

# Patientsäkerhetsberättelse för Region Gotland År 2023



Datum 2024-01-11  
Ansvarig för innehållet Maria Amér  
Diarienummer HSN 2023/14



## 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.*

## Innehåll

SAMMANFATTNING .....	2
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD .....	2
Engagerad ledning och tydlig styrning .....	2
Övergripande mål och strategier .....	2
Organisation och ansvar .....	2
KPMG:s granskning av avvikelshantering .....	2
Samverkan för att förebygga vårdskador .....	2
Informationssäkerhet .....	2
Strålskydd.....	2
En god säkerhetskultur .....	2
Adekvat kunskap och kompetens .....	2
Patienten som medskapare .....	2
AGERA FÖR SÄKER VÅRD .....	2
1. Basala hygienrutiner och klädrutiner .....	2
2. ECDC-PPM-mätning avseende Vårdrelaterade infektioner(VRI) .....	2
3. Dialogsamtal .....	2
4. Problemanalys av läkemedelsprocess .....	2
Öka kunskap om inträffade vårdskador .....	2
Avvikelsefördelning mellan risker, tillbud och negativa händelser.....	2
Tillförlitliga och säkra system och processer .....	2
Säker vård här och nu .....	2
Riskhantering .....	2
Stärka analys, lärande och utveckling.....	2
Avvikelse .....	2
Klagomål och synpunkter.....	2
Öka riskmedvetenhet och beredskap .....	2
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR.....	2

BILAGA 1. Två exempel på hur mått kan sammanställas och presenteras under rubriken Agera för säker vård, utifrån ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. **Fel!**  
**Bokmärket är inte definierat.**

## SAMMANFATTNING

Region Gotland har sedan 2020 arbetat utefter en handlingsplan för ökad patientsäkerhet. Under innevarande år har flertalet punkter uppfyllts eller uppnått tydliga förflyttningar, varför en ny handlingsplan ska tas fram från och med 2024. Den nya handlingsplanen bygger på Socialstyrelsens förlaga ”Agera för säker vård”. På så sätt blir det lättare att följa hur vårt regionala arbete knyter an mot nationella dokument, och för verksamheterna tydligare hur allt arbete inom patientsäkerhet hänger ihop till en helhet.

Under året som har gått har den nya organisationen runt patientsäkerhet tagit form.

Patientsäkerhetsstrategens roll har tydliggjorts och uppdraget har blivit känt i förvaltningen.

Patientsäkerhetssamordnarnas uppdrag har blivit etablerat. Stödet ut i verksamheterna gör att fler avvikelser blir föremål för internutredningar. Trots ett ökat antal avvikelser så har den nya organisationen möjliggjort att utredningar initieras tidsmässigt i närmare anslutning till en händelse, vilket har betydelse för alla inblandade. Ledtiderna för att genomföra internutredningar har förkortats men uppfylls dock ännu inte helt, vilket till delvis kan förklaras med vakanser inom gruppen patientsäkerhetssamordnare.

Med Gröna korset som grund har såväl patientsäkerhetskulturen och antalet inrapporterade avvikelser ökat. Målet är att samtliga enheter ska göra regelbundna Gröna korset avstämningar, vilket 90% av enheterna uppnådde vid årets slut. Flera enheter rapporterar om att arbetet med Gröna korset har bidragit till att skapa en medvetenhet om patientsäkerhet och har blivit en naturlig del av det dagliga arbetet för att gemensamt på arbetsplatsen identifiera och diskutera risker i vården vilket är glädjande.

Under 2023 sågs en ökning av antalet avvikelser med 16% jämfört med 2022. I jämförelse med 2020 har antalet ökat med 80%. Att antalet avvikelser ökar är en positiv utveckling och ett tecken på att säkerhetskulturen har tagit ordentliga kliv i rätt riktning. Allt fler avvikelser bedöms som risker och antalet negativa händelser minskar, vilket är en önskvärd utveckling. Det har gjorts ett arbete under året för att tillse en samsyn i bedömningen av avvikelser.

Goda vårdhygieniska riktlinjer och en hög följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (BHK) är en viktig förutsättning för en säker vård. Flera delar av vården har gjort tydliga förbättringar avseende följsamheten i BHK-mätningarna, men det finns fortfarande behov av ytterligare förflyttningar varför det är fokus på området i nästa års internkontrollplan.

Under året har arbetet pågått med att införa vårdtyngdsmätningar och nu gör samtliga enheter inom slutenvården vårdtyngdsmätning dagligen.

För att strukturera arbetet med regelbunden tillsyn av inlagda patienter har så kallade Se Upp ronder införts på Visby Lasarett.

Under hösten har det genomförts en omflyttning av vårdavdelningar för att tillse en bättre vårdplatstillgång på avdelningarna med målet att minska antalet utlokaliserade patienter, en viktig åtgärd för att ytterligare öka patientsäkerheten.

Avvikelsehanteringen i Region Gotland granskades av KPMG under året på uppdrag av regionens revisorer. Den sammanfattande bedömningen var att hälso- och sjukvårdsnämnden i allt väsentligt har en ändamålsenlig avvikelsehanteringsprocess, och att nämnden säkerställt att hälso- och sjukvården har tillräckliga rutiner för avvikelsehantering.



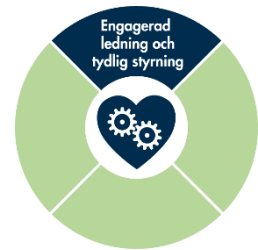
# GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

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

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

## 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 den nationella visionen ”God och säker vård – överallt och alltid” och det nationella målet ”Ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”.

## Organisation och ansvar

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

Patientsäkerhet ska vara en självklar återkommande punkt på alla nivåer i organisationen. Det behöver lyftas i förvaltningens ledningsgrupp (FLG) såväl som sjukhusets ledningsgrupp (SLG), inom primärvården (PLG), tandvården samt psykiatrin. Varje verksamhetschef har ett ansvar för att patientsäkerheten beaktas inom sitt ansvarsområde, och att förmedla detta vidare till enhetschefer och medarbetare. På APT ska patientsäkerhet vara en obligatorisk punkt. Dokument som rör patientsäkerhet ska vara tydliga och uppdaterade. Samtliga dokument som rör patientsäkerhet samlas under en särskild rubrik i dokumenthanteringssystemet DocPoint, för att tillse att de är lättillgängliga för samtliga medarbetare.

För att stötta verksamheterna i arbetet med patientsäkerhet och för att tillse att patientsäkerhetsarbetet utvecklas och följs upp har det tillskapats särskilda tjänster med patientsäkerhet som sitt huvuduppdrag. Sedan 2022 är fem patientsäkerhetssamordnare anställda på halvtid i regionen. En har sin placering inom psykiatrin, en inom primärvården och tre inom sjukhusvården. Uppdraget är att stötta verksamhetscheferna med avvikelshantering genom att göra internutredningar och händelseutredningar, att ta fram statistik på avvikelser avseende vilka områden som berörs samt antalet oavslutade avvikelser. Det har varit utmaningar med att få gruppen att fungera och att implementera arbetssättet då några har slutat eller gått till andra uppdrag i regionen vilket har resulterat i vakanser. Samarbetet med primärvården respektive psykiatrin är välfungerande och där har det skapats en struktur där patientsäkerhetssamordnarna ingår i ledningsgrupperna. Personalomställningarna har framför allt drabbat gruppen som hanterar sjukhusvården. I nuläget pågår rekrytering med förhoppningen att gruppen ska vara fulltalig i början av nästa år.

I januari 2023 anställdes en patientsäkerhetsstrateg. Det är en helt ny funktion i regionen som dels samordnar gruppen av patientsäkerhetssamordnare men också har ett övergripande och strategiskt uppdrag för patientsäkerhet. Här ingår att tillsammans med medarbetare på kvalitetsenheten hålla samman och utveckla metoden Gröna Korset, att delta och driva upphandlingen av ett nytt avvikelssystem, att

tillse att åtgärder som identifierats i utredningar av vårdskador ligger till grund för konkreta förbättringsarbeten, att tydliggöra och stötta arbetet med att skriva avvikelser och för chefer att hantera avvikelser samt att tillse att relevanta utbildningar inom patientsäkerhet finns tillgängliga och är kända i verksamheterna.

En av regionens chefläkare har det övergripande ansvaret för patientsäkerhet inklusive anmälningsansvar till IVO. Arbetet sker i nära samarbete med patientsäkerhetsstrategen.

Chefssekreterarna på enheterna har under året utbildats och fått tillgång till avvikelssystemet Flexite, för att tydligare kunna stötta cheferna med statistik och hanteringen av avvikelser.

