

# Patientsäkerhetsberättelse för Region Gotland År 2024



Datum 2025-01-11  
Ansvarig för innehållet Maria Amér  
Diarienummer HSN 2024/14

Region Gotlands patientsäkerhetsberättelse för 2024 har tagits fram av  
Maria Amér, chefläkare  
Marina Lorentzon, patientsäkerhetsstrateg

Bidrag har även lämnats av  
Tomas Angerth, Infektionsläkare  
Klas Berling Eriksson, Leg. Sjukhusfysiker och strålsäkerhet  
Björn Hillbom, Dataskyddsombud  
Anna Kullberg, Verksamhetsutvecklare Omvårdnad  
Amanda Linell, Klinisk farmaceut  
Sofie Ohlsson, Samordnare integritetsskydd HSF

## Inledning

*PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §*

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

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

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



Källa:

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

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

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

# Innehåll

SAMMANFATTNING .....	5
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD .....	6
Engagerad ledning och tydlig styrning .....	6
Övergripande mål och strategier .....	6
Organisation och ansvar .....	6
Samverkan för att förebygga vårdskador .....	8
Informationssäkerhet och GDPR.....	8
Strålskydd.....	10
Dialogsamtal .....	10
Uppföljning av KPMG:s granskning av avvikelshantering 2023 .....	10
En god säkerhetskultur .....	11
Adekvat kunskap och kompetens .....	12
Patienten som medskapare .....	13
Din säkerhet i vården .....	13
Öka kunskap om inträffade vårdskador .....	15
Fokusveckor Omvårdnadskvalitet i slutenvården .....	17
Tillförlitliga och säkra system och processer .....	21
Nytt avvikelshanteringssystem .....	21
Se upp .....	21
Doseddispenserade läkemedel .....	22
Vårdhygien och Basala hygienregler och klädrutiner (BHK) .....	23
Strama Gotland och AntibiotikaSmart Sverige .....	25
Projektet ”Sköra äldre på akuten” .....	27
Införande av NRFit .....	28
Säker vård här och nu .....	29
Gröna korset .....	29
Vårdplatser .....	31
Riskhantering .....	31
Stärka analys, lärande och utveckling.....	32
Avvikelse .....	32
Klagomål och synpunkter.....	35
Öka riskmedvetenhet och beredskap .....	36
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR.....	37

## SAMMANFATTNING

Patientsäkerhetsberättelsen för Region Gotland 2024 sammanfattar initiativ och resultat för att uppnå målen om god och säker vård. Berättelsen betonar fyra grundläggande förutsättningar: engagerad ledning, en stark säkerhetskultur, tillräcklig kompetens och patientdelaktighet.

Region Gotland har sedan 2020 arbetat utefter en handlingsplan för ökad patientsäkerhet. En ny handlingsplan har tagits fram för 2025 och bygger på Socialstyrelsens förlaga ”Agera för säker vård”, för att göra det lättare att följa hur det regionala arbetet knyter an mot nationella dokument, och för att göra det tydligare för verksamheterna hur allt arbete inom patientsäkerhet hänger ihop i sin helhet. Tillsammans med patientsäkerhetsberättelsen utgör handlingsplanen en bild av patientsäkerhetsarbetet i regionen avseende framgångsfaktorer och uppnådda mål, men också utmaningar och önskvärda förflyttningar.

Region Gotland arbetar för att säkerställa patientsäkerhet genom en engagerad ledning som kontinuerligt följer upp och utvecklar säkerhetsarbetet. Under 2024 förstärktes rollen för patientsäkerhetssamordnare, och dessa positioner har omvandlats till fasta deltidstjänster för att skapa långsiktig stabilitet. Dialogsamtal har bidragit till att identifiera och stärka patientsäkerhetsarbetet på olika nivåer.

Ett viktigt fokusområde är att minimera vårdskador. Regionens arbete med Gröna Korset och upphandlingen av ett nytt avvikelssystem är exempel på initiativ som förbättrar riskhantering och möjligheterna till lärande från tidigare händelser.

Samverkan är avgörande för säker vård. Nya strukturer för samarbete mellan kommunal vård, sjukvård och elevhälsa har införts, och SBAR används som standard för rapportering. Initiativ som projektet ”Sköra äldre på akuten” stärker omhändertagandet av äldre multisjuka patienter.

Regionen har fortsatt prioritera antibiotikahantering genom Strama Gotland och projektet AntibiotikaSmart Sverige. Samverkan med vårdenheterna har resulterat i förbättrad antibiotikaanvändning, även om de nationella målen för förskrivning ännu inte är helt uppnådda.

Inom vårdhygien har flera utbildningar och besök genomförts för att förbättra följsamhet till basala hygienrutiner. Resultaten visar dock på behov av ytterligare insatser för att nå målen.

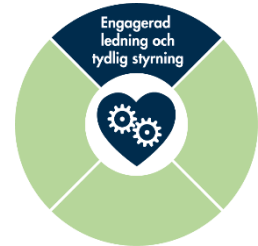
Patientsäkerhetsberättelsen avslutas med en blick framåt på 2025, med fokus på implementering av nya system, stärkt samarbete och kontinuerlig förbättring av patientsäkerhetskulturen. Genom dessa åtgärder strävar Region Gotland mot att minimera vårdskador och säkerställa en trygg och säker vård för alla patienter.

# GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

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

## Engagerad ledning och tydlig styrning

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



## Övergripande mål och strategier

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

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

För 2025 har en ny regional handlingsplan i patientsäkerhet tagits fram.

## Organisation och ansvar

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

Patientsäkerhet ska vara en självklar återkommande punkt på alla nivåer i organisationen. Varje medarbetare ska tillse och beakta patientsäkerhet i det dagliga arbetet. Verksamhetschefen har det yttersta ansvaret för patientsäkerheten.

Patientsäkerhet handlar framför allt om en god patientsäkerhetskultur. En god säkerhetskultur innebär att alla i hälso- och sjukvården är medvetna om och vaksamma på de risker som kan uppstå, att medarbetarna känner sig trygga att rapportera risker, tillbud och negativa händelser och att patientsäkerhet diskuteras på ett öppet och icke-skuldbeläggande sätt. Om en patient drabbas av en vårdskada är det viktigt att patienten blir väl omhändertagen, men det är också centralt att den hälso- och sjukvårdspersonal som var inblandad i händelsen får stöd.

Patientsäkerhet förutsätter att en god patientsäkerhetskultur genomsyrar organisationen på samtliga nivåer. God ledning och styrning är att aktivt efterfråga och arbeta med patientsäkerhetsfrågor. Patientsäkerhet är ett återkommande ämne i förvaltningens ledningsgrupp (FLG) såväl som i sjukhusets ledningsgrupp (SLG), inom primärvården (PLG), för tandvårdens och psykiatrins ledningsgrupper. Verksamhetschefer, enhetschefer och medarbetare ansvarar för patientsäkerheten inom sina ansvarsområden. På APT är patientsäkerhet en stående punkt. Samtliga dokument som rör patientsäkerhet är samlade under rubriken ”Patientsäkerhet” i dokumenthanteringssystemet DocPoint, för att tillse att de är kända och lättillgängliga för samtliga medarbetare.

Under året har initialt fem och sedermera fyra patientsäkerhetssamordnare varit verksamma i organisationen. Samtliga har uppdraget på halvtid och kombinerar med annan tjänst i regionen; en inom psykiatrin, en inom primärvården och övriga inom sjukhuset. Under 2024 har patientsäkerhetssamordnarna utvecklat sina arbetsområden. Utöver att stötta verksamhetschefer och enhetschefer med avvikelshantering, göra internutredningar samt att ta fram statistik över avvikelser så har de genomfört utbildningsinsatser i grundläggande patientsäkerhet på planeringsdagar och APT.

Utvärdering av projektet med patientsäkerhetssamordnare har visat en samstämmighet att uppdraget är ett värdefullt chefsstöd som har inneburit förflyttningar inom patientsäkerhetsområdet, varför beslut har fattats att förändra tjänsterna från tidsbegränsade uppdrag till fasta deltidstjänster.

Den nya funktionen patientsäkerhetsstrateg har väsentligt bidragit till att synliggöra patientsäkerhetsfrågor på samtliga nivåer i organisationen och har inneburit ett stöd till gruppen av patientsäkerhetssamordnare. I det övergripande och strategiska uppdraget för patientsäkerhet har rutiner och arbetsdokument reviderats. Tillsammans med medarbetare på kvalitetsenheten har arbetet fortsatt med att förankra metoden Gröna Korset som den självklara plattformen för patientsäkerhetsdiskussioner på samtliga arbetsplatser. Patientsäkerhetsstrategen deltar i upphandlingen av ett nytt avvikelssystem. Då den nuvarande patientsäkerhetsstrategen kommer att gå till en annan roll i regionen pågår rekrytering. I samband med det byts titeln till chefsjuksköterska, för att tydliggöra uppdraget och främja nationell samverkan inom Nätverket Sveriges chefsjuksköterskor.

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

Regionens Patientnämnd (PAN) hanterar inkomna klagomål och begär in yttranden från vården i de fall där patienterna så önskar. PAN, patientsäkerhetsstrateg och chefläkare har utvecklat ett välfungerande samarbete och utbyte.

Ytterligare funktioner som arbetar för att stärka patientsäkerheten är Strama, Samverkan mot antibiotikaresistens. I Region Gotland finns en lokal Stramagrupp. I arbetet ingår att varje år besöka samtliga verksamheter och informera om antibiotikaförsäljning, antibiotikaresistens, aktuella behandlingsriktlinjer och diskutera enhetens antibiotikaföreskrivning. Sedan 2023 får vårdcentralerna ersättning från Strama baserat på uppnådda kvalitetsmål samt processmål med syfte att uppnå en fördjupad insikt och ge utrymme för egen reflexion inom området infektioner och antibiotikaföreskrivning.

Vårdhygien har en viktig roll i patientsäkerhetsarbetet. Uppdraget är att tillse god kännedom om basala hygienrutiner och klädregler (BHK), kunskap om vårdrelaterade infektioner (VRI), hur VRI kan förebyggas samt riskfaktorer för VRI. Vårdhygien arbetar även med att tillse vårdhygieniska arbetssätt och deltar i byggprojekt för att beakta och utveckla förutsättningarna för goda hygienrutiner inom vården.

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

Samtliga verksamhetschefer och enhetschefer har under året deltagit i Dialogsamtal tillsammans med chefläkare och patientsäkerhetsstrateg. Målet för samtalet har varit att ge tillfälle för fördjupad diskussion inom patientsäkerhet rörande styrkor och utmaningar, men också att fånga frågor där det kan finnas behov av gemensamma insatser på en övergripande nivå.

Region Gotland deltar i det sjukvårdsregionala arbetet med patientsäkerhet tillsammans med Region Stockholm genom Kunskapsstyrningen och RSG-Patientsäkerhet. I dagsläget pågår en gap-analys mellan nuläge och önskat läge inom patientsäkerhet för att identifiera prioriterade områden att arbeta vidare med.

## **Samverkan för att förebygga vårdskador**

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

Vårdens övergångar är ett område där det finns risk för en otydlighet i ansvar, varför det är ett prioriterat område inom patientsäkerhetsarbetet.

För att stärka samarbetet mellan den kommunala vården, hälso- och sjukvården samt elevhälsan har strukturen tydliggjorts där det under året har tillskapats en Strategiskt Samverkansledning (SSL) där förvaltningscheferna för Socialförvaltningen (SOF), Hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF) samt Utbildnings- och arbetslivsförvaltningen (UAF) ingår. Kopplat till denna har en Operativt Samverkansledning (OSL) bildats, varifrån frågor spelas in till arbetsgrupper som hålls samman av samverkansledare.

För ett tydligare samarbete kring utskrivningar från slutenvården med bättre förutsättningar för gott omhändertagande och en sammanhängande vårdkedja har en kommunikationsplattform upphandlats. Upphandlingen avslutades under året, och det fortsatta arbetet med utbildning och implementering har vidtagit.

För att minska riskerna med otydlig kommunikation har det fattats beslut att akutmottagningen ska rapportera enligt SBAR vid akuta och icke-akuta situationer som rapporteringsverktyg.

För att minimera antalet överrapporteringar har akutmottagningen beslutat att införa teambaserade omhändertagande. Det innebär att den personal som tar emot patienten har ansvaret under hela den tid som patienten vistas på akutmottagningen. Arbetssättet med triage reserveras för tillfällen med hög belastning.

