Upprättare: Ulla Karin U Blom Ivarsson

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse 2016 Region Gävleborg

Innehåll

Sammanfattning 3
1. Övergripande mål och strategier 5
2. Organisatoriskt ansvar för patientsäkerheten....6
3. Struktur för uppföljning/utvärdering 10
3.1. Vårdskador och avvikelser 10
3.2. Patientsäkerhetsronder/Dialoger....10
3.3. Vårdhygien och Smittskydd....11
3.4. Kvalitetsregister....11
3.5. Stöd till medicinska verksamheterna vid användning av tekniska försörjningssystem....11
4. Uppföljningar genom egenkontroller 12
5. Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits samt vilka åtgärder som genomfört för att öka patientsäkerheten....15
5.1. Patientsäkerhetskulturmätning 15
5.2. Avvikelser 15
5.3. Nationella patientenkäten....16
5.4. Vårdskador 16
5.5. Vårdflöden och processer 17
5.6. Vårdprogram och rutiner 17
5.7. Kvalitetsregister....17
5.8. Kliniskt Tränings Centrum 18
5.9. Läkemedel....18
5.10. Kommunikation och informationsteknologi....18
5.11. Arbetsmiljö....19
6. Samverkan för att förebygga vårdskador 19
7. Riskanalys....20
8. Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet 21
9. Klagomål och synpunkter....21
9.1. Sammanställning och analys....21
9.2. Samverkan med patienter och närstående 23
10. Resultat 24
10.1. Nationell patientenkät....24
10.2. Patientsäkerhetskulturmätning 26
10.3. Markörbaserad journalgranskning....27
10.4. Vårdrelaterade infektioner (VRI)....27
10.5. Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler 28
10.6. Vårdhygien och Smittskydd....29
10.7. Trycksår....30
10.8. Läkemedelsgenomgångar....30
10.9. Utbildningsinsatser från KTC....30
10.10. Ständiga förbättringar....31
10.11. Standardiserade vårdförlopp för cancerpatienter....31

10.12. Överbeläggningar och utlokaliserade patienter....32
10.13. Väntetider till vård och behandling....33
10.14. Ledtider inom Bild- och funktionsmedicin....33
10.15. Telefontillgänglighet....34
10.16. Hållbart Medarbetar Engagemang- HME....34
11. Måluppfyllelse....34
11.1. Vårdrelaterade infektioner (VRI)....34
11.2. Trycksår....34
11.3. Basala hygienrutiner och klädregler (BHK)....34
11.4. Antibiotikaförskrivning....35
11.5. Beläggningsgrad....35
11.6. Förtroende och tillgång för hälso- och sjukvården....35
11.7. Tillgänglighet till besök och vård och behandling....35
12. Övergripande mål och strategier för kommande år....36
12.1. Regionens strategiska arbete....36

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet har bedrivits i verksamhetens olika delar, och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses (SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §).

Sammanfattning

Under 2016 fortsatte det strategiska utvecklingsarbetet för Hälso och Sjukvården Region Gävleborg som påbörjades under 2015 ”Vårt gemensamma ansvar för vår gemensamma patient”. För att nå det övergripande målet har fyra målområden identifierats (På rätt sätt, Samarbete kring patienten, Hälsosamt liv, För varje individ) vilka innefattar ett stort antal aktiviteter.

Patientsäkerhetsarbetet under 2016: Resultatet från genomförd Patientsäkerhetskulturmätningen visar i stort sett lika resultat eller något förbättrat i jämförelse med 2013, samt överensstämmer i stort med resultat från den nationella databasen. Utifrån resultatet har handlingsplaner på olika nivåer utarbetats.

Flertalet av regionens mål är av nollvisionskaraktär, vilket innebär att en fullständig måluppfyllelse är ett långsiktigt arbete med fokus på ständiga förbättringar. I jämförelse med riket har Region Gävleborg lägre andel patienter med vårdrelaterade infektioner, men regionens mål uppnås inte. Identifiering av förbättringsåtgärder har genomförts till hjälp för verksamheter att arbeta mer strukturerat med förbättringar. I jämförelse med riket har Region Gävleborg lägre andel patienter med trycksår, men statistik visar inte på förbättring under 2016. Månatlig statistikredovisningen finns från november i rapportverktyget Cyklop, vilket ökar möjligheten för verksamheterna att identifiera sina förbättringsbehov. Ett fortsatt arbete sker för en säker och effektiv läkemedelsanvändning, bland annat att öka följsamheten till rutinen om läkemedelsgenomgångar, aktuella läkemedelslistor vid vårdens övergångar och ett aktivt arbete för minskad antibiotika förskrivningen. Resultat från antibiotikaförskriningen visar en liten minskning i jämförelse 2015 men målet är inte uppnått. Förbättringsarbeten påbörjades under året för att förbättra hanteringen av avvikelser och öka möjligheten till ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

Vårdflöden har varit ett av förbättringsområdena och ett flertal förbättringsarbeten har initierats inom alla verksamheter. Tretton nya standardiserade vårdförlopp för cancerpatienter har påbörjats. Verksamheter arbetar med implementering av kommunikationsverktyget SBAR och ett flertal anpassningar av verktyget till verksamhetens behov har skett. Med hjälp av dagens teknik tas nya sätt fram för patienterna att möta vården, exempelvis ”Vård på distans” och telemedicinskt stöd för konsultationer dygnet runt.

Beläggningsgraden inom slutenvården var totalt i regionen 94 % under 2016 vilket är en ökning med 2 % jämfört med 2015. Då var målet 92 %. Regionen har uppnått målet 70% gällande andel patienter som väntat mindre än 60 dagar till besök under 2 av årets 12 månader. Regionen når målet med 70 % av väntande till operation/åtgärd inom 60 dagar under tre av årets månader.

Brist på sjuksköterskor och läkare är ett problem inom Region Gävleborg som i övriga landet. Ett flertal åtgärder har vidtagits för att säkra kompetensförsörjningen och därmed vården och dess utveckling.

Samverkan: Regionen och kommunerna i länet har gemensamma samverkansforum för olika grupperingar mellan huvudmännen, bland annat för att säkra övergångar i vården, hantering av gemensamma avvikelser samt införande av vårdkedjegrupper. Ett stort antal samverkansprojekt har också skett inom regionen för att förbättra patientens väg genom vården, bland annat mellan ambulansen och primärvården för att undvika sjukhusvård.

Samverkan med patient/närstående: Medborgarna i Region Gävleborg har under 2016 fått tillgång till delar av sin egen journal genom ”Journal via nätet”. Representanter från regionen har deltagit i brukarråd och haft direktkontakt med patientföreningar. Flera verksamheter arbetar med att förbättra vårdplanerna i patientens journal så patientens delaktighet i beslut tydligt framgår. Andra exempel är att patienter och närstående erbjuds att delta vid vårdplanering när patienten byter vårdnivå. Patienter/närstående inbjuds i allt större utsträckning i verksamheternas olika förbättringsarbeten. Det finns inga målvärden framtagna i siffror för 2016 gällande Nationella patientenkäten. Mätningen för primärvården visade att den patientupplevda kvaliteten för Region Gävleborg i stora drag är som riksgenomsnittet. Resultat inom specialiserade vården visar något lägre resultat en riket.

1. Övergripande mål och strategier

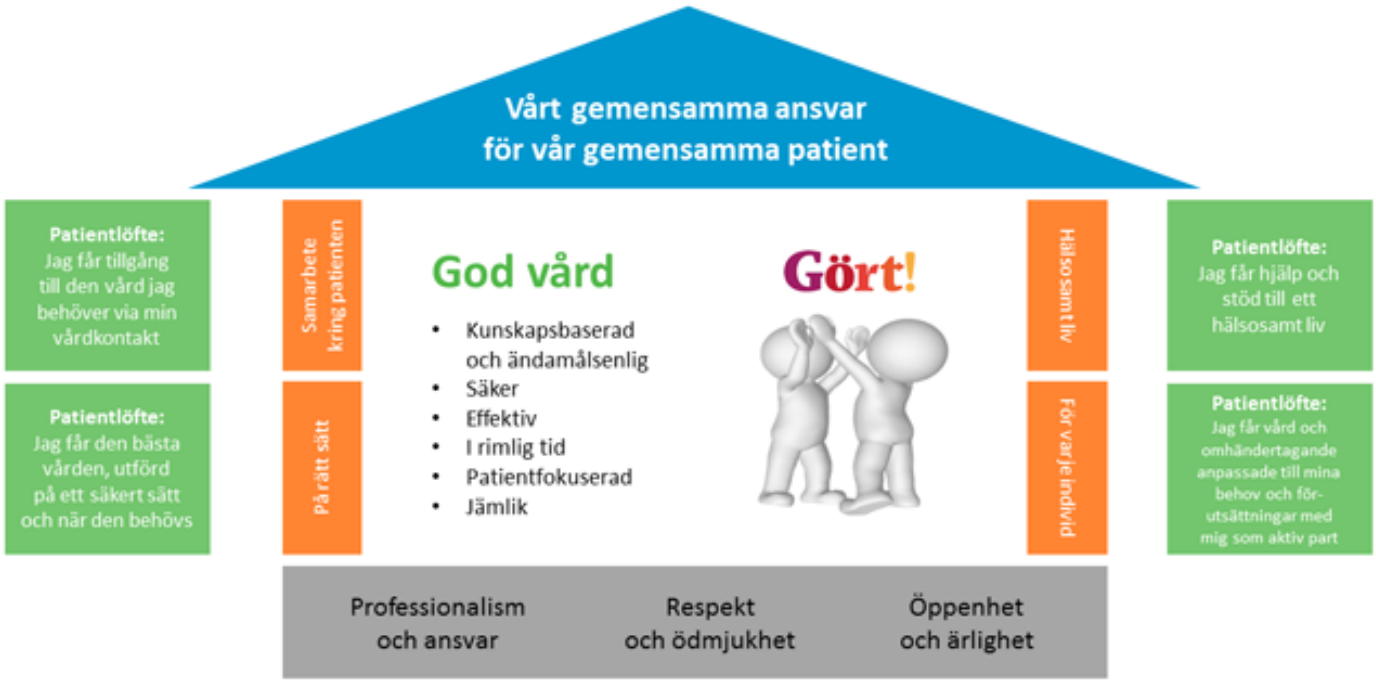
Region Gävleborgs vision för strategiskt patientsäkerhetsarbete är en nollvision som innebär att ingen patient ska behöva drabbas av en undvikbar skada.
Därför ska vården och det strategiska patientsäkerhetsarbetet kännetecknas av en kultur där vårdskador förhindras genom att tidigt upptäcka risker, förebygga och mildra konsekvenser av inträffade vårdskador.

I Budget 2016 står följande prioriterade område, saknas uppsatta målvärden:
”Patientsäkerhet, tillgänglighet och kvalitet”
- Utveckling av patientsäkerhet och kvalitet i Hälso- och sjukvården ska fortsätta.
- Vård av hög kvalitet garanteras.

Divisionerna har uppsatt målvärde för; vårdrelaterade infektioner < 7% , följsamhet till Basala Hygienrutiner och Klädregler (BHK) ≥90%, tillgänglighet till vård och behandling ≥70%, ledtider avvikelser avslutade inom 90 dagar och Hållbart medarbetarengagemang (HME) ≥75%.

Kvalité- och patientsäkerhetsarbetet präglas av regionens gemensamma värdegrund professionalism och ansvar, respekt och ödmjukhet, öppenhet och ärlighet

Det strategiskt utvecklingsarbete för Hälso och Sjukvården Region Gävleborg som startade under 2015 har fortsatt under 2016. Utvecklingsarbetet är inspirerat av ett arbetssätt där patienten ses ur ett helhetsperspektiv, över de organisatoriska gränserna, oavsett var i vårdflödet patienten kommer ifrån, befinner sig i och ska vidare till. Även förebyggande och hälsofrämjande arbete har stort fokus. Det finns för närvarande fyra målområden framtagna inom ”Vårt gemensamma ansvar för vår gemensamma patient” – På rätt sätt, samarbete kring patienten, Hälsosamt liv och För varje individ.



