

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse 2019

Hälso - och sjukvårdsförvaltningen, Region Gävleborg

Innehåll

1.	Förord.....	3
2.	Sammanfattning och analys.....	4
3.	Övergripande mål och strategier.....	5
4.	Organisatoriskt ansvar för patientsäkerheten.....	6
4.1.	Stödfunktioner för patientsäkerhetsarbetet.....	7
5.	Struktur för uppföljning, utvärdering och egenkontroll.....	9
6.	Så arbetar vi med patientsäkerhet.....	11
6.1.	Trycksår.....	11
6.2.	Fall och fallskador.....	12
6.3.	Basala hygienrutiner och klädregler.....	12
6.4.	Vårdrelaterade infektioner.....	13
6.5.	Läkemedel och klinisk farmaci.....	13
6.5.1.	Läkemedelsgenomgångar.....	13
6.5.2.	Antibiotikaförskrivning.....	15
6.6.	Överbeläggningar och utlokaliseringar.....	15
6.7.	Patientsäkerhetskultur.....	16
6.8.	Utbildning och kompetens.....	16
7.	Samverkan för att förebygga vårdskador.....	17
8.	Samverkan med patienter och närstående inom vårdskadeområdet.....	19
9.	Kvalitetsutveckling.....	20
10.	Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	21
10.1.	PWC – Revision avvikelser.....	21
11.	Vårdgivarens utrednings- och anmälningsskyldighet.....	22
11.1.	Lex Maria.....	22
11.2.	Anmälan av legitimerad personal.....	22
11.3.	Inspektionen för vård och omsorg (IVO).....	23
12.	Hantering av klagomål och synpunkter.....	23
12.1.	Synpunkter via 1177 Vårdguiden.....	24
13.	Patientnämnden.....	25
14.	Patientenkäter – patientupplevd vårdkvalitet.....	26
15.	Risikanalys.....	26
16.	Informationssäkerhet.....	27
16.1.	Dataskydd.....	27
16.1.1.	Incidenter.....	27
16.2.	Lagen om informationssäkerhet i samhällsviktiga och digitala tjänster (NIS-direktivet).....	27
16.2.1.	Incidenter.....	27
16.3.	Inspektion.....	28
16.4.	PWC – Revision Informations- och cybersäkerhet.....	28

17.	Tillgänglighet	29
18.	Kunskapsstyrning	31
19.	Standardiserade vårdförlopp	31
20.	Kvalitetsregister	31
21.	Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete	32
22.	Övergripande mål och strategier för kommande år 2020.....	33

1. Förord

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Region Gävleborgs kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse beskriver hur vi arbetat med kvalitet och patientsäkerhet under 2019. Hög patientsäkerhet och god kvalitet ingår i förvaltningens verksamhetsplan.

Det är viktigt att vi har:

- ett systematiskt arbetssätt
- en stark säkerhetskultur
- i patientsäkerhetsarbetet engagerade och motiverade chefer

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

- Hur vi arbetar ur ett organisatoriskt perspektiv med kvalitet och patientsäkerhet
- Hur vi identifierar och hanterar vårdskador och följer upp patientsäkerhetsarbetet i organisationen
- Redovisning av resultat inom de olika patientsäkerhetsområdena
- Hur våra medarbetare och patienter bidragit till ökad patientsäkerhet genom avvikelser och synpunkter på vården
- Hur vi vill arbeta vidare kommande år med patientsäkerhet

Vi hoppas kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen ger en övergripande bild hur vi arbetar med dessa frågor.

För enheten Patientsäkerhet och vårdkvalité
John Mälstam, chefläkare

För Hälso-/sjukvård Region Gävleborg
Göran Angergård, Hälso-/sjukvårdsdirektör

2. Sammanfattning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6§

Kvalitets- och patientsäkerhetsarbete bedrivs på såväl övergripande nivå som på verksamhetsnivå. Under 2019 har detta arbete fortsatt och förbättringar genomförts.

Högsta ledningens engagemang, via bl. a patientsäkerhetsronder inom verksamhetsområdena, skapar en dialog och förutsättningar för fokusering på kvalitets- och patientsäkerhetsfrågor. Under året har 19 patientsäkerhetsronder/dialoger genomförts.

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

Utvecklingen avseende förekomst av trycksår visar på positiva resultat då andelen patienter med trycksår har minskat och andelen insatta förebyggande åtgärder har ökat jämfört med 2018.

Resultaten gällande förekomst av VRI har inte förbättrats trots en rad initiativ för att vända trenden. Ett systemiskt och strukturerat arbete bedrivs bland annat inom VO Internmedicin och VO Specialmedicin för att uppmärksamma VRI, det bör spridas till flera verksamhetsområden.

Läkemedelshanteringen har varit ett fokusområde med olika åtgärder som är under implementering. Andelen enkla läkemedelsgenomgångar har ökat mycket både inom primärvården och på våra sjukhus. Primärvårdens strukturerade arbete med att minska förskrivning av beroendeframkallande läkemedel har minskat förskrivningen betydligt inom flera enheter.

Efterlevnad till hygien och klädregler har varit svår att följa under året då många verksamheter inte genomför månadsmätningar och därmed inte rapporterar in resultat. Ett flertal verksamheter identifierar efterlevnad till BHK som ett viktigt fokusområde inför 2020.

En god patientsäkerhetskultur är grundläggande för ett väl fungerande patientsäkerhetsarbete. För detta krävs verktyg - Gröna Korset används nu inom flertalet somatiska vårdavdelningar, flera mottagningar och hälsocentraler och i en läkargrupp.

Arbetet med att utbilda förbättringscoacher har tagit en paus under året men de redan utbildade coacherna har befast sina kunskaper och lett många förbättringsprojekt under 2020. En rekommendation inför 2020 är att starta upp utbildningen av förändringscoacher igen för att säkerställa fortsatt systematiskt förbättringsarbete.

Arbetsmiljö och patientsäkerhet går hand i hand. I slutet av 2019 genomfördes för andra gången en medarbetarenkät med frågor om både arbetsmiljö och säkerhetsengagemang, där hållbart säkerhetsengagemang har förbättrats sedan förra mätningen.

Lyckade projekt som 80/20 och arbetstidsmodell med arbetstidsförkortning bedrivs och utvärderas efter hand.

Utbildning och kunskapsutbyte är en av nyckelfaktorerna för en säker vård. Utbildningar har för olika målgrupper bl. a hållits i patientsäkerhet och händelse-/riskanalys.

Arbetet i projektet God och Nära Vård med syfte att på sikt öka tillgängligheten och utveckla en patientcentrerad vård fortskrider. Fortsatt utveckling pågår med mobila team och digital vårdkedja.

Patientens röst i vården har förstärkts med ökade möjligheter att ge synpunkter på vården. Större samverkan mellan vårdgivare, patientnämnd och tillsynsorgan (IVO) ses. Likaså har dialog med olika patientgruppsföreträdare hållits.

Implementering av lagen om Fast vårdkontakt har pågått under hela året. Många verksamheter har tagit fram egna rutiner men ännu finns en stor utvecklingspotential avseende hur många patienter som faktiskt har en fast vårdkontakt.

3. Övergripande mål och strategier

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

Regionfullmäktige har fastställt Politisk inriktning för Region Gävleborg under innevarande mandatperiod. Den politiska inriktningen anger övergripande mål och riktlinjer för verksamheten och ligger till grund för budget- och planeringsförutsättningar för åren 2019-2021. Där fastställs att hälso- och sjukvården i Gävleborg ska bidra till god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen, samt att det ska finnas en tillgänglig sjukvård av högsta kvalitet. Politiken beskriver vidare att starkt kontinuitet och helhetsansvar kring den enskilde patienten är ett av hälso- och sjukvårdens viktigaste förbättringsarbete, varför fortsatt arbete med fast vårdkontakt är särskilt viktigt. Man beskriver också att arbete för att minska vårdskador och få till ett effektivt omhändertagande vid psykisk ohälsa är ytterligare områden hälso- och sjukvårdens behöver arbete med.

Hälso och sjukvårdsförvaltningens verksamhetsplan för 2019 har utarbetats för att stödja den politiska inriktningen. I den står bland annat att patientkontrakt med överenskommelse, fast vårdkontakt, överenskommen tid och samordnat individuell plan är viktiga verktyg för att samordna vård och omsorgsinsatser för våra patienter.

Patientsäkerheten ska ha hög prioritet genom förebyggande åtgärder och analyser av avvikelser. Vidare anges att vården och omhändertagande ska anpassas till patientens behov och förutsättningar där patienten ska vara en aktiv part.

Vården och det strategiska patientsäkerhetsarbetet inriktas mot att alla verksamheter och nivåer i organisationen genomsyras av en stark patientsäkerhetskultur vilket är en grundläggande nödvändighet för att ska skapa en så säker och god vård som möjligt.

4. Organisatoriskt ansvar för patientsäkerheten

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

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

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

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

Hälso- och sjukvårdsdirektör (HSD) är funktionsansvarig för patientsäkerhetsarbetet inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Fastställare av den årliga patientsäkerhetsberättelsen samt regiongemensamma styrdokument för hälso- och sjukvården.

