

Datum 2 februari 2016

Patientsäkerhetsberättelse

Hälsa- och sjukvårdsförvaltningen överlämnar härmed sin berättelse om patientsäkerhet för verksamhetsåret 2015.

Innehåll

Sammanfattning.....	2
Så här har patientsäkerhetsarbetet bedrivits	3
Övergripande mål och strategier	3
Nationella mål	4
Regionala mål	4
System för avvikelserapportering	4
Patientklagomål.....	4
Samarbete med Patientnämnden	4
Utredning och granskning av allvarliga vårdskador.....	5
Risk- och händelseanalys	5
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet.....	6
Struktur för uppföljning/utvärdering	8
Uppföljning genom egenkontroll	9
Tillsyn	10
Åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten	11
Nationell patientsäkerhet 2015	11
Regionala initiativ.....	11
Resultat som har uppnåtts.....	16
Nationella satsningar	16
Övriga resultat av regionens patientsäkerhetsarbete.....	18
Övergripande mål och strategier för kommande år	23

Datum 2 februari 2016

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 fortsatta åtgärder inom prioriterade områden, en ny nationell satsning för minskade väntetider inom cancervården, vidareutveckling av samverkan med Socialförvaltningen i vården av äldre samt en ny struktur för att stödja ständiga förbättringar i hela organisationen.

Årets resultat är mycket goda vad gäller ett flertal olika vårdprocesser, inklusive inom prioriterade områden.

Tidigare arbete, såväl som nya initiativ under året, måste förvaltas långsiktigt. För att etablera och vidmakthålla en kultur som uppmuntrar säkerhetstänkande och systematiskt förbättringsarbete krävs uthållighet och målmedvetenhet.

Datum 2 februari 2016

Så här har patientsäkerhetsarbetet bedrivits

Övergripande mål och strategier

Mål

Den vård som ges 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).

Avvikelse- och rapporteringen 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 och reviderad 141111)

Datum 2 februari 2016

Nationella mål

Staten har tillsammans med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) kommit överens om en övergång till förvaltning och utveckling i ordinarie verksamhet av insatser i tidigare särskild patientsäkerhetsåtgärning, samt att samverka med kommunerna.

Regionala mål

Hälsa- och sjukvårdsnämnden har i sitt styrkort följande styrtalet 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.

Mål för ett av sjukvårdens prioriterade områden, diabetes, är ökad rapportering till kvalitetsregistret i primärvård samt förbättrade behandlingsresultat för samtliga patienter med diabetes.

System för avvikelserapportering

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

Patientklagomål

Klagomål och synpunkter från patienter och deras närstående kan lämnas in på många olika sätt. Det ska vara enkelt att vända sig till vården med sina synpunkter. Målsättningen är att dessa så långt möjligt kan tas om hand av den verksamhet som klagomålen och synpunkterna berör. Klagomålen registreras i systemet för avvikelshantering alternativt i förvaltningens diarium.

Samarbete med Patientnämnden

Patientnämnden är en opartisk instans dit man som medborgare kan vända sig när man fått problem i kontakterna med hälsa- och sjukvården, tandvården och särskilt boende. Patientnämnden är en politiskt sammansatt nämnd inom regionen och helt fristående från sjukvården. Dess uppgift är att förbättra kontakten mellan patient och personal samt på ett tidigt stadium försöka lösa problem och reda ut eventuella missförstånd. Nämndens kansli, som bemannas av serviceförvaltningen, bistår med information om vilka rättigheter man har

Datum 2 februari 2016

som patient, möjligheten att få ersättning i vissa fall och att utreda, föreslå lösningar och kontakter visavi vården.

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 chefläkare 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 Inspektionen för vård och omsorg (IVO) enligt lex Maria.

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 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 alltid granskas och anmälas enligt lex Maria föreskriften. 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.

Risk- och händelseanalys

Förvaltningen erbjuder metodstöd för risk- och händelseanalyser genom utbildade analysledare på olika nivåer i organisationen. För att tillgodose behovet av att genomföra händelseanalyser i sjukvården finns kompetens för genomförande av händelseanalyser motsvarande 60 % av en årsarbetstid inom förvaltning, sjukvård och tandvård. Fördelningen är 2/3 inom sjukvård respektive 1/3 inom förvaltning/tandvård. Dessutom finns 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 och i vissa fall av sjukvårds-, tandvårds- respektive förvaltningschef. Målvärde för genomförande av en analys är 10 veckor.