2. Organisatoriskt ansvar för patientsäkerheten

Regionens organisation för patientsäkerhetsarbetet

Regionstyrelse/vårdgivare	• Regionstyrelsen har det yttersta ansvaret för patientsäkerheten i Region Gävleborg
Hälso- och sjukvårdsnämnd/delegerat ansvar som vårdgivare	• Planerar, leder och kontrollerar att patientsäker-hetsarbetet bedrivs enligt fastställda lagar, direktiv och styrdokument så kravet på god vård tillgodoses • Fastställer den årliga patientsäkerhetsberättelsen
Hälso- och sjukvårdsdirektör (HSD)	• Funktionsansvarig för patientsäkerhetsarbetet • Fastställare av den årliga patientsäkerhetsberättelsen samt regiongemensamma rutiner och handlingsplaner för hälso- och sjukvården
Divisionschef (DC)	• Övergripande ansvar inom divisionen, samordnar kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet inom och mellan divisionerna • Ansvarar för att säkerställa att fastställda rutiner och aktiviteter förs ut i organisationen och har det operativa ansvaret för implementering och uppföljning inom divisionen.
Verksamhetschef (VC)	• Verksamhetscheferna ansvarar för att diagnostik, behandling och omvårdnad bedrivs på ett säkert sätt. • Ansvarar för att genomföra och följa upp beslutade mål och strategierna i patientsäkerhetsarbetet. • Följer upp verksamhetens förbättringsarbete, analyserar resultat och förbättringsåtgärder samt utvärderar dess effekter • Som uppdragsgivare för riskanalys och händelseanalys besluta om samt utvärdera och följa upp beslutade åtgärder. • Ansvarar för att patient/närstående får information och erbjuds delaktighet i verksamhetens patientsäkerhetsarbete • Ansvarar för att det finns rutiner för hur patienter, anhöriga och personal tas om hand och får stöd vid allvarlig händelse. • Vid vårdskada samarbeta med utsedd anmälningsansvarig person

Vårdenhetschef (VEC)	• Ansvarar för tillämpning av fasställda styrdokument • Vid förbättringsarbeten, riskanalys och händelseanalys ansvara för att tid avsätts för arbetet • Följer upp resultat av insatta åtgärder efter förbättringsarbete och analysarbete samt att resultaten återkopplas till personalen. • Ansvarar för att rutiner för hur patienter, anhöriga och involverad personal tas om hand och får stöd vid allvarlig händelse är kända.
Hälso- och sjukvårdpersonal	• Arbetar utifrån regionens regelverk och tillämpar fasställda styrdokument • Medverkar i förbättringsarbetet genom att rapportera observerade risker och registrerar avvikelser i avvikelsehanteringssystemet. • Medverkar i utrednings- och utvecklingsarbetet av patientsäkerhetsområdet

Stödfunktioner för patientsäkerhetsarbetet

Stödfunktion	Stödfunktionens uppgifter
Patientsäkerhetsenheten/ Hälso- och sjukvårdsdirektörens stab	Hälso-och sjukvårdsdirektörens och divisionschefers stöd i patientsäkerhetsarbetet Rådgivande i patientsäkerhetsarbetet inom regionen samt beredningsgrupp för hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp (HSL) i övergripande patientsäkerhetsfrågor
Stabschef	Chef för patientsäkerhetsenheten med ansvar att samordna och prioritera enhetens resurser samt beakta och lyfta upp patientsäkerhetsfrågor i Hälso- och sjukvårdsnämnden, Hälso- och sjukvårdsledningen samt i FSAM.
Chefläkare (deltid) *Patientsäkerhetssamordnare* *Anmälningssamordnare*	• Chefläkare sammankallar divisionernas chefläkare för regelbundna möten • Samordnar regionens övergripande arbete inom patientsäkerhet • Utgör stöd i verksamheternas utveckling inom patientsäkerhetsområdet • Samordnar utbildning och kompetensutveckling inom området patientsäkerhet • Patientsäkerhetssamordnare samordnar och skriver patientsäkerhetsberättelsen • Kontaktperson för SKL (chefläkare samt patientsäkerhetssamordnare) • Chefläkare samt anmälningsansvarig samarbetar med och utgöra stöd till verksamhetschef inför Lex Maria-anmälan samt är kontaktperson för IVO
Verksamhetsutvecklare	• Utgör stöd i verksamheternas utveckling inom kvalitets- och patientsäkerhetsområdet i samverkan med divisoner, andra vårdgivare och inom patientsäkerhetsenheten • Samordnar och genomför kontinuerliga nätverksträffar för kvalitetssamordnare
Leansamordnare	• Utgör stöd i verksamheternas utveckling framförallt med kartläggning av processer och flöden
Chefläkare (för respektive division och sjukhus)	• Rådgivande i samt divisionschefen stöd i patientsäkerhetsarbete • Som anmälningsansvarig samarbeta med och utgöra stöd till verksamhetschef inför Lex Maria-anmälan
Kvalitetssamordnare	• Verksamhets- och vårdenhetschefens stöd i patientsäkerhetsarbetet.

Hygienombud	• Verksamhets- och vårdenhetschefens stöd i det infektionsförebyggande arbetet. Bl a genom mätning, registrering och sammanställning av följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler. • Vårdhygiens kontakt till respektive vårdenhet
Patientnämnd	• Bidrar med erfarenheter från analys av patientsynpunkter
Lokal Stramagrupp	• Strategigrupp för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens
Vårdhygien	• Planerar och samordnar infektionsförebyggande arbete • Stödjer verksamheterna i det lokala arbetet med god hygien
Smittskydd Gävleborg	• Arbetar utifrån lagstiftning
Läkemedelskommittén	• Arbetar utifrån regionala och nationella rekommendationer
Centrum för Forskning och Utveckling Gävleborg (CFUG)	• Stödjer och stimulerar till forskning och utveckling inom landstingets samtliga verksamheter. • Bidra till att ökad FOU-kompetens uppnås och används för att förbättra kvalitén i landstingets olika verksamheter.
Samhällsmedicin Gävleborg	• Ansvarar för vissa övergripande analyser samt ge förslag till förbättringsområden
Internkontrollenheten	• Säkerställer att det finns övergripande arbetssätt, metoder och verktyg för intern kontroll • Leder och stödjer vid riskanalyser
Lednings- och verksamhetsstöd /Utvecklingsavdelningen	• Samordnar och tar på uppdrag fram region-gemensamma kliniska rutiner för Hälso-och sjukvård *Kliniska apotekare* • Samordnar och driver landstingets övergripande läkemedelsfrågor • Sammanställer utförda egenkontroller på enheter • Stödjer på uppdrag verksamheten i dagligt arbete • Ledningssystem ILS för hantering och struktur av samtliga dokument för patientsäkerhet inklusive vårdrutiner - *Ledningssystemsamordnare* • Samordnar och driver landstingets övergripande kliniska utbildningar - *Kliniskt träningscentrum/KTC*

3. Struktur för uppföljning/utvärdering

Den politiska ledningen (Hälso- och sjukvårdsnämnden) följer upp patientsäkerhetsarbetet i samband med årsbokslutet samt vissa parametrar månadsvis. Regionsövergripande uppföljning sker kontinuerligt i Hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp (HSL), som är högsta tjänstemannaledning för hälso-och sjukvård. Resultat och mål av divisionernas patientsäkerhets- och kvalitetsarbete följs upp i verksamheterna och divisionernas ledningsgrupper månadsvis mellan divisionschef/ verksamhetschef, i verksamheternas ledningsgrupper och på arbetsplatsträffar. Verksamheter som är ackrediterade/certifierade genomför regelbundet ”Ledningens genomgång”. Alla 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 beslutstödsystemet ”Cyklop” redovisas. Inom all primärvård i länet används 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.

Enheten för patientsäkerhet anordnar i samarbete med chefläkarna gemensamma träffar för kvalitetssamordnare/motsvarande i form av divisionsövergripande Kvalitetsråd och regionövergripande kvalitetssamordnarträffar. Ett nytt mötesforum för kvalitetssamordnare, patientsäkerhetssamordnare och chefsläkare har startats inom medicin och operations verksamheter där allvarliga/återkommande avvikelser diskuteras.

3.1. Vårdskador och avvikelser

Vårdskador identifieras via markörbaserad journalgranskning, månatliga punktprevalensmätningar (VRI, trycksår och BHK, även nationell mätning våren 2016), infektionsverktyget, lex Maria-ärenden, enskild anmälan till IVO, LÖF-ärenden, Patientnämndsärenden samt rapporterade avvikelser i regionens avvikelsehanteringssystem Platina. Dagliga avstämningar genom verktyget ”Gröna korset” har införts på några slutenvårdavdelningar i syfte att identifiera vårdskador/risk för vårdskador.

Avvikelser rapporteras och hanteras i Platinas avvikelsemodul. Det finns en regionövergripande rutin för avvikelsehantering i regionen. Mindre avvikelser s.k. vardagligt ”strul” eller ”brus” är underlag till förbättringar och hanteras på det sätt som överenskommits inom enheten. Exempelvis daglig styrning med lappar på styrtavla, direkt kommunikation med chef, Gröna Korset etc. Om strulet återkommer trots åtgärd ska det rapporteras in i Platina så att ett systematiskt risk- och säkerhetsarbete möjliggörs.

3.2. Patientsäkerhetsronder/Dialoger

Ledningsfunktioner i divisionerna samt representant från enheten för patientsäkerhet och läkemedelsenheten genomförs löpande patientsäkerhetsronder/-dialoger i samtliga verksamheter. Syftet är att inhämta synpunkter från medarbetare och följa upp hur verksamhetsområdets ledning arbetar med avvikelser, kvalitetsregister och andra patientsäkerhetsaaktiviteter. Utifrån detta förs dialog med ledningsgrupperna för att öka medvetenhet och stimulera till ett kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

3.3. Vårdhygien och Smittskydd

Vårdhygien har ett flertal aktiviteter i Region Gävleborg. De utför hygienronder inom slutenvården och i primärvården. Utbildningar sker till personal i vården och till lokalvårdspersonal. Det finns hygienombud ute i verksamheten som vårdhygien har kontinuerliga träffar med. Vårdhygien delar även på arbetsplatsträffar när verksamheten så önskar.

3.3.1. Smittskydd och antibiotikaförskrivning

Smittskyddsenheten följer smittskyddsläget i länet och kontaktar läkare, verksamhetschefer, divisionschefer och Hälso- och sjukvårdsdirektör liksom politiker i ärenden som rör anmälningspliktiga sjukdomar. Smittskyddsenheten har även kontakt med allmänhet och övriga myndigheter i länet beträffande smittskyddsfrågor. Strama är landstingets enhet med kunskap för rationell antibiotikaanvändning. De analyserar antibiotikaförskrivningarna månatligt och informerar ledning och berörda verksamheter om förskrivningsmönster och riktlinjer. Strama stöttar också verksamheternas kvalitetsarbete vad gäller diagnostik och behandling av infektioner. Strama samverkar med alla aktörer som förskriver antibiotika. Tillsammans med veterinärerna har vi publicerat en nationellt uppmärksammad app med antibiotikarekommendationer även för veterinärer. Inom slutenvården har man börjat implementera Infektionsverktyget.

3.4. Kvalitetsregister

Registrering i flertalet kvalitetsregister sker i syfte att identifiera kvalitetbrister och vårdskador. Ledningsgrupper följer upp täckningsgrad och kvalitetsindikatorer på vissa register. Samhällsmedicin Gävleborg gör årligen analys av resultaten från kvalitetsregister som presenteras i ”Öppna jämförelser” samt gör sammanställning av den nationella patientenkäten.

3.5. Stöd till medicinska verksamheterna vid användning av tekniska försörjningssystem

Medicinsk Teknik leder ”Tekniska kommittén” och ”Gaskommittén”. Tekniska kommittén har i uppdrag att stödja verksamhetschefer för att få en säker teknisk drift för verksamhetskritiska medicinska system. Två kommittémöten om året genomförs med ett antal beredningsmöten däremellan. Gaskommittén har i uppdrag att säkerställa kvalitén på medicinska gasanläggningen enligt standard HB 370. Medicinsk Teknik medverkar också i verksamheternas teknikronder vid respektive enhet som har medicinteknisk utrustning/-system. Strålskyddsorganisation finns utifrån krav från Strålskyddsmyndigheten i syfte att förebygga risker för patienter, personal och allmänhet i samband med användning av joniserande strålning (beskrivs i regiongemensam rutin).