Biträdande Hälso- och sjukvårdsdirektör med ansvar för ledarskap har ett övergripande ansvar för kvalitets- och patientsäkerhetsarbete inom förvaltningens verksamheter, intern produktion. Ansvarar för att säkerställa att fastställda rutiner och aktiviteter förs ut i organisationen och har det operativa ansvaret för implementering och uppföljning inom förvaltningen.

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

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

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

4.1. Stödfunktioner för patientsäkerhetsarbetet

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

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

Hälso och sjukvårdens gemensamma resurser (HSR) är en avdelning inom Hälso och sjukvårdsförvaltningen bestående av enheterna:

Centrum för klinisk utbildning,
Kliniskt träningscentrum,
Ledningsstöd Hälso och sjukvård,
Läkemedelsenhet,
Enhet för utveckling, patientsäkerhet, produktionsstöd och Vårdhygien
Medicinsk teknik.

Stabschef HSR har ansvar att samordna och prioritera resurser samt beakta och lyfta upp patientsäkerhetsfrågor i Hälso- och sjukvårdsnämnden, Hälso- och sjukvårdsledningen (HSL) och FSAM. Stabschefen ansvarar för att inhämta hur privata aktörer inom Hälsovalet, samt eventuella privata aktörer som bedriver vård på entreprenad, bedriver patientsäkerhetsarbete.

Enheten **Patientsäkerhet och Vårdkvalitet** - chefläkare, chefsjuksköterska, patientsäkerhets- och anmälningssamordnare, samordnare för kliniska övergripande rutiner. Har till uppgift att stödja ett organiserat, kunskapsbaserat och patientfokuserat patientsäkerhetsarbete till Hälso och sjukvårdens ledningsgrupp och samtliga verksamhetsområden inom förvaltningen. Chefläkare ansvarar för anmälningsskyldigheten enligt lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg (IVO), i samarbete med och som stöd för verksamhetschefer.

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

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

Lokala Stramagruppen strategigrupp som verkar för en rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens Strama är regionens enhet med kunskap för rationell

antibiotikaanvändning inom Smittskyddsenheten. Strama samverkar med aktörer som förskriver antibiotika och med kommunernas MAS. De analyserar antibiotikaföreskrivningarna månatligt och informerar ledning och berörda verksamheter om föreskrivningsmönster och riktlinjer. Strama stöttar också verksamheternas kvalitetsarbete vad gäller diagnostik och behandling av infektioner. Inom slutenvården har man börjat implementera Infektionsverktyget och kommer att starta antibiotikaronder. Strama Gävleborg har utvecklat en Strama app som är unik i Sverige då den förutom rekommendation av antibiotikaanvändning till människa även ger rekommendationer om antibiotikaanvändning till djurslag.

Medicin teknik Medicinsk Teknik leder ”Tekniska kommittén” och ”Gaskommittén” vars uppdrag är att stödja verksamhetschefer för en säker teknisk drift för verksamhetskritiska medicinska system och säkerställa kvaliteten på medicinska gasanläggningen enligt standard HB 370. Medicinsk Teknik medverkar i verksamheternas teknikronder vid respektive enhet som har medicinteknisk utrustning/-system. De har genomfört utbildningar i medicinteknisk säkerhet och i säker användning och hantering av medicinska gaser för vårdpersonalen. Medicinsk Teknik förvaltar även de underhållsavtal som sluts med externa leverantörer. Tillsammans med inköp och chefer i verksamheterna svarar Medicinsk Teknik för att avtalens utformning säkerställer tillgänglighet och kvalitet på medicintekniska utrustningar som överensstämmer med verksamheternas behov.

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

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

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

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

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

5. Struktur för uppföljning, utvärdering och egenkontroll

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

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

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

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

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

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

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

Område	Omfattning	Källa
Vårdrelaterade infektioner som behandlas med antibiotika	Rapporteras fortlöpande	Nationella IT-stödet Infektionsverktyget
Vårdrelaterade infektioner	Granskning av alla inskrivna patienter en specifik dag/mån	Regionens databas Cyklop. Plexus.Nationell databas PPM 1g/år
Hygienrutiner och klädregler	10 observationer/ enhet genomförs varje månad, Webbutbildning BHK	Cyklop, Nationell databas PPM 1g/år, Kompetensportalen
Trycksår	Granskning av alla inskrivna patienter en specifik dag/mån	Cyklop + Plexus Nationell databas PPM 1g/år
Medicinska vårdinsatser	Rapporteras fortlöpande	Nationella kvalitetsregister
Jämförelser av vård-verksamheter andra landsting/regioner,	Årlig rapportering för deltagande enheter	Öppna jämförelser, Vården i Siffror
Antibiotikaförskrivning	Månadsvis uppföljning samt halvårsvis	Concise (E-hälsomyndigheten), Strama, Cyklop, infektionsverktyget
Läkemedel	Årlig egenkontroll av läkemedelshantering enligt checklista vid varje vårdenhet	Regionens gemensamma databas
Förskrivning av beroendeframkallande läkemedel	Mäts och återförs var 3:e månad.	Statistik på förskrivning via Läkemedels-kommittén
Slumpmässig markörbaserad journalgranskning	15 journaler granskas/månad inom slutenvård	Journalssystemet Melior
Patientnöjdhet och Kundnöjdhet	Nationella mätningar och/eller egna mätningar, ex. efterfrågar beställares synpunkter	Nationella patientenkäter och/eller egna enkäter samt ”tyck och tryck”
Medarbetarnöjdhet	Samtliga medarbetare besvarar enkät en gång/år	Medarbetarenkäten inkl. HME
Säkerhetengagemang	Till personal med direkt eller indirekt vårdkontakt	Hållbart Säkerhetengagemang (HSE)
Ackrediterade/certifierade verksamheter	Interna och externa revisioner	Relevanta ackrediterings-/certifieringsorgan
Blodprodukter, strålskydd, brand, arbetsmiljö, miljö, teknik m.fl.	Säkerhetsronder genomförs systematisk enligt plan	Protokoll, nationell riskdatabas ”Reidar”
Överbeläggningar och utlokaliserade patienter	Beläggningsgrad följs dagligen	Landstingets gemensamma databas (BOV) samt nationell databas
Ledtider diktat patientjournal	Mätning av antal dagar från diktering av läkaren till dokumentation i journal	Dikteringssystemet Medspeech
Användning av SBAR	Genomförts på vissa vårdenheter	Patientsäkerhetsronder samt observationer (fåtal enheter)
Händelseanalyser och internutredningar	När allvarlig händelse inträffat	Händelseanalys, enligt nationell metod, Nitha databas

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

6. Så arbetar vi med patientsäkerhet

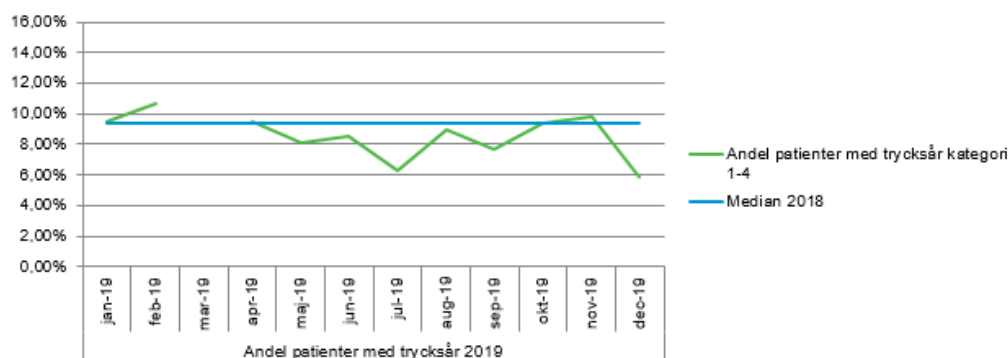
SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2 och SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

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

6.1. Trycksår

Trycksår är en vanlig vårdskada. Den leder till ett stort lidande för patienten och höga kostnader för hälso- och sjukvården. För att minska antalet patienter som drabbas av trycksår under sin sjukhusvistelse krävs att riskpatienter tidigt identifierats och att trycksårspreventiva åtgärder vidtas. Aktiviteter som skett under 2019 för att minska andelen patienter med trycksår; nätverksträffar med dedikerad sjuksköterska/undersköterska, framtagande av mall för lätt dokumentation, initierat förbättringsarbete på akutmottagning och ambulans, Gröna Korset, enskilda avdelningars satsningar. Syftet med aktiviteterna är att implementera riskbedömning och trycksårspreventiva åtgärder.

Resultat: Varje månad utförs punktprevalensmätning inom somatisk slutenvård. Resultatet för 2019 visar att andelen patienter med trycksår har minskat och en förbättring skett vid jämförelse med 2018 års resultat. Totalt ingick 3956 patienter i mätningen under 2018, 9,63 % hade trycksår kategori 1-4. Under 2019 ingick 3673 patienter, andelen trycksår var 8,39 %. Trycksårspreventiva åtgärder har ökat.



