Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse 2014

Landstinget Gävleborg

Innehåll

Sammanfattning 2
1. Övergripande mål och strategier 3
2. Organisatoriskt ansvar för patientsäkerheten 4
2.1. Stödfunktioner för patientsäkerhetsarbetet 6
3. Struktur för uppföljning/utvärdering 8
4. Uppföljningar genom egenkontroller 11
5. Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för att öka patientsäkerheten 13
6. Samverkan för att förebygga vårdskador 15
7. Riskanalys 16
8. Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet 16
9. Klagomål och synpunkter 16
9.1. Sammanställning och analys 17
9.2. Samverkan med patienter och närstående 19
10. Resultat 20
10.1. Strukturmått 20
10.2. Processmått 21
10.3. Resultatmått 25
11. Måluppfyllelse 31
12. Övergripande mål och strategier för kommande år 31

Sammanfattning

Landstingets ökade fokus på patientsäkerhet under 2014 har bidragit till en ökad medvetenhet kring betydelsen av en god patientsäkerhetskultur. Detta är en förutsättning för en patientsäker vård.

I patientsäkerhetsarbetet har landstinget vidtagit vissa åtgärder. En viktig åtgärd är att landstinget har utsett en särskild funktion med uppdrag att genomföra utbildningsinsatser och utveckla rutiner för att förhindra smittspridning utifrån VRE-utbrottet. En annan betydelsefull åtgärd är införandet av patientsäkerhetsronder/-dialoger vid samtliga divisioner. Vidare har ett antal vårdprocesser genomlysts och tydliggjorts kring roller och ansvar i syfte att säkra patienters väg genom vården. Flertalet landstingsgemensamma rutiner har tagits fram som ett led i att öka patientsäkerheten. Vidtagna åtgärder i det förebyggande arbetet mot tryckskador har resulterat i en betydande förbättring av förekomsten.

Månadsvisa uppföljningar utförs i verksamheterna gällande bland annat antibiotikaförskrivning, tryckskador, vårdrelaterade infektioner och följsamhet till basala hygien- och klädregler. Genomförda journalgranskningar bidrar till att identifiera vårdskador. Generellt är de dominerande skadetyperna vårdrelaterade infektioner, läkemedelsrelaterade skador, kirurgiska skador samt tryckskador och fall.

Ett fokus har funnits bland ledningsfunktioner för att öka medvetenheten kring vikten av avvikelserapportering som underlag till förbättringsåtgärder. De rapporterade avvikelserna har ökat till antalet jämfört med tidigare år.

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

Flertalet av landstingets fastställda mål är av nollvisionskaraktär, vilket innebär att en fullständig måluppfyllelse är ett långsiktigt arbete med fokus på ständiga förbättringar. Landstingets strategier och satsningar har lett till förbättringar inom några områden i riktning mot målvärdena. Landstinget uppnådde kraven samt indikatorerna i den nationella patientsäkerhetsöverenskommelsen.

Hanna-Karin Linck
Regionråd

Kjell Norman
Hälso- och sjukvårdsdirektör

1. Övergripande mål och strategier

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

- Beläggningsgrad (mål 92 procent)
- Förtroende för hälso- och sjukvården (mål 68 procent)
- Tillgång till hälso- och sjukvården (mål 80 procent)
- Patientsäkerhet VRI (mål 5 procent)

Därutöver har hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp fastlagt följande mål för perioden 2012 – 2015.

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

Strategierna för att nå målen är att

- Informera och utbilda för ökad kunskap
- Regelbundet följa upp styrkort
- Visualisera och kommunicera resultat
- Vidta och följa upp förbättringsåtgärder
- Tillämpa intern målrelaterad ersättning som morot att hjälpa till att nå målen

2. Organisatoriskt ansvar för patientsäkerheten

Ansvarsfördelningen nedan finns beskriven i direktiv ”Patientsäkerhetsarbete LG – Organisation och ansvarstruktur”

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

Verksamhetschef	• Formulerar mål för verksamhetens patientsäkerhetsarbete • Ansvarar för att det finns aktuella rutiner i verksamheten som utgår från de övergripande riktlinjer och rutiner • Följer upp verksamhetens förbättringsarbete, analyserar resultat och förbättringsåtgärder samt utvärderar dess effekter • Ansvarar för att patient/närstående erbjuds delaktighet i verksamhetens patientsäkerhetsarbete • Ger information till patient/närstående vid vårdskada • Vid vårdskada samarbeta med utsedd anmälningsansvarig person
Vårdenhetschef	• Ansvarar för tillämpning av fastställda övergripande styrdokument • Medverkar i framtagande, tillämpning och vidareutveckling av metoder • Vid riskanalys och händelseanalys ansvarar för att tid avsätts för arbetet • Följer upp resultat av insatta åtgärder efter analysarbete • Informerar medarbetarna om vårdgivarens beslut samt ansvarar för genomförande
Hälso- och sjukvårdpersonal	• Följer gällande lagstiftning, avtal och vårdgivarens beslut • Arbetar utifrån landstingets regelverk • Medverkar i förbättringsarbetet genom att anmäla observerade risker och registrerar avvikelser i avvikelsehanteringssystemet • Medverkar i utvecklingsarbetet av patientsäkerhetsområdet inom vårdenheten • Utifrån uppdrag medverka som teammedlem i riskanalys och händelseanalys • Medverkar i uppföljningar av insatta förbättringsåtgärder

2.1. Stödfunktioner för patientsäkerhetsarbetet

Stödfunktion	Stödfunktionens uppgifter
Chefläkare	• Divisionschefens stöd i patientsäkerhetsarbetet • Rådgivande i patientsäkerhetsarbetet
Verksamhetsutvecklare	• Divisionschefens stöd i patientsäkerhetsarbetet • Utgör stöd i verksamheternas utveckling inom patientsäkerhetsområdet
Beredningsgrupp - utvecklingsfrågor	• Beredningsgrupp för hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp (HSL) i övergripande patientsäkerhetsfrågor
Utsedd anmälningsansvarig person	• Vid vårdskada samarbeta med och utgöra stöd till verksamhetschef inför Lex Maria-anmälan • Kontaktperson med Socialstyrelsen
Kvalitetssamordnare	• Verksamhets- och vårdenhetschefens stöd i patientsäkerhetsarbetet.
Ledningssystemsamordnare	• Ledningssystem ILS för hantering och struktur av samtliga dokument för patientsäkerhet inklusive vårdrutiner” Kan infogas under Stödfunktioner som ”ILS-samordnare
Hygienombud	• Verksamhets- och vårdenhetschefens stöd i mätning, registrering och sammanställning av följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler. • Vårdhygiens kontakt till respektive vårdenhet
Utvecklingsmotorer	• Utgör stöd i utvecklingsarbetet för vård av äldre.
Patientnämnd	• Bidrar med erfarenheter från analys av patientsynpunkter
Lokal Stramagrupp	• Strategigrupp för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens

Vårdhygien	• Planerar och samordnar infektionsförebyggande arbete • Stödjer verksamheterna i det lokala arbetet med god hygien
Smittskydd Gävleborg	• Arbetar utifrån lagstiftning
Läkemedelskommittén	• Arbetar utifrån regionala och nationella rekommendationer
Centrum för forskning och utveckling Gävleborg (CFUG)	• Stödjer och stimulerar till forskning och utveckling inom landstingets samtliga verksamheter. • Bidra till att ökad FOU-kompetens uppnås och används för att förbättra kvaliteten i landstingets olika verksamheter.
Samhällsmedicin Gävleborg	• Ansvarar för vissa övergripande analyser samt ge förslag till förbättringsområden
Internkontrollenheten	• Säkerställer att det finns övergripande arbetssätt, metoder och verktyg för intern kontroll • Utbildar riskanalysledare

Utvecklingsavdelningen Arbetar på beställda definierade uppdrag inom de områden som här intill är listade	• Samordnar landstingets övergripande arbete inom patientsäkerhet • Utarbetar policydokument, direktiv, och rutiner • Samordnar och driver landstingets övergripande läkemedelsfrågor • Samordnar och driver landstingets övergripande kliniska utbildningar • Tar fram underlag inför planering, uppföljning och utvärdering • Samordnar utbildning och kompetensutveckling inom området patientsäkerhet • Sammanställer, analyserar och rapporterar avvikelser • Samordnar och skriver patientsäkerhetsberättelsen för Landstinget Gävleborg • Ger metodstöd • Leder och stödjer vid riskanalyser och händelseanalyser • Samordnar och genomför interna nätverksträffar för att kompetensutveckla utbildade och verksamma analysledare • Samordnar och genomför kontinuerliga nätverksträffar för kvalitetssamordnare.

