



Patientsäkerhetsberä ttelse 2023

Ambulans, diagnostik och hälsa
2023

Innehållsförteckning

1	Grundläggande förutsättningar för säker vård.....	3
1.1	Engagerad ledning och tydlig styrning	3
1.2	En god säkerhetskultur.....	7
1.3	Adekvat kunskap och kompetens.....	9
1.4	Patienten som medskapare.....	10
2	Agera för säker vård.....	12
2.1	Öka kunskap om inträffade vårdskador.....	12
2.2	Tillförlitliga och säkra system och processer.....	13
2.3	Säker vård här och nu	14
2.4	Stärka analys, lärande och utveckling.....	16
2.5	Öka riskmedvetenhet och beredskap.....	21
3	Mål, strategier och utmaningar för kommande år	23

1 Grundläggande förutsättningar för säker vård

Nedan beskrivs mål och strategier, organisation och struktur för arbetet med att minska antalet vårdskador.

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.

1.1 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.

Förvaltningen Ambulans, diagnostik och hälsa har under 2023 fortsatt utvecklingen mot ett sammanhållet patientsäkerhetsarbete. En chefläkare på 50% har tillsatts och verksamhetsutvecklarresurs samt visst administrativt stöd har tillförts. Arbetet mot ett samlat ledningssystem har kommit längre, där en inventering av de olika verksamheternas arbetsätt och framtagande/uppdatering av förvaltningsgemensamma rutiner påbörjats.

1.1.1 Organisation och ansvar

Förvaltning Ambulans diagnostik och hälsa (ADH) består av två områden, Hälsa och funktionsstöd (HFS) och Medicinsk diagnostik (MD), samt en verksamhet, Ambulans och sjukresor Halland (ASH).

Den övergripande strukturen för patientsäkerhetsarbete följer linjeorganisationen, där respektive verksamhet har ansvar för patientsäkerheten. Verksamhetschefen ansvarar för att rutiner och avvikelshantering följs, beslutar om utredning och åtgärder samt är ytterst ansvarig för uppföljning av vidtagna åtgärder. Organisationen behöver ha ett perspektiv- och lösningsfokuserat utvecklingsarbete där vikten av samverkan såväl inom den egna verksamheten som med vårdgrannar betonas.

Styrning och uppföljning har under 2023 i första hand skett inom ramen för den ordinarie uppföljningsprocessen, och inom ramen för verksamheternas egen uppföljning, vilken dokumenteras i Stratsys. Respektive chef har fått identifiera ett par indikatorer som relaterar till patientsäkerhet, och som ingår i uppföljningsdiskussionen i samband med de månatligen återkommande rapportdagarna.

Stödfunktioner på förvaltningsnivå

På förvaltningsnivå fanns tidigare på stabsnivå endast en verksamhetsutvecklare med uppdrag att stötta cheferna i patientsäkerhetsarbetet, på en mindre del av sin tjänst. ADH har saknat egen chefläkare, vilket tillsammans med den begränsade stabsresursen bidragit till att patientsäkerhetsdiskussionen haft ett mindre utrymme i förvaltningsledningen. Förvaltningen har tidigare köpt tjänst av Hallands sjukhus' chefläkare motsvarande ca 10% för diskussion/rådgivning i enskilda ärenden, samt hjälp med anmälan enligt lex Maria i förekommande fall, men strategiskt chefläkarstöd på verksamhets-, områdes- eller förvaltningsnivå har inte funnits. ASH har två medicinskt ledningsansvariga läkare (en ambulansöverläkare 50% och en medicinskt ledningsansvarig läkare för 1177 på 50%) där ambulansöverläkaren fram till september 2023 också haft uppdraget att utöva chefläkarrollen för verksamheten, med anmälningsansvar enligt lex Maria.

Sedan september 2023 har ADH en chefläkare på 50% med ansvar för det övergripande patientsäkerhetsarbetet. Tillsammans med verksamhetsutvecklaren och en administrativ assistent utgör de ett patientsäkerhetsteam inom ADH. Under 2023 tillsattes även en ledningssystemsamordnare med ansvar för att uppdatera och lägga in nya rutiner och vårdriktlinjer.