4. Uppföljningar genom egenkontroller

Område	Omfattning	Källa	Analys
Vårdrelaterade infektioner som behandlas med antibiotika	Rapporteras fortlöpande	Nationella IT-stödet Infektionsverktyget	Sker inom berörda verksamheter
Vårdrelaterade infektioner	Granskning av alla inskrivna patienter en specifik dag/mån	Regionens gemensamma databas	Redovisas i styrkort, för medarbetare och publiceras på intranät
Hygienrutiner och klädregler	10 observationer/ enhet genomförs varje månad	Regionens gemensamma databas Cyklop	Redovisas i styrkort, för medarbetare och publiceras på intranät
Trycksår	Granskning av alla inskrivna patienter en specifik dag/mån	Regionens gemensamma databas	Redovisas i styrkort, för medarbetare 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 samt halvårsvis	Concise från E-hälsomyndigheten, Strama, regionens gemensamma databas Cyklop, infektionsverktyget	Sker inom berörda verksamheter
Läkemedel	Årlig egenkontroll av läkemedelshantering enligt checklista vid varje vårdenhet	Regionens gemensamma databas	Sker inom berörda verksamheter, arbetsplatsträff och patientsäkerhets-ronder
Olämpliga läkemedel	Regelbunden rapport	Concise från E-hälsomyndigheten	Sker inom berörda verksamheter

Område	Omfattning	Källa	Analys
Slumpmässig markörbaserad journalgranskning	25 journaler granskas/månad vid medicin- och kirurgavdelningar	Journalsystemet Melior	Sker inom berörda verksamheter
Riktade journalgranskning, exempelvis dokumentation av vårdplaner, specifika diagnoser mm	Utifrån verksamhetens intentioner	Relevanta journalsystem	Sker inom berörda verksamheter
Avvikelser	Rapporteras fortlöpande	Avvikelsemodul i IT-stödet Platina, Regionens gemensamma databas Cyklop	Utreds, åtgärdas och återkopplas till ledningsgrupper, patientsäkerhetsrond arbetsplatsträff
Patientnöjdhet	Berörda verksamheter deltar i nationella mätningar och/eller genomför egna mätningar	Nationella patientenkäter och/ eller egna enkäter samt ”tyck och tryck”	Sker inom berörda verksamheter
Kundnöjdhet	Berörda verksamheter efterfrågar beställares synpunkter	Egna enkäter	Sker inom berörda verksamheter
Medarbetarnöjdhet	Samtliga medarbetare besvarar enkät en gång/år	Lilla och Stora medarbetarenkäten, HME	Analys och åtgärder sker på olika organisatoriska nivåer, ledningsgrupp och arbetsplatsträffar
Ackrediterade/certifierade verksamheter	Interna och externa revisioner genomförs systematiskt enligt plan	Relevanta ackrediterings-/ certifieringsorgan	Sker inom berörda verksamheter
Blodprodukter, strålskydd, arbetsmiljö brand, miljö, medicins teknik m.fl.	Säkerhetsronder genomförs systematisk enligt plan	Protokoll, nationell riskdatabas ”Reidar”	Sker inom berörda verksamheter

Område	Omfattning	Källa	Analys
Tillgänglighet	Ledtider för bild- och funktionsmedicin, väntetider till besök och behandling samt telefontillgänglighet följs regelbundet	Regionens gemensamma databas Cyklop, nationell databas mm.	Analys och åtgärder sker på alla organisatoriska nivåer. Följs dagligen daglig till månadsvis
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	Regionens gemensamma databas	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
Användning av SBAR	Genomförts på vissa vårdenheter	Patientsäkerhetsronder samt observationer (fåtal enheter)	Sker vid patientsäkerhets-dialoger samt arbetsplatsträffar
Händelseanalyser och internutredningar	När allvarlig händelse inträffat	Händelseanalys, enligt nationell metod	Följs upp efter rekommendationer i analysen

Kommentar
Utöver tabellen utförs ett flertal andra egna kontroller, exempelvis verksamhetsspecifika.

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

Det strategiska utvecklingsarbete som innefattar hela Hälso- och sjukvård Region Gävleborg är fortsatt prioriterat och fortlöper enligt plan. Det övergripande målet är ”Vårt gemensamma ansvar för vår gemensamma patient” vilket innebär att regionens hälso- och sjukvård präglas av ett helhetsperspektiv utifrån patientens vårdbehov, oavsett var i vårdförloppet patienten befinner sig. Även förebyggande och hälsofrämjande arbete har fått ett starkare fokus. För att nå det övergripande målet har fyra målområden identifierats. A) På rätt sätt – exempelvis ökad kvalitén, kompetens och köfri sjukvård. B) Samarbete kring patienten – exempelvis ökad samverkan mellan verksamheter, implementering av fast vårdkontakt, standardiserade vårdprocesser och utveckling av ledarskapet. C) För varje individ – exempelvis enkelhet och tydlighet för patienter och närstående samt stärka deras delaktighet i vården. D) Hälsosamt liv – sjukdomsförebyggande arbete, utveckling av hälsokunskap samt att samverka och bygga ”broar”. Hälsotorget och Vård på distans är exempel på aktiviteter.

Regionen erbjuder fortlöpande utbildningar inom kvalitets- och patientsäkerhetsområdet exempelvis händelseanalysutbildning, riskanalysledare, SIP (Samordnad individuell vårdplanering), basala hygienrutiner och klädregler, sjukdomsförebyggande metoder, strålskydd, GPS (Gävleborgs produktionssystem), miljöutbildning, Platina dokument- och avvikelsehantering och coachutbildning för långsiktigt förbättringsarbete.
Ett strukturerat arbetsätt för ”Ständiga förbättringar” har införts i regionen. Detta inkluderar att utbilda förbättringscoacher för att leda förbättringsarbeten i verksamheten. I uppstartsfasen 2014-2016 har stöd från Qulturum (Centrum för utveckling och förbättringsarbete inom hälso-och sjukvård och tandvård inom region Jönköping) funnits.

5.1. Patientsäkerhetskulturmätning

Under 2016 utfördes en patientsäkerhetskulturmätning. Utifrån mätresultatet har verksamheterna utarbetat handlingsplaner som också är underlag till en Region-övergripande rapport. Resultaten används som underlag till förbättringsarbeten på såväl övergripande nivå som verksamhetsområde- och enhetsnivå.

5.2. Avvikelser

I syfte att utveckla och förbättra hanteringen av avvikelser påbörjades ett förbättringsarbete under 2016 i samband med att avvikelsemodulen uppgraderades. Ett nytt sätt att klassificera avvikelser i systemet möjliggör sammanställning och analys för att upptäcka mönster och trender, ett område det börbättringsbehov finns. Arbetet med att utveckla standardiserade rapporter startar under 2017. Omfattande utbildningsaktiviteter, inkl dialog med chefer, annan utsedd handläggare, kvalitetssamordnare och medarbetare har genomförts dels kring den nya modulen dels kring hela avvikelseprocessen.

5.3. Nationella patientenkäten

Resultaten från Nationella patientenkäten har delgivits verksamhetschefer och vårdenhetschefer och används för att tillsammans med andra underlag utveckla och förbättra vården.

5.4. Vårdskador

5.4.1. Vårdrelaterade infektioner (VRI)

Punktprevalensmätningarna inom slutenvården fortsätter. En genomgång inom somatiska slutenvården har genomförts dels för att få likartad registrering i länet och för att skapa möjlighet till regionsövergripande statistik som underlag till förbättringar. Utifrån dialoger med vårdenhetschefer inom slutenvården, påverkansanalys och SKLs material för framgångsfaktorer har en rapport skrivits där fyra områden beskrivs som viktiga för minskad andelen patienter med VRI. Ett förbättringsarbete har påbörjats i syfte att minska andelen urinvägsinfektion relaterat till urinavledande kateter.

Vårdhygien har påbörjat obligatorisk utbildning i vårdhygien för all personal i patientnära vård i Region Gävleborg. Utbildningen är förankrad i Regionens politiska ledning och i Hälso- och sjukvårdsledningen.

Ett aktivt arbete sker för att minska antibiotikaförskrivningen. Besök och information på hälsocentraler har skett av smittskydd, Strama och kliniska apotekare tillsammans med analys av förskrivningsmönster. Strama har fortsatt med ”Sit In” som innebär ett kvalitetsarbete för att förbättra samverkan inom en hälsocentral vad gäller diagnostik, omhändertagande och antibiotikabehandling vid infektioner. Strama har skriftlig kontakt med vårdenhetschefen med frågor om kvalitetsarbete inom området. Besök på hälsocentralen görs där Strama sjuksköterska följer arbetet under förmiddagen för att under eftermiddagen ha föreläsning och diskussion kring enhetens eget arbete. Återkoppling till vårdenhetschef med nytt påföljande besök sker efter det. Strama utför även utbildningar till sjuksköterskor. Strama har även påbörjat implementeringen av Infektionsverktyget i slutenvården. Strama samverkar med Infektionssjukvården för att sprida kunskap om diagnostik och behandling vid slutenvårdsinfektioner.

5.4.2. Trycksår

Ett fortsatt arbete för att minska andelen trycksår har skett med månatliga mätningar. KTC har funnits som stöd och erbjuder utbildning, stöd vid punktprevalensmätningar stöd i uttag av statistik från dessa. De flesta avdelningar utför de månatliga mätningarna själva och integrerat det i personalens normala rutiner. Statistikredovisningen finns från november i Cyklop. Nätverksträffar med trycksårsansvariga har initieras i syfte att ytterligare förbättra den evidensbaserade trycksårspreventionen.

5.4.3. Fallskador

Förbättringsarbeten har genomförts inom slutenvården för att förebygga fallskador. Exempel på åtgärder är utbildningsinsatser, inköp av förebyggande material samt implementering av nya rutiner som givit goda resultat.

5.4.4. Journalgranskning

Riktade journalgranskningar samt några riktade markörbaserad journalgranskningar sker i verksamheten som underlag till förbättringsarbeten och utvärdering. Slumpmässigt uttagna journaler där man letar markörer och bedömer vårdskada har skett i Gävle och Hudiksvalls slutenvård med sammanlagt 25 journaler per månad. Dessa ligger till underlag för nationell databas.

5.5. Vårdflöden och processer

Ett flertal förbättringsarbeten har initierats inom alla verksamheter med syfte att förbättra vårdflöden och processer inom vården. Exempel är förbättrade arbetsmetoder för tidsbokning, telefontillgänglighet, fler MR-kameror, akutflöden, korta väntetider, utskrivningsrutiner, process vid byte av vårdnivå och sepsisflödet samt identifiering av ”mångsökare” där man på olika sätt arbetar med att ta hand om patienterna. Ett fortlöpande arbete sker för att standardisera vårdprocesser för cancer patienter utifrån nationella mål och överenskommelse. De fem standardiserade vårdförloppen (SVF) som infördes 2015 har följts upp. Under 2016 har tretton stycken nya SVF genomlysts för att tydliggöra roller och ansvar i syfte att säkra patienters väg genom vården. Ett nutritionsprojekt inom kirurgiska avdelningar avslutades under juni 2016. Arbetssättet gick ut på att alla patienter ska riskbedömmas inom 24 timmar, utredas för undernäring samt vid behov få förebyggande och behandlande åtgärder insatta. Projektet föll väl ut och en fortsättning föreslås genom utbildningsinsatser och bildande av ett råd.

5.6. Vårdprogram och rutiner

Vårdprogram och rutiner har fortlöpande reviderats inom hela regionen och i viss omfattning även planer för implementering. Tillgång och sökbarhet till befintliga dokument kan utvecklas. Bild och funktionsmedicin har med hjälp av verktyget 2c8 visualiserat sina processer för att sedan koppla rutiner till aktuell del i processen som ett beslutsstöd till medarbetare. Psykiatrin har utsedda säkerhetsansvariga som tillsammans med chefläkare anpassar verksamheten så lagar och evidens efterföljs. Med syfte att identifiera kunskapsläget och behov av utbildning har månadstester av rutiner i vårdhandboken genomförts vid en kirurgavdelning med positiva erfarenheter. Representanter från samtliga enheter inom psykiatrin har också arbetat med vårdprogram för vård av suicidnära patienter. Projekt för att förebygga sfinkterruptur ”Säker förlossningsvård del 2” har gett positivt resultat. Patienter inom psykiatrin ska utifrån sökorsak erbjudas ett basutbud av insatser som ska säkra en jämnställd vård. Ett omtag i syfte att implementera rutinen fast vårdkontakt är påbörjat under 2016.

5.7. Kvalitetsregister

Ett arbete sker i divisionerna för att förbättra såväl rapportering i och användningen av resultaten ur kvalitetsregistren. Division Primärvård och Medicin/Psykiatri har valt ut ett fåtal register som de har fokus på. Målsättningen är att öka användningen så full täckningsgrad uppnås samt att resultaten används i förbättringsarbeten i högre omfattning än idag. Täckningsgraden för Senior Alert och Palliativa registret följs från Regionsnivå till enhetsnivå.

5.8. Kliniskt Tränings Centrum

På KTC har under 2016 ett stort arbete genomförts med att ta fram årsplanering för utbildningar. Detta för att skapa en god arbetsmiljö vid KTC samt att ge möjlighet för verksamheterna att ha en framförhållning för planering av sin utbildningstid. Planeringen har diskuterats med divisionscheferna och dialogen fortgår. Målet för KTC är att utbildningar som erbjuds ska stärka vårdverksamheternas möjlighet att nå sina mål ur ett patientsäkerhets- och personalsäkerhetsperspektiv.