Punktprevalensmätning månadsvis. Andelen patienter med trycksår kategori 1-4. Resultat från Plexus.

6.2. Fall och fallskador

Fallolyckor är den olyckstyp som leder till flest dödsfall, flest antal inläggningar på sjukhus och flest antal besök på akutmottagningar. Fallskador är också en av de vanligaste vårdskadorna inom hälso- och sjukvården och de allvarligaste, som frakturer sker oftast när patienten vårdas inlagd på sjukhus.

För att förebygga fall bland medborgarna har använts regionens gemensamma modell för proaktiv hälsostyrning, där man utgår från patientens situation istället för diagnoser. Regionen bedriver även sekundärpreventiva åtgärder för medborgare.

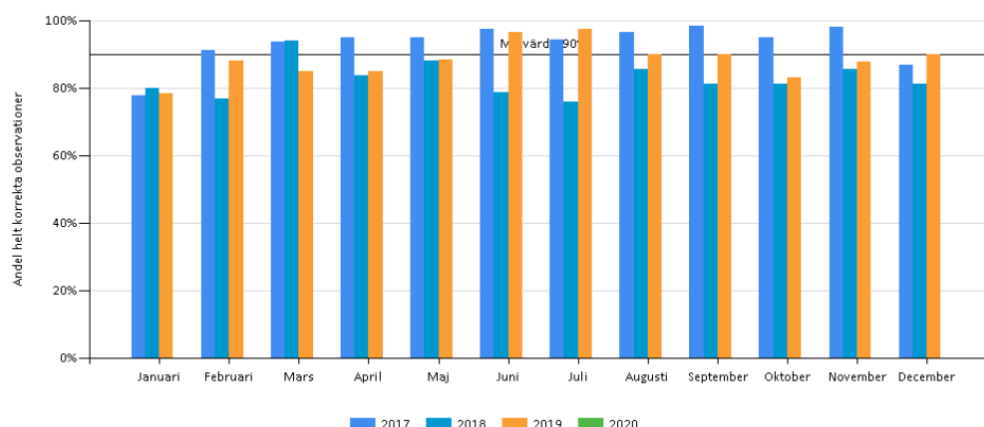
En ekonomisk rapport från Sveriges kommuner och landsting, 2019 redovisar en 24 procentig förbättring gällande antalet medborgare som behövt sjukhus vård till följd av fall i Gävleborg mellan åren 2013 – 2017 på 24 %. Förvaltningen deltog även i socialstyrelsens kampanj för att uppmärksamma behovet av preventiva åtgärder.

I förvaltningen har en dokumentationsmall tagits fram i syfte att stärka ett systematiskt arbete inom fallprevention.

6.3. Basala hygienrutiner och klädregler

Ett sätt att hindra smittspridning mellan patienter är följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler. Stor förbättringspotential ses vad gäller efterlevnad till hygienrutiner. Det är ett identifierat förbättringsområde inom många verksamhetsområden.

Varje månad följs följsamheten till BHK upp. Resultatet visar en större följsamhet till BHK 2019 jämfört med 2018.



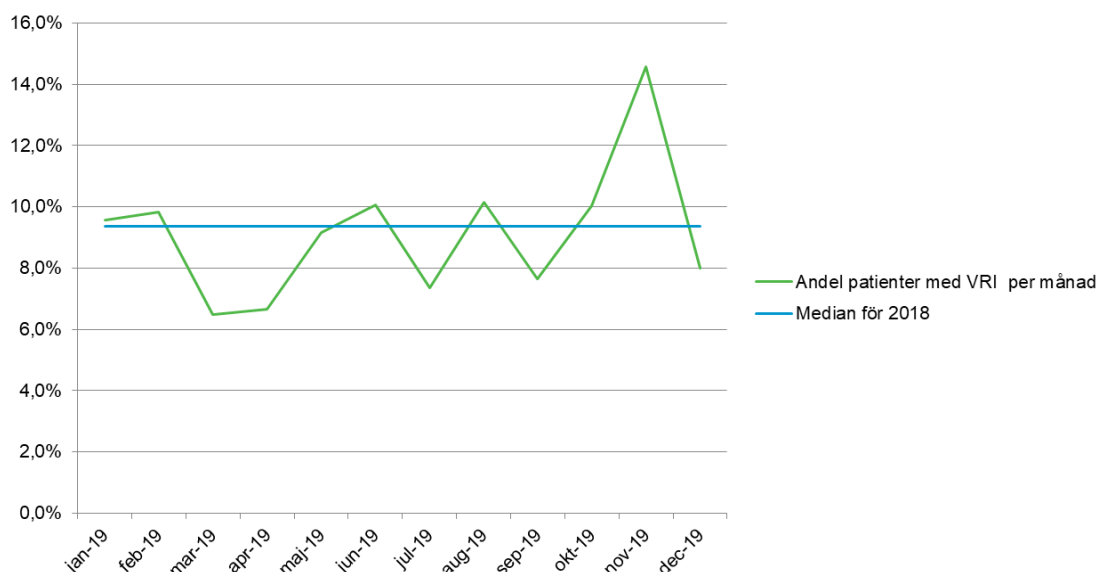
Resultat av punktprevalensmätningar under 4 år. Resultat hämtat från Plexus. Alla enheter har inte utfört BHK mätning

6.4. Vårdrelaterade infektioner

Vårdrelaterade infektioner (VRI) är den vanligaste typen av vårdskada och orsakar lidande och ibland död för patienten samt kostnader för sjukvården och samhället.

Två verksamhetsområden inom förvaltningen har valt att genomföra ett större förbättringsarbete i syfte att minska andelen patienter med VRI. Ett flertal aktiviteter har genomförts där chefer arbetat tillsammans med hygienombuden. Aktiviteter som genomförts är bland annat utbildningar, framtagande av handlingsplaner, regelbundna uppföljningar av BHK, andelen patienter med VRI samt statistik från infektionsverktyget.

Varje månad utförs punktprevalensmätning inom i somatisk slutenvård. Resultatet visar att vi inte når någon förbättring under 2019 med minskade andelar patienter som får VRI. Under 2018 ingick 4245 patienter, 9,52 % bedömdes ha en VRI. Under 2019 ingick 3987 patienter, 9,15 % bedömdes ha en VRI.



Resultat av punktprevalensmätningar, andelen patienter med VRI per månad. Resultat taget från Plexus.

6.5. Läkemedel och klinisk farmaci

6.5.1. Läkemedelsgenomgångar

Ett förvaltningsövergripande arbete utförs där läkemedelsenheten och patientsäkerhet stödjer verksamhetsområden på olika sätt med t.ex. kunskap, kvalitetsgranskningar och analyser.

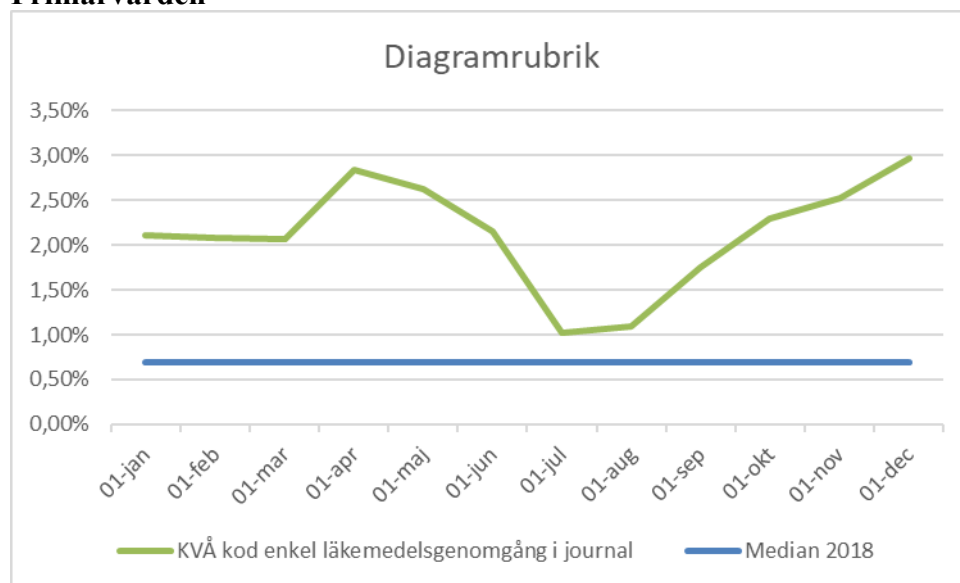
Primärvården arbetar med förbättringar inom områdena fördjupad läkemedelsgenomgång, minskning av förskrivning av beroendeframkallande läkemedel, förskrivningsmönster antibiotika, och rätt förskrivning vid medicinska

fokusområden som hjärtsvikt, astma/KOL och diabetes. Ett flertal hälsocentraler har kommit långt i det arbetet.

Slutenvårdsdos har genomförts på samtliga vårdavdelningar på Gävle sjukhus vilket har bedömts säkrat läkemedelsordinationerna.