3. Struktur för uppföljning/utvärdering

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

Flertalet verksamheter gör uppföljning av det dagliga vårdarbetet till exempel kvalitet, produktion, tillgänglighet och läkemedel som finns i beslutstödsystemet ”Cyklop” med färdiga rapporter. Resultaten visualiseras på styrtavlor/resultattavlor.

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

Samhällsmedicin Gävleborg gör årligen analys av resultaten från ”Öppna jämförelser”.

Kvalitetsråd finns inom respektive division och därutöver sker gemensamma träffar för samtliga kvalitetssamordnare.

Avvikelser registreras i Platinas avvikelsemodul och hanteras av berörd chef. Därefter återkopplas avvikelsen på individnivå och arbetsplatsträffar. Se även rubrik 8.

Utbildade team med sjuksköterskor och läkare genomför varje månad ett antal journalgranskningar för att identifiera vårdskador och mönster av vårdskador.

Utsedda team bestående av ledningsfunktioner i divisionerna genomför patientsäkerhetsronder/-dialoger i verksamheterna. Syftet med ronderna är att inhämta synpunkter från medarbetare. Utifrån dessa förs dialog med ledningsgrupperna för att bidra till en ökad medvetenhet och stimulera till ett förbättrat kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

En gemensam uppdragsbeskrivning för medicinska rådgivare inom division primärvård har tagits fram där bland annat ansvar för patientsäkerhetsarbete tydliggörs.

En teknisk kommitté fungerar som stöd till verksamhetscheferna inom hälso- och sjukvården för att följa upp tekniska försörjningssystem.

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

Landstinget har deltagit i de nationella punktprevalensmätningarna BHK, VRI och trycksår 2014.

Webbaserad utbildning kring hygienrutiner och klädregler finns för samtlig vårdpersonal och ingår i introduktionsprogram för nyanställda. Hygienrutiner och klädregler tas upp i medarbetarsamtalen. Fastställd rutin finns ”Hygienrutiner och klädregler”. Mötesforum för enhetsanknutna hygienombud finns.

Utifrån VRE-utbrottet har en styrgrupp bildats och en särskild funktion utsetts med uppdrag att genomföra utbildningsinsatser och utvecklat rutiner för att förhindra smittspridning.

Smittskyddsenheten följer smittskyddsläget i länet och kontaktar läkare, verksamhetschefer och divisionschefer i ärenden som rör anmälningspliktiga sjukdomar. Smittskyddsenheten har även kontakt med allmänhet och övriga myndigheter i länet beträffande smittskyddsfrågor.

Läkemedelsenheten utgör ett stöd i förbättringsarbetet för att förebygga läkemedelsfel. Kliniska apotekare och verksamheterna arbetar tillsammans med läkemedelsgenomgångar, säkerställande av aktuella läkemedelslistor och genomförande av utbildningsinsatser.

Strama är landstingets enhet med kunskap för rationell antibiotikaanvändning. De analyserar antibiotikaförskrivningarna månatligt och informerar ledning och berörda verksamheter om förskrivningsmönster och riktlinjer.

Dagliga vårdplatsmöten med representanter från vårdavdelningar och akutmottagning genomförs i syfte att optimera patientbeläggning/-flöde.

Vid inskrivning på vårdavdelning identifieras patienter med hög risk för återinskrivning. Dessa patienter rings upp av primärvården inom fyra dygn efter utskrivning i syfte att ta del av patientens upplevelse av delaktighet och trygghet i samband med vård/behandling.

4. Uppföljningar genom egenkontroller

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

Område	Omfattning	Källa	Analys
Journalgranskning enligt nationella markörer	Minst 50 journaler granskas/månad vid medicin- och kirurgavdelningar	Journalsystemet Melior	Sker inom berörda verksamheter
Riktad journalgranskning	Utifrån verksamhetens intentioner	Relevanta journalsystem	Sker inom berörda verksamheter
Avvikelser	Rapporteras fortlöpande	Avvikelsemodul i IT-stödet Platina	Utreds, åtgärdas och återkopplas till ledningsgrupp och på arbetsplatsträff
Patientnöjdhet	Berörda verksamheter deltar i nationella mätningar och/eller genomför egna mätningar	Nationella patientenkäter och/ eller egna enkäter	Sker inom berörda verksamheter
Kundnöjdhet	Berörda verksamheter efterfrågar beställares synpunkter	Egna enkäter	Sker inom berörda verksamheter
Medarbetarnöjdhet	Samtliga medarbetare besvarar enkät en gång/år	QPS och HME	Analys och åtgärder sker på olika organisatoriska nivåer
Ackrediterade/certifierade verksamheter	Internrevisioner genomförs systematiskt enligt plan	Relevanta ackrediterings-/ certifieringsorgan	Sker inom berörda verksamheter
Brand, medicinteknisk utrustning, strålskydd, arbetsmiljö, miljö m.fl.	Säkerhetsronder genomförs systematisk enligt plan	Protokoll	Sker inom berörda verksamheter

Område	Omfattning	Källa	Analys
Tillgänglighet	Ledtider för bild- och funktionsmedicin, väntetider till besök och behandling samt telefontillgänglighet följs regelbundet	Beslutsstödssystemet Cyklop och nationell databas	Analys och åtgärder sker på alla organisatoriska nivåer.
Överbeläggningar och utlokaliserade patienter	Beläggningsgrad följs dagligen	Landstingets gemensamma databas (BOV) samt nationell databas	Sker inom berörda verksamheter
Återinskrivningar	Regelbunden uppföljning sker av antalet patienter som återinskrivs inom 30 dagar efter utskrivning	Beslutsstödssystemet Cyklop	Sker inom berörda verksamheter
Ledtider diktat patientjournal	Mätning av antal dagar från diktering av läkaren till dokumentation i journal	Dikteringssystemet Medspeech	Sker inom berörda verksamheter

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

Patientsäkerhet har varit ett fokusområde inom divisionernas ledningsgrupper och på chefsdagar.

Utifrån utbrott av VRE (vankomycinresistenta enterokocker) har ett antal åtgärder vidtagits för att förhindra spridning exempelvis

- utbildning i vårdhygien för all personal inom vårdnära miljöer
- utökad städning på vårdavdelningar och mottagningar
- utökat antal ut- och inlämningsställen av personalkläder samt förbättrad process kring klädhantering
- ökad tillgänglighet av handsprit till patienter och besökande

Vårdhygien har genomfört besök om 2-8 timmar på vårdenheter för att observera det vårdhygieniska arbetet. Analysen av dessa observationer har lett till förbättringsförslag och åtgärder.

I syfte att underlätta för verksamheterna att följa sina resultat gällande följsamheten till BHK har en rapport i beslutstödssystemet Cyklop utarbetats.

Ett antal åtgärder för att minska antalet vårdenhetsuppkomna tryckskador har genomförts exempelvis genom utbildningsinsatser, tryckavlastande madrasser, hälavlastning, nutrition mm. En stödfunktion har aktivt medverkat i verksamheterna för att stimulera till ett evidensbaserat arbetssätt.

Samtliga divisioner har genomfört ett antal patientsäkerhetsronder/-dialoger vilket har resulterat i förbättringsförslag inom patientsäkerhetsområdet.

Hälsovalskontoret har utfört medicinsk revison vid några enheter inom primärvården vilket också har resulterat i förbättringsförslag inom patientsäkerhetsområdet.

Under året har fortsatt fokus varit på sambandet mellan arbetsmiljö och patientsäkerhet. Division Primärvård har implementerat modellen MaPSaF (Manchester Patient Safety Framework). Ett flertal enheter har använt sig av modellen för att kartlägga enhetens syn på patientsäkerhet. Utifrån detta har förbättringsområden framkommit som enheterna arbetar vidare med.

Med hänsyn till sambandet mellan arbetsmiljö och patientsäkerhet har utbildningar genomförts beträffande stresshantering för chefer och medarbetare.

