

PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE 2022



Besöksadress Visborgsallén 19

Postadress SE-621 81 Visby

Telefon +46 (0)498 26 90 00 vxl

E-post registrator-hsn@gotland.se

Bg 339-8328 **Pg** 18 97 50-3

Org nr 212000-0803

Webbplats www.gotland.se

facebook.com/regiongotland

Inledning

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

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

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



Källa:

Socialstyrelsen "Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024"

Mallen är framtagen inom ramen för kunskapsstyrningsorganisationen, på uppdrag av den nationella samverkansgruppen (NSG) inom patientsäkerhet, 2021-09-23.

I syfte att förtydliga har mindre justeringar i inledning och bilaga genomförts, 2022-05-18.

Innehållsförteckning

Sammanfattning	4
Regionens handlingsplan	5
Grundläggande förutsättningar för säker vård	5
Engagerad ledning och tydlig styrning	6
Övergripande mål och strategier	6
Organisation och ansvar	6
Samverkan för att förebygga vårdskador	8
Informationssäkerhet	8
Strålskydd	10
En god säkerhetskultur	10
Adekvat kunskap och kompetens	11
Patienten som medskapare.....	12
Agera för säker vård – Nationella fokusområden	12
Nationella fokusområden.....	13
Öka kunskap om inträffade vårdskador.....	13
Vårdskador	13
Klagomål och synpunkter.....	15
Avvikelse rapporter	15
Ärenden gentemot IVO.....	16
Tillförlitliga och säkra system och processer	17
Säker vård här och nu.....	18
Riskhantering	18
Stärka analys, lärande och utveckling.....	19
Avvikelse	19
Klagomål och synpunkter.....	19
Öka riskmedvetenhet och beredskap	20
Mål, strategier och utmaningar för kommande år	21

Sammanfattning

Hälsa- och sjukvårdsförvaltningen (HSF) har sedan våren 2020 arbetat utifrån en regional handlingsplan för ökad patientsäkerhet. Den här patientsäkerhetsberättelsen redovisar arbetet med den regionala handlingsplanen, uppbyggt efter strukturen för patientsäkerhetsberättelser som är framtagen av SKR. Genomförandet av handlingsplanen har påverkats av covid-19-pandemin men också av andra faktorer såsom bemanning av vården som tar mycket tid i anspråk. Arbetet har kommit längst med framtagande av ledningssystem (A1), införande av dialogmöten (A2), tillskapande av patientsäkerhetsfunktion (B1) samt införande av Gröna korset (C1), det vill säga åtgärdsområden på övergripande, verksamhets- samt enhetsnivå (A, B respektive C).

Antalet rapporterade vårdavvikelse har ökat varje år under de senaste åtta åren, vilket är helt i linje med förvaltningens strävan att öka medvetenheten om vårdavvikelse och göra alla medarbetare delaktiga i patientsäkerhetsarbetet. Under 2022 ses en tydlig ökning av antal rapporterade negativa händelser. Det kan ha ett samband med införandet av Gröna korset, eftersom en tydlig systematik för att identifiera risker och negativa händelser resulterar i fler avvikelserapporter. Det i sin tur ger goda förutsättningar för ett fortsatt arbete med att stärka patientsäkerheten.

Under året har fem patientsäkerhetssamordnare anställts för att stärka arbetet med patientsäkerhet genom att hantera avvikelser och klagomål inom och mellan verksamheterna. Patientsäkerhetssamordnarna har parallellt med sitt uppdrag även en halvtids anställning som sjuksköterska inom olika verksamheter (psykiatri, primärvård, somatisk slutenvård) respektive uppdrag som verksamhetschef, för att bibehålla en verksamhetsnära förankring i patientsäkerhetsarbetet. Därtill har ytterligare en tjänst som patientsäkerhetsstrateg tillsatts för att förstärka och utveckla patientsäkerhetsarbetet på en övergripande nivå. Patientsäkerhetsstrategen tar över flera delar av det arbete som tidigare hanterats av chefläkare som gick i pension i slutet av 2022.

Regionens handlingsplan

Hälsa- och sjukvårdsnämnden beslutade 2020-02-06 (HSN § 21) om inriktning för handlingsplan för ökad patientsäkerhet. En uppdaterad plan godkändes av nämnden 2021-03-16 (HSN § 31).

Genomförande av aktiviteterna i handlingsplanen är högt prioriterade men genomförandeförmågan har påverkats av vårdens resurser att delta i arbetet dels på grund av ökad arbetsbelastning relaterat till hanteringen av pandemin, men även grund av andra utmaning som att tillse tillräcklig bemanning på enheterna. Enligt tidigare beslut skulle samtliga åtgärder inklusive uppföljning varit genomförda 2022. Samtliga aktiviteter är påbörjade, vissa slutförda medan andra behöver ytterligare tid för att färdigställas.

Handlingsplanen rymmer följande åtgärdsområden på övergripande, verksamhets- respektive enhetsnivå (A, B respektive C).

A1	Säkerställ tydlighet i ledningssystem för roller och ansvar kopplade till processerna avvikelse-, risk- och händelseanalys
A2	Fortsätt utvecklandet av dialogmöten med alla verksamheter (tidigare benämnt "Kvalitets och Patientsäkerhetsrund")
A3	Säkerställ tydlig systematik för eskalering samt uppföljning av hinder och avvikelser
A4	Säkerställa användbara metodstöd för risk/avvikelse/händelseanalys (systematiskt förbättringsarbete) på samtliga nivåer
A5	Öka patientdelaktighet genom utbildning och metodstöd
B1	Utveckla roll patientsäkerhetssamordnare som arbetar med avvikelser och klagomål inom och mellan verksamheter
B2	Analysera tillgänglighet till rutiner och processer
C1	Införa användandet av Gröna Korset: en verksamhetsnära metod för regelbunden avstämning av risker och vårdskador
C2	Införa "Se upp" – systematisk omvårdnadsrund - på lasarettets slutenvårdsavdelningar

Hälsa- och sjukvårdsförvaltningen betraktar den egna, regionala, handlingsplanen som varande i linje med det nationella utstakade arbetet, även om innehållet initialt togs fram för att tillgodose åtgärder inom de bristområden IVO påtalat i tidigare tillsyn. Arbetet med handlingsplanens olika åtgärdsområden beskrivs nedan.

