 relaterade utbildningar	850

Utbildningar anordnade av andra än KTC har bland annat varit:

- Grundutbildning i barnrätt och barnkonventionen
- Grund och fördjupningsutbildning kring levnadsvanor
- Två dagars grundutbildning i tobaksavvänjning
- Utbildning i att vägleda patienter i frågor om levnadsvanor

7. Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Under 2020 har fortsatt utveckling skett för att tydliggöra vårt gemensamma ansvar för vår gemensamma patient.

Samverkanslagen: Tillkom 2018 då det fann ett behov att bättre samordna hälso- och sjukvård och socialtjänst. Målgrupp är enskilda som efter utskrivning behöver insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den landstingsfinansierade öppna vården.

Det finns gemensamma samverkansfora mellan Hälso- och sjukvård och Kommunerna i syfte att säkra patientens övergång mellan vårdnivåerna. Avvikelser som rör utskrivningsprocessen kartläggs systematiskt av länets medicinska ansvariga sjuksköterskor (MAS) och analyseras tillsammans med regionens chefläkare. Rapportering med åtgärdsförslag görs till Utskott Vuxna, Länsledning Välfärd.

Under 2020 har arbetet med att implementera och utveckla arbetet utifrån lagen om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård fortskridit men på

grund av rådande pandemi har arbetet påverkats. En fjärde samverkansdag för chefer och berörda medarbetare planerades men fick ställas in.
Det skickades ut en enkät till utvalda medarbetare inom både kommunerna och regionen för att skapa en nulägesbild över hur samverkan fungerar kring utskrivningsprocessen. Enkätsvaren gav vägledning på flera utvecklingsområden.

Fast vårdkontakt: En fast vårdkontakt är en utsedd person som ser helheten och tar ansvar för samordningen av patientens vård. Implementering av fast vårdkontakt går långsamt framåt. Ett omtag av implanteringen har gjorts under hösten 2020.

God och Nära vård: Utvecklingen av en nära vård pågår på lokal, regional och nationell nivå. Samverkan mellan primärvårdens offentliga och privata aktörer samt mellan primärvård, sjukhusvård och kommunal vård behöver utvecklas. Tillgängligheten till primärvård behöver förbättras, nya arbetsformer utvecklas och ny teknik komma till användning i vårdens processer. Arbetet med att implementera digitala vårdmöten har intensifierats och planerad start är hösten 2021.
Samordningen av insatser i första linjens vård från olika huvudmän och aktörer behöver bli bättre.
Patientens delaktighet i sin egen vård ska öka, och vården ska i större utsträckning anpassas efter individuella behov.
Det långsiktiga utvecklingsarbetet för en God och nära vård i Gävleborg har fortsatt under 2020, med mest fokus på de delar som är förknippade med pandemi-arbetet; t.ex. samverkan mellan aktörer, nya arbetssätt, digitala lösningar och fortsatt effektivisering av flöden.
Utvecklingsarbetet ska leda till bättre kvalitet i vården, en jämlik vård och ett effektivt resursutnyttjande av de samlade hälso- och sjukvårdsresurserna. Därmed finns en stark koppling till kvalitetsarbete och förebyggande av vårdskador.

Patientkontrakt: Genom patientkontrakt kan vården på ett bättre sätt än idag utgå från att patienten ska vara delaktig i sin egen vård och att vården ska utgå från patientens behov. Implementeringen av patientkontrakt har under 2020 i stort sett varit pausat.

Suicidprevention: En LAG (lokalarbetsgrupp) har bildats. Olika aktiviteter har genomförts och planeras för under kommande år. Arbetet har påverkats av pågående pandemi.

Mobila team: Stärkt samarbete mellan länets tre mobila team har etablerats under 2020. I dag finns tre mobila sjukvårdsteam i länet. De mobila teamen verkar i en anda som går i samklang med tonerna inom God och nära vård; vård nära patienten, och med ett personcentrerat förhållningssätt.

8. Samverkan med patienter och närstående inom vårdskadeområdet

SFS 2010:659, 3 kap, 4 §

I patientsäkerhetsarbetet samverkar förvaltningen med patienter och närstående på flera sätt. Samverkan sker bl. a via brukarråd, utbildningar, patientföreningar och i vid händelseanalyser.

Patientnämnden: Genom månatliga utskick av patienters klagomål/synpunkter adresserat till respektive verksamhet kan vården ta tillvara dessa i sitt kvalitets- och förbättringsarbete.

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.

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

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

Barn- och ungdomsråd som stöd till hälso- och sjukvårdsledningen
Barn- och ungdomsrådets uppdrag är att involvera barn och ungdomar i hälso- och sjukvården och stärka deras inflytande i frågor och beslut som rör barn och unga. I barn- och ungdomsrådet tas barn och ungas erfarenheter och synpunkter tillvara i samråd och överläggningar med vårdföreträdare och chefer.
Arbetet i barn- och ungdomsrådet har fortgått under 2020 dock i begränsad form utifrån den rådande situationen.

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

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.

9. Kvalitetsutveckling

Alla verksamhetsområden skriver normalt årligen en egen patientsäkerhetsberättelse. Detta år beslutades det att inte verksamhetsområden behöver skriva en patientsäkerhetsberättelse. Det innebär att ingen redovisning gör om den kvalitetsutveckling som sker i hela verksamheten.