På primärvårdsnivå finns vårdcentraler där personalen har bildat allmänmedicinska team. Det innebär att flera professioner arbetar tillsammans och delar på samma patientlista och ger förutsättningar för stärkt kontinuitet för patienterna.

## **Informationssäkerhet och GDPR**

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §*

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

Med lagen om informationssäkerhet i samhällsviktiga och digitala tjänster (2018:1174) infördes EU:s NIS-direktiv (nätverk och informationssystem) i svensk rätt. Enligt MSB:s (Myndigheten för samhällsskydd och beredskap) tillhörande föreskrifter om anmälan och identifiering av leverantörer av samhällsviktiga tjänster (MSBFS 2018:7) utpekas hälso- och sjukvård som en sådan samhällsviktig tjänst. Därav följer en rapporteringsskyldighet för hälso- och sjukvårdsnämnden vid incidenter som har en betydande inverkan på kontinuiteten i den samhällsviktiga tjänst som nämnden tillhandahåller.

Under 2024 har inga incidenter har ansetts fått betydande inverkan på kontinuiteten i den samhällsviktiga tjänsten och därmed uppnått kravet på rapporteringsskyldighet.

HSF eHälsa/MIT har under året arbetat intensivt med att tillse att alla informationshanterande system inom Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har en fungerande objektsförvaltning. Alla system har delats in i objektgrupper och tilldelats en Objektledare som skall stödja Objektägaren och tillika informationsägaren att förvalta ägarskapet. Införandet av objektförvaltningsmodellen innebär att förvaltningens 100+ system och deras information kommer att hanteras på ett uniformt och adekvat sätt.

Tjugo personuppgiftsincidenter har utretts och anmälts till Integritetsskyddsmyndigheten IMY. Den personuppgiftsansvarige ska anmäla personuppgiftsincidenter till tillsynsmyndigheten IMY utan onödigt dröjsmål enligt artikel 33 i dataskyddsförordningen (GDPR).

Tio olika begäran om registerutdrag har besvarats. Varje individ har rätt att få tillgång till sina personuppgifter och kompletterande information, ett så kallat registerutdrag, enligt artikel 15 i dataskyddsförordningen (GDPR).

Tre begäranden om rättelse har hanterats. Den registrerade har rätt att få felaktiga personuppgifter som rör honom eller henne rättade enligt artikel 16 i dataskyddsförordningen (GDPR).

En begäran om radering av personuppgifter har behandlats. Den registrerade kan under vissa förutsättningar ha rätt att få sina personuppgifter raderade enligt artikel 17 i dataskyddsförordningen (GDPR).

### **Dataskyddsbudets granskningar under 2024**

Dataskyddsbudet genomför årligen ett antal granskningar inom dataskyddsområdet. Under 2024 har det genomförts tre olika granskningar rörande behandling av personuppgifter som förekommer i fysisk form, molntjänster och sociala medier samt behandling av personuppgifter på G.

Rapporten gällande ”Hälso- och sjukvårdsnämndens behandling av personuppgifter i register som inte behandlas automatiskt enligt den Europeiska Dataskyddsförordningen (GDPR)” finns i HSN 2024/762. Reglerna i GDPR omfattar såväl digitala som annan behandling än automatisk av personuppgifter som ingår i eller kommer att ingå i ett register. Dataskyddsbudets bedömning är att Hälso- och sjukvårdsnämndens behandling av personuppgifter i fysisk form i allt väsentligt uppfyller GDPR´s krav på teknisk och administrativ säkerhet, men det finns brister. Förvaltningen behandlar en större mängd särskilt skyddsvärda personuppgifter och har god ordning på vilka uppgifter som finns, vem som är ansvarig för dem men säkerheten är huvudsakligen tillitsbaserad och saknar spårbarhet.

Granskningen gällande ”Uppföljning av molntjänster och sociala medier som används inom Region Gotland” återfinns i HSN 2023/419.

Det har tidigare tagits fram en lista på vilka molntjänster som används inom respektive förvaltning och dataskyddsbudet har efterfrågat en uppföljning av dessa molntjänster. Med molntjänst avses en extern IT- eller informationstjänst som regionen inte kontrollerar på annat sätt än genom avtal.

Under året har det även genomförts en granskning av ”Behandling av personuppgifter på gemensamt elektroniskt lagringsmedia G”: enligt Dataskyddsförordningen (GDPR), dock har den slutgiltiga rapporten från dataskyddsombudet inte inkommit i skrivande stund.

## **Strålskydd**

*SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §*

Se separat sammanställning.

## **Dialogsamtal**

### **Mål**

Genom dialog mellan verksamhetschefer, enhetschefer, chefläkare och patientsäkerhetsstrateg synliggöra enheternas styrkor och utmaningar i arbete med patientsäkerhet.

### **Metod**

Samtliga enheter har under året haft ett dialogsamtal. Från att tidigare ha utgått från frågor framtagna av SKR har samtalen i år haft en friare form för att främja dialogmodellen och för att ge verksamheterna möjlighet att lyfta angelägna områden. Inför varje samtal har en sammanställning över verksamhetens statistik avseende avvikelser, klagomål, PAN-ärenden samt Gröna korset tagits fram och utgjort ett underlag för samtalet. Verksamhetens resultat avseende BHK-mätningar har diskuterats med förslag på åtgärder.

### **Resultat**

Samtalen har vid återkoppling upplevts som givande för deltagande. Vid samtalen har det framkommit flera goda exempel för att stärka patientsäkerheten. Vissa frågor har lyfts vidare och hanteras på en mer övergripande nivå.

### **Uppföljning och planering**

Dialogsamtalen fyller en roll och den lösare strukturen har givit förutsättningar för samtal som berört angelägna områden för enheterna. Inför 2025 planeras dialogsamtal i motsvarande form. Önskemål är att även få in deltagande från alla professioner för bredare diskussioner om patientsäkerhet.

### **Uppföljning av KPMG:s granskning av avvikelshanteringen 2023**

Avvikelsehanteringen i Region Gotland granskades av KPMG under 2023 på uppdrag av regionens revisorer. Den sammanfattande bedömningen var att hälso- och sjukvårdsnämnden i allt väsentligt har en ändamålsenlig avvikelshanteringsprocess, och att nämnden säkerställt att hälso- och sjukvården har tillräckliga rutiner för avvikelshantering. Det konstaterades att Hälso- och sjukvårdsförvaltningen under de senaste åren genomgått en omorganisation i syfte att skapa mer systematik och struktur avseende patientsäkerhetsarbetet. Det finns numera utpekade funktioner som i huvudsak arbetar med patientsäkerhet och avvikelshantering. Bedömningen var att organisationen ger förutsättningar för tydligare ledning och styrning, samt säkerställer möjligheter för en mindre sårbar och personbunden organisation. Organisationen ger även större möjligheter till uppföljning och kontroll av avvikelser.

Mot bakgrund av granskningen rekommenderades hälso- och sjukvårdsnämnden att arbeta vidare med:

*Säkerställa att det finns förutsättningar för att systematiskt tillvarata erfarenheter från avvikelshantering i kvalitetsförbättrings syfte.*

Under 2024 rapporterar alltfler verksamheter att risker och inträffade händelser som identifierats via Gröna korset och via rapporterade vårdavvikelser utgör en grund för verksamhetens förbättringsarbete.

*Säkerställa ett ändamålsenligt avvikelshanteringssystem som stödjer verksamheternas dagliga arbete med avvikelserapportering och avvikelshantering.*

Arbete med upphandling av ett nytt avvikelshanteringssystem pågår tillsammans med Region Stockholm.

*Säkerställa förutsättningar för kunskap om avvikelshantering i hälso- och sjukvårdens verksamheter*

Det har under 2024 tagits fram en kort och enkel film som riktar sig till samtliga medarbetare som ett stöd hur en avvikelserapportering går till. Samtliga chefer med särskilt fokus på nyanställda har erbjudits lärarledd utbildning i avvikelserapporteringssystemet Flexite inklusive uttag och tolkning av statistik.

*Överväga att utveckla ytterligare samverkan med patientnämnden avseende patientsäkerhetsarbetet.*

Chefläkare och patientsäkerhetsstrateg har under 2024 deltagit vid två Patientnämndssammanträden samt haft ytterligare två avstämningar med tjänstepersoner på PAN. Samarbetet har medfört bättre samsyn och förutsättningar för avstämningar vid behov.

*Säkerställa fortsatt arbete med att skapa tydlig struktur i dokumenthanteringssystemet så att aktuella rutiner och riktlinjer enkelt kan hittas och fungera som stöd i det dagliga arbetet.*

Arbetet har påbörjats och kvalitetschef har satt samman en styrgrupp med uppdrag att se över strukturen i dokumenthanteringssystemet DocPoint.

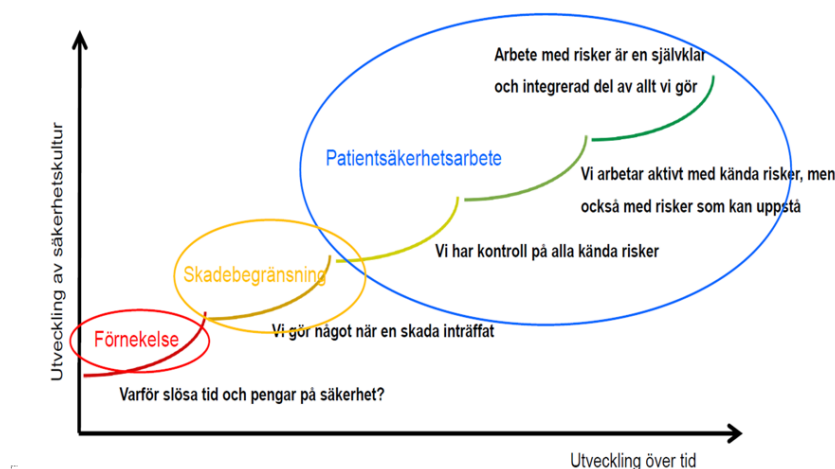
## En god säkerhetskultur

En god säkerhetskultur är en grundläggande förutsättning för en säker vård. Patientsäkerhetskulturtrappan är ett verktyg för att synliggöra verksamhetens mognad för god och säker vård.

En organisation har en god säkerhetskultur när arbetet med patientsäkerhet genomsyras av ett tillåtande och icke-skuldbeläggande förhållningssätt. Målet är att ge förutsättningar för trygga medarbetare som rapporterar om risker och inträffade händelser på ett öppet och ärligt sätt där fokus ligger på systemnivå. Medarbetare som är inblandade i vårdavvikelse ska känna trygghet och får stöd av chefer och organisationen. Om en patient drabbas av en vårdskada är det viktigt att patienten blir väl omhändertagen, men det är också centralt att den hälso- och sjukvårdspersonal som var inblandad i händelsen får stöd. Patienter och närståendes synpunkter och klagomål bemöts respektfullt.



# En god säkerhetskultur



Patientsäkerhetskultur och patientsäkerhetskulturtrappan är en återkommande del av utbildningar och informationstillfällen i patientsäkerhet på samtliga nivåer i organisationen. Patientsäkerhetskultur ingår i Dialogsamtalen mellan verksamhets- och enhetschefer samt chefläkare och patientsäkerhetsstrateg, i utbildningar för chefer i patientsäkerhet och hantering av avvikelssystemet Flexite samt i den återkommande introduktionsutbildningen för AT-läkare.

Exempel på en god patientsäkerhetskultur kan vara att chefer och medarbetare prioriterar och aktivt deltar i Gröna korset, uppmärksammar risker och negativa händelser på ett icke skuldbeläggande sätt, att arbetsmiljön är tillåtande och att det anses självklart att reagera när patientsäkerhetsrisker uppstår.

## Adekvat kunskap och kompetens

En grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete. Med en ökad andel egen personal förbättras förutsättningarna för att bygga medarbetarnas kompetens i patientsäkerhet långsiktigt. En viktig förflyttning mot större oberoende av hyrpersonal har skett under det senaste året men kompetensförsörjningen är fortsatt en utmaning.



Det har under året tagits fram en kort och enkel film som riktar sig till samtliga medarbetare som ett stöd hur en avvikelserapportering går till. Filmen finns tillgänglig vid Hälso- och sjukvårdsförvaltningens hemsida/Insidan. Information om filmen har spridits via mailutskick till samtliga chefer samt via HSF:s veckobrev.

Patientsäkerhetsstrategen har under 2024 erbjudit samtliga chefer med särskilt fokus på nyanställda utbildning i avvikelserapporteringssystemet Flexite inklusive uttag och tolkning av statistik. Utbildningarna har genomförts vid åtta tillfällen. Ett tjugotal chefer har deltagit vid utbildningstillfällena.