Grundläggande förutsättningar för säker vård

Januari 2020 presenterade Socialstyrelsen en nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet. Där finns en nationell vision "God och säker vård – överallt

och alltid” och ett nationellt mål ”Ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”.

I arbetet mot den nationella visionen och det nationella målet har fyra grundläggande förutsättningar lyfts fram:

1. Engagerad ledning och tydlig styrning
2. En god säkerhetskultur
3. Adekvat kunskap och kompetens
4. Patienten som medskapare

I den nationella handlingsplanen finns ytterligare fyra fokusområden vilket berörs i avsnittet Agera för säker vård.

Engagerad ledning och tydlig styrning

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



Övergripande mål och strategier

PSL 2010:659, 3 kap. 1 §, SOSFS 2011:9, 3 kap. 1-3 §

Region Gotland har antagit det nationella målet ”Ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”.

För att uppnå målet ska patientsäkerhetsarbetet bedrivas systematiskt och långsiktigt. Strategierna har förtydligats i den regionala handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

Organisation och ansvar

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

Varje medarbetare ska, när avvikelser i vården identifieras, rapportera detta till sin närmaste chef. Detta gäller även av patienter och närstående inlämnade klagomål och synpunkter. Chefer ska utan dröjsmål hantera dessa avvikelserapporter. Analys/utredning utformas olika beroende på avvikelstens allvarlighetsgrad. Vid behov genomförs risk- eller händelseanalyser. Utredningar kan omfatta flera verksamheter, ibland även andra förvaltningar.

En öppen och bred redovisning av vad analysarbetet leder fram till för åtgärder syftar till att skapa lärande. Det är en viktig signal för såväl medarbetare som patienter och anhöriga att det lönar sig att påtala brister. Återkoppling av vidtagna åtgärder görs av enhets- och verksamhetschefer till medarbetarna på arbetsplatsträffar samt till patienter och närstående. Information om patientsäkerhet publiceras på en hemsida som kan nås av både allmänhet och personal. Vid behov att lyfta särskild information tas det med i det interna veckobrevet till förvaltningens alla medarbetare. I utvalda fall kan återkoppling ske i större forum.

Egenkontroll avser en regelbunden, systematisk uppföljning av den egna verksamheten och en kontroll att den bedrivs enligt de processer och rutiner

som ingår i ledningssystemet¹. Det är en granskning av hur arbetet bedrivs, särskilt i jämförelse med andra och över tid. Syftet är att synliggöra såväl framgångsrikt arbete som förbättrings- och utvecklingsområden. Egenkontroll ska genomföras minst en gång per år och ska utmynna i ett övervägande om förbättringsområden och hur uppföljning av förbättringsåtgärder ska ske.

I förvaltningens egenkontroll används bland annat avvikelserapporter, synpunkter och klagomål, egna mätningar av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler, antibiotika- och annan läkemedelsförskrivning, strukturerad journalgranskning, nationellt genomförda punktprevalensmätningar (basala hygienrutiner och klädregler, trycksår och vårdrelaterade infektioner) samt resultat och jämförelser i nationella kvalitetsregister. Egen verksamhetsuppföljning visas på <http://www.gotland.se/hsfstatistik>. Resultat ifrån nationella register och andra nationella mätningar redovisas på Vården i siffror <https://vardenisiffror.se/>.

Funktioner som aktivt bidrar till ökad patientsäkerhet är kliniskt träningscenter på lasarettet, enheten för smittskydd och vårdhygien, Läkemedelskommittén, Strama (Samverkan mot antibiotikaresistens) och regionens patientnämnd.

Allvarliga vårdskador anmäls av nämnden enligt lex Maria till IVO liksom begäran om utredning av legitimerad yrkespersonals lämplighet. Uppgiften är delegerad till chefläkare med ansvar för patientsäkerhet. Enskilda personer kan lämna klagomål till IVO, som antingen hänvisar till ansvarig vårdgivare om utredning inte tidigare gjorts där, eller upprättar ett eget klagomålsärende i vissa fall. Utöver dessa ärenden genomför IVO också riktad tillsyn

Regionens handlingsplan

Åtgärdsområde A1 i regionens handlingsplan för ökad patientsäkerhet är att säkerställa tydlighet i ledningssystem för roller och ansvar kopplade till processerna avvikelse-, risk och händelseanalys. Det har som syfte att säkra tydligt underlag och öka kännedom om ledningssystemets tillämpning i arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten, inklusive beskrivning av ansvar kopplat till respektive roll. Ett omfattande arbete har lagts ner på att klargöra hur ett ledningssystem ska utformas så att det blir enkelt att förstå och att göra det lätt att hitta tillhörande rutiner. Kartläggning av nuvarande styrande dokument är gjord och en plan finns för att förenkla och förtydliga rutindokument. Ett uppdaterat ledningssystem är under framtagande.

Åtgärdsområdet A2 i den regionens handlingsplan för ökad patientsäkerhet är att utveckla dialogmöten om kvalitet och patientsäkerhet med alla verksamheter, mer om detta åtgärdsområde nedan.

Även åtgärdsområde A3 syftar till att tydliggöra fördelning av arbetsuppgifter i patientsäkerhetsarbetet. Aktiviteterna inom detta område har inte kunnat genomföras under året.

¹ SOSFS 2011:9 2 kap. 1 §

Under året har fem patientsäkerhetssamordnare på halvtid anställts för att stärka arbetet med patientsäkerhet genom att hantera avvikelser och klagomål inom och mellan verksamheterna. Patientsäkerhetssamordnarna har parallellt med sitt uppdrag även en halvtids anställning inom olika verksamheter (psykiatri, primärvård, somatisk slutenvård) respektive uppdrag som verksamhetschef, för att bibehålla en verksamhetsnära förankring i patientsäkerhetsarbetet. Därtill har ytterligare en tjänst som patientsäkerhetsstrateg tillsatts för att förstärka och utveckla patientsäkerhetsarbetet på en övergripande nivå. Det motsvarar åtgärdsområde B1 i den regionala handlingsplanen.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Många patientsäkerhetsrisker uppstår när vårdansvar delas av eller överlämnas mellan flera verksamheter. Det kan till exempel gälla fortsatt medicinerings eller uppföljning av insatta vårdåtgärder efter avslutad slutenvård. En tydlig och stödjande organisation som har hög medvetenhet om vinster med samordning kan minska eller eliminera sådana risker.