Pandemins påverkan: Kvalitetsutveckling har skett som är relaterat till pandemin. Bland annat har:

- Ett stort antal nya rutiner skrivits för att säkra vården i allt från rutiner, skyddsutrustning och materialanvändning.
- Lokaler har byggts om i syfte att säkra patientflöden
- Nya patientflöden har införts i primärvården för att säkra smittspridning
- Intermediär vårdavdelning och avdelningar för Covid-19 diagnostiserade patienter har byggts upp.
- Intensivvården har ställt om och ökat kapaciteten för vård av Covid-19 diagnostiserade patienter
- Covid-19 är en ny diagnos där behandlingen har utvecklats i takt med erfarenhet och forskning.
- Nya behandlingsriktlinjer har upprättats relaterat till Covid-19

10. Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Utifrån inrapporterade avvikelser ska verksamheterna utreda händelser som har medfört en vårdskada eller hade kunnat göra det. Syftet med utredningen är att så långt som möjligt klarlägga händelseförloppet och orsakerna till detta. Utredningen ska ge underlag för beslut om åtgärder som ska förhindra att liknande händelse inträffar på nytt eller begränsa effekterna om händelsen inte helt går att förhindra.

11. Vårdgivarens utrednings- och anmälningsskyldighet

HSLF-FS 2017:40, 3 kap. 1§ och SOSFS 2011:9 7 kap

11.1. Lex Maria

Om en patient fått eller utsatts för risk att få en allvarlig vårdskada inom vården är det vårdgivarens skyldighet enligt patientsäkerhetslagen 2010:659, att anmäla händelsen till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

År 2020 lämnade hälso- och sjukvårdsförvaltningen in 19 Lex Maria anmälningar till IVO.

En stor minskning skedde 2018 pga. att man den 1 september 2017 ändrade lagstiftningen i och med föreskrift HSLF-FS 2017:41, så att det inte längre är obligatoriskt att anmäla alla självmord (suicid) där patienten haft kontakt med vården.
Tabellen nedan visar ärenden till IVO (lex Maria) under 2017 – 2019.

Antal	2017	2018	2019	**2020**
Ärenden till IVO (Lex Maria)	45	19	14	19

11.2. Anmälan av legitimerad personal

Enligt patientsäkerhetslagen ska legitimerad personal som kan utgöra en fara för patientsäkerhetsenheten anmälas till IVO. Skyldigheten omfattar både anställd och inhyrd personal eller vikarier och också om anställningen har avslutats. Under 2020 har en medarbetare anmälts.

11.3. Inspektionen för vård och omsorg

I och med det nya klagomålssystemet har IVO:s utredningsskyldighet begränsats, så att tyngdpunkten läggs på mer allvarliga händelser där en patient i samband med hälso- och sjukvård har fått permanenta eller oföränderliga besvär, ett väsentligt ökat vårdbehov, eller där patienten avlidit.

Från januari 2020 ändrade IVO sin kategorisering av ärenden varför en del nya kategorier tillkommit i tabellen nedan.

Fördelning IVO-ärenden	2017	2018	2019	2020
Enskilda klagomål	119	95	81	80
Tillsynsärenden/Inspektioner/Dialogmöten	9	18	26	5
Anmälan om brister i säkerhet inom psykiatri				4
Anmälan om händelser med medicinteknik				1
Anmälningar, information om och initiativärenden av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal				7
Begäran av journalkopior			12	
Journalförstöringsärenden			3	3
Övrigt	2	6	2	1
Totalt	130	119	124	101

12. Hantering av klagomål och synpunkter

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

Trots att vården hanterar klagomål av olika slag är det viktigt att komma ihåg att de flesta patienter är nöjda med vården. När klagomål lämnas till vården är de värdefulla i vårdens kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. Det finns viktiga

erfarenheter och lärdomar att hämta i patienters och närståendes berättelser och i de utredningar som görs utifrån rapporterade avvikelser.

Vårdgivaren utgör tillsammans med patientnämnden första linjen i klagomålssystemet.

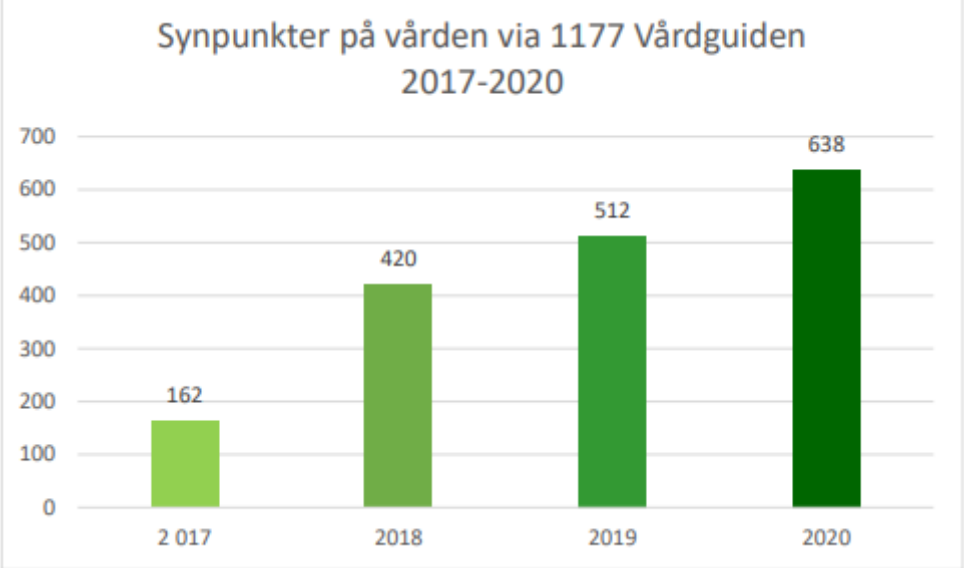
Rutin har reviderats för att ge en tydligare ingång för mottagare av klagomål och synpunkter, hur detta ska hanteras av mottagare inom hälso- och sjukvården samt hur lärdomar kan bidra till utveckling och lärande på flera nivåer i hälso- och sjukvården.

