

Datum 10 februari 2014

Patientsäkerhetsberättelse

Hälsa- och sjukvårdsförvaltningen överlämnar härmed sin berättelse om patientsäkerhet för verksamhetsåret 2013.

Innehåll

Sammanfattning.....	2
Så här har patientsäkerhetsarbetet bedrivits	3
Övergripande mål och strategier	3
System för avvikelserapportering	4
Risk- och händelseanalys	4
Tillsyn	4
Nationella mål	4
Regionala mål	5
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet.....	5
Struktur för uppföljning/utvärdering	7
Uppföljning genom egenkontroll	8
Åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten	9
Arbete i samband med den nationella patientsäkerhetsstrategin.....	9
Regionala initiativ.....	10
Resultat som har uppnåtts.....	20
Gott resultat i den nationella patientsäkerhetsstrategin.....	20
Övriga resultat av regionens patientsäkerhetsarbete.....	24
Övergripande mål och strategier för kommande år	31

Datum 10 februari 2014

Sammanfattning

Patientsäkerhetsarbetet inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen bygger på en policy, som betonar värdet av avvikelserapporter och patientklagomål. Dessa, tillsammans med data från nationella kvalitetsregister och andra mätningar, utgör utgångspunkter för förbättring.

Förvaltningens arbete har präglats av samarbete över gränser. Både mellan olika verksamheter inom hälso- och sjukvården och med andra förvaltningar i regionen. Nationella initiativ har varit källa till inspiration med de statliga stimulansmedlen som en viktig drivkraft.

Årets resultat är mycket goda vad gäller tillgänglighet, minskad förekomst av vårdrelaterade infektioner och bättre omhändertagande av våra äldre. Andra delar av patientsäkerhetsarbetet kräver ökade insatser.

Tidigare arbete, såväl som nya initiativ under året, måste förvaltas långsiktigt. En kultur som genomsyras av säkerhetstänkande och systematiskt förbättringsarbete tar lång tid att bygga och kräver fortsatt målmedvetenhet.

Datum 10 februari 2014

Så här har patientsäkerhetsarbetet bedrivits

Övergripande mål och strategier

Mål

Vård ska vara så säker för patienten som möjligt.

Strategi

”Genom att minska förekomst av vårdskador ökar patientsäkerheten. I arbetet med att öka patientsäkerheten utgör avvikelserapporter från medarbetare samt klagomål och synpunkter från patienter och deras anhöriga ovärderlig information. Den ger möjlighet till förbättring av vårdens organisation och ska som sådan välkomnas i alla lägen.

Information om uppkomna fel eller påvisad risk för skada ska skyndsamt analyseras avseende bakomliggande orsaker och möjliga förbättringar. Berörd verksamhetschef ansvarar för detta och för att beslutade åtgärder följs upp avseende resultat (minskad eller eliminerad risk för skada).

Avvikelseberättelser ska fortlöpande tas upp på arbetsplatsträffar så att berörd personal får återkoppling och kan vara delaktig i problemlösningen. Patienter och deras närstående ska beredas möjlighet att delta i analysarbetet.

Om en avvikelse har inneburit att en patient drabbats eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom har verksamhetschefen skyldighet att rapportera ärendet till chefläkaren med ansvar för patientsäkerhet. Denne bedömer om avvikelsen ska anmälas till Inspektionen för vård och omsorg enligt lex Maria. Även vid annan typ av allvarlig skada samt när legitimerad personal befaras utgöra en fara för patientsäkerheten ska chefläkaren vidtalas.

Förvaltningens sammanställda resultat av patientsäkerhet ska återföras till både medarbetare och allmänhet. Varje chef inom Hälso- och sjukvårdsförvaltningen ansvarar för att innehållet i denna policy är känt av samtliga medarbetare, för vilka denne chef har arbetsgivaransvar.”¹

¹ (Ur Policy för patientsäkerhetsarbete antagen av förvaltningens ledningsgrupp 110831)

Datum 10 februari 2014

System för avvikelserapportering

Personalens rapportering av vårdavvikelser görs i det regiongemensamma avvikelshanteringssystemet. Systemet är väl känt och lättillgängligt. Samtliga chefer har tillgång till systemstöd.

Risk- och händelseanalys

Förvaltningen erbjuder metodstöd för risk- och händelseanalyser genom utbildade medarbetare på olika nivåer i organisationen.

Tillsyn

IVO, Inspektionen för vård och omsorg, (till och med maj 2013 Socialstyrelsen) granskar anmälningar enligt Lex Maria av allvarliga vårdskador samt självmord där personen i fråga haft en vårdkontakt i nära anslutning till sin död. Till IVO kommer även enskildas klagomål samt begäran från vårdgivare om utredning av legitimerad yrkespersonals lämplighet.

Nationella mål

Staten har tillsammans med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) kommit överens om prestationsbaserad ersättning för att uppmuntra, stärka och intensifiera arbete för ökad patientsäkerhet i landstingen.

I regeringens satsning för ökad patientsäkerhet 2013 ingick fem grundläggande krav:

- A. Patientsäkerhetsberättelse
- B. Nationell patientenkät i primärvården
- C. Patientsäkerhetskultur
- D. Strukturerad journalgranskning
- E. Nationell patientöversikt (NPÖ)

Därutöver innehöll satsningen sex ”indikatorer” som var och en renderade ekonomisk ersättning till landstingen vid måluppfyllelse:

- 1. Basala hygienrutiner och klädregler
- 2. Antibiotikaföreskrivning
- 3. Läkemedelsberättelse efter slutenvård
- 4. Trycksår
- 5. Överbeläggningar
- 6. Infektionsverktyget

Datum 10 februari 2014

Regionala mål

Hälso- och sjukvårdsnämnden har i sitt styrkort följande styrkort för säker vård:

- 100 % följsamhet till klädregler och hygienregler.
- Antalet vårdskador/1000 vårddagar ska årligen minska med 10 %.
- Antal vårdavvikelse som beror på ej följda rutiner och riktlinjer ska årligen minska med 10 %.
- Högst 250 antibiotikarecept/1000 invånare och år.
- Att ta fram gemensamt program (tillsammans med Socialnämnden) för läkemedelsgenomgångar 2011 och målvärden för programmet 2012.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Varje medarbetares ansvar, vid alla typer av avvikelser

Rapportera i Flexite (obs! även patientklagomål!) och rikta rapporten till närmaste chef

Legitimerad personals ansvar vid tillbud, skada eller risk

Informera patienten om

1. vad som har skett eller kunde ha skett
2. vilka åtgärder som ska vidtas. Detta kan ibland innebära besked om att orsaker till det inträffade ska utredas. Erbjud patienten att medverka i det arbetet!
3. möjligheten att vända sig till Inspektionen för vård och omsorg
4. möjligheten att begära ersättning från Patientskadeförsäkringen
5. regionens Patientnämnd

Dokumentera det inträffade i patientens journal och att samtliga ovan nämnda åtgärder vidtagits

Motsvarande ansvar åvilar närmaste chef när icke legitimerad personal är berörd.

Alla chefers ansvar

Att utan dröjsmål hantera avvikelserapporter i Flexite, ärenden från Patientnämnden samt begäran om yttrande eller andra frågeställningar från chefläkare med ansvar för patientsäkerhet.

Kontrollera att punkt 1-5 ovan vidtagits och dokumenterats.

Resursområdes- och verksamhetsområdeschefer samt tandvårdsschefer ansvar

Begära metodstöd för risk- eller händelseanalys vid behov (blankett på intranätet)

Datum 10 februari 2014

Begära ställningstagande till lex Maria-anmälan vid behov (via Flexite) av chefläkare med ansvar för patientsäkerhet.

Patientsäkerhetsansvar i förvaltningsledningen

Hälso- och sjukvårdsdirektören har i sin förvaltningsledning tre personer med uppdrag som berör patientsäkerhetsarbetet.

Chefläkare med ansvar för patientsäkerhet. Har nämndens uppdrag att anmäla allvarliga vårdskador enligt lex Maria samt i övrigt hantera ärenden gentemot Inspektionen för vård och omsorg. Denna person har även uppdragen IT-strateg och personuppgiftsombud.

Chefläkare med ansvar för metod- och kunskapsfrågor.

Kvalitetschef med övergripande ansvar för kvalitet och patientsäkerhet (God vård).