Regionens Patientnämnd(PAN) hanterar inkomna klagomål och begär in yttranden från vården i de fall där patienterna så önskar. PAN, patientsäkerhetsstrateg och chefläkare har ett samarbete och en plan för ökat utbyte framöver. Framför allt när det gäller patientklagomål där flera enheter har varit inblandade finns ett behov av att samordna verksamheternas svar till patienten.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningens system för synpunktshantering har en spretig struktur med flera olika vägar in och där det är svårt att få en överblick. Här har det under året påbörjats ett arbete för att tillse en ökad tydlighet för den som vill framföra sin åsikt till vården, och en förbättrad möjlighet för verksamheterna att följa upp inkomna synpunkter.

En ny tjänst som vårdutvecklare med inriktning omvårdnad har under året rekryterats till sjukhusledningen. I rollen ingår att arbeta enhetsnära med övergripande metoder och processer såsom Se Upp-ronder och vårdtyngdsmätning samt att tillse goda arbetssätt som rör nutrition och trycksår. Rollen är även ett stöd till enhetschefer vid behov av förbättringar inom området omvårdnad.

Ytterligare funktioner som arbetar för att stärka patientsäkerheten är Strama. Strama är en samverkansfunktion mot antibiotikaresistens och arbetar för patientens rätt till bästa infektionsbehandling i en sjukvård som motverkar antibiotikaresistens. I Region Gotland finns en lokal Stramagrupp. I arbetet ingår att varje år besöka samtliga verksamheter och informera om antibiotikaförsäljning, antibiotikaresistens, aktuella behandlingsriktlinjer och diskutera enhetens antibiotikaförskrivning. Det har tidigare funnits ett system där ersättning har utgått från Strama om vårdcentralerna baserat på antal antibiotikarecept per år. Sedan 2023 har detta bytts till att istället omfatta två processmål för att uppnå en fördjupad insikt och ge utrymme för egen reflexion inom området infektioner och antibiotikaförskrivning.

Även smittskydd och vårdhygien har en roll i patientsäkerhetsarbetet. Smittskydd har sitt huvudsakliga uppdrag mot samhället för att hantera smittsamma sjukdomar med åtgärder och information till allmänheten och olika verksamheter. Vårdhygien är en viktig medspelare för att tillse att samtliga medarbetare har en god kännedom om basala hygienrutiner och klädregler (BHK), att det finns kunskap om vårdrelaterade infektioner (VRI), hur VRI kan förebyggas samt riskfaktorer för VRI.

Kliniskt träningscenter (KTC) har en viktig roll i att praktiskt utbilda och ge en möjlighet att träna akuta situationer och handgrepp.

Samtliga verksamheter har under året deltagit i ett så kallat Dialogsamtal där verksamhetschefer och enhetschefer tillsammans med chefläkarna, kvalitetschefen och patientsäkerhetsstrateg har diskuterat verksamheternas egenkontroll avseende patientsäkerhet och kvalitet. Under mötet har det även funnits tillfälle att lyfta utmaningar och oklarheter där det kan finnas behov av gemensamma insatser på en övergripande nivå.



## KPMG:s granskning av avvikelshantering

Avvikelsehanteringen i Region Gotland granskades av KPMG under året på uppdrag av regionens revisorer. Den sammanfattande bedömningen var att hälso- och sjukvårdsnämnden i allt väsentligt har en ändamålsenlig avvikelshanteringsprocess, och att nämnden säkerställt att hälso- och sjukvården har tillräckliga rutiner för avvikelshantering. Det konstaterades att Hälso- och sjukvårdsförvaltningen under de senaste åren genomgått en omorganisation i syfte att skapa mer systematik och struktur avseende patientsäkerhetsarbetet. Det finns numera utpekade funktioner som i huvudsak arbetar med patientsäkerhet och avvikelshantering. Bedömningen var att organisationen ger förutsättningar för tydligare ledning och styrning, samt säkerställer möjligheter för en mindre sårbar och personbunden organisation. Organisationen ger även större möjligheter till uppföljning och kontroll av avvikelser. Inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen har riktlinjer och rutiner för avvikelserapportering och avvikelshantering upprättats, inklusive riktlinjer och rutiner för anmälan enligt lex Maria. Rutinerna finns tillgängliga för samtliga medarbetare i hälso- och sjukvårdens dokumenthanteringssystem. I granskningen har det emellertid framförts att dokumenthanteringssystemet kan vara svårhanterligt och att det finns risk för att det finns en stor mängd rutiner som tenderar att överlappa varandra. Det uppges dock finnas ett pågående arbete med att skapa systematik avseende rutiner och processer i dokumenthanteringssystemet. Rutinerna bedöms i huvudsak som ändamålsenliga och aktuella, men att det är av vikt att säkerställa att arbetet med systematik fortgår, för att minska risken för inaktuella och obsoleta dokument.

Det bedömdes vidare att det finns en tydlig struktur för avvikelshantering och kända rapporteringsvägar. Det framkom i granskningen att återföring av avvikelser i vissa fall brister. I syfte att säkerställa att erfarenheter från avvikelserapportering får en central betydelse för arbetet med förbättringar och lärande i organisationen kan återföring av avvikelser förbättras ytterligare.

Det bedöms att hälso- och sjukvården har ett delvis ändamålsenligt IT-baserat avvikelshanteringssystem. I granskningen har det dock framförts att systemet har bristfälliga funktioner avseende uppföljning och analys, specifikt gällande kategorisering av olika avvikelser.

Nämnden bedöms aktivt ha arbetat med att åtgärda de brister som IVO (2018) påtalat i sin granskning av det systematiska kvalitets- och säkerhetsarbetet avseende den somatiska specialistsjukvården vid Visby lasarett och verksamhetsområde psykiatri. Flertal aktiviteter med bäring på tillsynen har implementerats eller ska implementeras i förvaltningen.

Bedömningen var att sammanställningar och uppföljningar av avvikelser regelbundet genomförs på verksamhetsnivå. Återrapportering till hälso- och sjukvårdsnämnden sker i huvudsak genom regelbundna muntliga föredragningar av ledande tjänstepersoner från hälso- och sjukvårdsförvaltningen, samt genom uppföljning i patientsäkerhetsberättelse och verksamhetsberättelser.

I granskningen har det också ingått att kartlägga patientnämndens erfarenhet av arbetet med avvikelser. Granskningen visade att samverkan med patientnämnden sker, men att samarbetet mellan nämnderna kan utvecklas ytterligare.

Mot bakgrund av granskningen rekommenderades hälso- och sjukvårdsnämnden att:

- Säkerställa att det finns förutsättningar för att systematiskt tillvarata erfarenheter från avvikelshantering i kvalitetsförbättringssyfte
- Säkerställa ett ändamålsenligt avvikelshanteringssystem som stödjer verksamheternas dagliga arbete med avvikelserapportering och avvikelshantering
- Säkerställa förutsättningar för kunskap om avvikelshantering i hälso- och sjukvårdens verksamheter
- Överväga att utveckla ytterligare samverkan med patientnämnden avseende patientsäkerhetsarbetet
- Säkerställa fortsatt arbete med att skapa tydlig struktur i dokumenthanteringssystemet så att aktuella rutiner och riktlinjer enkelt kan hittas och fungera som stöd i det dagliga arbetet.

## Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Vårdens övergångar är ett område där det finns risk för en otydlighet i ansvar, varför det är ett prioriterat område inom patientsäkerhetsarbetet. Utmaningar inom vårdens övergångar inom lasarettet eller mellan lasarett och primärvård är ett område som bland annat har berörts i samband med dialogsamtalen.

För att stärka samarbetet mellan den kommunala vården och sjukvården finns Samverkansforum med deltagare från Socialförvaltningen (SOF) och Hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF). Under 2023 har utskrivningsprocessen har varit i fokus med målet att den ska vara känd och implementerad. Det uppnådda resultatet godkändes vid återrapportering enligt förvaltningens internkontrollplan.

Samverkansforum planerar att ha ett särskilt fokus på läkemedel och läkemedelshantering under 2024.

## 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 integritets-skydd, samt informationssäkerhetssamordnare inom Hälso- och sjukvårdsförvaltningens. Hälso- och sjukvårdsförvaltningens samordnare för integritets-skydd är nämndens regionala kontaktperson för dataskyddsfrågor i enlighet med den europeiska dataskyddsförordningen GDPR.

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.

Under året har en tjänst (50%) som informationssäkerhetssamordnare tillsatts med placering under HSF Digitalisering. I denna tjänst ingår bland annat ovan nämnd rapporteringsskyldighet till MSB. En utredning har gjorts och som presenteras i en tjänsteskrivelse (HSN 2023/210) och som påvisar ett behov av en ny klassificeringsmodell. Modellen skall tydliggöra vilka informationssystem som omfattas av rapporteringsskyldighet och vilka system som kan kräva särskilda insatser för att uppnå önskad robusthetsnivå. Införande av modellen och klassificering av HSF's informationssystem kommer att göras under 2024 i samband med det arbete som kommer att genomföras .