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

utbildningen, vilket har förtydligats som en prioriterad aktivitet i Handlingsplanen för patientsäkerhet för 2025.

Patientsäkerhetssamordnarnas roll att sprida kunskap om patientsäkerhet har stärkts, genom till exempel diskutera patientsäkerhet på verksamheternas APT.

Chefer på samtliga nivåer har ett ansvar att tillse och följa upp att medarbetarna har tagit del av utbildningar i patientsäkerhet. Andelen medarbetare som deltagit i utbildningar i patientsäkerhet blir ett mått på chefens engagemang.

## Patienten som medskapare

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



*PSL 2010:659 3 kap. 4 §*

Inom området ”Patienten som medskapare” har det gjorts vissa framsteg under året.

Det finns goda exempel där representanter för patientföreningar har konsulterats inför omorganisationer eller vid framtagande av nya arbetssätt, men det saknas ännu stabila strukturer.

Att efterhöra patienters och närståendes synpunkter och förslag på förbättringar ingår i metoden Gröna korset och via inkomna synpunkter. I alla utredningar av allvarliga vårdskador ingår att patienten och/eller närstående ska ges möjlighet att ge sin syn på det inträffade.

Patienternas upplevelse av vården undersöks också via patientenkäter. Under 2024 har patientenkäter genomförts inom Barn- och vuxenpsykiatri. Resultatet finns tillgängligt på SKR:s hemsida för Nationella patientenkäter. Inom Standardiserade vårdförlopp inom cancervården genomförs kontinuerligt patientenkäter och resultaten publiceras på hemsidan Regionalt Cancercentrum (RCC).

Patientenkäter rörande Primärvård (vårdcentraler), akutmottagningen och ambulanssjukvården har gjorts under hösten och resultaten kommer i januari.

## Din säkerhet i vården

### Mål

Syftet med informationsmaterialet ”Din säkerhet i vården” är att öka patientens möjlighet att bli mer delaktig i sin vård och behandling. Grunden till en trygg och säker vård är en god dialog mellan patienten och vårdpersonalen. Vårdpersonalen har en viktig roll i att ta initiativ till dialogen. Syftet med materialet ”Din säkerhet på sjukhus” är att vara ett stöd och påminna patienten om vad som har diskuterats under sjukhusvistelsen. En patient som aktivt deltar i sin vård ökar säkerheten och bidrar till att göra vården bättre.

## Metod

Framtagande av ett informationsmaterial kallat ”Din säkerhet i vården”, efter en förlaga från NHS och sedermera adapterad av flera regioner i Sverige. Materialet är framtaget för vård på sjukhus men kan även vara ett stöd för patienter på alla vårdnivåer. Broschyren ska finnas tillgänglig för patienterna på patientrummet och kan även sättas upp i väntrum.

## Resultat

Materialet har ännu inte fått den önskade spridningen inom slutenvården.

## Uppföljning och planering

Genom ett tydligare samarbete med vårdhygien kan fler hjälpas åt att sprida materialet till enheterna. Informationsinsats planeras för att nå ut till alla vårdenheter inom slutenvården samt primärvården.

**Du kan bidra till en säkrare vård**  
Om du deltar aktivt i din vård ökar säkerheten och vården blir bättre.

**Rätt information**

- Du och dina närmaste kan alltid fråga vårdpersonalen om det är något du inte förstår.
- Säg till om du är överkänslig eller allergisk mot något.

**Dina läkemedel**

- Berätta vilka läkemedel du tar och varför, ta gärna med dig en aktuell lista.
- Säg till om du inte vet varför eller på vilket sätt du ska ta ett visst läkemedel.
- Kontakta en läkare, sjuksköterska eller apotekare om du har frågor kring dina läkemedel.

**Skydda dig själv och andra mot smitta**

- Tvätta och sprita dina händer efter toalettbesök. Säg till om du har kräcks eller har diaré.
- Nys eller hosta i armvecket, använd pappersnäsduk när du snyter dig och sprita händerna efteråt.
- Tvätta dina händer innan du äter.

**Maten är viktig för din hälsa och tillfrisknande**

- Aptiten kan påverkas i samband med sjukdom.
- Säg till om du ofrivilligt har gått ned i vikt, eller om du har svårt att tugga eller svälja.
- Är du allergisk eller överkänslig mot något livsmedel är det viktigt att du berättar det.
- Genom att välja rätt mat och dryck kan du påverka din hälsa och ditt välmående.
- Du kan alltid fråga personalen om mat och dryck och du kan alltid komma med önskemål.

**Förebygg fallolyckor**

- Använd stadiga skor som sitter bra på foten eller anti-halksockor.
- Be personalen om hjälp om du känner dig yr eller ostadig när du ska upp och gå.
- Om du lätt blir yr, sitt en stund på sängkanten, trampa med fötterna och drick lite vatten innan du reser dig.

**Förebygg blodproppar**

- Rör på dig så ofta du kan.
- Använd stödstrumpor om du har sådana.
- Försök röra på dina ben och fötter, även om du är sängliggande.

**Förebygg trycksår**

- Om du kan, försök att röra dig i sängen och ändra läge ofta. Även små lägesändringar gör stor nytta.
- Säg till om du ligger obekvämt eller om det gör ont, till exempel på hälsarna.
- Personalen hjälper dig gärna att vända dig i sängen eller ändra läge i stolen.

**Aktivitet är viktigt**

- Även om du är sjuk, försök att röra på dig varje dag.
- Om du känner dig ostadig, prata med personalen om gånghjälpmedel.

**När du går hem**  
Innan du lämnar oss, se till att du har fått:

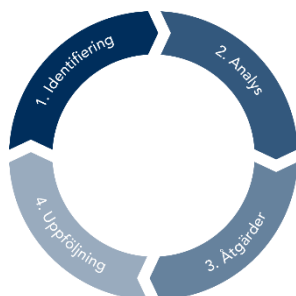
- information om din vård och dina aktuella läkemedel.
- information om uppföljning av din vård och behandling.
- veta vem du ska kontakta om du har frågor eller behöver söka vård igen.

Modifierat efter Region Skånes informationsmaterial

## AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

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



## Öka kunskap om inträffade vårdskador

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

Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.



### Har vården varit säker

Mindre allvarliga vårdskador hanteras inom avvikelssystemet Flexite av ansvarig chef. För komplexa händelser finns patientsäkerhetssamordnarna som har definierade ansvarsområden och chefer som de samarbetar med.

Totalt under 2024 har 22 Internutredningar slutförts av patientsäkerhetssamordnare och återlämnats till ansvarig verksamhet. Det är en halvering i jämförelse med 2023 (*tabell 1*). Två utredningar är pågående och fem händelser väntar på att utredas.

Handläggningstiden har i genomsnitt varit något längre i år än ifjol vilket delvis förklaras av att flertalet utredningar har varit omfattande och tidskrävande att genomföra vilket har påverkat utredningstiden. Genomsnittet för en utredning under 2024 är sex veckor, vilket är en förbättring jämfört med tidigare men ännu inte fyller det uppsatta målet på fyra veckor.

Att en utredning påbörjas i nära anslutning till händelsen är önskvärt, eftersom minnet och upplevelsen av händelsen påverkas med tiden. För en patient och/eller närstående som har drabbats av en vårdskada kan det vara en viktig del i läkandet att veta att vårdgivaren tar händelsen på allvar, att det görs en utredning som klargör vad som inträffat och att det åtgärderna syftar till att tillse ett lärande i organisationen så att ingen annan ska behöva drabbas.

Ingen vårdskadeutredning har gjorts enligt metoden Händelseanalys. Metoden upplevs som något svårarbetad. Arbetssättet med att göra internutredningar med hjälp av den egna modellen resulterar i mer användbara utredningarna där händelseförloppet struktureras bättre, att felhändelserna identifieras och

analyseras i sitt sammanhang och att föreslagna åtgärder därmed kopplas till händelsen på ett tydligare sätt. I de fall utredningar behöver göras över förvaltningsgränserna är metoden Händelseanalys att föredra då värdet av framförallt ett analysteam är stort.

Åtta allvarliga vårdskador har identifierats under året och har eller ska anmälas till Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO) enligt Lex Maria.

<b>Verksamhetsområde:</b>	<b>Antal internutredningar 2024:</b>	<b>Lex Maria:</b>
Primärvård	3 färdigutredda 0 påbörjade 0 väntande	0
Psykiatri	5 färdigutredda 0 påbörjade 0 väntande	0
Somatisk specialistsjukvård	14 färdigutredda 2 påbörjade 5 väntande	8
Tandvård	0	0
<b>TOTALT</b>	<b>29</b>	<b>8</b>

*Tabell 1*

Information om inträffade vårdskador har kommit från medarbetare via avvikelser, direkt från verksamhetschefer som identifierat fall där det misstänkts en vårdskada eller från inkomna ärenden via patientnämnden (PAN). Det förbättrade samarbetet med PAN har underlättat att få kännedom om misstänkta vårdskador tidigt i förloppet.

Resultatet av arbetet med att analysera avvikelser och vårdskador är en lista med åtgärder för verksamheterna att vidta för att tillse ständig utveckling och förflyttning, och minska risken för att något liknande ska kunna inträffa igen.

## Fokusveckor Omvårdnadskvalitet i slutenvården

### Temaveckor Visby lasarett 2024

Marina Lorentzon och Anna Kullberg

Intravenösa infarter  
Läkemedelshantering  
Undernäring och nutritionsomhändertagande  
Fall  
Trycksår

Vi såg ett behov av att upptäcka brister och styrkor samt ett behov av att inventera och eventuellt uppdatera och samordna förekommande rutiner och riktlinjer på sjukhuset i de områden vi vet utgör riskområden inom omvårdnad.

Vi vill hitta ett proaktivt förhållningssätt – inte bara agera på tidigare avvikelser och rapporterade händelser. Genom samtal med medarbetarna hoppas vi komma nära den faktiska vården och i kombination med journalgranskning i realtid kunna sammanfatta nuläget och se framtida behov för en trygg och säker vård. En sammanställning av slutsatser skickas efter varje avslutad temavecka till respektive chef för kännedom och fortsatt dialog med medarbetarna och en sjukhusövergripande sammanställning görs som ska ligga till grund för fortsatt arbete på övergripande nivå.



Poster som presenterades på den Nationella Patientsäkerhetsdagen, Stockholm, september 2024:

### Mål

Att få en samlad bild av arbetet på Visby Lasarett inom vanliga patientsäkerhetsriskområden rörande omvårdnad samt att identifiera förbättringsområden för att skapa bättre förutsättningar för säkra arbetssätt. Förståelse för nuläget ger en samsyn och därmed en grund för ett mer proaktivt förhållningssätt som minskar omvårdnadsriskerna.

### Bakgrund

Ungefär 100 000 patienter drabbas årligen av vårdskador i den somatiska sjukvården varav cirka hälften får förlängd vårdtid på grund av sin skada.

Från och med 2024 genomförs inga nationella punktprevalensmätningar (PPM) inom trycksår, följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler samt vårdrelaterade infektioner (VRI) via SKR. Samtidigt har SKR:s förvaltning av databaser för markörbaserad journalgranskning (MJG) avslutats.

Tidigare har de nationella PPM- och MJG-mätningarna används för uppföljning av kvalitet och patientsäkerhet, men när dessa har upphört behöver kommuner och regioner som bedriver hälso- och sjukvård ta ett större egenansvar för uppföljning. SKR rekommenderar att regioner och kommuner fortsatt använder sig av PPM, men i egen regi, alternativt utvecklar utdatarapporter från journalsystemen för att monitorera förekomst av vanliga vårdskador och förebyggande åtgärder.

Vid den senaste PPM trycksår (hösten 2022) låg Gotland sämst till i riket med en förekomst av sjukhusförvärvade trycksår på 20,3%. Behovet av att kunna följa kvalitet och utvärdera insatta åtgärder och förbättringsarbeten är således stort.

Rörande PPM för VRI kommer mätningarna ersättas med utdata från Infektionsverktyget som ska implementeras under 2025.

Under hösten 2023 genomfördes journalgranskningar på ineliggande patienter på Visby lasarett under två veckor för att få en uppfattning om täckningsgraden för riskbedömningar för trycksår, undernäring, fall och urinretention. Dokumentationen var i många fall otydlig vilket försvårade analysen varför det beslutades att genomföra en variant av patientsäkerhet i realtid (PiR) under 2024.