Vårdhygien

Vårdhygien syftar till att förebygga och begränsa vårdrelaterade infektioner inom hälso- och sjukvård samt tillse att vårdhygieniska aspekter tillvaratas i planering av regional verksamhet. Arbetet bedrivs främst genom tillsyn och utbildning. Dessutom innebär det akuta insatser vid utbrott eller pågående spridning. I Hälso- och sjukvårdsnämndens uppdrag ingår att säkerställa kompetens inom sakområdet vårdhygien så att hela Region Gotlands behov kan tillgodoses. Inom Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har detta uppdrag tilldelats Hygiensektionen, bestående av läkare och sjuksköterska.

Uppdragsområde är all vårdverksamhet som bedrivs av Region Gotland.

Smittskydd

Samhällets smittskydd ska tillgodose befolkningens behov av skydd mot spridning av smittsamma sjukdomar. Varje landsting ansvarar för att nödvändiga smittskyddsåtgärder vidtas inom sitt geografiska område. Region Gotlands smittskyddsläkare utses av hälso- och sjukvårdsnämnden.

Smittskyddsläkaren är en egen myndighet. I frågor som inte gäller smittskyddsläkarens myndighetsutövning ska denne verka under Hälso- och sjukvårdsnämnden.

Strama

Strama (Strategigruppen för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens) bildades som en nationell arbetsgrupp i Sverige 1995. Den lokala Stramagruppen på Gotland bildades i maj 2007 på smittskyddsläkarens initiativ och fick 2011 ett formellt uppdrag av Hälso- och sjukvårdsnämnden.

Uppdraget är att

Datum 10 februari 2014

- följa antibiotikaföreskrivning och resistensläge på Gotland samt återföra denna kunskap till verksamheterna
- se till att det i verksamheterna finns aktuella lokala och nationella rekommendationer och vårdprogram för profylax och behandling av vanliga infektioner vad gäller antibiotika
- sprida upplysning om antibiotikaresistensproblemet till allmänhet och media, samt i övrigt verka enligt riktlinjer från centrala Stramarådet vid SMI.

Patientnämnd

Patientnämnden är en opartisk instans dit man som medborgare kan vända sig när man fått problem i kontakterna med hälso- och sjukvården, tandvården och särskilt boende. Patientnämnden är en politiskt sammansatt nämnd inom regionen, fristående från sjukvården, som har som uppgift att förbättra kontakten mellan patient och personal samt på ett tidigt stadium försöka lösa problem och reda ut eventuella missförstånd. Nämndens kansli bistår med information om vilka rättigheter man har som patient, möjligheten att få ersättning i vissa fall och att utreda, föreslå lösningar och kontakter visavi vården.

Struktur för uppföljning/utvärdering

En struktur för att analysera resultat i Öppna jämförelser och andra nationella mätningar har tagits fram. De egna, regionala, resultaten sammanställs i presentationer som åskådliggör vårddata i realtid. Både nämnd, förvaltnings- och sjukvårdsledning tar initiativ till förbättringar utifrån dessa resultat.

Förvaltningsledningens kvalitets- och patientsäkerhetsansvariga följer upp alla resurs- och verksamhetsområdets patientsäkerhetsarbete i samband med s.k. ”dialogmöten”. Dessa möten sker en gång per år.

Trycksår, fall, munhälsa och undernäring följs upp via Senior Alert och trycksår även genom nationella mätningar två gånger per år.

Icke rapporterade vårdskador påvisas med hjälp av s.k. ”strukturerad” journalgranskning och resultat från riktade analyser kommer att återföras till berörd verksamhet.

Datum 10 februari 2014

Enheten för vårdhygien analyserar resultat från kontroller av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler, dels genom regional uppföljning varannan månad och dels genom nationell mätning två gånger per år.

Smittskyddsläkarenheten analyserar resultat från nationella mätningar av förekomst av vårdrelaterade infektioner två gånger om året. Smittskyddsläkaren sammanställer även förekomst av samtliga anmälningspliktiga infektioner inom regionen.

Strama analyserar antibiotikaförskrivning månatligt.

Uppföljning genom egenkontroll

Systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten och kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem behöver utvecklas ännu mer.

I förvaltningens egenkontroll för ökad patientsäkerhet har följande källor har följts upp och analyserats:

- Avvikelserapporter (kontinuerlig registrering)
- Patientkultutmätning (vart annat år)
- PPM – basala hygienrutiner och klädregler (2 gånger/år)
- Egna mätningar av följsam till basala hygienrutiner och klädregler (varje månad)
- PPM – vårdrelaterade infektioner (2 gånger/år)
- Infektionsverktyget (kontinuerlig registrering)
- Antibiotikaförskrivning (uppföljning varje månad)
- Strukturerad journalgranskning (uppföljning varje månad)
- PPM – trycksår (2 gånger/år)
- Senior Alert (kontinuerlig registrering)
- Palliativa registret (kontinuerlig registrering)

Resultaten kommuniceras till olika nivåer i verksamheten genom information på arbetsplatsträffar, i ledningsgrupper, på intra- och internet.

Datum 10 februari 2014

Åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten

Arbete i samband med den nationella patientsäkerhetsstrategin

Samtliga privata vårdgivare, som har uppdrag inom ramen för den vård hälso- och sjukvårdsförvaltningen driver som sjukvårdshuvudman, fick möjlighet att delta i särskilt möte då SKL:s mall för patientsäkerhetsberättelse presenterades, samt innebörden i begreppet patientsäkerhet diskuterades.

Regionen deltog i årets nationella patientenkät för primärvården.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen genomförde sin andra mätning av patientsäkerhetskultur inom sjukvårdens personalgrupper under våren.

Strukturerad journalgranskning har sjukvården hanterat som ett långsiktigt åtagande och utsett en permanent arbetsgrupp. Gruppen har utökats med en läkare och två sjuksköterskor under året. Samtliga granskare har genomgått utbildning i metoden. Strukturerad journalgranskning har genomförts av 30 vårdtillfällen per månad i slutenvården på Visby lasarett. Resultaten redovisas i SKL:s databas. Dessutom har en granskning ”på kliniknivå” inletts, tillsammans med en diskussion om hur journalgranskningen kan utvecklas samt hur resultaten används i verksamheten.

Samtliga vårdenheter i landstinget kan både lämna ut och ta emot uppgifter från andra vårdgivare inom ramen för NPÖ, nationell patientöversikt. Journalsystemet TakeCare är anslutet med fem s.k. ”informationsmängder”.

Följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler mättes i SKL:s ”ögonblicksmätning” (PPM) en gång på våren respektive hösten inom såväl öppen som sluten vård.

Arbetet att minska felaktig användning av antibiotika och på så sätt minska utveckling av behandlingsresistenta bakterier bedrivs inom ramen för Strama Gotland. Deras arbete beskrivs i detalj i särskild årsrapport. Nytt för i år var att vårdcentralerna försett sina förskrivare med översikt över deras personliga förskrivning av antibiotika. Detta i relation till vårdcentralens, länets respektive

Datum 10 februari 2014

rikets förskrivning samt till lokala behandlingsrekommendationer diskuterades med läkargrupperna vid besök av Strama.

Verksamhetsområdena medicinska och opererande specialiteter har tagit fram en dokumenterad rutin för alla avdelningar på Visby lasarett för information vid utskrivning i form av skriftlig läkemedelsberättelse. Ett förbättringsarbete ha påbörjats för att finna lämplig mall för berättelsen och att börja dela ut den tillsammans med aktuell läkemedelslista till patienterna när de skrivs ut.

Förekomst av trycksår har mätts på samtliga vårdavdelningar i SKL:s PPM våren 2013. Den handlingsplan för att minska uppkomst av trycksår, som upprättades 2012, har reviderats med tydligt uppsatta mål, ansvariga personer för olika åtgärder samt tidpunkt för uppföljning.

Antalet överbeläggningar och utlokaliserade patienter på Visby lasarett följs dag för dag och rapporteras in till en nationell databas.

Infektionsverktyget har integrerats i TakeCare och införts inom två verksamheter; infektion och onkologi.