Under 2023

- har inga incidenter ansetts fått betydande inverkan på kontinuiteten i den samhällsviktiga tjänsten och därmed uppnått kravet på rapporteringsskyldighet.
- har HSF Digitalisering tillsatt 4 nya tjänster som objektledare. Rollen omfattar utöver sedvanlig förvaltning av objektsystem att stödja Objektägaren och tillika informationsägaren att axla ägarskapet. Införandet av objektförvaltningsmodellen innebär att förvaltningens 120+ system och deras information kommer att hanteras på ett uniformt och adekvat sätt.
- har 28 personuppgiftsincidenter utretts, varav de flesta har anmälts till Integritetsskyddsmyndigheten (IMY). 24 begäran om registerutdrag har besvarats.

Utifrån den rapport avseende molntjänster som används inom HSF (HSN 2023/847) så har det under året fokuserats mycket på de juridiska frågorna och tolkningarna gällande GDPR och OSL i samband med molntjänster. Främst gällande kravställning i upphandlingar av nya system men även befintliga system är under granskning. Diskussioner har förts med chefsjurist (RSF), dataskyddsombud, samordnare för integritetsskydd, informationssäkerhetssamordnare (HSF) samt intressenter från RSF. Detta för att uppnå samsyn och ta fram riktlinjer för hur korrekta krav skall ställas på leverantörer av molntjänster.

## Strålskydd

SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §

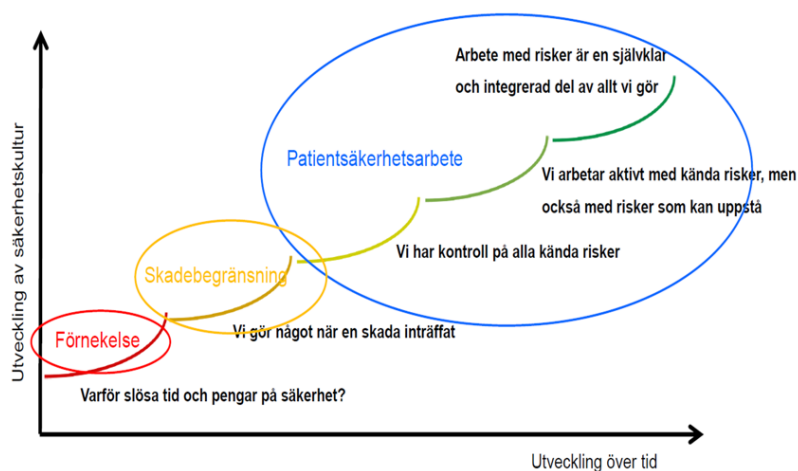
Vg se bilaga.

## En god säkerhetskultur

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



## En god säkerhetskultur



Arbetet med patientsäkerhet under året har till stor del präglats i att tillse att regionen har en god säkerhetskultur. För att främja en patientnära dialog kring patientsäkerhet har metoden Gröna korset införts i så gott som samtliga verksamheter. Avstämningar enligt Gröna korset innebär att arbetsgruppen samlas för att diskutera om det har observerats några patientsäkerhetsrisker, tillbud eller negativa händelser under arbetspasset. Avvikelser analyseras sedan vidare i avvikelssystemet Flexite.

I arbetet med Gröna korset ingår självskattningar som graderas från nivå ett till fem. När en verksamhet har uppnått nivå tre anses arbetsmetoden som implementerad. I december 2023 var 90% av alla enheter i gång med regelbundna avstämningar. Där metoden ännu inte är införd finns en plan för införandet till nästa år. Ett fördröjt införande kan till exempel bero på chefsbyte eller andra utmaningar på enheten. För att stödja enheterna med att införa och utveckla metoden har det under året genomförts regelbundna erfarenhetsforum, där enheter som har integrerat Gröna korset i sin metodik har kunnat informera, stötta och inspirera andra enheter.

Målet för 2023 var att verksamheterna ska ha uppnått nivå fem. Nivå fem innebär att det organiseras regelbundna avstämningar på enheten, att det finns ett beslutsforum eller en ledningsgrupp där risker och avvikelser analyseras, samt att förbättringsområden identifieras och prioriteras. Införandet av metoden har visat påtagliga förbättringar i säkerhetskulturen. Rapporterade risker och vårdavvikelser lyfts på ledningsgrupp och/eller i patientsäkerhetsråd samt på APT. Genom arbetet med Gröna korset har det blivit enklare att identifiera ofta återkommande risker och därmed en ökad tydlighet avseende vilka insatser som behövs göras för att minimera riskerna. Det kan innebära att ordna internutbildningar eller tillse att rutiner och arbetsätt uppdateras för att minska riskerna. Det har också underlättat framtagandet av åtgärdsplaner för att säkra upp vården i de fall där det anses behövt, och på så sätt sker ett aktivt arbete för att minska antalet risker på enheten. När patientsäkerhet genom Gröna korset blir en självklar del av arbetsklimatet har det skett en viktig utveckling av patientsäkerhetskulturen. Det är också viktigt att identifiera och lyfta de dagar när allt arbete har fungerat bra utan risker eller avvikelser och låta det inspirera och stärka arbetsgruppen.

Av de enheter som nått nivå 5 inkluderar 50% patienterna i arbetet genom att tillfråga dem om förbättringar. På så sätt inkluderas fler aspekter i patientsäkerhetsarbetet inom Gröna korset. Utmaningarna framöver är framför allt att stötta enheterna att vidmakthålla metoden. För att tillse att patientsäkerhetsarbetet fortsatt utvecklas kommer erfarenhetsforum framöver att ersättas med patientsäkerhetsavstämningar.

## Gröna Korset – grunden i patientsäkerhetsarbetet

- Syftet är att göra vården säkrare genom att skapa förutsättningar för medarbetare, patienter och närstående att vara delaktiga i det dagliga och strukturerade patientsäkerhetsarbetet.
- Skapar en naturlig diskussion kring patientsäkerhet i vardagen.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen HSF  
Hälsö- och sjukvårdsenheten HSF

Gröna Korset - Daglig mall

	1	2	3			
	4	5	6			
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
		28	29	30		
		31				

Blankett  
Förvaltningsgruppen Östern

**Visualiserad allvarighetsbedömning**

- Röd: Skada har inträffat
- Orange: Tillbud. Händelse där skada kunnat inträffa
- Gul: Risk för att skada kunnat inträffa
- Grön: Ingen avvikelse

**Definitioner**

**Risk** är möjlighet att en negativ händelse ska inträffa

**Tillbud** är oförutsedd, hotande händelse som lätt kunna utveckla sig till olycka

**Skada** är lidande, obehag, kroppsligt eller psykiskt skadligt händelse som uppstått vid kontakt med hälso- och sjukvården och som inte beror på underliggande sjukdomsprocess

**Vårdskada** är lidande, kroppsligt eller psykiskt skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården

Patientsäkerhetskultur är ett återkommande inslag vid utbildningar och information i patientsäkerhet. Under året har patientsäkerhet lyfts för Hälso- och sjukvårdsnämnden, vid möte med verksamhetscheferna, på övergripande chefsmöten och vid utbildningsdagar för ST-läkare samt ingår i den återkommande introduktionsutbildningen för AT-läkare. I utbildningen för chefer i patientsäkerhet och avvikelssystemet Flexite lyfts även patientsäkerhetskulturen.

## 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.

Inom Region Gotland finns sedan tidigare en chefsutbildning inom patientsäkerhet som under året har utvecklats och delvis arbetats om. Ansvariga för utbildningen är patientsäkerhetsstrateg tillsammans med lokal systemansvarig. Utbildningen vänder sig i första hand till nya chefer men är öppen även för chefer som vill uppdatera och fördjupa sig inom området. I utbildningen ingår praktisk hantering av avvikelser i avvikelssystemet Flexite men också ett avsnitt med



fördjupning i patientsäkerhetsarbete och patientsäkerhetskultur. Utbildningen finns tillgänglig via Region Gotlands utbildningsportal Kompetensportalen.

Patientsäkerhetsstrategen har också ordnat särskilda utbildningstimmar mot grupper av enhetschefer efter önskemål.

Medarbetare har ett ansvar att anmäla risker och avvikelser i Flexite. En kort film som guidar till systemet och som kan vara en hjälp vid introduktionen av nya medarbetare är under framtagande.

Socialstyrelsens e-utbildning ”Säker vård” ger en viktig grund för patientsäkerhetsarbete samtidigt som den väcker frågeställningar och dilemman. Samtliga verksamhetschefer och enhetschefer uppmanas att gå utbildningen under kommande år.

## Patienten som medskapare

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



*PSL 2010:659 3 kap. 4 §*

Inom området ”Patienten som medskapare” är arbetet fortsatt lite trevande. Det finns goda exempel där representanter för patientföreningar har konsulterats inför omorganisationer eller vid framtagande av nya arbetssätt, men det saknas ännu stabila strukturer.