Varje verksamhet ska identifiera de processer där samverkan behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada eller annan avvikelse. Där samverkan behövs ska det vara tydligt för alla inblandade hur den bedrivs. Vid samverkan med andra verksamheter eller myndigheter inom eller utanför förvaltningen behöver möjligheten till samverkan säkerställas.

Det finns författningsbestämmelser som kräver samverkan. Dessa krav ingår i det som ska säkras i ledningssystemet. Exempel på lagstadgade krav på samverkan är vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård² samt i arbetet för att genomföra primärvårdsreformen God och nära vård.

För den samverkan som berör andra förvaltningar i regionen skrivs särskilda överenskommelser.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Hälso- och sjukvårdsnämnden har delegerat till Hälso- och sjukvårdsdirektören att leda och samordna informationssäkerhetsarbetet i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2016:40). Arbetet delas mellan chefläkare med ansvar för patientsäkerhet, samordnare för integritetsskydd, samt systemförvaltare med ansvar för informationssäkerhet inom e-hälsa/MIT. Hälso- och sjukvårdsförvaltningens samordnare för integritetsskydd är nämndens regionala kontaktperson för dataskyddsfrågor i enlighet med den europeiska dataskyddsförordningen GDPR.

² Socialstyrelsens föreskrifter om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård (SOSFS 2005:27)

Med lagen om informationssäkerhet i samhällsviktiga och digitala tjänster (2018:1174) infördes EU:s NIS-direktiv (nätverk och informationssystem) i svensk rätt. Enligt MSB:s (Myndigheten för samhällsskydd och beredskap) tillhörande föreskrifter om anmälan och identifiering av leverantörer av samhällsviktiga tjänster (MSBFS 2018:7), utpekas hälso- och sjukvård som en sådan samhällsviktig tjänst. Därav följer en rapporteringsskyldighet för hälso- och sjukvårdsnämnden vid incidenter som har en betydande inverkan på kontinuiteten i den samhällsviktiga tjänst som nämnden tillhandahåller. Uppgiften har tills oktober 2022 hanterats av regionens chefläkare för patientsäkerhet som nu har gått i pension. Dialog pågår kring den fortsatta hanteringen. Tills vidare åvilar ansvaret på Hälso- och sjukvårdsdirektören enligt delegation av hälso- och sjukvårdsnämnden.

Under 2023 kommer hälso- och sjukvårdsförvaltningen att etablera regionens objektsförvaltningsmodell, vilket kommer att tydliggöra ansvar och roller för styrning, ledning och informationshantering.

På uppdrag från Dataskyddsombudet har fyra granskningsaktiviteter genomförts under 2022 avseende personuppgiftsbehandling, dessa avsåg:

1. Uppföljning av PUB/Samordnings-avtal när behandling av uppgifter sker av annan än den personuppgiftsansvarige

Informationsklassning, för att fastställa skyddsvärdet, har gjorts i LISa men PUB-avtalet är i flertalet fall inte registrerat i ärende- och dokumenthanteringssystemet W3D3, varför objektsägare har uppmärksamats på detta. Översyn av i vilka fall PUB-avtal saknas med behövs har påbörjats. Objektsägare visade sig i flertalet fall vara felaktiga varför ett arbete pågår kring uppdatering av dessa.

2. Information avseende personuppgiftsbehandling

Generell information om hur Region Gotland behandlar personuppgifter saknas på hemsidans förstasida, detta återfinns under Politik och demokrati/ Handlingar och protokoll/ Vad är allmänna handlingar? Vilket kan vara svårt att hitta till. Angående information om personuppgiftsbehandling inom hälso- och sjukvården har även den saknats. Hälso- och sjukvårdens förstasida har fått en länk till [1177.se/gotland](https://www.1177.se/gotland) om hur personuppgifter behandlas i vården. När det gäller information till patienter har kallelser uppdaterats med kort information kring personuppgiftsbehandling.

3. Inventering kameraövervakning

Kameraövervakning förekommer vid Visby lasarett, samt psykiatrin slutenvård och vuxen öppenvård. Tillstånd beviljat av Länsstyrelsen finns för dessa. Syftet med dessa är att höja säkerheten/tryggheten för personal och patienter samt förhindra och utreda brott.

4. Uppföljning av dokumentation över behandlingar

Förvaltningen har skapat en registerförteckning över personuppgiftsbehandlingar i ett Exceldokument. Förteckningen är uppbyggd efter processer och tar upp i vilket system behandling sker, för vilket ändamål,

vilka kategorier av registrerade personer och vilka typer av personuppgifter som omfattas, interna eller externa mottagare, vilka lagliga grunder som finns, lagrum samt säkerhetsåtgärder. Förteckningen behöver uppdateras kontinuerligt.

Under året har 12 personuppgiftsincidenter anmälts till Integritetsskyddsmyndigheten (IMY) och 18 begäran om registerutdrag har besvarats.

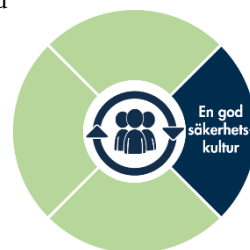
Strålskydd

SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §

Strålskyddsbokslut 2022 är bilaga till denna berättelse.

En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet. Arbetet med att uppmuntra till och bibehålla en god säkerhetskultur har pågått under året genom regionens handlingsplan för ökad patientsäkerhet. Exempel på åtgärder på den övergripande nivån är ledningssystem och dialogmöten, på verksamhetsnivå med tillskapande av nya tjänster för patientssäkerhetssamordnare och på enhetsnivå genom implementeringen av Gröna Korset.