Under året har förberedelser inför breddinförande av elektroniska remisser genomförts med syfte att öka patientsäkerheten och förbättra ledtiderna.

Många nya arbetssätt har implementerats för en ökad patientsäkerhet, exempelvis skickar primärvården digitala bilder på misstänkta hudförändringar till hudspecialist för bedömning. Detta innebär säkrare diagnostik, färre besök och färre onödiga eller felaktiga ingrepp och därmed minskad risk för komplikationer.

Fokus har lagts på komptensväxling för att säkra bristyrken och möjliggöra karriärvägar. Exempel är bland annat att ultraljudsundersökningar utförs av biomedicinska analytiker istället för röntgenläkare, skopiundersökning utförs av specialistutbildad sjuksköterska istället för läkare, patienter med högt blodtryck samt de med pacemaker får återbesök till sjuksköterska istället för till läkare.

Ett nytt arbetssätt har införts på en hälsocentral. Ett jourteam har bildats som består av olika kompetenser. Patienter som behöver vård samma dag slussas till rätt yrkeskategori i teamet, istället för att gå via läkare. Detta medför bland annat ett snabbare omhändertagande av patienten och frigör läkarresurser.

Ett projekt bedrivs i syfte att skapa förutsättningar för en god nutrition för patienter. En gemensam modell för nutritionsplan och nutritionsepikris ska utvecklas.

Flertalet ledningsfunktioner har besökt non-profit hälso- och sjukvårdorganisation Kaiser Permanente, USA. Syftet var att ta del av deras framgångsrika arbete, metoder och processer som ett led i utvecklingen av Landstinget Gävleborgs framtida hälso- och sjukvård. Landstinget strävar efter att flytta fokus från ekonomistyrning till kunskaps- och kvalitetsstyrning.

Inom Division Medicin Psykiatri utbildas medarbetare i en evidensbaserad metod för att genomföra förbättringsarbeten på ett strukturerat och effektivt sätt.

6. Samverkan för att förebygga vårdskador

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

För att tydliggöra roller och ansvar och skapa enhetliga arbetssätt har landstingsgemensamma rutiner tagits fram exempelvis tracheotomerad patient, akutvagnar/akutberedskap och tobaksfri i samband med operation.

Ett antal vårdprocesser har genomlysts i syfte att tydliggöra verksamheters roller och ansvar för att säkra patientens väg genom vården, exempelvis för akutverksamheten och prostatacancer.

Under året har ett osteoporosprojekt startats som berör flera verksamheter. Syftet är att förbättra behandling för patienter med misstänkt osteoporos (benskörhet) och skapa ett fungerande frakturflöde.

Samverkan mellan primärvården och ambulansverksamhet har utvecklats för att styra patienten till rätt vårdnivå. För trygg vård nattetid gör ambulanspersonal hembesök till patienter där det uppstått behov och det inte tidigare funnits en planerad vårdinsats, exempelvis spolning av urinkateter.

Inom de opererande specialiteterna har en gemensam rutin tagits fram för övervakning av överfylld urinblåsa för att förhindra vårdskador i samband med operation. Vidare har utbildningsinsatser genomförts.

Cancerrådet Gävleborg har initierat ett arbete med standardiserade vårdförlopp utifrån den nationella cancerstrategin.

Ambulansverksamheten och primärvården har tillsammans gjort en riktad uppföljning av patienter som är ”mångåkare” för att identifiera om ytterligare insatser kunnat ske för att undvika obehövliga ambulanstransporter.

Landstinget deltar i flera nationella projekt såsom ”Säker bukkirurgi”, ”DigiPat” utveckling av digital patologi samt ”Bättre flöde i vården” - där landstinget valt att arbeta med området makrohematuri (urinblåsecancer).

En gränsdragningsgrupp finns som hanterar frågeställningar som rör gemensamma områden och egenvårdsfrågor mellan kommuner, specialistvård och primärvård utifrån ett hälso- och sjukvårdsansvar.

Landstinget och kommunerna i länet har gemensamma samverkansforum för olika grupperingar mellan huvudmännen.

7. Riskanalys

En rutin finns för när och hur riskanalyser ska genomföras. Internkontrollenheten svarar för utbildning av riskanalysledare och fungerar även som stöd vid genomförande av riskanalyser.

Vid planering av större förändringar genomförs riskanalyser. I vardagen sker i allt större utsträckning riskanalyser även vid mindre förändringar som direkt eller indirekt berör patientsäkerheten. Exempel på genomförda riskanalyser under året är införande av elektroniska remisser, flytt av dagkirurgin och implementering av Patientlagen.

8. Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporterings-skyldighet

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

Avvikelsesystemets kategorisering möjliggör sammanställning och analys för att upptäcka mönster och trender.

När händelsen bedöms vara av allvarlig karaktär (risktal 8 eller mer) beslutar verksamhetschef att internutredning/händelseanalys ska utföras. IT-stödet Nitha används vid rapportskrivning av händelseanalyser. I samråd med chefläkaren görs bedömning om händelsen ska Lex Maria-anmälas. Fastställd rutin finns för Lex Maria-hanteringen.

9. Klagomål och synpunkter

Patient och/eller närstående kan lämna klagomål och synpunkter direkt till verksamheterna, patientnämnden eller Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Patientklagomål som kommer till verksamheten registreras i Platinas avvikelsemodul. Ärendena hanteras som övriga avvikelser (se rubrik 8).

För de ärenden som verksamheterna får från patientnämnden ansvarar berörd chef för att utreda ärendet genom att inhämta information från berörd personal och

journal. Återkoppling sker till patient och/eller närstående, på arbetsplatsträffar och ledningsgrupper.

Patientnämndens handläggare har dialoger med verksamheterna och är behjälpliga att analysera mönster av inkomna ärenden. Patientnämnden redovisar varje månad en sammanställning av de ärenden som kommit till respektive verksamhet.

En landstingsgemensam rutin finns för hantering av patientnämndsärenden samt för hantrering av anmälan om fel i vården till IVO.

9.1. Sammanställning och analys

Avvikelser, Lex Maria och anmälan om fel i vården
Tabellen nedan visar antalet ärenden under perioden 2011 - 2014

	2011	2012	2013	2014
Totalt antal avvikelser under året inom landstinget	5 947	7 966	8 218	8 434
Varav avvikelser inom området vårdprocesser under året	4 373	5 500	5 839	6 120
Antal Lex Maria-anmälningar som utretts under året	39	44	34	48
Antal anmälan om fel i vården till IVO som inkommit under året	68	202	185	137

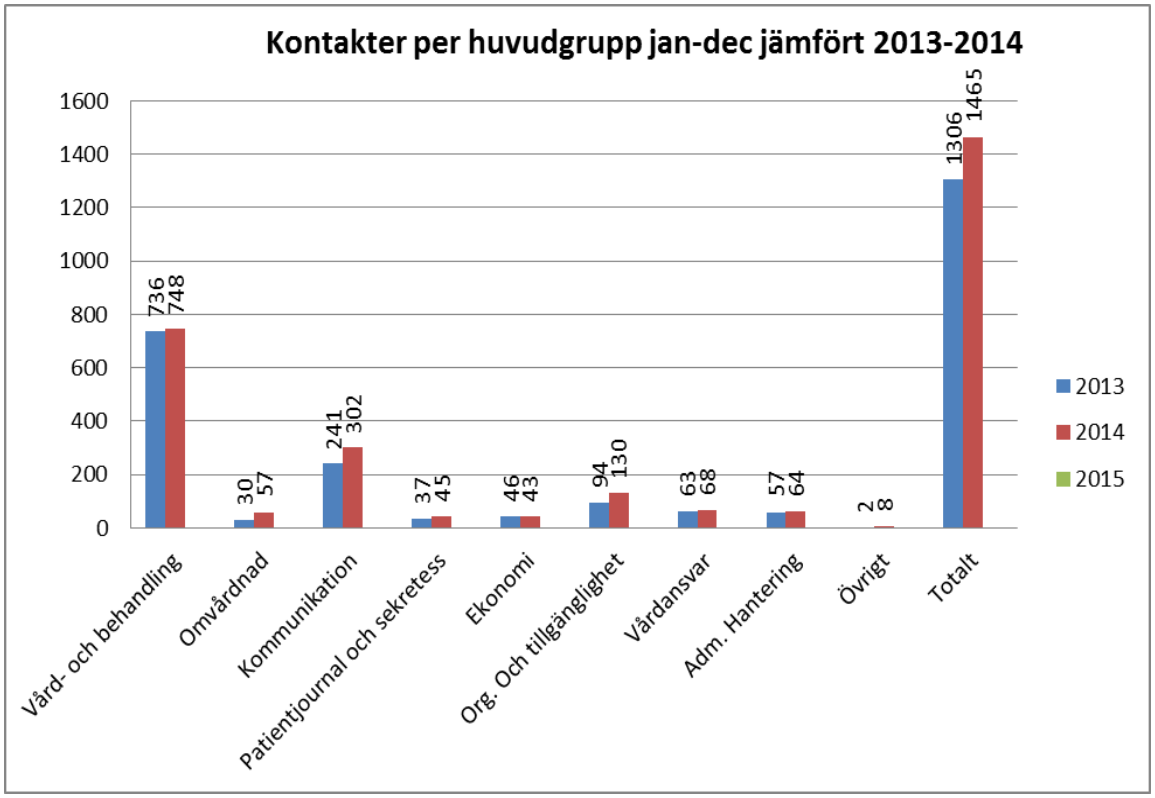
Kommentar:
Antalet avvikelser har ökat, den största andelen finns inom huvudgruppen vårdprocesser (73 procent). De största andelarna återfinns i undergrupperna vård och behandling (44 procent), vårdadministration (16 procent) och samverkan (13 procent).