Regionala initiativ

Öppenhet kring vårdskador

Patientsäkerhetslagen betonar värdet av öppenhet i arbetet med att analysera inträffade vårdskador samt att patienter, anhöriga och personal bereds möjlighet att medverka i analysarbetet. Förvaltningens bedömning är att återkoppling på vad sådant arbete har lett fram till stimulerar alla berörda parter till fortsatt förbättring. All information kring patientsäkerhet har därför samlats på en hemsida som kan nås av både allmänhet och personal:

<http://www.gotland.se/imcms/57983>

Förvaltningens lex Maria anmälningar publiceras också på internet:

<http://www.gotland.se/imcms/60679>

Slutrapporterna av genomförda händelseanalyser läggs från och med detta verksamhetsår in i en nationell databas, NITHA. All vårdpersonal i de landsting som är anslutna till databasen har tillgång till samtliga genomförda analyser. De riskanalyser som genomförs publiceras än så länge internt (intranätet). på hälso- och sjukvårdsförvaltningens hemsida för risk- och händelseanalyser

Datum 10 februari 2014

Händelseanalyser – ny organisation

Behovet av att genomföra händelseanalyser i sjukvården har endast med svårighet kunnat motsvaras av erforderliga resurser i form av utbildade analysledare med tillräcklig tid till sitt förfogande. En mer hållbar struktur för genomförande av händelseanalyser har därför tagits fram. Spetskompetens för att genomföra händelseanalyser motsvarande 60 % av en årsarbetstid ska finnas inom förvaltning, sjukvård och tandvård. Fördelningen ska vara 2/3 inom sjukvård respektive 1/3 inom förvaltning/tandvård. Dessutom ska det finnas ett större antal personer i hälso- och sjukvårdsförvaltningen som, med olika grad av handledning från de spetskompetenta, kan genomföra analyser. Sjukvårdschef, tandvårdschef och förvaltningschef avgör när en händelseanalys ska göras. När det gäller suicid inom psykiatri kan verksamhetsområdeschef psykiatri besluta. Den faktiska beställningen görs på verksamhetschefsnivå. I vissa fall görs beställningen av sjukvårdschef, tandvårdschef respektive förvaltningschef. Målvärde för genomförande av en analys är 10 veckor. Övriga delar av processen finns beskrivna i befintlig riktlinje, som har uppdaterats.

Handlingsplan för förbättrad patientsäkerhetskultur

Tidigare handlingsplan för att förbättra patientsäkerhetskulturen har efter årets resultat reviderats. Den innehåller övergripande mål, en plan för diskussion av kulturenkätens resultat på varje ledningsnivå samt införande av dialogmöten. Resultaten kommer att följas upp i förvaltningens bokslut

Samarbete med Patientnämnden

Sjukvårdens målsättning är att hantera ärenden från Patientnämnden inom fyra veckor. Det finns en rutin för fördelning av ärenden till berörda verksamheter. Övergripande måldiskussioner och kontakter i övrigt med Patientnämnden sker via Chefläkaren med ansvar för patientsäkerhet, som också adjungeras till nämndens sammanträden.

Utredning och granskning av allvarliga vårdskador

Vid allvarlig vårdskada eller vid risk för allvarlig skada, ska vårdgivare anmäla det inträffade till granskningsmyndighet enligt lex Maria. Tidigare var det Socialstyrelsen, men sedan 1 juni 2013 är det den nya granskningsmyndigheten Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Med allvarlig menas vårdskada som är bestående och inte ringa eller som har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit. Till varje

Datum 10 februari 2014

anmälan bifogas en intern utredning, där omständigheterna kring det inträffade beskrivs och berörda chefer yttrar sig över vilka åtgärder man beslutat vidta.

Om sjukvården har haft kontakt med individer, som begår självmord, kort före deras död ska den vårdkontakten granskas och anmälas enligt lex Maria. När sjukvården utreder fallen undersöks om berörd vårdenhet hade kunnat förstå att personen i fråga var självmordsnära och, i så fall, om man hade kunnat förhindra självmordet.

Utredningar i samband med särskilt allvarliga händelser blir, genom att de anmäls enligt lex Maria, granskade av IVO. Vårdgivaren får beskriva sammanhang, händelseförlopp, bakomliggande orsaker samt vilka åtgärder man beslutat vidta. IVO granskning blir därmed en kvalitetssäkring av vårdgivarens eget patientsäkerhetsarbete.

Vidtagna åtgärder utifrån arbetet med avvikelser

Verksamhetsområde Opererande specialiteter har tillsatt en läkemedelsgrupp som granskar förekommande avvikelser och vars uppgift är att hitta säkrare rutiner angående ordination av läkemedel och signeringar.

De vanligaste händelserna för avvikelserrapportering rör kommunikation. Möten över specialitetsgränserna har renderat i många förbättringsåtgärder. Under 2014 kommer sjukvårdsledningen att arbeta för att sådana möten ska finnas inom alla specialiteter

Inom ramen för ett nytt avtal med Karolinska universitetssjukhuset från den 1 januari i år prövas nya arbetsätt för att bättre identifiera och utreda avvikelser samt att göra patienterna mer delaktiga i förbättringsarbete.

Förbättringsarbeten enligt genombrottsmetoden

Hälsa- och sjukvårdsförvaltningens genomför en gång per år utbildning i förbättringskunskap, som även omfattar praktiskt genomförande av förbättringsarbeten enligt genombrottsmetoden. Utbildningen tillgodoser kraven för specialisttjänstgörande läkare i detta avseende och den största delen av de team som deltar leds av ST-läkare. Samtidigt byggs en ökad kompetens inom området som gagnar hela förvaltningens utveckling mot ökad kvalitet och patientsäkerhet.

Den kurs som avslutades i juni genomfördes i samarbete med Socialförvaltningen. Under hösten startades en ny kurs i egen regi.

Datum 10 februari 2014

Läkemedelsgenomgångar

En förvaltningsövergripande rutin för läkemedelsgenomgångar inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen har tagits fram. Den bygger på Socialstyrelsens föreskrift samt ”Indikatorer för god läkemedelsbehandling hos äldre”. Rutinen började gälla i mars.

Systematisk skattning av akuta symtom

Med triagesystemet RETTS värderas och kategoriseras patienternas akuta symtom i den prehospitla ambulansverksamheten och på akutmottagningen. Skattningen utgör ett stöd vid prioritering av vård och insatser.

På vårdavdelning används MEWS (Modified Early Warning Score) för att snabbt identifiera akuta försämringar av hälsotillstånd och indikera vilken typ av insats som behöver vidtas.

Sjukskrivningsprocessen

Arbetet har fokuserat på att öka sjukintygens kvalitet och att få fram ett intygsformulär som kan skickas elektroniskt till Försäkringskassan. Sjukintygens kvalitet kan variera stort mellan olika enheter, delvis pga att olika sjukdomsgrupper är mer eller mindre svårbedömda vad gäller funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning. Därför är lokal dialog på varje enhet med tjänstemän från Försäkringskassan viktig. Under hösten blev statistik på intygens brister möjlig att återföra till respektive öppenvårdsenhet. Arbetet att införa ett elektroniskt beslutsunderlag i TakeCare som kan skickas direkt till Försäkringskassan har testats i liten skala men inte kunnat köras i skarp drift.

Förbättrad äldreprocess

I projektet ”Bättre liv för sjuka äldre” har samarbetet med Socialförvaltningen fokuserat på gränssnitten mellan olika vårdformer. Projekt för att minska undvikbar slutenvård och återinläggningar inom 30 dagar samt för att ge god läkemedelsbehandling för äldre har pågått. Satsningen på kvalitetsregistren Senior Alert, Svenska demensregistret och Svenska palliativregistret har fortsatt även detta år.

Förvaltningsövergripande överenskommelser

Under 2013 har den övergripande överenskommelsen mellan hälso- och sjukvårdsnämnden och socialnämnden anpassats till föreskriften ”Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete”. Nämnderna har under året godkänt reviderade delöverenskommelser om egenvård och om psykisk funktionsnedsättning.

Datum 10 februari 2014

Prioriterade förbättringsområden utifrån nationell jämförelse

Utifrån resultatet av öppna jämförelser har tre sjukvårdsövergripande områden valts ut som prioriterade förbättringsområden och arbetet har påbörjats.

1. Benskörhet: En arbetsgrupp har skapats med uppdrag att, utifrån Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar, revidera det lokala vårdprogrammet och ta fram förslag på hur det därefter ska kunna implementeras i primärvård och specialistvård. Dessutom ska en metod tas fram för systematiskt infångande av osteoporos-relaterade frakturer som säkerställer att riskbedömning och i förekommande fall diagnostik och behandlingserbjudanden ges till alla.
2. Diabetes: Under 2013 har omhändertagandet av barn- och ungdomar med nyupptäckt diabetes förändrats. Sedan 1 september har barn- och ungdomsmedicinska verksamheten anställt en diabetessköterska för att säkra ett bättre omhändertagande av dessa barn och ungdomar. All berörd personal har fått utbildning för att kunna vägleda patienterna och deras familjer. Diabetesteamen på barn respektive vuxensidan har haft en gemensam kurs i ungdomsmedicin med fokus på hur vi bäst förbereder respektive tar emot ungdomar med diabetes.
3. Suicidprevention: Inom detta område har utbildning och implementering fortsatt av det förebyggande vårdprogram som togs fram 2012.