12.1. Synpunkter från patient/närstående

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

- Via den mottagning där patienten fick vård eller behandling
- Via 1177 Vårdguiden.se
- Via patientnämnden
- Vissa händelser kan anmälas till IVO

Samtliga verksamheter inom Hälso- och sjukvårdsförvaltningen i Region Gävleborg, är anslutna till via E-tjänsten 1177 Vårdguiden.



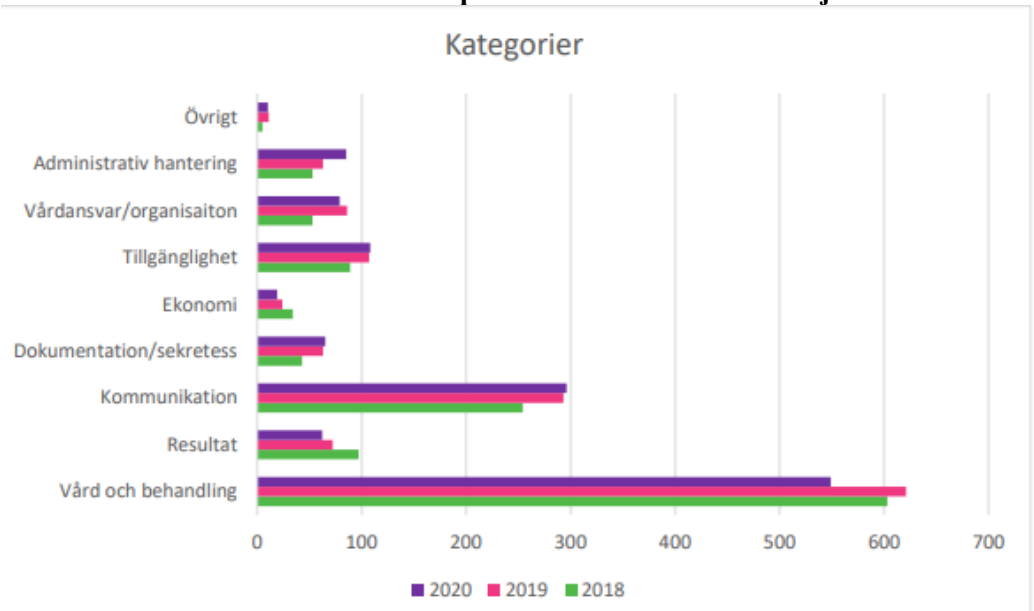
Användandet för att lämna synpunkter på vården via 1177 Vårdguiden fortsätter att öka.

13. 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 2020 har analys

gjorts av ärenden inom områdena Unga kvinnor (20-39 år), Unga män (20-39 år), Suicid, Undersökning/bedömning samt pandemi och Barnärenden.
Covidanalysen görs av landets samtliga patientnämnder och kommer resultera i en gemensam analysrapport under tidig vår 2021.
Analys av 2020 års barnärenden görs utifrån beslut av landets alla patientnämnder och IVO i samverkan.
Samtliga analysrapporter har eller kommer att förmedlas till Hälso- och sjukvårdens ledning för beslut om hur de kan användas i patientsäkerhetsarbetet.
Patientnämndens förvaltning har haft totalt 1484 nya kontakter från patient/närstående.
Antalet ärenden var 1273, en minskning med närmare 5 % jämfört med 2019.
Under inledningen av pandemin halverades antalet ärenden under ett par månader för att sedan åter öka under det andra halvåret. Antalet informationskontakter var något färre än föregående år.
Allra flest ärendena handlar om patienter i åldersspannet 30-39 år vilket vi inte sett tidigare, då högre åldersspann som regel brukar ligga högst. 62 % av ärendena handlar om kvinnors sjukvård.

Nedan tabell visar antal ärenden till patientnämnden under 2020 jämfört 2018-2019



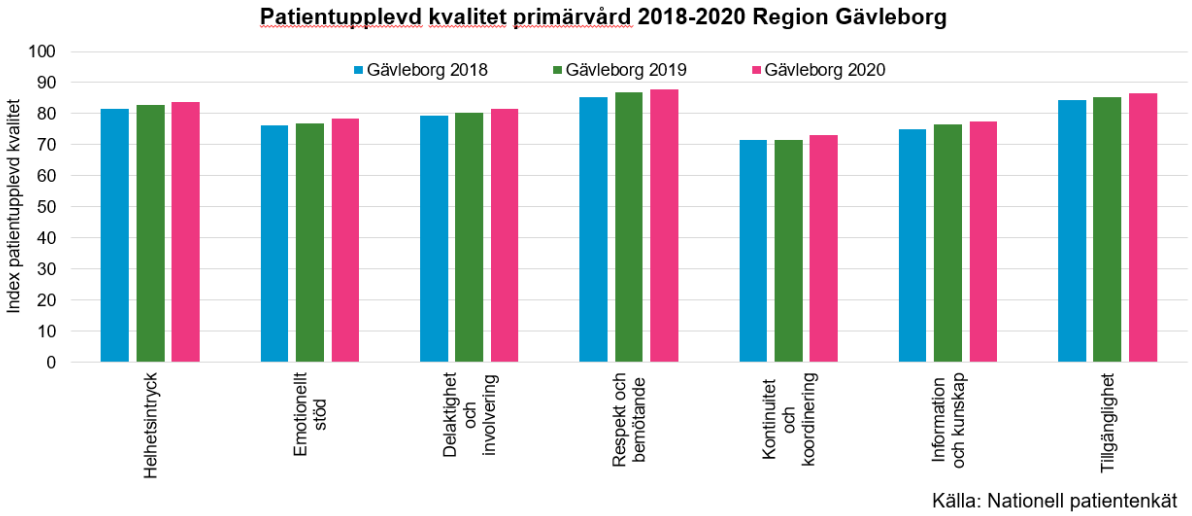
Vid jämförelse med föregående års ärenden konstateras att ärendeantalet inte skiljer sig nämnvärt i några kategorier förutom vård och behandling som med anledning av pandemin gått ner markant, medan administrativ hantering istället ökat, vilket kan relateras till synpunkter rörande Covid-19 prover och sådana provsvar. Noterbart att kommunikation ärenden ligger kvar på samma nivå som föregående år.

