Upprättare: Margareta E Berger

Fastställare: Martin K Andersson

Patientsäkerhetsberättelse 2024, Hälso- och Sjukvårdsförvaltningen Region Gävleborg



1 Inledning....3
2 Sammanfattning....4
3 Organisation och ansvar....4
4 Samverkan för att förebygga vårdskador....5
5 Informationssäkerhet....7
6 Strålskydd....8
7 Grundläggande förutsättningar för säker vård....9
7.1 Engagerad ledning och tydlig styrning....9
7.2 En god säkerhetskultur....11
7.3 Adekvat kunskap och kompetens....12
7.4 Patienten som medskapare....14
8 Agera för säker vård....15
8.1 Egenkontroll....15
8.2 Öka kunskap om inträffade vårdskador....16
8.3 Tillförlitliga och säkra system och processer....22
8.4 Säker vård här och nu....25
8.5 Stärka analys, lärande och utveckling....26
9 Avvikelser....27
9.1 Klagomål och synpunkter....27
9.2 Avvikelser....30
9.3 Patientnämnden....31
9.4 Kvalitetsregister....32
9.5 Öka riskmedvetenhet och beredskap....32
10 Mål, Strategier för kommande år....34

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

1 Inledning

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

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

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



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

2 Sammanfattning

Region Gävleborgs patientsäkerhetsarbete bygger på att det i verksamheten pågår ett systematiskt, långsiktigt och metodiskt arbete för att minska antalet vårdskador. Patientsäkerhetsberättelsen utgör en sammanfattning av det arbete som har genomförts inom området, presenterar uppnådda resultat och skapar en vägledning för framtida insatser. Arbetet med att integrera patientsäkerhet i kunskapsstyrningssystemet har fortsatt, där chefläkare och chefsjuksköterska deltar som stödfunktion i kunskapsstyrningsrådet för att säkerställa att patientsäkerhetsperspektivet beaktas.

Chefläkaren representerar patientsäkerhetsområdet i Hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp. Vidare deltar chefläkare och chefsjuksköterska i HSL+, en utökad ledningsgrupp som består av hälso- och sjukvårdens verksamhetschefer. Under 2024 har Region Gävleborg implementerat en modul för strategiskt patientsäkerhetsarbete i Stratsys, vilket möjliggör ett sammanhängande och systematiskt arbete på alla nivåer. Målet är att samtliga verksamhetsområden ska använda denna modul fullt ut under 2025. För att höja kunskapen om personcentrering och säkerhetskultur har workshops och utbildningar genomförts. Riskanalyser och utbildningsinsatser har också genomförts för att säkerställa att medarbetarna har rätt kompetens och att risker hanteras på ett effektivt sätt. Patientens och närståendes delaktighet har främjats genom olika initiativ och förbättringsarbeten.

Region Gävleborg arbetar kontinuerligt med att förbättra patientsäkerheten genom egenkontroller, analys av vårdskador och avvikelser samt genom utbildning och träning för att hantera oförutsedda händelser. Under 2024 genomfördes flera scenarioträningar och simuleringar för att stärka beredskapen. Gröna Korset har införts på flera enheter för att främja en säkerhetskultur. Arbetet med att förbättra diagnostisk säkerhet och sprida kunskap från händelseanalyser fortsätter. Regionens deltagande i nationella krisberedskapsövningar och projekt för hållbar försörjning har också bidragit till att stärka beredskapen och säkerheten.

3 Organisation och ansvar

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

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

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

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

Kopians giltighet garanteras endast vid utskriftsdatum

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

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

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

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

Kopian är giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

4 Samverkan för att förebygga vårdskador

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

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

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

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

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

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

Centrum klinisk utbildning ska inom aktuellt område i nära samverkan med Region Gävleborgs (RG) övriga verksamheter, länets kommuner, universitets och

högskolor, bidra till att hälso-och sjukvårdens verksamheter oavsett driftform, har ändamålsenliga förutsättningar att bedriva god klinisk utbildning, handledning och utveckling inom dessa områden. Samt bidra till hälso- och sjukvårdens strategiska kompetensförsörjning och kompetensutveckling, genom en effektiv och driftneutral utbildningsverksamhet med hög kvalitet.

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

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

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

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

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

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

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

Samhällsmedicin Gävleborg ansvarar för övergripande analyser, ger förslag till

Kopians giltighet säkerställs endast vid utskriftsdatumet

förbättringsområden samt samordnar Regionens medverkan i den Nationella Patientenkäten.

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

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

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

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

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

5 Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Region Gävleborg arbetar riskbaserat och systematiskt med informationssäkerhet. Arbetet bedrivs enligt regionens ledningssystem för informationssäkerhet (LIS) som även inkluderar arbetet med dataskydd. Region Gävleborgs informationssäkerhetsarbete följs upp på strategisk, taktiskt och operativ nivå.

Informationssäkerhetsarbetet syftar till att säkerställa en hög nivå av säkerhet för hantering av information, oavsett om hantering sker analogt eller digitalt. En hög informationssäkerhetsnivå är en viktig del i patientsäkerhetsarbetet. Några av de lagar och författningar som styr arbetet är offentlighets- och sekretesslagen (OSL), patientdatalagen (PDL), Lag (2018:1174) om informationssäkerhet för samhällsviktiga och digitala tjänster (NIS) samt allmänna dataskyddsförordningen (GDPR).

Region Gävleborg har under 2024 genomfört strategisk uppföljning av informationssäkerhetsarbetet med verktyg utvecklade av Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB): mognadsdialogen och cyberssäkerhetskollen (tidigare infosäkkollen). Båda dessa uppföljningar visar på att organisationen har en god nivå av informationssäkerhet och ger även tydligt stöd i prioritering av det fortsatta arbetet.

Insatser under 2024

Under 2024 har aktiviteter som är nödvändig för införande av nytt vårdinformationssystem, Cosmic, prioriterats. Däribland kan nämnas uppdatering

Kvalitet och giltighet garanteras endast utskrivet exemplar

av behovs- och riskanalyser för behörighetstilldelning, konsekvensbedömningar enligt dataskyddsförordningen och lämplighetsbedömningar enligt offentlighets- och sekretesslagen. Dessa analyser genomförs dels som verktyg för att identifiera och förebygga risker samt tillse dokumentation över vidtagna åtgärder.

För en del av vårdens mest kritiska verksamheter har det påbörjats processorienterade informationskartläggningar (POIK), dessa kartläggningar ligger till grunden för vidare arbete med informationsklassningar, riskanalyser och kontinuitetshantering.

Det har även funnits en hög efterfrågan på utbildningsinsatser från vården vilket har utförts av medarbetare på informationssäkerhetsenheten.

Inför 2025

Det kommer fortsatt krävas systematiska informationssäkerhetsarbete i och med införandet av nytt vårdinformationssystem. Detta inkluderar bland annat att uppdatera befintliga arbetssätt och styrdokument efter behov samt identifiera och hanteras risker som uppstår eftersom.

Under 2025 tillkommer nya regulatoriska krav avseende informationssäkerhet i form av NIS2, NIS2-direktivet beslutades av EU i december 2022 och ersätter det NIS-direktiv som började gälla 2018. NIS2-direktivet ska införas i svensk lagstiftning. Regeringskansliet väntas lämna proposition under våren 2025. Det kommer krävas vissa aktiviteter i regionen för att omhänderta tillkommande regulatoriska krav.

Arbetet med POIK kommer att fortlöpa under 2025.

6 Strålskydd

SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §

Under 2024 har regionens arbete med strålsäkerhet fortsatt med fokus på patientsäkerhet, kvalitet och optimering av rutiner och metoder. Centrala Strålskyddskommittén har regelbundet följt upp internrevisioner, utbildningsinsatser och implementering av nya metoder, med målet att upprätthålla hög säkerhet i vården.
Flera upphandlingar av röntgensystem och strålskydd har genomförts eller pågår, där sjukhusfysiker deltar för att säkerställa krav.
Arbetet har överlag präglats av en kontinuerlig förbättring av strålskyddsrutiner, hantering av avvikelser och optimering av stråldoser för både patienter och personal. Samtidigt så har nya riktlinjer och krav från Strålsäkerhetsmyndigheten integrerats i det dagliga arbetet.

Kopian är giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

7 Grundläggande förutsättningar för säker vård

Nedan beskrivs mål och strategier, organisation och struktur för arbetet med att minska antalet vårdskador.

För att kunna nå den nationella visionen ”God och säker vård – överallt och alltid” och det nationella målet ”ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”, har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

7.1 Engagerad ledning och tydlig styrning

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

Hälso- och sjukvårdsdirektören fastställde i början av 2024 ”Strategi för ökad patientsäkerhet” som syftar till att beskriva det långsiktiga och systematiska patientsäkerhetsarbetet genom att peka ut mål och riktning som kan/ska integreras i styrning av verksamheterna.

Vision:

- God och säker vård – överallt och alltid.