Det pågår arbete med att förbättra medicinska resultat inom fler områden än de tre sjukvårdsövergripande, bl.a. projekt för att minska antalet kejsarsnitt vid okomplicerade graviditeter, åtgärder för att minska rökning hos gravida, åtgärder för kortade ledtider vid blodpropplösande behandling av akut hjärtinfarkt och stroke.

Nationellt projekt för jämlik hälso- och sjukvård

Hälso- och sjukvården har tillsammans med övriga landsting/regioner i Sverige deltagit i ett projekt med följande prioriteringar:

- Redovisningar av Öppna jämförelser
- Stärkta strukturer för utveckling (kunskapsstyrning)
- Nationell samordning

Datum 10 februari 2014

Samarbetsavtal med Stockholms läns landsting

Ett samarbetsavtal har tecknats rörande kunskapsstöd och styrning inom tio områden:

- Metodråd ("Health Technology Assessment")
- Vårdprogram och riktlinjer
- Kvalitetsregisterstöd
- Läkemedel
- Omvårdnadsfrågor
- Psykiatristöd
- Medicinsk expertkunskap i specialitetsråd
- Utbildning och utveckling
- Dialogforum mellan kvalitetsenheten inom HSF och avdelningen för evidensbaserad medicin i SLL 2-4 gånger årligen
- Utvecklat informationsutbyte mellan HSF och SLL

Avtalet ger hälso- och sjukvårdsförvaltningen tillgång till expertkunskap inom dessa områden i Stockholms läns landsting, vilket medför ett betydligt förbättrat stöd för vår förvaltning i ett flertal processer.

Akutprocessen

Utvecklingsarbetet med akutprocessen enligt Lean-filosofin har pågått under hela 2013 med syfte att öka patientsäkerheten, minska väntetider och förbättra arbetsmiljön. Nu fortsätter förvaltning av rutiner som förändrats, t.ex. åtgärder vid lång väntetid, kommunikation med stöd av SBAR och teamtriage. Ledtider följs upp kontinuerligt. En faktor som inte kan påverkas inom vår egen förvaltning, men som ibland medför längre totaltid på akutmottagningen, är väntetid till sjukresor/bårtaxi.

LEAN-inriktad vårdavdelning

Arbete pågår på avdelningen C4 medicin. Två förbättringsområden, sena laboratoriesvar och rondarbetet har prioriterats. Delar av avdelningens arbetsgrupp deltar i den förbättringskunskapskurs som startade i december, med målsättning att minska icke värdeskapande tid för patienter och personal vid rondarbetet på avdelningen.

Säker bukkirurgi

Visby lasarett deltar i ett projekt med ekonomiskt och administrativt stöd från patientförsäkringen LÖF. Det riktar sig till alla kirurgkliniker i landet och syftar till att optimera operationsprocessen och därmed förbättra patientsäkerheten. Nya interna rutiner är framtagna. Samarbetet mellan anestesioch kirurgläkare

Datum 10 februari 2014

har förbättrats genom strukturerade möten. Ordination och administration av läkemedel i samband med operation har förbättrats, liksom information till patienterna. Dessa åtgärder har lämnat projektstadiet och implementerats i verksamheten. Arbetet med att förbättra kvalitet på operationsanmälningar pågår kontinuerligt genom bl.a. utbildningsinsatser.

Sjukdomsförebyggande metoder

Implementeringen av Socialstyrelsens riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder fortsätter. Arbetet har inledningsvis skett i projektform men drivs sedan hösten 2013 inom förvaltningens ordinarie verksamhet. Avsikten med att gå från projektform till förvaltningsläge är att genom linjens mandat skapa en process som intensifieras och samtidigt skapar långsiktighet.

Utbildningsinsats inom gränsöverskridande process

Personer med en psykisk funktionsnedsättning som har behov av insatser från både sjukvård och socialtjänst har lagstadgad rätt till en så kallad samordnad individuell plan (SIP). Syftet med en sådan plan är att samhällets insatser samordnas, samt att patienten får bättre överblick över sina behandlingskontakter och bli delaktig i planeringen av den egna vården. Utbildning i hur SIP ska upprättas har genomförts till personalen inom psykiatri och socialtjänsten.

PRIO - Satsning inom området psykisk ohälsa

Överenskommelsen syftar till att stärka och intensifiera utvecklingsarbetet i landstingen och kommunerna, där arbetet ska ske i nära samverkan med organisationer som företräder patienter, brukare och anhöriga. Prioriterade målgrupper är barn och unga samt personer med omfattande eller komplicerade psykiatriska problem. Ökad tillgänglighet och bättre samordning av vård- och stödinsatser, som samtidigt är mer individanpassade.

En tvärorganisatorisk arbetsgrupp har reviderat befintlig överenskommelse mellan hälso- och sjukvårdsnämnden och socialnämnden om samverkan kring barn (BUS) och vuxna, samt tagit fram ny överenskommelse gällande unga vuxna med psykiska funktionsnedsättningar.

Förvaltningsövergripande arbete med barn och unga

Införandet av samordnad individuell plan har förbättrat förutsättningarna för systematiskt arbete kring barn och unga med insatser av både socialtjänst och hälso- och sjukvård, när behov av samordning finns. Implementeringen har prioriterats av Barnnätverket och BarnSam.

Datum 10 februari 2014

Verksamhetsövergripande teamarbete

Under 2013 har Pilotprojektet Småbarnsteamet avslutats och utvärderats. Teamdeltagarna deltar från olika verksamheter (Barn- och ungdoms/-habilitering, /-psykiatri, och/-medicin). Teamets syfte är att erbjuda en samlad bedömning av barn under fem år med oklar utvecklingsförsening. Dessa barns behov har under lång tid varit svåra att möta. Arbetet har bedrivits i linje med ESSENCE (Early Symptomatic Syndromes Eliciting Neurodevelopmental Clinical Examinations). Det är ett paraplybegrepp som refererar till hela gruppen av utvecklingsneurologiska/neuropsykiatriska störningar som presenterar med handikappande symptom under tidiga barndomen. Fokus är att det individuella barnets problematik skall beskrivas och lämpliga insatser föreslås.

Artrosskolan

Data från det nationella kvalitetsregistret Bättre Omhändertagande av patienter med Artros (BOA) visar att artrosskola är en bra metod för att uppnå ökad livskvalitet, minskad läkemedelsförskrivning och minskat behov av kirurgiska ingrepp för patienterna. Metoden, som går ut på att förmedla ökad kunskap och hjälp med träningsprogram, har god evidens och rekommenderas i Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Projektmedel har tillförts sjukgymnastikmottagningen och ett antal omgångar av Artrosskola med totalt ca 250 deltagare har genomförts med gott resultat. Insatsen har legat i nivå med behovet.

Cancerplan

Hälsa- och sjukvårdsnämnden godkände Cancerplan 2013-2015 i april och gav i uppdrag åt Hälsa- och sjukvårdsförvaltningen att utreda hur de föreslagna målen kan uppnås för cancersjukvården på Gotland. Planen har som främsta uppgift att förverkliga de tio inriktningsmålen för förbättring och utveckling av cancer vården i regionen, som har fastslagits i den Nationella cancerstrategin och utgör grunden i den Regionala cancerstrategin Stockholm-Gotland.

Ny mottagning för sexuellt överförbara infektioner

Förekomsten av klamydiainfektion på Gotland är höst i landet. I början av september startades en STI-mottagning med syfte att förbättra tillgänglighet för undersökning och vård av sexuellt överförda sjukdomar. Mottagningen är öppen en eftermiddag per vecka i ungdomsmottagningens lokaler. Målgruppen är personer över 23 år, framförallt män och transsexuella personer. Vuxna kvinnor kan sedan tidigare testa sig på mödravårdscentralerna och personer

Datum 10 februari 2014

under 23 år på Ungdomsmottagningen. Ungdomsmottagningen, mödravårdcentralerna, hud- och infektions/lungmottagningen har hjälpts åt med personalresurser.