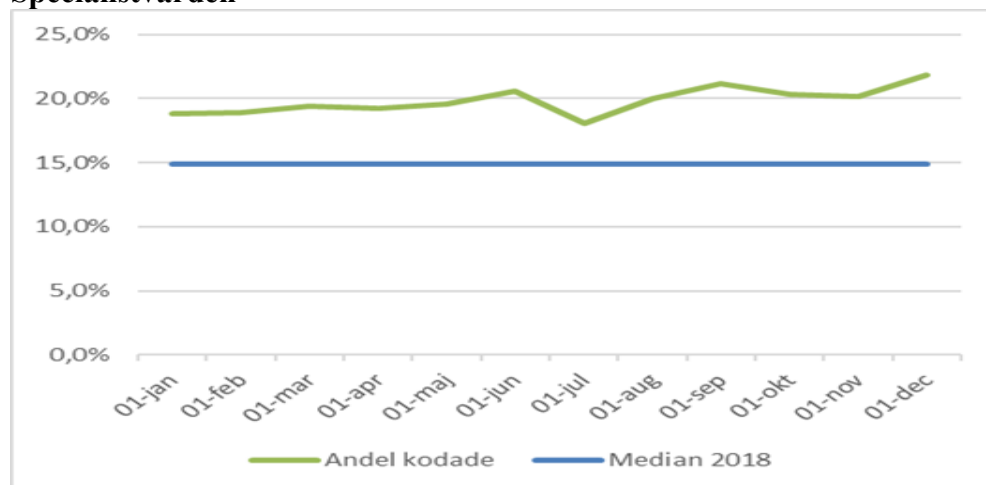
Resultatet för andelen kodade enkla läkemedelsgenomgångar har förbättrats jämfört med 2018 både i primärvården och inom slutenvården. Nedan redovisas resultat jämfört med 2018.

Primärvården



KVÅ kod för enkel läkemedelsgenomgång inom specialistvården 2019 samt median för 2018.

Specialistvården



KVÅ kod för enkel läkemedelsgenomgång inom specialistvården 2019 samt median för 2018.

6.5.2. Antibiotikaförskrivning

Strama har tillsammans med läkemedelskommittén och ensamt haft flera utbildningstillfällen till primärvårdsläkare, personal på akutmottagningar och personal inom kommunal vård och omsorg.

Antibiotikaförskrivningens omfattning har varit i det närmaste varit oförändrad under 2019, 267,53 recept per 1000 invånare jämfört med 267,81 föregående 12-månadersperiod, motsvarande en minskning med 0,1 %.

Av landets regioner finns Gävleborg på femte plats.

6.6. Överbeläggningar och utlokaliseringar

Överbeläggningar och utlokaliseringar är en känd patientsäkerhetsrisk om inte adekvata åtgärder vidtas för minska riskerna. Exempel på risker är smittspridning, försenade behandlingar, felmedicineringar mm. Under 2019 har flera verksamheter tvingats minska vårdplatser i slutenvård på grund av sjuksköterskebrist vilket resulterat i ansträngt beläggningsläge. Tack vare konsekvent arbete med att ge patienter rätt vårdplats enligt rutin, har överbeläggningar kunnat undvikas i många fall.

Frånvaron av intermediärvårdplatser som leder till hög belastning på intensivvården och somatisk slutenvård har varit föremål för en riskanalys och ett därpå följande förslag att inrätta intermediärvårdplatser på Gävle sjukhus. Under året togs beslut att inte gå vidare med etablering av vårdplatser. Analysarbetet fortsätter 2020.

Gävleborg har haft färre överbeläggningar och färre utlokaliserade patienter jämfört med riket inom somatisk vård slutenvård.

Inom den psykiatriska vården har Gävleborg haft fler överbeläggningar än riket. Figurerna visar antal överbeläggningar och utlokaliserade patienter per 100 vårdplatser (data från SKR databas "Väntetider i vården").

Somatisk vård slutenvård (data jan-dec 2019). Antal överbeläggningar per hundra vårdplatser.

Region	Överbeläggning	Utlökaliserade patienter
Alla regioner	4,5	1,8
Gävleborg	4	0,9
Bollnäs sjukhus	1,6	0,2
Gävle sjukhus	2,8	1,1
Hudiksvalls sjukhus	7,7	0,8

Psykiatrisk slutenvård (data jan-dec 2019). Antal överbeläggningar per hundra vårdplatser.

Region	Överbeläggning	Utlökaliserade patienter
Alla regioner	2,5	0,1
Gävleborg	5,9	0
Gävle sjukhus	5,9	0
Hudiksvalls sjukhus	6	0

6.7. Patientsäkerhetskultur

Arbetet med att förbättra patientsäkerhetskulturen fortsätter på olika nivåer i organisationen.

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

Förvaltningens arbetssätt med patientsäkerhetsronder och dialoger är väl förankrat. Under 2019 har 19 ronder/dialoger genomförts med representation från högsta ledningen, chefläkare, patientsäkerhetsenheten och läkemedelsenheten där 19 handlingsplaner har tagits fram. Förbättringsarbete är genomfört eller under genomförande utifrån planerna.

Några ledningsgrupper har arbetat med verktyget Säkerhetstrappan och har därmed klassat sin patientsäkerhetsmognad.

En genomlysning av hur arbetet med Gröna korset är förankrat inom hälso- och sjukvården visar att flertalet slutenvårdsavdelningar inom somatiken, länets IVA-avdelningar, flera mottagningar, hälsocentraler och en läkargrupp använder sig av Gröna korset på daglig basis. Arbetet med Gröna korset har resulterat i flera förbättringsarbeten inom bl. a område nutrition och minskning av tromboflebiter tack vare daglig inspektion.

Certifiering inom anestesi och laboratoriemedicin förbättrar systematiken i patientsäkerhetsarbetet.

Flera enheter har tvärprofessionella arbetsgrupper som analyserar enskilda avvikelser och trender i avvikelserapporteringsmönster. Barn- och ungdomssjukvården har startat en särskild patientsäkerhetsgrupp.

6.8. Utbildning och kompetens

Brist på läkare framförallt i primärvården och hög andel hyrläkare sänker kontinuiteten och ökar risken för vårdskador framförallt hos kroniker och multisjuka.

Region Gävleborg erbjuder regionövergripande utbildningar inom kvalitets- och patientsäkerhetsområdet, exempelvis; utbildning av förbättringscoacher för att leda förbättringsarbeten i verksamheten, introduktionsutbildning för undersköterskor och sjuksköterskor, händelse- och riskanalysutbildning, SIP (Samordnad individuell planering), basala hygienrutiner och klädregler, sjukdomsförebyggande metoder och strålskydd. Exempel på utbildningsinsatser som initierats inom verksamheterna: HLR utbildningar, traumaövningar,

CEPS/barnscenario teamträningar, utbildning i medicinsk teknik, körkort för strålbehandling.

Allt fler utbildningar finns inlagda i regionens Kompetensportal där lärarledda och/eller webbutbildningar finns samlade. Bl. a ny utbildning för i år är en webbaserad patientsäkerhetsutbildning. Patientsäkerhet och vårdkvalitet deltar i nationella nätverk och grupper kring patientsäkerhet samt anordnar gemensamma "kvalitetssamordnarträffar" för kvalitetssamordnare/motsvarande oberoende av vårdgivare.

Vårdhygien har bedrivit obligatorisk hygienutbildning till medarbetare inom slutenvården och primärvården. Vårdhygienisk utbildning ges även till lokalvårdspersonal, samt inom andra verksamheter som Hjälpmedel-SAM, Caverion, och kommunalt drivna verksamheter.

Under året har ett nätverk startats för kvalitetssamordnare med syfte att utveckla det systematiska patientsäkerhets- och kvalitetsarbetet tillsammans med målet att minska vårdskador. Ett annat syfte att ge kvalitetssamordnarna möjlighet att lyfta gemensamma frågor och samverka (nätverka).

Under 2019 gavs utbildning och stöd till förbättringscoacher som arbetar med förbättringar i verksamheten tillsammans med berörda chefer. Totalt har nio förbättringsteam startats i samband med utbildning till förbättringscoach. Exempel på förbättringsarbeten som startats upp är kontinuitet till läkare vid Hjärtmottagning, utveckla effektiv, säker och jämlik vård till patienter som träffar arbetsterapeut inom vuxenhabilitering samt att öka andel patienter som har en vistelsetid under fyra timmar på akutmottagning. Att endast nio team har startats upp under året är ett resultat av att höstens utbildningsgrupp pausades på grund av ett behov att utreda på vilket sätt redan utbildade förbättringscoacher används i verksamheten.

7. Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Under 2019 har fortsatt utveckling skett för att tydliggöra vårt gemensamma ansvar för vår gemensamma patient.

Samverkanslagen: Utmaningen att stärka patientsäkerheten och bättre samordna hälso- och sjukvård och socialtjänst för personer som skrivs ut från sjukhus, har bl. a resulterat i lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvård och sjukvård, f o m 1 jan 2018. Målgrupp är enskilda som efter utskrivning behöver insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den landstingsfinansierade öppna vården.