## Metod

Vårdutvecklare och patientsäkerhetsstrateg tog fram en metod för att genomföra fokusveckor på Visby Lasarett, med olika teman kring vanliga vårdskadeområden och risker för omvårdnad. Under fokusveckorna besöktes samtliga slutenvårdsenheter inklusive IVA och akutmottagningen men inte psykiatri. Data baserades på journalgranskning som utfördes på samtliga ineliggande patienter. Vid besöken genomföres intervjuer med medarbetarna för att förstå arbetssätt och förutsättningarna för ett patientsäkert omvårdnadsarbete.

De fokusområden som valdes var:

- Venösa infarter; indikation, dokumentation och inspektion av perifer venkateter (PVK) och andra venösa infarter inklusive CVK och SVP
- Säker läkemedelshantering
- Fall och fallriskprevention
- Nutrition och nutritionsomhändertagande
- Trycksår och förebyggande trycksårsinterventioner

Fördelar med metoden var att den inte krävde några ytterligare resurser utöver arbetstid för vårdutvecklare och patientsäkerhetsstrateg. Det var således genomförbart utan stora kostnader eller förberedelser.

Fokusveckorna innebar verksamhetsnära dialog och genererade därmed viktiga insikter om prioriterade områden för kvalitetsutveckling framåt.

En begränsning var ofullständig dokumentation varför patientjournalerna utgjorde en osäker datakälla.

## Resultat

### *Venösa infarter*

Perifera och centrala venösa infarter utgör stora riskfaktorer för vårdrelaterade infektioner och lokala inflammationer. PVK-sättning kan innebära obehag och att ha en PVK kan vara störande för patienter. Indikationer för att få en PVK är enligt Vårdhandboken är behov av upprepad provtagning och intravenös behandling.

Av samtliga ineliggande patienter (n=97) hade 87% minst en PVK eller venös infart. 23% saknade indikation. Det fanns dokumenterade komplikationer i form av läckage och hudrodnad hos 19% av patienterna. På akutmottagningen fick 65% av ett slumpmässigt urval av 60 patienter PVK, där indikation saknades hos 46%.

Vid samtal med medarbetare framkom det en otydlighet kring om patienter som läggs in ska ha en aktiverad PVK eller inte. Det framkom även en bristande följsamhet till vårdhandbokens rekommendationer.

Identifierade områden att arbeta vidare med:

- Utbildningsinsatser och förtydliganden av rutin för PVK-hantering
- Tydliggöra vilka patienter som utifrån sjukdomstillstånd ska ha en PVK vid inläggning i slutenvården

### **Läkemedel**

Läkemedelshandling utgör en stor del av sjuksköterskans tid och ansvar inom akutsjukvården. Vanliga risker och vårdskador förknippade med läkemedelshandling kan till exempel handla om fel vid administrering, utebliven behandling eller bristande uppföljning. Ett fördjupat arbete kring avvikelser inom HSF kopplade till läkemedel gjordes 2023.

Förutsättningar för patientsäker läkemedelshandling är bland annat korrekta och tydliga ordinationer, bra arbetsmiljö vid iordningställande och en god patientsäkerhetskultur med ett öppet och tillåtande klimat för dialog och stöd kring läkemedelsfrågor.

Det finns en risk i journalsystemet TakeCare där läkare och sjuksköterskor ser olika vyer för ordination respektive administration av läkemedel vilket behöver uppmärksammas. Det framkom att sjuksköterskor inte alltid har förutsättningar för säkert iordningsställande under ostörda och lugna förhållanden.

Identifierade områden att arbeta vidare med:

- Alla läkemedelsvagnar ska vara låsta
- Muntliga ordinationer och ordinationer enligt PM ska begränsas till akuta situationer för att minska risker för patienter och främja bättre arbetsmiljö för sjuksköterskor
- Förbättrad följsamhet till gällande rutiner avseende signering av läkemedelslistor, användande av förinlagda ”favoriter” för korrekta spädningsinstruktioner samt ordination av medicinska gaser
- Sjuksköterskor ska ha möjlighet att dela läkemedel i ostörd miljö

### **Fall**

Fallskador utgör ca 5 % av alla vårdskador. En fallskada på sjukhus uppskattas förlänga vårdtiden med i genomsnitt tre dygn. Enligt vårdhandboken ska en fallriskbedömning/fallriskvärdering göras som syftar till att avgöra om patienten har allmän eller förhöjd fallrisk. Om det föreligger en förhöjd fallrisk ska en fallriskutredning göras.

På Visby lasarett dokumenterades att det förekommit fall under vårdtiden vid cirka 3% av alla slutenvårdstillfällena. Det nationella genomsnittet är 0,7 %.

Vid journalgranskning (n=100) framkom att 88% hade riskbedömts vid inläggning och att 49% bedömdes ha fallrisk. Av de med bedömd fallrisk hade 65% fallförebyggande åtgärder insatta.

I samtal med personal framkom ett stort engagemang kring att försöka förebygga fall. Uppfattningen är att riskbedömningar alltid görs vid inskrivning. Många patienter får individanpassade åtgärder men det fanns svårigheter att följa dokumentationen.

Identifierade områden att arbeta vidare med:

- Förbättrad användning av Aktivitetsplan risk för fall
- Utveckla dokumentationsmallar med riskfaktorer att ta hänsyn till.
- Utbildningsinsatser kring fall, riskbedömning och prevention.
- Tillse låsbara sängbord, stabila gånghjälpmedel samt rörelselarm.

## ***Nutrition***

Att tidigt identifiera riskpatienter och snabbt sätta in adekvata åtgärder är grundläggande i ett gott nutritionsomhändertagande. Sjukdomsrelaterad undernäring kan orsakas av många faktorer och ger risk för komplikationer under vårdtiden, som till exempel försämrad sårhäkning, förlust av muskelmassa och försämrat immunförsvar.

På Visby lasarett har de senaste åren i snitt ca 25% av patienter över 65 år identifierats som risk för undernäring. Det nationella medelvärdet är 55%.

Vid journalgranskning (n=110) hade 85% av alla inlagda patienter riskbedömts vid inskrivning. Av dessa bedömdes 36% ha en risk för undernäring. Av de som var bedömda som risk hade 95% dokumenterade åtgärder.

Tillgång till patientmatsal upplevdes av personalen som att det bidrog till bättre förutsättningar för patienterna att få en positiv matsituation och därmed bättre nutritionstatus.

Identifierade områden att arbeta vidare med:

- Utbildningsinsatser för att tillse en strukturerad bedömning avseende nutrition
- Genomgångar av kalori- och vätskeregistreringar
- Återaktivera sjukhusgemensam nutritionsgroup

## ***Trycksår***

Trycksår är vanligt hos patienter på sjukhus och klassificeras som en undvikbar vårdskada. I nationell punktprevalensmätning hösten 2023 förekom minst ett trycksår grad 2-4 hos 7,8 % av alla patienter i slutenvård. Trycksår utgör ca 11 % av alla vårdskador. Alla patienter kan utveckla trycksår, men vanliga riskfaktorer är nedsatt rörlighet, hög ålder, försämrat nutritionstatus och uttorkning.

Vid journalgranskning (n=106) var 88% av patienterna riskbedömda vid inskrivning och 28% bedömdes ha risk för trycksår. Det förekom dokumenterade trycksår hos 19% av patienterna.

Identifierade områden att arbeta vidare med:

- Kompetenshöjande insatser kring trycksår, riskbedömning, prevention och behandling
- Behov av sårvårdsplan för trycksår utifrån upphandlade produkter
- Förbättrad följsamhet till Aktivitetsplan risk för trycksår samt Aktivitetsplan för sår

## **Uppföljning och planering**

Fokusveckorna har påvisat att omhändertagandet av patienterna i huvudsak är mycket gott och engagemanget för omvårdnadsfrågorna stort. Validerade bedömningsinstrument används i begränsad omfattning vilket resulterar i oönskade variationer och bristande dokumentation i den patientnära omvårdnaden. Det fortsatta arbetet inriktas på att skapa en samsyn avseende bedömning och dokumentation av omvårdnadsrisker. Fokusveckorna resulterade i viktiga insikter och ambitionen är att fortsätta utveckla arbetet under kommande år.

## Tillförlitliga och säkra system och processer

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



### Hur tillförlitliga är arbetsprocesser och system

#### Nytt avvikelshanteringssystem

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

Upphandlingen av ett nytt avvikelssystem pågår tillsammans med Region Stockholm.

#### Se upp

##### Mål

Omvårdnadsrundor enligt SeUpp främjar patientsäkerheten, bidrar till god omvårdnad och ger en lugnare arbetsmiljö.

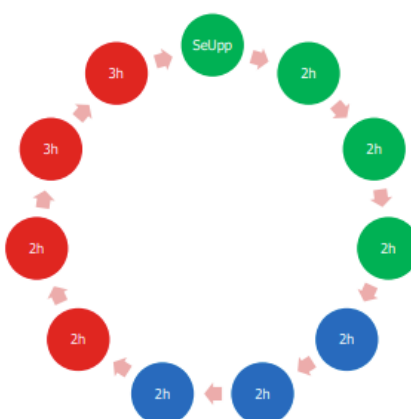
##### Metod

”Se upp”-ronder är en metod för att på ett strukturerat sätt tillse att varje patient har en trygg miljö och en vård som förebygger vårdskador. SeUpp är ett proaktivt arbetssätt där omvårdnadspersonal regelbundet och strukturerat bedömer och förebygger vanliga omvårdnadsproblem.

Omvårdnadsbehoven som bedöms enligt SeUpp är desamma oavsett typ av vårdenhet, men frekvensen, metoder för dokumentation och vilka patienter som omfattas av anvisningen kan variera. Både undersköterskor och sjuksköterskor kan genomföra SeUpp-rundor.

#### SeUpp omvårdnadsrunda – vårdavdelning

<b>S - smärta</b> Smärtskattning enligt NRS 0-10
<b>E - elimination</b> Behov av hjälp med toalettbesök? Kontroll av inkontinensskydd/kateter/stomi/dränage Urinmätning? Bladderscan?
<b>U - undernäring</b> Hungrig? Törstig? Illamående? Fastande? Mat- eller vätskelista? Maxdryck? Behov av dropp?
<b>P - position</b> Trycksår/risk för trycksår? Bekväm ställning? Behov av lägesändring? Vändschema?
<b>P – placering av tillhörigheter</b> Föreligger fallrisk? När du dina saker – ringklocka/telefon/rollator eller andra gånghjälpmedel/glasögon/hörapparat/annat?



## **Resultat**

Under 2024 används metoden på fyra slutenvårdsavdelningar samt på akutmottagningen.

## **Uppföljning och planering**

Fler vårdavdelningar planerar att implementerar metoden under 2025. Lärdomar från fokusveckorna har tydlig koppling till det patientnära omvårdnadsarbetet.

## **Dosdispenserade läkemedel**

### **Mål**

Tillse regelbundna uppdateringar av läkemedelslistor och korrekta dosdispenserade läkemedel för patienter i hemmiljö.

### **Bakgrund**

Journalssystemet Take Care är vårdens ordinationsverktyg för läkemedel. De patienter som har dosdispenserade läkemedel har sina ordinationer i verktyget Pascal. Att hantera två parallella system som inte kommunicerar med varandra innebär utmaningar och är ett riskområde.

När patienter i hemmet med dosdispenserade läkemedel har en ordination som är på väg att löpa ut, så skickar apoteket ut information till patienten att det är dags att förnya ett recept. Personer som beviljas dosdispenserade läkemedel har ofta en problematik som gör att de har svårt att reda sina mediciner själva. Det har förekommit att personer inte har förstått informationen och då inte heller tagit kontakt med vårdcentralen för att få förnyade recept.

### **Metod**

Under 2024 har ett projekt för att stötta patienter i hemmet med dosdispenserade läkemedel initierats av kliniska farmaceuter. Efter dialog med apoteket har påminnelse om att förnya recept samtidigt gått till patienten och till den vårdcentral där patienten är listad. På så sätt har vårdcentralen kunnat ta kontakt med patienten och varit behjälpliga med att boka besök och läkemedelsgenomgångar.

## **Resultat**

Läkare och sjuksköterskor har rapporterat nöjdhet med förändringen, och att man har utvecklat nya arbetssätt kring receptförnyelser.

## **Uppföljning och planering**

Under 2024 har det förändrade arbetssättet implementerats på Vårdcentralen Slite följt av Vårdcentralen Visby Norr. Då arbetssättet har slagit väl ut hos såväl patienter som medarbetare är målet att fortsätta att successivt inkludera fler vårdcentraler.