Övergripande mål:

- Ingen patient ska drabbas av vårdskada.
- Prioriterade områden

Med en gapanalys som grund har följande fokusområden tagits fram i dialog med ledning på olika nivåer, kvalitetssamordnare, patientsäkerhetsenheten och brukarorganisationer:

1. Adekvat kunskap och kompetens
2. Patienten som medskapare
3. Säkra processer mellan aktörer
4. Säkra processer i vård och behandling

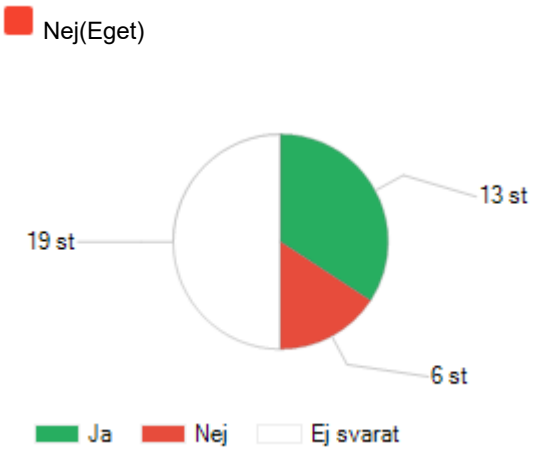


Regionen har under 2024 byggt upp en modul för strategiskt patientsäkerhetsarbete i i det digitala verktyget Stratsys. Modulen utgår från regionens Strategi för ökad patientsäkerhet. Patientsäkerhetsmodulen möjliggör ett sammanhållet systematiskt patientsäkerhetsarbete på alla nivåer i organisationen. De mål som beskrivs i efterföljande text är från ”Strategi för ökad patientsäkerhet”.

Utskriftens giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

Mål: Tydlig organisationsstruktur och ansvarsfördelning för patientsäkerhetsarbetet från högsta ledning till enhetsnivå

De flesta verksamheter har en organisationsstruktur med det övergripande dokumentet som grund.

Mätetal		Aktiviteter
Organisationsstruktur och ansvarsfördelning ska finnas beskrivet/vara känt inom alla verksamhetsområden		**Uppdatera rutinen och fastställa den**

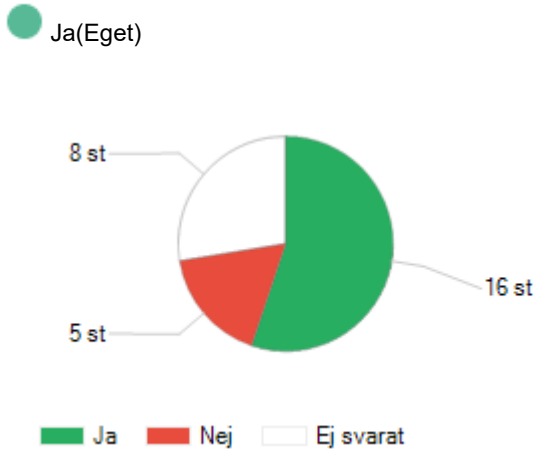
Kommentar: Cirkeldiagrammet visar svaret från de enheter som har börjat använda Stratsys.

Mål: God kunskap hos ledning och chefer om Regionala handlingsplanens (strategin) mål.

Under 2024 har modulen ”Strategiskt patientsäkerhetsarbete” i systemet Stratsys implementerats och uppbyggnad och justeringar har skett löpande under året. Samtliga ledningsgrupper under Intern produktion har fått information och möjlighet till dialog om användningen. Patientsäkerhetsenheten har erbjudit Workshops för i Kvalitetssamordnare och andra som ska verka som första linjens stöd och support i respektive verksamhetsområde (VO). Glädjande är att hälften av alla verksamheter börjat använda modulen som stöd i patientsäkerhetsarbetet under detta första år.

Planen för 2025 är att samtliga verksamhetsområden ska använda modulen fullt ut. Uppföljning av patientsäkerhetsarbetet kommer att utgå från Stratsys via ordinarie Verksamhetsuppföljningar vid två tillfällen per år.

Kopian gäller ej om ej bekräftas

Mätetal	
Använder patientsäkerhetsmodulen i Stratsys för dokumentation och uppföljning av patientsäkerhetsarbetet.	

Kommentar: Svaret baseras på de enheter som börjat använda Stratsys

7.2
En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet.



Mål: Index för hållbart säkerhetsengagemang totalt. Hållbart säkerhetsengagemang följs upp och aktiviteter vidtas utifrån resultat.
Hållbart Säkerhetengagemang (HSE) innefattas i medarbetarenkäten och en mätning genomfördes under våren. HSE är ett sätt att mäta patientsäkerhetskulturen i en organisation. Rekommendation att analysera resultat av HSE på enhetsnivå genom verktyget "Säkerhetskulturtrappan A-E" har getts.

Målvärdet för 2024 var index 80, utfallet på övergripande nivå var index 76, samma index som föregående år.

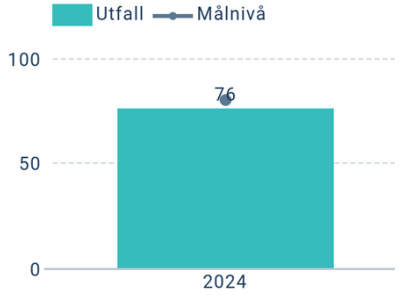
Styrkor utifrån resultatet: Arbetsplatserna verkar ha en stark kultur av öppenhet, lärande och säkerhet, där medarbetare känner sig trygga att påtala risker och misstag.

Områden att förbättra utifrån resultatet: Samarbetet med andra verksamheter och patienternas delaktighet i säkerhetsarbetet kan förbättras. Det finns också ett behov av att öka medvetenheten om att säkerhet bevaras även när förutsättningarna förändras.

Kopians äthet garanteras endast utskri

Mätetal

HSE > 80



Kommentar

Analys pågår på enheterna.

Mål: Patientsäkerhetsdialoger genomförs i alla verksamhetsområden
Under 2024 har Patientsäkerhetsrond och dialog i sin tidigare form inte genomförts på grund av införandet av Stratsys patientsäkerhetsmodul. Istället har viss dialog skett med ledningsgrupperna i samband med information om Stratsys modul för strategiskt patientsäkerhetsarbete.

Riktad rond har genomförts på IMA i dec 2024, anledningen till det är att enheten är ny och startade upp i september.

Uppföljning av riktad rond som gjorde under 2023 VO Ögon genomfördes i augusti.

Nytt arbetssätt med modifierad rond tas fram under 2025.

7.3 Adekvat kunskap och kompetens

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



Verksamhetsförlagd utbildning: Under 2024 har 1 483 specifika individer haft någon form av verksamhetsförlagd utbildning (praktik) inom hälso-och sjukvården, vilket innebär totalt 7 457 studerandeveckor. De största volymerna utgörs av studerande inom sjuksköterske-, vård och omsorg- och läkarprogrammet.

Parallellt med detta har hälso-och sjukvården tagit emot 134 elever från grundskolan för PRAO. Under året har Centrum klinisk utbildning samordnat cirka 35 utbildningsaktiviteter. Utifrån ny läkarutbildning och

...ighet garanteras endast utskriftsdatumet

sjuksköterskeutbildning har olika förändringsprocesser initierats.

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

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

Utveckling av AT- och BT-tjänster: Allmäntjänstgöring **(**AT) liksom bastjänstgöring (BT) är en av hälso-och sjukvårdens viktigaste rekryteringsbaser, när det gäller kompetensförsörjning av nya läkare. Därför har det även detta år gjorts en utökning av antalet inrättade AT och BT tjänster. Det innebär för AT att tidigare 102 tjänster/årsbasis har utökats till 106/årsbasis, genom att intag per år ökades från 63 till 65 AT läkare/år. Inom BT har 19 personer har varit anställda i fristående grupp och 10 personer har påbörjat en integrerad BT. Under året har processen med omställning från AT till BT påbörjats.

Mål: Nya chefer ska under första arbetsåret som chef genomföra patientsäkerhetsutbildningen som anordnas av Patientsäkerhetsenheten.
En patientsäkerhetsutbildning riktad till chefer har tagits fram och genomförts vid ett tillfälle i slutet av året. Totalt deltog 20 chefer. Utvärderingen visade generellt positiva resultat, med medelbetyg på 3,7- 4,2 (1-5) för frågor om kursens relevans, förståelse för patientsäkerhet och förmåga att tillämpa kunskapen i det dagliga arbetet. 80 % av deltagarna skulle rekommendera kursen till kollegor.

Under 2025 kommer utbildningen att genomföras igen med digital undervisning fördelat på tre tillfällen, en gång på våren och en gång på hösten.

Mål: Samtliga chefer och medarbetare bör genomföra Socialstyrelsens utbildning i patientsäkerhet som finns i Kompetensportalen
Under 2024 har 85 personer genomfört utbildningen.

Eftersom utbildningen ligger hos Socialstyrelsen, det vill säga utanför vår lärplattform, så är statistiken om vilka som verkligen genomfört utbildningen i sin helhet osäker.