Datum 2 februari 2016

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Varje medarbetares ansvar

Vid rapportera alla typer av identifierade avvikelser och inkomna patientklagomål i Flexite och skicka rapporten till närmaste chef

Legitimerad personals ansvar

Vid inträffat tillbud eller skada samt vid identifierad risk informera patienten

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 ovanstående i patientens journal.

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

Alla chefers ansvar

Utan dröjsmål hantera avvikelserrapporter 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 tandvårdschefs ansvar

Efter beslut enligt särskild rutin ge uppdrag till analysledare att genomföra risk- eller händelseanalys.

Vid misstanke om allvarlig vårdskada begära ställningstagande till lex Maria-anmälan (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.

1. 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.

Datum 2 februari 2016

2. Chefläkare med ansvar för metod- och kunskapsfrågor.
3. Kvalitets- och omvårdnadsstrateg med övergripande ansvar för kvalitet och patientsäkerhet

Öppen redovisning av patientsäkerhetsarbetet

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 leder fram till stimulerar alla berörda parter till fortsatt förbättring.

- All information kring patientsäkerhet har samlats på en hemsida som kan nås av både allmänhet och personal.
- Förvaltningens lex Maria anmälningar publiceras också där.
- Slutrapporter av genomförda händelseanalyser läggs in i en nationell databas, NITHA. All vårdpersonal i de landsting som är anslutna till databasen har tillgång till denna kunskapsbank.
- De riskanalyser som genomförs publiceras på förvaltningens intranät.

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 görs 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.

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

Datum 2 februari 2016

lokala Stramagruppen på Gotland bildades i maj 2007 på smittskyddsläkarens initiativ och fick 2011 ett formellt uppdrag av Hälso- och sjukvårdsnämnden.

Uppdraget är att

- följa antibiotikaförskrivning 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 Folkhälsomyndigheten.

Samverkan avseende hälso- och sjukvård

Under året har en struktur för samverkan formaliserats mellan Hälso- och sjukvårdsförvaltningen och Socialförvaltningen. Strukturen består av följande mötesforum

- Samverkan för ledning och styrning (SLS) Leds av förvaltningsdirektörerna gemensamt.
- Arbetsgruppen för överenskommelser Leds av utvecklingsledare i SOF och kvalitetsstrateg HSF gemensamt.
- Ärendegrupp Representation från avdelningschefer SOF och verksamhetsområdeschefer/resursområdeschefer HSF.

Struktur för uppföljning/utvärdering

Resultat ifrån nationella register och andra nationella mätningar som redovisas i Öppna jämförelser och nu även i Vården i siffror analyseras enligt en särskild process i förvaltningen.

Förvaltningens egna verksamhetsresultat sammanställs i applikationer som åskådliggör vårddata i realtid.

Såväl nämnd som förvaltnings- och sjukvårdsledning tar initiativ till förbättringar utifrån dessa resultat.

Förvaltningsledningens kvalitets- och patientsäkerhetsansvariga följer upp patientsäkerhetsarbetet i sjukvårdens resurs- och verksamhetsområden samt i

Datum 2 februari 2016

tandvården i samband med s.k. ”dialogmöten”. Under 2015 genomfördes dessa möten i delvis annan form, i samband med införande av ett nytt övergripande ledningssystem.

Risk för fallskador, trycksår och undernäring hos patienter, liksom deras munhälsa, ska värderas och åtgärdas via kvalitetsregistret Senior Alert. I väntan på en mer automatisk överföring av data från journalsystemet TakeCare till kvalitetsregistret Senior Alert har slutenvården på Visby lasarett enbart registrerat riskbedömningar i journalsystemets aktivitetsplaner.

Inträffade fallskador och upptäckta trycksår rapporteras i avvikelserapporteringssystemet. Förekomst av trycksår följs även genom en, årlig, nationell mätning.

Icke rapporterade vårdskador påvisas med hjälp av s.k. ”strukturerad” journalgranskning enligt vedertagen metod. Resultaten rapporteras in till nationell databas.

Mätning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler görs inom HSF varannan månad och tillsammans med övriga landsting en gång per år. Vårdhygien analyserar resultaten.

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

Strama analyserar månadsvis antibiotikaförskrivning i regionen och återkopplar till förskrivarna i öppen- och slutenvård.

Uppföljning genom egenkontroll

Systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten ska ske för att säkerställa att den bedrivs enligt fastställda processer och rutiner. Till stöd för denna egenkontroll finns ett förvaltningsövergripande ledningssystem.