## **Vårdhygien och Basala hygienregler och klädrutiner (BHK)**

### **Mål**

Att uppnå en tydlig förflyttning mot målet 100% följsamhet avseende basala hygienregler och klädrutiner (BHK). Målet ingick i internkontrollplanen för 2024.

### **Bakgrund**

Vårdhygien omfattar alla de åtgärder som vidtas för att förebygga och begränsa vårdrelaterade infektioner (VRI) inom vård och omsorg. Uppdraget är att säkerställa kompetens inom sakområdet vårdhygien för Hälso- och sjukvårdsförvaltningen och Socialförvaltningen.

HSF har två hygiensköterskor på deltid för uppdraget. Hygienläkare ingår i smittskyddsläkarnas uppdrag. Biträdande smittskyddsläkare är tillika ST-läkare i vårdhygien.

### **Metod**

Arbetet med BHK har varit fokus för vårdhygien under året. Vårdhygien har genomfört utbildningar i BHK mot verksamheterna och för hygienombud. Hygienombuden har en viktig roll genom att stötta chefer i enheternas vårdhygieniska arbete och mätningar avseende BHK. Utbildningarna har varit välbesökta och uppskattade. Vårdhygien har även deltagit på ett verksamhetschefsmöte, för att tydliggöra chefernas ansvar avseende god vårdhygienisk standard och efterlevnad till BHK. Vårdhygien ingår i AT-läkarnas utbildningsprogram och i sjuksköterskornas introduktionsår. BHK har varit en del vid Stramas verksamhetsbesök. Enheternas resultat avseende BHK ingår i verksamheternas dialogsamtal med chefläkare och patientsäkerhetsstrateg.

### ***Nationell samverkan***

Vårdhygien deltar i det nationella nätverket som samordnas av Folkhälsomyndigheten. Vårdhygien ingår i kunskapsstyrningen via RAG, regional arbetsgrupp Vårdhygien Stockholm – Gotland samt deltar i Högisoleringsnätverket, Operationsnätverket, kommunala nätverksdagar samt Svensk Förening för Vårdhygiens nationella konferens. Vårdhygien ingår i Strama Gotland.

### ***Rådgivning och verksamhetsbesök***

Vårdhygien har under året varit rådgivare i arbetet med att förebygga och begränsa VRI inom HSF och SOF genom telefonrådgivning, mejl och arbetsplatsbesök.

### ***Egenkontroller och hygienronder***

Alla enheter inom HSF ska utföra egenkontroll en gång per år. Vårdhygien arbetar för att tillse att det sker i alla verksamheter. Utifrån resultat på egenkontrollerna erbjuds enheterna hygienronder.

### ***Ny- och ombyggnationer***

Samarbetet med lokalansvariga har fördjupats och utvecklats under året. Vårdhygien deltar på byggmöten och verksamhetsbesök inför ombyggnader.

En god ventilation är en lokalmässig förutsättning för god vårdhygien. För att säkra arbetet framöver har det bildats en ventilationskommitté där vårdhygien deltar.

### ***Upphandlingar***

Under året har upphandling av sjukhuskläder och operationskläder inklusive tvätt varit i fokus.

### ***Städhandboken***

En uppdaterad städhandbok har tagits fram av vårdhygien, ännu ej implementerad.

## Lokala riktlinjer

Vårdhygieniska rutiner och riktlinjer har uppdaterats fortlöpande och finns i DocPoint.

Ett större arbete har gjorts med framtagande av en vårdhygienisk rutin för operationsavdelningen.

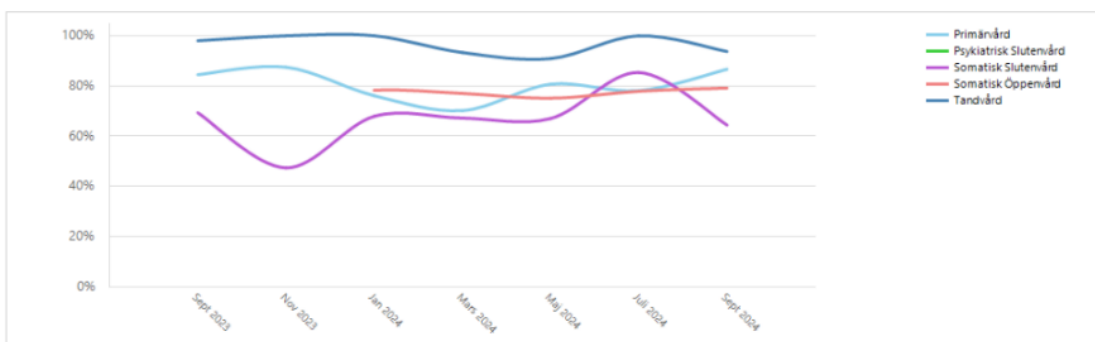
## Resultat

Mätningarna avseende BHK ligger vid slutet av 2024 på samma nivå som 2023. Således uppnåddes inte målet för Internkontrollen med en tydlig förflyttning mot 100 % efterlevnad. Det samlade resultatet under året har dock ett förbättrat medelvärde, vilket är glädjande. Som tidigare har tandvården fortsatt stabila resultat över tid och vid ett antal tillfällen uppnått målet 100 %. Flertalet mättillfällen saknar resultat från psykiatrin. Det finns ett behov av ytterligare åtgärder och insatser för att förbättra resultatet.

## Patientsäkerhet

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

Hygien och klädrutiner -Andel korrekt följksamhet  
målvärde 100%



Andel korrekt följksamhet månadsvis

	Sept 2023	Nov 2023	Jan 2024	Mars 2024	Maj 2024	Juli 2024	Sept 2024
Primärvård	85%	88%	76%	70%	81%	78%	87%
Psykiatrisk Slutenvård	69%	47%	68%	67%	67%	85%	64%
Somatisk Slutenvård	69%		78%	77%	75%	78%	79%
Somatisk Öppenvård	69%		78%	77%	75%	78%	79%
Tandvård	98%	100%	100%	93%	91%	100%	94%
<b>Totalt</b>	<b>78%</b>	<b>68%</b>	<b>77%</b>	<b>74%</b>	<b>75%</b>	<b>81%</b>	<b>76%</b>

Självskattning/observation omfattas av:

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

Målvärdet är 100%.

## Uppföljning och planering

En god följksamhet till BHK är en grund för ett patientsäkert arbete. Det är angeläget att samtliga enheter genomför mätningarna och rapporterar in sina resultat. För att förbättra efterlevnaden är fokus för det fortsatta arbetet att involvera chefer tillsammans med hygienombud.

Under 2025 kommer mätningarna avseende BHK att göras en gång per kvartal. Mätningarna kommer att ingå i ett tydligare årshjul med aktiviteter inom vårdhygien. Nationell arbetsgrupp vårdhygiens Vägledning för vårdhygieniskt arbete för att förebygga vårdrelaterade infektioner är en grund för det fortsatta arbetet. Målet är att fylla kriterierna som definierats inom projektet AntibiotikaSmart Sverige/AntibiotikaSmart Sjukhus.

Det har även påbörjats ett arbete för att strukturera om inrapporteringsverktyget för BHK. Syftet är att uppnå högre en högre detaljnivå i mätningarna och därmed få ett tydligare underlag för vilka riktade åtgärder som behöver vidtas.

## **Strama Gotland och AntibiotikaSmart Sverige**

### **Mål**

Strama Gotlands uppdrag och mål är att verka för en rationell antibiotikaförskrivning, att följa regional antibiotikaförskrivning och resistensläge på samt återföra denna information till verksamheterna. Tillse att aktuella rekommendationer och vårdprogram för profylax och behandling av vanliga infektioner vad gäller antibiotika finns tillgängliga för förskrivare. Sprida information om antibiotikaresistens och dess följd till allmänheten, samt i övrigt verka enligt nationella riktlinjer från Strama. Genom projektet AntibiotikaSmart Sverige öka kunskapen om vikten av korrekt hantering av antibiotika och inkludera fler aktörer i samhället.

### **Bakgrund**

Strama står för Samverkan mot antibiotikaresistens.

### **Metod**

#### ***Verksamhetsbesök***

Under året har Strama Gotland genomfört besök på samtliga vårdcentraler och verksamheter på Visby Lasarett för att informera om nationella nyheter och lokal statistik och ge återkoppling på enhetens förskrivningsmönster.

#### ***Utbildningar***

Under året har det omfattat AT-läkarnas introduktionsutbildning, för ST-läkarna i samband med läkemedelskommitténs utbildningar samt till alla förskrivare via Läkemedelskommitténs informationsseminarium under Antibiotikaveckan

Strama Gotland har påbörjat ett arbete med information och utbildning till förskolornas rektorer och hygienombud, sk HYFS. Träffarna har varit välbesökta och uppskattade.

#### ***Nationell samverkan***

Nationell arbetsgrupp (NAG) Strama verkar inom Programråd infektion inom kunskapsstyrningen. Folkhälsomyndigheten har en samverkansgrupp för Strama-arbete samt sammanställer förskrivningsdata av antibiotika på regionnivå. I varje region finns en lokal Stramagrupp. Medlemmar i Strama Gotland har deltagit i Stramas höstutbildning, i Stramas dag för apotekare samt i den årligen återkommande nationella grundutbildningen i lokalt Stramaarbete.

#### ***AntibiotikaSmart Sverige***

Projektet AntibiotikaSmart Sverige hålls samman av Folkhälsomyndigheten och Strama med fler nationella aktörer. Målet är att ta fram checklistor för att underlätta för verksamheterna att arbeta systematiskt kring mätningar och åtgärder inklusive följsamhet till Stramas riktlinjer. AntibiotikaSmart Sverige bygger på att respektive verksamhet har ett engagemang för frågorna och aktiv tar till sig det utförliga material som finns på projektets hemsida. Arbetet lokalt hålls samman av Strama Gotland, men begränsade resurser påverkar tiden som kan läggas på projektet. Information om projektet har lyfts till politiker, förvaltningschefer och verksamheter. Vid slutet av 2024 hade ett antal verksamheter anmält intresse att delta i projektet.

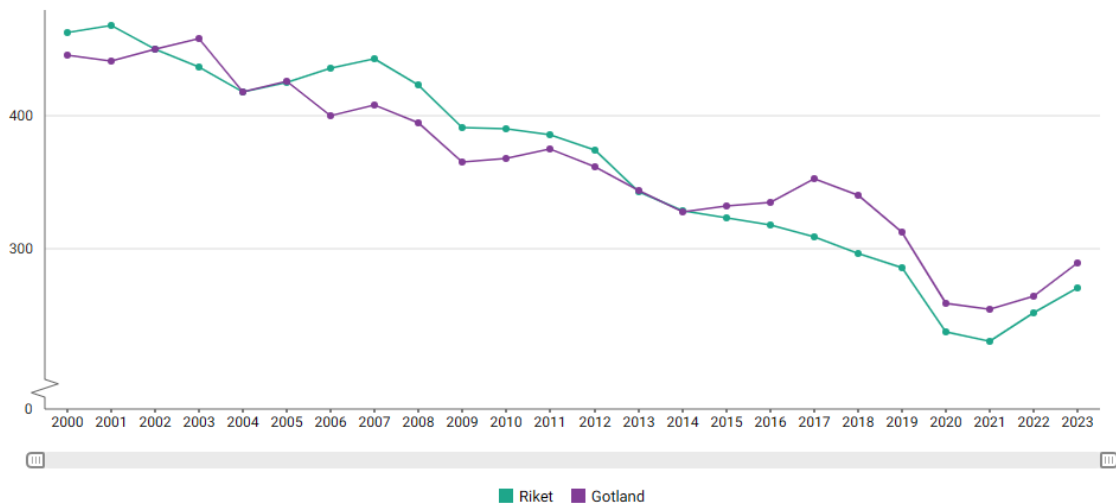
#### ***Utveckling beträffande antibiotikaförskrivning***

Efter den tydliga minskningen under pandemin är trenden att förskrivningen av antibiotika ökar nationellt. Orsaken är sannolikt multifaktoriell och bedöms bero på ökad exponering i samhället, ökat resande och fler åtgärder inom vården.

På Gotland är förskrivningen till barn 0-6 år och inom tandvården låg i jämförelse med riket. För de allra äldsta över 85 år ses en minskning av förskrivningen på Gotland jämfört med nationella siffror. I övriga åldersgrupper är förskrivningen på Gotland högre än rikets genomsnitt.