Mål: Medarbetare ska alltid ha rätt utbildning och kompetens för sina arbetsuppgifter
Introduktionsutbildning sjuksköterska finns framtagen från övergripande nivå, med start 2025. Fokus på Omvårdnadsprocessen, Ramverket för omvårdnad ”Fundamental of Care” och Personcentrerad vård.

Lokalt framtagna Introduktionsprogram och checklistor finns på de flesta enheter och för de flesta yrkeskategorier.

Kopian är giltigt så länge endast utskriftsdatum

Kliniskt träningscentrum (KTC) genomför kompetenshöjande utbildning för vårdpersonal. Under 2024 har man påbörjat införandet av ”Tidig upptäckt och behandling” (TUB) genom att utbilda instruktörer i konceptet. TUB är ett utbildningskoncept som tillhandahåller verktyg för ett strukturerat arbetssätt kring patienter med sviktande vitalfunktioner och riktar sig till all sjukvårdspersonal.

KTC erbjuder även simulering och teamträning. Under 2024 har flera enheter inom primärvård, öppen- och slutenvård utfört sådana med stöd av KTC.

Simulering med teamträning för "Oväntat hjärtstopp" har genomförts på tre enheter: Allmänpsykiatrisk mottagning - Gävle, Strokeavdelning - Gävle och Njur-hematologiavd. - Gävle.

Mål: Vid förändringar i till exempel bemanning/arbetssätt eller omfördelning av arbetsuppgifter som avsevärt riskerar att påverka patientsäkerheten negativt ska riskbedömning göras.
Riskanalyser har genomförts inom flera områden. Syftet med riskanalysen är att och hantera potentiella risker i samband med förändringar och nya arbetssätt. Exempel på riskanalyser som har genomförts är bl.a. inom ramen för den digitala jouren, Cosmicinförandet, sommarsamverkan, Oberoende hyr samt den pågående organisationsförändringen inom Södra och Norra Hälsingland.

7.4 Patienten som medskapare

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



Mål: Ett personcentrerat arbetssätt där patientens och närståendes kunskap, erfarenhet och resurser tas tillvara i patientens vård.
Chefsjuksköterskan har tillsammans med Omvårdnadsrådet genomfört Omvårdnadsdagarna med fokus på personcentrerad vård.

I verksamheten pågår arbete för att utveckla ett personcentrerat arbetssätt. Nedan beskrivs några exempel: Exempel på hur verksamheterna har utvecklat nya arbetssätt för att jobba mer personcentrerat:

- Teamrond på Valbo HC
- Särskilt team för sköra patienter i primärvården VO Gävle
- Utvecklad samverkan med psykiatri och kommun för samordnad vård i

Kopia – Giltighet garanteras endast vid utskriftsdatumet

primärvård VO Ljusdal
- Styrka hela livet förebygger fall bland äldre, samverkansprojekt primärvården VO Hudiksvall och Hudiksvalls kommun
- Behandlande roll inom VO Kardiologi
- Personcentreringsmall inom palliativa vården
- Fast vårdkontakt till kroniker inom VO Specialmedicin
- Personcentrerad rehabiliteringsprocess i VO Paramedicin
- Mobila team i Gävle, Hudiksvall och Sandviken
- Mobila team Familjehälsa/BUP
- Mobil ungdomsmottagning med barnmorskor på skolor
- HLT-team (Hälsa Lärande Trygghet) Ovanåker Primärvård VO Södra Hälsingland

Utskriftsdatumet garanteras ej dagen utskriftsdatumet

Mål: Patienter och närståendes erfarenheter och kunskaper ska tas till vara i de förbättrings- och förändringsarbeten som genomförs inom hälso- och sjukvården

Flera verksamheter beskriver att patienters och anhörigas synpunkter tas tillvara vid klagomål och vid avvikelseutredningar. Patienter och anhöriga erbjuds alltid att delge sin berättelse vid händelseanalysarbete.

Rapporterna från patientnämnden rapporteras till enhetsnivå, eller lyfts på Ledningsgrupperna. I enstaka fall anges de ligga till grund för förbättringsarbeten.

8 Agera för säker vård

Ett fortlöpande förbättringsarbete, som bygger på lärande och utveckling, till exempel en förbättringsmodell, är en viktig grund för ett framgångsrikt patientsäkerhetsarbete.



8.1 Egenkontroll

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

Egenkontroll innebär en systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten, samt kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem.

Exempel på egenkontroller som gjorts inom hälso-och sjukvården är Läkemedelshantering och Vårdhygienisk kontroll.

I slutet av 2024 fick vi genom Stratsys tillgång till Forms, som möjliggör utskick av fler egenkontroller, både från övergripande nivå och från verksamhetsnivå. Som exempel har VO Kardiologi har tagit fram en egenkontroll Trycksårsprevention som lagts in i Forms för att kunna spridas till andra verksamheter. Detta arbete kommer att påbörjas under 2025.

8.2 Öka kunskap om inträffade vårdskador

Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.

SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §



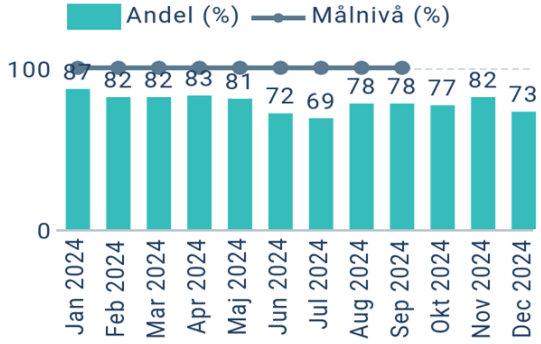
Mål: En god avvikelseprocess.
För att vården ska bli säkrare är det viktigt att ha kontroll på negativa händelser som har inträffat och vilka risker som finns. För att få den kontrollen är det viktigt att systematiskt inhämta resultat, erfarenheter och synpunkter från berörd personal och patient/anhörig. Avvikelserapportering och en god avvikelseprocess är en förutsättning för det. Målet är att avvikelse ska rapporteras snarast vid upptäckt, utredningen påbörjas inom 7 dagar och avslutas inom 90 dagar.

Det är stor variation på hur verksamheterna uppnår målet. I de fall avvikelsen har skickats till extern enhet så är svarstiden ofta lång, vilket är en anledning till att det är svårt att uppnå avslutad inom 90 dagar. En annan orsak till lång utredningstid är i de fall där allvarlig händelse ska utredas, då krävs en djupare orsaksutredning som är mer tidskrävande.

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

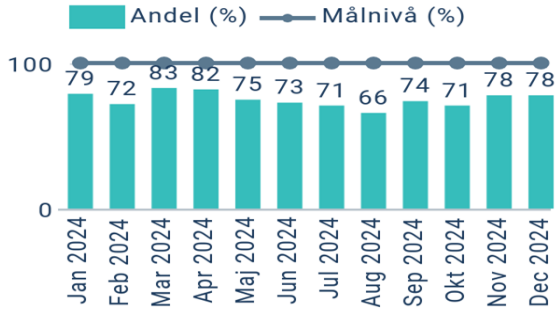
Mätetal

Utredning påbörjad inom 7 dagar



.

Utredning avslutad inom 90 dagar



Det går inte att få könsuppdelad statistik från Platina Avvikelse.

Mål: Risk för eller inträffade allvarliga händelser ska utredas av verksamheten så att bakomliggande orsaker på systemnivå identifieras och adekvata, effektiva åtgärder vidtas samt följs upp strukturerat
Patientsäkerhet och vårdkvalitet utbildar varje år analysledare i metodiken Händelseanalys som används vid allvarliga händelser, dock har ingen utbildning erbjudits under 2024. Analysledarkompetens finns hos de flesta Kvalitetssamordnare som är knutna till verksamhetsområdena, och Patientsäkerhetssamordnare från Patientsäkerhet och vårdkvalitet både utför och stödjer verksamheterna i analyserna.

Exempel på ofta förekommande bakomliggande orsaker till allvarliga händelser är brister i Diagnostisk säkerhet, Informationsöverföring (skriftlig/muntlig och Intern/extern), övervakning, kunskap kring smärtskattning. Vi ser också återkommande brister i samverkan mellan verksamheter (interna/externa) och brist på Personcentrering i vården.

Mål: Medarbetare som varit delaktiga i allvarliga händelser ska erbjudas stöd för att bibehålla psykologisk trygghet i patientsäkerhetsaspekt
Det finns övergripande rutiner för Hot- och våld samt Krishantering som följs ute i verksamheterna. I rutinen "När en vårdskada inträffat" beskrivs bland annat chefs ansvar att tillhandahålla stöd till vårdpersonal som varit involverad i händelsen.