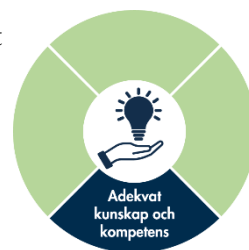
Ett mycket stort antal riskanalyser med bred involvering av medarbetare och skyddsombud har genomförts i samband med arbetet under pandemin och i samband med organisationsförändringen Förändringsresan. Det har främjat en öppnare kommunikation i det dagliga arbetet kring identifierade risker och skapat tid för lärande och reflektion.

Patientsäkerhet och arbetsmiljö hänger ihop och påverkar varandra. Därför bedöms arbetet med Förändringsresan och arbetet med att omhänderta resultat från medarbetarenkät, liksom framtagandet av ny kompetensförsörjningsplan också ha bidragit och framgent bidra till förbättrad säkerhetskultur.

Säkerhetskultur är de gemensamma attityder, värderingar och uppfattningar som chefer och anställda har om förhållandet till säkerhet och arbetsmiljö. Rådande säkerhetskultur i en organisation påverkar kvaliteten och säkerheten i den vård som levereras.

Adekvat kunskap och kompetens

En grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete. Som en del av kompetensförsörjningsplanen ska det finnas ett tydligt och enhetligt introduktionsprogram i patientsäkerhet för både chefer och medarbetare. Under året har ett program tagits fram för chefer, uppdelat på tre olika nivåer, vad som behövs omedelbart (första veckan) i chefsarbetet, vad som kommer att behövas inom de första tre månaderna av en ny chefstjänst och



vad som behöver fördjupas inom det första halvåret. Utbildningen har genomförts under året. På grund av personaländringar och inrättande av nya tjänster som patientsäkerhetssamordnare respektive patientsäkerhetsstrateg kommer utbildningarna att omstruktureras under 2023.

Hälso- och sjukvårdsnämnden har 2021 godkänt kompetensförsörjningsplan för strategisk hållbar bemanning, inklusive säker bemanning och schemaläggning utifrån medarbetarnas erfarenhet och kompetens. Reviderad version behandlas av hälso- och sjukvårdsnämnden i februari 2023.

Medarbetarnas engagemang och delaktighet i kvalitetsarbetet är nödvändig utifrån deras kompetens och erfarenhet för att uppnå god kvalitet i sjukvårdens olika verksamheter. Grundläggande förutsättningar för delaktighet är att medarbetarna har den kompetens som krävs och medges kompetensutveckling och att verksamheterna kan skapa delaktighet hos medarbetarna. Inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen sker detta genom medarbetarsamtal, arbetsplats-träffar, samverkansgrupper samt individuella kompetensutvecklingsplaner.

Förvaltningen erbjuder medarbetare och chefer kompetensutveckling inom förbättringsarbetet genom utbildningar i följande metoder:

- A3 – en metod för att angripa komplexa problem genom dialog, faktainsamling och analys som utmynnar i en handlingsplan
- Förbättringskunskap utifrån Nolan´s modell. Teamarbete med fokus på att testa idéer i liten skala.
- Risk- och händelseanalys – metodkunskap för att leda/stödja genomförande av analyser enligt nationell handbok
- Gröna korset – Ökad medvetenhet om risker och att åtgärda systemfel
- Medskapande – metod och verktyg för ökad delaktighet från patienter och medborgare i verksamhetsutveckling med flera perspektiv på alla nivåer.

Ur ett övergripande perspektiv så är en god bemanning med fast anställd personal en viktig faktor såväl ur patientsäkerhets- som kvalitetsaspekt. Fast anställd personal medför ökad delaktighet i erforderlig kompetensutveckling samt följsamhet beträffande verksamhetsrelaterade rutiner. Bristande kontinuitet inom vården är i sig en patientsäkerhetsrisk.

Patienten som medskapare

PSL 2010:659 3 kap. 4 §

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



Regionens handlingsplan

Åtgärdsområde A4 i regionens handlingsplan för ökad patientsäkerhet, metodstöd för risk-, avvikelse- och händelseanalys, ger möjlighet till patienters och anhörigas medverkan.

Åtgärdsområde A5, ökad patientdelaktighet genom utbildning och metodstöd, har tydligt syfte att göra patienter – och anhöriga – till medskapare. Under året har regionens befintliga material inom området inventerats.

Ambitionen är att utse fem pilotverksamheter som ska få handledningsstöd i att arbeta tillsammans med patienter då patientmedverkan också är inskrivet i förvaltningens verksamhetsplan. Arbetet har inte kunnat prioriteras under 2022.

Även åtgärdsområde C1, Gröna korset, innehåller metodstöd för systematiskt förbättringsarbete och att involvera patienter och anhöriga i det. Gröna korset har införts i de flesta enheter under året. Arbetet med att stödja implementeringen av Gröna korset kommer att fortgå under 2023.

Agera för säker vård – Nationella fokusområden

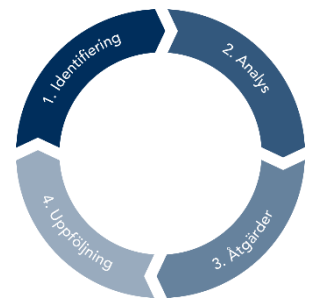
SOSFS 2011:9, 5 kap. 2 §, 7 §, 8 §, 7 kap. 2 § p 2, PSL 2010:659, 3 kap. 10 §

Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella och regionala uppgifter.

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

Under rubriken Agera för säker vård kan arbetsprocessen för ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete användas genom att följa nedanstående fyra steg:

1. Identifiering
2. Analys
3. Åtgärder
4. Uppföljning av åtgärd



Nationella fokusområden

1. Öka kunskap om inträffade vårdskador
2. Tillförlitliga och säkra system och processer
3. Säker vård här och nu
4. Stärka analys, lärande och utveckling
5. Öka riskmedvetenhet och beredskap

Öka kunskap om inträffade vårdskador

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

Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit



det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.

Regionens handlingsplan

Åtgärdsområde A4 i regionens handlingsplan för ökad patientsäkerhet att säkerställa användbara metodstöd för risk-/avvikelse-/händelseanalys och systematiskt förbättringsarbete på samtliga nivåer syftar till att öka kvaliteten i risk-, avvikelse- samt händelselysarbetet. Detta är ett gemensamt utvecklingsarbete i dialog med regionens HR- och kvalitetsnätverk.