Det finns olika forum för samverkan inom och mellan verksamheter i regionen, med privata vårdgivare samt kommunen i syfte att förbättra patientsäkerheten.

De gemensamma samverkansföretag för olika grupperingar mellan huvudmännen arbetar bland annat för att säkra övergångar i vården och hantera gemensamma avvikelser. Avvikelser som rör utskrivningsprocessen kartläggs systematiskt av länets medicinska ansvariga sjuksköteskor (MAS) och analyseras tillsammans med regionens chefläkare. Rapportering med åtgärdsförslag görs till Utskott Vuxna, Länsledning Valfärd. Det finns samverkansföretag mellan primärvård, specialistvård och kommun för patienter med särskilda behov i hemmet.

Under 2019 har arbetet med att implementera och utveckla arbetet utifrån lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård fortskridit. En samverkansdag för chefer och berörda medarbetare har genomförts med 420 deltagare från regionen och länets 10 kommuner. Workshops genomfördes utifrån lagstiftningen.

Fast vårdkontakt: En fast vårdkontakt är en utsedd person som ser helheten och tar ansvar för samordningen av patientens vård. Implementering av fast vårdkontakt går långsamt framåt. Goda exempel är: Habiliteringen där samtliga medarbetare är valbara som fast vårdkontakt. Lungmottagningen Gävle sjukhus som i december 2020 hade nio patienter med fast vårdkontakt. Flertalet verksamheter har tagit fram egna rutiner för fast vårdkontakt men de flesta anger införandet som ett förbättringsområde inför 2020.

God och Nära vård: Utvecklingen av en nära vård pågår på lokal, regional och nationell nivå. Den närmsta vården är den som patienten/brukaren kan ge sig själv – egenvården – samt det stöd kommuner och regioner kan ge för att möjliggöra detta. Samverkan mellan primärvårdens offentliga och privata aktörer samt mellan primärvård, specialistvård och kommunal vård behöver utvecklas. Det långsiktiga utvecklingsarbetet för en nära vård i Gävleborg har fortsatt under 2019.

Patientkontrakt: Genom patientkontrakt kan vården på ett bättre sätt än idag utgå från att patienten ska vara delaktig i sin egen vård och att vården ska utgå från patientens behov. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har påbörjat implementeringen av patientkontrakt under 2019 och arbetet fortskrider under 2020.

Suicidprevention: En samordningsfunktion är inrättad inom verksamhetsområdet Folkhälsa och Hållbarhet. En regional handlingsplan är upprättad och under året har arbetet pågått med genomförandeplan kring normer och ett värdigt bemötande, samordning, kunskap samt skydd. Bl. a. har samtliga medarbetare inom regionen erbjudits en e-suicidutbildning i suicidpreventivt syfte.

Mobila team: Mobila team inom somatisk sjukvård som samverkar med primärvården, slutenvården och kommunerna har etablerats. Målet är en god och nära vård utifrån patientens eller brukarens behov, och att undvika sjukhusvård när det inte behövs. Det mobila teamet medför en höjd vårdkvalitet för en patientgrupp som i dag får en fördröjd, eller inte optimal, behandling och omvårdnad på grund av

glapp i organisationen. Det görs en helhetsbedömning i ett teamarbete, biståndsbeslut och inskrivning i hemsjukvård kan tas snabbare än i dag. Mobila team är införda i Hudiksvall och i Gävle. Mobilt team i Sandviken startar upp i mars 2020. Arbetet med mobilt team i Bollnäs är pausat till våren 2020.

8. Samverkan med patienter och närstående inom vårdskadeområdet

SFS 2010:659, 3 kap, 4 §

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

Hälsotorg: Till hälsotorgen på Gävle och Hudiksvalls sjukhus kan patienter och anhöriga komma för att få svar på frågor och information om vård och behandling och andra hälso och sjukvårdsfrågor.

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

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

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

Patientdelaktighet i kvalitetsregister: Patienter registrerar själv sin upplevelse av vården och sitt hälsotillstånd i vissa kvalitetsregister.

Patient- och närståendebildning: Verksamheterna bedriver anhöriggrupper, patientskolor, gruppträffar för barn och föräldrar mm utifrån aktuella behov.

Uppföljning efter sjukhusvård: Patienter som vårdats inom intensivvården erbjuds besök på återbesöksmottagning. Patienter som vårdas inom planerad vård ges möjlighet att återkoppla vårdupplevelsen och ställa frågor om nuläge vid telefonuppföljning efter hemgång.

9. Kvalitetsutveckling

Inom förvaltningen bedrivs många förbättringsarbeten med syfte att utveckla en kvalitativt bättre vård. Många projekt leder till omedelbara förbättringar av patientsäkerheten.

- Laboratoriemedicin har infört en analys för att mäta läkemedelskoncentration i blodet som leder till att visa patienter som behandlas inom onkologin kan vårdas i Gävle istället för Uppsala
- Primärvården Ljusdal arbetar framgångsrikt med utveckling av medicinsk dagsjukvård som leder till att fler patienter kan få sin vård i Ljusdal istället för på sjukhusen i Gävle och Hudiksvall.
- Primärvården Ljusdal arbetar med digital vård på distans mellan Los och Färila.
- Barn och Ungdomssjukvården i Gävle har tagit hem det onkologiska flödet från Uppsala tack vare läkarrekrytering och förbättrade processer.
- Barnmorske- och ungdomsmottagningarna har i samarbete med dietistheten tagit fram arbetssätt som identifierar patienter med ohälsosamma matvanor och erbjuder dessa dietistkontakter.
- Ortopedin har enhet för planerad vård på vårdavdelning på Gävle sjukhus. Finns redan i Hudiksvall
- VO Kirurgi arbetar med att identifiera och hjälpa mångsökare på akutmottagningarna i samverkan med mobila teamen
- VO Anestesi har utbildat internrevisorerna som följer upp ledningssystemet inom enheterna
- Njurmedicin i Gävle har långsiktigt arbetat för att öka andelen patienter med hemodialys. Ligger nu på andra plats i Sverige.
- På initiativ av vårdenhetschef på Lungmottagningen har regionen påbörjat ett arbete med 80/20 schemaplanering för sjuksköterskor. Projektet bedrivs på förlossning/BB Hudiksvall, Lungavdelning Gävle, medicinavdelning Hudiksvall och ortopedavdelning Gävle. Projektet innebär ett schema med 80% kliniskt arbete, 20% utveckling. Syftar till en förbättrad arbetsmiljö och ett minskat hyrberoende som leder till högre patientsäkerhet.
- Inom ramen för digital psykiatri har flera digitala utvecklingsarbeten initierats.
- VRI projektet inom Internmedicin och Specialmedicin har lett till minskad frekvens av vårdrelaterade infektioner.
- Projekt med ”taskshifting” som leder till förbättrad tillgänglighet bedrivs inom ögonsjukvården och hörselvården.
- En handlingsplan för Palliativ vård i Region Gävleborg har tagits fram inom VO Onkologi

- Primärvården Gävle har infört årlig kvalitetsrund med varje enhet med underlag från Socialstyrelsens God vård.
- Triageverktyget infördes på akutmottagningarna 2018 men utvärderades 2019.
- Arbetstidsmodell på akutmottagningarna med arbetstidsförkortning för sjuksköterskor med syfte att skapa en attraktiv arbetsplats.

10. Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Grunden för gott patientsäkerhetsarbete är medarbetare som uppmärksammar och rapporterar risker och avvikelser. Alla medarbetare har en lagstadgad skyldighet att rapportera observerade avvikelser. Skador, tillbud och risker som rapporteras ska ligga till grund för ständiga förbättringar och för att förhindra att avvikelser eller liknande händelser inträffar igen. Många verksamhetsområden har egna rutiner där de flesta ser ett mörkertal vad gäller rapportering i Platina.

10.1. PWC – Revision avvikelser

År 2019 har en uppföljande revision utförts utifrån granskning år 2015 av PWC, följande rekommendationer togs fram:

- Säkerställa att fastställda rutiner och beskrivningar efterföljs
- Fortsätta utbildningsarbetet gällande avvikelshantering
- Arbeta systematiskt med att följa upp avvikelser
- Fastställa interkontrollplanen för 2019.

Handlingsplan med åtgärder har tagits fram.

Resultat

Tabellen nedan visar antal registrerade avvikelser i Platina

Antal	2017	2018	2019
Avvikelser i Platina med säkerhetsområde patientsäkerhet	4089	4412	4205
Avvikelser i Platina totalt (exkl. privata vårdgivare)	5781	6140	6117

11. Vårdgivarens utrednings- och anmälningsskyldighet

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

Utifrån inrapporterade avvikelser ska verksamheterna utreda händelser som har medfört en vårdskada eller hade kunnat göra det. Syftet med utredningen är att så långt som möjligt klarlägga händelseförloppet och orsakerna till detta.

Utredningen ska ge underlag för beslut om åtgärder som ska förhindra att liknande händelse inträffar på nytt eller begränsa effekterna om händelsen inte helt går att förhindra. Efter utredningen är det viktigt att verksamheten genomför lämpliga åtgärder, följer upp dem och sprider kunskaperna för att förhindra att liknande händelser inte inträffar igen.