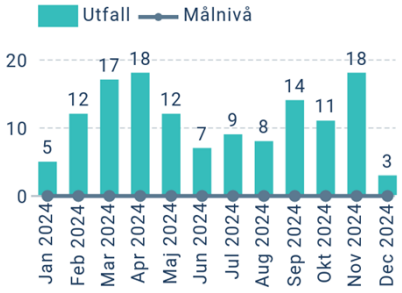
Inom VO Kvinnosjukvård har representanter från ledning och medarbetare vid två tillfällen genomgått krisstödsutbildning enligt modellen ”Reparativ

kommunikation och Personcentrerat krisstöd", en form av kamratstödjande. Konceptet har införts i läkargruppen i Gävle och planeras införas i andra medarbetargrupper inom verksamheten.

Mål: Färre undvikbara vårdskador än föregående år

Fallskador

Mätetal
Antal fall



Det går inte att få könsuppdelad statistik från Platina Avvikelse.

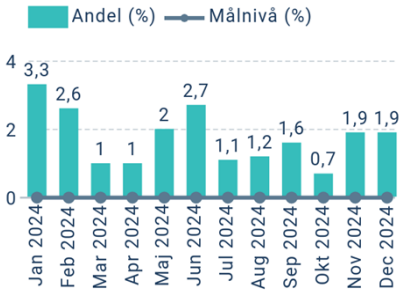
Resultatet är svårt att analysera. Fallhändelser fångas via avvikelsesystemet och bygger på att fallhändelser avvikelse rapporteras i Platina och att avvikelsen klassificeras korrekt. Sannolikt finns ett visst mörkertal.

Inom verksamheterna pågår en mängd olika insatser för att minska antalet fallhändelser. Under 2024 initierades ett projekt om att införskaffa en AI-baserad övervakning för patienter med risk för fallskada. Förstudie är påbörjad och fortsätter 2025.

Ett exempel på en enhet som haft stort fokus på att minska fallskador är Strokeavdelningen Gävle sjukhus där man rapporterar varje fall i avvikelsesystemet och där man sett en markant skillnad i antalet fallhändelser sedan införandet av Gröna Korset och SEUPP ronder 2022. Man tar även upp fallrisk vid varje morgonmöte.

Trycksår

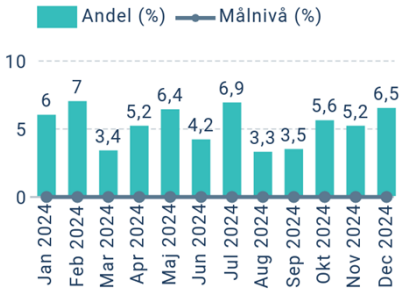
Andel avdelningsuppkomna trycksår kategori 2-6



Kommentar Andel avdelningsuppkomna trycksår kat 2-6 baserat på årsresultat var 2,0 % (2,7 % 2023 och 3,0 % 2022), målnivå 0 %. Könsuppdelad statistik ej möjlig.

Mätetal

Andel avdelningsuppkomna trycksår kategori 1-6



Kommentar Andel avdelningsuppkomna trycksår kat 1-6 var 5,8 % (6,3 % 2023 och 6,3 % 2022), ingen målnivå kommunicerad. Könsuppdelad statistik ej möjlig.

Trycksår

Trycksårsresultatet för alla kategorier är i stort sett lika men en nedåtgående trend kan ses när det gäller avdelningsuppkomna trycksår kategori 2-6.

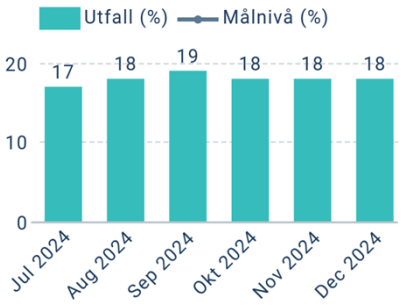
Slutenvårdsavdelningar har utsedda trycksårsombud som utför de månatliga trycksårsmätningarna, de ingår i ett nätverk som leds av Patientsäkerhet och vårdkvalitet tillsammans med KTC (Kliniskt träningscentrum). Ombuden bjuds in till nätverksträffar 1-2 ggr under året i syfte att stärka rollen, öka kunskapen samt möjliggöra kontakt med andra ombud. Årets nätverksträff gavs på vårterminen. Under hösten bjöds vårdenhetschefer från slutenvården in till dialog och information vid tre tillfällen.

Målet för 2024 var att påbörja breddinförande av ett nytt, modernt och riskbedömningsinstrument, Purpose-T, som bygger på nyare forskning än det som i huvudsak används idag, Norton. Några få enheter använder idag Purpose-Tsom riskbedömningsinstrument. Hinder för breddinförandet var under hösten införandet av vårdinformationssystemet Cosmic samt att Cosmic inte tillhandahåller det nya riskbedömningsinstrumentet.

Ett förråd med trycksårspreventiva luftmadrasser har upprättats på Gävle sjukhus i syftet av att tillhandahålla fungerande, rena luftmadrasser till patienter även jourtid. Utvärdering kommer att ske under 2025.

Enkla läkemedelsgenomgångar

Andel genomförda enkla läkemedelsgenomgångar



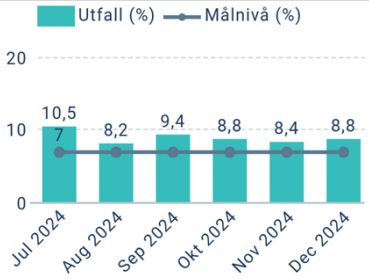
Arbetsgruppen i Säkra läkemedelsordinationer har varit till fem verksamhetsområden under året för att diskutera förbättringsområden kring

läkemedelsdokumentation och enkel läkemedelsgenomgång. Arbetet och möjligheterna att komma till ledningsgrupp har påverkats på grund av införande av nytt journalsystem. Under hösten pausades därför arbetet.

Gröna Korset

Gröna Korset är ett verktyg som innefattar att genom dagliga avstämningar i arbetsgruppen diskutera risker och inträffade negativa händelser. Metoden har införts på flera enheter under året, och för närvarande använder cirka 30 % av samtliga enheter verktyget.

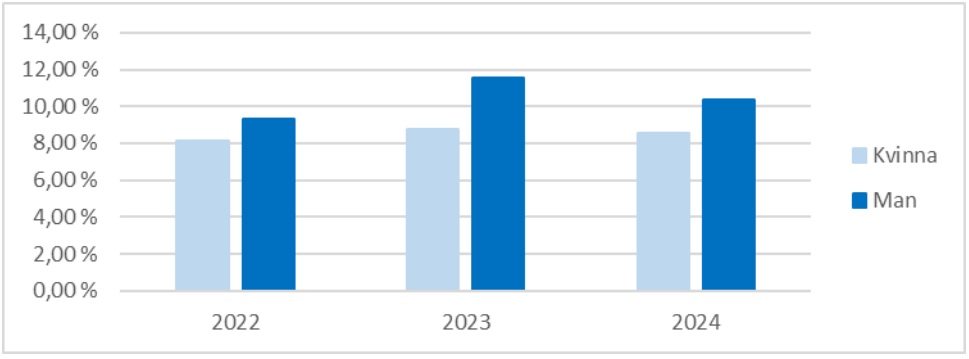
Vårdrelaterade infektioner (VRI)

Mätetal	
Andelen inneliggande patienter med vårdrelaterade infektioner, VRI	

Kommentar

Andelen med VRI (vårdrelaterade infektioner) för 2023 är 10,19 % och 2024 9,55 % Andelen avdelningsuppkomna VRI var för 2023 4,86 % och 2024 5,04 %. VRI är ett identifierat förbättringsområde inom många verksamhetsområden, resultaten följs i uppföljning av verksamhetsplaner på verksamhetsområdes- och regional nivå. Aktiviteter som genomförs under året är bland annat utbildningar, framtagande av handlingsplaner, regelbundna uppföljningar av BHK och andelen patienter med VRI.

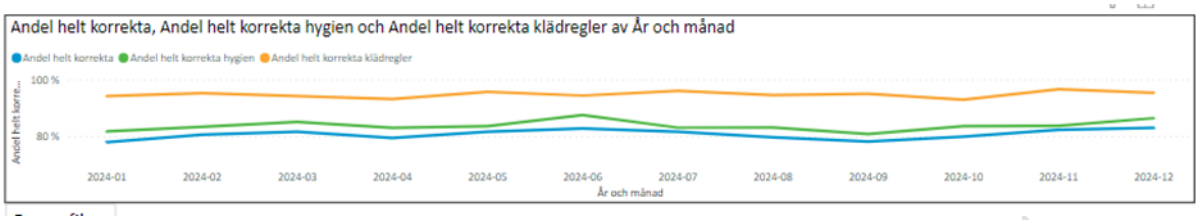
Andel vårdrelaterade infektion uppdelat per kön



Graf från Cyklop

Mätetal

Följsamhet till basala kläd- och hygienrutiner



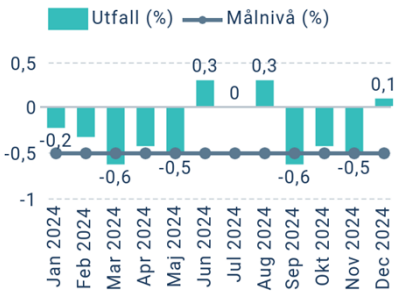
Kommentar

Resultatet visar att Andelen som följde basala kläd- och hygienregler korrekt visar en nedåtgående trend från 83 % (2023) till 80 % (2024). Följsamheten till hygienrutiner var 2023 85 % och 2024 83 %, medan följsamheten till klädregler var 2023 96 % och 2024 95 %. Följsamhet till BHK är ett identifierat förbättringsområde inom många verksamhetsområden och ett målområde i den regionala verksamhetsplanen

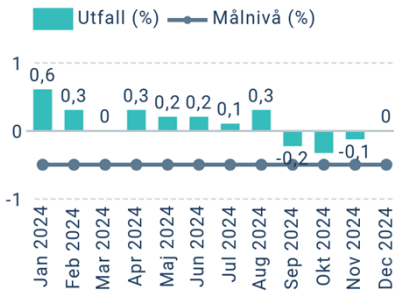
Utlokaliserade patienter

Patienter som på grund av platsbrist vårdas på annan enhet. Att minska antal utlokaliseringar och överbeläggningar är ett mål i Verksamhetsplanen som följts upp av Hälso- och sjukvårdsledningen.