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

- Avvikelse rapporter (kontinuerlig registrering)
- Patientkultutmätning (vart annat år)

Datum 2 februari 2016

- PPM – basala hygienrutiner och klädregler (en gång årligen)
- Egna mätningar av följsam till basala hygienrutiner och klädregler (varannan månad)
- PPM – vårdrelaterade infektioner (en gång årligen)
- Infektionsverktyget (kontinuerlig registrering). Tillfälligt uppehåll 2015 pga felaktigheter i journalsystemet TakeCare.
- Antibiotikaföreskrivning (uppföljning varje månad)
- Strukturerad journalgranskning (uppföljning varje månad)
- PPM – trycksår (en gång årligen)
- Senior Alert (kontinuerlig registrering). Tillfälligt uppehåll 2015, se ovan.
- Palliativa registret (kontinuerlig registrering)

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

Tillsyn

Vårdens utredningar i samband med allvarliga vårdskador blir, genom att de anmäls enligt lex Maria, granskade av IVO. Det är vårdgivarens genomförda eller planerade riskförebyggande åtgärder som IVO tar ställning till. Myndighetens granskning blir därmed en kvalitetssäkring av vårdgivarens eget patientsäkerhetsarbete.

Till IVO kommer även enskilda klagomål samt begäran från vårdgivare om utredning av legitimerad yrkespersonals lämplighet. I dessa ärenden kan IVO, förutom att granska vårdgivarens organisatoriska åtgärder, även rikta kritik mot enskilda yrkesutövare eller föranstalta om olika former av restriktioner.

Utöver nämnda ärendehantering utövar IVO också särskild tillsyn.

Datum 2 februari 2016

Åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten

Nationell patientsäkerhet 2015

Statens intresse för patientsäkerhet har under året varit inskrivet i en överenskommelse med SKL om kunskapsstöd och utveckling.

- Fortsatt mätning av vårdskador genom journalgranskning: 15 journaler per månad för Visby lasarets del och därutöver fortsatta analyser på ”kliniknivå”. Utveckling av metoden så att den ska kunna inkludera barn- och ungdomsmedicinsk sjukvård och psykiatri.
- Fortsatt punktprevalensmätning en gång per år av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler, förekomst av vårdrelaterade infektioner respektive trycksår.
- Utveckling av Infektionsverktyget.
- Mätning och rapportering av överbeläggningar.
- Förbättrad patientsäkerhetskultur.
- Övergång till förvaltning och utveckling i ordinarie verksamhet av insatser i tidigare särskild patientsäkerhetssatsning, samt att samverka med kommunerna. För detta ändamål har SKL:s nätverk för patientsäkerhet utvidgats med representanter från landets kommuner.

Regionala initiativ

Händelseanalyser – konsolidering av ny organisation

En egen utbildning av analysledare genomfördes för första gången 2014-2015. Sjukvårdens chefssekreterare fick en särskild utbildning under våren. Med den kompetensen ska de kunna utgöra administrativt stöd vid analysernas genomförande.

Förenklad avvikelserapportering

Förvaltningens handlingsplan för att förbättra patientsäkerhetskultur reviderades senast 2014. En av dess målsättningar, att förenkla processen för avvikelserapportering, har genomförts under året. Sedan januari 2015 har den

Datum 2 februari 2016

nya processen tillämpats. Den som rapporterar en avvikelse förväntas beskriva när och vad som har hänt. Den chef som mottar rapporten ska klassificera avvikelserna, bedöma dess orsaker och var bristerna finns, vidta åtgärder, återkoppla och följa upp.

Ny struktur för förbättringsarbete

Hälsa- och sjukvårdsförvaltningens ledningsgrupp beslutade i maj 2015 om en ny struktur för förbättringsarbete. Strukturen består av sju delar:

1. Grundkurs för chefer i förbättringskunskap.
2. Ett "Förbättringsprogram" där man kan delta både som uppdragstagare och sedan som -givare. Här kan t.ex. ST-läkare leda förbättringsteam som i de tidigare förbättringskunskapskurserna.
3. "A3" - kurs två gånger per år. A3 är ett verktyg för planering av förbättringsinsatser där problemområdet analyseras på ett strukturerat sätt och kommande förändring förankras under arbetets gång.
4. De chefer som genomfört ovanstående steg ingår i en strategigrupp, som ser över och utvecklar förbättringsprogrammet.
5. Tidigare inspirationseminarium vid avslut av utbildningen i förbättringskunskap görs om till en "Förbättringsdag" en gång per år, som tar upp de förbättringsarbeten som genomförts under året.
6. "Patientsäkerhetsforum" en gång per år. En dag för dialog och reflektion. Presentation av en händelseanalys, samt genomförda åtgärder från tidigare analyser. Patienter bjuds in att medverka.
7. Deltagande i nationella förbättringsprojekt, när så är lämpligt

Samtliga dessa delar läggs in i förvaltningens tidsplanering ("årshjulet"). Det ska underlätta en naturlig koppling mellan prioriterade satsningar, strategisk plan och verksamhetsplaner och de förbättringsarbeten som initieras. Det i sin tur gynnar en utveckling mot ökad kvalitet och patientsäkerhet.