Inom Regionalt Cancercentrum (RCC) har patientmedverkan länge varit ett prioriterat område, och här finns exempel att inspireras av. I samband med arbetet med att ta fram en ny cancerplan bjöd RCC i våras in medarbetare, allmänhet, politiker och patientföreningar till ett informationstillfälle i sjukhusmatsalen, ett möte som var välbesökt och uppskattat.

I arbetet med Gröna korset ingår på nivå fem att patienterna ska tillfrågas om förslag på förbättringar, vilket är ett viktigt steg på vägen mot att tydligare och på ett mer naturligt sätt inkludera patienter och medarbetare i vården.

Det finns brevlådor i väntrummen på flera mottagningar men det saknas en enhetlig struktur för hur inkomna synpunkter tas tillvara och återkopplas.

I samband med utredningar av allvarliga vårdskador ingår att patienten och/eller närstående ska ges möjlighet att ge sin syn på det inträffade.

Det pågående arbetet med att ta fram en tydligare och mer överskådlig rutin för att hantera inkomna synpunkter är ett sätt att tillse att patienters och närståendes erfarenheter vid kontakt med vården bättre tas tillvara. Förhoppningen är att det ska bli tydligare att identifiera återkommande synpunkter och därmed en ökad möjlighet att aktivt arbeta för att åtgärda upplevda brister. Enligt det aktuella systemet för att hantera klagomål via avvikelssystemet Flexite registreras i snitt fem klagomål per månad, vilket är få. I ärenden som inkommer via PAN är brist på bemötande en återkommande synpunkt. Det visar att det finns ett behov av att arbeta vidare med att tillse att patienter och anhöriga känner sig sedda och bekräftade. Ett sätt att agera respektfullt är att hantera inkomna synpunkter och klagomål inom angivna tidsramar. Allvarliga klagomål ska diskuteras i lämpliga forum för att tillse att det också sker ett lärande av det som inträffat.

Ett område som särskilt har identifierats är hanteringen av anhöriga i samband med akuta oväntade situationer. Gott omhändertagande av anhöriga är också ett fokusområde i en nyutkommen skrift från Socialstyrelsen, Nya kunskapsstöd om anhörigperspektivet i socialtjänsten och hälso- och sjukvården - Socialstyrelsen.

Där framgår att hur det görs kan skilja sig åt mellan verksamheter men grundläggande är att chefer och medarbetare:

- ser och lyssnar på den anhörige
- håller den anhörige informerad om den enskildes hälsa, vård och omsorg, under förutsättning att den enskilde ger sitt samtycke och att den anhörige vill vara delaktig
- har kännedom om vilket stöd och hjälp som den anhörige ger och vad anhörigskapet innebär för den anhörige
- tar tillvara den anhöriges kunskaper och erfarenheter
- uppmärksammar den anhöriges eget behov av stöd

# AGERA FÖR SÄKER VÅRD

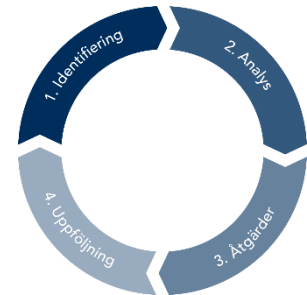
SOSFS 2011:9, 5 kap. 2 §, 7 §, 8 §, 7 kap. 2 § p 2, PSL 2010:659, 3 kap. 10 §

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.

## 1. Basala hygienrutiner och klädrutiner

**Mål:** En tydlig förflyttning mot målet 100% följsamhet

**Resultat:** Tandvården har över tid relativt stabila resultat och har vid ett antal tillfällen uppnått målet 100%. Under året har primärvården gjort tydliga förbättringar vilket är glädjande. Inom den somatiska öppenvården och slutenvården finns det behov av ytterligare åtgärder och insatser för att förbättra resultatet.



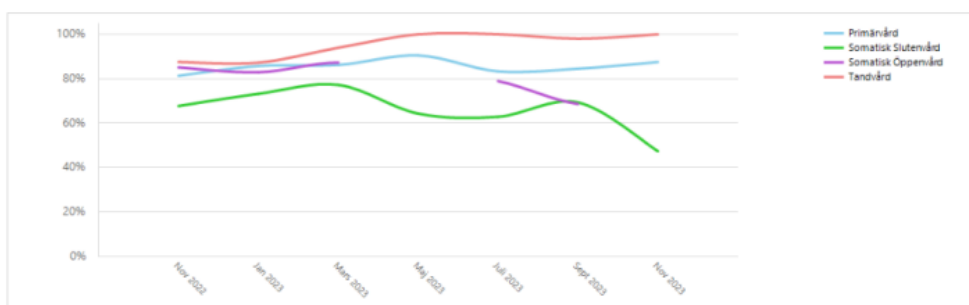
**Uppföljning:** Vid årets början pågick rekrytering av två hygiensköterskor. Den tidigare hygiensköterskan valde att avsluta sin tjänst, varpå tjänsten konverterades till två halvtidstjänster för att öka möjligheterna till teamarbete och för att göra enheten mindre sårbar. Inventering har visat att vårdhygien är ett område som både fick enormt mycket uppmärksamhet under pandemin, men där samtidigt det förebyggande arbetet fick stå tillbaka och är eftersatt.

Det har under hösten rekryteras en biträdande smittskyddsläkare på 50% med huvudansvar för vårdhygien vilket blir en resursförstärkning till uppdraget. Metoden följsamhetsmätning behöver utvecklas och kompletteras. Det finns också ett behov av verksamhetsnära utbildning som involverar samtliga yrkesgrupper.

## Patientsäkerhet

**Hygien- och klädrutiner** Följsamhet till hygien- och klädrutiner. Mål: 100%.

Hygien och klädrutiner - Andel korrekt följsamhet  
målvärde 100%



Andel korrekt följsamhet månadsvis

	Nov 2022	Jan 2023	Mars 2023	Maj 2023	Juli 2023	Sept 2023	Nov 2023
Primärvård	81%	86%	86%	90%	83%	85%	88%
Somatisk Slutenvård	68%	73%	77%	64%	63%	69%	47%
Somatisk Öppenvård	85%	83%	87%		79%	69%	
Tandvård	88%	87%	94%	100%	100%	98%	100%
<b>Totalt</b>	<b>80%</b>	<b>81%</b>	<b>83%</b>	<b>87%</b>	<b>76%</b>	<b>78%</b>	<b>68%</b>

Självskattning/observation omfattas av:

- Handsprit före
- Handsprit efter
- Handskar
- Skyddsrock/förkläde
- Kortärmad arbetsdräkt
- Fri från smycken
- Uppsatt/kort hår
- Korta, omålade naglar
- Kort eller uppsatt skägg
- Uppsatt/instoppad huvudduk

Målvärdet är 100%.

Länk till detaljerade resultat (länk till intranätet):

<http://intdb01/Reports/report/Insidan/Patients%C3%A4kerhet/Hygien%20och%20kl%C3%A4drutiner%20-%20detaljer>

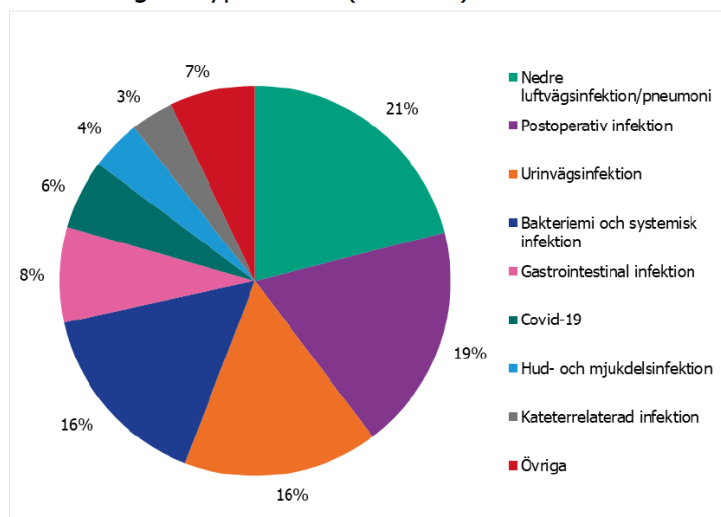
## 2. ECDC-PPM-mätning avseende Vårdrelaterade infektioner(VRI)

**Mål:** Kartläggning av förekomsten av VRI genom deltagande i ECDC-PPM.

**Åtgärd:** Europeiska smittskyddsmyndigheten (ECDC) genomför vart 5:e år en punktprevalensmätning avseende VRI och antibiotikaanvändning på akutsjukhus inom EU. Undersökningen samordnas av Folkhälsomyndigheten. Vid mätningen 2023 deltog samtliga 21 regioner. V 17 genomfördes mätningen på Gotland och inkluderade samtliga inlagda patienter på Visby Lasarett och psykiatriska slutenvården. De nationella resultaten publicerades i en rapport den 15:e december. Den internationella rapporten beräknas bli klar under våren 2024. Rapporten finns tillgänglig här [Vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning på akutsjukhus i Sverige \(ECDC PPM 2023\) — Folkhälsomyndigheten \(folkalsomyndigheten.se\)](#)

### Typ av VRI

Fördelning av typ av VRI (n=1488)



**Resultat:** I mätningen konstaterades att var tionde patient på svenska akutsjukhus har en VRI (10,3%). För Gotlands del var andelen 8,4%.