Det lokala stödet varierar beroende på typ av verksamhet. Verksamheterna har i olika utsträckning särskilt utsedda verksamhetsutvecklare, kvalitetssamordnare, sektionsledare eller motsvarande roller med riktade uppgifter inom patientsäkerhet och kvalitet. Det finns också regionala funktioner som stöttar inom patientsäkerhetsområdet, t ex inom vårdhygien (som återfinns i Medicinsk diagnostiks verksamheter) och smittskydd.

Egenkontroller görs i samband med den årliga arbetsmiljöronden som dokumenteras i Stratsys. Introduktion i informationssäkerhet ges vid varje nyanställning.

Samtliga avvikelser registreras och dokumenteras i avvikelssystemet Platina. Ärenden bearbetas på enhetsnivå och riskanalyser görs vid risktal över 8. Återrapportering sker på olika sätt vid de olika enheterna

Patientnämnden rapporterar ärenden till respektive verksamhet, men återkopplar även med regelbundenhet centralt till förvaltningen ADH/chefläkare för en sammanställd bild.

ASH (Ambulans, sjukresor och 1177 Halland)

ASH har en stab bemannad med läkare, verksamhetsutvecklare samt chefsstöd med fokus på patientsäkerhetsarbetet i form av strategisk utveckling, vårdutveckling, kompetensutveckling samt avvikelshantering. Staben stödjer både chefer och medarbetare i patientsäkerhetsfrågor samt arbetar för att säkerställa att verksamheten har ett fungerande ledningssystem som innehåller processer och rutiner, förebygger och minskar risken för vårdskador samt säkrar och höjer verksamhetens kvalitet.

HFS (Hälsa och funktionsstöd)

HFS ingår i den del av Hallands sjukhus ledningssystem som är gemensamt för Hallands Sjukhus och ADH, och har tidigare till viss del nyttjat dess chefläkarfunktion. Samtliga verksamhetschefer arbetar enligt ledningssystemet.

Socialstyrelsens riktlinjer för förskrivning av hjälpmedel fungerar som övergripande riktlinjer inom förskrivning av hjälpmedel i Halland. Hjälpmedelscentrums förskrivarutbildning består av en övergripande del som inkluderar Socialstyrelsens övergripande utbildning samt en lokal del för att förskrivarna ska kunna förskriva hjälpmedel i Halland. Förskrivarutbildningen är obligatorisk för alla förskrivare i Halland och erbjuds digitalt.

MD (Medicinsk diagnostik)

MD ingår i den del av Hallands sjukhus ledningssystem som är gemensamt för Hallands Sjukhus och ADH och har tidigare till viss del nyttjat dess chefläkarfunktion.

De laboratoriemedicinska verksamheterna är ackrediterade av Swedac och har egna kvalitetsledningsmanualer i dokumenthanteringssystemet Centuri. Blodcentralerna har tillstånd från IVO att bedriva blodverksamhet och Läkemedelsverket utfärdar tillstånd för att framställa råvara (blodplasma) för läkemedelsframställning. Octapharma, ett företag, kontrollerar framställningen av plasma samt kontrollerar den plasma som vår verksamhet säljer till dem.

Tillstånd för att bedriva verksamhet inom röntgen och nuklearmedicinsk verksamhet kommer från SSM. Verksamhetscheferna arbetar enligt ledningssystemet.

1.1.2 Samverkan för att förebygga vårdskador

ASH

Inom ambulanssjukvården Halland pågår sedan flera år tillbaka en fortlöpande utveckling av säkra och ändamålsenliga vårdkedjor tillsammans med involverade samarbetspartners och med tydligt fokus på att göra patienter och närstående delaktiga i vården.

Primärvårdsprojektet i Falkenberg som syftar till ökad samverkan med primärvården samt Prehospital Psykiatrisk Akutsjukvård, är en utökad samverkan med psykiatri Halland. Båda processerna går i linje med God och Nära Vård.

