

Utvärdering av medicinsk vårdkvalité i tjänsten Min vård Gävleborg

Region Gävleborg lanserade i maj 2022 den digitala tjänsten Min vård Gävleborg där länets invånare erbjöds en ny metod för medicinsk bedömning som kunde nås via vårdtjänsten 1177. Från starten har tjänsten systematiskt utvärderats och justerats, för att identifiera och åtgärda brister som lett till vårdskada eller risk för vårdskada.

Av 13 573 patientärenden som passerade tjänsten Min vård Gävleborg under dess första tre månader, har vårdskada eller risk för vårdskada upptäckts i mindre än 0,5 procent av ärendena. Inget har lett till en Lex Maria anmälan.

Inledning och syfte

Undersökningen omfattar 10 608 unika patienter, (13 573 ärenden) som använt den digitala tjänsten Min vård Gävleborg, under dess första tre månader, mellan den 4 maj och 7 augusti 2022.

Det primära syftet med undersökningen har varit att utvärdera den digitala tjänstens påverkan på det medicinska omhändertagandet av patienterna. Undersökningen syftar även till att analysera användningen av tjänsten, både vad gäller patienters sökmönster och vårdpersonalens arbetssätt. Eftersom tjänsten Min vård Gävleborg är ny och innehåller delar som inte är medicinskt validerade, exempelvis triagemotorn, så krävs fortsatt utvärdering även efter denna utvärdering.

Den så kallade triagemotorn är startpunkten i tjänsten för patienter som söker vård för nya symtom. Triagemotorn innehåller en stor mängd olika flöden för olika besvär med hänvisningsregler, som syftar till medicinska bedömningar och hänvisningar till brådskandegrad och optimal vårdnivå inom hela sjukvården i Region Gävleborg. Under testperioden har 76 procent av de 13 573 ärendena hanterats av sjuksköterskor via telefonrådgivningen 1177, vilka använt triagemotorn som ombud åt patienter, så kallad *assisterad triage*. En mindre andel patienter har själva använt tjänsten i Min vård Gävleborg, så kallad *auto triage*. Den digitala vårdtjänsten Min vård Gävleborg kan man nå från webbplatsen 1177.se, men det är en fristående digital vårdtjänst från Region Gävleborg.

I den upphandlade tjänsten Min vård Gävleborg ingick en triagemotor baserad på beslutstödet för vårdguiden 1177. Triagemotorn har sedan anpassats för Region Gävleborg och fortlöpande reviderats av Region Gävleborgs triagemotorgrupp bestående av sex läkare och sjuksköterskor.

Användningen av tjänsten Min vård Gävleborg har från starten utvärderats fortlöpande, med muntliga rapporter till hälso- och sjukvårdsledningen. Från starten har tjänsten också förändrats och reviderats kontinuerligt. Denna

utvärdering sammanfattar de tre första månadernas användning och inkluderar även en strukturerad journalgranskning.

Ansvariga utredare har varit Simon Nilsson, medicinsk ledningsansvarig läkare (MLL) inom verksamhetsområde Digital vård, samt chefläkare Agneta Larsson, båda vid Region Gävleborg.

Vårdskada definieras enligt patientsäkerhetslagen som "lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården".

Sammantaget har de muntliga rapporterna tillsammans med denna skriftliga utvärdering utgjort underlag för beslut om fortsatt drift.

Metod

I princip har två olika metoder använts parallellt i analysen.

Metod 1

I den ena metoden har analysteamet dagligen hanterat alla klagomål och avvikelser som kommit in genom:

1. Traditionell avvikelshantering som skett genom Region Gävleborgs avvikelsevenktyg, Platina.
2. Återkopplingar som getts av personal direkt i den digitala tjänsten Min vård Gävleborg.
3. Ärenden, klagomål, synpunkter som kommit andra vägar som exempelvis e-post, brev, telefonsamtal.

Samtliga ärenden med medicinskt betydande innehåll har även förts in i Platina oavsett vilken väg de kommit in. Det innebär att ett och samma ärende i enstaka fall kan finnas både under punkt 1 och 2 och/eller 3.

Under metod 1 infördes en kategorisering av inkomna avvikelser i allvarlighetsgrader, för punkt 1 till 3 ovan. Allvarlighetsgraderna är indelade i färger utifrån hur snabbt som tjänsten ska/skulle justeras och åtgärdas i Min vård Gävleborg:

Röd = Plattformen stoppas och felaktigheter åtgärdas.

Orange = Felaktigheten ska omedelbart revideras och inom 72 timmar ska felaktigheten ha åtgärdats i tjänsten.

Gul = Ärendet är prioriterat men hantering sker nästkommande vardag/vardagar, uppdatering av tjänsten efter diskussion.

Grön = Ärendet åtgärdas enligt fastställda rutiner och uppdateringar av tjänsten.

Metod 2

I den andra metoden har analysteamet aktivt letat efter vårdskador/risk för vårdskador genom journalgranskning. IT-avdelningen har tagit fram listor på

personer som varit inloggade i tjänsten Min vård Gävleborg, och som inom 72 timmar haft en oplanerad sjukvårdskontakt i Region Gävleborg.

De patientjournaler som sedan granskats är för samtliga patienter som haft oplanerade besök till sjukvården inom 72 timmar efter att deras ärende hanterats av tjänsten Min vård Gävleborg. Inga stickprov har således gjorts. Totalt har 357 vuxna patienters journaler granskats genom denna sortering och 96,1 procent av dessa har hanterats via telefonrådgivningen 1177.

IT har även tagit fram en lista ur dödsfallsregistret för samtliga patienter som avlidit inom 72 timmar efter kontakt med tjänsten Min vård Gävleborg. Resultat blev 4 fall, där 3 patienters journaler granskades och dödsorsak analyserades i förhållande till sökorsak och utfall i Min vård Gävleborg. I det fjärde fallet hade tjänsten Min vård Gävleborg endast använts för smittspårning och ingen triage var gjord, därför har detta fall inte journalgranskats.

Patientärenden som *inte* har journalgranskats är: planerade vårdkontakter, barn under 15 år, vårdkontakter där ingen triage gjorts samt patienter med utfall brådskandegrad prio 1 och prio 2.

Patienter med brådskandegrad prio 1 och prio 2 bedömdes ha minimal risk för vårdskada eftersom de hänvisats till en snar sjukvårdskontakt. Prio 1 innebär en omedelbar hänvisning till akutmottagning, prio 2 en hänvisning till sjukvårdskontakt inom tio minuter. Dessa ärenden kan ha gett upphov till undanträngningseffekter, vilket har följts via produktionsstatistiken, se nedan under ”Resultat”.