Rapporten identifierar flertalet förbättringsområden:

- Behov av att arbeta förebyggande och enligt riktlinjer för att minska antalet vårdrelaterade infektioner med fokus på de vanligaste infektionerna.
- Att öka följsamheten till behandlingsrekommendationer för urinvägsinfektioner, pneumoni och kirurgisk profylax.
- Att förbättra organisatoriska förutsättningar som ökar möjligheten till ett patientsäkert arbete.

**Uppföljning:** Resultatet från ECDC-PPM har återkopplats till verksamheterna via verksamhetschefmöte. Material finns tillgängligt för enheterna att diskutera på APT. Förbättringsområdena kommer att ligga till grund för fortsatt arbete inom vårdhygien och Strama nästa år.



### 3. Dialogsamtal

**Mål:** Att i dialog mellan verksamhetschefer, enhetschefer, chefläkare, kvalitetschef och patientsäkerhetsstrateg synliggöra enheternas arbete med patientsäkerhet och kvalitet, styrkor och utmaningar.

**Åtgärd:** Samtliga enheter utom en har under året haft ett dialogsamtal. Den enheten där samtalet flyttades fram på grund av pågående rekrytering av en ny verksamhetschef fick tillsvidare istället ett besök av patientsäkerhetsstrategen på ett APT. Dialogen har byggt på frågor framtagna av SKR men omstrukturerade för att tillse en tydligare gruppering och ett bättre flyt i samtalet. Därtill kompletterades frågeformuläret med tre mer övergripande frågor där det fanns utrymme att lyfta enhetens starka sidor respektive utmaningar, samt vilket stöd som önskades för att uppnå förflyttning i angelägna områden.

Kolumn1	Fråga
1	Sammanställer och redovisar verksamheten systematiskt kvalitetsresultat?
2	Sammanställer verksamheten resultat av patientsäkerhetsarbetet?
3	Görs systematiska analyser inom verksamheten som ger förståelse för hur kvaliteten i vården ser ut och vilka åtgärder som kan vidtas?
4	Har verksamheten implementerat Gröna Korset?
5	<i>Genomförs "se up" ronder där det är relevant?</i>
	<b>Kompetens och kunskap på individnivå</b>
6	Har verksamheten en ändamålsenlig yrkesmässig kompetenssammansättning för att uppnå en god vårdkvalitet
7	Har alla i verksamheten adekvat kunskapsnivå om patientsäkerhet utifrån sin roll?
8	Finns det en <b>kultur</b> där brister i kvalitet regelbundet återförs med förslag om förbättringsinsatser
	<b>Tillgång till kunskap</b>
9	Har alla i verksamheten tillgång till aktuell <b>kunskap</b> i varje patientmöte?
10	Sprids <b>kunskap</b> och lärdomar på ett ändamålsenligt sätt?
11	Finns det inom verksamheten <b>kunskap</b> och metoder för att göra patienter och närstående delaktiga i utvecklingsarbete?
12	Är relevanta vårdprocesser beskrivna?
13	Har vi en god följsamhet till processer och rutiner i verksamheten?
	<b>Avvikelsehantering</b>
14	Bedrivs ett systematiskt förebyggande arbete för att minska risker för specifika vårdskador?
15	Sker alltid rapportering när avvikelser inträffar i vården av patienter?
16	Genomförs utredningar inklusive analys av bakomliggande orsaker i samband med vårdskador och andra avvikelser?

17	Sker ett ändamålsenligt förbättringsarbete för att minimera effekter utifrån analyser av inkomna avvikelser?
18	Ges återkoppling av analys och resultat till berörda i samband med vårdskador och andra avvikelser?
19	Bedrivs ett aktivt arbete som säkerställer att risker och avvikelser uppmärksammas och minimeras?
<b>Samverkan med andra inom vården</b>	
20	Sker samverkan mellan olika enheter på ett sätt så att vårdövergångar är säkra och att vården är sammanhållen?
21	Följs risker och avvikelser i vårdens övergångar upp med berörda aktörer?
<b>Patientinvolvering</b>	
22	Används de system som finns för att samla in och analysera synpunkter och klagomål från patienter och närstående?
23	Involveras patienter och närstående på ett systematiskt sätt i verksamhetens utvecklingsarbete i tillräckligt stor omfattning
<b>Kvalitetsregister</b>	
24	Registrerar vi i de kvalitetsregister som är relevanta för vår våra patienter?

**Resultat:** Samtalen har vid återkoppling upplevts som givande för inblandade parter. Resultaten har återkopplats till verksamheterna samt på aggregerad nivå återförts till förvaltningens ledningsgrupp (FLG). De identifierade förbättringsområdena ingår i förvaltningens fortsatta utvecklingsarbete framöver.

**Uppföljning:** Dialogsamtalen fyller en roll, men formen behöver ses över. Ett arbete har påbörjats tillsammans med kvalitetschef, chefläkare och patientsäkerhetsstrateg för att följa upp årets samtal och hitta formen för fortsatta dialogsamtal nästa år.

#### 4. Problemanalys av läkemedelsprocess

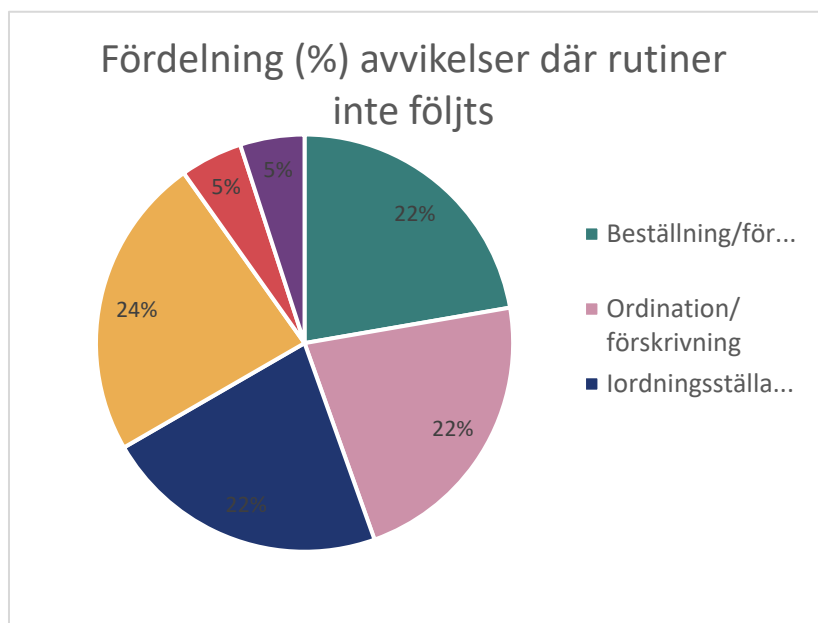
**Mål:** Att genomföra en förstudie i syfte att skapa en helhetsbild och probleminventering av den nuvarande processen kring, och hantering av, läkemedel inom Hälso- och sjukvårdsförvaltningen.

**Metod:** Förstudien baseras initialt på samtliga avvikelser under 2022 i avvikelssystemet Flexite rörande läkemedel och hantering av läkemedel. Granskning avseende bedömning, allvarlighetsgrad åtgärd och uppföljning har genomförts. Därefter kommer ett antal djupintervjuer att genomföras med medarbetare och nyckelpersoner inom Region Gotland.

**Resultat:** Totalt identifierades 420 avvikelserapporter gällande läkemedel för 2022. I rapporterna identifierades 896 enskilda felhändelser utifrån uppsatta avvikelsekategorier. Tre av fyra inrapporterade avvikelser gällde den egna arbetsplatsen och 9 av 10 avvikelser den egna förvaltningen.

Översyn av skadekategorisering gjordes utifrån kvalitetssäkrat index som visade stora skillnader i kategoriseringen men även mellan verksamheter där en stor del av avvikelserna klassats som ej bedömningsbara. Det finns även en stor spridning bland dokumenterade åtgärder.