Denna struktur ska tillgodose kraven för specialisttjänstgörande läkare, skapa en ökad kompetens i chefsleden och kunna leda till en fortsatt fördjupning.

Datum 2 februari 2016

Syftet är att kunna gå från enstaka förbättringsarbeten till ständiga förbättringar i hela organisationen.

Kampanjen "Trill int ikull"

För att minska förekomst av fallolyckor genomfördes i oktober en ny kampanj av "Trill int ikull", bestående av föreläsningar och workshops.

Ny handlingsplan för gemensamma äldrefrågor

Hälsa- och sjukvårdsnämnden och Socialnämnden antog i oktober 2015 en handlingsplan för gemensamma äldrefrågor. Det är ett resultat av slutrapporten från de nationella satsningarna *Bättre liv för sjuka äldre* och *Bättre flöde i vården i vården*.

Nya och reviderade överenskommelser mellan HSN-SON respektive HSF-SOF

Nämnderna har under perioden godkänt revidering av den övergripande överenskommelsen och för samverkan avseende psykisk funktionsnedsättning, samordnad vård- och omsorgsplanering samt för tandvård.

Direktörerna har under samma period fastställt överenskommelser för rehabilitering, trygghetspunkter, händelseanalys, vårdhygien, delegering samt syn- och hörselinstruktör.

Arbetsgruppen för överenskommelser har under året arbetat med att ta fram indikatorer och mått för uppföljning av samtliga överenskommelser. Arbetet fortgår under 2016.

Fortsatt arbete inom prioriterade förbättringsområden

Arbetet inom de tre prioriterade sjukvårdsövergripande förbättringsområden benskörhet, diabetes och förebyggande av självmord har fortsatt. Insatser och resultat redovisas mer i detalj i särskild bilaga till bokslutet.

Ett viktigt steg togs i november 2015 när Regionfullmäktige beslutade om ett program för självmordsförebyggande arbete. I och med det tydliggörs att det är hela samhällets ansvar att hjälpa människor att må bra och känna tillhörighet. Syftet är att minska antalet självmord och självmordsförsök på Gotland under åren 2015-2018.

Fem strategier har formulerats:

1. Ökad kunskap om psykisk ohälsa och självmord i befolkningen och bland medarbetare i Region Gotland.

Datum 2 februari 2016

2. Specifik fokus på barn och unga i det självmordsförebyggande arbetet.
3. Regionövergripande samordning av individuellt krisstöd i samband med självmordsförsök och självmord
4. Säker hantering av skjutvapen.
5. Samverkan inom Region Gotland och med externa aktörer i det självmordsförebyggande arbetet

Patientmedverkan

Patienter och medborgare har i viss utsträckning deltagit i pågående förbättringsarbeten och vid brukarråd. Bland annat har patientföreträdare deltagit i dialog om standardiserade vårdförlopp inom cancervården och samarbete har också etablerats mellan lasarettets osteoporosenhet och Riksföreningen för Osteoporotiker. Äldre barn och vårdnadshavare bjudits in till dialog och kunskap om pågående förbättringsprojekt inom diabetesvård. Psykiatri har kontinuerliga brukarråd tillsammans med socialförvaltningen där man möter företrädare för patient- och anhörigföreningar. Rådet har under året arbetat med aktuella frågor i den så kallade PRIO-satsningen, bl.a. med handlingsplan för att förbättra och minska tvångsvården. Flera verksamheter (tandvård, habilitering, psykiatri och slutenvård) har under perioden arbetat med att utveckla och göra respektive hemsida bättre och mer överskådlig för patienter/invånare. Habiliteringen har genomfört en utbildning i ”kommunikationsverktyg” och sett över de broschyrer som finns i verksamheten. Föräldrar har bjudits in för att diskutera samarbetet med BUP och fått lämna förslag på förbättringar.