ASH's rutin "Uppföljning av patient med frekvent vårdbehov" har uppdaterats och en automatiserad rapport har tagits fram som identifierar patienter som vårdats av ambulans frekvent under föregående månad och kvartal. Som en konsekvens av detta har ett flertal patienter som vårdas frekvent av ambulanssjukvården identifierats och journalerna för dessa patienter har gått igenom. Baserat på resultatet har behov av vårdplanering identifierats för vissa patienter och ett arbete för förbättrat omhändertagande av aktuellt patienter har initierats av ambulansöverläkare i samverkan med berörda vårdaktörer. Totalt rör det sig om 21 patienter för ambulanssjukvården under 2023. Uppföljning av dessa patienter visar goda resultat med en bättre vård, ett minskat antal samtal till SOS, och ett minskat antal ambulansuppdrag för patienterna.

ASH är drivande i flera nationella och regionala samverkansforum. På nationell nivå FLISA och pre-hospitala nätverk inom SKR. Samverkan sker också på regional nivå med polis, räddningstjänst och Länsstyrelsen, på såväl operativ som strategisk nivå.

Hälsa och funktionsstöd

Samverkan är en viktig del i arbetet för samtliga verksamheter inom Hälsa och funktionsstöd. Samverkan sker med såväl andra avdelningar inom Region Halland som med skolor för att underlätta informationsöverföring och säkerställa att patienterna får rätt stöd.

Samverkan sker mellan Hörselvård – Öron-näsa-halskliniken, Habiliteringen och Syncentralen samt kommunerna, framför allt kring elever i samarbete med kommunernas syn- och hörselinstruktörer.

Hallands mödrahälsovårdsöverläkare granskar alla medicinska avvikelser och verksamheten har ett nära samarbete med Kvinnokliniken.

Samtliga verksamheter som ingår i processen "Gynekologisk cellprovskontroll", Kvinnohälsovården, Patologen, Mikrobiologen samt Kvinnokliniken har gemensamma styrgruppsmöten tillsammans med Regionalt cancercentrum väst (RCCV) Denna samverkan har varit extra betydelsefull när det nationella vårdprogrammet för cervixcancer-prevention implementerades i Region Halland.

Hjälpmiddelscentrum (HMC) har omfattande samverkan såväl inom regionen som med externa aktörer (främst kommunerna).

Utprovningssystemet styr och ansvarsfördelar insatserna vid en utprovning. Processen tydliggör ansvarsfördelningen i utprovningssystemet samt är uppgiftsorienterad

där förskrivare, brukare, konsulent, tekniker och eventuellt leverantör tydligt ser förväntningar och ansvarsfördelningen inför kommande utprovningstillfällen. Processen har uppdaterats under 2023.

En tillämpning av samverkansavtal för gemensam nämnd för hemsjukvård och hjälpmedel (GNHH) är fastställd under 2023. Syftet är att beskriva process och struktur för samverkan mellan Hjälpmedelscentrum (HMC), Vårdval Halland närsjukvård och Hallands kommuner på tjänstepersonsnivå inför beredning, samt vid nya och/eller förändrade externa rutiner, inom ramen för såväl personligt förskrivna hjälpmedel som verksamhetsutrustning. En ny struktur och arbetsprocess har införts under 2023 genom skapandet av ett hjälpmedelsråd.

Nästa steg i tillämpningsavtalet är att införa ett förskrivarråd där förskrivare från Hallands sjukhus, Vårdval Halland närsjukvård, Hallands kommuner och Habiliteringen kan representera sin verksamhet och ansvara för informationsdelning inom respektive organisation.

Under hösten har vi tillsammans med Regionservice infört ett system för spårbarhet av våra produkter, för att enklare kunna identifiera dem vid säkerhetsmeddelanden från leverantör

Lokal samverkan mellan Habiliteringen och primärvård kring enskilda patienter i behov av medicinsk uppföljning på primärvårdsnivå. Lokal samverkan mellan läkare inom Habiliteringen och BUP för dialog om vårdnivå och omhändertagande, samt enskilda ärenden. Samverkan på lokal och övergripande nivå med vuxenpsykiatrins öppenvård om enskilda patienter, ansvarsfördelning och om samarbete. Nytt ansvarsdokument framtaget under 2023 mellan VPM och Habiliteringen.