Läkemedelsavvikelser sker i hela läkemedelskedjan från beställning och ordination till administrering. I slutenvården ses fler avvikelser kopplat till iordningsställande och kollegial kommunikation. I primärvården ses fler avvikelser kopplat till receptförskrivning samt kommunikation med patienten. En stor del av avvikelserna, 240 st (27%), kan kopplas till att gällande rutiner inte följts. Problemet förekommer i hela läkemedelskedjan.



I djupintervjuer med sjuksköterskor och läkare tillkommer att det är ett problem att hitta rutiner och riktlinjer i systemet, vilket innebär en risk och en sårbarhet.

Djupintervjuerna har även visat på en etisk stress hos sjuksköterskor när kommunikationen med ordinerande läkare om beslut kring läkemedelsbehandlingar inte blir tydliga.

## 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.



### Har vården varit säker

Arbetet med att utreda vårdskador har med den nya strukturen med patientsäkerhetssamordnare och patientsäkerhetsstrateg på plats gått in i en ny fas. Med förstärkt bemanning har tidigare oavslutade utredningar kommit till analys och avslut. Samtliga medarbetare var dock nya varför det också under året har skett ett lärande och ett behov av att tydliggöra och i viss mån förändra tidigare arbetssätt. Med en kortare handläggningstid har inkomna ärendet kunnat hanteras i närmare anslutning till händelser, vilket är en önskvärd utveckling eftersom tiden tenderar att påverka minnet av upplevelsen. För en patient och/eller närstående som har drabbats av en vårdskada kan det vara en viktig del i läkandet att veta att vårdgivaren tar händelsen på allvar, att det görs en utredning som klargör vad som inträffat och att det åtgärderna syftar till att tillse ett lärande i organisationen så att ingen annan ska behöva drabbas. Under 2023 har det gjorts 44 Internutredningar. Handläggningstiden har i genomsnitt varit 6 veckor, vilket är en förbättring jämfört med tidigare men ännu inte fyller det uppsatta målet på 4 veckor. Två Händelseanalyser har gjorts för att hantera komplexa utredningar där fler förvaltningar varit inblandade. Handläggningstiden för dessa var 4 veckor och således inom målet. Fem allvarliga vårdskador har inträffat under året och har anmälts till Inspektionen för Vård och Omsorg enligt Lex Maria. Ytterligare 8 anmälningar har skickats enligt Lex Maria under året vilket har berört händelser som inträffat under 2022 men där utredningen färdigställts under året.

Information om inträffade vårdskador har kommit från medarbetare via avvikelser, direkt från verksamhetschefer som identifierat fall där det misstänkts en vårdskada eller från inkomna ärenden via PAN. I ett fall kom ärendet till kännedom via ett klagomål till IVO.

Det förbättrade samarbetet med PAN har underlättat att få kännedom om misstänkta vårdskador tidigt i förloppet.

Med en fulltalig bemanning bland patientsäkerhetssamordnarna bedöms det finnas förutsättningar för förbättrade handläggningstider för internutredningar och händelseanalyser framöver.

## Avvikelsernas fördelning mellan risker, tillbud och negativa händelser

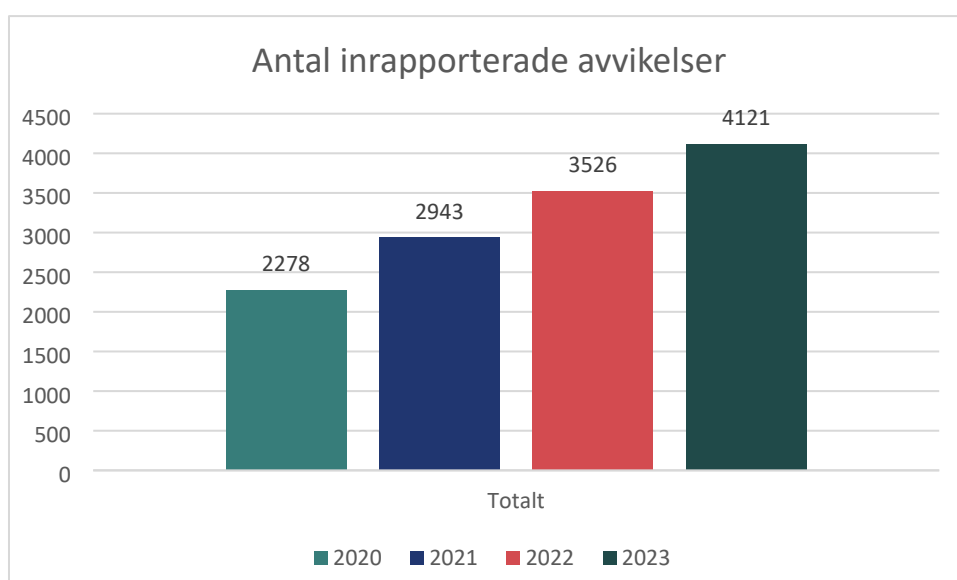
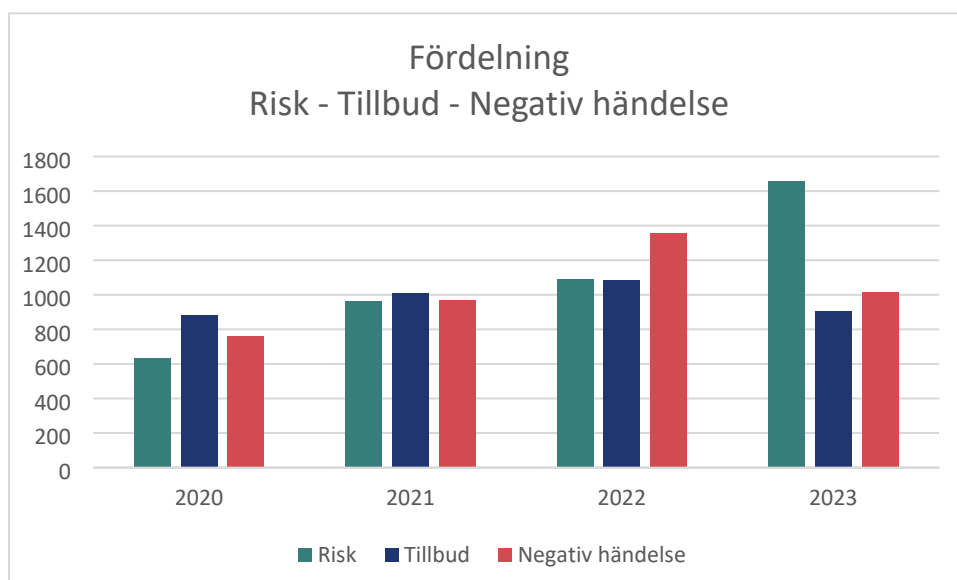
**Mål:** Antalet avvikelser som rör risker ska öka och de med tillbud och negativa händelser minska

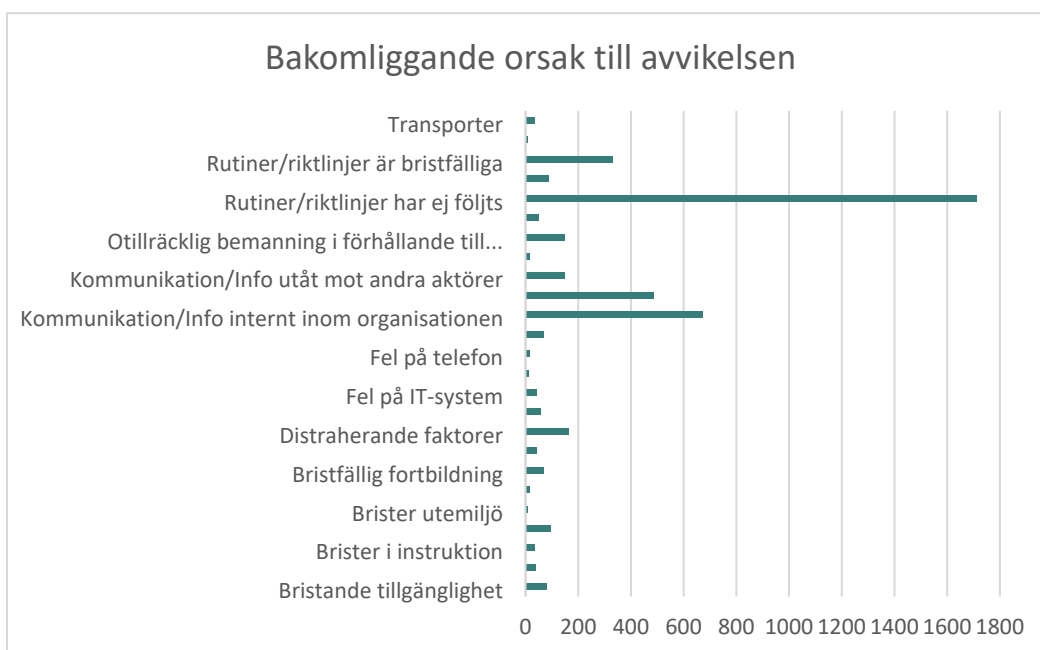
**Åtgärder:** Under året har det gjorts insatser för att tillse en samsyn hur en avvikelse ska bedömas. Det har framkommit att olika chefer har tolkat risk, tillbud och negativ händelse på olika sätt, vilket har inneburit att hanteringen av avvikelser har spretat. Via mailutskick, informationsträffar, utbildningstillfällen och besök på APT har patientsäkerhetsstrategen arbetat för att tydliggöra klassificeringen av avvikelser.