Stramas nationella mål är en förskrivning på max 250 recept/1000 invånare och år. 2024 förskrevs 289 recept/1000 invånare på Gotland, att jämföra med det nationella genomsnittet på 271 recept/1000 invånare under samma period.

Försäljning efter region och år. Recept per 1000 inv, J01 exkl metenamin



## Resultat

Vårdcentralerna har en central roll i arbetet för korrekt och minskad förskrivning av antibiotika enligt Stramas riktlinjer. Sedan 2023 får vårdcentralerna ersättning från Strama baserat på uppnådda kvalitetsmått gällande diagnoskopplad data avseende antibiotikaförskrivning ur Primärvårdskvalitet, samt två processmål med syfte att uppnå en fördjupad insikt och ge utrymme för egen reflexion inom området infektioner och antibiotikaförskrivning.

Fyra av sex vårdcentraler i regionen uppfyllde samtliga mål.

## Uppföljning och planering:

Under 2025 breddinförs Infektionsverktyget, ett journalintegrerat system för kontinuerlig registrering av vårdrelaterade infektioner (VRI).

Strama verkar för att fortsatt successivt implementera de olika delarna i ”Antibiotikasmart Sverige”.

Analysera och påbörja ett riktat arbete med de förbättringsområden som identifierades i rapporten ECDC-PPM, den europeiska punktprevalensmätning i slutenvården som genomfördes 2023.

## Projektet "Sköra äldre på akuten"

### Mål:

Ett integrerat arbetssätt med förståelser för den äldre multisjuka patientens problematik och förbättra omhändertagandet av patientgruppen. Projektet drivs av en projektledare.

### Bakgrund:

Sköra och multisjuka äldre utgör en betydande och snabbt växande andel i befolkningen, vilket inte minst påverkar sjukvårdens arbete och belastning. Sjukvård arbetar i stor utsträckning utifrån indelning i de olika medicinska specialiteterna med fokus på organ – diagnos - behandling. Detta synsätt är svårt att tillämpa i mötet med patienter med sammansatta somatiska och sociala behov. Det blir särskilt tydligt när sköra äldre, som ofta har en problematik som kan omfatta fler medicinska specialiteter anländer till akutmottagningen.

### Metod:

För djupare förståelse för olika aktörers utmaningar och frågeställningar har projektledaren genomfört informations- och dialogmötet med akutmottagningen, läkargrupper med akutvårdsuppdrag, primärvård och personal från SOF. Fokus har varit situationsanpassade medicinska bedömningar och arbetssätt, medicinetiska aspekter kring rimliga mål med behandlingar och hänsyn till patientens medbestämmande och egna önskemål.

Akutmottagningen har infört en rutin för screening för skörhet för alla patienter  $\geq 80$  år. De som fångas i screeningen får en anpassad handläggning med fokus på rimliga och avvägda medicinska insatser, tidiga omvårdsinterventioner och snabb inläggning. För att möjliggöra statistik och utvärdering kodas handläggningen enligt ICD-10 "Skör äldre".

På vårdavdelningar har läkemedelsgenomgångar prioriterats för patientgruppen. Insatser har gjorts för att stärka multiprofessionellt omhändertagande under vårdtiden.

För att informera om projektet och involvera primärvården var "Sköra äldre" tema för ett av årets distriktsläkarforum tema.

\*Geriatrisk Riskprofil – GRP

		Poäng	Bedömningspoäng
1	<b>Fem eller fler läkemedel</b> Alla läkemedel, vid behov, receptfria	1	
2	<b>Social situation</b> (1 poäng oavsett alternativ) <ul style="list-style-type: none"><li>• Bor ensam</li><li>• Har behov av hjälp från annan person avseende personlig omvårdnad</li></ul>	1	
3	<b>Svårigheter att gå eller förflytta sig/har nyligen fallit</b> Kan patienten gå på plan mark och i trappa utan hjälpmedel?	1	
4	<b>Kontakter med vården</b> (1 poäng oavsett alternativ) <ul style="list-style-type: none"><li>• Varit inlagd på sjukhus inom de senaste 3 månaderna</li><li>• Sökt akuten de senaste 30 dagarna</li><li>• 5 eller fler läkarbesök vårdcentral/mottagning senaste året</li></ul> Annat högfrekvent kontaktsökande	1	
5	<b>Kognitiv svikt</b> (desorienterad, demenssjukdom, konfusion/förvirring) eller <b>psykisk oro</b>	2	
<b>Summa:</b>			

**Resultat:**

Sedan uppstart av projektet i slutet av 2023 finns en tendens till något kortare ledtider på akuten för samtliga patienter över 80 år generellt.

Registrering av sköra äldre på akutmottagningen visar att 95 - 100 % av besöken lett till inskrivning. Detta ger stöd åt uppfattningen att sköra äldre patienter med stor sannolikhet är i behov av inläggning och därav bör handläggas skyndsamt.

Hälften av läkemedelslistorna har justerats i någon grad hos granskade inlagda sköra äldre, vilket styrker att läkemedelsgenomgångar under vårdtiden är ett angeläget område.

**Uppföljning och planering:**

Projektet har påvisat behov av förändrade arbetssätt som främjar personcentrad vård av sköra äldre. Till utmaningarna hör att etablerade arbetssätt och journalsystem främjar fragmentisering av vården mer än underlättar samsyn. För sjukhusets vårdavdelningar finns ett behov av att strukturera upp redan befintliga multidisciplinära vårdinsatser.

Analys avseende den förväntade utvecklingen av demografin styrker att projektet ”Sköra äldre” är angeläget och långsiktigt.

**Införande av NRFit****Mål:**

Ökad patientsäkerhet genom att minska risken för att patienter får läkemedel i fel infart.

**Bakgrund:**

2022 beslutade sjukvårdsdirektörernas nätverk att rekommendera regionerna ett samordnat införande av den nya ISO-standarden 80369-6 NR-fit (NRFit) i Sverige för neuroaxiala tillbehör. Den nya standarden gäller katetrar och kanyler som används för åtgärder inom nervsystemet, som till exempel ryggmärgsbedövningar och nervblockader. Förändringen görs för att minska risken för läkemedel i fel infart. Misstag har varit möjliga då den så kallade luerkopplingen som vanligtvis kopplar katetern eller infarten till sprutan varit samma för intravenösa infarter som för neuroaxiala infarter. Den nya kopplingen, NRFit, passar bara till de nya sprutorna för bland annat epidural och spinal användning och kan inte kopplas till infarterna för intravenöst bruk eller omvänt.

**Metod:**

Via SKR beslutade samtliga regioner att genomföra bytet under hösten 2024.

Lokalt hölls arbetet ihop av en projektgrupp. Inför bytet gjordes en sammanställning av produkter för att tillse att samtliga enheter kunde beställa nytt material i god tid. Växlingen till NRFit genomfördes i september, synkroniserat med Region Stockholm på grund av gemensam upphandling av material.

AnOpIVA ansvarade för att ta emot överblivet material av luertyp. Det togs även fram enkla affischer, avsedda att sättas upp på förrådsdörrar, för att påminna om bytet.

## Byte till NRFit vecka 39



### Resultat:

Projektet utvärderades via en enkät som påvisade att bytet skedde till största delen problemfritt med vissa utmaningar att få fram rätt material i tid.

Bytet till NRFit bidrar till ökad patientsäkerhet genom minskad risk för läkemedel i fel infart.

## Säker vård här och nu

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

### Är vården säker idag

#### Gröna korset

#### Mål

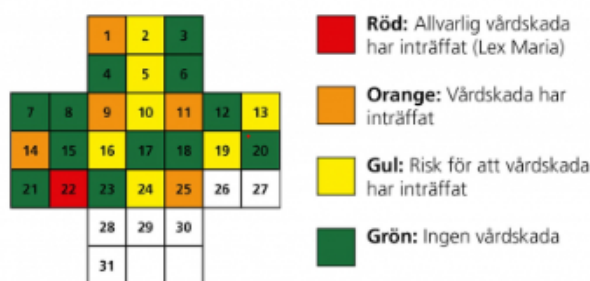
För att tillse en avsatt tid och en plattform för patientnära dialog kring patientsäkerhet så har metoden Gröna korset införts i HSF:s verksamheter. Målet för 2024 har varit att utveckla och förvalta metoden.



## Metod

Avstämningar enligt Gröna korset innebär att arbetsgruppen samlas för att diskutera patientsäkerhetsrisker och fånga eventuella risker, tillbud eller negativa händelser under arbetspasset. Dialogen ska leda till att inträffade händelser rapporteras och analyseras vidare i avvikelssystemet Flexite. Dialogen syftar även till ökad förståelsen för patientsäkerhetsrisker på den egna enheten och att inkludera samtliga medarbetare i enhetens förbättringsarbete för ökad patientsäkerhet.

För att stödja enheterna med att införa och utveckla metoden har det under året genomförts två grundutbildningar i metodiken. Patientsäkerhetsstrateg och utvecklingshandledare från Kvalitetsenheten har besökt verksamheter för att ge praktiskt stöd till enheter som har haft svårigheter att sätta struktur för metoden. Patientsäkerhetssamordnare har under året genomgått utbildning för att kunna erbjuda verksamhetsnära stöd.



## Resultat

I samband med införandet användes en självskattningsskala graderad från ett till fem för att bedöma takten av implementeringen. Under året har fyra självskattningar genomförts. I december 2024 självskattade 75% av alla enheter att metoden Gröna korset användes regelbundet. Enstaka enheter har haft utmaningar med att hitta formerna för avstämningar, eller har tappat strukturen på grund av chefsbyte eller andra utmaningar på enheten. Nio enheter har inte självskattat någon gång under året men metoden används på majoriteten av dessa.

Införandet av metoden har visat påtagliga förbättringar i säkerhetskulturen. Rapporterade risker och vårdavvikelser lyfts på ledningsgrupp och/eller i patientsäkerhetsråd samt på APT. Genom arbetet med Gröna korset har det blivit enklare att identifiera ofta återkommande risker och därmed en ökad tydlighet avseende vilka insatser som behövs göras för att minimera riskerna. Det kan innebära att ordna internutbildningar eller tillse att rutiner och arbetssätt uppdateras för att minska riskerna. Det har också underlättat framtagandet av åtgärdsplaner, och på så sätt bidragit till ett aktivt arbete för att minska antalet risker på enheten. När patientsäkerhet genom Gröna korset blir en självklar del av arbetsmiljön har det skett en viktig utveckling av patientsäkerhetskulturen. Det är också viktigt att identifiera och lyfta de dagar när allt arbete har fungerat bra utan risker eller avvikelser och låta det inspirera och stärka arbetsgruppen.

Enligt självskattningen inkluderade 68% av enheterna patienterna i arbetet varför metoden också har bidragit till att öka patientmedverkan i vården.

Vissa enheter har tagit initiativ till att vidareutveckla metoden Gröna korset till att omfatta även frågor som rör arbetsmiljö och BHK, som ett stöd att få syn på andra risker och utmaningar i det patientnära arbetet.

## Uppföljning och planering

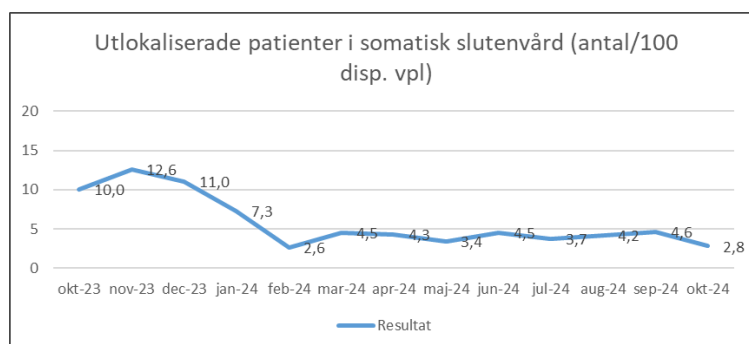
Enheternas deltagande i Gröna korset kommer från och med 2025 att utvärderas två gånger per år, maj och november, via en modifierad självskattningsskala med mer fokus på att stötta enheterna att fortsätta arbeta med metoden för att säkra det patientnära patientsäkerhetsarbetet. Utbildning i metoden kommer att hållas på gruppnivå en gång per termin och efter behov till de enheter som behöver stöd.

Utmaningarna framöver är framför allt uthållighet från cheferna att vidmakthålla metoden och tillse ett schema som möjliggör högt deltagande för samtliga yrkesgrupper.