Sjuksköterskeledd mottagning för medicinska aborter

En barnmorska har i början av året utbildats för att självständigt ta hand om patienter och har idag egen mottagning. En svensk studie visar att detta förfarande är säkert, ökar patientnöjdheten samt frigör läkartid.

POX-screening

Under hösten 2013 har screening införts för alla nyfödda barn för att tidigt identifiera livshotande, medfödda, hjärtfel.

Kortad väg till sjukgymnastik i primärvård

Under 2013 påbörjades ett arbete med ”Sjukgymnast direkt” i primärvården för att på detta sett lotsa patienterna till rätt vård i rätt tid. Antalet erbjudna tider har varit relativt lågt men en utbyggnad av detta kommer att ske under 2014.

Omvårdnadsdiagnoser i slutenvården

Omvårdnadsdiagnoser kan ses som en nyckel till fortsatt utveckling av evidensbaserad professionell omvårdnad som på ett effektivt sätt tillgodoser patienters behov. NANDA är en klassifikation av omvårdnadsdiagnoser. Under hösten har 17 sjuksköterskor fått utbildning i NANDA. Avdelning A2 infektion påbörjar i början på 2014 en pilottest av NANDA. Planen är att slutenvården ska använda standardiserade journalmallar och en gemensam översikt i TakeCare.

Bättre åtkomst till rutiner och riktlinjer

Förvaltningen har upphandlat ett nytt digitalt dokumenthanteringssystem. Det har testats under 2013 och kommer att införas i hela förvaltningen under 2014. Systemet underlättar sökandet efter styrande dokument, t.ex. riktlinjer och rutiner och kommer bl.a. att vara ett viktigt stöd i patientsäkerhetsarbetet, för att minska tillbud och skador som beror på att rutiner och riktlinjer inte följs.

Datum 10 februari 2014

IT i vården/ e-Hälsa

IT berör all hälso- och sjukvård och är ett viktigt hjälpmedel för såväl medarbetare och patienter som för regionens medborgare i stort. Samtliga processer inom sjukvården kräver stöd av IT infrastruktur. Komplexiteten ökar och rymmer många beroenden till andra organisationer och myndigheter såsom Hälsa- och sjukvårdens adresskatalog (HSA), SITHS kort (e-Tjänstekort), medarbetaruppdrag för nationella tjänster, dokumentation i patientjournal med nationella termer, leverans av statistik till SKL och Socialstyrelsen. Behovet av ökat IT-stöd och ökade informationsmängder kan också ses vid överföring och lagring av data samt vid verksamhetsuppföljning.

Förvaltningens enhet för medicinsk IT och e-Hälsa (MIT) fick vid årsskiftet ny chef. I början av året fördes uppdraget som IT-strateg över från tidigare chef för kansli och stödfunktioner till chefläkaren med ansvar för patientsäkerhet. Arbets sättet inom MIT har förändrats. Personalgruppen har utvidgats. En strategisk plattform för förvaltningens IT har tagits fram.

Samarbetet med Stockholms läns landsting har utökats. Förvaltningens chefläkare för patientsäkerhet leder arbetet inom förvaltningsområde Informationssäkerhet inom Centrum för samverkan TakeCare (CSTC). Förutom att vara representerad på varje beslutande nivå i CSTC deltar HSF även i det nya övergripande IT-samarbetet inom SLL, benämnt förvaltningsobjekt (FOA) sjukvård.

Tidigare projekt för införande av NPÖ har övergått i förvaltning.

Ett omfattande arbete krävdes för att påbörja införandet av Infektionsverktyget. Arbetet har krävt uppgradering av datasystem för mikrobiologi, programmering av koder för vårdenheter, anpassning av TakeCare och utbildning av förskrivare.

Avvikelse som gäller journalsystem och införandet av journalfilter har föranlett tillsättning av ett IT-råd, som har sitt första möte i februari.

Strålskyddskommitténs arbete

En bokslutsrapport från strålskyddskommittén kommer att bifogas som en bilaga till patientsäkerhetsberättelsen.

Datum 10 februari 2014

Resultat som har uppnåtts

Gott resultat i den nationella patientsäkerhetsinsatsningen

Samtliga grundläggande krav och indikatorer för året kunde uppnås.

- A. Samtliga vårdgivare i landstinget har upprättat patientsäkerhetsberättelse.
 - B. Resultat från årets nationella patientenkät för primärvården har inte redovisats ännu.
 - C. En tidigare framtagen handlingsplan för att förbättra rådande patientsäkerhetskultur har uppdaterats. Viktigaste åtgärder har varit att genomföra dialogmöten mellan kvalitetschef och chefläkare och respektive ledningsgrupp inom sjukvårdens resurs- och verksamhetsområden samt att dessa ledningsgrupper upprättar egna handlingsplaner för att förbättra patientsäkerhetskulturen.
 - D. Resultaten från strukturerad journalgranskning av 30 vårdtillfällen per månad i slutenvården på Visby lasarett redovisas under rubrik "Vårdskador".
 - E. Möjligheten att tillgå andra vårdgivares vårddokumentation via NPÖ, nationell patientöversikt, finns för all behörig personal. Det har utnyttjats i begränsad omfattning, eftersom journalsystemet TakeCare används av våra största samarbetspartners i Stockholms läns landsting och innebär därför en enklare och mer omfattande direktåtkomst.
1. Vid de nationella mätningarna av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler var resultatet i slutenvården 74 % för samtliga sju moment vid vårens mätning och 71 % på hösten. Sett över tid har följsamheten ökat. Vid första mätningen hösten 2010 var Gotlands resultat 49 % och riksgenomsnittet 56 %.
 2. Antibiotikaförskrivningen minskade med 4 % under perioden oktober 2012 – september 2013 jämfört med motsvarande föregående mätperiod. Det är 15 recept mindre per 1000 invånare, från 365 till 350.
 3. Verksamhetsområdena medicinska och opererande specialiteter har tagit fram en dokumenterad rutin för alla avdelningar på Visby lasarett för information vid utskrivning i form av skriftlig läkemedelsberättelse. Ett förbättringsarbete ha påbörjats för att

Datum 10 februari 2014

finna lämplig mall för berättelsen och att börja dela ut den tillsammans med aktuell läkemedelslista till patienterna när de skrivs ut.

4. Förekomst av trycksår har mätts på samtliga vårdavdelningar i SKL:s PPM våren 2013. Resultaten var 12,5 % på våren och 18,4 % på hösten. Den handlingsplan för att minska uppkomst av trycksår, som upprättades 2012, har reviderats med tydligt uppsatta mål, ansvariga personer för olika åtgärder samt tidpunkt för uppföljning.
5. Antalet överbeläggningar och utlokaliserade patienter på Visby lasarett följs dag för dag och rapportera in till nationell databas.
6. Infektionsverktyget har integrerats i TakeCare och införts inom två verksamheter; infektion och onkologi.

Mätning av patientsäkerhetskultur

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har låtit personal i sjukvården med direkt patientkontakt och deras chefer besvara en enkät om patientsäkerhetskulturen våren 2011 respektive 2013. Svarsfrekvens var 57,2 % första gången och 51,4 % i år. Resultatet är alltså 6 % sämre i år och ligger 15-20 % under genomsnitt för landstingen. Det finns en tydlig diskrepans mellan hur chefer och medarbetare uppfattar att patientsäkerhetskulturen är. Det är i medarbetargrupperna som resultaten försämrats.

Tidigare handlingsplan för att förbättra patientsäkerhetskulturen har efter årets resultat reviderats. Den innehåller övergripande mål, en plan för diskussion av kulturenkätens resultat på varje ledningsnivå samt införande av dialogmöten. Resultaten kommer att följas upp i förvaltningens bokslut.

Nationellt mål för hygienrutiner och klädregler uppnått

Följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler mäts två gånger per år i hela landet. Resultatet i slutenvården på Gotland var 74 % för samtliga sju moment vid vårens nationella mätning och 71 % på hösten. Nationellt målvärde var 70 %.

	VT 2011	HT 2011	VT 2012	HT 2012	VT 2013	HT 2013
Gotland	58 %	66 %	63 %	73 %	74 %	71 %
Riket	64 %	65 %	68 %	70 %	72 %	74 %

Datum 10 februari 2014

Vårdrelaterade infektioner - låg förekomst

En viss andel av infektioner, som drabbar patienter under eller i nära anslutning till sjukhusvård kan undvikas. Genomsnittresultatet för hela landet var vid höstmätningen 8,7 % - den lägsta nivån hittills i landstingens nationella mätningar, som pågått sedan 2008. Målet är 5 %.