14. Patientenkäter-patientupplevd vårdkvalitet

Nationell patientenkät är ett samlingsnamn för återkommande nationella undersökningar av patientupplevelser inom hälso- och sjukvården. Resultaten används för att förbättra och

utveckla vården utifrån ett patientperspektiv. På grund av pandemin har flera mätningar pausats eller skjutits upp.

Hösten 2020 genomfördes dock en nationell mätning på akutmottagningarna och en frivillig mellanårsmätning inom primärvården.
Gävleborg och 6 ytterligare regioner deltog i primärvårdsmätningen och i Gävleborg skickades 8 121 enkäter ut till ett urval besökare under september månad. 3 345 svarade. Svarsfrekvensen blev därmed 41,2% (39 % i riket).



Källa: Nationell patientenkät

När det gäller resultaten har många av dimensionerna förbättrats något under de tre senaste året. Några särskilda frågor med anledning av pandemin ingick i årets undersökning och här kan noteras att en fjärdedel av besökarna (24,7 procent) anger att de har undvikit att söka vård på grund av pandemin.

Det största förbättringsområdet finns fortfarande inom dimensionen kontinuitet och koordinering. Här ingår frågor om hur man upplever att personalen samarbetar, att personalen var insatt i tidigare kontakter med vården och om personalen samordnar kontakterna med vården i den utsträckning besökarna önskar.

15. Riskanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §
Riskmedvetenhet, proaktivitet och förmåga att hantera risker är avgörande för god patientsäkerhet. 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. Rutin för när och hur systematiska riskanalyser ska genomföras finns inom regionen och används som stöd.
Riskbedömningar genomförs både på övergripande och på lokal nivå där verksamheterna utför egna analyser med tillhörande åtgärdsförslag.

Utbildning har genomförts till fyra personer av Internkontrollenheten. Det låga antalet beror på att utbildningstillfällen har ställts in på grund av pandemin. Internkontrollenheten erbjuder även utbildningen ”Intern styrning och kontroll för chefer”. I utbildningen ingår riskanalys, en utbildning har genomförts under 2020 övriga ställts in på grund av pandemin,

Pandemins påverkan: Hälso och sjukvården har genomfört riskanalyser under året med stöd av patientsäkerhetsenheten eller i egen regi.
Risker har analyserats för införande av avdelning för Covid-19 diagnostiserade patienter, för ombyggnad av intensivvårdsavdelning för att vårda covid-19 patienter, för flytt av medarbetare från primärvård till slutenvård, för genomförande av forskningsstudie relaterat till covid-19 behandling, och för risker vid överbelastning inom intensivvården. Hälso och sjukvårdens ledningsgrupp har identifierat risker vid övergripande ledning och styrning.

16. Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40. 7 kap. 1§

Det systematiska informationssäkerhetsarbetet ska tillgodose följande perspektiv:

- **Lagar, förordningar och föreskrifter**
- **Avtal**
- **Verksamhetens behov**

Digitaliseringstakten har ökat och Region Gävleborg har precis som andra organisationer börjat nyttja innovativa IT-lösningar. Digitaliseringstakten har i de flesta fall gått snabbare än informationssäkerhetsarbetet. Digitaliseringen innebär att vi både är mer beroende av fungerande IT-system men också att systemen är mer exponerade.

Pandemin har ställt organisationen inför nya situationer och förhållanden och det har funnits behov av ett ökat stöd från informationssäkerhetsfunktionen av rådgivning och vägledning kring nyttjande av digitala lösningar.
Det finns utöver det en ökad hotbild mot hälso- och sjukvårdssektorn. Under pågående pandemi har flera rapporter från internationella instanser belyst att organisationer inom hälso- och sjukvårdssektorn visat sig vara särskilt attraktiva mål för cyberangrepp, exempelvis gällande ransomware-angrepp.

För att stärka vår motståndskraft mot angrepp och intrång krävs det att vi jobbar systematiskt med informationssäkerhet. Det är av största viktig att digitaliseringen och informationssäkerhetsarbete kommer i fas och att det vid implementation av ny teknik finns en balans mellan positiva effekter för verksamheter och konsekvenserna ur ett samhällsperspektiv och för individers personliga integritet.

Vi har även påbörjat ett arbete med kontinuitetshantering så att verksamheterna kan fortsätta fungera oavsett störningar i digitala miljön.

16.1. Dataskydd

Under året har verksamheterna löpande att anmält sina personuppgiftsbehandlingar i regionens verktyg för registerförteckningar (PUR). Dataskyddsombudet har under året genomfört besök hos Hälso- och sjukvården. De besökta verksamheterna bedöms ha en god medvetenhet kring området och samtliga har påbörjat arbetet kring dataskydd.
Besöken är dokumenterade och en handlingsplan upprättad som har förmedlats till berörd verksamhet.