Av Lex Maria anmälningarna utgör ca 43 procent suicid.

Patientnämndsärenden
Patientnämndens kansli har totalt haft 1465 kontakter från patient/anhörig. Av dessa kontakter rör 1131 stycken landstingets hälso- och sjukvård där några ärenden har lett till Lex Maria-anmälningar.

De flesta ärendena kommer från patienter i åldersspannet 50-69 år som representerats av kvinnor i dubbelt så stor utsträckning som män.

Nedanstående figur visar antal kontakter till patientnämnden under perioden 2013-2014.



Kommentar:
Under 2014 har det varit en ökning av antalet ärenden med cirka 12 procent jämfört med 2013. Det har varit en marginell ökning av vård- och behandlingsärenden medan antalet omvårdnad ökat med 90 procent, organisations/tillgänglighetsärenden med 38 procent samt kommunikationsärenden med 25 procent.

Flera ärenden handlar om otydligheter vem som har eller tar vårdansvaret för patienten. Det hänvisas ofta till andra verksamheter vilket medför att patienterna upplever att de själva måste hålla i sina egna vårdprocesser för att det ska fungera. Vårdansvar brister främst mellan specialistvård och primärvård.

Liksom föregående år kan många ärenden härledas till hyrläkarfrågan. Det blir många olika kontakter där patienterna upplever att det inte finns någon som tar ett helhetsansvar för dem vilket i vissa fall lett till att diagnoser fördröjs eller blir felaktiga.

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

I många av ärendena finns uppgifter om borttappade/fördröjda remisser, prover och provsvar vilket i sig medfört patientsäkerhetsrisker.

9.2. Samverkan med patienter och närstående

Patienter och närstående erbjuds att delta vid vårdplanering. Vårdplanering via videokonferens används i större utsträckning.

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

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

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

I samband med vissa verksamhetsförändringar anordnas befolkningsträffar.
Vid vissa utvecklingsarbetet/projekt medverkar patienter/brukarorganisationer genom exempelvis fokusgrupper. Vidare sker regelbundna möten med brukarorganisationer för att ge information och inhämta synpunkter. Inom vissa verksamhetsområden förekommer även anhöriggrupper.

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

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

10. Resultat

10.1. Strukturmått

Utbildningsinsatser
Nedanstående tabell är exempel på utbildningar som Kliniskt träningscentrum arrangerat

Utbildningstyp	Antal personer	Kommentar
SBAR	961 deltagare	SBAR är ett kommunikations-/samtalsverktyg
Simuleringsövningar	293 deltagare	Främst verksamheterna centraloperation, röntgen och intensivvård
HLR	516 deltagare	Därutöver bedrivs utbildningar av enhetsanknutna HLR-instruktörer.
Skydd mot Ebola smitta	590 deltagare	Förfarandet vid på- och avklädning av skyddsutrustning, omhändertagande av smittad patient samt omhändertagande av smittförande skyddsutrustning.

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

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

Stramagruppen har informerat alla enheter om riktlinjerna för diagnostik av infektionssjukdomar och vid vilka tillstånd som antibiotika anses göra nytta.

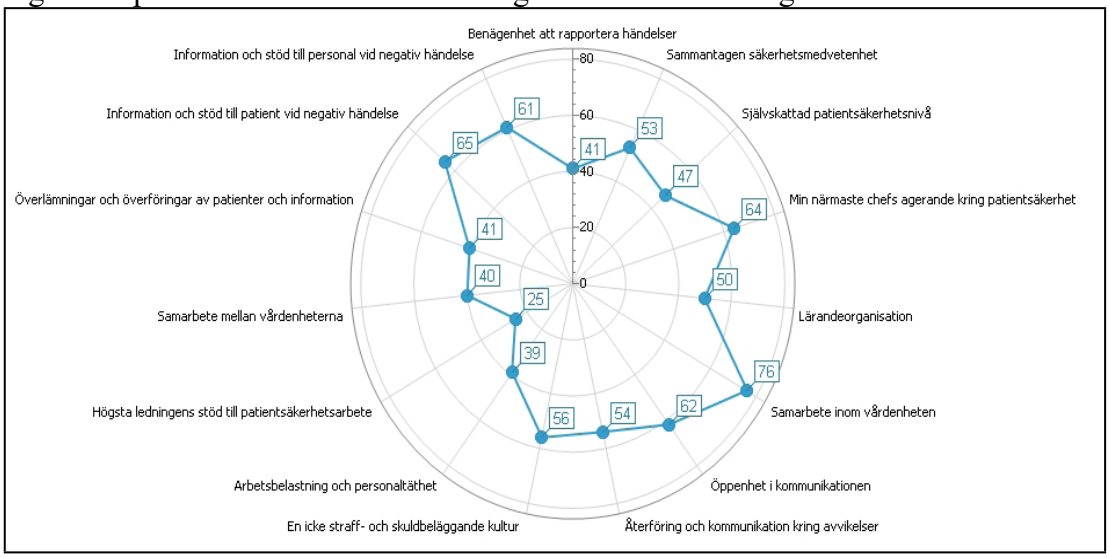
Utifrån de nationella riktlinjerna om sjukdomsförebyggande metoder har fortsatta utbildningsinsatser genomförts. Totat har 690 personer utbildats under året. Dessutom har informationsmaterial tagits fram för såväl medarbetare som patienter/befolkning.

Omkring 660 personer har deltagit vid något av de 36 informationstillfällena som erbjudits om Patientlagen.

10.2. Processmått

Patientsäkerhetskultur

Under 2013 genomfördes en patientsäkerhetskulturmätning och handlingsplaner togs fram på olika nivåer. Resultat framgår i nedanstående figur.