11.1. Lex Maria

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

År 2019 lämnade hälso- och sjukvårdsförvaltningen in 14 Lex Maria anmälningar till IVO, en fortsatt minskning från 2018. Den största minskningen skedde 2018 pga. att man den 1 september 2017 ändrade lagstiftningen i och med föreskrift HSLF-FS 2017:41, så att det inte längre är obligatoriskt att anmäla alla självmord (suicid) där patienten haft kontakt med vården.

Övrig minskning av anmälningar kan vara slumpmässig, men utvecklingen kommer att fortsätta att följas under kommande år.

Tabellen nedan visar ärenden till IVO (lex Maria) under 2017 – 2019.

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

11.2. Anmälan av legitimerad personal

Enligt patientsäkerhetslagen ska legitimerad personal som kan utgöra en fara för patientsäkerheten anmälas till IVO. Skyldigheten omfattar både anställd och inhyrd personal eller vikarier och också om anställningen har avslutats. Under 2019 har fem stycken medarbetare anmälts.

11.3. Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

I och med det nya klagomålssystemet har IVO:s utredningsskyldighet begränsats, så att tyngdpunkten läggs på mer allvarliga händelser där en patient i samband med hälso- och sjukvård har fått permanenta eller oföränderliga besvär, ett väsentligt ökat vårdbehov, eller där patienten avlidit. IVO har i och med detta haft större möjlighet att i högre grad bedriva tillsyn genom inspektion av vården.

Fördelning IVO-ärenden	2017	2018	2019
Enskilda klagomål	119	95	81
Tillsynsärenden/Inspektioner/Dialogmöten	9	18	26
Begäran av journalkopior			12
Journalförstörelsesärenden			3
Övrigt	2	6	2
Totalt	130	119	124

IVO har under 2019 fortsatt att öka antalet tillsynsärenden från 18 till 26, dessa har handlat om exempelvis uppföljning av anmälningar från vården utifrån tidigare Lex Maria anmälan, nationell tillsyn, tillsyn baserat på klagomål inkomna till IVO samt Psykiatrisk tvångsvård.

12. Hantering av klagomål och synpunkter

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

Trots att vården hanterar klagomål av olika slag är det viktigt att komma ihåg att de flesta patienter är nöjda med den vård de får. Viktiga erfarenheter och lärdomar finns att hämta i patienters och närståendes berättelser och i de utredningar som görs utifrån rapporterade avvikelser, vilka är värdefulla i vårdens kvalitets och patientsäkerhetsarbete.

Vårdgivaren utgör tillsammans med patientnämnden första linjen i klagomålssystemet.

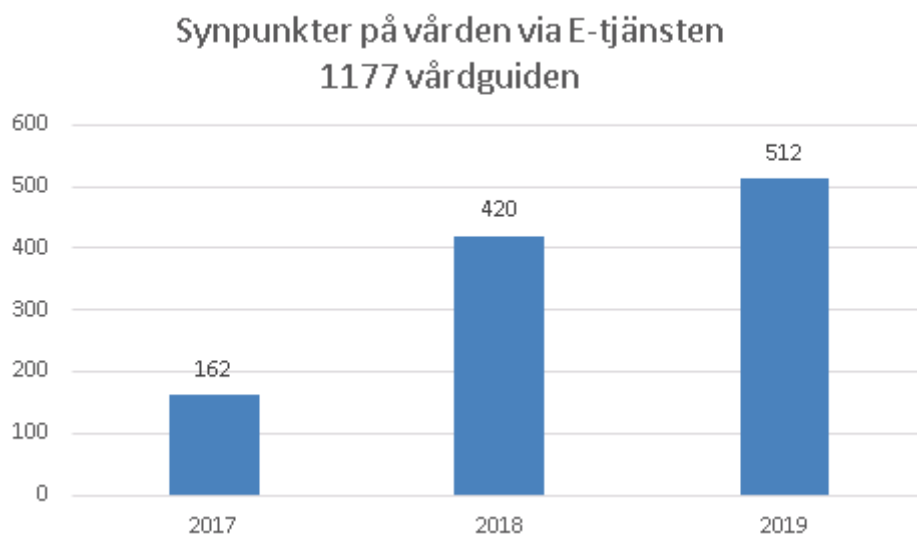
Rutin har reviderats för att ge en tydligare ingång för mottagare av klagomål och synpunkter, hur detta ska hanteras av mottagare inom hälso- och sjukvården samt hur lärdomar kan bidra till utveckling och lärande på flera nivåer i hälso- och sjukvården.

12.1. Synpunkter via 1177 Vårdguiden

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

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

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



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

13. Patientnämnden

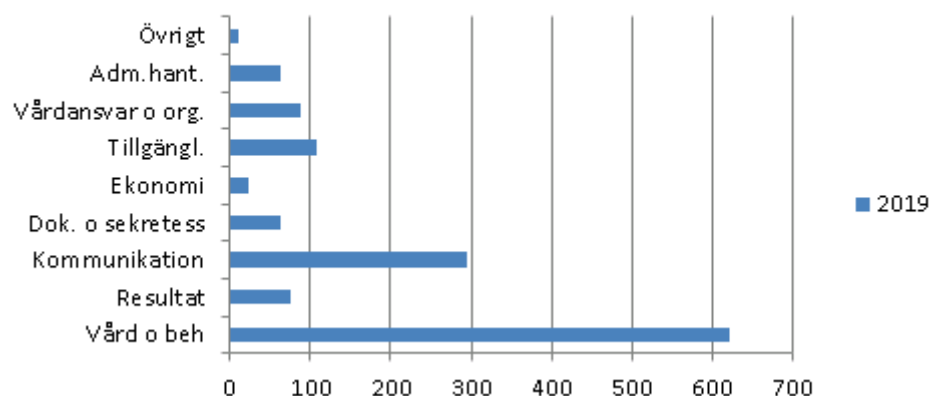
Patientnämndens huvuduppgift är att hjälpa och stödja patienter att få sina klagomål besvarade av vårdgivarna. Nämnden ska också bidra till kvalitetsutveckling och hög patientsäkerhet genom att bland annat göra analyser av inkommande ärenden. Under 2019 har analys gjorts av ärenden inom områdena Dialog/delaktighet, Information samt en uppföljande analys om Cancersjukvård. Avseende analysen av cancersjukvård konstaterades att de problemområden som identifierades 2017 kvarstår, förutom synpunkter om brister i administrativ hantering vilket inte observerats i någon större omfattning denna gång. Nämnden har även arrangerat en utbildningsdag för hälso- och sjukvårdspersonal med temat; Vårdens utmaningar utifrån ett mångkulturellt perspektiv.

Patientnämndens förvaltning har totalt haft 1575 nya kontakter från patient/närstående.

Antalet ärenden var 1340, en ökning med närmare 8 % jämfört med 2018. Antalet informationskontakter var i princip det samma som föregående år. De flesta ärendena handlar om patienter i åldersspannet 50-79 år, 61 % av ärendena handlar om kvinnors sjukvård.

Nedan tabell visar antal ärenden till patientnämnden under 2019

2019



Fr.o.m. januari 2019 tillämpas ny kategorisering inom samtliga patientnämnder i Sverige. Kategorierna är inte helt jämförbara med föregående års kategorisering eftersom antalet delproblem minskat från 39 till 24 och delvis stuvats om under huvudkategorierna. Vid jämförelse med 2018 års ärenden konstateras att ärendantalet har ökat inom samtliga kategorier förutom ekonomi och resultat där ärendantalet har minskat. Det som sticker ut är att ärenden där patienter uttrycker brister i delaktighet har ökat markant och att brister i dokumentation samt bristande vårdprocesser mer än dubblats.

14. Patientenkäter – patientupplevd vårdkvalitet

Nationell patientenkät är ett samlingsnamn för återkommande nationella undersökningar av patientupplevelser inom hälso- och sjukvården. Resultaten används för att förbättra och utveckla vården utifrån ett patientperspektiv. Under 2019 genomfördes en mätning inom primärvården där ett urval besökare från samtliga hälsocentraler i länet fick svara på frågor om hur de upplevde besöket. Dessutom samlas patientenkäter kopplade till standardiserade vårdförlopp (SVF) inom cancervården in löpande under året.

Svarsfrekvensen var 56 procent för SVF cancervården (637 svar) och 39 procent för primärvårdsmätningen (3 470 svar). Resultaten presenteras i ett indexvärde som går från 0-maximalt 100.

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

När det gäller SVF finns de största förbättringsområdena inom dimensionerna delaktighet och involvering och emotionellt stöd.

15. Riskanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Riskmedvetenhet, proaktivitet och förmåga att hantera risker är avgörande för god patientsäkerhet. En riskanalys utförs när det finns behov av att identifiera risker i en verksamhet som kan medföra försämrad kvalitet eller patientsäkerhet. Det kan vara risker i den befintliga verksamheten, risker som uppstår vid förändringar eller risker vid införande av ny teknik. Riskbedömningar genomförs både på övergripande och på lokal nivå där verksamheterna utför egna analyser med tillhörande åtgärdsförslag. Rutin för när och hur systematiska riskanalyser ska genomföras finns inom regionen och används som stöd. Internkontrollenheten svarar för utbildning av riskanalysledare samt har deltagit vid en större riskanalys inom Hälso och sjukvården under året och i övrigt gett stöd vid frågor från riskanalysledare. Riskanalyser ses som en allt mer naturlig del inför större och mindre förändringar i verksamheterna och är en viktig del där medarbetare kan vara delaktiga.

Sju personer inom Hälso- och sjukvården har gått riskanalysutbildningen. Samtliga nya chefer under 2019 har utbildats inom internkontroll där riskanalys är en del. Under året har drygt tjugo riskanalyser genomförts inom hälso-och sjukvården. Områden som analyserats är bl. a neddragning av hyrläkare, förslag på medicinsk intermediärvårdsavdelning, organisationsförändringar, införande av journal på nätet, samverkan mellan verksamheter mm.

16. Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40. 7 kap. 1§

Informationssäkerhet har de senaste åren fått mer vikt och uppmärksamhet än tidigare. Det är ett område som genomgått betydande förändring de senaste åren, framförallt på grund av nya och skarpare lagkrav än tidigare.

- **Lagar** – Dataskyddsförordningen, Patientdatalagen, NIS-direktivet
- **Säkerhetsläget i världen** – ”1177-incidenten” och ”cyberattacker”
- **Digitaliseringen inom vården** – Säkerheten är en grundförutsättning

Under första kvartalet 2019 påbörjades ett arbete för att bygga upp struktur kring ett systematiskt och riskbaserat informationssäkerhetsarbete och dataskydd. Under 2019 har styrande dokument, metoder och verktyg tagits fram för det systematiska och riskbaserade informationssäkerhetsarbetet och det har börjat implementeras i verksamheterna. Informationssäkerhetsfunktionen har gett stöd och råd vid upphandlingar, nyttjande av molntjänster, val av kommunikation- och lagringskanaler mm.

16.1. Dataskydd

Region Gävleborg har under 2019 inventerat Region Gävleborgs lagefterlevnad gällande dataskyddsförordningen (GDPR) och analyserat vad som återstår att göra efter GDPR-projektet.

16.1.1. Incidenter

Hälso- och sjukvårdsnämnden har under 2019 rapporterat 45 personuppgiftsincidenter. Av dessa har 29 incidenter anmälts till Datainspektionen. För övriga incidenter har en bedömning gjorts att det är osannolikt att incidenten medfört en risk för de registrerades fri- och rättigheter. Vanligt förekommande är incidenter där den mänskliga faktorn är orsaken, det rör sig ofta om felaktiga utskick med post eller kvarglömda personuppgifter i textilier som skickas för tvätt.

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

NIS-direktivet infördes i Sverige 2018 och ställer krav på säkerhet i nätverk och informationssystem. Reglerna omfattar leverantörer av samhällsviktiga tjänster och vissa digitala tjänster.

16.2.1. Incidenter

Region Gävleborg har rapporterat 2 stycken NIS-incidenter. Ett arbete pågår tillsammans med IT och Säkerhet för att säkerhetsställa en effektiv process.

16.3. Inspektion

IVO genomförde den 3 september 2019 en inspektion gällande Lagen om informationssäkerhet i samhällsviktiga och digitala tjänster men syftet att granska som Region Gävleborg som vårdgivare uppfyller kraven gällande på ett systematiskt och riskbaserat informationssäkerhetsarbete. IVOs beslutat väntas inkomma under början på 2020.

16.4. PWC – Revision Informations- och cybersäkerhet

Under maj och april 2019 genomförde PWC en revision gällande Region Gävleborgs informations- och cybersäkerhetsarbete. Rapporten gav Region Gävleborg värdefull insikt på områden som behöver förbättras.

Lokala rutiner och arbetssätt för att genomföra loggkontroller enligt övergripande rutin är under framtagande inom flera verksamhetsområden. Flertalet av verksamhetsområdena har under 2019 endast utfört loggkontroller vid misstanke om sekretessbrott.

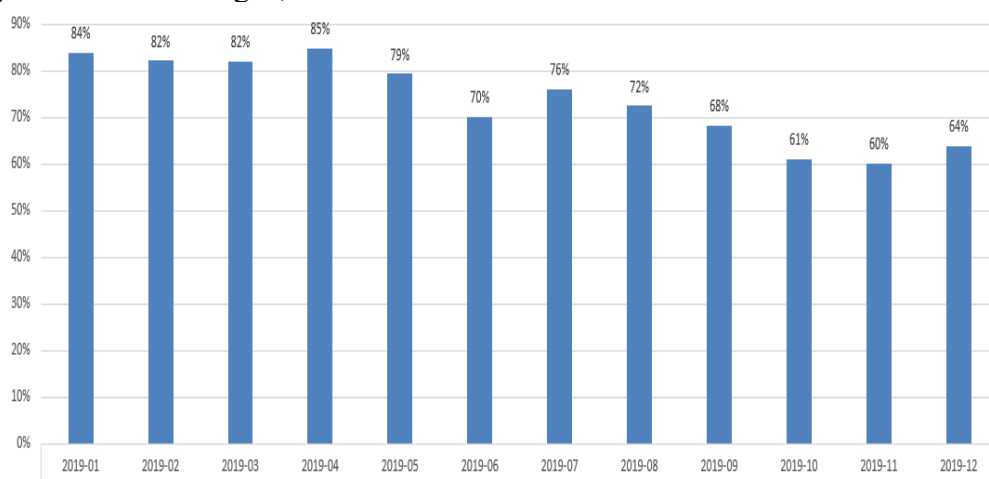
17. Tillgänglighet

En tillgänglig vård är en viktig förutsättning för att undvika vårdskador. Regionen arbetar med tillgänglighetssatsning i samverkan med SKR.

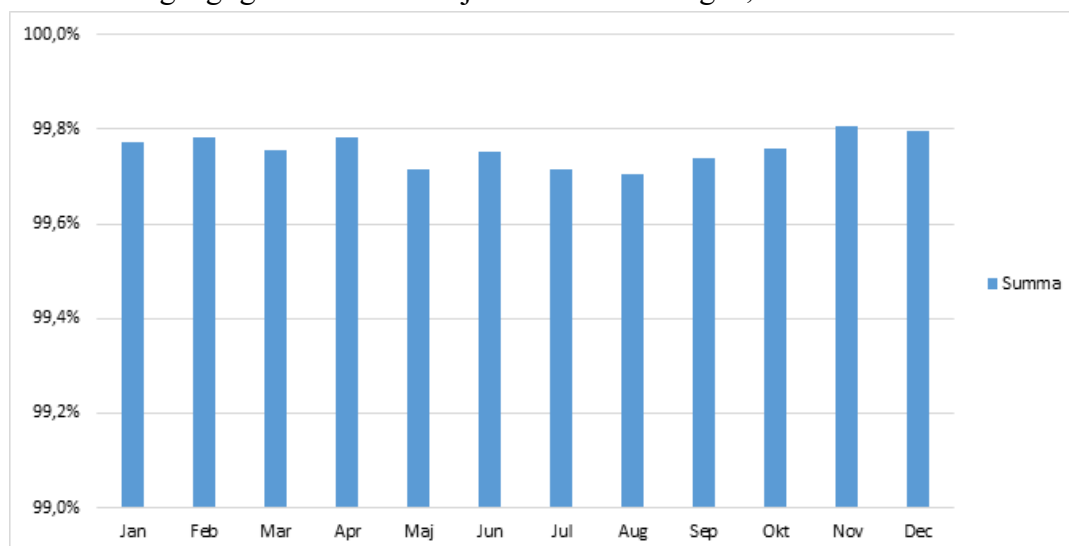
Förbättringsarbete för att korta köer bedrivs inom de flesta områden.

I det systematiska förbättringsarbetet har arbetet med utbildade förbättringscoacher varit mycket betydelsefullt. Framgångsrika projekt rörande ”taskshifting”, effektivisering av flöden, digitala team, samverkan mellan enheter, omfördelning av läkarresurser bedrivs. Ett exempel är patientinformation via film som ersätter del av läkarbesök inför startad strålbehandling inom onkologin. Riksdagen beslutade i våras att vårdgarantin inom primärvården ska förstärkas från och med den 1 januari 2019. Förstärkningen innebär att patienter som kontaktar primärvården för ett nytt eller försämrat hälsoproblem har rätt till en medicinsk bedömning inom tre dagar.