Processbeskrivning i samarbete mellan Halland sjukhus och Habiliteringen har lett till regional process för omhändertagande av patienter med födelserelaterad plexusskada, processen är planerad att uppdateras. Regional process för omhändertagande av barn med traumatisk hjärnskada framtagen, vilket ska uppdateras och implementeras med stöd av läkargruppen. Samverkan mellan kommunerna i Halland och Habiliteringen om hjälpmedel och utrustning för barn med särskilda behov i skolor fungerar.

Samarbete har skett under året med ny aktör för ortopedtekniska hjälpmedel, Aktiv Ortopedteknik.

Aktiv samverkan sker med barnklinikens mottagningar i länet kring både övergripande strategiska frågor, bemanningsfrågor men också kring enskilda ärenden.

Medicinsk diagnostik

Klinisk kemi utför till viss del externa kvalitetskontroller av patientnära laboratorieutrustning som används utanför de ackrediterade laboratorierna.

Instruktör från Klinisk kemi samt från Klinisk mikrobiologi ger också regelbundet utbildning om blodprovstagning och vikten att undvika preanalytiska fel. Det är upp till de externa verksamheterna om de önskar beställa denna tjänst. Det finns nu ett inriktningsbeslut i Region Halland att vi skall skapa en regional PNA organisation med avseende på kvalitetssäkring, utbildning, upphandling, stöd och digitalisering.

MDs verksamheter har utbredda samarbeten med hela det regionala sjukvårdssystemet och med kommunerna. Ett exempel är samtliga SVF-förlopp där vi samarbetar med Hallands

sjukhus och närsjukvården.

Det finns också ett samarbete inom den nationella kunskapsstyrningen där Medicinsk diagnostik har representanter i både Södra och Västra sjukvårdsregionen då vi har omfattande samarbete med båda dessa sjukvårdsregioner.

MDs verksamheter står i nära kontakt med remitterande enheter för att utbilda och uppgradera vårdriktlinjer/utredningsprocesser och därmed bidra till Region Hallands förmåga att bedriva en god och säker hälso- och sjukvård.

Informationssäkerhet

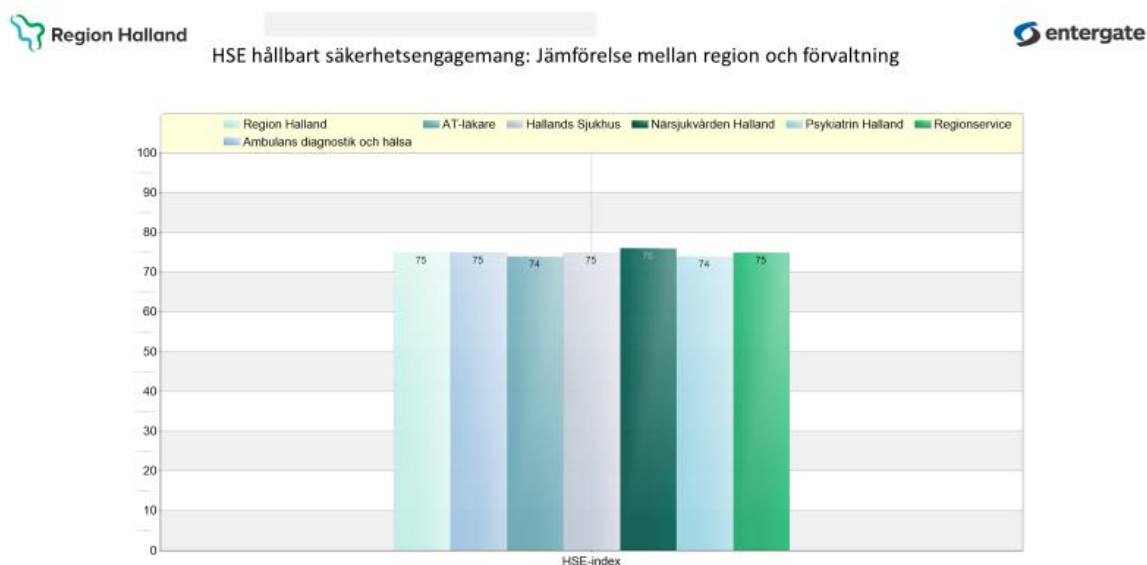
Under året 2023 har två säkerhetspartners anställts inom förvaltningen ADH, för att tillsammans med motsvarande funktion på Hallands Sjukhus arbeta med säkerhet inom olika områden, bland andra informationssäkerhet. Säkerhetspartners roll kommer att mer tydligt definieras och träda i kraft vid årsskiftet 2023/2024, men förberedelser och identifiering av uppdragsbeskrivning har pågått under hösten. Det övergripande ansvaret för informationssäkerhet ligger på en regional nivå och är kopplad till ITD. Formerna för samarbete med ITD är under utveckling.