## Vårdplatser

### Utlokaliserade patienter

Enligt Socialstyrelsen innebär utlokalisering av patienter en ökad risk för vårdskador. Sannolikheten för vårdskada är 60 % högre för en patient som vårdas på en utlokaliserad plats. Orsaken bedöms bero på att det inte alltid finns tillräcklig kompetens och kapacitet för att möta patientens behov. I nationell jämförelse har Visby lasarett haft en hög andel utlokaliserade patienter. För att åtgärda detta har det under hösten 2023 genomförts en omflyttning av vårdavdelningar. Omflyttningen har medfört en minskning av antalet utlokaliserade patienter vilket ger bättre förutsättningar för patientsäker vård.



## Riskhantering

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

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

Risکانalyser ska ske verksamhetsnära och genomförs i stor utsträckning men upplevelsen är att i vissa fall har risکانalysen skett sent i förloppet när det kan uppfattas som om alla viktiga beslut redan är klara och inte går att påverka. Det är angeläget att en risکانalys även tydliggör de möjligheter som en förändring kan innebära både utifrån ett arbetsmiljöperspektiv såväl som patientsäkerhet.

Det finns ett behov av att tydliggöra hur patientsäkerheten beaktas i arbetet med risکانalyser.

## Stärka analys, lärande och utveckling

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



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

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

### Avvikelser

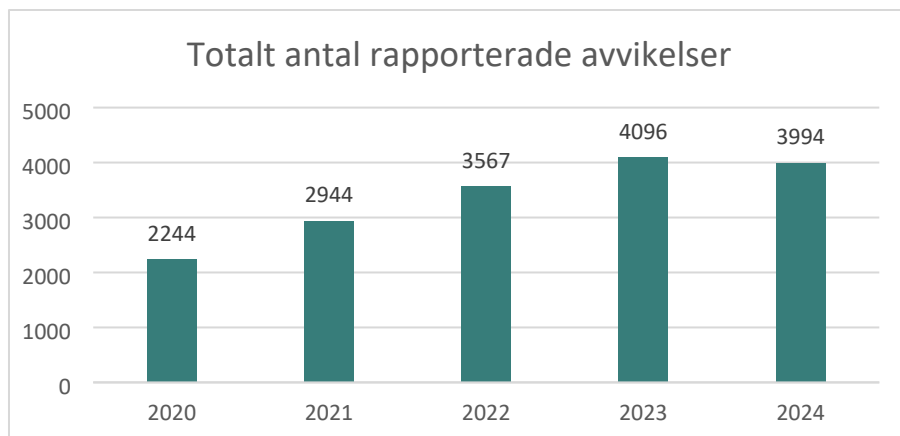
*PSL 2010:659, 6 kap. 4 §, SOSFS 2011:9 5 kap. 5 §, 7 kap. 2 § p 5*

Region Gotland hanterar alla avvikelser som rör Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) i avvikelssystemet Flexite. Det är tydligt och känt för varje medarbetare att det ingår en skyldighet att rapportera en avvikelse när man får kännedom om en inträffad vårdskada eller risk för vårdskada. I introduktionen av nya medarbetare ingår information om skyldigheten att rapportera risker och inträffade händelser. Som stöd har en film tagits fram för att informera om hur rapporter görs i systemet Flexite.

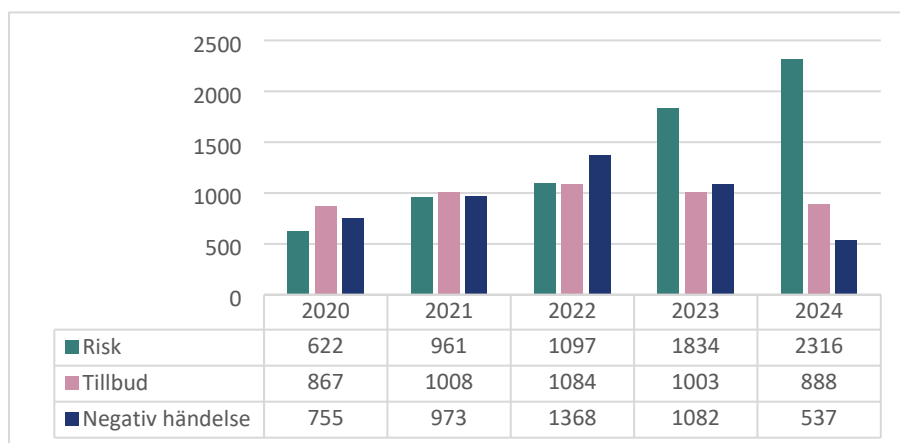
Under 2024 hanterades 3994 avvikelser i Flexite. Antalet rapporterade avvikelser är i princip oförändrat jämfört med 2023. De senaste två åren ses en utplaning av antalet avvikelser vilket kan tolkas som att den effekt av Gröna korsets införande år 2020 som genererade en markant ökning nu istället speglar ett aktivt patientsäkerhetsarbete och att avvikelser skrivs regelbundet när risk eller tillbud inträffar.

Att hantera och avsluta avvikelser i tid är en viktig del i patientsäkerhetsarbetet, eftersom minnet och upplevelsen av händelsen påverkas med tiden. För en patient och/eller närstående som har drabbats av en vårdskada kan det vara en viktig del i läkandet att veta att vårdgivaren tar händelsen på allvar, att det görs en utredning som klargör vad som inträffat och att det åtgärderna syftar till att tillse ett lärande i organisationen så att ingen annan ska behöva drabbas.

Av de inrapporterade avvikelserna ligger vid årets slut 255 med status ”för analys”. Det är en ökning från 2023. En orsak till att avvikelser ligger kvar ”för analys” kan vara arbetssättet för hur avvikelserna hanteras i systemet. Uppfattningen är att de flesta chefer har god kännedom om inkomna avvikelser. Under året har det dock varit en relativt stor omsättning på chefer vilket kan ha påverkat hanteringen av avvikelser. Patientsäkerhetsstrategi samt patientsäkerhetssamordnare erbjuder utbildning och chefsstöd i hanteringen.

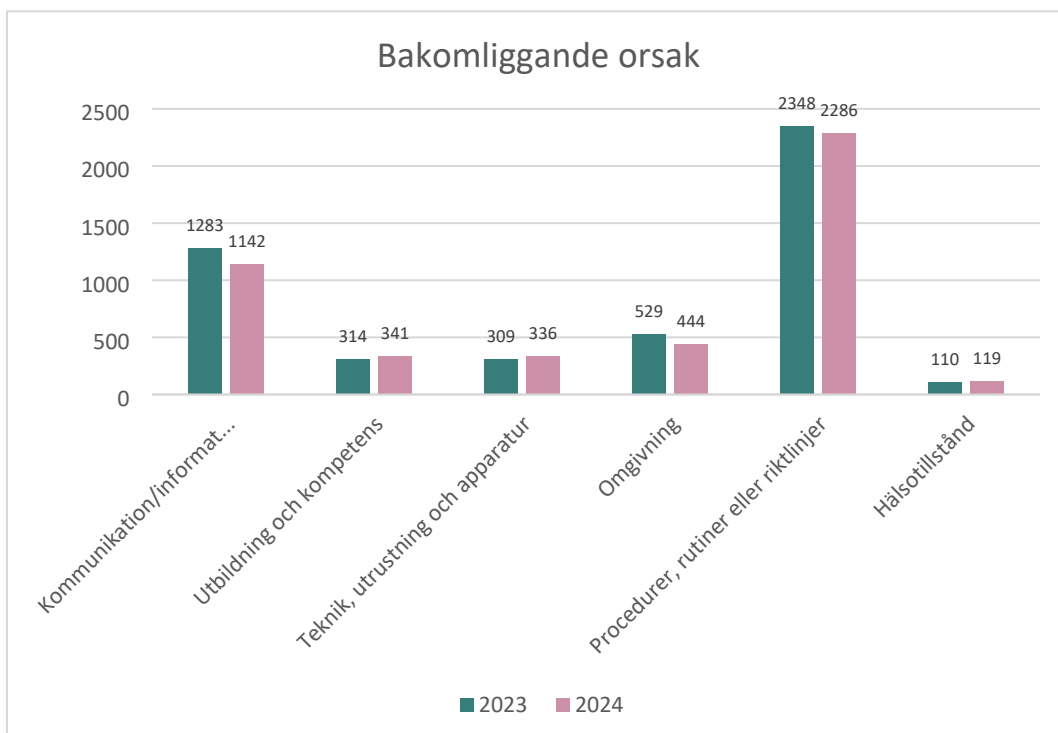
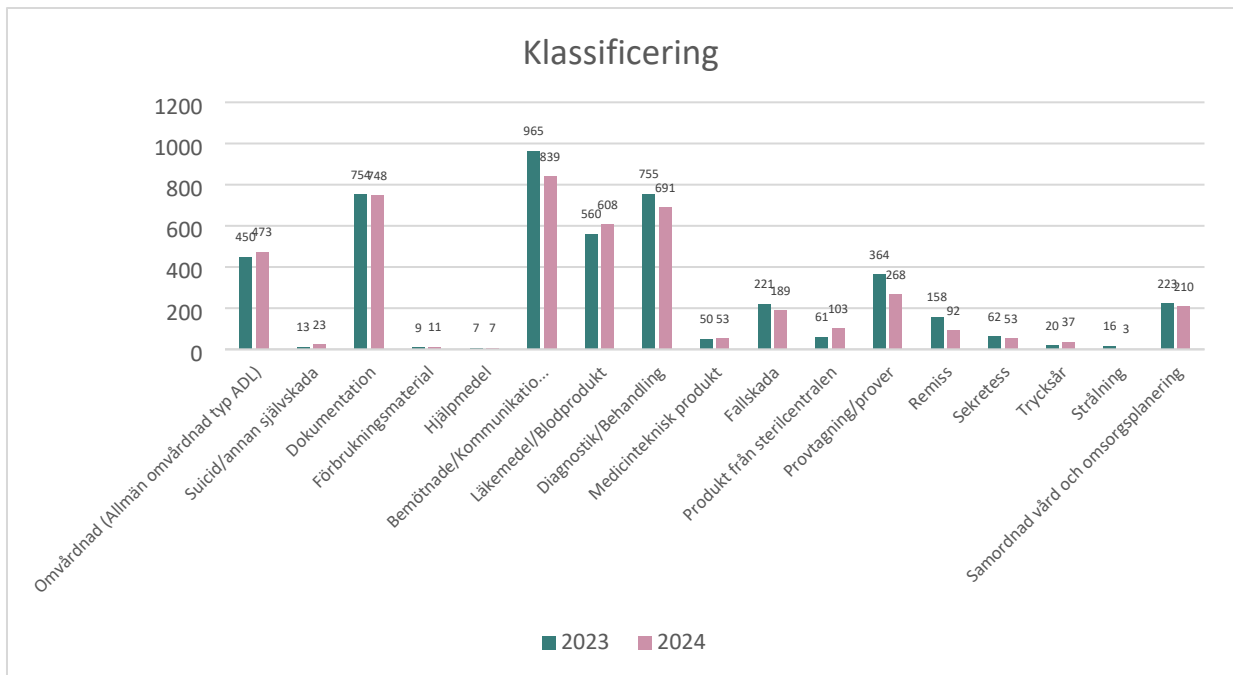


Det har gjorts insatser för att tydliggöra hur en inträffad händelse ska klassificeras. En succesiv förflyttning har uppnåtts genom information och utbildning och resultatet är en större samsyn avseende tolkning av risk, tillbud och negativ händelse. Förändringen innebär ett bättre statistiskt underlag och underlättar på så sätt arbetet med patientsäkerhet.



De vanligaste orsakerna till att en avvikelse skrivs är fortsatt när det brister i ”Bemötande och kommunikation” följt av ”Dokumentation” samt ”Diagnostik och behandling”. Även avvikelser som rör ”Läkemedel” fortsätter att ligga högt. De bakomliggande orsakerna till att det uppstått en risk eller inträffat en händelse är att man inte har följt procedurer, rutiner och riktlinjer följt av kommunikation och information.

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



## Klagomål och synpunkter

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

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen bedriver en bred verksamhet vilket även speglas i de synpunkter som inkommer. Kännedom om att något har inträffat är av stort värde för vården. Inkomna synpunkter ger lärdomar som kan leda till förbättringsförslag.

Synpunkternas innehåll varierar stort. De är i vissa fall utförligt beskrivna och berör en specifik händelse och upplevelse men i andra fall av mer övergripande och allmän karaktär.