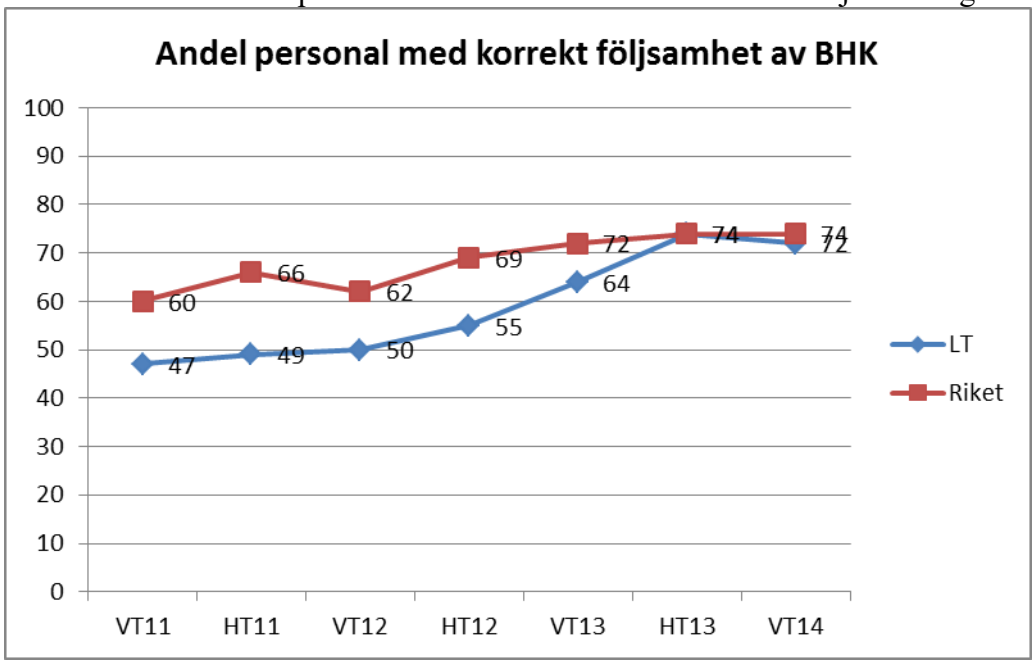


Kommentar

Utifrån tidigare handlingsplaner har mål och aktiviter uppdaterats. De fem prioriterade områdena är högsta ledningens stöd till patientsäkerhetsarbetet, arbetsbelastning och personaltäthet, benägenhet att rapportera händelser, överföring och överlämning av patienter och information samt lärande organisation. Arbetet fortskrider med de fem prioriterade områdena.

Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler

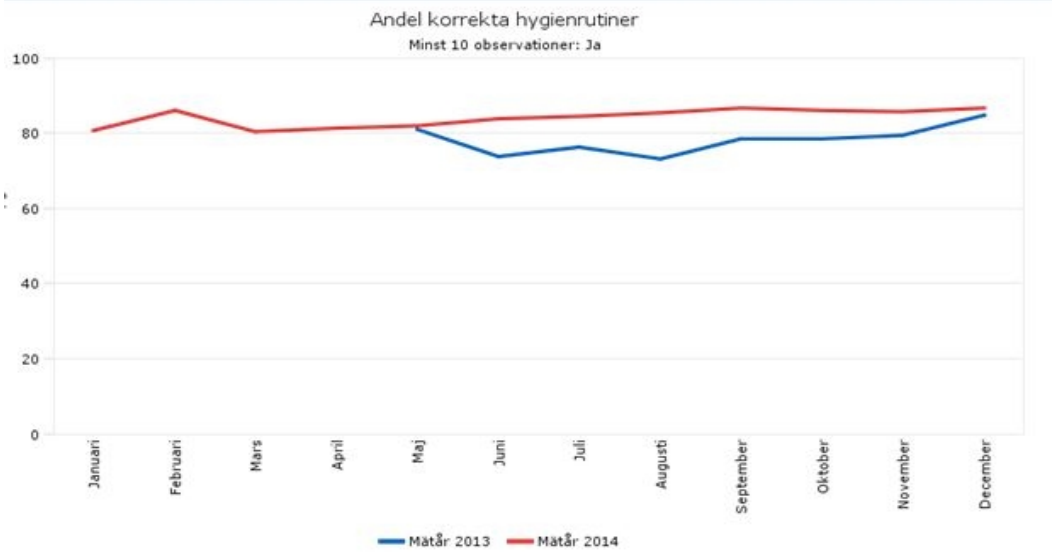
Nedanstående figur visar resultaten av de nationella punktprevalensmätningarna mellan åren 2011-2014. Mätningarna omfattar den landstingsfinansierade vården vilket innebär att även privata hälsocentraler och Aleris Bollnäs sjukhus ingår.



Kommentar:

Sedan 2011 har följsamhet till BHK förbättrats betydligt och ligger nu i nivå med riket, men behöver förbättras ytterligare.

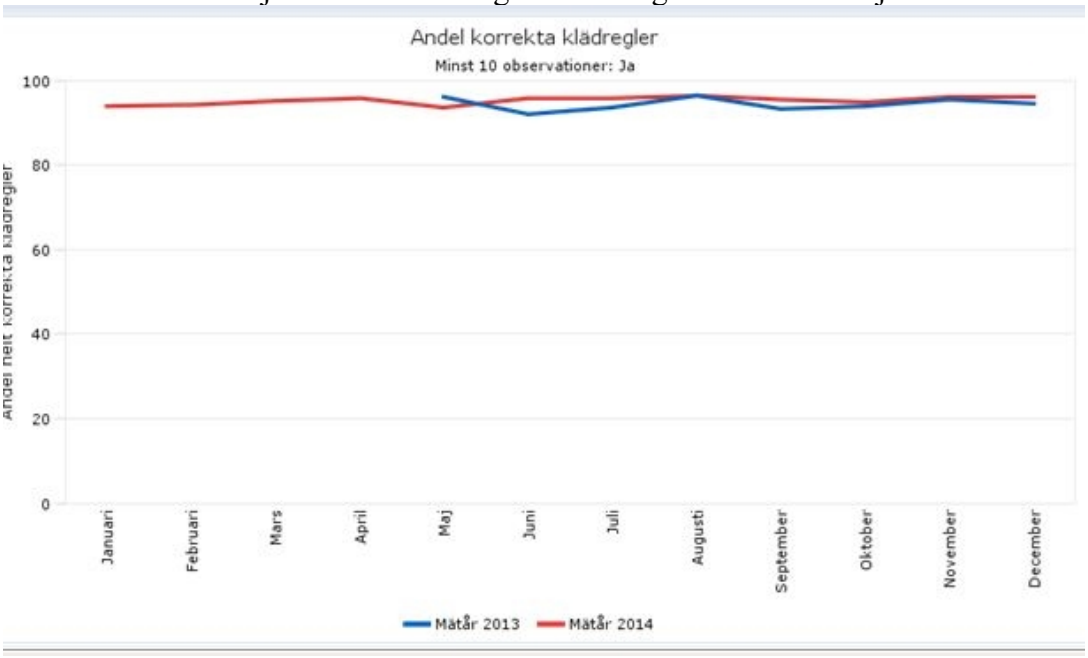
Nedanstående figur visar resultaten för landstingets egna månadsuppföljningar av verksamheternas följsamhet till hygienrutiner. Mätningarna startade maj 2013.



Kommentar

Följsamheten till hygienrutiner behöver förbättras främst vad gäller desinfektion före direktkontakt med patient och användning av skyddsrock/plastförkläde.

Nedanstående figur visar resultaten för landstingets egna månadsuppföljningar av verksamheternas följsamhet till klädregler. Mätningarna startade maj 2013.



Kommentar:
Generellt är följsamheten till klädregler god.

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

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

Kommentar
Förändringen mellan 2013 – 2014 beror bland annat på omprioritering av arbetsinsatser på grund av VRE-utbrottet samt stor personalomsättning.

Politiskt beslutade övergripande mål och dess utfall
Nedan tabell visar på resultat för beläggningsgrad (BOV), förtroende för och tillgång till hälso- och sjukvården (befolknings uppfattning enligt Vårdbarometern) samt vårdrelaterade infektioner (enligt nationella PPM)

Indikator	Mål 2013	Utfall 2013	Mål 2014	Utfall 2014
Beläggningsgrad	92 %	91 %	92 %	93 %
Förtroende för hälso- och sjukvården	67 %	65 %	68 %	60 %
Tillgången till hälso- och sjukvården	84 %	77 %	80 %	73 %
Patientsäkerhet VRI	5 %	10 %	5 %	11 %

Kommentar
Det finns generellt ett nedåtgående resultat i hela landet vad gäller befolkningens förtroendet för sjukvården och uppfattning av vilken tillgång man har till vården. Landstinget ligger bland de som har lägst resultat.

Beläggningsgrad
Tabellen nedan visar beläggningsgraden per månad under året.