Standardiserade vårdförlopp i cancervården

I oktober infördes standardiserade vårdförlopp för fem diagnosområden, i enlighet med en överenskommelse mellan regeringen och SKL om en fyraårig nationell satsning under perioden 2015-2018 på att korta väntetiderna och minska regionala skillnader i cancervården.

De fem diagnosområdena är

1. Prostatacancer
2. akkut myeloisk leukemi
3. cancer inom öron-näsa-hals området

Datum 2 februari 2016

4. cancer i urinvägar
5. cancer i matstrupe och magsäck

I samband införandet av standardiserade vårdförlopp införs även en ny funktion i sjukvården – s.k. koordinator med uppgift att bevaka att patienternas ledtider under utredningsförloppet fram till behandlingsstart hålls.

Samordnande kontaktsjuksköterska i cancervården

En samordnande kontaktsjuksköterska har anställts i ett gemensamt projekt med RCC Stockholm-Gotland och HSF Region Gotland.

Syftet är att utveckla och implementera kontaktsjuksköterskefunktioner, patientinformation samt individuella vårdplaner på såväl specialitets- som övergripande nivå i cancervården. Den samordnande kontaktsjuksköterskan ska även hålla ett helhetsperspektiv på hela cancervårdsprocessen utifrån patienters behov och perspektiv. Bland annat för att säkerställa att vårdkedjan håller samman dvs. att vårdaktörerna samverkar väl och att en aktiv överlämning mellan kontaktsjuksköterskor sker så att patienter inte faller mellan stolarna i samband med vårdövergångar. Uppdraget omfattar också att se över hur man kan förbättra patienters situation vid fastlandsvård utifrån patienters perspektiv.

Ny behandling av åderbräck

Radiofrekvensbehandling (RF) av åderbräck innebär att åderbräck på benen kan behandlas utan konventionell kirurgisk operation. Den ger ett bättre kosmetiskt resultat och man kan behandla patienter där operationsrisken tidigare bedömts alltför stor. Därigenom har denna patientgrupp en betydligt större möjlighet att undgå respektive läka bensår, som kan vara mycket besvärande för individen och kräva täta omläggningar av omvårdnadspersonal. Utrustning för RF-behandling upphandlades under sommaren 2015 och är från hösten i bruk vid kirurgmottagningen.

Strålskyddskommitténs arbete

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

Datum 2 februari 2016

Resultat som har uppnåtts

Nationella satsningar

Mätning av patientsäkerhetskultur

Enligt tidigare plan skulle en ny enkät genomföras under 2015, men genomförandet har uppskjutits till nästa år.

Nationellt mål för hygienrutiner och klädregler uppnått

Jämfört med 2014 försämrades Gotlands resultat något, men ligger fortfarande över rikets genomsnitt. Mottagningar har ett bättre resultat än slutenvården. Basal hygien (handdesinfektion, skyddshandskar och skyddskläder) har förbättrats inom primärvård och tandvård men försämrats inom övriga verksamheter. Klädreglerna (arbetskläder, hår och smycken) har förbättrats inom samtliga verksamheter.

	Antal observationer	Basal hygien	Klädregler
Slutenvård	259	86 %	97 %
Mottagningar	442	77 %	94 %
Vårdcentraler	169	75 %	88 %
Tandvård	221	83 %	97 %

Resultat från 6 regionalt genomförda stickprov på följsamheten under 2015

	VT 2012	HT 2012	VT 2013	HT 2013	VT 2014	VT 2015
Gotland	63 %	73 %	74 %	71 %	81 %	78 %
Riket	68 %	70 %	72 %	74 %	74 %	76 %

Resultat från nationell mätning 2015 rapporterad till SKL

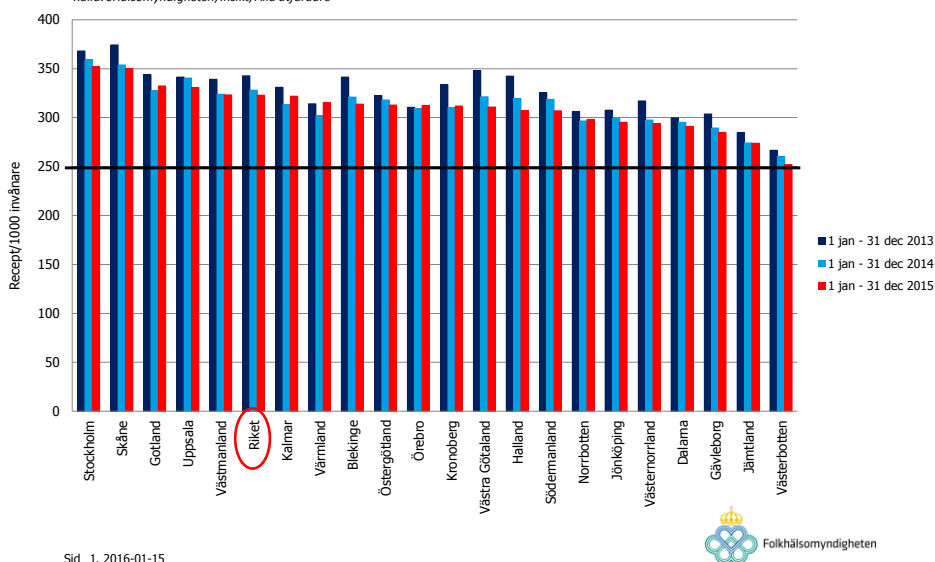
Långsam minskning av antibiotikaförskrivning