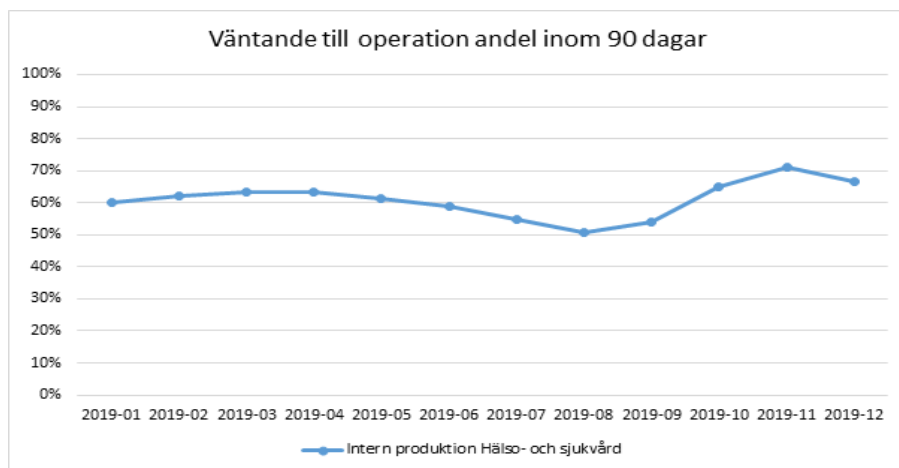
Andel besök inom tre dagar exkl patient vald väntan. Hälso-och sjukvårdsförvaltningen, Primärvården



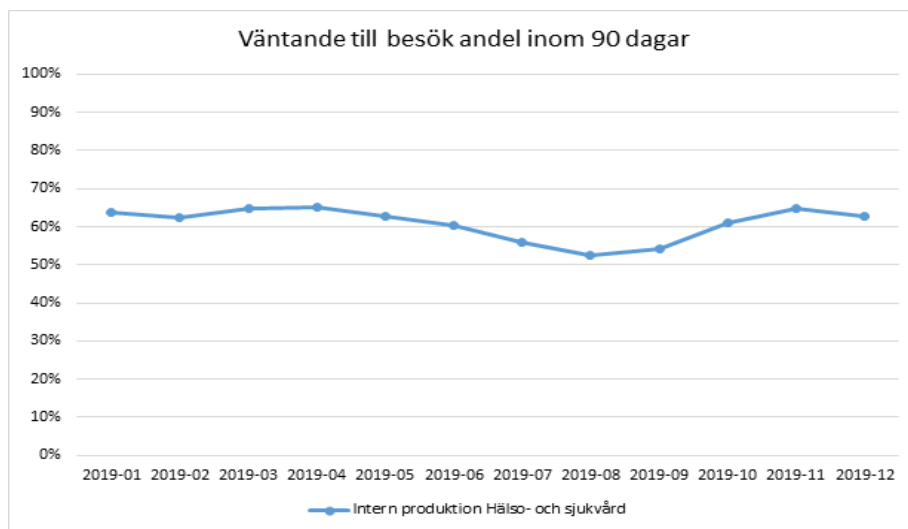
Telefontillgänglighet. Hälso-och sjukvårdsförvaltningen, Primärvården



Gällande tillgänglighet till operation och åtgärd är bilden splittrad. Antalet i kö har minskat, samtidigt som andelen som väntat länge har ökat. Operationsverksamheten har minskade köer generellt, medan hörcentralerna inte riktigt hunnit med att täcka behovet av utprovning av hörapparater.



Beträffande väntande till första besök, har förvaltningen nästan 2 000 fler väntande till förstabesök i dag än för ett år sedan.



18. Kunskapsstyrning

Under 2019 har kunskapsstyrningsrådet fortsatt arbete med att etablera ändamålsenliga strukturer som möjliggör följsamhet till nationellt system för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvård, i syfte att stärka möjligheterna till en god och jämlik hälsa för befolkningen i Gävleborg. Utifrån den nationella strukturen etableras lokala programområden med syftet att hålla ihop det lokala arbetet inom respektive område. Vilket innefattar att ta emot, anpassa och implementera kunskapsstöd, kartlägga processer för olika diagnoser/ tillstånd utifrån patientens väg i vården. Att driva systematiskt förbättringsarbete utifrån analys av relevant data, bidra till ordnat införande inklusive utrangering av icke-effektiva metoder samt planera och samordna resurser och kompetenshöjande insatser. Arbetet med NKK:s kunskapsstöd har på nationell nivå intensifieras under hösten och regionen räknar med att i början av 2020 kommer antalet publicerade kunskapsstöd att öka. Varje kunskapsstöd granskas av en medicinsk redaktionskommitté inom regionen och lokala tillägg görs vid behov. Under hösten 2019 påbörjas ett arbete på nationell nivå med framtagande av standardiserade vårdförlopp för nya diagnosgrupper, vilka ska implementeras inom regionen under 2020. Kunskapsstyrningsrådet kommer under 2020 att fokusera på arbetet med att implementera standardiserade vårdförlopp och kunskapsstöd, att utveckla ett processorienterat arbetssätt och rutiner för att inkludera patienter och anhöriga i det lokala kunskapsstyrningsarbetet samt samordning av de stödfunktioner som krävs för framdriften av kunskapsstyrningen.

19. Standardiserade vårdförlopp

Under 2019 startades totalt 4226 stycken SVF inom region Gävleborg. Av dessa var det 2074 patienter som hade cancer och sin första behandling. Registrering och uppföljning har förbättrats under 2019 jämfört med tidigare år. Det finns fortfarande en underredovisning av antal patienter som startar sin utredning och behandling i en annan region.

20. Kvalitetsregister

Sammanlagt drygt 100 kvalitetsregister användes inom hälso- och sjukvården i Gävleborg under 2019. Den sammanställning som gjordes 2018 av vilka register som används inom varje verksamhetsområde uppdateras kontinuerligt och finns tillgänglig för alla intresserade via Platina documentsök [Kvalitetsregister, Hälso- och sjukvården Region Gävleborg](#) Målsättningen är att resultat från registren kontinuerligt ska tas fram, analyseras och användas för lokalt förbättringsarbete, vid sidan om att registerdata även används i nationella sammanställningar och årsrapporter samt inom FoU.

En glädjande nyhet är att Kardiologin på Hudiksvalls sjukhus under året har anslutit sig till det svenska kardiogenetiska registret, till vilket nu sammanlagt tio av landets sjukhus rapporterar.

21. Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete

Region Gävleborg prioriterar hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete både i kunskapsstyrningsorganisationen samt i arbetet med god och nära vård där ett av programområdena är prevention och goda levnadsvanor.

Övergripande mål är att hindra uppkomst av eller påverka förlopp av sjukdomar, skador, psykiska, fysiska eller sociala problem (Socialstyrelsens termbank sjukdomsförebyggande).

Pågående projekt:

1. KVÅ-kodning, pilotprojekt inom 2-3 verksamheter
2. Uppföljning-Indikatorer och målstyrning
3. Stöd till implementering i verksamheterna
4. Tobak och alkoholfri i samband med operation
5. Individuellt anpassade insatser för jämlik vård
6. Förebygga och behandla ohälsosamma levnadsvanor vid psykisk ohälsa
7. Hälsosamma levnadsvanor vid cancerbehandling och rehabilitering
8. Utvärdera möjlighet till hälsosamtal för fler åldersgrupper än 40-åringar

22. Övergripande mål och strategier för kommande år 2020.

Av Hälso och sjukvårdens verksamhetsplan för 2020 framgår att Hälso- och sjukvården ska bedriva god och nära vård som är lättillgänglig med hög kontinuitet, patienter ska erbjudas fast vårdkontakt vid behov. Undvikbara vårdskador ska minska. Vården ska utvecklas inom ramen för nationell kunskapsstyrning.

Patientsäkerhetsarbetet grundar sig på Region Gävleborgs nollvision för undvikbara vårdskador.

Patientsäkerhet skapas genom en väl fungerande sjukvård. Samtliga strategiska, prioriterade och övergripande mål som finns för Hälso och sjukvården i verksamhetsplanen för 2020 harmonierar väl med fortsatt strävan att minska antalet vårdskador. Arbetet bör fortsätta **stärka** och i ord och handling **verka** i andan ”vårt gemensamma ansvar för vår gemensamma patient”.

Nationell handlingsplan för patientsäkerhet (beslutas i februari 2020, föreslås gälla för 2020 -2024) definieras områden med syfte att stärka patientsäkerheten nationellt och regionalt. Hälso- och sjukvården i Region Gävleborg kommer under 2020 att fokusera på att stärka patientsäkerheten inom de fem fokusområden som är definierade i handlingsplanen:

Öka kunskap om inträffade vårdskador bl. a genom markörbaserad journalgranskning, analyser av månatliga punktprevalensmätningar, VRI, trycksår, BHK, händelseanalyser med utredning av rotorsaker, patient och närståendemedverkan i händelseanalyser och utredningar.

Tillförlitliga och säkra system, processer och rutiner bl. a genom säkra reviderade rutiner, kvalitetssäkrade metoder för diagnostik, vård, behandling och utvecklingsarbete. Medicinteknisk säkerhet. Samverkan i vårdens övergångar. Göra det lätt att göra rätt.

Öka medvetenhet om hur säker vården är idag bl. a genom att stärka säkerhetskulturen via händelseanalyser, riskanalyser, patientsäkerhetsronder, kvalitetssäkrade rutiner, markörbaserad journalgranskning, kvalitetsregister, säker bemanning.

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

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