Åtgärdsområde B1 hanterar även detta område, då uppdraget rymmer bland annat att öka delaktigheten bland personalen och stödet till chefer, samt att i högre grad involvera patienter och anhöriga i det systematiska risk- och avvikelsearbetet.

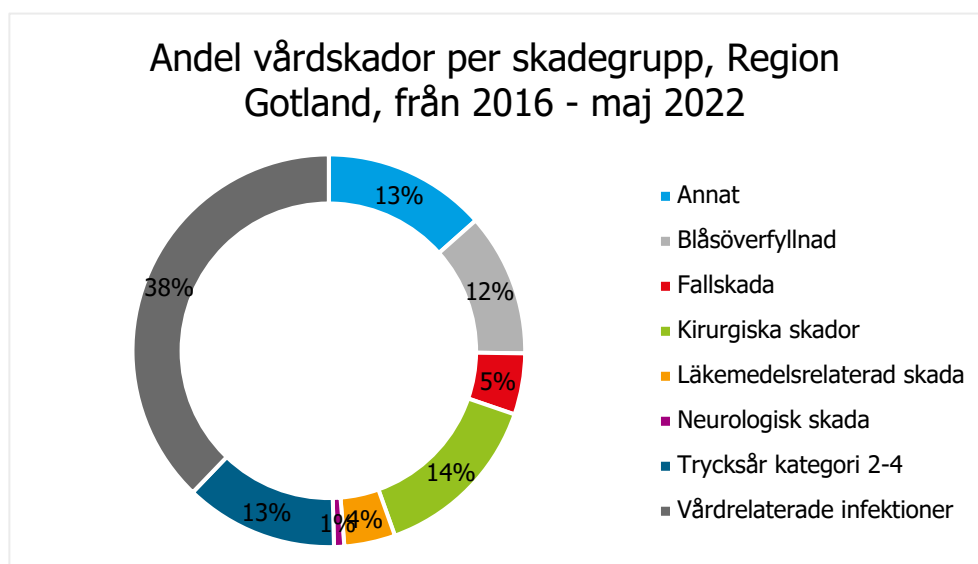
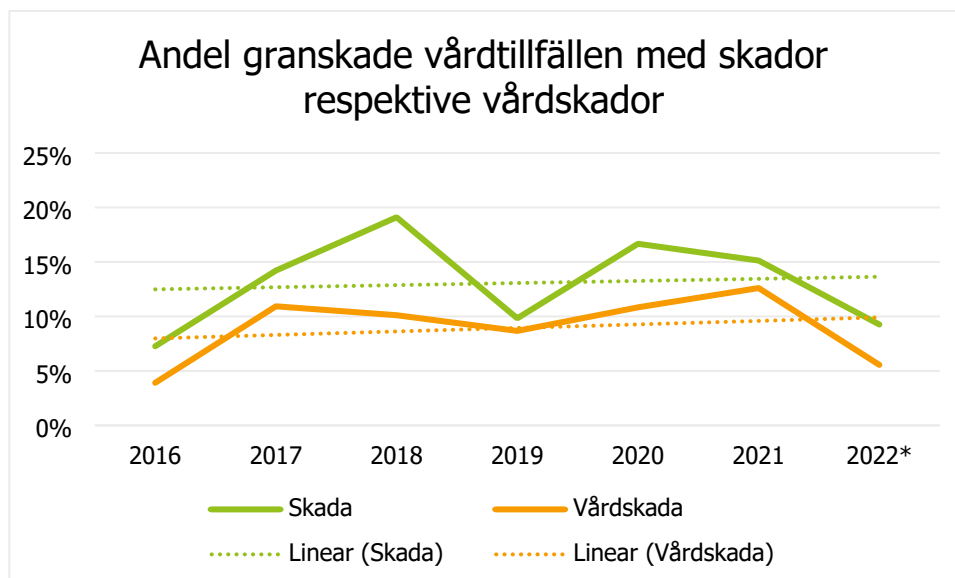
Även åtgärdsområde B2 att analysera tillgänglighet till rutiner och processer har bäring på detta fokusområde, men beskrivs mer utförligt i nästa avsnitt.

Vårdskador

Markörbaserad journalgranskning innebär att journaler granskas från ett slumpvist urval av avslutade vårdtillfällen på sjukhus. Detta görs av team bestående av läkare och sjuksköterskor, över hela landet, inom både somatisk och psykiatrisk slutenvård. Vid granskningen identifieras journaluppgifter med hjälp av markörer som kan indikera skada. Ett team bestående av läkare och sjuksköterskor bedömer uppgifterna för att kunna fastställa om en skada skett och i så fall vilken typ, konsekvens, allvarlighetsgrad samt om den anses vara undvikbar. Om skadan hade kunnat undvikas betecknas den som en vårdskada.

Ett av landets granskningsteam finns på Visby lasarett. Sedan 2020 bedöms 10 slumpvis utvalda vårdtillfällen per månad (tidigare har det varit 15 per månad och dessförinnan 30). Pandemin har påverkat arbetets genomförande. Den grupp som genomför markörbaserad journalgranskning av somatisk slutenvård har än så länge granskat till och med maj 2022. Årets samlade resultat kan därför inte redovisas.

Andelen vårdskador har varierat mellan 4 och 13 procent (9 procent i genomsnitt) på Gotland under perioden 2016-2022. Den vanligaste vårdskadan är vårdrelaterade infektioner, vilket utgör 38 procent av de vårdskador som förekommit bland de granskade vårdtillfällena under 2016-2022.



Det finns också ett team för att granska vårdtillfällen i psykiatrin. Teamet startade 2017. Inom parantes anges motsvarande värde för 2021. Under 2022 har gruppen granskat 33 (42) journaler. Arbetet har identifierat 3(3) skador. Av dessa har 2(0) bedömts som vårdskada. Av dessa två vårdskador hamnar en under skadetyper; "Läkemedel, övrigt", där patienten fått för hög dos av ordinerat läkemedel och den andra gäller; "Förlängt sjukdomsförlopp", där bl.a. drogscreening ej tagits. Den som inte klassades som vårdskada handlar om "Läkemedel, övrigt", där patienten upplevt oönskad effekt av behandling, som bedömdes som inte undvikbar.