Antibiotikaförskrivningen på Gotland har sakta minskat över tid men uppfyller inte målet om högst 250 recept/1000 invånare och år. Förskrivningen har ökat med 1 procent jämfört med de senaste två 12-månadersperioderna.

Datum 2 februari 2016

Öppenvårdsförsäljning antibiotika (J01 exkl metenamin)
Recept/1000 inv/12 månader (jan-dec)

Källa: eHälsomyndigheten, Insikt, Alla utfärdare



Sid 1. 2016-01-15



Läkemedelsgenomgångar

Under 2015 har 3 374 läkemedelsgenomgångar genomförts av läkare och 313 av projektanställd klinisk farmaceut.

Vårdskador – rapportering och mätning

Antalet rapporterade vårdskador/1 000 vårddagar har ökat med 0,3 enheter (8 procent) sedan föregående år. Jämfört med första mätning av styrtalet 2012 har andelen vårdskador/1 000 vårddagar minskat med 19 procent.

År	vårdskador	vårddagar	Antal vårdskador/ 1 000 vårddagar	Förändring	Jämfört med 2012
2012	227	43 505	5,2		
2013	200	42 973	4,7	- 11 %	- 11 %
2014	181	46 435	3,9	- 17 %	- 25 %
2015	182	43 333	4,2	+ 8 %	- 19 %

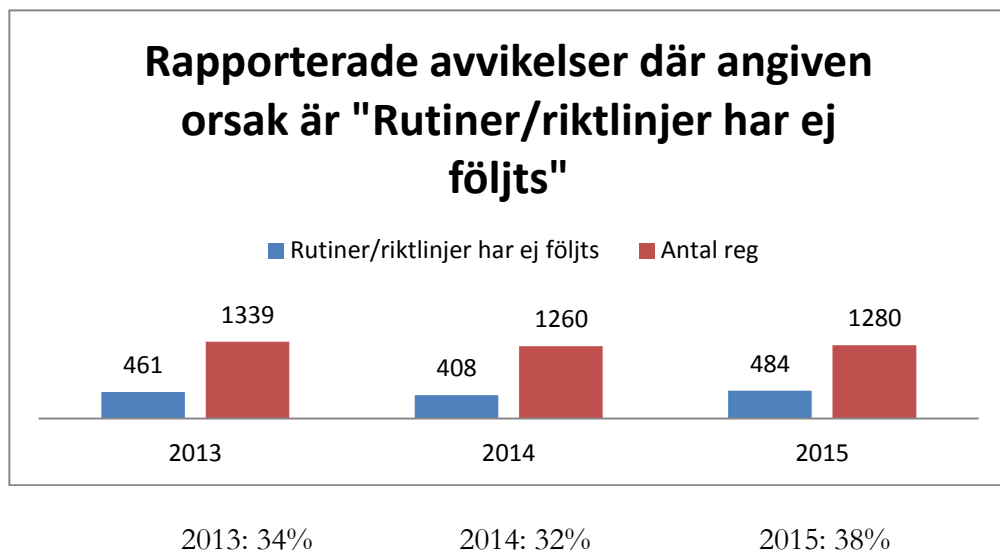
Gäller för perioden jan - nov för alla år

Datum 2 februari 2016

Övriga resultat av regionens patientsäkerhetsarbete

Följsamhet till rutiner och riktlinjer

Andelen vårdavvikelse där orsaken angivits som "Rutiner och riktlinjer har ej följts" har ökat med 6 procent jämfört med 2014, trots att totala antalet avvikelserapporter inte ökat nämnvärt. Målet enligt hälso- och sjukvårdsnämndens styrkort är att andelen ska minska med 10 procent.