Antal utlokaliseringar per 100 disponibla vårdplatser jämfört med föregående år



Antal överbeläggningar per 100 disponibla vårdplatser jämfört med föregående år



8.3 Tillförlitliga och säkra system och processer

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

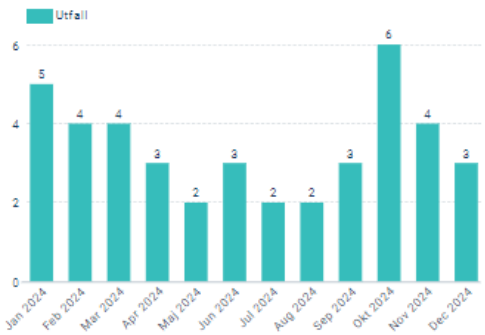


Mål: Kunskapsstyrningens vårdförlopp är etablerade och fungerande, följsamhet
Region Gävleborg har under 2024 fortsatt arbetet med att implementera personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp, takten på arbetet har anpassats så att verksamheten har haft möjlighet att avsätta erforderliga resurser i förberedelserna inför implementering av ett nytt vårdinformationssystem. Under hösten har förberedelsearbetet för att implementera två ytterligare vårdförlopp startat; Palliativ vård (ansvarig Palliativa rådet) och Schizofreni (ansvarig LPO Psykisk hälsa), arbetsgrupperna planeras starta kvartal 2, 2025.

Mål: Risker för vårdskador i vårdens övergångar ska identifieras, analyseras och åtgärdas
Avvikelser gällande samverkan vid utskrivning har diskuterats i regelbundna Samverkansmöten där chefsjuksköterska, chefläkare och MAS/MAR från kommunen deltar.

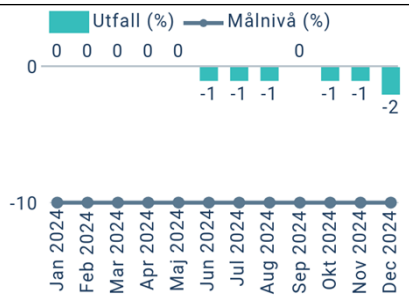
Giltighetsområdet är utskriftsdatumet

Mätetal
Antal avvikelser gällande samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård



Det går inte att få könsuppdelad statistik från Platina Avvikelse.

Antal avvikelser som rapporteras mellan kommun och region började mätas under 2024. Resultatet visar en ojämn fördelning mellan månaderna. Några slutsatser kan inte dras då mätningen är ny.

Andel återinskrivningar inom 30 dagar jämfört med föregående år	

I Kompetensportalen tillhandahålls sedan 2023 en E-utbildning "Utskrivningsprocessen" som vänder sig till all vårdpersonal inom regionen. Den har dock inte haft så stor spridning bland berörda medarbetare så ett omtag kring detta planeras inför 2025. Under slutet av 2024 har utbildningen även gjorts tillgänglig till externa.

Risker vid vårdens övergångar

Under 2024 har Länsledning Välfärd arbetat med att identifiera, analysera och åtgärda risker för vårdskador vid vårdens övergångar genom flera viktiga åtgärder:

Samverkan vid utskrivning: Överenskommelsen om utskrivning från sluten hälso- och sjukvård har reviderats för att tydliggöra utskrivningsprocessen, anpassas till gällande lagar och säkerställa att patienten är hemgångsklar innan utskrivning. Den nya versionen har kommunicerats via Länsledning och samverkanswebben.

Hemsjukvårdsavtalet: Avtalet har uppdaterats utan förändringar i ansvar eller arbetssätt, men har omformulerats för ökad tydlighet och anpassats till aktuella regelverk. Det har också kommunicerats via Länsledning och samverkanswebben.

Överenskommelsen för svårt sjuka: Denna har reviderats för att följa gällande lagar och regler, med förtydliganden i texterna, och har kommunicerats ut.

Egenvård och samverkan: En arbetsgrupp mellan skola, hälso- och sjukvård samt socialtjänst arbetar för att skapa en gemensam syn på egenvård och säkerställa att rutinerna för samverkan vid egenvård är tydliga.

Utvärdering av utskrivningsprocessen: På utskott vuxna diskuteras kontinuerligt avvikelser i utskrivningsprocessen, och vid större problem hålls fysiska möten med berörda chefer.

Förstärkning av samverkan på VC-nivå: Samverkan har stärkts i Gävle och Hudiksvall för att säkerställa att överenskommelser, rutiner och regelverk fungerar effektivt. Fokus ligger på att göra vårdens övergångar sömlösa och att hantera frågor om samverkan vid gemensamma skärningspunkter.

SIP-utbildningar: Utbildningar för SIP (Samordnad individuell plan) har genomförts för olika målgrupper, med totalt 107 deltagare.

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatum

Vård- och omsorgsdokumentation: Utskott vuxna undersöker möjligheterna för en sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation enligt den nya lagen SVOD.

Arbetskultur och samverkan: Länsledning har arbetat med att öka kunskapen om varandras verksamheter och hitta gemensamma lösningar för samverkan.

Biståndsbedömare på akuten: En samordnare har fått i uppdrag att utreda möjligheterna att ha biståndsbedömare på akuten för att förbättra övergångarna.

Patientsäkerhetsdialoger: En arbetsgrupp har tagit fram en plan för hur patientsäkerhetsdialoger vid särskilda boenden (SÄBO) ska genomföras, med beslut om att genomföra minst en dialog per kommun under 2025.

Vårdkoordinatorer/vårdplanerare: Nätverksträffar för vårdkoordinatorer har startat för att säkerställa att rutiner och överenskommelser kring utskrivningar följs samt för att identifiera hinder i processen.

Digital utbildning: En digital utbildning om utskrivningsprocessen har öppnats upp och görs nu tillgänglig för alla via kompetensportalen.

Sammanfattningsvis har Länsledning Välfärd under 2024 fokuserat på att förbättra samverkan mellan olika aktörer inom vården, revidera och förtydliga viktiga överenskommelser, samt utbilda personal för att minska risker för vårdskador vid vårdens övergångar.

Mål: Att identifiera kulturella och organisatoriska hinder för en sömlös personcentrerad vård skall vara högsta prioritet i allt utvecklings- kvalitets och effektiviseringsarbete.
Under 2024 har en satsning gjorts för ökad kunskap om personcentrering hos chefer och nyckelfunktioner i hälso- och sjukvården i Region Gävleborg. Fyra workshop-tillfällen erbjöds för grundkunskap, goda verksamhetsexempel och erfarenhetsutbyte. Cirka 160 chefer anmälde sig (cirka 73 procent av cheferna i vården). Därefter erbjöds fyra fördjupningsföreläsningar med disputerade experter. Cirka 130 chefer anmälde intresse. Utvärdering visade att man haft nytta av tillfällena. Behov och önskemål uttrycktes om ett material också för vårdens medarbetare. Planering pågår nu för en e-utbildning i Kompetensportalen med korta moduler för vårdens medarbetare, samt ett dialogmaterial som chef kan använda vid införande av personcentrerat förhållningssätt på sin enhet. Planen är att det ska finnas tillgängligt under 2025.

Ett förslag till definition av personcentrering för Region Gävleborg har arbetats fram och presenterades vid workshoparna som ett dialogmaterial. Ett arbete pågår med att utveckla och färdigställa mall för Dokumenterad överenskommelse i nya journalsystemet Cosmic, som ett konkret verktyg för personcentrerad vård i Region Gävleborg.

Några exempel på hur man utvecklat nya arbetssätt för att jobba mer personcentrerat:

- Individuell hälsoplan på reumatologen
- Dokumenterad överenskommelse i Cosmic
- Personlig vårddagbok på Bollnäs sjukhus

Kopian är ogiltig efter sparas undas utskriftsdatum.et

- Förstärkt teamarbete sårvårdsmottagning Alfta/Edsbyn HC med delaktig patient, stärkt teamarbete

8.4 Säker vård här och nu

Hälso- och sjukvården präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation. Förutsättningarna för säkerhet förändras snabbt och det är viktigt att agera på störningar i närtid.