Årets två mätningar på Gotland visade en förekomst på 4,2 % (våren) och 6,9 % (hösten) i slutenvården. Båda dessa utfall ligger under riksgenomsnittet. Det faktum att Visby lasarett bara har enkelrum bör ha bidragit till det, nationellt sett, goda resultatet.

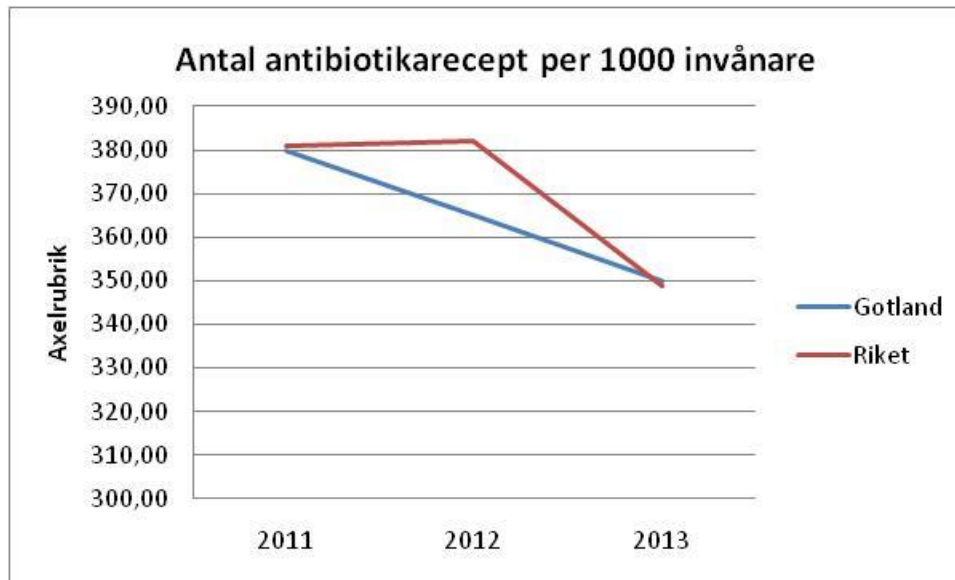
Handlingsplan för att minska uppkomst av trycksår

Förekomsten av trycksår var 12,5 % av de inneliggande patienterna vid mätning på våren (riksgenomsnitt 15,0 %) och 18,4 % på hösten (riket 13,6 %). Även om höstmätningen pekar på en stor andel patienter med sår, så är den allra största delen av dessa klass 1-sår, ytliga hudrodnader. Samtliga patienter har tryckavlastande madrass, vilket är bättre än i något annat landsting. Men övriga tryckavlastande åtgärder vidtas i alltför ringa utsträckning. Det finns en handlingsplan för att minska förekomsten av trycksår, som slutenvården har reviderat under året.

Minskande antibiotikaförskrivning

Mätperioden för beräkning av genomsnittlig förskrivning är oktober föregående år – september innevarande år. När första mätningen gjordes 2011 låg Gotlands förskrivning på 380 recept per 1000 invånare. 2013 hade förskrivningen minskat till 350 recept. Förskrivningen av antibiotika fortsätter att minska. En ny, viktig, del i arbetet mot det långsiktiga målet är gemensamma diskussioner i vårdcentralernas läkargrupper utifrån statistik på förskrivningsmönster. Det arbetssättet är påbörjat i år och kommer att fortsätta.

Datum 10 februari 2014



Minskad andel vårdskador

Föregående år var första gången detta målvärde togs fram från vår egen statistik över kända vårdavvikelser. Motsvarande siffror för i år visar en tydlig minskning.

	Jan-nov 2012	Jan-nov 2013
Antal vård dagar	43 505	42 973
Antal vårdskador	227	200
Antal vårdskador/1000 vård dagar	5,2	4,7
Förändring jämfört med 2012		- 11 %

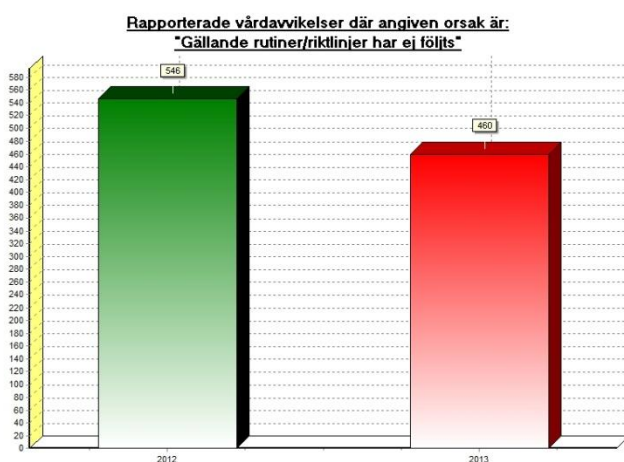
Sedan ett år tillbaks görs även en ytterligare typ av vårdskademätning. Genom att granska journaler från somatisk slutenvård enligt en särskild metod kan man påvisa vårdskador som inte uppmärksammats på annat sätt. Alla dessa skador är inte undvikbara. Granskningen görs i efterhand, tre månader efter avslutad sjukhusvård. För ettårsperioden som redovisas här, oktober 2012 – september 2013, var andelen vårdtillfällen med skador 13,2 %. Resultaten kan inte jämföras med andra sjukhus. En nationell sammanställning av journalgranskningar från samtliga landsting visar på en skadenivå på 13,3 % för kvinnor och 13,8 % för män.

Datum 10 februari 2014

Övriga resultat av regionens patientsäkerhetsarbete

Ökad följsamhet till rutiner och riktlinjer

Under perioden har det rapporterats 418 vårdavvikelser där orsaken angivits som "Rutiner och riktlinjer har ej följts". För motsvarande period 2012 var siffran 501, en minskning på 15 %.



De flesta orsakerna till avvikelserapporter beror på att riktlinjer/rutiner inte följts. Sjukvårdens mål att rutiner ska vara standardiserade och dokumenterade och en strävan att fler avvikelser anmäls innebär att det mål som är satt utifrån styrkortet (en minskning av att rutiner som inte följs) till viss del konkurrerar med varandra och är därför svåra att mäta värdet av.

Hälso- och sjukvården inför ett elektroniskt dokumenthanteringssystem under 2014 som skall underlätta sökandet efter dokumenterade rutiner.

Hantering av vårdavvikelser leder till förbättringsåtgärder. En lex Maria anmälan, som gjordes under våren, gällde en patient som inte kunde flygas till fastlandet pga. reparation av ambulanshelikoptern. Internutredningen visade att kommunikationsrutinen gällande planering av sådana transporter inte hade följts. Arbetet med att uppdatera och kommunicera gällande rutin har inletts.

Datum 10 februari 2014

Vid en annan allvarlig händelse, då en ung person avled, gjordes en omfattande händelseanalys. Resultatet är värt att nämnas p.g.a. de påvisade felhändelsernas komplexitet. Patienten hade haft 20 sjukvårdskontakter på 6 veckor. Analysteamet föreslog 22 förbättringsåtgärder, från kompetenshöjande åtgärder till säkrare remisshantering. Resultatet av händelseanalysen presenterades i aulan, Visby lasarett. Detta är ett nytt sätt att nå ut brett med förbättrande åtgärder och nya rutiner. Responsen var positiv.

Risk och händelseanalyser

Tre riskanalyser har genomförts. Analyserna rörde nattransportörer, sjukgymnastikmottagning och eventuell flytt av hörcentralen.

Sex händelseanalyser har genomförts under året där verksamheter inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen har varit uppdragsgivare. En händelseanalys har gjorts tillsammans med socialförvaltningen.

Förbättrat resultat utifrån tidigare gjorda händelseanalyser inom psykiatri

Utifrån tidigare händelseanalyser, som främst har rört suicid, togs ett suicidpreventionsprogram fram. Under året har all personal fått utbildning i programmet. Kanske har detta omfattande arbete bidragit till att antalet självmord, med vårdkontakt i nära anslutning, minskat i år.

Händelseanalyserna har också visat på vikten av dokumentation varför bland annat dokumentationsrutinen för behandlingskonferenser har skärpts.

Klagomål till Patientnämnden – ändrad bild

Under året tog regionens Patientnämnd emot 202 ärenden som berör Hälsa- och sjukvårdsförvaltningen, jämfört med 231 föregående år och 244 år 2011. Klagomål gällande vård, behandling, organisation och resurser har minskat. Andelen klagomål som rört bemötande och kommunikation har ökat.

Typ av klagomål	Antal 2013 (2012)
Vård och behandling	106 (129)
Bemötande/kommunikation	45 (33)
Organisation, regler, resurser	51 (69)

I de ärenden där Patientnämnden har begärt in yttranden från vården har svar inkommit inom utsatt tid i 39 av 67 fall (58 %). Detta är en kraftig försämring jämfört med 2012, då 82 % av begärda yttranden kom in i tid.

Datum 10 februari 2014

Ärendehantering till Socialstyrelsen och IVO

23 lex Maria anmälningar har gjorts under året. Motsvarande siffra var 27 både 2011 och 2012. Minskningen i år beror till största del på minskat antal självmord kopplat till vårdkontakt. Detta skulle kunna vara ett resultat av det självmordsförebyggande vårdprogram som psykiatriska kliniken tog fram 2012 och implementerade under 2013. Även antalet självmord totalt har minskat på Gotland.

Antalet enskilda klagomål till Socialstyrelsen, senare IVO, har varit 19, där två fall också föranledde lex Maria anmälan. Detta är en minskning jämfört med 31 ärenden 2012 och 30 ärenden 2011.

Förbättringsarbeten enligt genombrottsmetoden

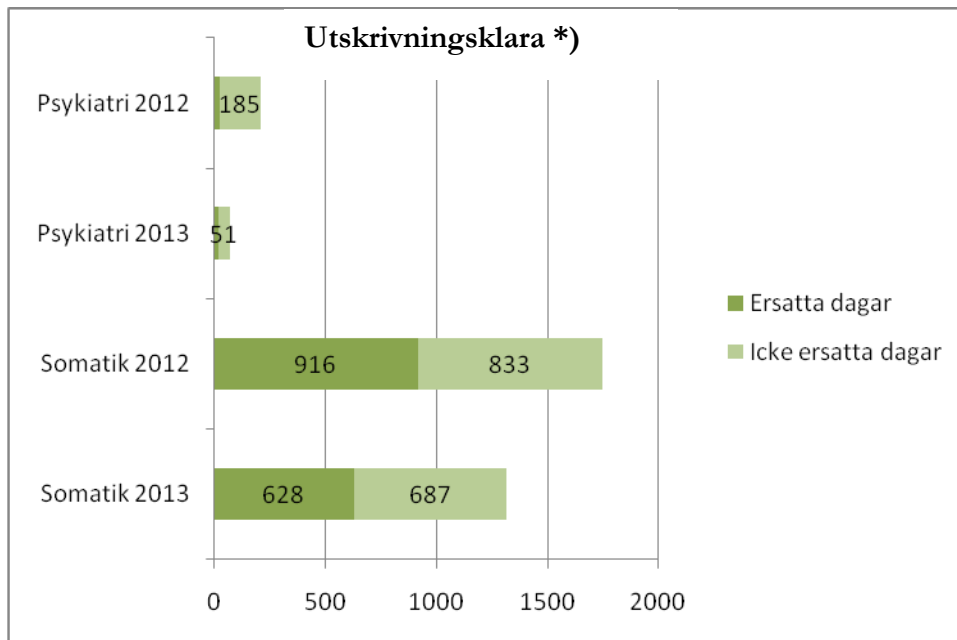
Förvaltningens tredje utbildningsomgång i förbättringskunskap avslutades i juni 2013. Totalt deltog fem team, tre från hälso- och sjukvårdsförvaltningen och två från socialförvaltningen. Samtliga projekt uppnådde högt satta mål med remarkabla förbättringsresultat:

- **Hemsjukvården** – Vårdplanering i hemmet. Alla nyinskrivna patienter i ett distrikt inom hemsjukvården får inom en vecka träffa ett multiprofessionellt team som gör en riskbedömning, en åtgärdsplan enligt Senior Alert samt upprättar en hemsjukvårdsplan.
- **Röntgen** – Implementering av ny metod för datortomografi av kolon, som ger en säkrare diagnostik genom förbättrad tjocktarmbedömning.
- **Slutenvården** – Förbättrad dokumentation genom upprättande av aktivitetsplan i patientjournalen på alla patienter som läggs in på avdelning. I planen dokumenteras problem, mål och aktiviteter. Förekomsten av dubbeldokumentation i patientjournalen minskade till hälften.
- **Stuxgården** – Förbättrad munhälsa. Att 12 brukare på en demensenhet god munstatus (definition i kvalitetsregret Senior Alert). När projektet började hade endast en tredjedel gott munstatus.
- **Vårdcentralen Visby Norr** – Ny rutin för förenklade läkemedelsgenomgångar till alla patienter 65 år och äldre. Genom att metoden kunde tillämpas av en stor del av vårdcentralens medarbetare kunde 750 patienters läkemedelsbehandling gås igenom under 5 månader.

Datum 10 februari 2014

Minskat antal utskrivningsklara patienter

Antalet vård dagar för utskrivningsklara patienters har minskat med 24 % och var under 2013 ca 2 100 dagar.



Minskat antal återinskrivningar

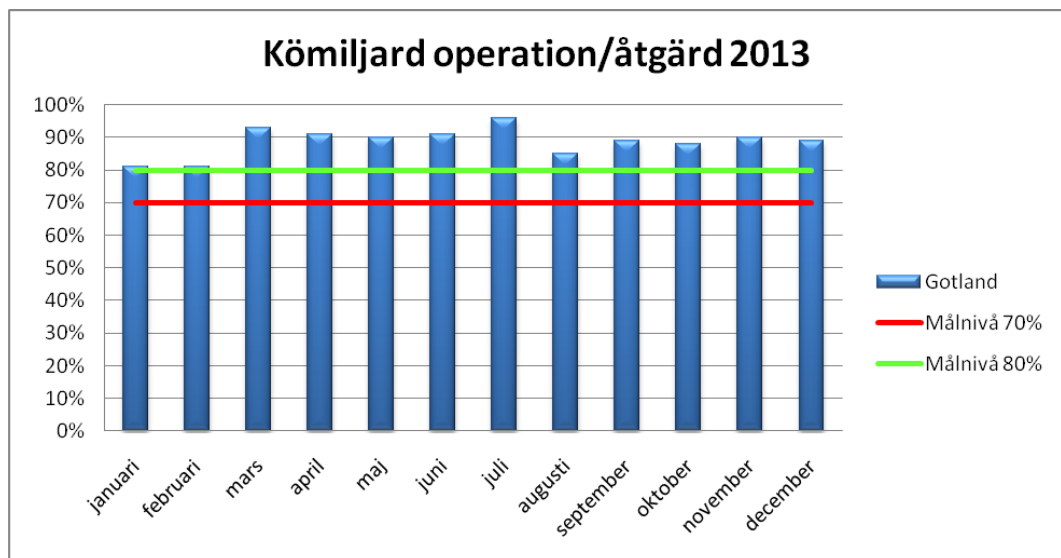
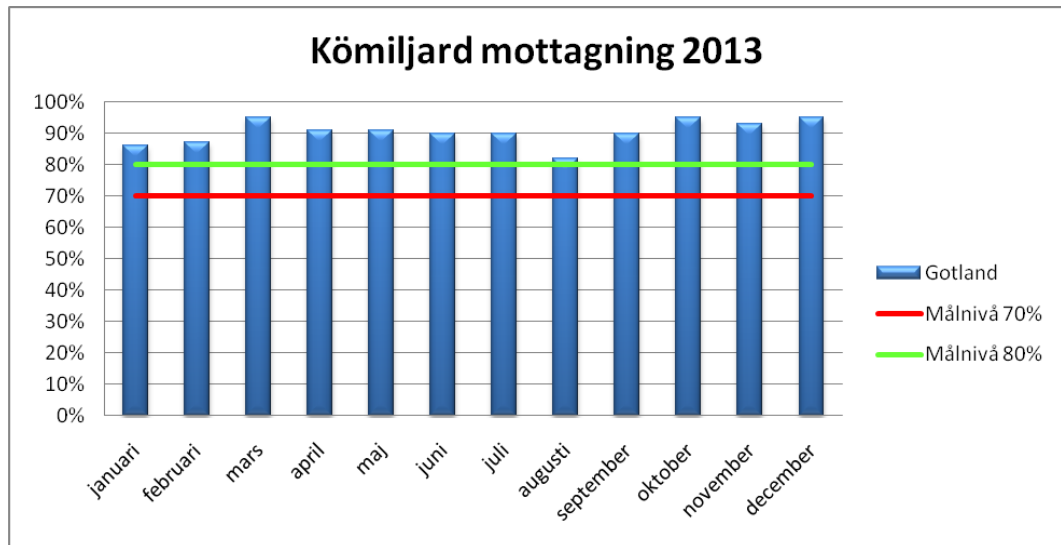
Inom satsningen ”Bättre liv för sjuka äldre” följs återinskrivningar inom 30 dagar för personer över 65 år. Gotland lyckades förbättra sitt eget resultat, jämfört med föregående år, för 3 av 6 månader. Antalet vårdtillfällen som representerade återinskrivningar inom 30 dagar var under 2013 i snitt 80 stycken/månad.

Mycket god tillgänglighet till den gotländska sjukvården

Gotland har klarat att uppfylla de skärpta kraven för 2013, med en uppmätt tillgänglighet som tillhör landets främsta avseenden läkarbesök i primärvård, barnpsykiatri, specialistmottagningar och operationer.

Kömiljarden fokuserar på två områden: Tid till första besök respektive tid till behandling/operation i den specialiserade vården. Mätningar görs månadsvis på andelen patienter som fått sitt första besök respektive behandling/operation inom 60 dagar. Det finns två målnivåer uppsatta nationellt (se diagrammet nedan). Gotlands eget mål har varit nivån för full utdelning av stimulansmedel. Det målet uppnåddes alla årets månader. En utmaning fortsättningsvis är att få till en bättre telefontillgänglighet för regionens vårdcentraler.

Datum 10 februari 2014



Under 2013 har ledtider mätts månadsvis för ett urval av diagnostiska undersökningar på röntgen och fyslab. Insatser för att kvalitetssäkra data samt för att utveckla datajournalen TakeCare har pågått för att kunna rapportera enligt nationellt framtagen modell. Fr.o.m. november 2013 rapporteras även återbesök på mottagningarna inom den specialiserade vården. Även där behöver TakeCare utvecklas för att vi fullt ut ska kunna rapportera enligt nationellt framtagen modell.

Förbättrat patientflöde på akutmottagningen

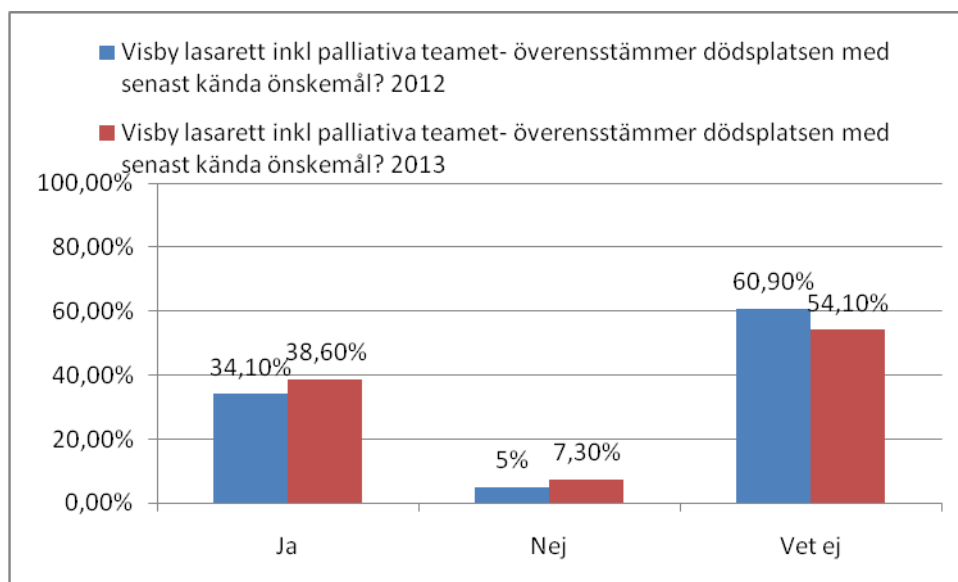
Akutmottagningen på Gotland har högre tillgänglighet än riksgenomsnittet. Under 2013 fick 66 % första bedömning inom 15 minuter, 62 % fick

Datum 10 februari 2014

läkarbedömning inom en timme och 81 % kunde lämna akutmottagningen inom fyra timmar.

Önskad plats för vård i livets slutskede ska tillgodoses

Resultaten för denna parameter 2013 visar framförallt att sjukvården behöver bli bättre på att ställa frågan: Var vill du befinna dig när du dör? Det naturliga tillfället uppstår i regel vid ”brytpunktssamtal” mellan läkare och patient, samt dennes närstående.



Gemensamt arbete kring barn och unga

Under 2013 genomfördes 70 planeringar (samordnad individuell plan) för personer 0-18 år. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen medverkade i en utbildning för personal inom samtliga berörda förvaltningar. En webbplats har lanserats med samlad information om vilket stöd som regionen erbjuder till barn och unga med psykisk ohälsa: www.sagagotland.se

Bedömning av barn med oklar utvecklingsavvikelse

Omkring tjugofem barn har bedömts i Pilotprojektet Småbarnsteamet under året. Teamet har i första hand kunnat erbjuda den initiala bedömningen och återrapportering till föräldrar och förskola. Trots att vissa insatser för denna patientgrupp i dagsläget inte kan erbjudas på Gotland bedöms teamets arbete som värdefullt. Från och med 1 januari 2014 tar teamet emot nya remisser.

Datum 10 februari 2014

Rehabiliteringsgarantin – stor efterfrågan

Utbudet av, och innehållet i, behandling och rehabilitering har utvecklats för patienter med de vanligaste sjukskrivningsdiagnoserna. Personer med psykisk ohälsa erbjuds KBT-behandling och personer med ospecifik smärta från rörelseorganen erbjuds ”multimodal” rehabilitering (MMR). Under 2013 har antalet genomförda KBT-behandlingar ökat med 6 % jämfört med 2012 och för MMR med drygt 30 %, jämfört med 2012. Behovet av bägge behandlingstyper är större än vad det idag finns kapacitet för.

Ökad kvalitet i sjukskrivningsprocessen

Hälsa- och sjukvårdsförvaltningen har uppnått fyra av de sex villkor som ingick i årets överenskommelse mellan Socialdepartementet och Sveriges Kommuner:

- jämställd sjukskrivningsprocess- med extra fokus på våld och hot i nära relationer
- kompetenssatsning i försäkringsmedicin
- samverkan i sjukskrivningsprocessen
- fördjupade medicinska utredningar

Resultatet gällande kvaliteten på i läkarintygen har ännu inte rapporterats. Det sjätte villkoret, utökat elektroniskt utbyte av information mellan sjukskrivande läkare och Försäkringskassan uppnår vi inte pga. att TakeCare saknar funktion för elektronisk överföring av läkarintygen.

Överenskommelsen omfattar även en rörlig del, baserad på utvecklingen av ohälsotalet. Prognosen för Gotland pekar på en ökning på drygt 14 %, vilket är sämre än riksgenomsnittet.

Sjukdomsförebyggande metoder

Implementeringen av Socialstyrelsens riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder fortsätter. Arbetet har varit framgångsrikt med tydlig ökning av antalet personer som tillfrågats om levnadsvanor och insatta åtgärder. Arbetet har inledningsvis skett i projektform men drivs sedan hösten 2013 i förvaltningens ordinarie verksamhet. Avsikten med att gå från projektform till förvaltningsläge är att genom linjens mandat skapa en process som intensifieras och samtidigt skapar långsiktighet. Resultat redovisas i bilaga.

Strålskyddsinspektion

Strålsäkerhetsmyndigheten (SSM) har under sommaren inspekterat röntgen- och blodbestrålningsverksamheten inom Region Gotland. Inspektionen

Datum 10 februari 2014

resulterade i 33 föreläggandepunkter. Det gavs bl.a. allvarlig kritik angående brister i organisation och ansvarsfördelning samt viss dokumentation gällande detta.

En handlingsplan med tidpunkter för när de olika föreläggandepunkterna beräknas vara åtgärdade är framtagen och godkänd av SSM.

Övergripande mål och strategier för kommande år

Ökad öppenhet kring avvikelser och vårdskador, samverkan med patienter och närstående i utredning och förslag till åtgärder samt den högsta ledningens engagemang i patientsäkerhetsfrågor är väsentliga delar av förvaltningens strategi för en ökad patientsäkerhet i den gotländska sjukvården kommande år.

Maria Dalemar
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Gunnar Ramstedt
Chefläkare