1.1.3 Strålskydd

1.2 En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet.

HSE mätning infördes i Region Halland i samband med MBU medarbetarundersökningen i oktober 2023. Resultatet av denna har återkopplats i form av ett HSE index och så kallade trafikljusdiagram.



Utfallet för ADH var samstämmigt med Region Hallands resultat och inom verksamheterna fanns både verksamheter med högre HSE-index, där de certifierade laborativverksamheterna ingår, och några verksamheter med lägre värden. Vi ser dessa utfall som ett utgångsvärde inför kommande år och vid genomgång av resultatet i verksamheterna är frågorna ett bra underlag till dialog om vad en god patientsäkerhetskultur innebär och hur man kan jobba för att förbättra den.

Alla medarbetare uppmuntras att rapportera avvikelser - såväl tillbud, negativa händelser som identifierade risker - via vårt avvikelssystem Platina. Avvikelse bearbetas av avdelningschefer, eller av särskilt utsedd personal. Arbetssätten varierar mellan verksamheterna.

Avvikelsearbetet utgår ifrån att det i varje situation finns en möjlighet till lärande och utveckling. Fokus är aldrig att leta efter en syndabock utan att objektivt granska systemet - vad som kunde gjorts annorlunda, såväl på enskild nivå som organisatoriskt. Vi kan få lärdomar på individnivå, men huvudmålet är att utveckla våra arbetssätt så att vården blir så patientsäker som det är möjligt - det ska vara lätt för den enskilde att göra rätt.

Allvarliga brister som upptäcks via avvikelser blir föremål för risk- eller händelseanalys i syfte att på djupet undersöka och belysa organisatoriska brister.

Handlingsplaner och planerade åtgärder följs upp, dels i samband med arbetsmiljörom och medarbetarundersökning, men även kopplat till uppföljningsprocessen.

ASH

Lokala avvikelseråd är inrättade på samtliga avdelningar inom ambulanssjukvården, sjukresor och 1177 i syfte att öka medarbetarinvolveringen i patientsäkerhetsarbetet, men också att tillse att organisationen får fler kanaler att sprida den kunskap vi införskaffar oss via avvikelsearbetet.

Hälsa och funktionsstöd

Inom de olika verksamheterna finns forum för lärande och reflektion. Det har under året varit i samband med APT, ärendegenomgångar, yrkes- och teamträffar, kompetensutvecklingsdagar samt presentationer från leverantörer. I flera verksamheter förekommer handledning.

Avvikelse tas upp på APT för berörda avdelningar i syfte att synliggöra brister och lära av det inträffade. Där det är aktuellt informeras övriga berörda som till exempel kunder och förskrivare. Arbetet görs till gagn för anställda, kunder och förskrivare, samt för att säkerställa säkra produkter för användare.

Medicinsk diagnostik

Alla avvikelser bearbetas, åtgärder tas fram och de återkopplas till medarbetarna för dialog och lärande på APT eller andra mötesformer inom verksamheterna. Alla avvikelser är också kategoriserade och redovisas på ledningens genomgång kvalitet, för att se om någon åtgärd behöver genomföras på mer övergripande nivå för att åtgärda återkommande risker.

Avvikelse tas också upp på klinikledningsmöten eller områdesledningsmöten om behov finns för detta, och diskuteras också mellan olika verksamheter i matris-organisationen när avvikelsen rör flera olika verksamheter.