5.9. Läkemedel

Regiongemensam rutin för läkemedelsgenomgångar finns och vårdenheterna arbetar med att få förbättrad följsamhet till rutinen, exempelvis arbetar chefläkare med detta på Division medicin/psykiatri och Division Operation.
Läkemedelsenheten samordnar och driver regionens övergripande läkemedelsfrågor och utgör ett stöd i förbättringsarbetet för att förebygga läkemedelsfel. Kliniska apotekare och verksamheterna arbetar tillsammans med läkemedelsgenomgångar, säkerställande av aktuella läkemedelslistor, genomförande av utbildningsinsatser, granskar egenkontroller av läkemedelhantering vid enheterna.

5.10. Kommunikation och informationsteknologi

Brister i kommunikation är en mycket vanlig bakomliggande orsak till vårdskada/risk för vårdskada och användning av kommunikationsverktyget SBAR är ett vanligt förbättringsförslag för att säkra vården. Goda exempel på åtgärder: I en gemensam händelseanalys utredning mellan ambulanssjukvården och kvinnosjukvården har förlossningsenheternas dokumentationsmall för telefonrådgivning uppdaterats och en SBAR-mall för kommunikation mellan ambulans- och förlossningsenhet utarbetats och implementerats. Verktyget har utvecklats för att användas under ronder och vid överrapportingar och dietisterna har utvecklat en anpassad mall. Ett regiongemensamt överföringsrapportblad inom BUS är strukturerad enligt SBAR och används inom hela Uppsala-Örebro regionen. Syftet är att förbättra kommunikationen mellan vårdgivare på resp. sjukhus och vid transporter som sker mellan vårdenheter/sjukhus.

Med hjälp av dagens teknik tas nya sätt fram för patienterna att möta vården. Under våren 2016 har ett pilotprojekt, ”Vård på distans” påbörjats i Ljusdal dit patienter kan komma för att möta ortopedläkare från Hudiksvall eller logoped från Gävle. Detta har nu övergått i permanent verksamhet samt att man planerar för utökning av verksamheten. Neonatalvården får genom telemedicin stöd dygnet runt i bedömning och behandling av svårt sjuka nyfödda av erfarna neonatologer på Uppsala Akademiska sjukhus.
Under våren avslutades projektet Gemensam databas för Melior (GEM). Det innebar en övergång från femton databaser till en Meliordatabas. Det övergripande syftet med förändringen var att skapa en säkrare vård exempelvis har GEM en gemensam läkemedelsmodul. Det har uppstått ett antal mer eller mindre allvarliga avvikelser i samband med övergången utifrån olika orsaker. Det finns i verksamheterna fortfarande rapporterade problem att arbeta med för att systemet ska upplevas som användarvänligt och säkert.

5.11. Arbetsmiljö

En bra arbetsmiljö går hand i hand med god patientsäkerhet. Ett nationellt problem, även i Region Gävleborg, är bristen på sjuksköterskor och läkare. I syfte att säkra kompetensförsörjningen och för en fortsatt medicinsk utveckling och omvårdnadskompetens sker ett stort arbete inom verksamheterna. Dels för att rekrytera kompetens men också kompetenshöjande åtgärder för den personal som är anställd. Fokus har lagts på kompetensväxling för att säkra bristyrken och möjliggöra karriärvägar för olika professioner. Exempelvis utförs vissa läkaruppgifter av specialutbildade sjuksköterskor och sjuksköterskeuppgifter av undersköterskor Andra exempel för att säkra bemanning och minska omsättning är satsning på specialistsjuksköterskor som bland annat på kirurgen ansvarar för introducering av nyanställda sjuksköterskor, upprättande av rutiner och implementering av dessa. Schemaläggning, arbetsrotation och utbildningsinsatser är andra åtgärder.

6. Samverkan för att förebygga vårdskador

Samverkan i patientens vårdflöde är viktigt ur patientsäkerhetsperspektiv, dels för att öka kunskapen om effekten av den vård man ger, exempelvis information om egenvård, dels för att få en ökad förståelse och respekt för varandras arbetsuppgifter. Ett antal verksamhetsområden beskriver också att Regionens övergripande mål ”Vårt gemensamma ansvar för vår gemensamma patient” finns med i deras strategiska arbete. Samverkan för att förebygga vårdskador och öka vårdkvaliteten sker allt mer inom regionens verksamheter och med andra vårdgivare. Till exempel vid utredningar av vårdskador, i förbättringsprojekt, framtagande av rutiner och vid förbättring av flödesprocesser.
Det finns olika forum för samverkan inom och mellan divisionerna samt kommunen i syfte att förbättra patientsäkerheten. Regionen och kommunerna i länet har gemensamma samverkansforum för olika grupperingar mellan huvudmännen, bland annat för att säkra övergångar i vården, hanteringa av gemensamma avvikelser samt införande av vårdkedjegrupper. För att identifiera problem som finns inom samverkan mellan kirurgi och medicin har möten startat mellan läkarcheferna inom respektive område kring vård av patienter med flera diagnoser.

Samverkan har också skett med olika vårdaktörer, polis, försäkringskassa, arbetsförmedling, barnahus, kommun m.fl. om enskilda patienter eller kring generella samverkansfrågor. Vårdplaneringar mellan slutenvården och hemsjukvården och privata vårdgivare har utvecklats, på vissa enheter erbjuds kommunens distriktssjuksköterskor deltagande via MOVI-möten. Samordnad individuell vårdplan (SIP) är ett viktigt verktyg för kommun och regionen för att samordnade insatser ska kunna ske på ett effektivt och sammanhållet sätt.

Ett flertal dokument/rutiner är upprättade i syfte att öka samverkan, exempelvis har: ”Barn som far illa-differentialdiagnostiskt tänkande och ett systematiskt arbetssätt i handläggning och diagnostik vid misstänkt barnmisshandel” utarbetats i samarbete med samtliga verksamhetsområden inom sjukvården i regionen. För att förebygga vårdrelaterade infektioner i samband med urinavledande kateter startade ett förbättringsarbete där representanter från båda divisionerna deltar.

Samverkansdokument har även upprättats mellan paramedicinska enheter och aktuella vårdavdelningar. Inom psykiatrin implementeras länsövergripande rutin för samverkan mellan slutenvård, öppenvård och externa aktörer, vilket säkrar vården för personer med psykosociala problem. Tillsammans med 10 kommuner i länet erbjuder de även metoden RACT (Resursgrupp Assertive Community Treatment) enligt nationella riktlinjer. Samverkan finns också mellan ambulans och hjärtintensiven för att säkra upp flödet för dessa patienter.

Ambulanssjukvården, primärvården i Region Gävleborg samt Aleris har tagit fram ett arbetssätt för att fånga upp patienter som är ”mångåkare” och möta deras behov. Arbetet har pågått sedan maj 2014 och är under 2016 utvärderat med ett gott resultat. Utvärderingen visar att fler patienter skulle kunna inkluderas och att kännedomen om rutinen varierar. Under andra halvåret 2016 infördes: dels ett nytt regions övergripande arbetssätt där patienter som transporteras från vårdinrättningar ska läggas in på avdelning direkt vid ankomst utan att passera akuten dels ett projekt tillsammans med Aleris med läkarstöd åt ambulansverksamheten i område mitt. Båda projekten ses fungerande med vinster för både patient, verksamhet som medarbetare.

Operationsmottagningar har startat vid Gävle och Hudiksvall sjukhus i där ett flertal verksamhetsområden deltagit i projektplaneringen. Vårdhygien, patientsäkerhet, integritet, flöden, bättre logistik, vår gemensamma patient är grundläggande för arbetet med den nya operationsmottagningen. Uppstart av ”Projekt nyfödd-sammanhållen familj” i samverkan med kvinnosjukvården Arbetet med det akuta barnflödet Gävle, gemensamt för samtliga VO inom Region Gävleborg. Telemedicinska patientbesök/konferenser sker mellan vårdgivare inom- samt utomläns. Dessa har bidragit till ökad tillgång till medicinsk kompetens, förbättrad kompetensöverföring mellan vårdgivare och samordnad information till patient/anhörig, vilket minskar risken för vårdskador och brister till följd av otydlig kommunikation. Proaktiv hälsostyrning har fortsatt under 2016 och är en arbetsmodell som syftar till att bibehålla äldre sjukas hälsa och välbefinnande under längre tid och på så sätt även skjuta upp behovet av stora sjukvårds-och omsorgsbehov.

7. Riskanalys

Rutin för när och hur riskanalyser ska genomföras inom regionen finns och verksamheten utför fortlöpande riskanalyser. Internkontrollenheten svarar för utbildning av riskanalysledare samt fungerar vid behov som stöd vid genomförande av riskanalyser.
Vid planering av större förändringar genomförs oftast riskanalyser. I vardagen sker i allt större utsträckning riskanalyser även vid mindre förändringar som direkt eller indirekt kan påverka patientsäkerheten. såsom beläggning, bemanning samt riskbedömning och val av behandling till enskild patient etc.
Ett trettiotal riskanalyser har genomförts inom hälso- och sjukvården under 2016. Exempel på genomförda riskanalyser är centralisering av psykosocialta team, gemensam diabetesmottagning, sommarsamverkan, flytt av mammografiverksamhet från sjukhus till hälsocental, ombyggnation och ökad andel hyrläkare. En stor riskanalys resulterade i ett projekt för att stärka det akuta flödet och akutmottagningens verksamhet.

8. Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporterings-skyldighet

Avvikelser är underlag till förbättringsarbeten för en säker vård med hög kvalitet samt en säker tillfredställande arbetsplats. Rapporter i regionens avvikelsehanteringssystem Platina, utreds av ansvarig chef eller annan utsedd handläggare i dialog med berörd personal och sakkunniga för att ta fram korrigerande åtgärder. Återkoppling sker till berörda individer, på arbetsplatsträffar och ledningsgrupper och vid behov andra mötesforum. Avvikelser används som underlag i dialoger vid patientsäkerhetsronder-/dialoger

Exempel på åtgärder utifrån rapporterade avvikelser med god effekt är revidering och tydliggörande av rutiner för överrapportering vid jour, remisshantering, städning, introduktionsprogram samt förbättrad information till patienter.

Mindre avvikelser s.k. vardagligt ”strul” eller ”brus” är underlag till förbättringar och hanteras på det sätt som överenskommits inom enheten. Exempelvis daglig styrning med lappar på styrtavla, direkt kommunikation med chef, Gröna Korset etc. Om strulet återkommer trots åtgärd ska det rapporteras in i Platina så att ett systematiskt risk- och säkerhetsarbete möjliggörs.

9. Klagomål och synpunkter

Patient och/eller närstående kan lämna synpunkter och klagomål direkt till verksamheterna, Patientnämnden eller Inspektion för vård och omsorg (IVO). Patientnämndens förvaltning har till respektive verksamhet månadsvis redovisat en sammanställning av innehållet i de ärenden som inkommit. Ärendena hanteras som övriga avvikelser (se rubrik 8).
Handläggare från patientnämndens förvaltning har också haft dialoger med verksamheter och är behjälpliga i att analysera mönster av inkomna ärenden. Regionsgemensamma rutiner finns för hantering av patientnämndsärenden och för hantering av anmälan om fel i vården till IVO.

9.1. Sammanställning och analys

9.1.1. Avvikelser och IVO ärenden

Tabellen nedan visar antal rapporterade avvikelser i Platina totalt inom Region Gävleborg samt för Hälso- och sjukvårdsförvaltningen under perioden 2014 – 2016.

	2014	2015	**2016**
Totalt antal avvikelser inom hela Region Gävleborg	8 434	8132	8911
Varav avvikelser inom Hälso- och sjukvårdsförvaltningen	6717	6289	**7095**

Kommentar: Antalet rapporterade avvikelser har under 2016 ökat med totalt 9 %. Inom enbart Hälso- och sjukvårdsförvaltningen är ökningen 11 %. Det förbättringsarbete som påbörjats ska fortsätta i regionen gällande avvikelsehantering med bland annat utbildningsaktiviteter riktad till alla ledningsgrupper och medarbetare är en tänkbar förklaring.

När en avvikelse bedöms vara av allvarlig karaktär beslutar verksamhetschef att internutredning/händelseanalys ska utföras. I samråd med chefläkare görs bedömning om händelsen ska anmälas till IVO, en lex Maria-anmälan.

Tabellen nedan visar antal enskilda klagomål och lex Maria som inkommit till IVO under perioden 2012 – 2016 avseende den hälso-och sjukvården som bedrivs i egen regi.

	2012	2013	2014	2015	**2016**
Enskilda klagomål	68	202	185	143	**94**
lex Maria	44	34	48	39	**32**

Kommentar: Av 32 lex Maria anmälningarna utgör 49 procent självmord (suicid) (2015 46%).