**Resultat:** Under 2023 inkom 4121 avvikelser vilket är en ökning med 16% jämfört med 2022 då 3554 avvikelser noterades. Det kan jämföras med 2020 då 2284 avvikelser skrevs, och innebär att antalet ökat med 80% sedan dess. Under samma tid har det skett en förskjutning mot att fler risker anmäls och antalet negativa händelser minskat, vilket är en önskvärd utveckling.

Den vanligaste orsaken till en avvikelse är ”Procedur, rutiner och riktlinjer” följt av ”Kommunikation”.

**Uppföljning:** Diskussionen om klassificering av avvikelser behöver fortsätta framöver.





## 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.



### Hur tillförlitliga är arbetsprocesser och system

Det finns ett beslut taget i sjukvårdens ledningsgrupp (SLG) på att införa sk ”Se upp”-ronder. Metoden är ett sätt att strukturera och regelbundet tillse att varje patient har en trygg miljö och en vård som förebygger vårdskador. Det finns en sjukhusövergripande rutin men implementeringen har blivit fördröjd på grund av pandemin. I nuläget genomförs metoden på två avdelningar och ytterligare två är redo att strata.

Sedan december månad genomför samtliga enheter inom slutenvården vårdtyngdsmätning dagligen. Utvärderingen sker tillsammans med respektive enhet eftersom vårdtyngdsmätningens framför allt syftar till att bidra till bättre fördelning av patienter mellan vårdlagen. Till en början registreras genomsnittlig vårdtyngd per enhet vid daglig styrning och kommer på så sätt att vara möjlig att följa över tid. Det har skapats och lanserats nya riktlinjer och rutiner för nutritionsomhändertagandet på lasarettet, inklusive ny mat- och vätskelista som är gemensam för hela sjukhuset där implementering pågår.

Lokalt har det tagits fram en process för att tillse ett bättre vårdflöde för sköra äldre. Det handlar om att identifiera dessa individer på akutmottagningen och hitta ett system för att tillse att handläggningen av sköra äldre prioriteras eftersom långvarig vistelse på en akutmottagning avsevärt kan försämra prognosen. Det omfattar även vilken dokumentation som ska finnas i journalen för en person som bor på ett särskilt boende som vägledning för vården och för att tillse rätt vårdnivå. Projektet kommer att implementeras med start i början av nästa år.

Avseende PPM för trycksår har Gotland tidigare legat högt i mätningarna. Under 2023 gjordes ingen mätning. SKR har nu meddelat att databasen för PPM-mätningar stängs varför det i nuläget är oklart hur vi ska gå vidare. På Trycksårsdagen anordnades informations- och inspirationsföreläsningar för medarbetare i HSF och SOF.

Region Gotland använder dokumenthanteringssystemet DocPoint. Strukturen i systemet har inte följt med organisationsutvecklingen, och med tiden har det tillkommit rutiner som inte har hamnat rätt i systemet. Situationen i nuläget är att det av medarbetare upplevs svårt att hitta rätt dokument, vilket KPMG även lyfter i sin granskning. Ett arbete har påbörjats för att se över strukturen för att göra systemet mer användarvänligt. Flera enheter har aktivt börjat arbeta med sina delar av dokumenthanteringssystemet.

Sedan tidigare är läkemedelslistorna i journalsystemet Take Care och dossystemet Pascal ett fokusområde där kliniska farmaceuter stöttar för att tillse att ordinationer är korrekta inför hemgång. Under hösten har ett projekt med en avdelningsfarmaceut införts på två medicinavdelningar. Utvärderingarna har varit positiva och förhoppningen är att projektet kommer att förlängas under våren.

Metoden Markörbaserad Journalgranskning (MJG) har funnits under en längre tid i regionen. Under året genomfördes tre granskningstillfällen. SKR har avslutat sitt rapporteringsverktyg för MJG och det är i nuläget oklart hur det ska ersättas. Tills vidare är arbetet med MJG i Region Gotland vilande.

## Säker vård här och nu

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



### Är vården säker idag

IVO har under året genomfört en granskning av samtliga akutsjukhus i landet inklusive Visby Lasarett med fokus på antalet vårdplatser. Det identifierades förbättringsområden, bland annat rörande lokaler för akutmottagningen, vilket nu kan hanteras på ett nytt sätt efter bygget av den nya så kallade Havspaviljongen som inneburit ett värdefullt tillskott med nya ytor. Antalet överbeläggningar har varit hanterbara på lasarettet, till viss del till priset av fler utlokaliserade patienter. För att åtgärda detta har det under hösten genomförts en omflyttning av vårdavdelningar mellan medicin- och kirurgkliniken, vilket tillser en bättre vårdplatstillgång på avdelningarna och därmed förhoppningsvis en minskning av antalet utlokaliserade patienter.

Tillsammans med landets övriga regioner har Gotland en utmaning avseende kompetensförsörjning. En hög andel hyrpersonal medför bristande kontinuitet och svårigheter att utveckla vården. I regionens verksamhetsplan för 2024-2028 finns ett tydligt mål att andelen fast personal ska uppgå till 95%, vilket är ambitiöst men en nödvändig förflyttning.

Att Gotland är en ö innebär alldeles särskilda utmaningar avseende transporter och försörjning. Med lärdomar från pandemin har det skett en tydlighet i vilka behov som finns och hur avbrott kan förebyggas med minsta möjliga påverkan på verksamheterna. För att hantera området har det under året tillsatts en försörjningsstrateg som har ett uppdrag att bland annat tillse de behov som identifierats inom HSF.

### 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.

Riskanalyser som metod används framför allt i utifrån arbetsmiljörisker men sannolikt inte i tillräcklig omfattning. Få riskanalyser har gjorts utifrån patientsäkerhetsperspektivet. Inom området finns behov av ytterligare utbildning och bättre kunskap i organisationen. Patientsäkerhetsstrategen har under året gått en utbildning i riskanalys som ett första steg att stärka upp kompetensen.

Metoden Gröna korset som utförligt beskrivs ovan innefattar att identifiera risker verksamhetsnära i det dagliga arbetet. Att det finns ett tydligt tillfälle när risker diskuteras och en struktur för samtalet har ökat antalet inrapporterade risker, vilket är en önskvärd riktning för att utveckla patientsäkerhetskulturen. Risker som identifierats via Gröna korset kan ligga till grund för en åtgärdsplan och för att identifiera behov av utbildningar inom enheten.



## 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.



### I vilken mån förbättras system och arbetssätt utifrån tillgänglig information

Felhändelser som identifierats vid utredning av en vårdskada ligger till grund för en åtgärdslista. Samtliga åtgärder diskuteras med verksamheterna i samband med att en utredning återlämnas för att tillse att rätt åtgärder identifierats och för att gemensamt ta fram en plan för hur arbetet ska tas vidare. Som stöd till verksamheterna definieras det även ett datum när åtgärderna ska vara klara och implementerade, för att synliggöra de åtgärder där det kan behövas samarbete för att uppnå en förändring.

### Avvikelser

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

Det ska vara tydligt och känt för varje medarbetare att det ingår en anmälningsskyldighet när en medarbetare får kännedom om en vårdskada eller en risk för vårdskada. I introduktionen av nya medarbetare ska skyldigheten att rapportera ingå. Som medarbetare ska det vara tydligt att en anmälan hanteras av närmaste chef. En utmaning är att nå timvikarier och andra med tillfälliga anställningar med nödvändig information. En utmaning är att det befintliga avvikelssystemet av många upplevs som krångligt. Det pågår en utbildningsinsats med att tillskapa en digital instruktionsfilm som vänder sig till alla medarbetare, och som ska vara ett stöd vid introduktion till en ny anställning.

### Klagomål och synpunkter

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

Det finns i nuläget flera vägar in för att lämna synpunkter på vården. En medborgare kan ta direkt kontakt med sin vårdgivare, ge synpunkter via 1177kontaktkort eller använda sig av hemsidans e-tjänst "Lämna dina synpunkter". För de som önskar stöd med att få synpunkterna besvarade av vården finns PAN. Det går också att lämna ett klagomål till IVO.

En välfungerande synpunktshantering är en viktig pusselbit i patientsäkerhetsarbetet.