Månad	**01**	**02**	**03**	**04**	**05**	**06**	**07**	**08**	**09**	**10**	**11**	**12**
Genomsnittligt antal disponibla vårdplatser per dygn	579	580	571	580	566	545	523	539	561	568	570	557
Genomsnittligt antal överbeläggningar/dygn	29	28	23	22	23	20	26	22	23	17	20	23
Genomsnittligt antal utlokaliserade patienter/dygn	11	8	6	9	9	10	11	7	8	8	9	11

Kommentar
Överbeläggningar och utlokaliserade patienter till andra vårdenheter rapporteras dagligen till den nationella databasen och det finns en fastställd rutin för detta. Trots att olika insatser har genomförts har antalet överbeläggningar och utlokaliserade patienter ökat sedan 2013. Detta medför olägenheter för både patienter och personal men något direkt samband med rapporterade vårdskador har inte påvisats.

Läkemedelsgenomgångar
Lokala läkemedelsrutiner finns för de flesta vårdenheterna och arbetet med enkla och fördjupade läkemedelsgenomgångar har utvecklats. Exempelvis har Division Primärvård genomfört 2 703 fördjupade läkemedelsgenomgångar, vilket är en ökning med 7,6 procent.

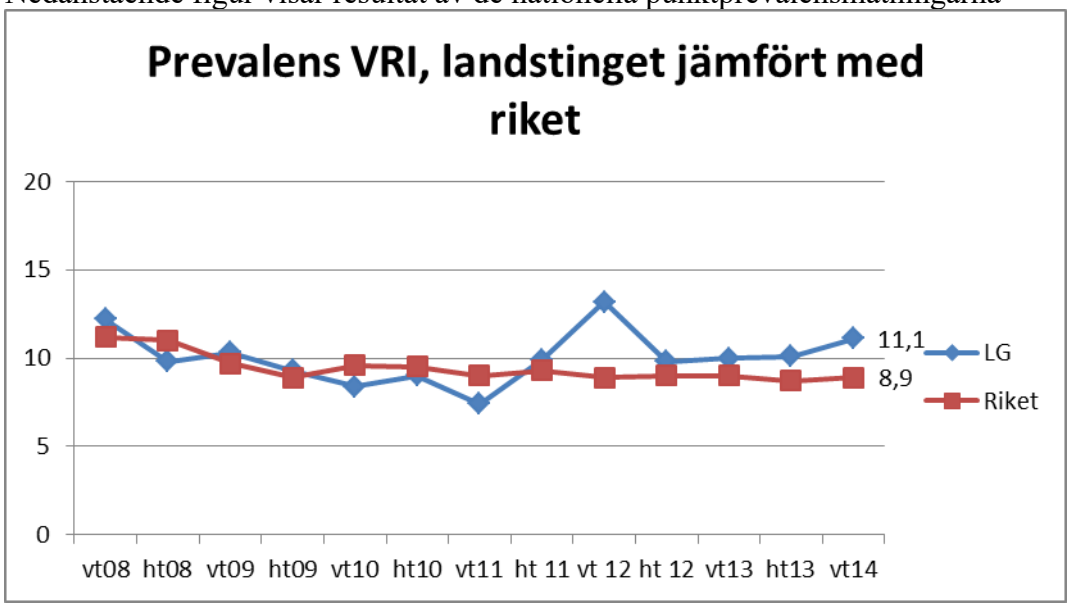
Medarbetarnöjdhet
Landstinget har för fjärde gången genomfört en medarbetarenkät. Svarsfrekvensen var 86 procent. Svaren räknas om till index för varje område. Nedanstående tabell visar indexvärden (0–100) för hållbart medarbetarengagemang. Landstingets mål är att nå ett index på minst 75.

	2011	2012	2013	2014
Motivation	72	74	73	79
Ledarskap	71	74	70	75
Styrning	70	72	73	74

Kommentar
Index gällande motivation och ledarskap har ökat markant.

10.3. Resultatmått

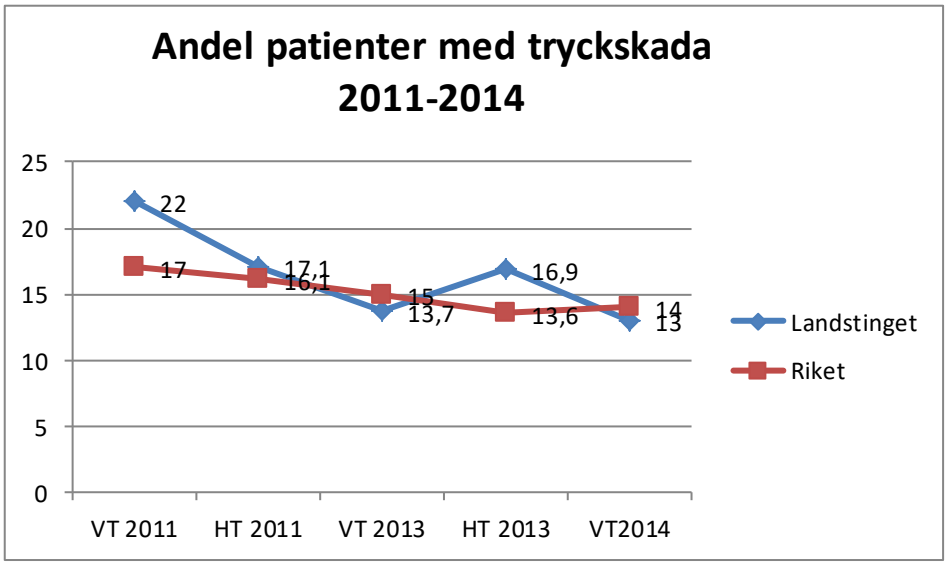
Vårdrelaterade infektioner (VRI)
Nedanstående figur visar resultat av de nationella punktprevalensmätningarna



Kommentar
Ett antal åtgärder har genomförts men har hittills inte fått genomslag på resultatet vilket ligger över riksgenomsnittet. De fyra vanligaste infektionerna i storleksordning är UVI (blåskatarr + njurbäckeninflammation), lunginflammation, ingreppsrelaterade infektioner och tarminfektioner.

Trycksår

Nedanstående figur visar resultat av de nationella punktprevalensmätningarna

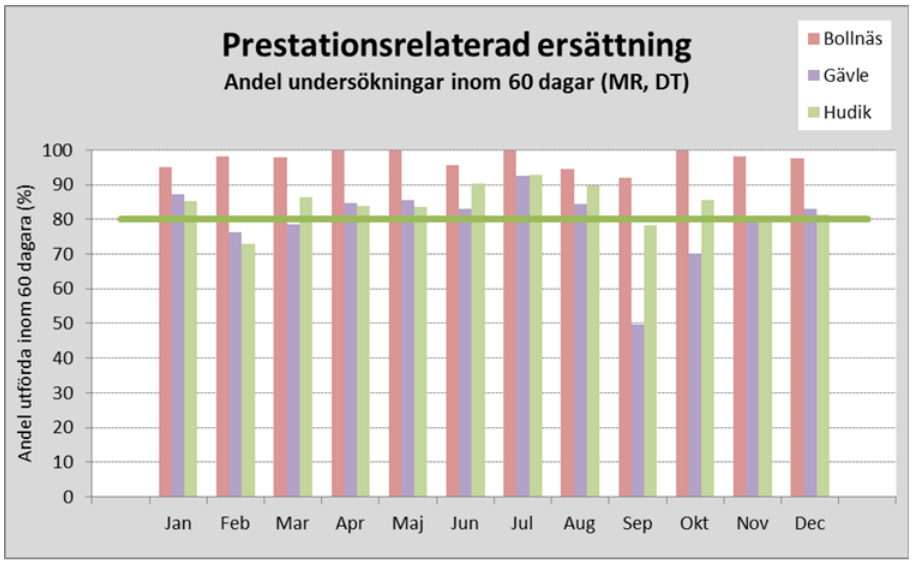


Kommentar

De insatser som genomförts har resulterat i en succesiv minskning av patienter med tryckskador. 2014 års resultat är bättre än riksgenomsnittet. Vid den interna mätningen i november 2014 hade andelen tryckskador minskat till 7 procent.