I den satsning som har gjorts på patientsäkerhet, med inrättande av tjänsterna patientsäkerhetssamordnare samt patientsäkerhetsstrateg, ingår en ambition att uppnå målet om 10 granskade journaler från Visby Lasarett per månad under 2023.

Klagomål och synpunkter

Till vårdgivaren direkt

Under året inkom 55 klagomål från patienter och anhöriga direkt till förvaltningen. År 2022 fick 31% av de som önskat återkoppling ett första svar av ansvarig chef inom fem vardagar. Denna första återkoppling är ett viktigt kvalitetskrav gentemot de individer som framfört klagomål. Målet är att öka antalet personer som kontaktas av ansvarig chef inom den rekommenderade tiden.

	2018	2019	2020	2021	2022
Antal klagomål	77 st	94 st	76 st	72 st	55 st
1:a återkoppling	-	-	29%	31%	31%

Observera att de siffror som anges för 2021 och bakåt avviker från vad som redovisats i tidigare patientsäkerhetsberättelser, på grund av sent inkomna klagomål som ej kommit med tidigare och ändrade urvalskriterier vid statistikuttag.

Till vårdgivaren via Patientnämnden

Det totala antalet inkomna ärenden till Patientnämnden är i nivå med föregående år, men antalet klagomål där hälso- och sjukvården har behövt yttra sig är något färre. Inom parentes anges motsvarande värde för 2021.

Under 2022 inkom 263 (266) klagomål till Patientnämnden gällande hälso- och sjukvårdsnämnden och de verksamheter man har avtal med. Patientnämnden begärde in 137 (142) yttranden, motsvarande en andel på 52 procent (53 %) av klagomålen.

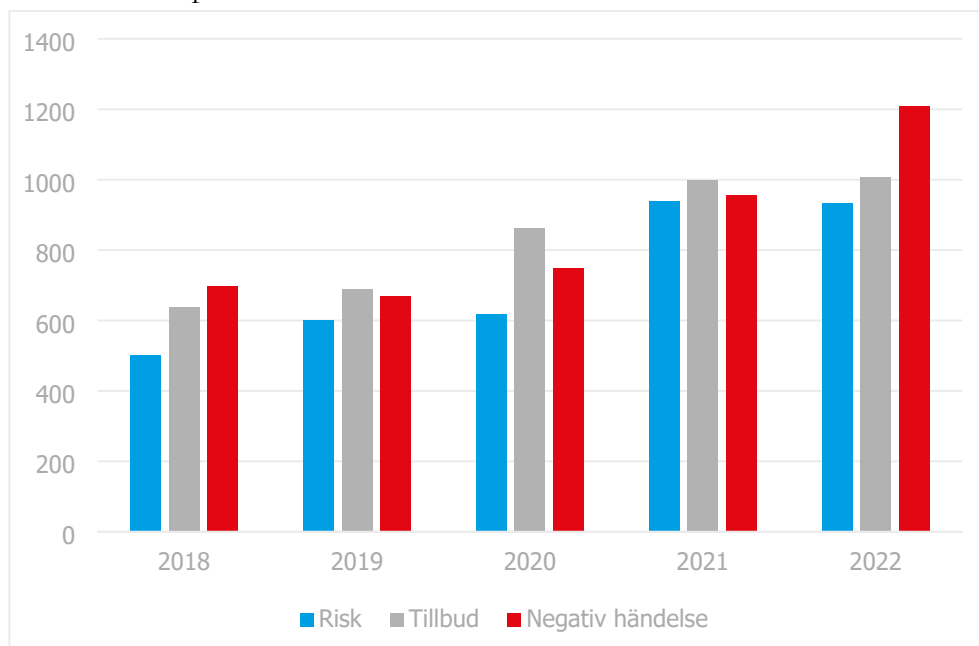
Antalet klagomål gentemot somatisk specialiserad vård är i princip oförändrad, 121 st. (128 st.) Totalt har antal klagomål i primärvården minskat från 108 st. till 94 st., dock har vårdcentralen Söderport/Unicare ökat antal klagomål från 15 st. till 24 st. Antalet klagomål i psykiatrin har ökat från 17 till 35 st. Inom tandvården ses en minskning från 12 st. till 8 st.

Vården har normalt fyra veckor på sig att svara. Eftersom det är viktigt att yttrandena verkligen besvarar patientens frågor accepterar patientnämnden en viss försening. 79 (86) begärda yttranden har inkommit i tid. 24 (14) har varit upp till 14 dagar försenade. 29 (40) har varit mer än 14 dagar försenade, i medeltal 43 (45) dagar. Förseningen varierar mellan 19 (15) och 130 (83) dagar. Vid årsskiftet var 5 (2) begäran om yttrande ännu inte besvarade

Avvikelse rapporter

Antalet rapporterade vårdavvikelse har ökat varje år under de senaste åtta åren, vilket är helt i linje med förvaltningens strävan att öka medvetenheten om vårdavvikelse och göra alla medarbetare delaktiga i patientsäkerhetsarbetet. Under 2022 ses en tydlig ökning av antal rapporterade negativa händelser. Det kan ha ett samband med införandet av Gröna korset, eftersom en tydlig systematik för att identifiera risker och negativa händelser resulterar i fler

avvikelse rapporter. Det i sin tur ger goda förutsättningar för ett fortsatt arbete med att stärka patientsäkerheten.



De tre vanligaste kategorier av avvikelser är bemötande/kommunikation följt av diagnostik/behandling och därefter dokumentation. Den i särklass vanligaste orsaksrubriceringen är att rutiner ej har följts. Observera dock att en avvikelse kan ha flera orsaksrubriceringar.