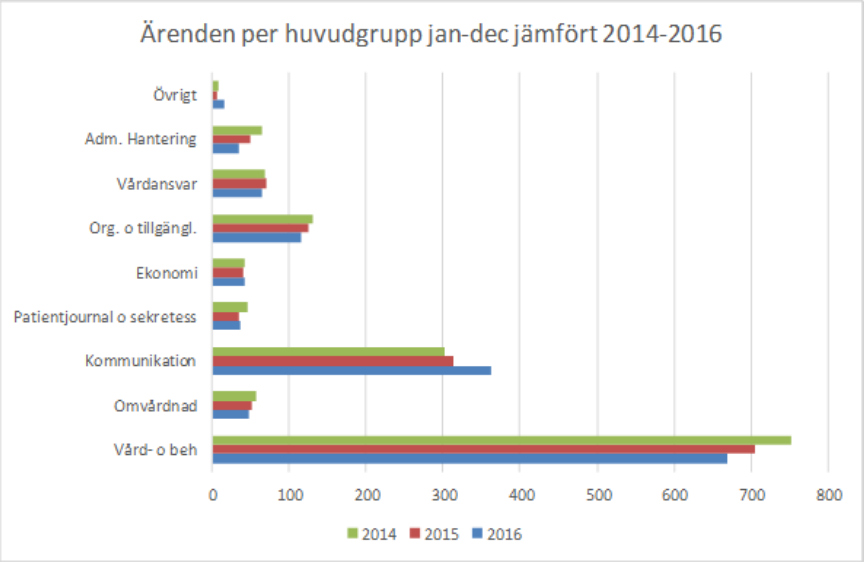
Under 2016 har ingen anmälan gjorts till IVO om personal som utgör en patientsäkerhetsrisk.

9.1.2. Patientnämnden

Patientnämndens förvaltning har haft totalt 1579 kontakter från patient/anhörig varav 1394 har registrerats som ärenden, övriga är informationsärenden. Antal Informationsärenden har ökat markant, 40 % medan antalet ärenden är i princip samma som föregående år. Av ärendena rör 1033 regionens divisioner, 12 ärenden rör regionens övriga verksamheter, 84 ärenden handlar om återkommande kontakter eller där anmälare valt att vara anonyma, resterande antalet synpunkter handlar huvudsakligen om externa vårdgivare med avtal. De flesta ärendena kommer från patienter i åldersspannet 50-79 år. Noterbart är att antalet synpunkter från kvinnor i åldern 20-29 år fortsätter öka och låg under år 2016 i nivå med kvinnor i åldersspannet 60-69 år (116 ärenden). Andelen män i åldersspannet 20-29 år är hälften så många som antalet kvinnor.

Under 2016 har tre rapporter skrivits och redovisats till Hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp samt till Hälso- och sjukvårdsnämnden. De tre problemområden som identifieras är, psykiatri, remisser och cancersjukvård och i den finns ett flertal identifierade områden med behov av förbättring.

Nedan figur visar antal ärenden till patientnämnden under perioden 2014-2016



Kommentar: Under 2016 har antalet ärenden (ej informationsärenden) minskat inom samtliga divisioner. Minskningen har i stort sett varit generell inom alla huvudgrupper förutom ärenden rörande kommunikation som fortsätter att öka.
Inom huvudgruppen kommunikation är det de delproblem som handlar om delaktighet, information till patient/närstående samt att inte bli lyssnad på som står för de största ökningarna. Avseende vård- och behandlingsärenden som totalt sett har minskat ser vi en generell ökning av ärenden rörande bristfällig undersökning samt ärenden gällande läkemedel.

Patientnämndens förvaltning följer upp yttrandena från vården utifrån checklista i den regionsgemensamma rutinen. Uppföljningen visar att patientens frågor i hög grad är besvarade, 81 % under maj-nov. Däremot finns vidtagna eller planerade åtgärder beskrivna i 43 % av yttrandena. Patienters nöjdhet med yttrandena ligger på 52 % under samma period. En anledning till att så pass många patienter inte är nöjda med yttrandet kan vara att utredningar huvudsakligen sker utifrån journaldokumentation där inga brister identifierats. Skrivningar om att det kan ha brustit i dokumentation förekommer sällan. I väldigt liten grad sker oberoende granskning av ärenden, vilket patientnämnden efterlyser för att kunna identifiera eventuella patientsäkerhetsrisker eller brister.

9.2. Samverkan med patienter och närstående

Vikten av samverkan med patient/närstående påtalas i Patientsäkerhetslagen. I regionen sker ett arbete med att aktivt involvera patienten i den egna vården samt i utveckling av vården, men i olika omfattning i olika verksamheter.

Medborgarna i Region Gävleborg har under 2016 fått tillgång till delar av sin egen journal genom ”Journal via nätet”. Representanter från regionen har deltagit i brukarråd och haft direktkontakt med patientföreningar, exempelvis för att hämtat in synpunkter från patienter/anhöriga till utredningar, utvärderingar eller utvecklingsarbeten, vilket sker i ökad omfattning.

9.2.1. Patientmedverkan i egen vård – beslutsprocessen, egenvård

Flera verksamheter arbetar med att förbättra vårdplanerna i patientens journal så patientens delaktighet i beslut tydligt framgår. Andra exempel är att patienter och närstående erbjuds att delta vid vårdplanering när patienten byter vårdnivå. Vårdplanering via videokonferens används i allt större utsträckning såväl inom regionen som med externa vårdgivare.

9.2.2. Patientmedverkan i utveckling av vården

Patientråd bestående av familjer med barn som har kronisk sjukdom och ofta behöver kontakt med barn och ungdomssjukvården finns nu. Rådets syfte är att involvera barnen och familjerna i förbättrings- och utvecklingsarbeten. Vid utvecklingsarbeten/ förbättringsarbeten medverkar patienter/brukarorganisationer allt oftare genom exempelvis samtal eller enkäter. I de standardiserade vårdförloppen som genomförts under 2016 har patienter varit delaktiga. Inom vissa verksamhetsområden förekommer även anhöriggrupper. Vissa verksamheter kontaktar patienter per telefon för att inhämta upplevelse av vårdinsatsen. Några verksamheter 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.

Patient och närstående har möjlighet att lämna synpunkter i s.k. förslaglådor eller genom egna och/eller nationella enkäter och ”Tyck och Tryck” terminaler.
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.

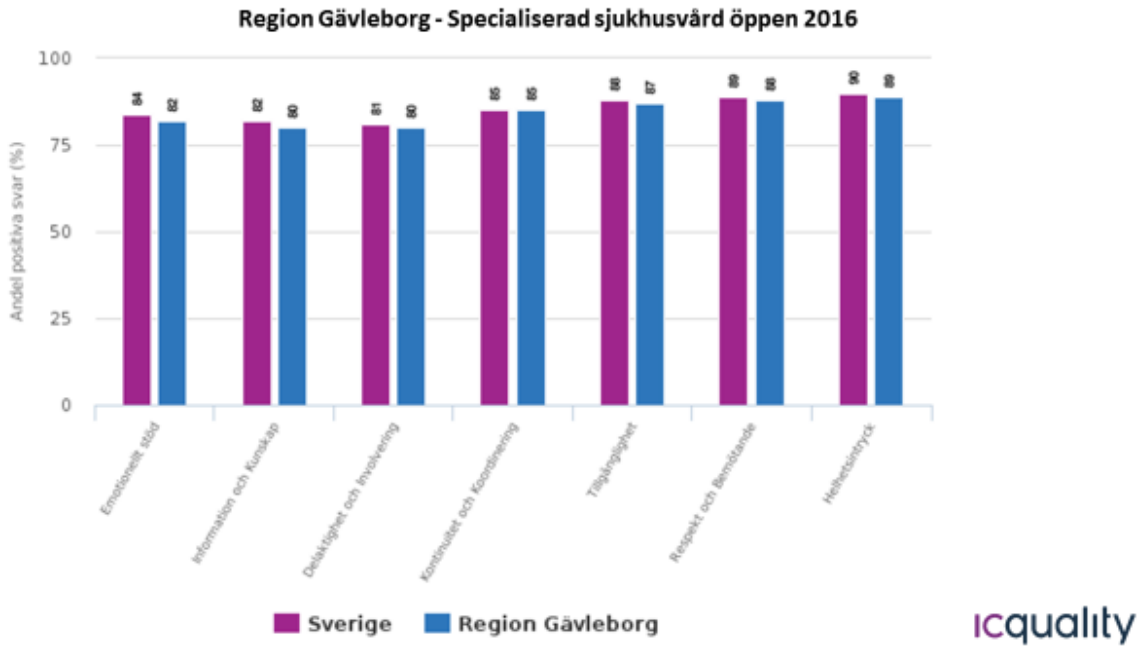
10. Resultat

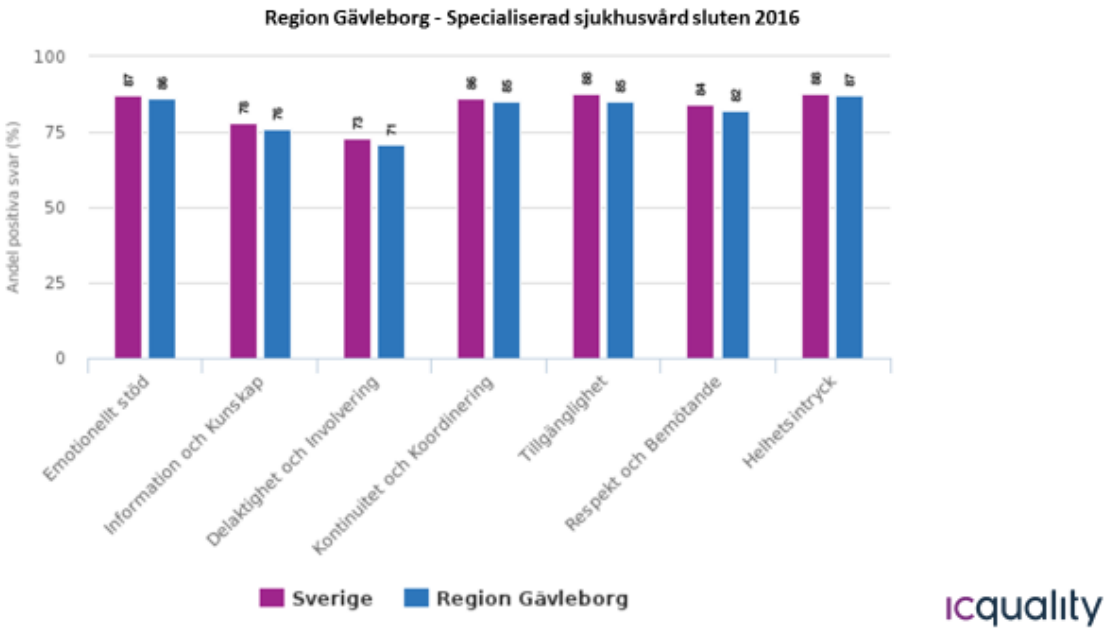
10.1. Nationell patientenkät

Nationell patientenkät är ett samlingsnamn för återkommande nationella undersökningar av patientupplevd kvalitet inom hälso- och sjukvården. Hösten 2015 genomfördes en mätning inom primärvården och under våren 2016 genomfördes en mätning av specialiserad somatisk vård.

I Gävleborg inkom 3 421 svar (svarsfrekvens 45 procent) inom öppen och 3 253 svar (svarsfrekvens 48 procent) inom sluten vård i länet. Motsvarande svarsfrekvens i riket var 47 respektive 50 procent. Mätningen för primärvården visade att den patientupplevda kvaliteten för Region Gävleborg i stora drag är som riksgenomsnittet. Även när det gäller den specialiserade vården är det genomgående och i stora drag höga värden på de olika dimensionerna kring bland annat förtroende, delaktighet, bemötande och helhetsintryck. Värdena är dock något lägre än i rikets genomsnitt i de flesta fall för både öppen och sluten vård.