Ledtider inom Bild- och funktionsmedicin

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



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

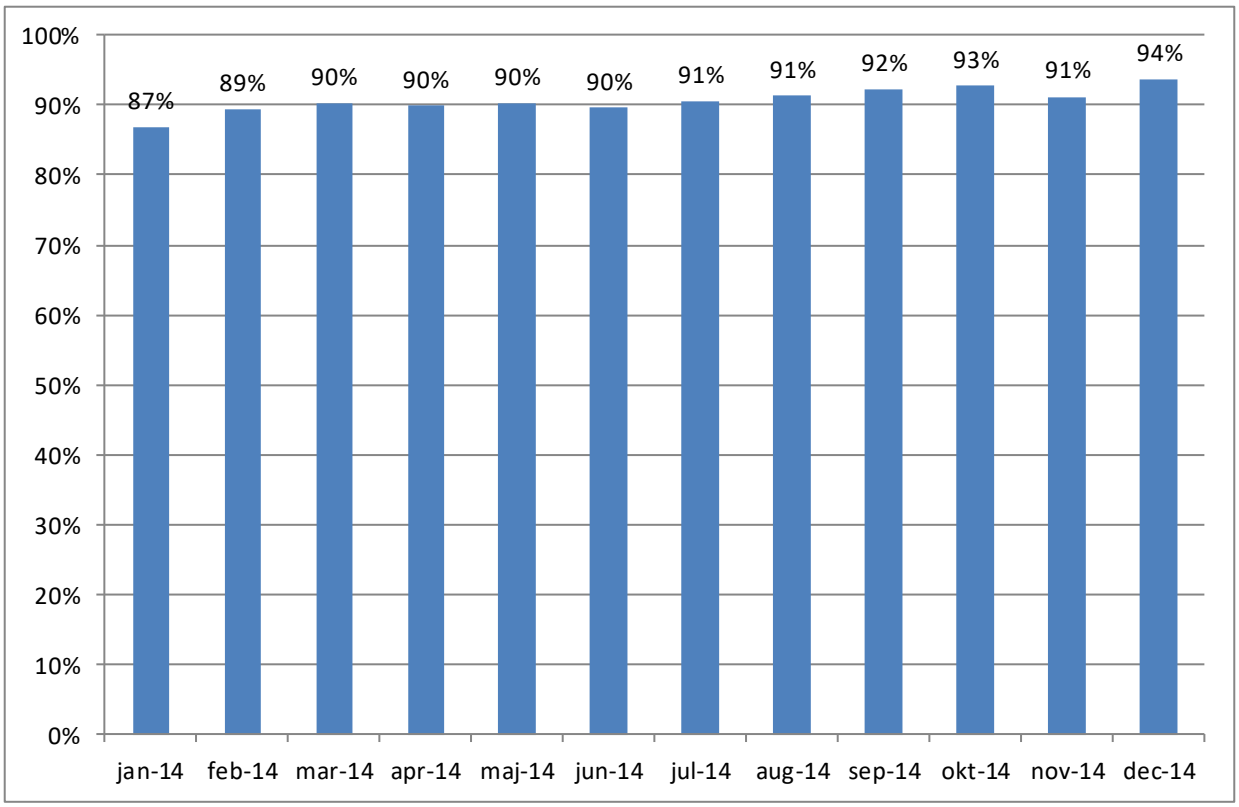
Kommentar

Enheten i Bollnäs har uppnått målet. Enheterna i Gävle och Hudiksvall har inte uppnått målet alla månader men resultaten är en förbättring jämfört med 2013.

Antibiotikaförskrivning
Antibiotikaförskrivningen i länet är för kvinnor 344 recept/1000 invånare och för män 222 recept/1000 invånare. Det är en minskning med 15 procent respektive 17 procent jämfört med förra mätperioden. Utslaget på hela länets befolkning blir det 283 recept/1000 invånare.

Markörbaserad journalgranskning
Utifrån genomförda journalgranskningar visar resultatet gällande antalet vårdskador ingen förändring jämfört med 2013. Av 5 513 granskade vårddagar har 24 vårdskador per 1000 vårddagar identifierats. Generellt är de dominerande skadetyperna vårdrelaterade infektioner, läkemedelsrelaterade skador, kirurgiska skador samt tryckskador och fall.

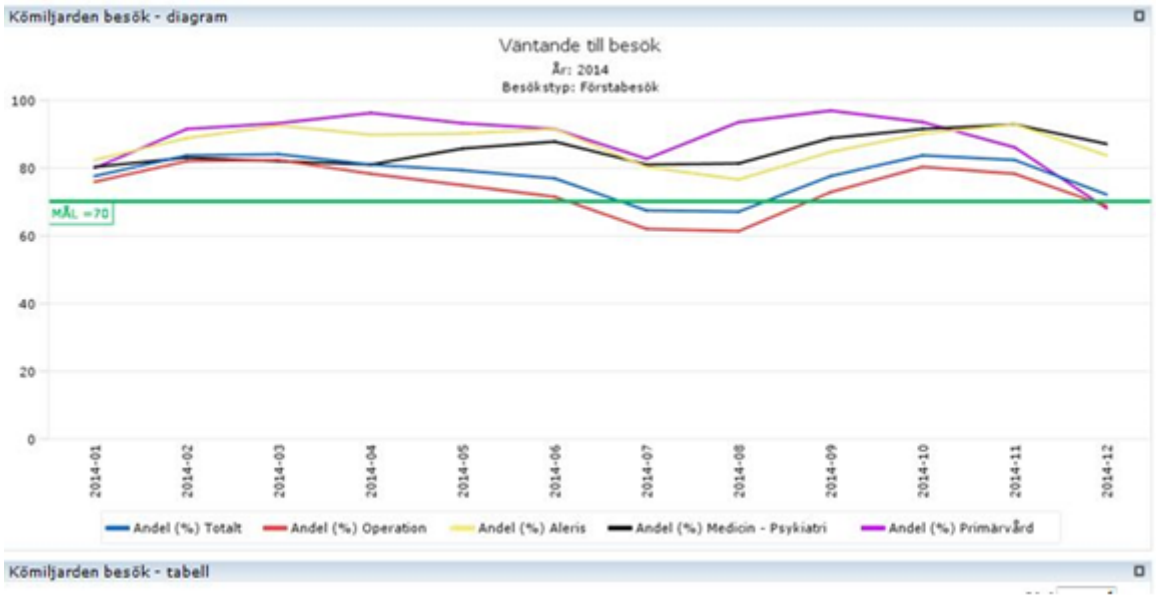
Telefontillgänglighet
Nedanstående figur visar telefontillgängligheten i landstinget under året



Kommentar
Generellt för landstinget har telefontillgängligheten förbättrats under året. Division Primärvård uppnådde 96 procent vid den senaste nationella primärvårdsmätningen vilket var tredje bästa resultatet i landet.

Väntetider till vård och behandling

Nedanstående figur visar väntetid till besök.

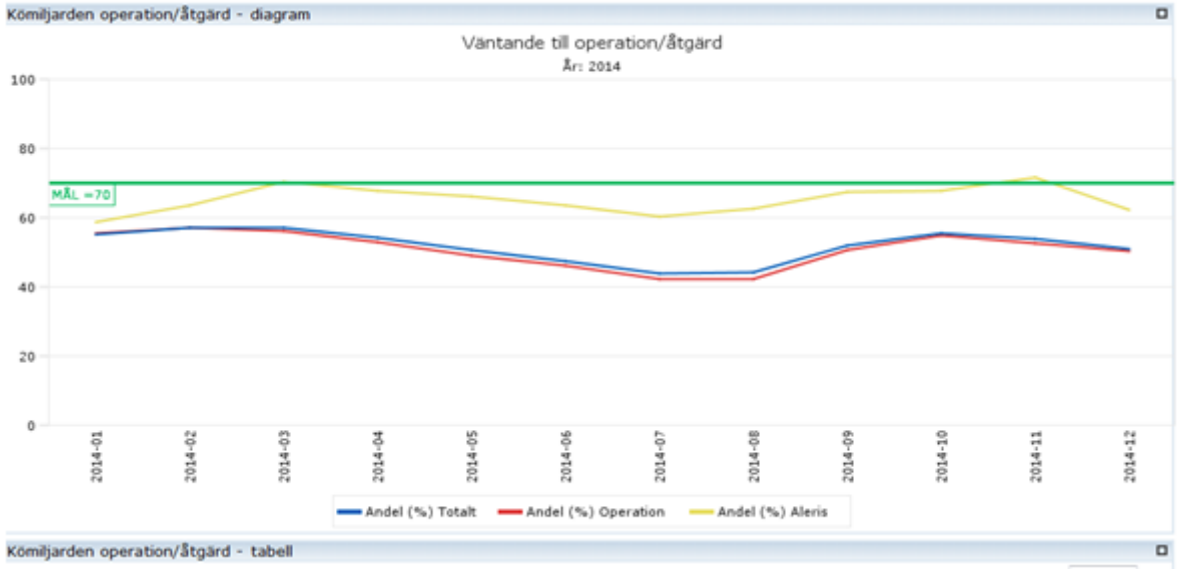


Kommentar

Landstinget har uppnått målet gällande andel patienter som väntat mindre än 60 dagar till besök förutom under månaderna juli och augusti. Resultatet ovan avseende primärvård innefattar endast vårdenhet hudmottagningen.