Ärenden gentemot IVO

(Inom parentes anges motsvarande antal 2021)

- 4 (7) anmälningar enligt lex Maria har gjorts under året.
- 3 (8) personer dog genom självmord på Gotland 2021. Av dessa hade 1 (3) haft vårdkontakt de fyra sista veckorna. Ingen av dessa händelser har föranlett anmälan enligt lex Maria. En händelse utreds fortfarande.
- 5 (11) enskilda klagomål inkom till IVO. Inget (0) av dessa ärenden har än så länge föranlett lex Maria anmälan.
- 4 (2) personer med skyddad yrkestitel har anmälts till IVO enligt 3 kap 7 § patientsäkerhetslagen, d.v.s. att vårdgivaren befarar att personen i fråga kan utgöra en fara för patientsäkerheten.

Tillsyn ledningssystem HSN 2018/697

November 2018 öppnade Inspektionen för vård och omsorg (IVO) ett tillsynsärende av det systematiska kvalitets- och säkerhetsarbetet avseende den somatiska specialistsjukvården vid Visby lasarett och verksamhetsområde psykiatri. Syftet med tillsynen var att bedöma om vårdgivaren planerar, leder och kontrollerar verksamheten så att kraven på god vård upprätthålls. IVO har konstaterat brister i vårdgivarens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Förvaltningen redovisade mars 2020 till IVO den handlingsplan som omnämns i denna patientsäkerhetsberättelse. Ärendet är inte avslutat.

Tillsyn förlossningsvården HSN 2020/608

IVO inledde i oktober 2020 en tillsyn av förlossningsvårdens kvalitetsarbete och de insatser som vidtagits för att åtgärda regionala utvecklingsbehov. IVO avser att inom denna tillsyn granska hur vårdgivarna arbetar aktivt med sitt systematiska kvalitetsarbete. Bakgrunden är identifierade riskområden hos IVO samt den satsning avseende kvinnors hälsa som regeringen inledde år 2015 utformad i överenskommelse mellan SKR och regeringen om att förbättra vården före, under och efter graviditeten. IVO har identifierat förbättringsområden avseende systematik gällande egenkontroll och uppföljning av avvikelser samt effekten av utförda åtgärder. Redovisning av genomförda och planerade åtgärder ska rapporteras februari 2023.

Tillsyn SÄBO HSN 2021/605

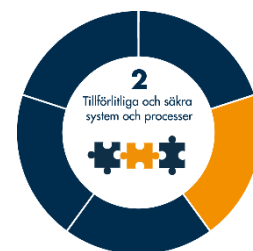
Begäran om uppgifter inför kommande tillsynsinsats. IVO har under året begärt in omfattande journalunderlag från den kommunala hälso- och sjukvården. Någon vidare begäran till den regionala hälso- och sjukvården (HSN) har ännu inte inkommit. Ärendet är inte avslutat.

Tillsyn sjukhus HSN 2022/107

I januari 2022 inledde IVO en nationell tillsyn av samtliga regioners sjukhusvård med särskilt fokus på vårdplatser och bemanning. Detta med anledning av uppgifter som framkommit i myndighetens tidigare och pågående tillsynsändanden gällande akutsjukhus, offentlig statistik och medias rapportering. Sammantaget har uppgifterna gett en bild av en hårt belastad sjukhusvård vid akutsjukhusen i landet. IVO har i sin granskning identifierat förbättringsområden avseende avsaknad av övervakningsutrustning vilket innebär risk att patienter vårdas på icke patientsäkra platser, samt att det förekommer att patienter inte får sina behov av tillsyn, omvårdnad, läkemedel och nutrition tillgodosedda på akutmottagningen och granskade vårdavdelningar. Redovisning av genomförda och planerade åtgärder ska rapporteras februari 2023.

Tillförlitliga och säkra system och processer

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



Regionens handlingsplan

Genom tydlig dokumentation av arbetet med kvalitet och patientsäkerhet ges förutsättningar för uppföljning. I regionens dokumenthanteringssystem DocPoint samlas styrande och redovisande dokument, riskanalyser och rutiner. De rutiner som refereras till från intranätet är synkroniserade med DocPoint. Förvaltningssekreterare har fått uppdraget att vara lokalt systemansvarig och kan i den funktionen bistå verksamheter som behöver stöd i hanteringen av sina styrande dokument. Således är åtgärdsområde B2 i regionens handlingsplan för ökad patientsäkerhet uppfyllt.

I regionens gemensamma avvikelserapporteringsystem Flexite rapporteras och handläggs ärenden gällande vård, samordnad individuell planering och personuppgiftsincidenter. Ur Flexite kan även statistik tas fram rörande avvikelser.

Under 2022 flyttade avvikelser gällande arbetsmiljö till ett eget system, Stella. I regionens ärendehanteringssystem W3D3 diarieförs ärenden till och från IVO och Patientnämnden.

Nitha är en tjänst tillhörande Inera för genomförande och dokumentation av händelseanalyser, med koppling till en nationell kunskapsbank som kan bidra till nationellt lärande.

Säker vård här och nu

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



Riskhantering

SOSFS 2011:9, 5 kap. 1 §, 7 kap. 2 § p 4

Vårdgivare ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivare uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

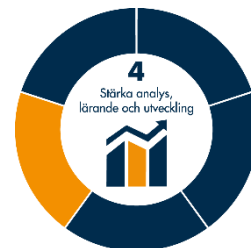
Regionens handlingsplan

Åtgärdsområde C1 i regionens handlingsplan för ökad patientsäkerhet, att införa Gröna korset för daglig avstämning av risker och vårdskador, syftar till att inträffade händelser tas upp i realtid på respektive arbetsplats. Metoden stöder ökad delaktighet, ökad patientmedverkan och systematiska förbättringar. Under året har verksamheterna arbetat med att breddinföra Gröna Korset. Av ca 60 berörda enheter har i november drygt hälften kommit igång med Gröna korsavstämningar. Övriga planerar och förbereder sig för införandet. Några enstaka har inte börjat med sitt Gröna Kors arbete. Arbetet med breddinförandet fortsätter under 2023.

Åtgärdsområde C2, att införa omvårdnadsrund "Se upp", syftar till att öka alla medarbetares delaktighet i risk- och förbättringsarbete genom regelbunden, systematisk riskbedömning av patienter i slutenvård. Avdelningarna A2 och C3 arbetar enligt rutinen men för övriga vårdavdelningar har införandet inte kunnat genomföras. Prioritet har ägnats åt att stödja införandet av Gröna Korset.