Gävleborgs och rikets värden på dimensionerna i öppen och sluten vård framgår enligt figurerna nedan:



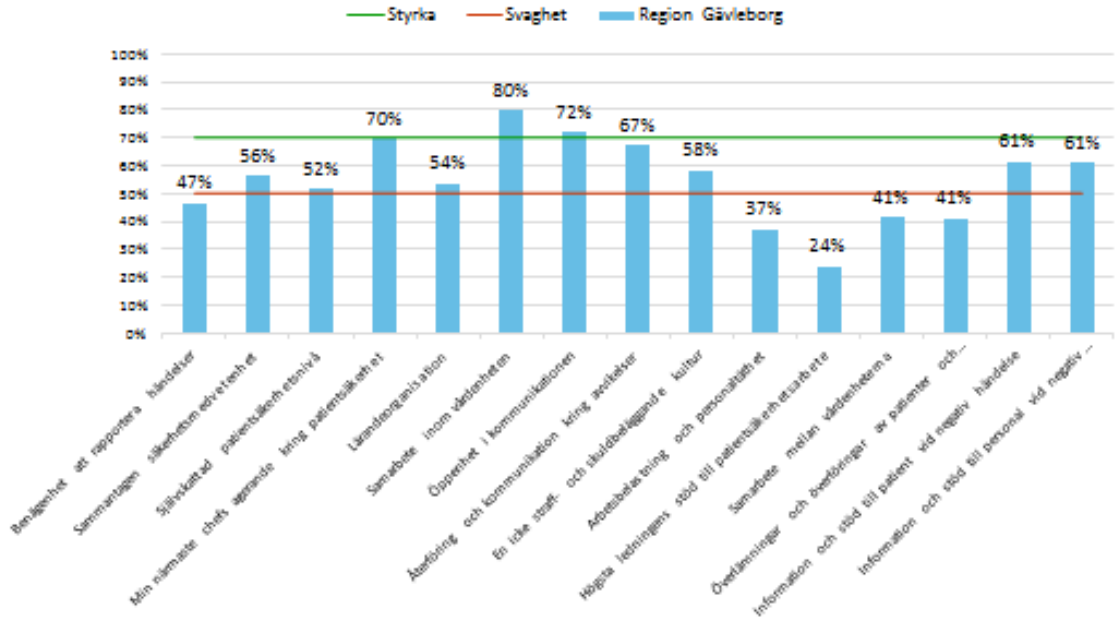


Patienterna inom öppen vård har genomgående något högre patientupplevd kvalitet jämfört med sluten vård. Det finns flera förbättringsområden när det gäller information och när det gäller delaktighet. Det gäller till exempel information om vart man ska vända sig om man behöver hjälp eller har frågor efter vistelsen, om man fick information om eventuella förseningar under vistelsen, om man fick information om varningssignaler man behöver vara uppmärksam på beträffande sjukdomen eller medicineringen etc. Andra förbättringsområden handlar om man hade möjlighet att få

känslomässigt stöd av vårdpersonalen, om familj/anhöriga fick den information de önskade och om man kände sig delaktig i samtalen etc.
I början av 2017 presenteras resultat om den patientupplevda kvaliteten vid de sjukhusdrivna akutmottagningarna samt från extramätningen av primärvården. Under 2017 fortsätter insamlingen av patientupplevelser även när det gäller standardiserade vårdförlopp

10.2. Patientsäkerhetskulturmätning

I jämförelse med 2013 är resultatet för mätningen 2016 (tabellen nedan) likartat eller förbättrat, samt överensstämmer i stort med resultat från den nationella databasen. De övergripande styrkorna som resultatet från mätningarna visade inom områdena; min närmaste chefs agerande i patientsäkerhet, öppenhet i kommunikationen och samarbete inom enheten. Förbättringsområden är benägenhet att rapportera händelser, samarbete mellan vårdenheterna, överlämningar och överföringar av patienter och av information, arbetsbelastning och personaltäthet samt högsta ledningens stöd till patientsäkerhetsarbetet. Det resultatet är på regionsnivå. Det finns en stor variation inom organisationens olika enheter, vilket område som är styrka och vilka områden där förbättringar kan göras.



10.3. Markörbaserad journalgranskning

Resultat från nationella databasen baserad på slumpmässigt utvalda journaler månadsvis. Rikets medelvärde för granskningar jan-juni 2016 var 7,5 %. Regionens resultat var 8,9 %. SKL rekommenderar inte jämförelser mellan landsting/regioner.

Gävleborg

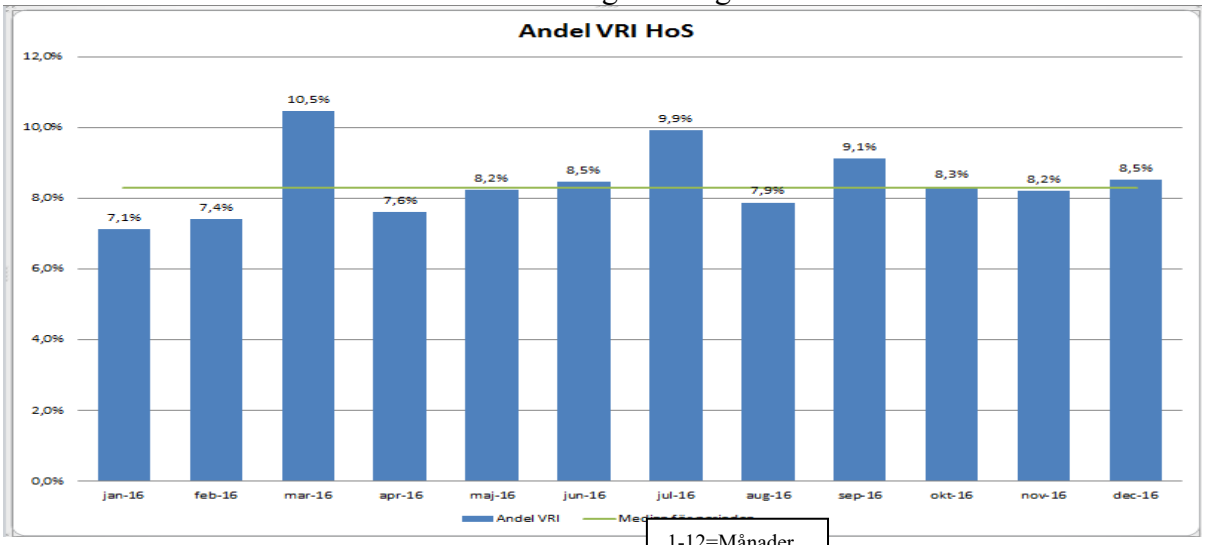
Tabell 11. Andel (%) granskade vårdtillfällen med skador (undvikbara och icke undvikbara) respektive vårdtillfällen med vårdskador (undvikbara skador) per halvår

	2013 jan-juni	2013 juli-dec	2014 jan-juni	2014 juli-dec	2015 jan-juni	2015 juli-dec	2016 jan-juni
	N=506	N=515	N=537	N=485	N=380	N=278	N=257
Vårdtillfällen med skador	18,8%	18,3%	17,3%	13,8%	8,7%	9,4%	14,8%
Vårdtillfällen med vårdskador	6,7%	6,0%	5,8%	4,1%	4,2%	4,3%	8,9%

10.4. Vårdrelaterade infektioner (VRI)

Region Gävleborg mäter varje månad VRI på somatisk och psykiska slutenvårdsavdelningar. Enligt resultaten har inte någon förbättring skett under 2016. Totalt hade 8,2 % av alla patienter som deltagit i mätningen under 2015 VRI. Samma siffra för 2016 var 8,3 % (statistik tagit från Plexus månatliga PPM mätningar).

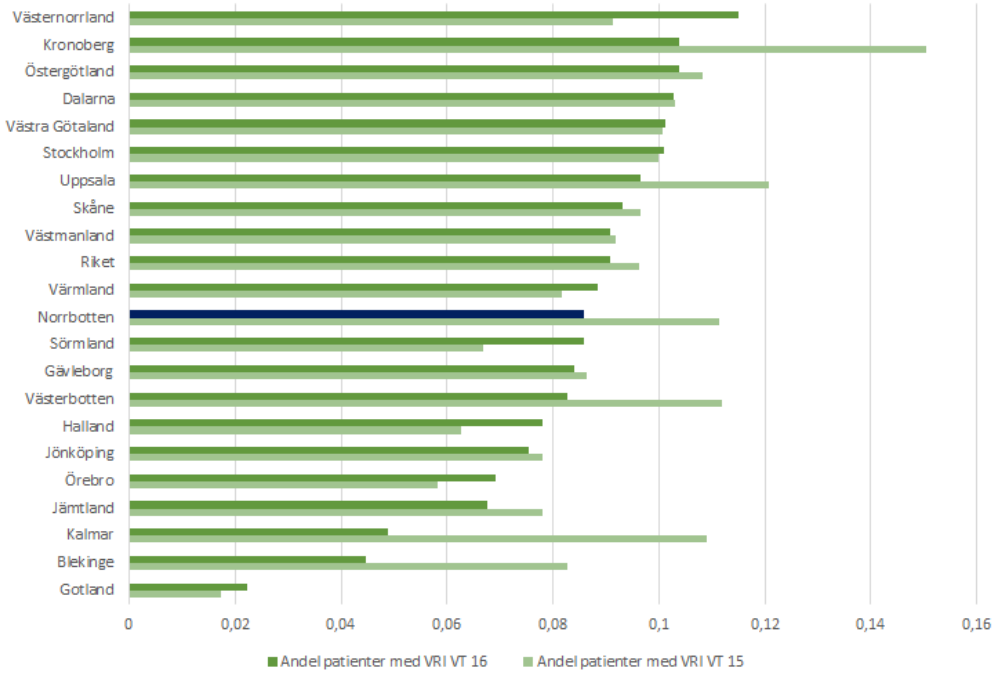
Procent VRI under 2016. Statistik från månatlig mätning i Plexus databas.



1-12=Månader

En gång om år genomförs nationell punkt prevalensmätning. Resultatet visar att i Region Gävleborg hade 8,3 % av patienterna VRI, jämfört med riket 9,0.

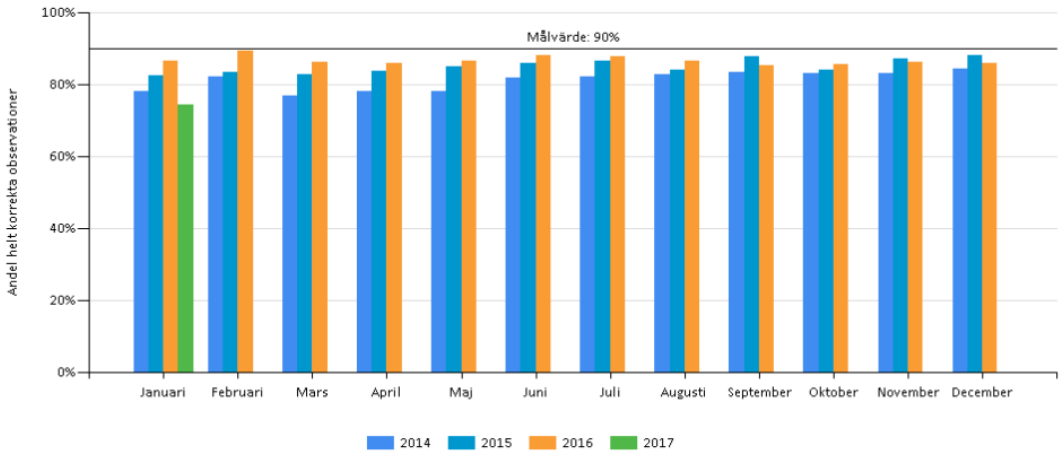
Resultat nationell punktprevalensmätning 2016



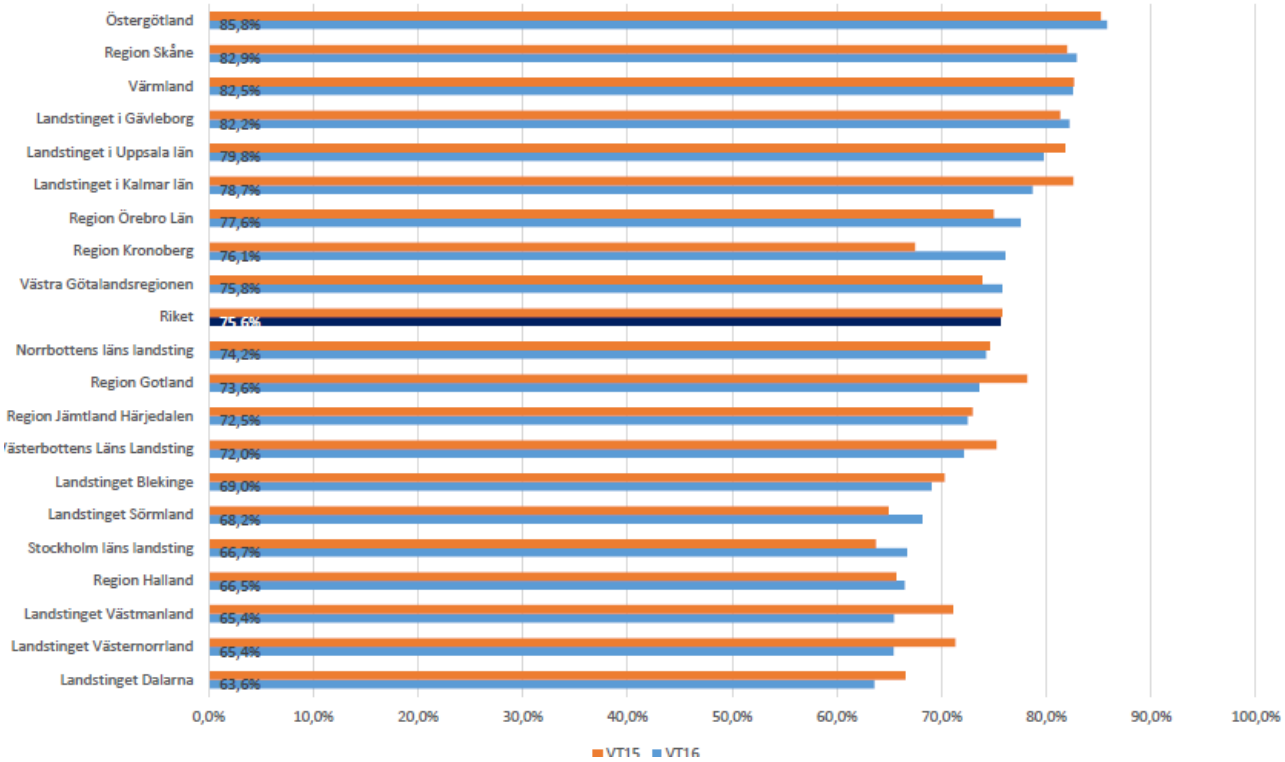
10.5. Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler

Region Gävleborg mäter varje månad följsamheten till BHK inom sluten och primärvård. Resultaten visar en årlig förbättring sedan mätningarna startade 2013, så även 2016. Målvärdet har under året varit 90 %. Det finns enheter som uppnått målet och har 100 % följsamhet samt enheter där förbättringar behövs.