Primärvårdens hälsocentraler ingår i nationell mätning gällande nybesök till läkare inom sju dagar. Måluppfyllelsen vid höstens mätning var 91 procent.

Nedanstående figur visar väntetid till operation/åtgärd.



Kommentar

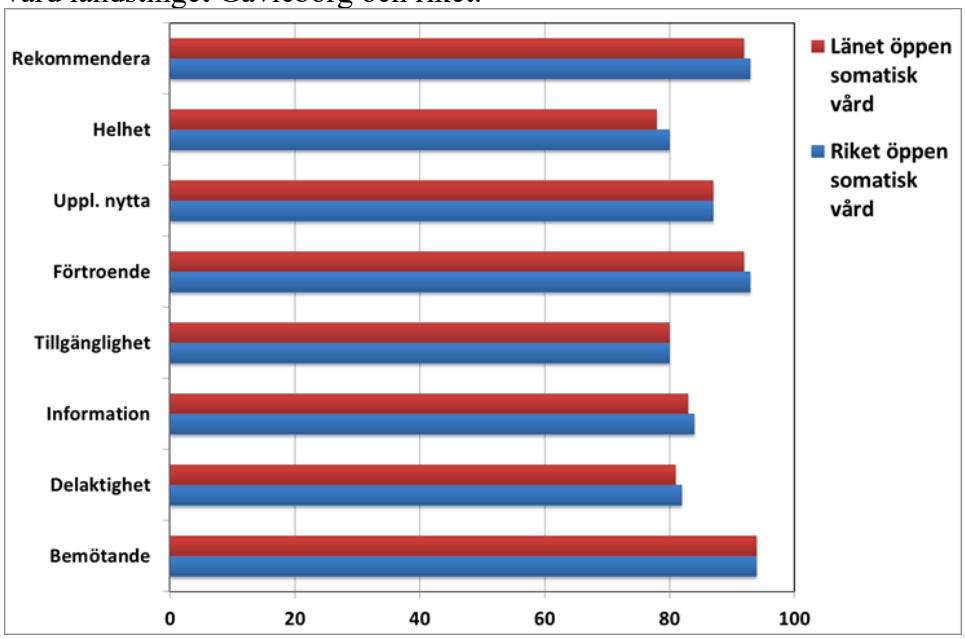
Landstinget uppnår inte målnivån gällande andel väntande mindre än 60 dagar till operation/åtgärd. Dock kan landstinget bibehålla nivån trots ett ökat inflöde.

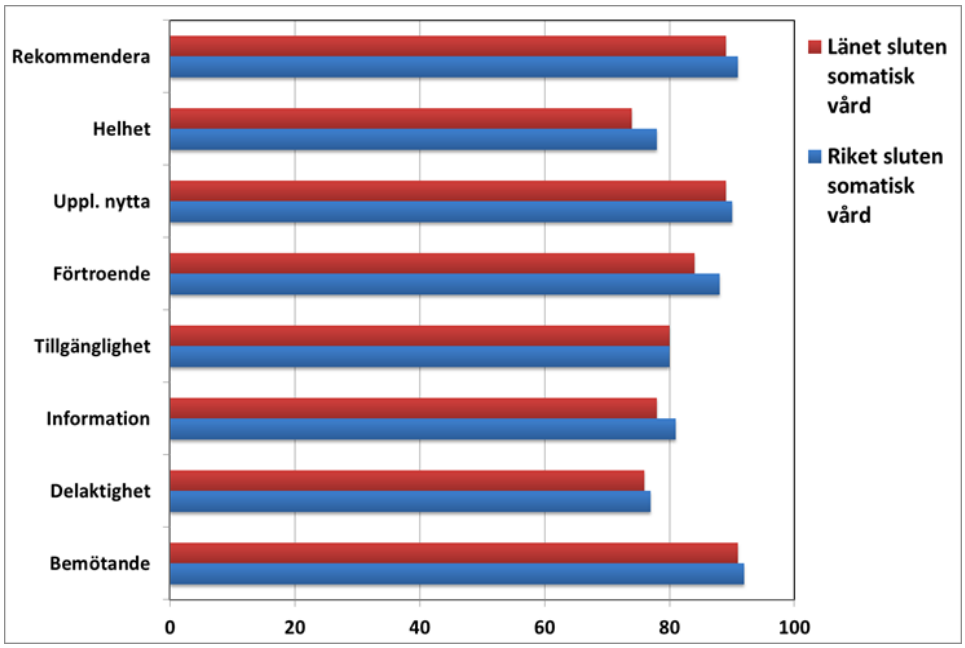
Patientenkät

Våren 2014 genomfördes för tredje gången en mätning av nationell patientenkät inom den specialiserade somatiska och psykiatriska vården. Över 50 vårdenheter från 12 verksamhetsområden i landstinget deltog i mätningen.

Sammanlagt har cirka 5 000 patienter tyckt till om kvaliteten i den specialiserade vården i landstinget. Mätningen genomförs liksom tidigare med fyra olika formulär och svarsfrekvensensen per område är 60 % i somatisk öppen vård, 64 % i somatisk sluten vård, 36 % i psykiatrisk öppen vård och 32 % i psykiatrisk sluten vård.

Nedanstående figurer visar patientupplevd kvalitet somatisk öppen och sluten vård landstinget Gävleborg och riket.





Kommentar

Generellt sett är den patientupplevda kvaliteten hög inom öppen och sluten vård. I jämförelse med riksgenomsnittet och när det gäller sluten vård är Gävleborg signifikant sämre när det gäller helhetsintryck, förtroende, information och rekommendera. När det gäller öppen vård är Gävleborg signifikant sämre när det gäller frågan om helhetsintryck och delaktighet.

Ett exempel på ett förbättringsområde för landstinget som helhet enligt patienterna är att landstinget behöver jobba mer med information till närstående, information kring rutinerna kring till exempel måltider och besök på avdelningarna, information om var man kan vända sig om man vill fråga något efter besöket/vistelsen etc.

Nedanstående tabell visar patientupplevd kvalitet psykiatrisk vård landstinget Gävleborg och riket.

	Psykiatri öppen		Psykiatri sluten	
	Riket	Gävleborg	Riket	Gävleborg
Bemötande	85	80*	73	68
Delaktighet	68	62*	55	52
Information	70	64*	56	50
Tillgänglighet	61	57*	62	57*
Förtroende*	72	70	68	55
Upplevd nytta	75	70*	65	64
Helhet	65	57*	56	51
Rekommendera	78	73*	68	61

Kommentar

*Signifikant lägre än riksgenomsnittet (95 procent konfidensintervall)

Under hösten 2014 genomfördes en förnyad mätning av den patientupplevda kvaliteten inom primärvården och när det gäller akutmottagningarna. Resultaten håller för närvarande på att sammanställas och kommer att presenteras under februari-mars 2015.

11. Måluppfyllelse

Flertalet av landstingets fastställda mål är av nollvisionskaraktär, vilket innebär att en fullständig måluppfyllelse är ett långsiktigt arbete med fokus på ständiga förbättringar. Landstingets strategier och satsningar har lett till förbättringar inom några områden i riktning mot målvärdena. Landstinget uppnådde kraven samt indikatorerna i den nationella patientsäkerhetsöverenskommelsen.

12. Övergripande mål och strategier för kommande år

De mål och strategier som är fastställda av hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp gäller 2012-2015.

Landstinget bildar Region Gävleborg från 1 januari 2015. Ett politiskt måldokument för regionen kommer att utarbetas i början av 2015. I den nya regionen tillsätts en stab till hälso- och sjukvårdsdirektören i syfte att öka fokus på övergripande kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.