Mål: Beredskap att göra adekvata insatser vid oförutsedda händelser eller störningar

Regionen har varit delaktig i den omfattande nationella övningen KBÖ 24 (Krisberedskapsövning) som syftar till att testa och stärka Sveriges krisberedskap, samt utbildning i stabsmetodik.

Ett projekt med fokus på ”Hållbar försörjning” har genomförts inom regionen. Inom ramen för detta projekt har en lista upprättats för material som ska ingå i ett utökat lager och beredskap vid kris eller förhöjd beredskap. Dessutom har en så kallad "table-top-övning" genomförts, där man simulerade en situation för att säkerställa försörjningen av läkemedel och förbrukningsmaterial vid en katastrof.

Regionen har ökat sina läkemedelslager på sjukhusen enligt en överenskommelse med staten som syftar till att stärka försörjningsberedskapen. En utredning om ”Hållbar försörjning – förbrukningsmaterial och läkemedel” har också genomförts, och regionen har deltagit i ett nationellt samarbete som hanterar restnoteringar av läkemedel.

Mål: Arbetssätt där man strukturerat och kontinuerligt följer upp risker för att öka patientsäkerheten

Gröna Korset har fortsatt att implementeras på flera enheter inom regionen under året. Verktyget används för att stärka patientsäkerhetskulturen. Inom VO Kardiologi har man istället valt att använda ett annat verktyg, "Fånga passet". På många av enheterna har man någon form av daglig styrning för att säkerställa att arbetet med patientsäkerhet och kvalitet kontinuerligt följs upp och förbättras.

Mål: Arbetssätt som stödjer en ökad diagnostisk säkerhet

Diagnostisk säkerhet handlar om hur man stärka diagnostiska processen, en viktig del i en säker vård. Årets tema för Nationella Patientsäkerhetsdagen i september

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

var att öka medvetenenheten om diagnostisk säkerhet. Regional samverkansgrupp för patientsäkerhet samarbetade kring en rad aktiviteter för att öka kunskapen kring detta. I Region Gävleborg bjöds politiker in till en föreläsning från Socialstyrelsen om Patientsäkerhet och en informationsinsats till medborgarna "Din röst i vården" via informationsskärmar på enheter samt i Sociala medier. De olika regionerna delade med sig av materialet mellan varandra och det finns utlagt som kompetenshöjande material på intranätet.

8.5 Stärka analys, lärande och utveckling

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



Mål: Händelseanalyser ligger till grund för förbättringsarbete och används för att sprida kunskap.
Vid alla händelseanalyser förslås alltid förbättringsåtgärder i syfte att förhindra att händelsen upprepas. Några goda exempel på förbättringsarbeten som startats under året:

- Regiongemensamt sätt att hantera konsultationer vid införandet av Cosmic
- Översyn av traumaorganisationen
- Förbättringsarbete "Våra sköra och äldre"
- Sjuksköterskebesök ambulans: Riktlinjer utarbetade för sjuksköterskebesök har under 2024 implementerats och utvärderats för ambulanssjukvården och arbetet kommer att fortsätta med att inkludera akutmottagningarna i arbetssättet
- Smärtcentrum har genomfört en föreläsningsserie gällande smärta vid t.ex. akutmottagning Gävle, Ambulansen i RG och UVA Gävle. Enheten har tvärprofessionella utbildningar där alla bidrar till varandras inlärning (läkare, sjuksköterska, undersköterska och naprapat)
- Flera utredningar under året berör nekrotiserande fasciit. Ett arbete pågår övergripande med att sammanställa dessa utredningar för att se gemensamma bakomliggande orsaker och framtagande av åtgärder.
- Dagkirurgin har ökat användandet av Suggamadex. Detta har bidragit till att användandet av Robinul-Neostigmin minskat och därmed har biverkan att patienter hade svårt att kissa post-op också försvunnit. Användandet av urinkateter har minskat betydligt, vilket är till stor fördel för patienterna.

Kopians giltighetsgaranteras endast utskriftsdatumet

Minskar även infektionsrisk som kan uppstå i samband med kateterisering.

- Blockadverksamheten inom Dagkirurgin har utökats, vilket bidrar till att färre patienter behöver sövas inför sitt ingrepp. Patienterna blir också bättre smärtlindrande.

Under året har också en ”Positiv händelseanalys” genomförts av VO BUS och VO Anestesi gemensamt i syfte att identifiera framgångsfaktorer av en lyckad handläggning vid hjärtstopp.

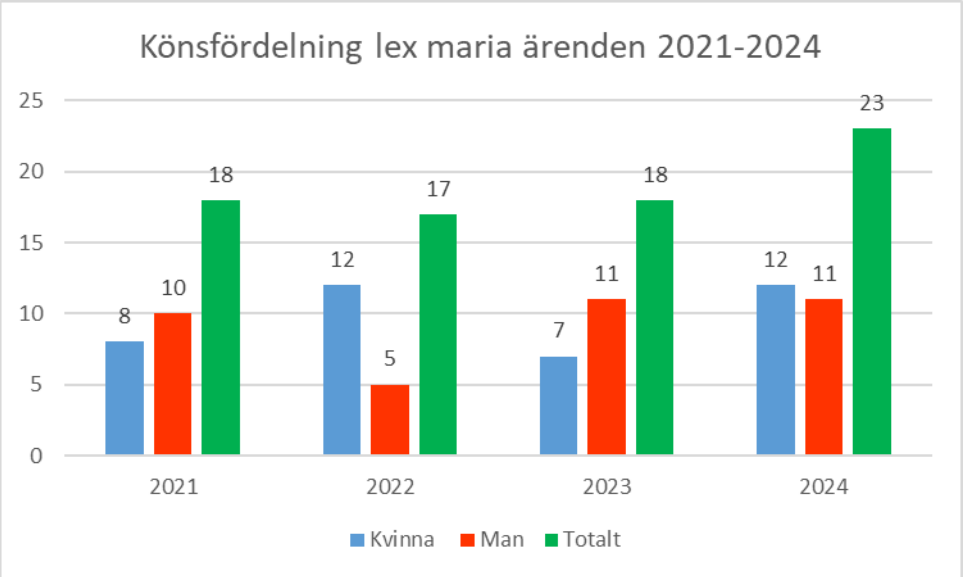
9 Avvikelser

9.1 Klagomål och synpunkter

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

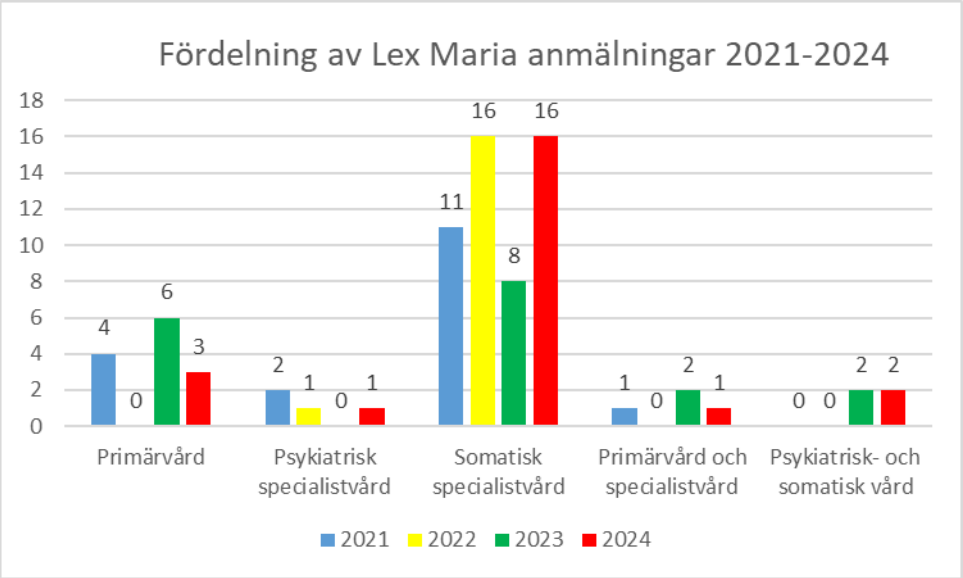
Lex Maria
År 2024 lämnade hälso- och sjukvårdsförvaltningen in 23 Lex Maria anmälningar till IVO. En ökning med ca 27 % från 2023

Antal	2021	2022	2023	2024
Ärenden till IVO, (Lex Maria)	18	17	18	23



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

Endast utskriftsdatumet



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

I sammanställningen ingår inte underlag från länets privata vårdgivare.

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

Anmälan av legitimerad personal

Enligt patientsäkerhetslagen ska legitimerad personal som kan utgöra en fara för patientsäkerhetsenheten anmälas till IVO. Under 2023 har 10 medarbetare anmälts utifrån ovanstående.