16.1.1. Incidenter

Hälso- och sjukvårdsnämnden har under 2020 rapporterat 80 personuppgiftsincidenter. Av dessa har 44 incidenter anmälts till Datainspektionen. För övriga incidenter har en bedömning gjorts att det är osannolikt att incidenten medfört en risk för de registrerades fri- och rättigheter. Vanligaste förekommande är incidenter där den mänskliga faktorn är orsaken. Det handlar ofta om felaktiga utskick med post och fax. Dataskyddsombudet har tagit kontakt med de berörda verksamheterna och erbjudit råd och stöd för att förhindra att incidenten upprepas.

Antalet incidenter som kommer till Dataskyddsombudet kännedom har ökat i jämförelse med 2019. Det är troligtvis ett resultat av att det numer finns en ökad kännedom om vad en personuppgiftsincident är och hur incidenter ska hanteras.

Datainspektionen har hittills avslutat de incidenter som vi har anmält, dock har vi inte fått återkoppling huruvida vi har gjort korrekta bedömningar för de incidenter som har anmälts.

16.2. Lagen om informationssäkerhet i samhällsviktiga och digitala tjänster (NIS-direktivet)

NIS-direktivet infördes i Sverige 2018 och ställer krav på säkerhet i nätverk och informationssystem. Reglerna omfattar leverantörer av samhällsviktiga tjänster och vissa digitala tjänster.
För Hälso- och sjukvårdssektorn är det IVO som är tillsynsmyndighet och de genomförde en inspektion hos Region Gävleborg i september 2019 för att kontrollera hur Region Gävleborg möter kraven i den nya lagstiftningen. Enligt beslut som inkom i början på 2020 så möter Region Gävleborg på 3 av 4 punkter lagstiftningens krav. Den fjärde punkten har åtgärdats enligt beslutet.

16.2.1. Incidenter

Lagen ställer krav på att rapportera informationssäkerhetsincidenter till tillsynsmyndighet och första anmälan ska ske inom 6 timmar. Funktionen för informationssäkerhet ansvarar för anmälan. Under 2020 har vi anmält tre stycken NIS-incident, två av dessa är kopplade till vårdinformationssystem och en till telefonisystemet.

16.3. Utbildning Operativ Informationssäkerhet

Samtliga informationsägare har under hösten 2020 fått ta del MSB:s nanoutbildning operativt informationssäkerhet. Utbildningen skickades ut veckovis i form av 15 kortare lektioner via webben. 64 % av informationsägare som stod på deltagarlistan har genomfört samtliga lektioner.

16.4. Översyn av loggkontrollsrutin

Under året har ett arbete påbörjats för att förebygga och hantera obehörig åtkomst till journalinformation. Internkontrollavdelningen genomförde under året en kontroll enligt nuvarande rutin. Resultatet av kontrollen och informationssäkerhetsfunktionens arbete har resultatet i en reviderad rutin som förväntas fastställas under kvartal 1 2021.

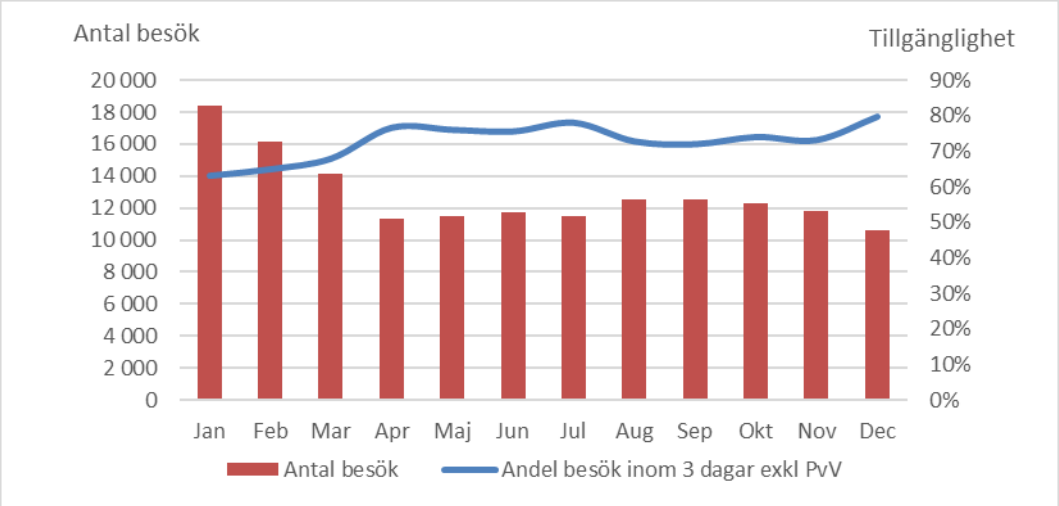
17. Tillgänglighet

En tillgänglig vård är en viktig förutsättning för att undvika vårdskador. Regionen arbetar kontinuerligt för att erbjuda en tillgänglig vård dels inom ramen för vårdgarantin, dels utifrån medicinskt behov. Liksom föregående år har tillgänglighetsarbetet fått draghjälp av överenskommelsen mellan regeringen och SKR om riktade bidrag till detta område. I samband med 2019 års överenskommelse förbättrades tillgängligheten under hösten 2019, och det var planerat att det arbetet skulle fortsätta under 2020. Pandemin ändrade i mars förutsättningarna för det.

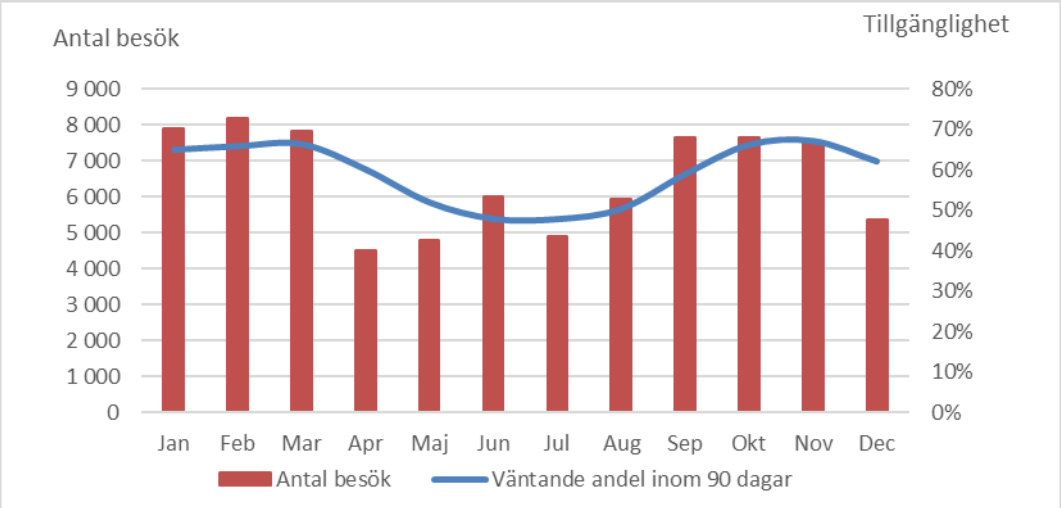
Pandemins påverkan: Under pandemins första våg begränsades hälso- och sjukvårdens möjlighet att ge patienter vård av de anpassningar som gjordes för att ta hand om ett befarat mycket stort antal patienter med covid-19 diagnos. Denna begränsning sammanföll med att befolkningens benägenhet att söka vård också minskade. Dessa två effekter tog i till viss del ut varandra vad gäller tillgänglighet till primärvården, första besök och operation i den specialiserade vården.

Under den andra vågen har den ordinarie specialiserade vården på ett helt annat sätt kunnat bedrivas med mindre neddragningar, vilket åskådliggörs i diagrammen nedan.

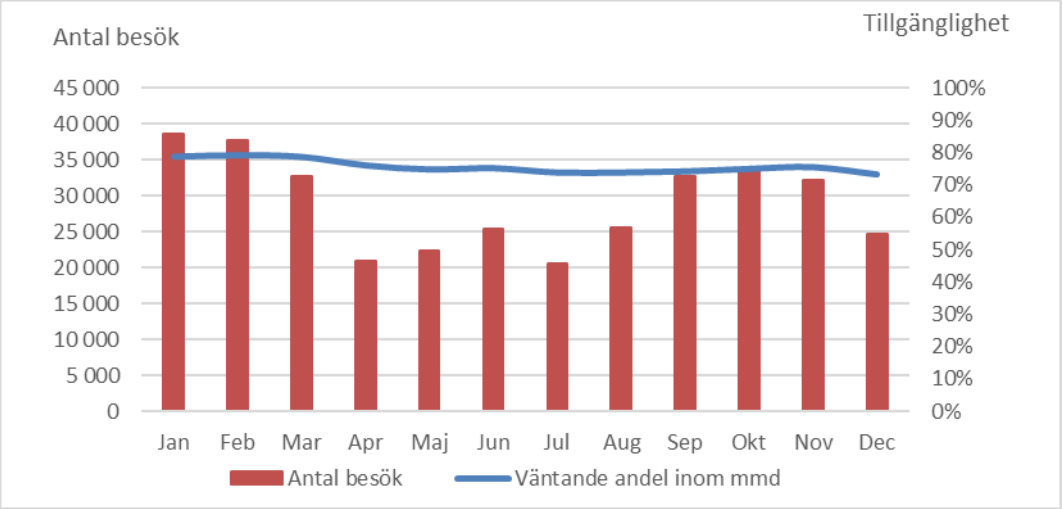
Primärvård, antal besök och tillgänglighet inom 3 dagar.



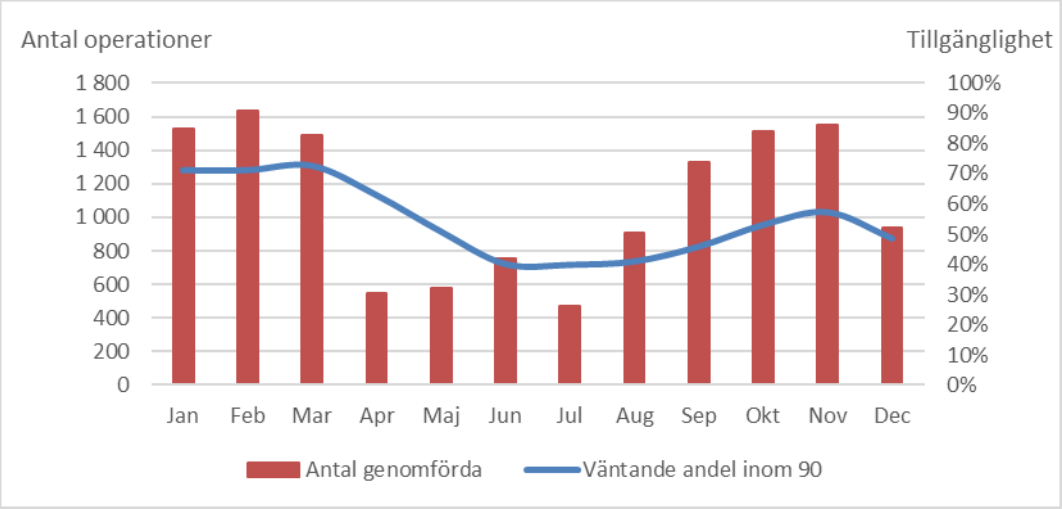
Första besök specialiserad vård, antal besök och tillgänglighet inom 90 dagar.



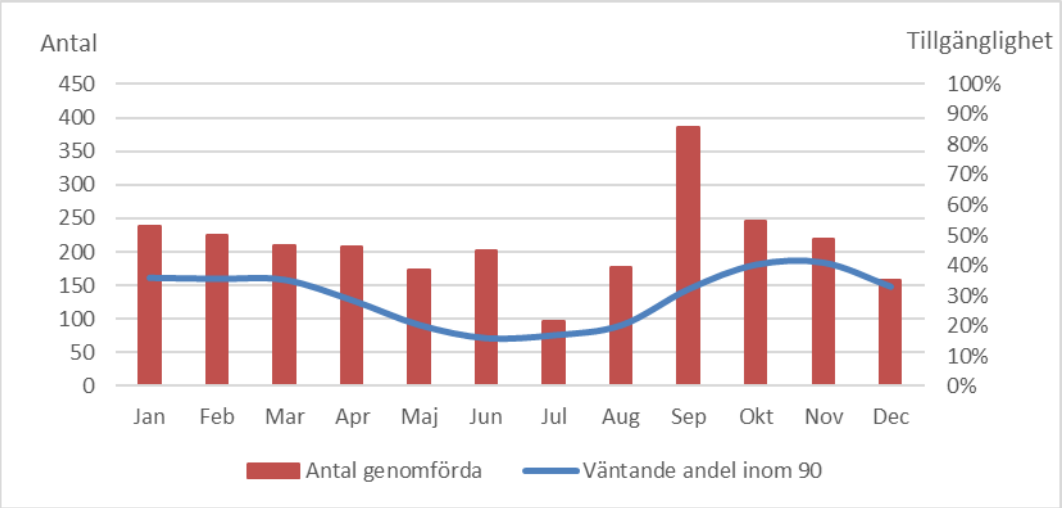
Återbesök specialiserad vård, antal besök och tillgänglighet inom medicinskt måldatum



Planerade operationer, antal och tillgänglighet inom 90 dagar.



Utprovning av hörapparat, antal och tillgänglighet inom 90 dagar



18. Kunskapsstyrning

Fokus har varit fortsatt etablering av ändamålsenliga strukturer som möjliggör följsamhet till nationellt system för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvård, i syfte att stärka möjligheterna till en god och jämlik hälsa för befolkningen i Gävleborg.
De flesta lokala programområdena är nu etablerade utifrån den nationella strukturen och har utifrån rådande förutsättningar startat arbetet med att organisera sig i syfte att ta emot, anpassa och implementera kunskapsstöd och kartlägga processer för olika diagnoser/ tillstånd utifrån patientens väg i vården.
Arbetet har påbörjats med att identifiera hur vi bör arbeta med att etablera goda horisontella stödfunktioner för samtliga programområden i enlighet med de nationella samverkansgrupperna för Metoder för kunskapsstöd, Kvalitetsregister, Uppföljning och analys, Läkemedel/Medicinteknik, Forskning/Life Science, Patientsäkerhet, Strukturerad vårdinformation samt Stöd för utveckling.

Arbetet med Nationella kliniska kunskapsstöd för primärvården har på nationell nivå ytterligare intensifieras under hösten 2020 i syfte att färdigställa flera kunskapsstöd.
I Region Gävleborg granskas varje kunskapsstöd av en medicinsk redaktionskommitté inom regionen och lokala tillägg görs vid behov.
På nationell nivå har arbetet med framtagandet av personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp fortgått under 2020, om än med något justerad tidplan.

I region Gävleborg har arbetet påbörjats med att tillskapa processteam för att leda arbetet med GAP-analyser och implementering av de 8 vårdförlopp som kommit från nationell nivå. Under hösten har Region Gävleborg besvarat tre remisser om vårdförlopp.

Pandemins påverkan: Relaterat till pandemin togs beslut av hälso- och sjukvårdsdirektören att pausa arbetet under delar av året (mars-juli samt från november).

19. Standardiserade vårdförlopp

Under 2020 startades totalt 3428 stycken SVF inom region Gävleborg. Av dessa var det 1442 patienter som hade cancer och sin första behandling. Jämfört med 2019 har det varit 800 färre startade SVF och ca 600 färre patienter som fått sin första behandling pga pandemin. Det finns fortfarande en viss underredovisning av antal patienter som startar sin utredning och behandling i en annan region.

Pandemins påverkan: Uppföljning och redovisning av resultat har till stor del pausats under 2020 pga pandemin. Likaså forskning och utveckling.
Remissinflödet har minskat. Patienter har uteblivit pga oro för att bli smittade.
Det har varit brist på omvårdnadspersonal då många har fått arbetsuppgifter inom Covid-19 vården men även på grund av ökad sjukfrånvaro.
Neddragning på grund av sjukfrånvaro och ändrade prioriteringar inom bild och funktionsmedicin, laboratoriemedicin, mammografin och strålbehandlingen har lett till uteblivna och uppskjutna undersökningar och behandlingar. Nya arbetssätt har tagits fram för att säkra vården.
De patienter som redan befinner sig i SVF-flödena har, förutom för prostatacancerflödet kunnat erbjudas adekvat vård och behandling. De största patientsäkerhetsriskerna ses på grund av den framskjutna vården där det befaras att diagnos och därmed behandling av cancer försenas.

20. Kvalitetsregister

Sammanlagt drygt 100 kvalitetsregister användes inom hälso- och sjukvården i Gävleborg under 2020. 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.

21. Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete

Att ställa om hälso- och sjukvården till ett mer effektivt, främjande, förebyggande och proaktivt arbetssätt är en av de åtgärder som kan ge ett mer ändamålsenligt och effektivt resursutnyttjande och därmed bidra till att hälso- och sjukvården kan möta den demografiska utmaningen.

I ”Hälso- och sjukvårdsnämndens årsplan 2019-2021” (Diarienr: HSN 2018/111) finns det hälsofrämjande perspektivet uttalat inom flera områden bl a ”För att

förbättra hälsan i samhället behöver vi stärka vårt arbete med tidiga och förebyggande insatser.
Under 2020 har flera viktiga arbeten genomförts som syftar till att stärka det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet inom Region Gävleborg.
Exempel på påbörjade insatser under 2020 är bl a:

- Digital tobaksavvänjning genom programmet Tobakshjälpen, via plattformen Stöd och behandling på nätet (1177 Vårdguiden).
- Grundutbildning i barnrätt och barnkonventionen. From januari 2020 är Barnkonventionen svensk lag. En digital utbildning finns i Kompetensportalen

Som stöd i arbetet med hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete har Region Gävleborg bland annat medlemskap i nationella och internationella nätverk.

Gävleborgs riktade hälsosamtal med 40-åringar är en primärpreventiv insats som erbjuds via hälsocentralerna. Det övergripande målet är att öka befolkningens hälsa och välbefinnande och minska insjuknande i hjärtkärlsjukdom och diabetes. Ungefär 40 % av målgruppen har deltagit i sitt hälsosamtal under 2020. Övriga planeras bli inbjudna under 2021.

22. Övergripande mål och strategier för kommande år 2021

Av Hälso och sjukvårdens verksamhetsplan för 2021 framgår att Hälso- och sjukvården arbetar för

- **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

Patientsäkerhetsarbetet grundar sig på Region Gävleborgs nollvision för undvikbara vårdskador.
Patientsäkerhet skapas genom en väl fungerande sjukvård. Samtliga strategiska, prioriterade och övergripande mål som finns för Hälso och sjukvården i verksamhetsplanen för 2021 harmonierar väl med fortsatt strävan att minska antalet vårdskador. Arbetet bör fortsätta **stärka** och i ord och handling **verka** i andan ”vårt gemensamma ansvar för vår gemensamma patient”.

Nationell handlingsplan för patientsäkerhet (2021 -2024) definieras områden med syfte att stärka patientsäkerheten nationellt och regionalt. Under 2021 kommer en regional handlingsplan tas fram som grund till verksamhetsområdenas patientsäkerhetsarbete. Hälso- och sjukvården i Region Gävleborg kommer under 2021 att fokusera på att stärka patientsäkerheten inom de fem fokusområden som är definierade i handlingsplanen:

Öka kunskap om inträffade vårdskador bl. a genom markörbaserad journalgranskning, analyser av månatliga punktprevalensmätningar, VRI,

trycksår, BHK, händelseanalyser med utredning av rotorsaker, patient och närståendemedverkan i händelseanalyser och utredningar. Rapporter gällande regionens VRI arbete kommer tas fram av vårdhygien och patientsäkerhet.

Tillförlitliga och säkra system, processer och rutiner bl. a genom säkra reviderade rutiner, kvalitetssäkrade metoder för diagnostik, vård, behandling och utvecklingsarbete. Medicinteknisk säkerhet. Samverkan i vårdens övergångar. Fokus ligger på ett fortsatt implementeringsarbete när det gäller fast vårdkontakt. Göra det lätt att göra rätt.

Säker vård här och nu, bl. a genom att stärka säkerhetskulturen via händelseanalyser, riskanalyser, patientsäkerhetsronder, kvalitetssäkrade rutiner, markörbaserad journalgranskning, kvalitetsregister, säker bemanning.

Stärka analys, lärande och utveckling bl. a genom kompetensutveckling, riskanalyser, avvikelseutredning, händelseanalyser, vårdskadeanalyser, analyser av klagomål och avvikelser på aggregerad nivå. Involvera patienter och närstående.

Öka riskmedvetenhet och beredskap bl. a genom systematisk metod- och färdighetsträning via introduktionsprogram, fortbildning, scenario och simulatorträning. Öppna redovisningar av händelseanalyser. Omvärldsbevakning och strategiskt patientsäkerhetsarbete.

Kunskapsstyrning
Implementeringen av de personcentrerade vårdförloppen fortskrider. Fokus kommer även att vara etablering av goda horisontella stödfunktioner för samtliga programområden i enlighet med de nationella samverkansgrupperna.

Pandemins påverkan: Patientsäkerhetsenheten genomför på uppdrag av hälso och sjukvårdsdirektören en utvärdering av vilken påverkan pandemins första våg hade på vårdkvalitet och patientsäkerhet. Utvärderingen slutrapporteras i början av 2021 och ska eventuellt kompletteras med en utvärdering relaterad till pandemins andra våg under 2021. Åtgärder kan komma att identifieras utifrån rekommendationer i utvärderingen.