Stärka analys, lärande och utveckling

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



Avvikelser

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

Klagomål och synpunkter

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

Regionens handlingsplan

Motsvarande åtgärdsområde A2 i den regionala handlingsplanen för ökad patientsäkerhet så genomförs årligen dialogmöten mellan kvalitetschef, chefläkare och verksamheterna (verksamhetschef, enhetschef(-er) och eventuellt medarbetare) för att utifrån egenkontroll och analys inventera olika delar av kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet. Analysen och dialogen ger underlag till lämpliga åtgärder att genomföra lokalt respektive aktiviteter som kräver förvaltningsgemensamma åtgärder genom stödjande insatser eller prioritering. Namnet ”Dialogmöten” betonar intentionen att verksamhet och förvaltningsledning deltar på lika villkor. Dialogmötena har omstrukturerats inför 2022. Under året genomfördes 23 samtal. Fokus vid mötet är själva samtalet med ett antal dialogfrågor som utgångspunkt. Vissa frågor har uppfattades som upprepningar, och därför är formuläret omstrukturerat inför 2023. De flesta verksamheterna har upplevt att dialogfrågorna har bidragit till att uppmärksamma både strukturer och aktiviteter som stödjer arbetet men även områden där det finns utrymme för fortsatt arbete som kan bidra till att uppnå patientsäkerhetsmålen och en högre kvalitet. Inventeringen av enkäter/undersökningar, kvalitetsregister och indikatorer visar att det finns en hög ambitionsnivå hos alla att förbättra verksamheten. Det framgår tydligt att det är stora skillnader i hur data överförs till olika kvalitetsregister. I många fall sker det manuellt, vilket ställer krav på resurser och en risk att registreringen inte blir av. För att uppnå en stabilitet och underlätta för verksamheterna behövs det insatser både lokalt och nationellt för att tillse automatiska överföringar från journalsystem till relevanta register i så stor utsträckning som möjligt. Det finns en stor vilja att i högre grad systematiskt involvera patienter och anhöriga i verksamhetens förbättringsarbeten. Här behövs en förvaltningsgemensam insats för att lyfta fram goda exempel både lokalt och nationellt. Till exempel har patientföreningar varit delaktiga i arbetet inför planerade förändringar.

Det rapporterades att det kan vara svårt att få tillgång till rutiner i verksamheterna, där ett problem är att regionens dokumenthanteringssystem DocPoint har låg sökbarhet. Det behövs utbildningsinsatser för att tillse att medarbetarna känner sig förtroga med systemet. 2022 inleddes med en organisatorisk förändring utifrån arbetet med Förändringsresan, där många enheter fick nya tillhörigheter och nya verksamhetschefer och enhetschefer tillsattes. Det påverkade förutsättningarna för att presentera tydliga system, processer, flöden och strukturer för verksamheternas uppdrag. Det bedömdes

ändå som betydelsefullt att träffa alla redan under 2022 som en uppstart för dialogmötena i ett nytt format.

Utifrån den självskattning som dialogfrågorna omfattade kan följande lyftas fram:

De tre områden där flest verksamheter upplevde att det fungerade bra rörde:

- Att alla i verksamheten har adekvat kunskapsnivå om patientsäkerhet utifrån sin roll.
- Att det genomförs utredningar inklusive analys av bakomliggande orsaker i samband med vårdskador och andra avvikelser.
- Att det ges återkoppling av analys och resultat till berörda i samband med vårdskador och andra avvikelser.

De tre områden som flest verksamheter arbetar med att få på plats:

- Att skapa ett system för att systematiskt sammanställa och redovisa kvalitetsresultat.
- Att tillse god följsamhet till processer och rutiner i verksamheten.
- Att det krävs förbättrad samverkan mellan olika enheter på ett sätt så att vårdövergångar är säkra och att vården är sammanhållen.

Områden med generella utvecklingsbehov där det önskas stöd/insatser övergripande ledningsnivåer:

- Att involvera patienter och närstående på ett systematiskt sätt i verksamhetens utvecklingsarbete.

Åtgärdsområdena A4 och B2 har nämnts på annan plats i denna berättelse men berör även detta fokusområde.

Systematiskt förbättringsarbete i HSF grundar sig på Nolan's modell, med PDSA-cykeln (plan-do-study-act, se även inledande text under avsnittet Agera för säker vård) som driver förändringstester i den dagliga verksamheten, tillsammans med tre viktiga frågor som kan besvaras i valfri ordning. Förbättringskunskapen förutsätter ”gör och lär” och engagerar medarbetarna i utvecklingen av vården och verksamheten.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

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



Pandemin med covid-19 som bröt ut 2020 följt av Rysslands attack på Ukraina den 24 februari 2022 har högst påtagligt visat på behovet av god beredskap för händelser och kriser. Som en följd av detta har regionens arbete inom

katastrofmedicinsk planering intensifierats för att tillse en bättre beredskap för att upprätthålla patientsäkerheten även i händelse av kris och krig. Det kan handla om utbildning, övningar, beredskapslager av till exempel läkemedel och skyddsutrustning och samarbete nationellt och regionalt.

Mål, strategier och utmaningar för kommande år

Samtliga åtgärdsområden i den regionala handlingsplanen skulle ha varit genomförd under 2022. Av olika anledningar har arbetet fördröjts. För Gröna korset har drygt hälften kommit igång med avstämningar. Övriga planerar och förbereder sig för införandet. Några enstaka har inte börjat med sitt Gröna Kors arbete. Arbetet med breddinförandet fortsätter under 2023.

Att det under året har tillsatts flera tjänster med uppdrag inom patientsäkerhet innebär att det regionala arbetet med patientsäkerhet kommer att struktureras om och stärkas.

Under 2024 kommer en ny nationell handlingsplan för patientsäkerhet. Det betyder att regionens handlingsplan som ska tas fram under 2023 ska se som ett komplement och en uppdatering av den aktuella handlingsplanen. Målet är att den regionala handlingsplanen från och med 2024 kommer att ha en omarbetad struktur och tydligare synkronisering med den nationella handlingsplanen.