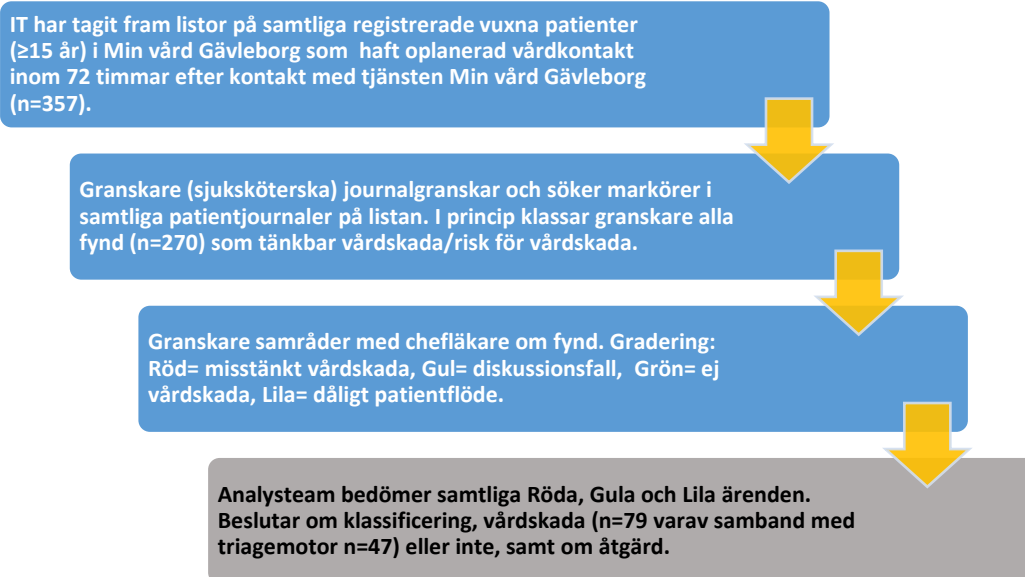
Under den aktuella perioden upptäcktes att tjänsten Min vård Gävleborg använts i enstaka fall för barn under 15 år. Därför har det förtydligats att Min vård Gävleborg enbart ska användas för vuxna fram till dess att den anpassats också för barn. När denna utvärdering publiceras har Min vård Gävleborg utökats till att också omfatta barn och ungdomar.

De 357 patientärendena har genomgått en särskild journalgranskning enligt metoden *verksamhetsanpassad markörbaserad journalgranskning*. Det är en granskningsmodell som Sveriges kommuner och regioner, SKR har tagit fram och som Region Gävleborg till denna undersökning kompletterat med verksamhetsanpassade markörer anpassade för den digitala tjänsten Min vård Gävleborg.

Tillagda journalmarkörer har varit:

1. Patologiskt röntgensvar med koppling till sökorsak
2. Patologiskt lab-svar med koppling till sökorsak
3. Recept
4. Remiss, konsultation
5. SATS>Gul (triageringsverktyg för ambulans och akutmottagningar)
6. NEWS >6 (triageringsverktyg i slutenvård)
7. ”Skip to chatt” (möjlighet för patienten att avbryta och komma till chatt med sjuksköterska)
8. Eskalering (se förklaring endan)
9. Egenvård (prio 12)

Bilden nedan visar metod för journalgranskningen (n=357).

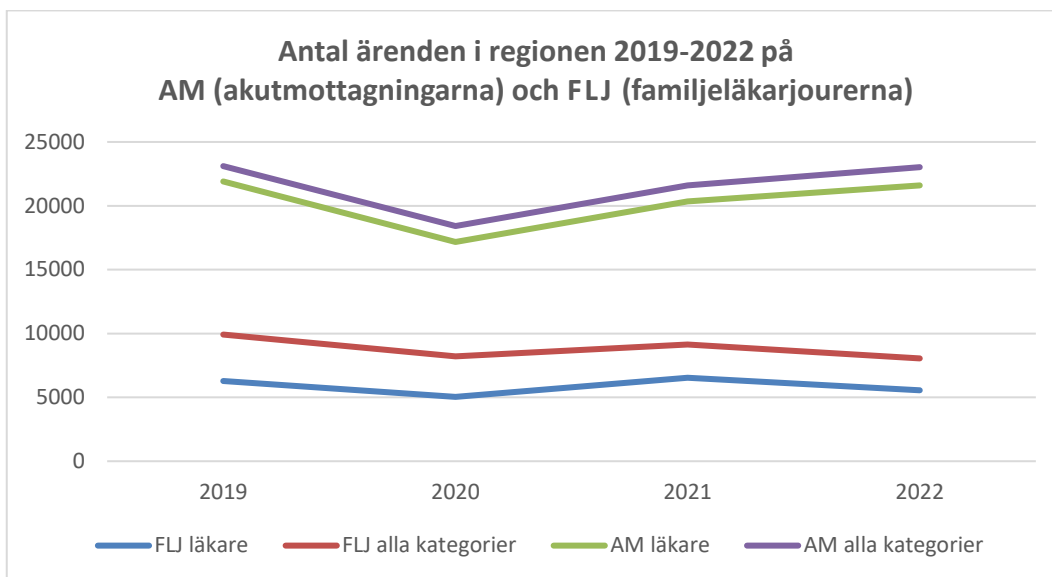


Analys och resultat

Triagemotorns hänvisningar

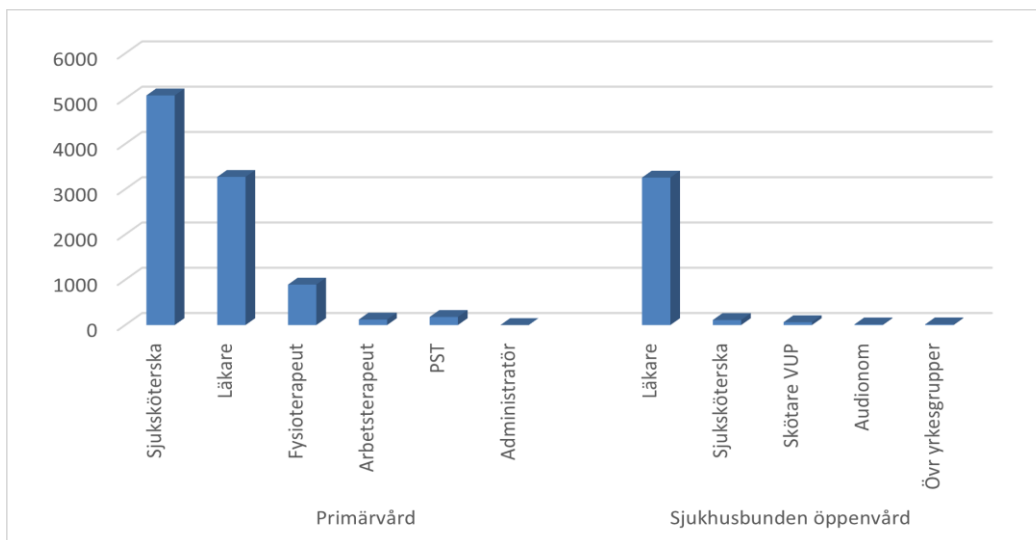
Undersökningen har omfattat 10 608 unika patienter (13 573 ärenden) som använt tjänsten Min vård Gävleborg. Triagemotorn har hänvisat 6 529 ärenden till läkare. Dessa har fördelats relativt jämnt mellan primärvård och specialistsjukvård.

Ingen större ökning av belastning på akutmottagningarna kan ses vid jämförelse mellan åren 2019 (n=101 756) och 2022 (n=103 128), inte heller kan någon ändring i belastning ses för de första 6 månaderna 2023. En minskning av belastning för regionens familjeläkarjourer finns, se bilden nedan.



I 1 665 ärenden hänvisades patienten till läkare i primärvården på jourtid, kvällar och helger, vilket bedömts som ett lågt antal.

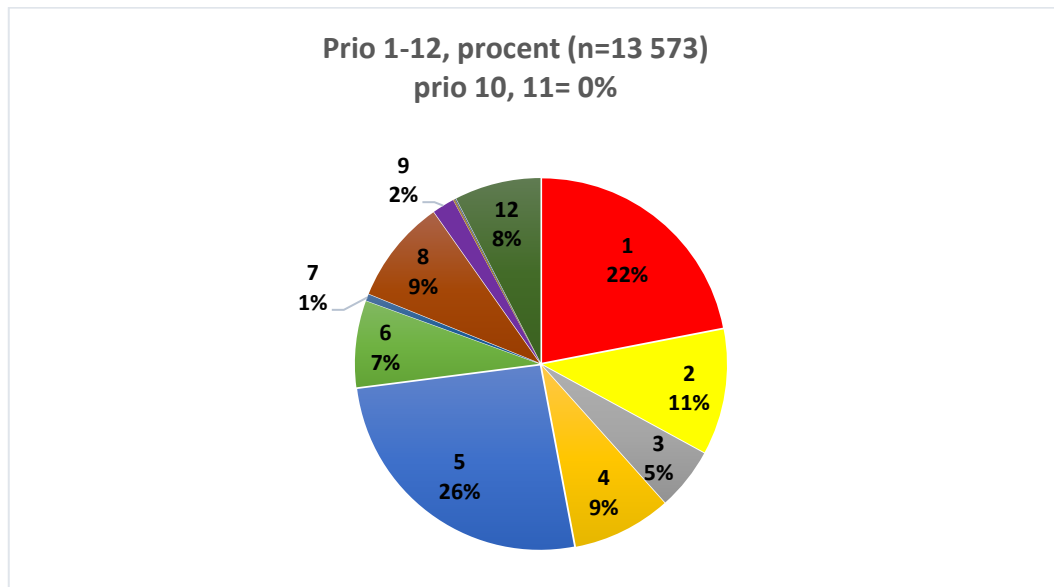
5 072 ärenden har hänvisats till sjuksköterskor inom primärvården. Hänvisning har i mindre omfattning även skett till andra yrkesgrupper som exempelvis fysioterapeuter, arbetsterapeuter och psykoterapeuter inom både primärvård och sjukhusbunden öppenvård (sjukhusens öppna specialistmottagningar). Bilden nedan visar fördelningen av ärenden mellan primärvård och sjukhusbunden öppenvård, samt mellan olika yrkesgrupper.



Kvällar och helger har den största andelen patienter hänvisats till internmedicin, ortopedi och kirurgi. Patienter har även hänvisats till barn- och ungdomssjukvården, BUS, trots att tjänsten Min vård Gävleborg inte var avsedd att användas för minderåriga.

Prioritering

Bilden nedan visar brådskandegrad på inkommande ärenden. Skalan är från prio 1 till prio 12, där prio 1 är akutmottagning/112 och prio 12 är egenvård



Eskalering av ärenden

En rutin om *eskalering* infördes för att minimera risken att ett ärende inte hanteras inom den angivna brådskandegraden och av rätt kompetens. Det innebär att ett ärende visas upp för fler vårdenheter om det inte hanteras inom den medicinskt rekommenderade handläggningstiden. Eskaleringen i tjänsten har en viss anpassning till jourtid, men är inte komplett vad gäller vårdens anpassning till helgdagar.

De ärenden som eskaleras, gör det till dess någon vårdenhet tar hand om patienten. I sista hand sker eskalering till sjuksköterskor på telefonrådgivningen 1177, alternativt beredskapsjour. Det gäller både kontorstid och jourtid. Men eskaleringsreglerna skiljer sig mellan kontorstid och jourtid då vårdutbudet är olika.

Andelen ärenden som eskaleras och inte uppmärksammas inom angiven tid var 5,2 procent av 13 573 ärenden. I nästan samtliga fall har eskalering skett inom primärvården. Ytterst få ärenden har eskaleras inom den sjukhusbundna öppenvården. En viss nivå på eskalering är förväntad utifrån hur den digitala plattformen är konstruerad.

Vårdskada eller risk för vårdskada

Dödsfall

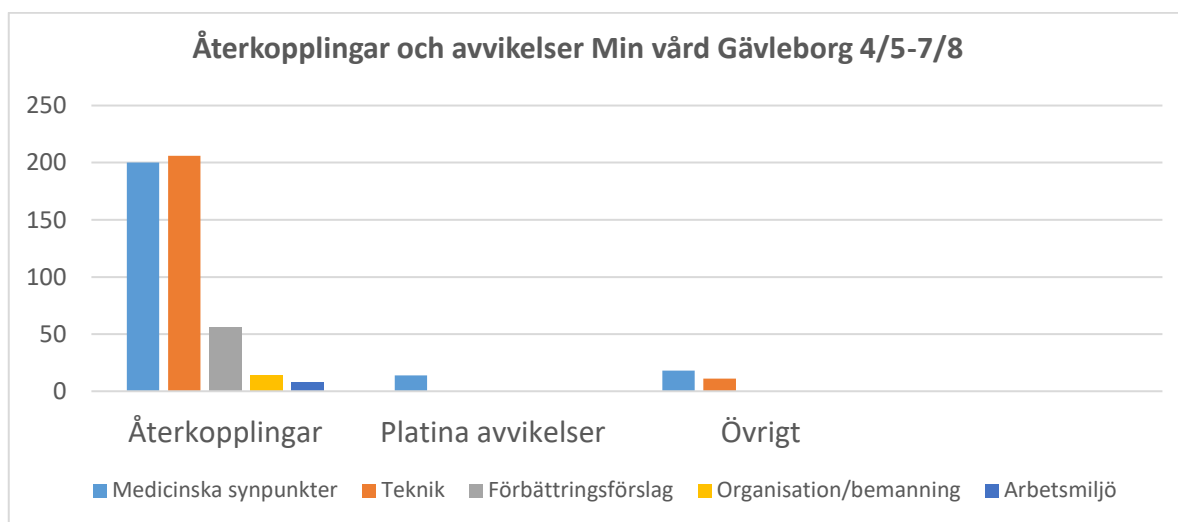
Granskningen av de tre dödsfallen som inträffade inom 72 timmar från att kontakt skett med tjänsten Min vård Gävleborg, visar att triagemotorn inte påverkade utgången i något av dödsfallen.

Första fallet var ett väntat dödsfall. I det andra fallet skedde en fördröjning till vårdkontakt men utan koppling till triagemotorn. I det tredje fallet reser analysen en etisk frågeställning, men bedömningen är att dödsfallet inte har någon koppling till triagemotorn.

Metod 1, konventionell avvikelshantering

De medicinska och tekniska avvikelserna är i absolut majoritet, bland det totala antalet inrapporterade återkopplingar och avvikelser, enligt metod 1, konventionell avvikelshantering (se bild: Återkopplingar & avvikelser Min vård Gävleborg 4/5–7/8). De brister som har upptäckts har korrigerats kontinuerligt av IT och triagemotorgruppen.

Bilden nedan visar att antalet återkopplingar som gjordes direkt i Min vård Gävleborg vida överstiger avvikelser skrivna i platina.



Totalt inrapporterades 233 medicinska synpunkter, ett fåtal av dessa finns som dubblett (se metod-del). Analysteamets granskning av samtliga ärenden visar att inget ärende har varit så allvarligt att det krävts en Lex Maria-anmälan.

I de flesta medicinska fall har en enklare utredning gjorts tillsammans med triagemotorgruppen. Till exempel identifierades ett antal missförstånd och problem med arbetssättet för de flöden i triagemotorn som inte var helt färdigställda vid tjänstens start. Alla symtom och besvär som inte hade ett eget färdigt flöde vid tjänstens start, hamnade under ett gemensamt flöde kallat ”medicinska besvär”. Detta flöde användes för att skilja ut patienter med

prio 1 behov, det vill säga omgående ambulans och/eller akutmottagning. Därför ställdes bara frågor om allmäntillståndet för att ta reda på om patienten befann sig i ett allvarligt och livshotande tillstånd, men inga specifika frågor ställdes om sökorsak.

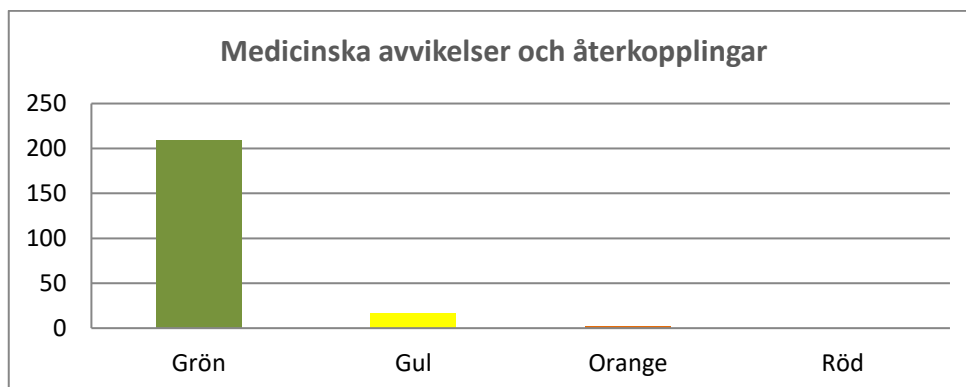
De patienter som inte hade ett prio 1 behov, hänvisades i flödet ”medicinska besvär” som ett prio 2 ärende, det vill säga vårdkontakt inom tio minuter. En sjuksköterska gjorde då en fortsatt intervju om patientens sökorsak. Därefter avslutades triagen med utfall vad gäller brådskandegrad och optimal vårdnivå.

Flödet ”medicinska besvär” gav därmed en stor andel prio 2 ärenden. Vid kontakt med sjuksköterska nedprioriterades dessa utifrån sökorsak. Inte i något fall har den snabba kontakten med en sjuksköterska visat sig vara till nackdel för patienten. Det har inte heller bedömts leda till någon undanträngningseffekt, då det följer det ordinarie arbetssättet för telefonrådgivning inom sjukvården. I takt med att fler flöden färdigställts har andelen ärenden minskat betydligt i flödet ”medicinska besvär”.

Inga ärenden med allvarlighetsgraden röd, enligt metod 1, identifierades under perioden. 2 ärenden identifierades med allvarlighetsgraden orange. Ett orange ärende gällde en svårdiagnosticerad axillaristrombos där behandlingen riskerade att fördröjas av triagemotorn. Detta upptäcktes genom analysteamets dagliga genomgång. En justering gjordes inom 24 timmar av triagemotorns trombosflöde. Patienten fick behandling utan komplikationer.

Det andra orange ärendet gällde en patient som använde autotriage. Genom ett felaktigt kopplat formulär fick patienten en hänvisning till provtagning, utan att någon sjukvårdskontakt angavs för hantering av provresultatet. Patienten var välmående och provtagning skedde endast för kontroll. Felet uppfattades dock som potentiellt allvarligt, då sjukvårdskontakt borde ha ingått, och felaktigheten i tjänsten korrigerades inom 72 timmar.

Bilden nedan visar antalet medicinska avvikelser och återkopplingar i olika allvarlighetsgrader, se metod 1.



Metod 2, journalgranskning

Journalgranskning gjordes av 357 ärenden (av 13 573 ärenden) där vuxna patienter varit inloggade i Min vård Gävleborg, och sedan haft en oplanerad vårdkontakt inom 72 timmar.

Av 357 ärenden har markör identifierats i 270, och av dessa har 268 haft *assisterad triage* och endast 2 har skett genom *autotriage*. Vidare har 96,1 procent av de 357 ärendena gjorts genom assisterad triage.

Tittar man på de 270 ärenden där markör identifierats, så stiger procentandelen till 99,2 procent assisterad triage.

Av 270 ärenden där markör identifierats, bedömde analysteamet att 79 patienter fått en vårdskada eller risk för vårdskada. Ingen vårdskada/risk för vårdskada hittades i de 2 ärenden där autotriage skett.

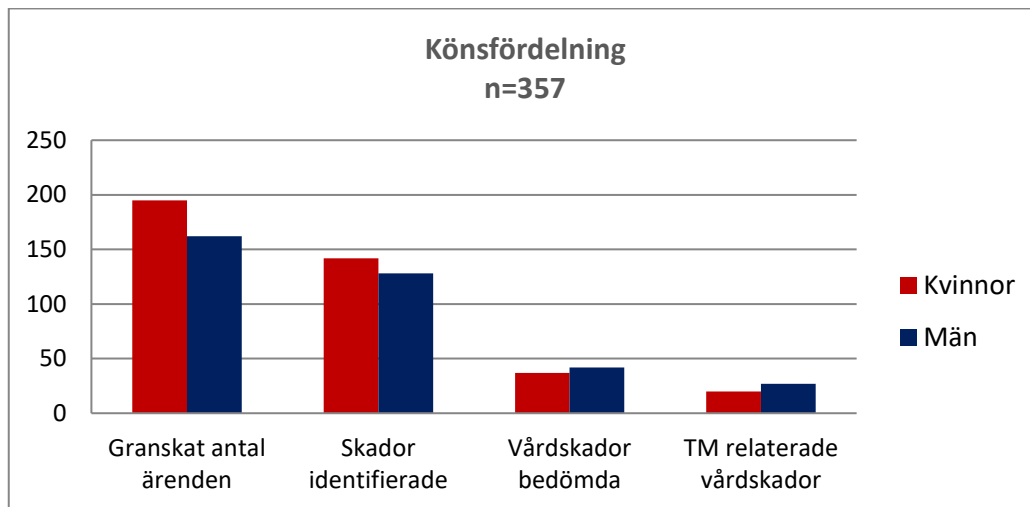
I 47 av de 79 fallen har triagemotorn varit inblandad och orsakat eller bidragit till vårdskada/risk för vårdskada. Det motsvarar 0,35 procent av det totala antalet 13 573 patientärenden i undersökningen. Inget av de 47 fallen har bedömts vara allvarligt nog för en Lex Maria-anmälan.

I en majoritet av de 47 fallen har triagemotorn inneburit en fördröjning som bedömts vara medicinsk ofarlig. Fördröjningen har dock gett upphov till ett ökat lidande som i sig är en vårdskada enligt definitionen.

Ett exempel är de patientgrupper som fick vänta upp till 8 timmar på en första sjukvårdskontakt. Det var bland annat patienter med urinvägsbesvär utan andra symtom och utan allmänpåverkan och patienter med insektsbett och skadade fötter, fingrar och tår utan felställningar. Bedömningen är att dessa patienter utsattes för en låg medicinsk risk. Men då detta innebar ett förlängt lidande och enligt definitionen gett upphov till vårdskada/risk för vårdskada, fortsätter de strategiska dialogerna om vad som är skäligt.

Ålder- och könsfördelning

De 357 ärenden som journalgranskats visar även på en lätt övervikt av kvinnor, 54,6 procent samt en relativt jämn åldersfördelning. Medelåldern stiger dock för patienter med vårdskada/risk för vårdskada från 54,1 (n=357) till 61,6 (n=79). Könsfördelningen ändras till en viss övervikt för män, 53,2 procent, i gruppen (n=79) med vårdskada/risk för vårdskada. Materialet är dock för litet för att dra några slutsatser av detta.

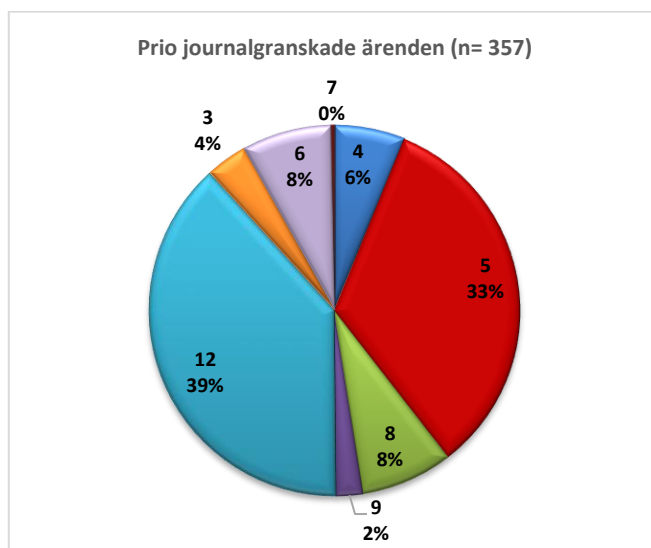


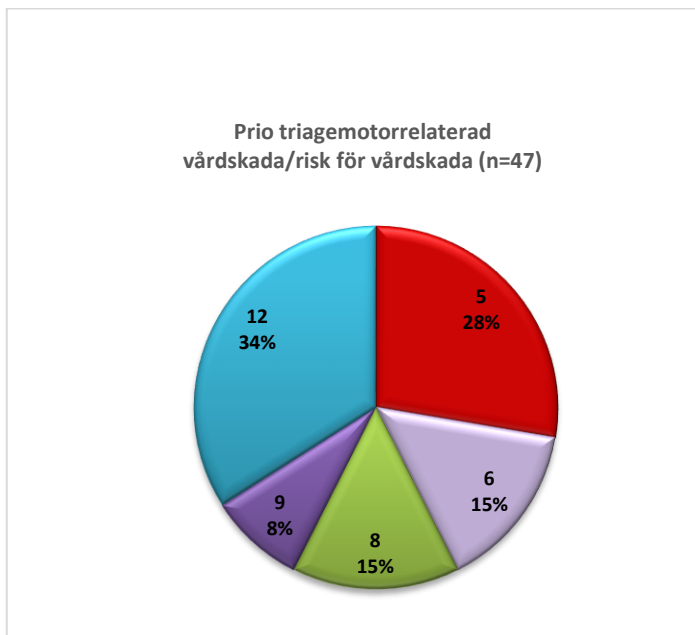
Slutenvård

101 av patienterna (n=357) har varit inlagda på akutsjukhus, i medeltal 6,1 dygn, antalet ökar för patienter med vårdskada till 6,9 dygn (n=54).

Brådskandegrader

I bilderna nedan beskrivs fördelning av ärenden i brådskandegrader. Som nämnts tidigare ingår inte prio 1 och prio 2 här (omedelbart respektive 10 minuter). Brådskandegraderna prio 5 (inom 8 timmar, dvs. samma dag) och prio 12 (egenvård) sticker ut.

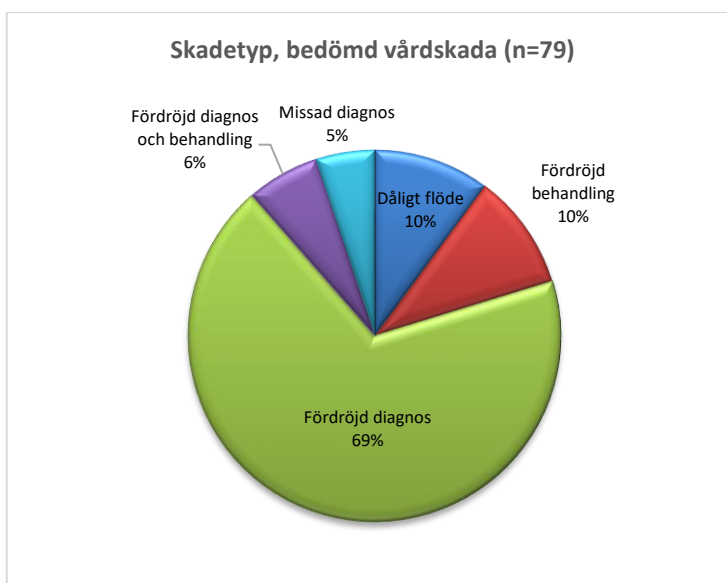


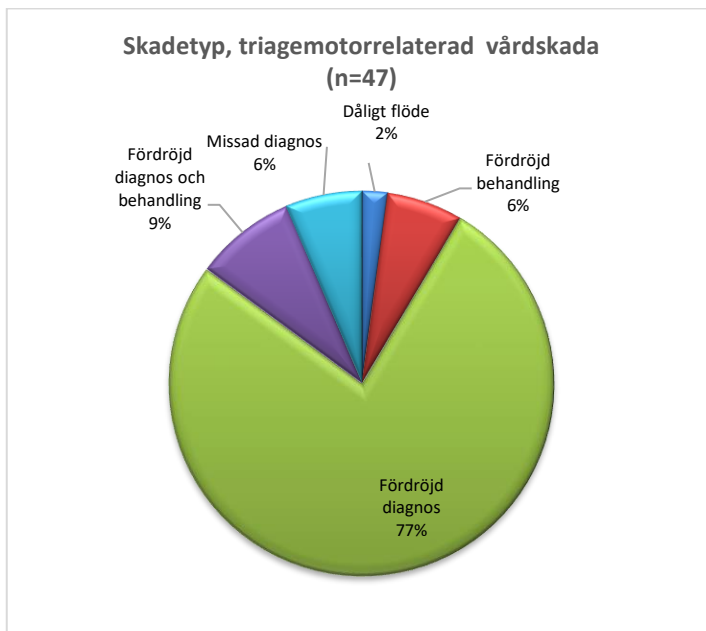


För att hantera den relativt stora andelen prio 5 ärenden har informationen om eskalering förtydligats och en rutin har införts om att kontrollera vårdenhetens digitala väntelista innan enheten stänger för dagen. Dessutom har en digital beredskapsjour införts som hanterar alla digitala ärenden jourtid. Vad gäller behandlingsformen egenvård (här prio 12) är den en känd risk i alla former av hänvisningar inom sjukvården.

Skadetyp

Fördröjd diagnos är den vanligaste typen av vårdskada/risk för vårdskada. I gruppen n=79 var 69 procent fördröjd diagnos, och i n=47 var det 77 procent, se bilder nedan.





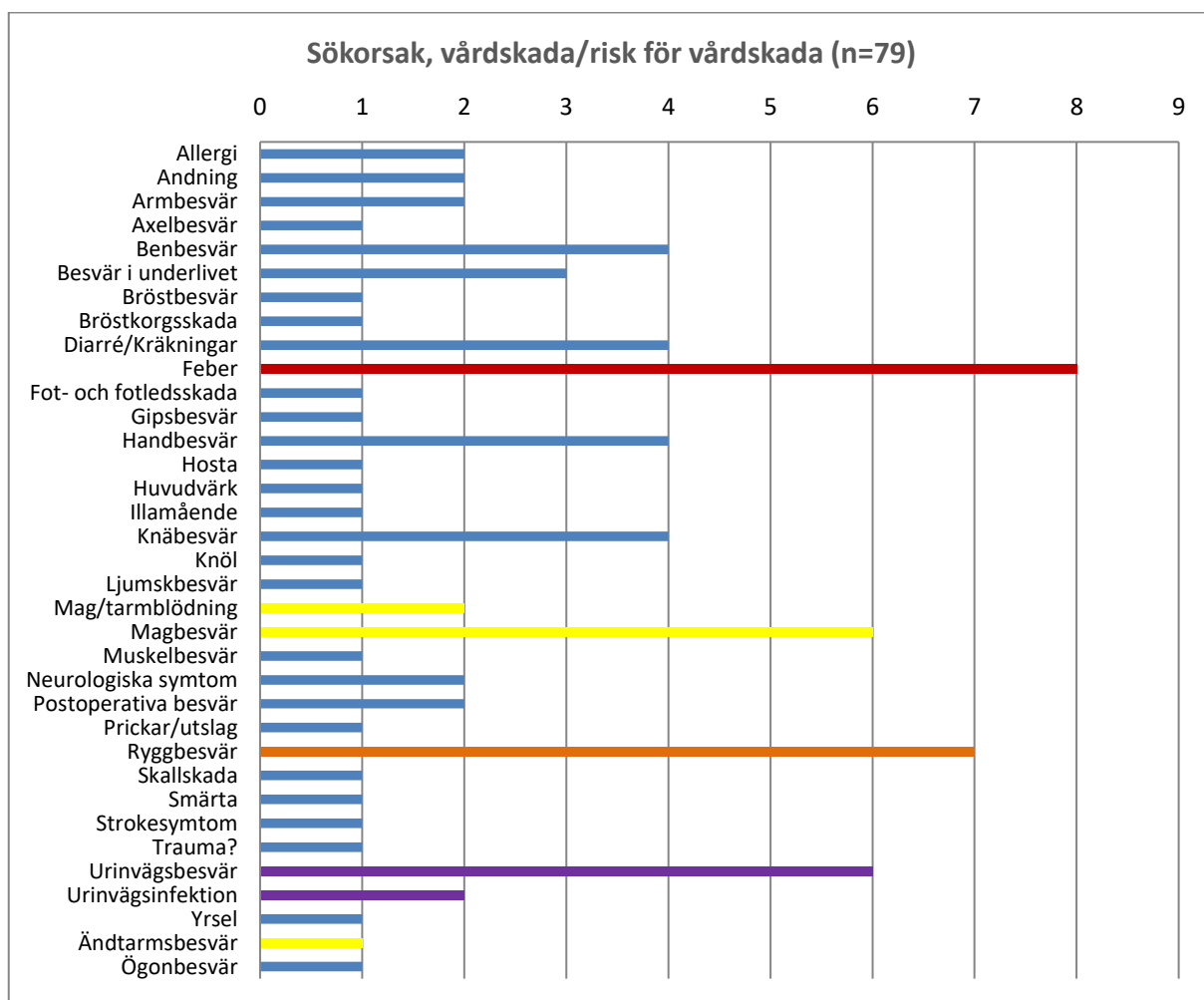
Sökorsaker bland journalgranskade ärenden

Det finns en stor spridning av sökorsaker bland de 357 ärenden som journalgranskats. Feber är den vanligaste sökorsaken som gett vårdskada/risk för vårdskada. Färskt trauma är också en relativt stor grupp som gett vårdskada/risk för vårdskada. Här ingår mindre skador på extremiteter som hand, fingrar, fötter och knän, och där frakturer upptäckts med fördröjning, ofta knä- fot- och tåskador.

Triagemotorn har här en fördröjning exempelvis till nästa morgon som inte innebär någon medicinsk risk. Men trots detta innebär fördröjningen en risk för ökat lidande och därför definieras detta som en vårdskada/risk för vårdskada. Urinvägsinfektioner har tidigare nämnts med liknande problematik.

Magbesvär och ryggbesvär är de vanligaste sökorsakerna där markörer identifierats (n=270). Övriga ärenden med vårdskada/risk för vårdskada är spridda över ett stort antal sökorsaker. I gruppen ryggbesvär finns några fall där skelettskador med sprickor och kompressioner i kotor hittats, och där diagnosen fördröjts.

Spridningen över sökorsaker är fortsatt stor bland ärenden med vårdskada/risk för vårdskada (n=79). Sökorsakerna feber och urinvägsbesvär dominerar, följt av buk- och ryggbesvär, se bild nedan.



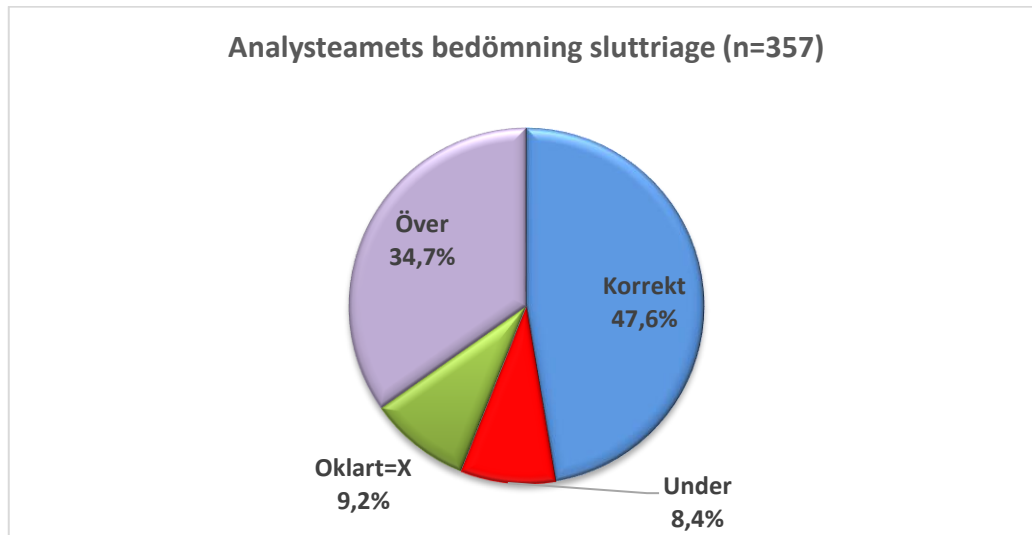
Över- och undertriage

Övertriage innebär här att patienten fått en högre vårdnivå och brådskandegrad än vad som är optimalt, *undertriage* innebär att patienten fått en lägre vårdnivå och brådskandegrad än det optimala. Analysteamets bedömning om under- respektive övertriage, har skett efter det att patientens hela vårdförlopp granskats och analyserats. Övertriage kan ge effekter som exempelvis undanträngning av andra patienter, medan undertriage kan innebära en risk för den enskilda patientens hälsa.

Legitimerad sjukvårdspersonal kan manuellt justera tjänstens hänvisning i fråga om brådskandegrad och vårdnivå. Endast de patientärenden som ingått i journalgranskningen (n=357) har fått en bedömning om under- respektive övertriage.

Övertriage har skett i 124 ärenden (34,7 procent) av 357 granskade ärenden. Nästan alla, 96,1 procent av dessa kommer från assisterad triage. Av totalt 124 ärenden är endast två relaterade till triagemotorn.

Undertriage har skett i 30 ärenden (8,4 procent) av 357, varav 22 (6,2 procent) är relaterade till triagemotorn. Bilden nedan visar analysteamets bedömning av ärenden med under- respektive övertriage.



Bifynd

Vårdskada/risk för vårdskada, ej relaterad till triagemotorn

I journalgranskningen identifierades dessutom 32 (n=79) patientärenden med vårdskada/risk för vårdskada som inte hade med triagemotorn att göra. Flera av dessa bedöms som allvarliga och utredningar pågår. Flera av de 32 ärendena hade inte heller rapporterats in i Platina och aktuellt verksamhetsområde kände inte till händelsen.

Dåliga patientflöden

Ett andra bifynd är vad som kategoriserats som *dåligt patientflöde*. Med dåligt patientflöde menas att patienten ”bollats runt i sjukvårdsapparaten”. Dåliga patientflöden hittades i 113 av de 357 journalgranskade ärenden.

Patienter har hänvisats till flera kontakter med olika kompetensnivåer och till olika vårdenheter. Detta har gjort att patienter fått uppleva omständliga och krångliga vägar innan ett korrekt omhändertagande skett, med diagnos och behandling. Patienter har oftast hänvisats till en annan vårdenhet eller vårdkompetens, ofta i flera steg.

Exempelvis har flera patienter hänvisats tillbaka till den första vårdenheten som patienten hade kontakt med som akutmottagning, specialistvård, familjeläkarjour eller hälsocentral. Till exempel har patienter haft kontakt med flera olika vårdenheter där ingen enhet haft helhetsbild över patientens situation.

Gruppens storlek visar behovet av ett prioriterat arbete runt målbilden inom hälso-sjukvården i Region Gävleborg ”Vårt gemensamma ansvar för vår gemensamma patient.

I 20 patientärenden har det dåliga patientflödet orsakat eller varit del i en vårdskada/risk för vårdskada. En del av dessa har varit allvarliga vårdskador, som exempelvis fördröjda cancerdiagnoser och oetiska patienthanteringar. Ett fall gällde suicid där det dåliga patientflödet bidrog till den tragiska utgången. I 5 ärenden har triagemotorn varit inblandad och har bidragit till vårdskada/risk för vårdskada. De 5 ärendena finns med i det totala antalet triagemotorrelaterade vårdskador/risk för vårdskador (n=47).

Vårdkontakt utan dokumenterad åtgärd

Ett tredje bifynd är *vårdkontakt utan dokumenterad åtgärd*. Dessa ärenden har en registrerad patientkontakt i journalen men saknade dokumenterad åtgärd som remiss, utredning, provtagning, tidbokning, recept etc. Totala antalet vårdkontakter utan dokumenterad åtgärd är 1 029, fördelat på 357 patienter. I gruppen ingår patienter där sjukvårdpersonal kan ha haft så kallade värdeskapande samtal, där man förklarat redan insatta behandlingar/diagnoser. Kontakten är då registrerad i journalen utan angiven åtgärd.

Patienten som bärare av medicinsk information

Det fjärde bifyndet, *patienter och/eller anhöriga som informationsbärare*, innebär att patienterna själva ombetts föra över medicinsk information till nästa vårdinstans. Till exempel bad vårdpersonal patienter själva kontakta en annan vårdenhet och berätta om medicinska bedömningar och insatser. I Min vård Gävleborg finns ett verktyg som heter ”konsultation” som vårdpersonal kan använda för att överföra information till annan vårdenhet eller kompetens (annan yrkeskategori) om enskilda patienter. Detta verktyg har inte använts i dessa fall.

Detta arbetssätt har hittats i 67 fall (18,8 procent) av de 357 granskade ärendena. Varav 20 var i gruppen identifierade vårdskador/risk för vårdskador (n=79), och av dessa 20 var 8 i gruppen (n=47) triagemotorrelaterade.

Slutsats

Den digitala tjänsten Min vård Gävleborg är ett nytt obeprövat system för att göra medicinska bedömningar i första linjens vård. Syftet med denna undersökning var dels att utvärdera tjänstens påverkan på det medicinska omhändertagandet av patienterna, dels analysera användningen av tjänsten både vad gäller patienters sökmönster och vårdpersonalens arbetssätt.

Av 13 573 patientärenden som passerade tjänsten under dess första tre månader, har vårdskada/risk för vårdskada upptäckts i 0,35 procent av de triagemotorrelaterade ärendena (n=47). Ingen har lett till en Lex Maria anmälan. Analysteamets bedömning är att undersökningen visar låg risk för vårdskada med den digitala tjänsten Min Vård Gävleborg. Det finns dock inga andra undersökningar, vad vi kunnat finna, att jämföra resultatet med.

Camtö-rådet (Center for Assessment of Medical Technology in Örebro), Region Gävleborgs regionala HTA-organisation, har i sin rapport 2021:42 "En kartläggning av automatiserad digital triagering i primärvården" konstaterat att det saknas studier där "verkliga patienter i en vårdssituation" utfört digital triagering.

De rapporter som vi har funnit angående vårdskador har en högre frekvens än de som vi har funnit i vår granskning, materialen är dock inte jämförbara. SKR:s rapport "Skador i somatisk vård 2013–2021 på nationell nivå, markörbaserad journalgranskning" visar att 6,3 procent av totalt 118 000 slutenvårdstillfällen hade minst en vårdskada. Eftersom det i vår undersökning även ingår öppenvård, är patienterna sannolikt friskare än de i SKR:s undersökning som endast omfattar slutenvård.

Enligt Socialstyrelsen får en av tio vuxna patienter inom den somatiska sjukhusvården vårdskador. Det framgår av Socialstyrelsens nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvård 2020–2024.

Eftersom så få patienter använt tjänsten Min vård Gävleborg med autotriage, går det inte att dra slutsatser av tjänstens medicinska effekter vid autotriage. Därför finns ett fortsatt behov av att följa användningen med fokus på autotriage.

Denna undersökning har gjorts under tjänsten Min vård Gävleborgs första tre månader och materialet är förhållandevis litet. Det krävs därför fortsatta undersökningar för att kunna dra nya slutsatser av tjänstens medicinska vårdkvalité.

Bifynd

Undersökningens bifynd visar på andra områden inom vården som behöver utvecklas och förändras.

Bifyndet vårdskada/risk för vårdskada som inte var relaterat till triagemotorn, fanns i 32 av de 357 journalgranskade ärenden. Flera av dessa har bedömts som allvarliga där vården missat diagnoser som exempelvis cancer. I gruppen finns även dödsfall.

De övriga bifynd:

- Dåliga patientflöden i 113 (n=357), 20 med vårdskada/risk för vårdskada.
- Antalet vårdkontakter utan dokumenterad åtgärd var 1 029 (n=357).
- Patient eller anhörig som medicinsk budbärare i 67 fall (n=357).

Vår tolkning av dessa tre bifynd ovan är att vårdens resurser inte används optimalt och att arbetssätten går emot Region Gävleborgs målbild *vårt gemensamma ansvar för vår gemensamma patient*.