Benskörhetsbehandling

Resultatmättet på framgång i osteoporosverksamheten är minskad förekomst av benskörhetsfrakturer. Eftersom frakturincidensen i en liten befolkning varierar mycket är processmått mer säkra, dvs identifiering av patienter som uppfyller behandlingskriterier och följsamheten till dessa.

Innan osteoporoskoordinatören tillsattes blev mindre än 10 procent av patienter med benskörhetsfraktur bedömda för medicinsk behandling. Sedan hösten 2014 bedöms alla.

Primärvårdens rutin för att primärt förebygga frakturer har förbättrats. 70 procent av de patienter som fångas upp av de enkla ingångskriterierna (ålder + minst två av åtta riskfaktorer) hade en risk att ådra sig en osteoporosrelaterad fraktur inom tio år överstigande 15 procent, vilket gör att arbetssättet bedöms värdefullt ur både mänsklig och samhällsekonomisk synpunkt.

Datum 2 februari 2016

Den viktigaste uppgiften för både primärvård och osteoporosmottagning är att identifiera patienter med sekundär osteoporos som behöver särskild utredning och handläggning.

Identifiering och vård av patienter med benskörhet inom både primärvård och specialistvård bedöms nu fungera väl. Det fortsatta arbetet gäller, som i all ordinarie verksamhet, fortsatt utveckling och uppföljning över tid. Benskörhet avslutas därmed som sjukvårdsövergripande förbättringsområde.

Diabetesvård

Medelvärde för HbA1c, som återspeglar den långsiktiga blodsockerkontrollen har förbättrats avsevärt. Vid en nationell jämförelse är värdena för Gotland nu i nivå med riket avseende diabetes typ 2. Registreringsgrad i nationella kvalitetsregister har ökat. För vuxna patienter med diabetes typ 1 var medelvärde för HbA1c bäst i landet sista kvartalet 2015. Andelen patienter som når de allra lägsta nivåerna för HbA1c har ökat.

För barn och ungdomar med diabetes är andelen patienter med högt HbA1c den patientgrupp som det är mest angeläget att hjälpa fram till en sänkning av HbA1c, då risken för långtidskomplikationer ökar avsevärt vid HbA1c-nivåer över 70 mmol/mol. 2014 var nivån 40 procent och i november 2015 knappt 10 procent. En annan målsättning är att öka andelen patienter som når HbA1c-nivåer under 57. Utgångsläget, september 2014, visade att knappt 20 procent gjorde det. I slutet av året har 40 procent nått dit.

Resultaten är enastående. Implementeringsarbetet bedöms dock inte vara genomfört fullt ut. För att fortsätta hålla denna höga nivå krävs fortsatt arbete inom både primärvård och specialiserad vård och fortsatt engagemang hos diabetesteam, övrig personal, patienter och föräldrar. Diabetes kvarstår som ett prioriterat sjukvårdsövergripande förbättringsområde även för 2016.

Minskad förekomst av självmord?

Resultat av arbetet med att minska antalet suicid/suicidförsök kan endast bedömas på lång sikt. Det regionala program som antagits, där uppdrag och ansvar fördelats, är ett viktigt steg på vägen.

Arbete för att minska psykisk ohälsa identifierades vid ledningens genomgång i december som ett lämpligt prioriterat sjukvårdsövergripande förbättringsområde för 2016/2017 och kommer att ingå i förvaltningens förslag till verksamhetsplan för 2016. Suicidprevention integreras som en del i

Datum 2 februari 2016

detta. Hälsa- och sjukvårdsförvaltningen ska arbeta vidare med de delar som fastslagits i det regionala programmet.

Kortare väntetider vid psykisk ohälsa - prisbelönt arbete

Vårdcentralen Wisby söder fick andra pris i Region Gotlands förnyelsepris för sitt arbete med att förkorta väntetiden till samtalsbehandling vid psykisk ohälsa. Projektet tilldelades även utmärkelsen "Bästa projekt" av Svensk Förening För Allmänmedicin (SFAM). Arbetet har inneburit att väntetiden minskat drastiskt vilket medfört att många läkemedelsbehandlingar har kunnat undvikas samt att sjukskrivningstalen för denna grupp drastiskt har minskat. Modellen är under utveckling och ska spridas till övriga vårdcentraler.