Det finns i dagsläget fler vägar in för att lämna synpunkter. En medborgare kan ta direktkontakt med sin vårdgivare, ge synpunkter via 1177Direkt eller använda sig av hemsidans e-tjänst ”Lämna dina synpunkter”. Patienter som upplever svårigheter med att få kontakt med vården eller som önskar stöd med att uttrycka sig kan framföra klagomål och synpunkter på vården med stöd av Patientnämnden (PAN). Det går också att framföra ett klagomål direkt till IVO.

Patientklagomål som inkommer direkt till verksamheterna, via 1177Direkt eller via e-tjänsten ”Lämna dina synpunkter” på Region Gotlands hemsida ska enligt befintlig rutin registreras och hanteras i avvikelssystemet Flexite.

Totalt inkom 61 klagomål till vården via e-tjänsten 2024 vilket är en oförändrad siffra mot 2023. Antalet synpunkter som rör klagomål ligger i princip på samma nivå som 2023 men har ökat sedan 2022 och utgör ca 60% av alla inkomna synpunkter. Övriga icke-kategoriserade synpunkter fortsätter att sjunka och utgör nu endast 10% istället för 42% 2022. Det förklarar ökningen av klagomål och får anses positivt att synpunktslämnarna aktiv tar ställning till vilken typ av synpunkt som de önskar framföra. Klagomålen handlar främst om bemötande och behandling i samband med kontakt med sjukvården.

Antalet beröm som inkommer ligger på ungefär samma nivå och handlar som tidigare år mestadels om fint omhändertagande och god vård.

Vanligtvis vill synpunktslämnarna bli kontaktade och få ett svar men de kan också välja att vara anonyma. Under 2024 har 22 synpunkter lämnats anonymt.

Förvaltningen hanterar överlag inkomna synpunkter inom rimlig tid. Vid årsskiftet fanns 11 obesvarade synpunkter varav tre inkom under december och juledigheter.

Det finns fortsatt en spretighet i hantering och registreringen av klagomål vilket försvårar statistik och analys av inkomna klagomål, varför det är ett förbättringsområde och kan komma att omfattas av upphandlingen av ett nytt avvikelshanteringssystem.

### **Ärenden som inkommit via patientnämnden(PAN)**

I statistiken för hälso- och sjukvårdsnämnden ingår även verksamheter som har avtal med hälso- och sjukvårdsnämnden. Siffor inom parentes är 2023 års uppgifter.

Under 2024 inkom 320 (338) klagomål som rör hälso- och sjukvårdsnämnden. Det är en minskning med 5,6 % jämfört med 2024. En (två) patienter med tvångsvård har fått en stödperson.

Patientnämnden har begärt in 212 (220) yttranden med svarsdatum under 2024. Vården har fått fyra veckor på sig att svara.

De klagomål som inkommer där PAN inte begär yttrande kan ha olika anledningar. Orsaken kan vara att den klagande vill vara anonym eller att en klagande är nöjd med att klagomålet återkopplas till vården men inte önskar något yttrande. Det finns fall där patienter anger att de valt att vara anonyma av oro för att få sämre vård. Även klagomål där den klagande tar kontakt och säger att de ska inkomma med skriftligt underlag men sedan inte gör det räknas som ett klagomål i PAN´s statistik.

Svarstiderna har försämrats något under 2024 jämfört med 2023.

### **Klagomål via Inspektionen för vård och omsorg (IVO)**

Patienter och närstående har även möjlighet att framföra klagomål på vården direkt till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Under 2024 har fem (fem) ärenden inkommit via IVO.

## **Öka riskmedvetenhet och beredskap**

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

Den allt osäkrare omvärlden med krig i Europa och påverkan på viktig infrastruktur har påvisat behovet av att uppnå förflyttningar avseende verksamheternas riskmedvetenhet och beredskap för störningar.



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

Verksamheterna tillser att öka sin motståndskraft mot störningar genom att identifiera områden med behov av reservrutiner.

Genom att delta i övningar och utbildningar inom katastrofmedicin ökas förmågan att hantera särskilda händelser. Övningar behöver omfatta samtliga nivåer i organisationen för att tillse gott omhändertagande av drabbade men även säkra tydliga strukturer för stabsarbete och samarbete på lokal, regional och nationell nivå.

Arbetet med att stärka den katastrofmedicinska beredskapen planeras och följs upp via enheten HSF Beredskap och beskrivs utförligare i HSF:s Verksamhetsberättelse för 2024.

## MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

En ny regional handlingsplan för patientsäkerhet för 2025 har tagits fram. Ambitionen är att handlingsplanen ska vara ett stöd för verksamheterna i det fortsatta arbetet med patientsäkerhet. Handlingsplanen beskriver det önskade läget och lyfter fram prioriterade aktiviteter för att uppnå önskvärd förflyttning.

Varje verksamhet och enhet har ett ansvar att identifiera och påtala patientsäkerhetsbrister, vilket ska resultera i en åtgärdsplan i den egna verksamheten eller lyftas till nästa nivå för åtgärder på övergripande nivå. En god och säker vård förutsätter ett aktivt arbete med att identifiera patientsäkerhetsrisker. Otydliga rutiner och ansvarsområden är kända riskområden och utgör fokus för ett strukturerat och prioriterat arbete på samtliga nivåer.

Patientsäkerhet är ytterst en fråga om patientsäkerhetskultur. I en organisation med god patientsäkerhetskultur genomsyras arbetet av ett tillåtande och icke-skuldbeläggande förhållningssätt. Som stöd för att bedöma verksamhetens mognad för god och säker vård finns patientsäkerhetskulturtrappan. Medarbetare ska känna trygghet och stöd från sin chef att rapportera risker eller oönskade händelser. En del i den önskvärda förflyttningen är att chefer och medarbetare prioriterar och aktivt deltar i Gröna korset och att patientsäkerhet diskuteras i arbetsgruppen på ett öppet och ärligt sätt med fokus på systemnivå. På så sätt blir verksamhetens deltagande i Gröna korset ett mått på patientkulturen. Ledningsgrupper och APT är andra forum för att diskutera patientsäkerhetskultur och öka förståelsen för de patientsäkerhetsrisker som finns i verksamheterna.

Vid introduktion av nya medarbetare och via fortlöpande utbildningar är det angeläget att tillse att medarbetarna har förståelse för patientsäkerhetsrisker samt kunskap att rapportera avvikelser. Det har under året tagits fram en kort och enkel film som riktar sig till samtliga medarbetare som ett stöd hur en avvikelserapportering går till. Filmen finns tillgänglig vid Hälso- och sjukvårdsförvaltningens hemsida/Insidan.

Socialstyrelsen tillgängliggör en nationell e-utbildning ”Säker vård”. Utbildningen ger en viktig grund för patientsäkerhetsarbete samtidigt som den väcker frågeställningar och dilemman. Samtliga verksamhetschefer och enhetschefer uppmanas att gå utbildningen.

Chefer på samtliga nivåer har ett ansvar att tillse och följa upp att medarbetarna har tagit del av utbildningar i patientsäkerhet. Andelen medarbetare som deltagit utbildningar i patientsäkerhet blir ett mått på chefens engagemang.

Vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Patientlagen är en bas för fortsatt arbete med personcentrerad vård och fast vårdkontakt. Safety netting är en metod som är framtagen för att öka patientens delaktighet i den egna vården. Implementering av arbetssättet har påbörjats inom primärvården.

Patienter som är informerade och engagerade i sin vård kan bidra till att göra vården både säkrare och mer relevant för patienten. Det informationsmaterial som är framtaget, ”Din säkerhet i vården”, ska spridas via affischer och broschyrer där patienterna vistas.

Vårdavvikelser ger viktiga signaler om risker och brister i vården varför handläggning ska ske inom angivna tidsgränser. Följsamheten till att hantera avvikelser i tid följs via regelbunden statistik. Att hantera och avsluta avvikelser i tid är en viktig del i patientsäkerhetsarbetet, eftersom minnet och upplevelsen av

händelsen påverkas med tiden. För en patient och/eller närstående som har drabbats av en vårdskada kan det vara en viktig del i läkandet att veta att vårdgivaren tar händelsen på allvar, att det görs en utredning som klargör vad som inträffat och att det åtgärderna syftar till att tillse ett lärande i organisationen så att ingen annan ska behöva drabbas.

Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvården. Resultaten används för att förstå vad som bidrar till säkerhet, hållbarhet, önskvärd flexibilitet och goda resultat. På så sätt kan verksamheten utvecklas så att kvaliteten och säkerheten ökar och risken för vårdskador minskar. Felhändelser som identifierats vid utredning av en vårdskada ligger till grund för en åtgärdslista. Samtliga åtgärder förankras i verksamheterna i samband med att en utredning återlämnas för att tillse att rätt åtgärder identifierats och för att gemensamt ta fram en plan för hur arbetet ska tas vidare. Det finns ett behov av att stärka strukturen avseende uppföljning av identifierade åtgärder.

Uppdaterade och tillgängliga rutiner och riktlinjer är en central del för patientsäkerheten. Varje verksamhet har ett ansvar att uppdatera sina dokument. Förvaltningen av dokumenthanteringssystemet DocPoint har blivit eftersatt vilket har resulterat i en otydlig dokumenthierarki. En arbetsgrupp är tillsatt för att bygga en struktur som stämmer med aktuell organisation och arbetssätt. Målet är att identifiera åtgärder som ger ökad användarvänlighet och säkerställa att förvaltningens dokumenthanteringssystem möter vårdens behov och lagkrav.

Det fördjupade arbetet med fokusveckor i omvårdnad har påvisat variationer och ofullständig dokumentation, varför det är prioriterade områden. Det fortsatta arbetet innebär att skapa en samsyn avseende bedömning och dokumentation av omvårdnadsrisker. Fokusveckorna resulterade i viktiga insikter och ambitionen är att fortsätta utveckla arbetssättet under kommande år. Genom ökad följsamhet till sjukvårdsövergripande rutiner minskas variationerna avseende bedömning och dokumentation.

En säker kommunikation är korrekt, avgränsad, kommer vid lämpligt tillfälle och innehåller det som är viktigt för mottagaren. Den ska fungera i alla led och vid alla tillfällen så att all personal har en gemensam bild av situationen. Metoden ger möjlighet att utan omskrivningar kommunicera tydliga rekommendationer och kan öka patientsäkerheten genom att hela personalens kompetens tas tillvara. Metoden SBAR har utvecklats för att omfatta såväl akuta som icke-akuta situationer. Metoden används i viss utsträckning idag men behöver etableras som enhetligt kommunikationsverktyg genom utbildningar och fickkort.

Gröna korset är den metod som organisationen har valt som bas för patientsäkerhetsarbetet korset där tid finns avsatt för att diskutera patientsäkerhet i vardagen. Cheferna har ansvar att skapa förutsättningar för samtliga medarbetare, inklusive läkargruppen, att delta vid avstämningar enligt Gröna korset. Patientsäkerhetssamordnare, patientsäkerhetsstrateg och utvecklingshandledare i vårdkvalitet finns som stöd för enheterna. Andelen enheter som regelbundet använder metoden Gröna korset följs upp via självskattningsverktyget.

För att följa antalet vårdrelaterade infektioner och indikationskopplad förskrivning återaktiveras Infektionsverktyget under 2025. I verktyget ingår ett rapporteringssystem där verksamhetschefer kan följa och validera sina mätvärden. Infektionsverktyget blir på så sätt en del av verksamheternas ledningssystem och egenkontroll. Införandet av Infektionsverktyget är också en del i arbetet för att delta i det nationella projektet AntibiotikaSmart Sjukhus.

En god följsamhet till BHK är en grund för ett patientsäkert arbete. Det är angeläget att alla enheter genomför mätningarna och rapporterar in sina resultat. För att förbättra efterlevnaden är fokus för arbetet att involvera chefer tillsammans med hygienombud. Under 2025 kommer mätningarna avseende BHK att struktureras om. Syftet är att uppnå högre detaljnivå i mätningarna och därmed synliggöra åtgärder som behöver vidtas.

Verksamheterna tillser att öka sin motståndskraft mot störningar genom att identifiera områden med behov att förtydliga reservrutiner. Genom att delta i övningar och utbildningar inom katastrofmedicin ökas förmågan att hantera särskilda händelser. Övningar behöver omfatta samtliga nivåer i organisationen för att tillse gott omhändertagande av drabbade men även säkra tydliga strukturer för stabsarbete och samarbete på lokal, regional och nationell nivå. Arbetet med att öka verksamheternas förmåga att arbeta under störning och höjd beredskap är prioriterat.