Enskilda klagomål

	2021	2022	2023	2024
Enskilda klagomål	80	89	81	69

Enskilda klagomål som kommer in till regionens verksamhetsområden från patienter/närstående via IVO. De IVO bedömer som allvarliga utreder myndigheten och regionen bistår med exempelvis journalhandlingar utredningar, yttrande etc. De IVO bedömer att verksamheterna inte har haft rimlig möjlighet att besvara avslutas av IVO och skickas tillbaka till berörd region och verksamhet att hantera, utreda och besvara. Medarbetare från HSR stöttar vid behov med utredningar och vid förbättringsarbete.
Könsfördelning kan i dagsläget inte tas fram för ovanstående klagomål.

Kopians giltighet garanteras ej efter utskrift

Tillsyner

	2021	2022	2023	2024
Tillsynsärenden/Inspektioner/Dialogmöten	5	5	0	2

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har i ett regeringsuppdrag genomfört en särskild tillsynsinsats avseende socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete mot mäns våld mot kvinnor, våld i nära relationer och hedersrelaterat våld och förtryck. Resultatet av tillsynen har sammanställts och redovisas i rapporten Tillsyn av socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete mot mäns våld mot kvinnor, våld i nära relationer och hedersrelaterat våld och förtryck – slutredovisning av regeringsuppdrag A2021/01714 som överlämnats till regeringen under våren 2024 och publicerats på IVO:s hemsida. Tillsynen har visat att både kommuner och regioner har brister i följsamhet till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2022:39) om våld i nära relationer. I rapporten framgår bland annat att 69 % av kommunernas socialnämnder och 38 % av regionernas vårdcentraler uppger att de inte följer samtliga regler i föreskriften, eller att de inte vet om de gör det. Kommunerna är fördelade över hela landet och vårdcentralerna återfinns i landets samtliga regioner. IVO förutsätter att rapportens resultat omhändertas i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. IVO erinrar särskilt om bestämmelserna i 5 kap. 3 och 3 a §§ 5 SOSFS 2011:9, där det framgår att den som bedriver socialtjänst eller är vårdgivare ska utreda synpunkter på verksamhetens kvalitet från myndigheter.

Regeringen beslutade den 9 mars 2023 att ge IVO uppdraget att under perioden 2023– 2025 förstärka den nationella tillsynen inom mödrahälsovård och förlossningsvård. Samtliga förlossningskliniker i Sverige har inspekterats under första halvåret 2024. Följande områden har granskats:
- Information och delaktighet
- Bemanning och kompetens
- Kommunikation och dokumentation
- Systematiskt patientsäkerhetsarbete.

Inspektionen har intervjuat personal samt klinikledning inom förlossning. De har även tagit del av de erfarenheter och synpunkter från patienter och anhöriga som har varit inskrivna i eftervården. IVO har även skickat ut tillsynsfrågor till personal inom förlossning och mödrahälsovård. Andra halvåret 2024 har ett urval av mödravårdscentraler inspekteras. Efter avslutade tillsyner har IVO kallat vårdgivaren till ett dialogmöte för att återföra tillsynens iakttagelser.
IVO har avslutat ärendet då de bedömer att vårdgivaren har genomfört och planerar att genomföra åtgärder som ger förutsättningar att komma till rätta med de brister som IVO har identifierat och redogjort för i sitt beslut i juni 2024.

Fortsatt uppföljning tidigare års inspektion
Under 2022 genomför IVO en nationell tillsyn av samtliga regioners sjukhusvård. För Region Gävleborgs del omfattade tillsynen en analys av behov av disponibla vårdplatser och kompetensbehovet inom somatisk respektive psykiatriska

Kopiering utöver detta får inte ske utan tillstånd från Intranätet

specialistsjukvården på kort och lång sikt. Tillsynen innebar även inspektion av delar av den somatiska verksamheten vid Gävle sjukhus. Resultatet visade att region Gävleborg inte har disponibla vårdplatser utifrån det faktiska behovet i likhet med flera andra regioner. Region Gävleborg har efter det arbetat med åtgärder över nuvarande arbetssätt för att säkerställa att vården bedrivs patientsäkert avseende tillgång till vårdplatser och kompetens.

I januari 2024 Skickade IVO ut begäran om återredovisning, status och effekt. Efter komplettering kom i maj beslutet. Inspektionen för vård och omsorg (IVO) avslutade ärendet men påtalar följande brister:

• Bristen på disponibla vårdplatser inom den somatiska specialistvården kvarstår delvis.

• Bristen att patienter som vårdas vid akutmottagningen riskerar att inte få sina behov av vård,

tillsyn, omvårdnad, läkemedel samt mat och dryck tillgodosedda kvarstår delvis.

IVO förutsätter att vårdgivaren inom ramen för det systematiska patientsäkerhetsarbetet fortsätter arbetet med att genomföra de redovisade åtgärderna samt följer upp att vidtagna åtgärder får avsedd effekt.

9.2 Avvikelser

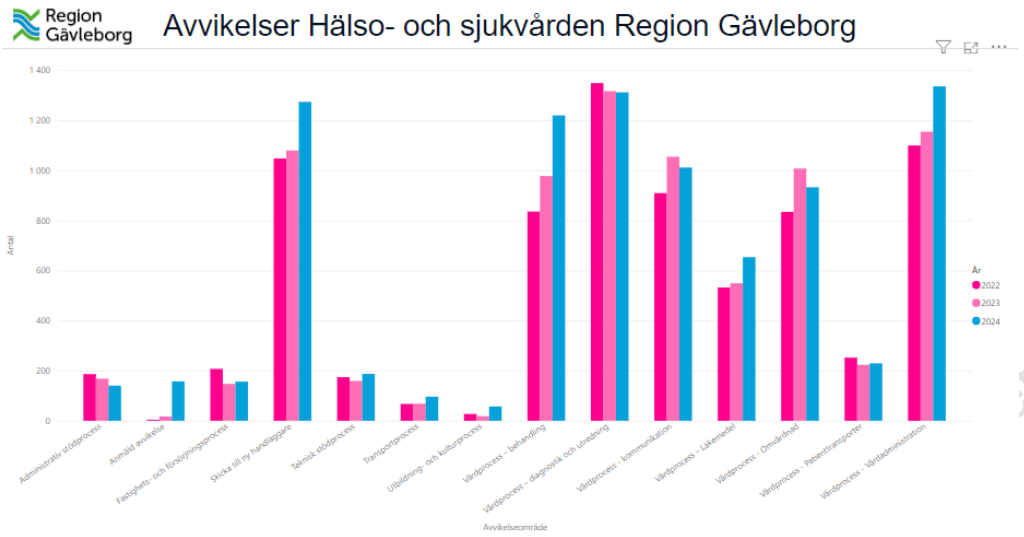
PSL 2010:659, 6 kap. 4 §, SOSFS 2011:9 5 kap. 5 §, 7 kap. 2 § p 5

Under 2023 skrevs 8439 avvikelser i Hälso- och sjukvårdsförvaltningen Region Gävleborg jämfört med 9104 avvikelser 2024.

Medarbetare uppmuntras att skriva avvikelser. Rapporterade tillbud, risker och händelser utreds i huvudsak av vårdenhetschef och vid behov i form av internutredning av kvalitetssamordnare. Avvikelsens utredning återkopplas direkt till rapportör och har lett till att flera enheter har en stående punkt på APT där orsak och beslutade åtgärder diskuteras.

Arbetsmiljöavvikelser redovisas på VSAM. Allvarliga avvikelser ska rapporteras till VC för ställningstagande till internutredning/händelseanalys. Strävan är att återkoppla utredningen även till patient och anhöriga. Ett övergripande mål är en god säkerhetskultur, där syftet med avvikelser är att hitta återkommande problem och risker, identifiera mönster och trender, som vi kan åtgärda och därmed uppnå en högre patientsäkerhet.

Kopians giltighet säkerställs endast utskriftsdatumet

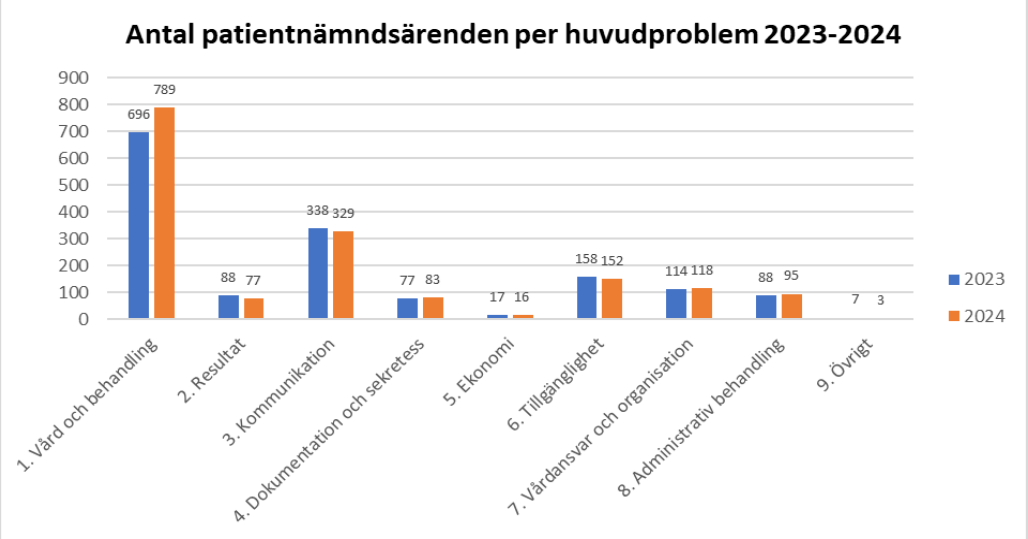


Det går inte att få könsuppdelad statistik från Platina Avvikelse.