"Direktbokning" av ortopedpatienter - prisbelönt arbete

Ortopedmottagningen och Planeringsenhet Vård (PEV) fick tredje priset när Region Gotlands förnyelsepris delades ut för den nya rutinen att patienter kan ringa direkt till PEV för att boka sina polikliniska ortopediska operationer. Det har medfört en nöjdare patientgrupp som känner hög grad av delaktighet. Det har också medfört att arbetet med ombokningar och avbokningar minskat.

Artrosskola - Gotlands resultat bäst i landet

"Artrosskola" hjälper patienter med ledförslitning att hantera sin sjukdom. Artrosskola finns idag i alla Sveriges landsting och regioner. Registerdata från det nationella kvalitetsregistret BOA visar att Region Gotland uppnått bäst behandlingsresultat i riket med avseende på minskad smärta och minskad läkemedelsförbrukning i patientgruppen. I samband med en nationell förbättringsdag i Stockholm under hösten har Gotlands arbetssätt kunnat spridas nationellt.

Vårdplatskoordinator - bättre överblick tillgängliga vårdplatser

För att akutmottagningens ledningssjuksköterska ska vara rätt uppdaterad om faktiska antalet tillgängliga vårdplatser, vilket i sin tur avlastar bakjourer och slutenvårdens enhetschefer, har en tjänst som vårdplatskoordinator inrättats. Uppdraget har kopplats till funktionen social samordnare, som samtidigt bytt namn till samordnare. Funktionen vårdplatskoordinator är bemannad dagtid vardagar samt söndag eftermiddag. Sedan inrättandet har antalet tillfällen då bakjourer med flera behövs samlas för att lösa situationer med vårdplatsbrist minskat väsentligt.

Datum 2 februari 2016

Förbättringsarbeten

Nio multiprofessionella team har under perioden avslutat arbeten inom ramen för både regionala och nationella satsningar:

Team		
HSF utbildning i förbättringskunskap	Förbättringsarbete	År
Hemse/Klinte vårdcentral	Förbättra bensårsprocessen	14/15
Ortopedmottagningen och primärvården	Förbättra artrosprocessen för ortopedmottagningen och primärvården,	14/15
MMR/smärtrehab	Korta kön till smärtrehabiliteringen	14/15
Inf/Microlab/Akuten	Förbättra odlingsremiss från akuten till mikrolab för effektivare antibiotikabehandling	14/15

QRCs förbättringsprogram		
Vårdcentralerna Visby Norr och Söder	Förbättra diabetesvården utifrån nationella kvalitetsregister (QRC Stockholm-Gotland)	14/15
Diabetesmottagningen	Förbättra diabetesvården utifrån nationella kvalitetsregister (QRC Stockholm-Gotland)	14/15
Barn och ungdomsmottagningen	Förbättra diabetesvården utifrån nationella kvalitetsregister (Swediaibkids)	14/15
Psykiatriska verksamheten	Öka antalet registreringar i kvalitetsregistret BUSA.	14/15
SKL Bättre flöde i vården	Förbättra flöde vid vårdövergångar slutenvård-öppenvård/hemsjukvård	14/15
SOF-Hälsa- och sjukvårdsförvaltningen	Förbättra omhändertagandet av ortopediska akutpatienter över 65 år	14/15

Ärendehantering till IVO

(Inom parentes anges motsvarande antal 2014.)

17 (24) anmälningar enligt lex Maria har gjorts under året. 8 (8) av dessa gällde självmord.

24 (22) enskilda klagomål inkom till IVO. Tre (två) av dessa föranledde lex Maria anmälan medan ett tillkom efter att händelsen lex Maria anmäls. Ett av klagomålen gällde huvudsakligen vård inom Socialnämndens ansvarsområde.

Datum 2 februari 2016

IVO genomförde en regional verksamhetstillsyn Stockholm-Gotland avseende förlossningsvård samt en riktad tillsyn angående rutiner för utredning och behandling av barn och ungdomar med ADHD

Datum 2 februari 2016

Övergripande mål och strategier för kommande år

Ökad öppenhet kring avvikelser och vårdskador och samverkan med patienter och närstående i utredning och förslag till åtgärder utgör förvaltningens strategi för ökad patientsäkerhet i den gotländska sjukvården kommande år.

Arbete för att minska psykisk ohälsa identifierades som ett lämpligt prioriterat sjukvårdsövergripande förbättringsområde för 2016/2017 vid "Ledningens genomgång" i december 2015 och kommer att ingå i förvaltningens förslag till verksamhetsplan för 2016. Suicidprevention integreras som en del i detta.

Maria Dalemar
Hälsa- och sjukvårdsdirektör

Gunnar Ramstedt
Chefläkare