Total andel helt korrekt hygien-och klädrutiner inom Region Gävleborg. Statistik baserad från månatlig mätning ur Cyklop.



Andel korrekta basala hygienrutiner och klädregler inom slutenvårdsavdelningar inom Region Gävleborg baserat på SKLs årliga mätning 2016.



10.6. Vårdhygien och Smittskydd

Hygienronder har utförts inom slutenvården, primärvården och inom kommunal omsorg. Vårdhygien har deltagit i minst 7 stycken. Arbetsträffar och har haft minst 28 riktade utbildningar till hygienombud, lokalvårdare och vårdpersonal och minst 6 stycken inom primärvården.
I den obligatoriska hygienutbildningen har ca 1300 personer deltagit i under året.

10.6.1. Strama

Antibiotikaförskrivningen har fortsatt att minskat, 2 % under 2016.
Strama har tillsammans med läkemedelskommittén och ensamt haft flera utbildningstillfällen till primärvårdsläkare, personal på akutmottagningar och personal inom kommunal vård och omsorg.

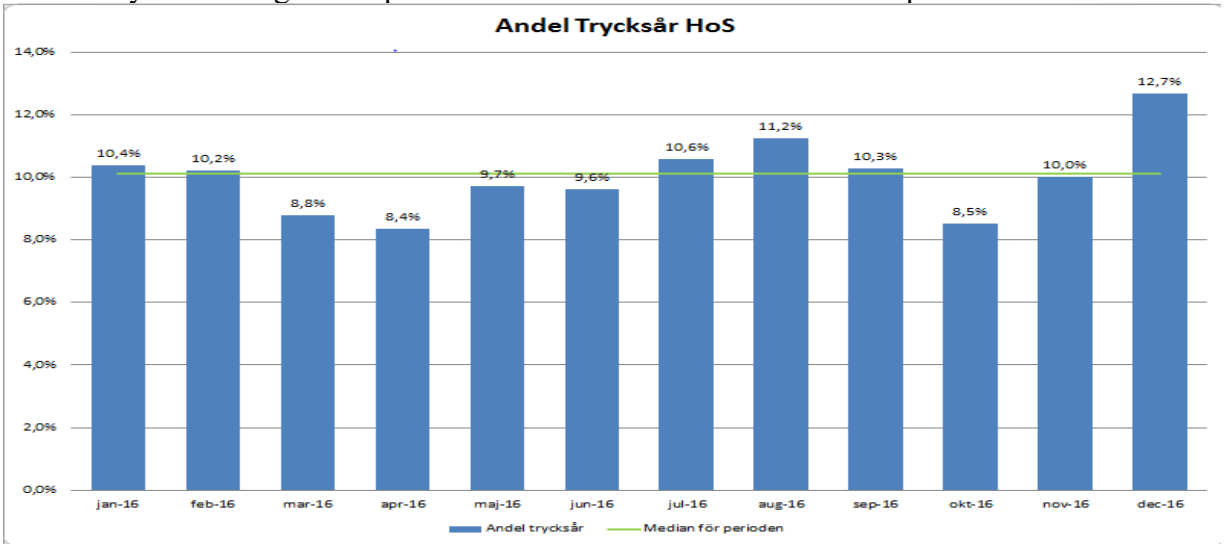
10.6.2. Antibiotikaförskrivning

Antibiotikaförskrivningen har minskat med 2 procent under 2015 och är för länet totalt 284 recept/1000 invånare. För kvinnor 337 recept/1000 invånare och för män 225 recept/1000 invånare.

10.7. Trycksår

Region Gävleborg mäter varje månad trycksår på slutenvårdsavdelningar.
Totalt hade 9,9 % av alla patienter som deltagit i mätningen under 2015 trycksår.
Samma siffra för 2016 var 10,0 % (statistik tagit från Plexus månatliga PPM mätningar).

Procent trycksår kategori 1-4 per månad och totalt under 2015 baserat på resultat från Plexus



Däremot så har regionen förbättrat resultaten från första nationella mätningen 2011 då regionens resultat kategori 1-4 var 22 %. Tjugohundra sexton var regionens resultat trycksår kategori 1-4, 10,1 % jämfört med rikets resultat 13,4 % och kategori 2-4 5,9 %, jämfört med riket 7,0 %. Av de 10,1 % trycksår kategori 1-4 var 4,4 % sjukhusuppkomna.

10.8. Läkemedelsgenomgångar

Kliniska apotekare har under 2016 genomfört ca 1700 fördjupade läkemedelsgenomgångar i Division Operation, Division Medicin-Psykiatri och Primärvård. Det är en minskning jämfört med 2015 då 4323 fördjupade genomgångar. Minskningen orsakas av obemannade apotekartjänster. Statistik för hur många läkemedelsgenomgångar som har genomförts i divisionerna utan klinisk apotekare går på grund av brister i KVÅ-kodningen inte att svara på.

10.9. Utbildningsinsatser från KTC

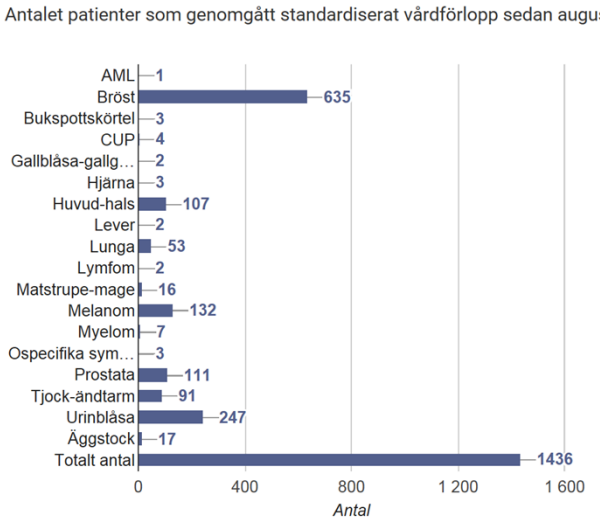
Totalt antal utbildade är 4395 personer. Simuleringsövningarna har varit den mest populära aktiviteten sett till antalet deltagare, 413st, tätt följd av trachealkanyl/sugning, 382st. Därefter kommer HLR-övningarna med 299st deltagare. Utbildningsledarna har utbildat i ungefär 10200 timmar

10.10. Ständiga förbättringar

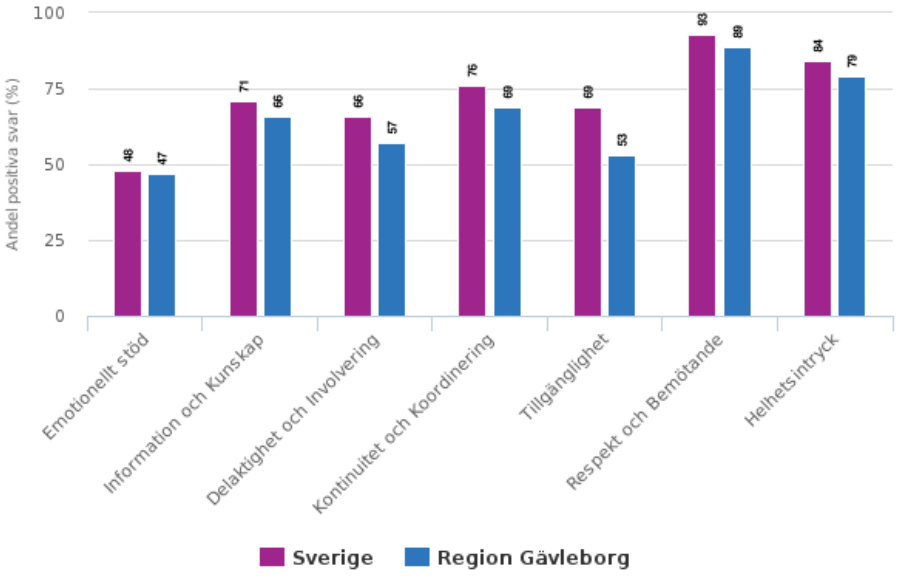
Under 2016 har utbildning och stöd övertagits i egen regi via Enheten för patientsäkerhet. Under 2016 har fjorton nya förbättringsteam startat inom olika områden i verksamheten. Som exempel kan nämnas förbättrade flöden, tillgänglighet, förskrivning av beroendeframkallande läkemedel och hantering av underhållsavtal för medicinteknisk utrustning.

10.11. Standardiserade vårdförlopp för cancerpatienter

Nedan redovisas antal patienter som ingått i de standardiserade vårdförloppen.



Nedan redovisas patientrapporterade erfarenhetsmått på fem flöden startade under 2015.

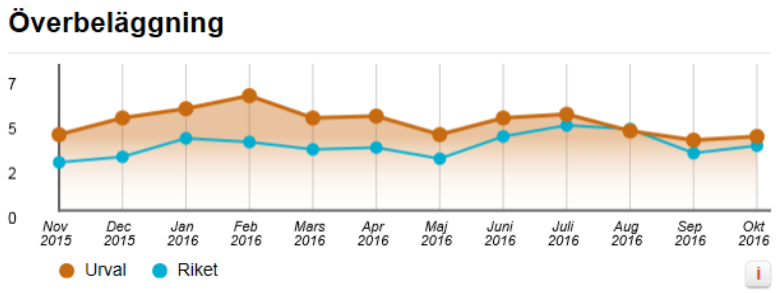


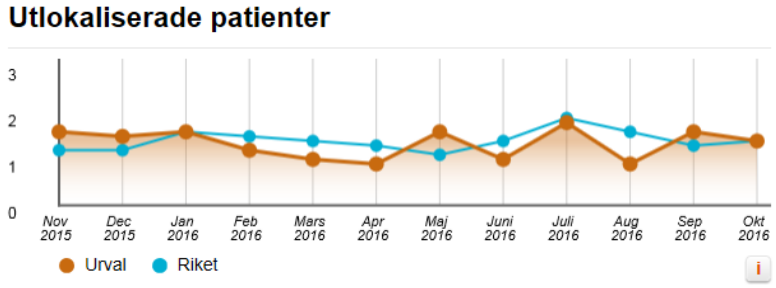
10.12. Överbeläggningar och utlokaliserade patienter

Regionens beläggningsgrad har varit 94 % under 2016 utifrån databasen BOV. Det är en ökning med 2 % jämfört med 2015 och den högsta beläggningsgraden som uppmätts under perioden 2013-2016.
Regionens överbeläggningar har varit något högre än rikets utifrån SKLs databas ”Väntetider i vården. Gävle sjukhus hade något lägre beläggningsgrad, 3,3 jämfört med Hudiksvalls sjukhus 6,1 per 100 vårdplatser. Detta är jämförbart med 2015 (tom okt 2016). Region Gävleborg har haft utlokaliserade patienter jämförbart med riket. På sjukhusnivå hade både Gävle 1,8 och Hudiksvall i snitt 1,1 patienter per 100 vårdplatser utlokaliserade.

Figurerna nedan och på nästa sida visar antal överbeläggningar och utlokaliserade patienter per 100 vårdplatser.

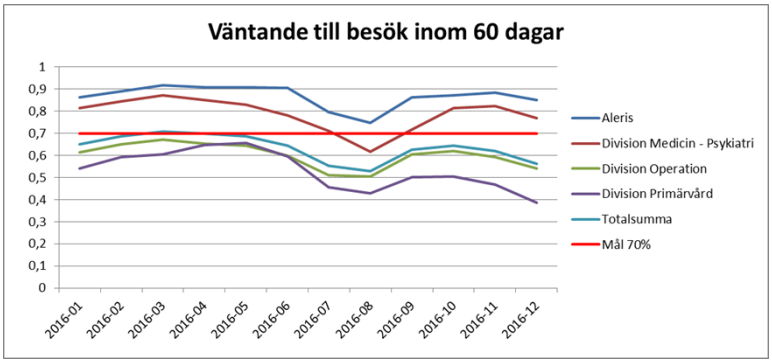
Landsting / region	Överbeläggning	Utlokaliserade patienter
Riket	3,5	1,4
Gävleborg	4	1,4
Bollnäs sjukhus	3	0,1
Gävle sjukhus	3,3	1,8
Hudiksvalls sjukhus	6,1	1,1





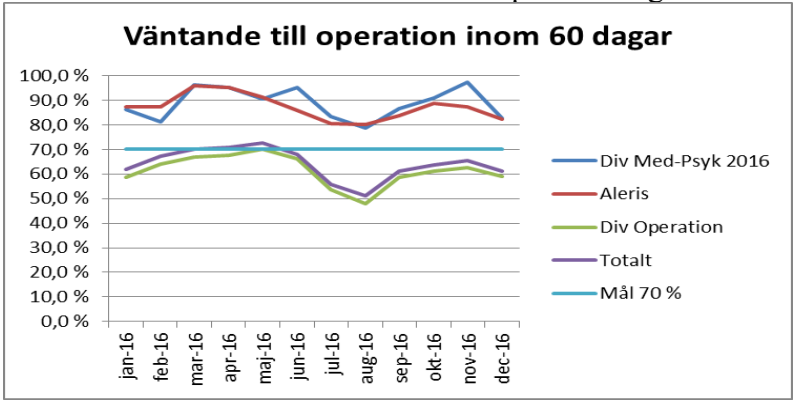
10.13. Väntetider till vård och behandling

Nedanstående tabell visar väntetid till besök.



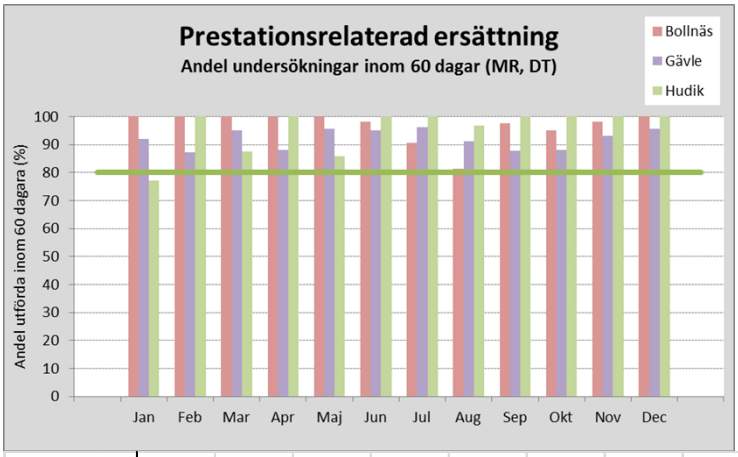
Kommentar: Regionen har uppnått målet gällande andel patienter som väntat mindre än 60 dagar till besök under 2 av årets 12 månader (mars, april). Främsta orsak till att målen ej uppnåtts i högre omfattning är brist på läkare.

Nedanstående tabell visar väntetid till operation/åtgärd.



Kommentar: Regionen når målet med 70 % av väntande inom 60 dagar under perioden mars-maj. Under hösten neddragen operations-verksamhet pga. bemanningsbrist inom division Operations operationsenheter och vårdavdelningar.

10.14. Ledtider inom Bild- och funktionsmedicin



Vårdenhet	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec
Bollnäs	100	100	100	100	100	98	90,5	81,4	97,7	95	98	100
Gävle	92	87,3	95	88	95,70	95	96,1	91	87,8	88	93	95,5
Hudik	77	100	87,5	100,00	85,7	100	100	96,8	100	100	100	100

Kommentar: Resultaten är en förbättring jämfört med 2015.

10.15. Telefontillgänglighet

Totalt för divisionerna var telefontillgängligheten utifrån databasen ”Väntetider i vården” (SKL) drygt 90 % vilket är en viss förbättring jämfört med 2015 (87%). Rikets värde var något lägre i medeltal (88%).

10.16. Hållbart Medarbetar Engagemang- HME

Region Gävleborg genomförde under hösten 2016 Lilla medarbetarenkäten. Svarsfrekvensen var 86 procent. Enkäten innehåller bland annat SKLs framtagna HME-enkät som mäter organisationens förutsättningar för att skapa medarbetarengagemang. HME innehåller tre delindex (motivation, ledning och styrning) som tillsammans bildar ett HME-totalindex. HME-index redovisas på en skala 1-100 där 100 är det bästa resultatet.

Nedanstående tabell visar Region Gävleborgs resultat för HME-totalindex och för respektive delindex. Region Gävleborgs mål är att samtliga enheter ska ha ett HME-totalindex som överstiger 75, se nedan tabell för redovisning.

	2012	2014	2016
HME-totalindex	**75**	**76**	**76**
Delindex Motivation	78	79	77
Delindex Ledning	74	75	76
Delindex Styrning	72	74	73
Andel enheter med HME-totalindex >75	50 %	62 %	60 %

Åren 2012, 2014 och 2016 är statistiskt jämförbara med varandra då det är dessa år som Lilla medarbetarenkäten genomförs.

11. Måluppfyllelse

11.1. Vårdrelaterade infektioner (VRI)

Målet för 2016 för andelen patienter med VRI var < 7 % vilket inte uppnåddes. När det gäller VRI visar resultat från regionens databas (medelvärde 8,3 %) och mätningar utifrån SKL (8,3% våren 2016) att VRI ej visar någon förbättring.

11.2. Trycksår

Tjugohundra femton hade 9,9 % av alla patienter som ingått i månatliga mätningen trycksår, samma siffra för 2016 var 10,0 %. Inget målvärde är på regionnivå utsatt.

11.3. Basala hygienrutiner och klädregler (BHK)

Uppsatta mål för BHK 90% följsamhet.
BHK har på många enheter och nått delmålet på 90 % för helt korrekta utförda hygienrutiner och klädregler vilket inte är uppnått på vissa enheter.

11.4. Antibiotikaförskrivning

Målet för antibiotikaförskrivningen i regionen är maximalt 250 recept per 1000 invånare. Totalt har det i regionen skett en minskning med 2 procent (kvinnor) respektive ökning med 1 procent (män) jämfört med förra mätperioden. Utslaget på hela länets befolkning blir det 284 recept/1000 invånare.

11.5. Beläggningsgrad

Beläggningsgraden inom slutenvården var totalt i regionen 94 % under 2016. Under 2015 var målet 92 % vilket också var resultatet. Saknas uppsatta mål för 2016. Det finns fortfarande behov av att balansera tillgången och efterfrågan gällande vårdplatser.

11.6. Förtroende och tillgång för hälso- och sjukvården

Det finns inga målvärden framtagna i siffror för 2016 gällande Nationella patientenkäten. Mätningen för primärvården visade att den patientupplevda kvaliteten för Region Gävleborg i stora drag är som riksgenomsnittet. Även när det gäller den specialiserade vården är det genomgående och i stora drag höga värden på de olika dimensionerna kring bland annat förtroende, delaktighet, bemötande och helhetsintryck. Värdena är dock något lägre än i rikets genomsnitt i de flesta fall för både öppen och sluten vård.

11.7. Tillgänglighet till besök och vård och behandling

Regionen har uppnått målet 70% gällande andel patienter som väntat mindre än 60 dagar till besök under 2 av årets 12 månader
Regionen når målet med 70 % av väntande till operation/åtgärd inom 60 dagar under tre av årets månader.

12. Övergripande mål och strategier för kommande år

I verksamhetsplan för Hälso- och sjukvårds-förvaltningen 2017 beskrivs förvaltningens aktiviteter utifrån nämndens prioriterade områden och mål. Där står följande: ”Hälso och sjukvården inom Region Gävleborg har som strategi att under 2017 och framåt arbeta mer med kunskaps- och kvalitetsstyrning. Det innebär att vi tar gemensamt ansvar för vår gemensamma patient i effektiva och säkra patientflöden och som en naturlig del i arbetet är patienterna delaktiga i sin vård. Centralt för att uppnå detta är vår gemensamma värdegrund i organisationen: ”Professionalism och ansvar”, ”Respekt och ödmjukhet” samt ”öppenhet och ärlighet” ”.

Mål beskrivna för de prioriterade områdena i verksamhetsplanen:

- Patienterna upplever att de fått bästa möjliga vård där de upplever att de varit delaktiga och fått ett gott bemötande.
- Förbättra och bibehålla en god hälsa hos befolkningen i länet.
- Förbättra tillgängligheten
- Minska förekomsten av vårdskador och vårdrelaterade infektioner, VRI
- Ge våra medarbetare möjligheter att utvecklas och att förstärka vår organisation inom områden där det saknas kompetens/personal.
- Minska sjukskrivningarna inom vår organisation och bidra till en förbättrad sjukskrivningsprocess i Gävleborg.

12.1. Regionens strategiska arbete

Patientsäkerhetsarbetet grundar sig på regionens nollvision för vårdskador, vilket innebär en strävan efter att minska andelen undvikbara skador.

Patientdelaktighet utvecklas vidare genom aktiviteter som stärker patientens möjlighet att delta i den egna preventiva vården samt i förbättringsarbeten.

Patientsäkerhetskulturen inom organisationen är en förutsättning för säker vård. Resultat från patientsäkerhetskulturmätningen 2016 ligger till grund för fortsatta förbättringsarbeten under 2017 på alla nivåer utifrån upprättade handlingsplaner. Kompetensförsörjningsfrågor med såväl kort-som långsiktiga aktiviteter och lösningar för att attrahera, rekrytera och även kunna behålla medarbetare är viktigt arbete under 2017 på grund av rådande nationella bristen på personal och rätt kompetens. Exempelvis samverkan med Högskolan i Gävle och andra lärosäten. Enhet för patientsäkerhet bedriver forskning inom området patientsäkerhet för att tillförsäkra hög kompetens och kunskap som stöd i förbättringsarbeten.

Fokusområden för vårdskador är vårdrelaterade infektioner, trycksår och läkemedelsrelaterade skador. Alla områden är aktuella för ett fortsatt förbättringsarbete under 2017. Aktuella läkemedelslistor vid utskrivning är ett exempel för fortsatta förbättringsarbeten. Fortsatta förbättringsarbeten inom avvikelse systemet har fokus på förbättrad orsaksanalys som leder till effektiva åtgärder och minimerar risken för att avvikelsen upprepas, förbättrad uppföljning av effekter av insatta åtgärder samt förbättrad återkoppling till medarbetarna.

Strategierna för standardiserade vårdförlopp för cancersjukdomar riktar sig till förbättra processer och flöden, och är i fokus även under 2017 då 10 nya olika vårdförlopp inom cancervården att startas.

Det finns behov av att utveckla och förbättra tillgänglighet, kommunikation och informationsöverföring inom och mellan verksamheter och vårdgivare för en säker, god och effektiv vård. Det finns olika aktiviteter planerade. Regionen planerar för en ökad samverkan mellan vårdgivare och verksamheter i syfte att möta dagens och framtida utmaningar. Implementering av kommunikationsverktyget SBAR fortsätter. Elektroniska remisser och svar (e-remisser) ska införas inom hela hälso- och sjukvården i Region Gävleborg i syfte förbättra ledtiderna. Ett arbete har påbörjats för ett fortsatt breddinförande.

Utifrån bland annat patientsäkerhetsronder framkommer att vi fortsättningsvis har stora utmaningar att integrera olika system för att säkra överföring och åtkomst av viktig information inom och mellan enheter samt med andra vårdgivare.

Andra aktiviteter för ett systematiskt patientsäkerhetsarbete är en utökad implementering av verktyget ”Gröna Korset”, utveckling och införande av användbara kliniska beslutsstöd samt användning av kvalitetsregister och andra indikatorer för kvalitet inom vården exempelvis PrimärvårdsKvalitet, ökat samarbete mellan Patientnämnden och Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, tydligare hantering av nationella riktlinjer – från remiss till implementering i form av att ta fram aktuella vårdprogram, utbildningar och information. Vi ska också vara aktiva och ta del av och sprida den kunskap som skapas genom Samverkansnämnden där numera sju landsting/regioner ingår. Det verksamhetsplaner och handlingsplaner som beslutas om i samverkansnämnden ska i möjligaste mån arbetas in i hälso- och sjukvårdsförvaltningens verksamhetsplan.