9.3 Patientnämnden

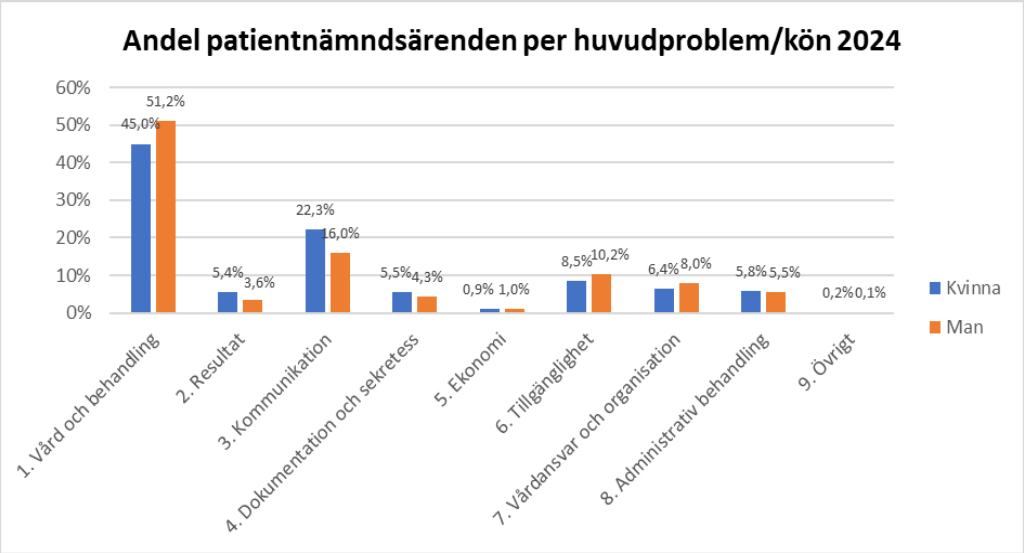
Patientnämndens förvaltning har under 2024 haft 2003 kontakter från patient/närstående varav 1662 har registrerats som ärenden. 341 kontakter handlade om information där det inte skickats något ärende till vården. Antalet ärenden har ökat med 5% jämfört med 2023 då det var 1583 ärenden. Sedan föregående år har antalet ärenden inom primärvård och psykiatrisk specialistvård ökat till skillnad från somatisk specialistvård som minskat.

Huvudproblemet *Vård- och behandling* har ökat jämfört med 2023 och är det mest förekommande med 47,5% därefter är det *Kommunikation* med 19,7%, se graf nedan.



Kvinnor har en ökad andel synpunkter inom huvudproblem *Resultat, Kommunikation* samt *Dokumentation och sekretess* jämfört med männen, se graf nedan.

Utskrift gäller endast med giltigt giltighetsdatum



Några kvalitetssamordnare har tillsammans med representanter från Patientnämnden diskuterat utformningen och upplägg av årssammanställningar. Flera verksamheter har önskat att få årssammanställningar med period 1 juli tom 30 juni då de vill använda materialet inför verksamhetsområdets verksamhetsplanering till kommande år. Under 2025 kommer vi att möta upp vårdens önskemål om när i tid de önskar sin sammanställning av ärenden.

9.4 Kvalitetsregister

Sammanlagt drygt 100 kvalitetsregister användes inom hälso- och sjukvården i Gävleborg under 2024. 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

9.5 Öka riskmedvetenhet och beredskap

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



Mål: God beredskap för perioder av ökad arbetsbelastning, bristande kompetensförsörjning, tekniska störningar och leveransproblem för läkemedel, medicinsk teknisk utrustning eller material.
Regionen har under året genomfört ett antal scenarioträningar – som exempel kan

nämnas Flödesmätning i Gävle och Hudiksvall 6-7 november, PDV övning (pågående dödligt våld) i Bollnäs 3 oktober, stationsövningar på akutmottagningar Gävle och Hudiksvall och traumaövning krigsskador 6 december.

Mål: Kontinuerligt arbete med vertikala - och horisontella prioriteringar på alla nivåer
Riskanalyser, SWOT-analys, GAP-analys genomförs lokalt och i samverkan med aktuella aktörer som grund för att identifiera risker och göra prioriteringar på kort och lång sikt.

Aktiviteter som genomförts för att uppnå målet är bland annat; Medicinsk prioriteringsordning rehab, medicinsk prioriteringsordning operation och samverkan mellan enheter/verksamhetsområden med fokus på patientsäkerhet.

Mål: Välutvecklad organisation för teamträning och simuleringsövningar för att klara påfrestningar med bibehållen patientsäkerhet.
Övning och flödesmätning har genomförts för evakuering vid särskild händelse, arrangerat av Säkerhet och beredskap tillsammans med KTC. Syftet med övningen var att analysera patientflöden och ”flaskhalsar” för att stärka förmågan att hantera händelse med många skadade eller sjuka utifrån socialstyrelsens dimensionerade målbilder för höjd beredskap. Övningen har genomförts i Gävle och Hudiksvall. Bollnäs har inte genomfört övningen 2024.

Fredagsövning, simulering med tema krigsskador i syfte att träna omhändertagande av krigsskadade i större omfattning och under påfrestningar med bibehållen säkerhet har genomförts fyra gånger under året.

KTC och regionens avdelning för säkerhet och beredskap har under året deltagit i TKS utbildning vid Karolinska sjukhuset. Syftet är att utveckla regionens beredskap vid masskadehändelser genom att införa utbildningsmodellen i Region Gävleborg.

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

10 Mål, Strategier för kommande år

Patientsäkerhetsarbetet grundar sig på Region Gävleborgs mål Stärkt patientsäkerhet och personcentrerad vård.

Patientsäkerhetskultur

- *Mål*: Att förstärka och fördjupa patientsäkerhetskulturen.
- *Strategier*: Implementera och öka användningen av Säkerhetskulturtrappan för att på ett strukturerat sätt mäta och utveckla säkerhetsnivåer i organisationen. Vidareutveckla och öka nyttjandet av Stratsys-modulen för strategiskt patientsäkerhetsarbete. Fortsatt implementering av Gröna Korset.

Patienten som medskapare/ Personcentrerad Vård

- *Mål*: Att fördjupa förståelsen för och stärka personcentrerad vård för att sätta patientens individuella behov och önskemål i fokus.
- *Strategier*: Arbeta för att synliggöra och främja en mer patientorienterad vård där patientens röst och perspektiv är centrala. Arbeta för att motverka "stuprör" inom vården och säkerställa att kommunikationen och samverkan mellan vårdprofessionerna är helhetsorienterad. Organisera patientsäkerhetsdialoger på särskilda boenden (Säbo), med fokus på att integrera patientperspektivet.

Adekvat kunskap och kompetens

- *Mål*: Att chefer och vårdpersonal har kunskap och kompetens som främjar en hög patientsäkerhet
- *Strategier*: Genomföra kontinuerlig patientsäkerhetsutbildning för chefer. Tillhandahålla introduktionsutbildningar för sjuksköterskor och undersköterskor, och stärka den diagnostiska säkerheten genom bl.a. utbildning.

Minska Vårdrelaterade Infektioner

- *Mål*: Att utveckla och implementera effektiva strategier för att minska vårdrelaterade infektioner och säkerställa hög följsamhet till hygienregler.
- *Strategier*: Skapa en strategi för att minska de vårdrelaterade infektionerna efter vägledning från kunskapsstyrningen.

Stärka system och processer mellan vårdgivare och i vård och behandling

- *Mål*: Att informationsutbyte mellan vårdgivare säkerställer en säker vård. Att vård och behandling baseras på ”Kloka kliniska val”.

Kopian är giltighetshanteras ej efter utskriftsdatumet

- *Strategier*: Arbeta för att stärka samverkan mellan vårdgivare och i vård och behandling genom bl.a. utbildning och samverkansmöten. Arbeta för att implementera Kloka kliniska val i verksamheten, vilket syftar till att fatta välgrundade och säkra beslut baserat på evidens och bästa praxis. Fokusera på verksamhetsuppföljning som särskilt belyser patientsäkerhet och kvalitet.

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet