

Regionstyrelsens hälso- och  
sjukvårdsutskott

## §46

### Region Halland patientsäkerhetsberättelse 2018 (Beslut enligt delegation)

RS181275

#### Beslut

Regionstyrelsens hälso- och sjukvårdsutskott beslutar att

- anta patientsäkerhetsberättelsen

#### Ärendet

Samtliga vårdgivare i landsting/regioner ska ha upprättat en patientsäkerhetsberättelse i enlighet med patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 och Socialstyrelsens föreskrifter om allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9.

#### Förslag till beslut

Regionstyrelsens hälso- och sjukvårdsutskott beslutar att

- anta patientsäkerhetsberättelsen

#### Beslutsunderlag

- Patientesäkerhetsberättelse 2018 Region Halland
- Region Hallands patientsäkerhetsberättelse 2018 (2)

#### Expedieras till

Driftnämnd Hallands Sjukhus

Driftnämnd Psykiatri Halland

Driftnämnd Närsjukvård

Driftnämnd Ambulans, diagnostik och hälsa

#### Vid protokollet

Maria Fransson

**Justerat** 2019-03-25

Mikaela Waltersson

Lise-Lotte Bensköld Olsson

Protokollet har tillkännagivits på Region Hallands anslagstavla 2019-03-25

Utdragsbestyrkande



Ylva Johansson

---

Ordförandes sign

Justerares sign

Utdragsbestyrkande

**Regionkontoret**  
**Hälsa- och sjukvård**  
Carina Werner  
Hälsa o sjukvårdsstrateg

**Regionstyrelsen**

## **Region Halland patientsäkerhetsberättelse 2018**

### **Förslag till beslut**

Regionstyrelsens hälso- och sjukvårdsutskott beslutar att anta patientsäkerhetsberättelsen.

### **Sammanfattning**

Samtliga vårdgivare i landsting/regioner ska ha upprättat en patientsäkerhetsberättelse i enlighet med patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 och Socialstyrelsens föreskrifter om allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9

### **Bakgrund**

Ett av syftena med patientsäkerhetsberättelsen är att förstärka vårdgivarens kontroll över patientsäkerhetsarbetet i verksamheten, inspirera till att patientsäkerhetsberättelsen blir ett underlag för systematiskt patientsäkerhetsarbete och underlätta Socialstyrelsens tillsyn över verksamheten. De krav som gäller rörande patientsäkerhetsberättelsen och dess innehåll anges i 3 kap -10 § patientsäkerhetslagen (SOSFS 2010:659) samt i 7 kap 2-3§ i Socialstyrelsen föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet har bedrivits och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses (SOSFS 2011:9, 7 kap. 3§)

### **Ekonomiska konsekvenser av beslutet**

Beslutet har inga ekonomiska konsekvenser.

**Regionkontoret**

Jörgen Preuss  
Regiondirektör

**Bilaga:** Region Hallands Patientsäkerhetsberättelse 2018

**Beslutet ska skickas till**

Driftnämnd Hallands Sjukhus

Driftnämnd Psykiatri Halland

Driftnämnd Närsjukvård

Driftnämnd Ambulans, diagnostik och hälsa



# Patientsäkerhetsberättelse

År 2018

Datum och ansvarig för innehållet

Carina Werner	Thomas Lindén
Utvecklare	Regional Chefläkare
Region Halland	Region Halland

---

## Innehåll

<b>PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE .....</b>	<b>1</b>
<b>Sammanfattning .....</b>	<b>3</b>
<b>STRUKTUR.....</b>	<b>4</b>
Övergripande mål och strategier .....	4
Organisation och ansvar .....	4
Samverkan för att förebygga vårdskador .....	5
Patienters och närståendes delaktighet .....	5
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	6
Klagomål och synpunkter.....	6
Egenkontroll .....	7
<b>PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten .....</b>	<b>10</b>
Riskanalys .....	11
Utredning av händelser - vårdskador.....	11
Informationssäkerhet.....	12
<b>RESULTAT OCH ANALYS .....</b>	<b>13</b>
Egenkontroll .....	13
Avvikelser .....	13
Klagomål och synpunkter.....	14
Händelser och vårdskador .....	14
Riskanalys .....	16
<b>Mål och strategier för kommande år .....</b>	<b>17</b>

---

## Sammanfattning

Patientsäkerhetsberättelsen för Region Halland beskriver det strategiska arbetet och viktiga komponenter i förvaltningarnas patientsäkerhetsarbete. Förvaltningarnas eget arbete finns mer i detalj beskrivet i respektive bilaga. Privata vårdgivare inom Region Halland har upprättat egna patientsäkerhetsberättelser.

Arbete med patientsäkerhet kräver ett uthålligt systematiskt kvalitetsarbete för att åstadkomma bästa möjliga resultat

Patientsäkerhet och kvalitetsutveckling är viktiga strategiska områden för Region Halland. Region Halland har patientsäkerhetsarbetet som ett prioriterat område i såväl, regionledning som i klinisk verksamhet med ambitionen att ge patienterna ett säkert och professionellt omhändertagande.

Patientsäkerhetsarbetet ska bedrivas systematiskt som en integrerad del i det dagliga arbetet på alla nivåer och förvaltningar inom regionen. En av grundprinciperna för all vårdverksamhet är att ingen patient ska komma till skada i vården

Region Halland har kvantifierat målet för det strategiska patientsäkerhetsarbetet i ambitionen att mellan 2015 och 2020 halvera vårdskadorna. Under perioden har en regional patientsäkerhetsarbetsgrupp etablerats. Ett viktigt syfte har med det är att överbrygga planeringsklyftan mellan hälso- och sjukvården och den primärkommunala vården och omsorgen.

---

## Inledning

Övergripande gällande mål och strategier för patientsäkerhetsarbetet har fastställts av Regionfullmäktige i dokumentet "Hälsa- och sjukvårdsstrategin 2017-2025" Framtagna strategier och mål ska genomsyra den dagliga verksamheten inom Region Halland.

## STRUKTUR

### 1. Övergripande mål och strategier

*Enligt hälso- och sjukvårdsstrategin är övergripande strategi och mål för Region halland formulerat i devisen*

*En hälso- och sjukvård för bättre hälsa*

Detta vill få alla i organisationen att fokusera på ett ur patientens/brukarens perspektiv sammanhängande system. Och att alla delar av sjukvårdsorganisationen finns till för att den ska bidra till bättre hälsa i Hallands befolkning.

För att uppnå detta ska Region Halland ge patienterna ett säkert och professionellt omhändertagande. Här är patientsäkerhet och kvalitetsutveckling viktiga strategiska områden för oss. Ingen patient ska komma till skada i vården!

### 2. Organisation och ansvar

Hälsa- och sjukvården i Region Halland är organiserad i fem förvaltningar. Sjukhusorganisationen består av ett länsjukhus med tre utbudspunkter Halmstad, Varberg och Kungsbacka. Närsjukvården i Halland utgörs av 49 vårdcentraler varav 25 vårdcentraler drivs i privat regi. Utöver detta finns drygt 130 privata vårdgivare med avtal med Region Halland.

I organisationsplanen har hälso- och sjukvårdsutvecklingsdirektören har yttersta ansvaret för patientsäkerhetsarbetet i Region Halland. Denna funktion har under året varit vakant. Under året har rollen som hälso- och sjukvårdsutvecklingsdirektören delats mellan verksamhetscheferna vid regionkontorets hälso- och sjukvårdsavdelning.

I Region Halland finns dels en regional chefläkare med ansvar för samordning av strategiskt patientsäkerhetsarbete och dels en patientsäkerhetsstrateg, som också är kontaktperson gentemot nationella nivå och ansvarar för kommunikation med förvaltningarna.

Ansvaret att driva och utveckla patientsäkerhetsarbetet finns hos varje enskild medarbetare. Chefer på alla nivåer ger möjlighet till att patientsäkerhetsarbetet bedrivs och övervakar och förbättrar patientsäkerheten tillsam-

---

mans med förvaltningarnas chefläkare.

### **3. Samverkan för att förebygga vårdskador**

För att stödja verksamheterna i Region Halland med att intensifiera sina insatser i arbetet med att halvera vårdskadorna fram till 2020 finns en regionövergripande arbetsgrupp. Representanterna deltar på respektive förvaltningschefs uppdrag och har till uppgift att i sin egen organisation driva patientsäkerhetsfrågor tillsammans med berörda verksamhetschefer. Under året har gruppen utökats och MAS:ar från alla regionens kommuner deltar. Regionkontoret är sammankallande och leder arbetet i gruppen.

Det krävs en stabil plattform och kontinuerlig dialog mellan regional och kommunal hälso- och sjukvård/omsorg där man tillsammans sätter konkreta mål, följer upp, analyserar och implementerar nya metoder i verksamheterna.

Under året har en patientsäkerhetsplan implementerats där nio fokusområden inom patientsäkerhet har identifierats. Av dessa är 3 områden beslutande att särskilt prioriteras fram till 2020. Områdena är trycksår, VRI och läkemedelshantering.

Regionens chefläkare har ansvar för att stödja verksamheterna i hanteringen av allvarliga händelser och t.ex. hantera Lex Maria, händelseanalyser m.m. Har regelbundna träffar för att stämma av läge och fortskridande i patientsäkerhetsarbetet samt för ömsesidigt lärande.

Närsjukvården, BUP och den vuxenpsykiatriska öppenvården deltar i det statligt finansierade projektet psykisk hälsa som bland annat syftar till att skapa vårdkedjor som är smidiga för patienten. Ett av de halländska delprojekten handlar om hur barn och unga med psykisk ohälsa kan få hjälp på ett sömlöst sätt. Detta projekt, kallat "En väg in", bedrivs i samarbete mellan BUP och Närsjukvård. Ett av projekten för den vuxenpsykiatriska öppenvården är adhd-processen, där målsättningen är att skapa ett standardiserat vårdförlopp.

### **4. Patienters och närståendes delaktighet**

Region Halland samverkar med patienter och närstående i utredningar och hantering av klagomål och synpunkter samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Patienters och/eller närstående beskrivning av en upplevelse i samband med negativ händelse är viktiga bidrag i åtgärds- och förbättringsarbetet.

Inom psykiatrin erbjuds dialog med familj/närstående/nätverk, där nyckelpersoner kring patienten har fått möjlighet att beskriva patientens förmåga och behov i syfte att bättre kunna erbjuda vård utifrån patientens förmåga och behov.



---

### **Klagomål**

Muntliga synpunkter eller klagomål från patient och/eller närstående tas emot på verksamhetsnivå. Klagomålen registreras och följs upp i avvikelssystemet (Platina). Klagomål från patienter och/eller närstående tas upp på arbetsplatsträffar, ledningsmöten eller motsvarande. Här beslutas vilka åtgärder som ska vidtas och vilken chef som ska ge återkoppling på klagomålet till patient/närstående.

Klagomålshandlingen ska även säkerställa att förslag och klagomål från patienter och närstående tas om hand, beaktas och återkopplas till verksamheten i syfte att genomföra förbättringsåtgärder.

### **Patientnämnden**

Samtliga Patientnämndsärenden registreras i avvikelssystemet Platina. Patientnämnden skickar ärenden från patienter/närstående som vill lämna synpunkter/klaga på vården till vårdutvecklaren inom aktuellt vårdområde.

Ärendet kommer som avvikelse i mailen till AC på aktuell enhet för kännedom och innehåller då avvikelenummer och de personuppgifter som lämnats av patienten till Patientnämnden. Avdelningschef (AC) vidarebefordrar till Verksamhetschef (VC), Specialistansvarig läkare (SAL) vid behov. Ärendet hanteras i Platina som övriga avvikelser och vid behov tar AC, SAL, VC eller annan utsedd från kliniken kontakt med patient/närstående. Uppföljning av ärenden som inkommit från Patientnämnden sker på Arbetsplatsträffar AC-möten, KLG-möten och/eller i andra forum.

Inom psykiatri har vissa avdelningar patientråd, som fungerar som ett APT för patienter, och synpunkter från dessa möten tas upp på avdelningens APT för vidare diskussion och eventuell åtgärd. Andra avdelningar har erbjudit familj/närstående/nätverk, FNN, som är ett metodstöd i patientarbetet. Nyckelpersoner runt patienten får därigenom möjlighet att beskriva patientens förmåga och behov för att vårdpersonalen på ett bättre sätt kunna erbjuda vård utifrån patientens förutsättningar. FNN-möten genomförs av sjuksköterska och/eller skötare. I konceptet ingår även läkarsamtal där nyckelpersonerna får möjlighet att få svar på medicinska frågor.

## **5. Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet**

*SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 7 kap. 2 § p 5*

En samlad analys redovisas under rubriken resultat och analys.

## **6. Klagomål och synpunkter**

Under året har Region Halland implementerat ett nytt klagomålssystem, efter att regelverket ändrats. Det innebär att verksamheten direkt hanterar klagomål och patientsynpunkter och först efter att en sådan process genomförts, tar sig IVO an ett ärende, om det inte blivit tillfredsställande utrett. Regionen

---

har sett över och nyupprättat rutiner för samverkan med patientnämnden i en kontinuerlig lärande process.

## 7. Egenkontroll

Inom Region Halland är uppföljning/utvärdering kopplat till "Hälso- och sjukvårdsstrategin 2017-2025" som genomförs inom varje område utifrån uppdrag som har givits av regionledningen och förvaltningschefer. Resultat och analys återrapporteras i delårs- och årsuppföljning.

För kvalitetsuppföljning har styrkort utformats som bifogas respektive förvaltnings uppföljning. I styrkortet redovisas resultat av de lokala och nationella mätningarna inom patientsäkerhet- och kvalitetsområden som HS beslutat att mäta och följa under året.

I avvikelssystemet rapporterar hälso- och sjukvårdspersonalen risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Rapportering och analys av avvikelser utgör en viktig grund för det systematiska patient- och kvalitetsarbetet.

Chefläkare följer upp beslut från IVO efter anmälan enligt lex Maria och tar del av samtliga beslut i enskilda ärenden. Händelser som pekar på allvarliga risker eller som upprepas ofta eller mönster som iakttas vid analys av avvikelser utreds.

2017 års IVO ärenden, enskilda såväl som anmälningar enligt lex Maria kommer att sammanställas och analyseras av chefläkare för att identifiera kluster av händelser av liknande karaktär för att följa tillägget i patientsäkerhetslagen med att arbeta med avvikelser i aggregerad form.

Systematiska journalgranskningar genomförs både på sjukhus, kliniker och för specifika patientgrupper.

Egenkontroller genomförs inom områdena kvalitet, informations säkerhet, arbetsmiljö och miljö en gång per år. Genom egenkontroller värderas verksamheterna sin följsamhet till rutiner och vidtar åtgärder om brister identifieras.

Det finns ett regionalt beslut om att Region Halland ska halvera vårdskadorna fram till 2018 och i det arbetet kommer Region Halland att huvudsakligen fokusera på vårdrelaterade infektioner, trycksår och läkemedelsfel.

Uppföljning och återkoppling av Region Hallands resultat inom patientsäkerhet sker kontinuerligt i den regionala patientsäkerhetsgruppen. Via förvaltningarnas chefläkare förmedlas resultat vidare till chefer och medarbetare. Resultat kommuniceras även via intranätet som nyhetsnotiser. Genom avvikelserapportering har olika förbättringsarbeten genomförts.

Hallands sjukhus följer månatligen upp utvalda kvalitetsindikatorer via styr-

---

kort och har infört ett systematiskt arbete med veckomöten för kvalitetsarbetet.

Kvalitetskontroll av dokumentationen vid tvångsåtgärder enligt LPT/LRV sker regelbundet i den psykiatriska verksamheten och utgör ett moment i förvaltningens internkontrollplan. Under året har det uppdagats brister i det statistiska underlaget för att följa antalet tvångsåtgärder. Det pågår nu ett arbete för att säkerställa att korrekt statistik åter ska kunna tillhandahållas inom detta område. En annan viktig del av förvaltningens egenkontroll utgörs av systemet med uppföljning av patientsäkerhetsronder, vilket sker dels i verksamheten samt även i förvaltningens Styrgrupp för patientsäkerhet och kvalitet. I den sistnämnda gruppen sker även uppföljning av de förbättringsåtgärder som identifieras i verksamheternas internutredningar/händelseanalyser.

Ambulansorganisationen har genomfört en processkartläggning vad gäller organisationens uppbyggnad och hur kvalitetsarbetet ska utvecklas. Det har bildats fyra kvalitetsråd med fokus på kvalitetsutveckling och patientsäkerhetsfrågor.

***Andra exempel på forum där egenkontroller sker i verksamheterna är:***

**Externa och interna revisioner** – varje år genomförs externa och interna revisioner inom Region Hallands förvaltningar. Revisionen är ett instrument för ledningen att arbeta med ständiga förbättringar.

**Patientsäkerhetskultur** – Region Halland har genomfört den tredje patientsäkerhetskulturmätningen.

**Markörbaserad journalgranskning** – genomförs månadsvis på sjukhusövergripande nivå både inom somatiskt och psykiatrisk vård. Granskningen genomförs på slumpvis utvalda journaler. Resultatet rapporteras nationellt.

**Systematiska journalgranskningar** – månatligen genomförs systematiska journalgranskningar som är kopplat till olika patientgrupper.

**Basala hygienrutiner och klädregler** – Region Halland deltar i SKLs nationella punktprevalensmätningar för basala hygienrutiner och klädregler. Utöver de nationella mätningarna genomförs fyra regionala mätningar. Både den specialiserade vården och närsjukvården deltar i mätningarna. Resultat återförs till verksamheterna via den regionala arbetsgruppen för patientsäkerhet.

**Trycksår, fall och undernäring** – Region Halland deltar i SKLs nationella punktprevalensmätningar av trycksår som genomförs vår och höst. Resultat återförs till verksamheten via chefläkarna i styrgruppen för patientsäkerhets-satsningen.

**Vårdrelaterade infektioner** – Region Halland deltar i SKLs nationella punktprevalensmätningar av vårdrelaterade infektioner vår och höst. Utöver de nationella mätningarna genomför två regionala mätningar. Resultat återförs till verksamheten via chefläkarna i styrgruppen för patientsäkerhets-satsningen.

**Senior Alert** – Utöver de nationella mätningarna följs trycksår, fall och undernäring via Senior Alert.

---

**Infektionsverktyget** – registreringarna till Infektionsverktyget sker varje dag, vid varje antibiotikaordination. Infektionsverktyget är ett stöd för att kontinuerligt registrera vårdrelaterade infektioner, följa antibiotikaordinationer kopplat till ordinationsorsak.

**Nationella patientenkäten** – Region Halland deltar i nationella patientenkäten.

**Öppna jämförelser** – Region Hallands resultat i öppna jämförelser analyseras och brister identifieras och resultatet för Region Halland i flertalet fall ligger över rikssnittet. Resultat används i respektive kliniks verksamhetsutveckling och i regionövergripande uppföljningar.

**Kvalitetsregister** – Resultat från kvalitetsregister följs kontinuerligt och är stöd till verksamhetsutveckling.

**Patientsäkerhetsronder** – genomförs inom HS och Psykiatri Halland.

**Överbeläggningar och utlokaliseringar** – Hallands sjukhus deltar i den nationella registreringen av överbeläggningar och utlokaliseringar. Som stöd till verksamheterna finns en beläggningsöversikt på intranätet, vilken uppdateras varje hel timme.

**Tillgänglighet vid prio-1 larm** – Ambulanssjukvården mäter antal prio-1 larm som når befolkningen inom 10 minuter. Uppföljning och återkoppling till verksamhetschef varje månad.

**Ambulant bedömning** – beddinfört Ambulant bedömning för patienter > 18 år.

**1177** – Medicinska ronder äger rum var sjätte vecka och i dessa deltar sjuksköterskor, avdelningschef och överläkare.

**Avvikelse rapporter** - I avvikelssystemet rapporterar hälso- och sjukvårdspersonalen risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Alla avvikelser som skrivs läses av chefläkare och återkopplas vid behov av chefläkare till berörd verksamhet.

**Händelseanalys** - Händelser där patient utsatts för eller löpt risk att drabbas av allvarig utreds med en händelseanalys och dokumenteras i patientjournalen Syftet med en händelseanalys är att höja patientsäkerheten inom vården genom att finna bakomliggande orsaker till en händelse, åtgärda dessa och förhindra att de uppkommer igen. Händelseanalys genomförs på uppdrag av verksamhetsansvarig chef eller chefläkare, av analysledare.

---

## PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

För att stödja verksamheterna i Region Halland med att intensifiera sina insatser i arbetet med att halvera vårdskadorna fram till 2020 finns en regionövergripande arbetsgrupp. Representanterna deltar på respektive förvaltningschefs uppdrag och har till uppgift att arbeta med patientsäkerhetsfrågor tillsammans med berörda verksamhetschefer. Under året har gruppen utökats och medicinskt ansvariga sjuksköterskor från alla regionens kommuner deltar nu. Regionkontoret är sammankallande och leder arbetet i gruppen. Några av våra aktiviteter listas nedan:

- Patientsäkerhetskulturmätning – En regionövergripande mätning genomfördes under hösten 2017 och vi har under året arbetat vidare med resultatet. De visar sammantaget att medarbetare har stor tilltro till den egna verksamhetens förmåga att hantera patientsäkerhetsrisker, man ser ett samarbete inom vårdenheten, har en öppen kommunikation och återföring, och kommunikation kring avvikelser. Noterade förbättringsområden är arbetsbelastning och personaltäthet, benägenhet att rapportera händelser, överlämningar och överföringar av patienter och information, samarbete mellan enheter/förvaltningar och högsta ledningens stöd till patientsäkerhetsarbetet.
- Arbetsgrupp för att säkerställa nya forskriften om Ordination och läkemedelhantering inom hälso- och sjukvård har bildats med syfte att säkerställa implementering av den nya forskriften
- Nya klagomålshanteringen har implementerats i syfte att säkerställa att Region Halland utvecklar klagomålshanteringen så att lagen följs, men också utvecklar vården och patientsäkerheten utifrån de återkopplingar patienter ger oss.
- Den vuxenpsykiatriska öppenvården har utöver ovanstående också uppdaterat flera rutiner och arbetssätt under 2018. Detta har medfört att arbetet med att utarbeta en ny vårdriktlinje för suicidprevention inom Vuxenpsykiatri är slutfört och det finns nu ett uppdaterat material tillgängligt via ledningssystemet. Parallellt pågår arbetet med en uppdatering av Vuxenpsykiatriens mer omfattande suicidpreventionsprogram.

Inom Region Halland är chefläkare ett stöd till linjen i patient- och kvalitetsarbetet. Samtliga medarbetare har ansvar att följa lagar och förordningar, beslut fattad i verksamheten samt innehåll i ledningssystemet. Verksamhetschefen är ytterst ansvarig för att lagar, förordningar och rutiner följs.

---

## 8. Riskanalys

Riskanalys genomförs vid nyheter och förändringar med oklar risk och kan användas på alla nivåer inom organisationen. Målet är att identifiera potentiella risker, uppskatta riskernas omfattning och konsekvenser och ta fram förslag på åtgärder för att eliminera och minimera risker.

Målet med att göra en riskanalys är att identifiera potentiella risker, uppskatta riskernas omfattning och konsekvenser och ta fram förslag på åtgärder för att eliminera och minimera risker. Orsaker till att göra en riskanalys kan vara t.ex. förändringar av:

- IT-system (nya, förändringar, avveckla)
- Lokaler (om – och nybyggnationer, annan förändring)
- Metoder, koncept, riktlinjer

Hallands sjukhus har genomfört riskanalyser på följande områden i egen eller delad verksamhet:

- Distansarbete för medicinska sekreterare
- Exchange mailserver i Office 365
- Exchange Office 365
- Förändrad omvårdnadsdokumentation
- Hallands sjukhus på Instagram
- Logginformation på Journalen via nätet
- Lösenordskomplexitet
- Onedrive
- Open – e-plattform – Nordic Peak
- Vidiview – system för att filma operationer

Närsjukvården har genomfört riskanalys om utökade öppettider. Dessutom har övergripande kvalitetsindikatorer tagits fram som ett underlag för chefers och medarbetares kvalitetsarbete. En ny rutin för kvalitets- och patientsäkerhetsrund har fastställts med utvecklat arbetssätt där internrevision och processuppföljning integreras. I tandvården har en tjänst på cirka 15 % skapats för att fortsätta arbetet utifrån de där avslutade projekten och för att utarbeta en generisk modell för förbättringsarbeten för Folktandvården Halland

Under året har BUP genomfört en riskanalys tillsammans med de fackliga organisationerna beträffande slutenvården och den förändring som gjordes där gällande anpassningen av platsantalet.

## 9. Utredning av händelser - vårdskador

I avvikelssystemet rapporterar hälso- och sjukvårdspersonalen risker för

---

vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Rapportering och analys av avvikelser utgör en viktig grund för det systematiska patient- och kvalitetsarbetet.

Förvaltningarnas chefläkare följer upp beslut från IVO efter anmälan enligt lex Maria och tar del av samtliga beslut i enskilda ärenden. Händelser som pekar på allvarliga risker eller som upprepas ofta eller mönster som iakttas vid analys av avvikelser utreds.

Årets IVO-ärenden, enskilda såväl som anmälningar enligt lex Maria att sammanställs och analyseras av chefläkare för att identifiera kluster av händelser av liknande karaktär för att följa tillägget i patientsäkerhetslagen med att arbeta med avvikelser i aggregerad form.

Systematiska journalgranskningar genomförs både på sjukhus, kliniker och för specifika patientgrupper.

Under 2018 har Hallands sjukhus initierat ett nytt arbetssätt med händelseanalyser, med Sveriges Kommuner och Landstings (SKL:s) skrift "Effektivisering av arbete med händelseanalys" som hjälp för att sätta in mer effektiva åtgärder och förbättringar med tydligare krav på uppföljning.

Närsjukvården har provat mer betydande utredningar av händelser vid förvaltningens vårdcentraler enligt förenklad händelseanalysmetodik.

## **10. Informationssäkerhet**

Revision med riskanalyser har genomförts under året. Dessa har föranlett att arbete med att fram, förtydliga och förbättra processer och rutiner inom informationssäkerhet.

Utbildningar har ytterligare genomförts för chefer och nyckelpersoner inför den nya dataskyddsförordningen.

Driftstoppsrutiner har förtydligats. En processkarta har tagits fram som tydliggör hur information/kommunikation ska ske vid en större IT händelser.

Loggkontroller genomförs regelbundet i patientjournalssystemet och IT system och granskas. Vid oväntade händelser genomförs granskning av hälso- och sjukvårdspersonalens journalförning som en del i en händelseanalys eller lex Maria.

Hallands Sjukhus, Medicinsk diagnostik samt Hälsa- och funktionsstöd har haft interna och externa revisioner där informationssäkerheten granskats. Vid de interna revisionerna reviderades hur väl medarbetare och chefer har kunskap och medvetenhet kring informationssäkerhet samt om de rutiner som finns inom området följs.

---

## RESULTAT OCH ANALYS

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

### Egenkontroll

Vården i Halland håller en hög kvalitet enligt "Vården i siffror" där Halland är bland de bästa inom flera sjukdomstillstånd vid nationell jämförelse. SKL:s "Väntetider i vården" visar att den halländska vården är tillgänglig. Med den nationella vårdgarantin får 92 procent för sitt första besök inom specialistvården inom vårdgarantins 90 dagar. 95 procent får sin operation/åtgärd inom 90 dagar. Halland är på tredje plats i Sverige när det gäller tid till första besök i somatisk vård och har bäst tillgänglighet i landet när det gäller tid för operation/ åtgärd.

Halland har lägst sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet i Sverige. Indikatoren visar antalet dödsfall per 100 000 invånare under 80 år som kan påverkas av sjukvårdens olika insatser såsom tidig upptäckt och behandling.

Beläggningsgraden och punktbeläggningen i sjukhusorganisationen har under perioden maj-augusti varit lägre än den var perioden januari-april. Trenden för medelvårdtiden har varit lätt nedåtgående. Trots ett ökat inflöde till akutmottagningarna var därför antalet inlagda i slutenvård via akutmottagningarna cirka 100 färre än 2017. Medelvårdtiden för 2018 som helhet var 1,5 procent lägre än 2017 samtidigt som antalet vårdplatser låg kvar på samma nivå. Det, tillsammans med att produktionsvolymen varit den-samma, gjorde att även beläggningsgraden 2018 var 1,5 procent lägre än 2017. Utskrivning före kl. 12, vilket är ett viktigt mått för att patientflödet från akuten till vårdavdelning ska fungera effektivt, har haft en fortsatt positiv trend. Minskningen av beläggningsgraden har gjort att andelen utlokaliserade patienter och antalet överbeläggningar varit lägre än föregående år. Hallands sjukhus utfall på dessa indikatorer under 2018 är ungefär hälften av rikssnittet.

Den nationella patientenkäten 2018 visade mycket tillfredsställande resultat på helhetsintryck, emotionellt stöd, delaktighet och involvering, respekt och bemötande, kontinuitet och koordinering, information och kunskap och tillgänglighet. Hallands sjukhus fick bäst resultat i Sverige med närmare 90 procent nöjda patienter i öppenvården. Vad gäller slutenvården hamnade Hallands sjukhus på fjärde plats med 85 procent nöjda patienter. Trots de goda resultaten finns det skäl att arbeta med ytterligare förbättringar, inte minst med information och kunskap och delaktighet och involvering. Detta förbättringsarbete kommer ske under 2019 genom bland annat SKL:s satsning "Patientkontrakt".

### 11. Avvikelser

Under 2018 rapporterades totalt 6 865 avvikelser på Hallands sjukhus och 1123 i närsjukvården. Från psykiatrin inkom 1450 avvikelserärenden och från Ambulansorganisationen 193.



---

## 12. Klagomål och synpunkter

Klagomålshantering ska säkerställa att förslag och klagomål från patienter och närstående tas om hand, beaktas och återkopplas till verksamheten i syfte att genomföra förbättringsåtgärder. Synpunkter om given vård som kommer till verksamheten från patientnämnden registreras i Region Hallands avvikelssystem Platina och svar lämnas inom fyra veckor till den som lämnat synpunkt. Klagomålen följs upp i avvikelssystemet.

På Hallands sjukhus rapporterades 401 patientnämnsärenden, 204 från vårdcentraler, 113 från psykiatri och 35 från tandvården.

Särskild uppmärksamhet ska ägnas åt att använda erfarenheterna från klagomålshantering i förbättringsarbetet. Klagomål ska tas upp på arbetsplatsträffar, ledningsmöte eller motsvarande. Här beslutas vilka åtgärder som ska vidtas och vilken chef som ska återkoppla klagomålet till patient/närstående och informera hur arbetet med att förbättra verksamheten pågår för att förebygga att det inte ska hända igen.

Från och med 2018 tar inte Inspektionen för vård och omsorg (IVO) emot anmälningar med klagomål från patient/närstående, om inte patient/närstående först framfört klagomål för utredning direkt till berörd verksamhet eller via patientnämnden. IVO kan välja att utreda händelser vidare om tidigare utredning inte varit tillfyllest, och IVO kan utreda anmälningar om allvarigare händelser inom vården.

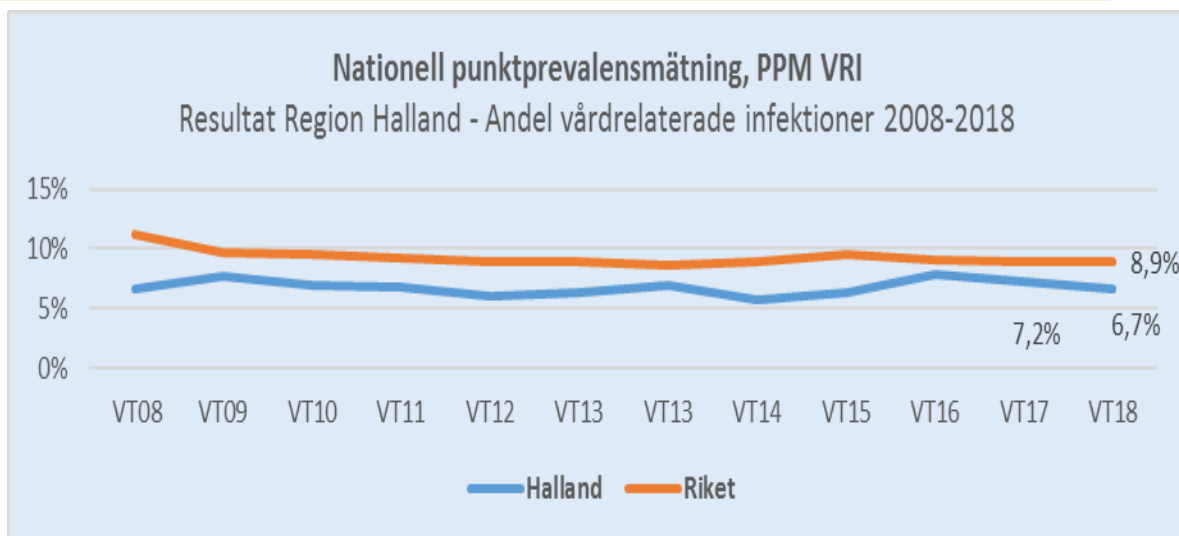
Enskilda klagomålsärenden från IVO har således minskat och Hallands sjukhus har under 2018 tagit emot 19 enskilda klagomålsärenden (-70%). Med IVO:s nya arbetssätt förväntades antalet patientnämndärenden öka markant men det blev endast en måttlig ökning med cirka 6 procent 2018 jämfört med 2017. Från närsjukvården inkom nio, från ambulansorganisationen 23 och från psykiatri 14.

## 13. Händelser och vårdskador

VRI - Vårdrelaterade infektion

Vårdrelaterade infektioner är infektioner som uppstår i samband med vård och är den vanligaste typen av vårdskada. Regionen mäter vårdrelaterade infektioner en gång per år på inlagda patienter. Nationellt är Halland vid årets mätning fortsatt bland de regioner som har lägst andel vårdrelaterade infektioner med en tredjeplats. Vanligaste vårdrelaterade infektionen är lunginflammation följt av sepsis (blodförgiftning) och urinvägsinfektion.

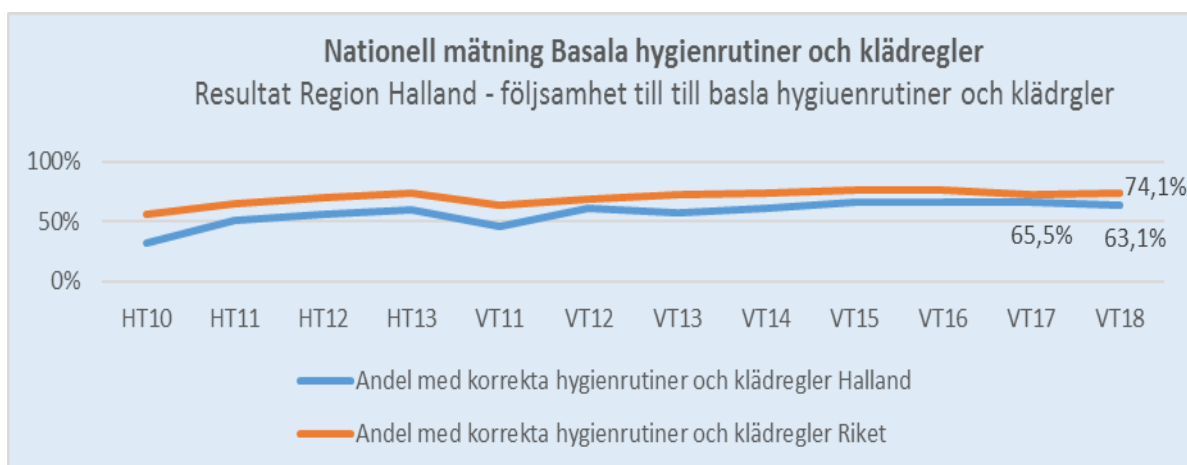
Vid vårens nationella mätning visar resultatet att andelen inlagda patienter med en vårdrelaterad infektion har minskat, 6,7 % hade en VRI jämfört med föregående års mätning då resultatet visade 7,2 %.



Andel inläggande patienter med vårdrelaterad infektion, källa SKL

#### Basala hygienrutiner

Den mest grundläggande åtgärden att förebygga vårdrelaterade infektioner är att vårdpersonal tillämpar basala hygienrutiner i sitt arbete. Region Halland mäter följsamheten genom nationella och regionala mätningar. I den nationella mätningen visar regionens resultat en försämring mot föregående års mätning 63,1 % av vårdpersonalen har korrekta hygienrutiner och klädregler i det patientnära arbetet.



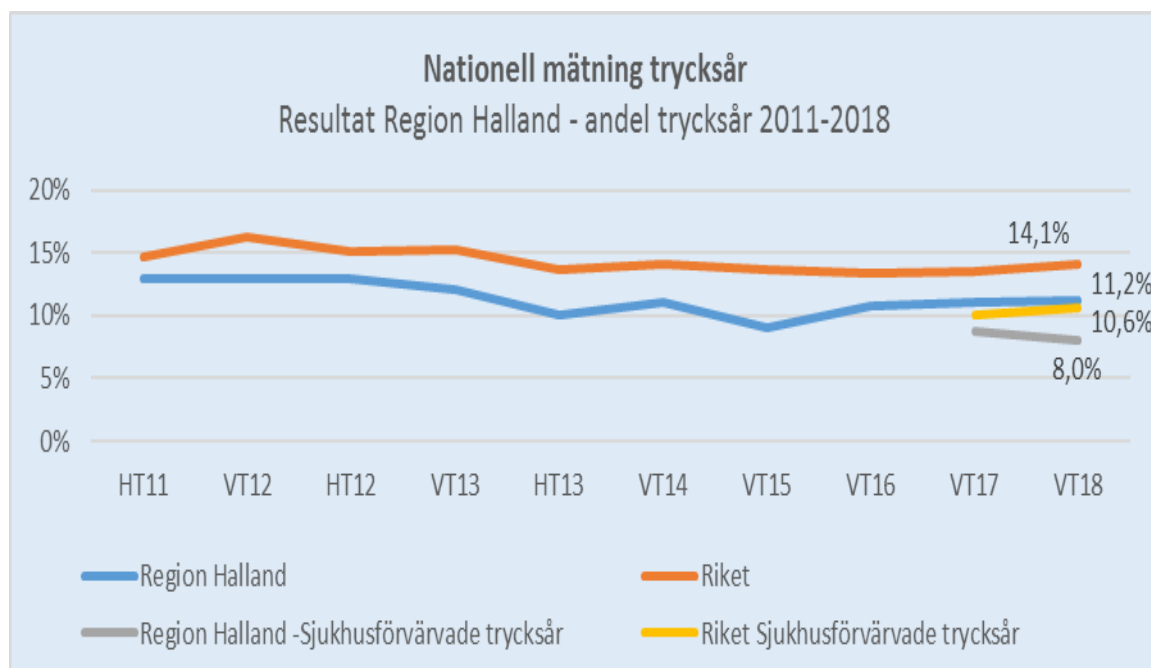
Nationell mätning av korrekta hygienrutiner och klädregler, källa SKL

#### Trycksår

Trycksår är en vanlig vårdskada som orsakas av långvarigt tryck mot huden eller dålig blodcirkulation. Trycksår mäts genom punktprevalensmätning som består av observation, riskbedömning och journalgranskning. Resultatet för Region Halland\* i den nationella mätningen visar att andel patienter med ett eller flera trycksår kategori 1 till 4 ligger på 11,2 procent, jämfört med 11,1 procent 2017. Andel patienter som hade trycksår kategori 2 till 4 var 7,6 pro-

cent, jämfört med 8,8 procent 2017. Genom journalgranskning kan andelen sjukhusförvärvade trycksår redovisas. Resultatet för andel patienter med sjukhusförvärvade trycksår visar på riksnivå att 10,6 procent hade ett trycksår som inte varit dokumenterat de första 24 timmarna på sjukhus. Resultatet för andel sjukhusförvärvade trycksår inom Region Halland\* var 8,0 procent.

\*resultatet avser slutenvård inom HS, Psykiatri Halland och Capió Movement



Andel ineliggande patienter med trycksår 2011-2018, källa SKL

Från Hallands sjukhus ingavs 34 Lex-Maria-anmälningar och 306 anmälningar till LÖF. Från psykiatrin anmäldes fem ärenden enligt Lex Maria och två från ambulansorganisationen.

## 14. Riskanalys

I ledningssystemet för Region Halland finns beskrivning och metodstöd för riskanalyser. Syftet är att denna ska vara ett underlag för bedömning om riskanalys ska genomföras. Under 2018 har delar av verksamheterna inom Flera delar av organisationen har börjat använda Gröna korset som är ett verktyg i syfte att dagligen identifiera vårdskador och initiera förbättringsåtgärder.

Den externa revisionen på Hallands Sjukhus hösten 2018 ledde till fyra avvikelser varav två handlade om informationssäkerhet. Avvikelserna handlade om att processen för riskhantering inte bedöms införda i tillräcklig omfattning samt att processen för hantering av informationssäkerhetsincidenter inte är tydlig och sammanhållen. Handlingsplaner för att åtgärda de externa avvikelserna är framtagna och man har börjat arbeta med åtgärderna under hösten 2018.

---

## 15.Mål och strategier för kommande år

Vi har under året fortsatt enligt den strategiska plan som antogs 2017 och som innebär att vi leds av en regional patientsäkerhetsplan. Den pekar ut nio identifierade fokusområden för ansträngningarna, av vilka fyra prioriteras särskilt under perioden fram till 2020. Dessa är trycksår, vårdrelaterade infektioner och läkemedelssäkerhet och IT-stöd.

Den psykiatriska öppenvården har lett vägen i att tillsätta en regional samordnare för suicidprevention. Det finns nu en lösning från och med februari 2019, som initialt kommer vara finansierad i ett halvår.

Genom vår systematiska uppföljning via Öppna Jämförelser och kvalitetsregisterdata kan vi, kompletterat med egna (Region Halland har deltagit i de nationella PPM- mätningarna för trycksår, basala hygienrutiner och klädregler, samt vårdrelaterade infektioner) mätningar i verksamheten, följa resultaten.

Vi ligger i nationell jämförelse bra till vad gäller vårdrelaterade infektioner, vårdplatsanvändning och trycksår i slutenvård men har mer att göra avseende hygien- och klädrutiner, antibiotikaanvändning