### Synpunkter direkt till HSF

Aktuell hantering av synpunkter är spretig. Ett arbete pågår för att tillse att det ska bli enklare för medborgare att anmäla sina synpunkter och en tydligare struktur för hur synpunkter hanteras och registreras. Arbetet är i full gång och beräknas kunna vara klart i början av nästa år.

### Klagomål till patientnämnden(PAN) samt yttranden från hälso- och sjukvårdsnämnden:

I statistiken för hälso- och sjukvårdsnämnden ingår även verksamheter som har avtal med hälso- och sjukvårdsnämnden. Siffror inom parentes är 2022 års uppgifter. Under 2023 inkom 338 (263) klagomål som rör hälso- och sjukvårdsnämnden. Det är en ökning med 29 % jämfört med 2022. 2 (2) patienter med tvångsvård har fått en stödperson.

Patientnämnden har begärt in 220 (137) yttranden med svarsdatum under 2023. Vården har fått fyra veckor på sig att svara. Andelen yttranden i förhållande till antalet klagomål har ökat från 52 % till 65 %.

Trots en stor ökning av antalet klagomål och yttranden under 2023 har svarstiderna förbättrats väsentligt jämfört med 2022.

Inkomna yttranden med svarsdatum under 2023:

171 (79) har inkommit i tid.

13 (24) har varit upp till 14 dagar försenade. Dessa är i medeltal 10 dagar försenade.

28 (29) har varit mer än 14 dagar försenade. Dessa är i medeltal 36 (43) dagar försenade. Förseningen varierar mellan 15 och 125 dagar.

Ännu inte inkomna yttranden med svarsdatum under 2023:

Vid årsskiftet var 8 (5) begäran om yttrande ännu inte besvarade.

De synpunkter som inkommer via PAN kategoriseras och analyseras till en rapport som årligen återförs till HSF.

De vanligaste klagomålen som inkommer till sjukvården via PAN rör vård och behandling.

2023	1. Vård och behandling	1.1 Undersökning/bedömning	53
2023	1. Vård och behandling	1.2 Diagnos	23
2023	1. Vård och behandling	1.3 Behandling	49
2023	1. Vård och behandling	1.4 Läkemedel	28
2023	1. Vård och behandling	1.5 Omvårdnad	8
2023	1. Vård och behandling	1.6 Ny medicinsk bedömning	1
2023	2. Resultat	2.1 Resultat	21
2023	3. Kommunikation	3.1 Information	21
2023	3. Kommunikation	3.2 Delaktig	20
2023	3. Kommunikation	3.3 Samtycke	1
2023	3. Kommunikation	3.4 Bemötande	34
2023	4. Dokumentation och sekretess	4.1 Patientjournalen	13
2023	4. Dokumentation och sekretess	4.2 Brutet sekretess/dataintrång	1
2023	5. Ekonomi	5.1 Patientavgifter	6
2023	6. Tillgänglighet	6.1 Tillgänglighet till vården	9
2023	6. Tillgänglighet	6.2 Väntetider i vården	9
2023	7. Vårdansvar och organisation	7.1 Valfrihet/fritt vårdsökande	2
2023	7. Vårdansvar och organisation	7.2 Fast vårdkontakt/individuell plan	8
2023	7. Vårdansvar och organisation	7.3 Vårdflöde/processer	16
2023	7. Vårdansvar och organisation	7.4 Resursbrist/inställd åtgärd	1
2023	8. Administrativ hantering	8.1 Brister i hantering	12
2023	8. Administrativ hantering	8.2 Intyg	2
2023	9. Övrigt	9.1 Övrigt	0
		<b>Summa 2023</b>	<b>338</b>
		<b>Summa 2022</b>	<b>263</b>
		<b>Summa 2021</b>	<b>268</b>

**Synpunkter via Inspektionen för vård och omsorg (IVO):**

Antalet klagomål som inkommer via IVO är fortsatt få till antalet.

## 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.



### **Kommer ni att arbeta patientsäkert i framtiden**

Utbildning och träning är centrala begrepp för att tillse en patientsäker vård.

Scenarioträningar genomförs regelbundet inom fler områden i vården. Sedan tidigare har till exempel HLR och CEPS-utbildningar utförts med deltagande från akuten, IVA och barnsjukvården för att säkra kunskaperna och under året har även psykiatrin infört praktiska övningar vid akuta situationer som exempelvis hantering av LPT.

Att tillse en god kompetensutveckling är en utmaning med flera komponenter. I en situation där en stor del av medarbetarna är tillfälligt anställda eller hyrpersonal innebär det stora svårigheter att säkra en meningsfull kompetensutveckling. Att öka andelen fast personal är viktigt ur patientsäkerhetsperspektiv. Hälso- och sjukvårdsnämnden på Gotland har fattat ett beslut om att införa ett listningstak på 1100 patienter per primärvårdsläkare, ett tydligt mål som ger bättre förutsättningar för att kunna rekrytera och behålla medarbetare. Med bättre kontinuitet finns förutsättningar för ökad patientsäkerhet.

Det pågår flera projekt som syftar till att tillse en tydligare och säkrare vård framöver. Här kan nämnas arbetet med patientkontrakt som hanteras på en nyinrättad tjänst inom kvalitetsenheten. Arbetet med att tydliggöra hur fast läkarkontakt respektive fast vårdkontakt ska dokumenteras i patientjournalen är ett annat.

Under hösten har det hållits inspirationsföreläsningar där fokus har varit att tillse en patientcentrerad omvårdnad. Arbetet med att få till en omställning har påbörjats på flera enheter.

Det nationella projektet Kloka kliniska val är ett viktigt stöd för att tillse att vårdens utveckling sker i en riktning som är meningsfull för patienter och medarbetare och som tillser att vårdens resurser används korrekt.

## MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

En ny regional handlingsplan för patientsäkerhet är under framtagande. Ambitionen är att tillse en tydlig handlingsplan som är ett stöd för verksamheterna i det fortsatta arbetet med patientsäkerhet.

Upphandlingen av ett nytt avvikelssystem pågår. För att kunna följa och vidareutveckla arbetet inom patientsäkerhet behövs ett mer användarvänligt avvikelssystem som underlättar avvikelshanteringen och samtidigt möjliggör uttag och åskådliggör av statistik på ett mer överskådligt sätt.

Under året har det identifierats ett fortsatt behov av utbildningar i patientsäkerhet. Information om Socialstyrelsens utbildning ”Säker vård” behöver spridas till chefer i organisationen. För medarbetare är en digital instruktionsfilm under uppbyggnad.

Området patientmedverkan behöver utvecklas ytterligare. Det finns ett behov av att inventera och inspireras av goda exempel i andra regioner. Ett område som särskilt har identifierats är hanteringen av anhöriga i samband med akuta oväntade situationer. Gott omhändertagande av anhöriga är också ett fokusområde i en nyutkommen skrift från Socialstyrelsen, som ska ligga till grund för det fortsatta arbetet.

Idag saknas ett system för att följa vårdrelaterade infektioner och diagnoskopplad förskrivning inom slutenvården på Visby Lasarett. Det pågår ett arbete med att se över om Infektionsverktyget ska återaktiveras, ett journalintegrerat system för att kartlägga antibiotikaförskrivning och förekomst av VRI som tillhandahålls via Inera.

Följsamheten till BHK behöver förbättras och ingår i HSF:s internkontrollplan för 2024.

Mätningen inom ECDC-PPM har identifierat förbättringsområden som kommer att ligga till grund för fortsatt arbete inom vårdhygien och Strama framöver.

Arbetet som har gjorts med att implementera och utveckla Gröna korset går in i en annan fas när det handlar om att vidmakthålla arbetssättet som en naturlig plattform för att diskutera patientsäkerhet patientnära på arbetsplatserna. Formerna för att tillse lärande av identifierade risker och avvikelser kan struktureras och utvecklas ytterligare.

Gruppen patientsäkerhetssamordnare på sjukhuset behöver bli komplett för att kunna stötta och utveckla arbetet med patientsäkerhet mot verksamheterna. Med ett nära samarbete med nya funktioner som en verksamhetsutvecklare med fokus på omvårdnad finns förbättrade förutsättningar för att identifiera patientsäkerhetsrisker och samtidigt genomföra åtgärder och förbättringsarbeten.

Avseende riskanalyser är det ett område där det behövs mer kunskap och kompetens.

Det pågår ett arbete för att underlätta rapporteringen av synpunkter och därmed bättre förutsättningar för att inkludera synpunktshanteringen som en del i patientsäkerhetsarbetet.

Med erfarenheter och lärdomar av det gångna året kommer arbetet med patientsäkerhet kommande år fortsätta att utvecklas. Målbilden är att Region Gotland i sitt arbete med patienter, anhöriga och medarbetare har patientsäkerhet och säkerhetskultur fokus i alla delar av vårdkedjan, med ambitionen att ingen patient ska behöva drabbas av en vårdskada.