Sambandet mellan en god arbetsmiljö och en god patientsäkerhet är numera välkänt. Dialog om arbetsmiljö sker på arbetsplatsträffar, kontinuerligt i arbetsvardagen, vid medarbetarsamtal och vid årlig genomgång av medarbetarenkäten. Om brister finns i arbetsmiljön så tas en handlingsplan/åtgärder fram som sen följs upp fortlöpande.

I arbetet som metod- eller instrumentansvarig ingår tid för kvalitetsarbete (t.ex. arbete med kvalitetskontroller och förbättringsarbete).

Patientsäkerhetsarbetet är en stor del av ledningens genomgång kvalitet, som genomförs en gång om året, där olika aspekter diskuteras i ledningsgrupper på olika nivåer och därefter med alla medarbetare. De tre klinikerna Klinisk kemi och transfusionsmedicin, Klinisk Patologi och Cytologi samt Klinisk mikrobiologi har under många år varit ackrediterade vilket innebär att ett stort säkerhets-fokus under många år har integrerats i verksamheterna och detta har också visat sig i ett högt HSE-index. På enheterna finns också förbättringstavlor där exempelvis ”gröna korset” kan användas.

De tre laboratorieklinikerna använder två nya moduler i dokumenthanteringssystemet Centuri, en för avtal och en för internrevisioner med avvikelser. I stället för att spara all denna information i pappersformat finns nu allt sparat digitalt och lättillgängligt för all personal. Avvikelse blir då transparenta och alla kan se vilka åtgärder som är vidtagna.

1.3 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.

ASH

ASH följer regionens strategi för kompetensförsörjning och har därtill en tydlig process för kompetensutveckling som innefattar en löpande inventering av kompetensgap i verksamheten. Källorna till inventeringen är trender och mönster i avvikelshantering och risk- och händelseanalyser, sammanställning från medarbetare och chef från respektive avdelning samt verksamhetsstyrning. Omvärldsbevakning av hur verksamheten kan tänkas utveckla sig över tid, och behov av ny kompetens som detta medför är också centralt.

Lokala utbildningsgrupper har till uppdrag att utveckla, implementera och kvalitetssäkra utbildningar på lokala nivå.

Fler avdelningar har gått över till ett verksamhetsanpassat individuellt schema med syfte att få fler medarbetare i grunduppdraget och öka akutberedskapen.

Hälsa och funktionsstöd

Kunskap om patientsäkerhet ingår i introduktionen av all personal. Avvikelsehantering, sekretess, verksamhetssystem, ledningssystem, basal vårdhygien för personal som involverar patienter, förskrivningsutbildning är delar i detta. Vid introduktion ingår bredvid-gång på enheten för att få en helhetsbild av verksamheten. Mentor och fadderskap är en annan viktig del i introduktionen.

Ett individanpassat introduktionsprogram för nya barnmorskor finns, där man också säkerställer att erfaren personal finns som ett kontinuerligt nära stöd.

Urokonsulenter har gått utbildning i juridik och teknik kring hjälpmedel. Tekniker har genomgått en uppdragsutbildning i rollen för hjälpmedelstekniker vid Karlstads Universitet 2023. En hjälpmedelskonsulent med samordnaruppdrag har gått kurs som vänder sig till personal i vården som ska leda eller delta i händelseanalyser. Kursen ger kunskap om vårdgivarens ansvar att bedriva systematiskt patientsäkerhetsarbete, vårdgivarens ansvar att utreda händelser som har lett till vårdskada.

Kompetenskartläggningen som påbörjades 2020 har slutförts och lagts in som profil i Kompetensportalen där den använts i medarbetarsamtalen. Utifrån inventering av kompetensläget tas behovsbilden med i framtida rekrytering och till utbildningsplanering. Det pågår ett strategiskt långsiktigt arbete med rekrytering av läkare och psykologer till habiliteringsverksamheten. Barnneurolog rekryteras genom barnkliniken och har varit en

svårrekryterad resurs under många år; gemensamt arbete med att aktivt erbjuda del av specialitjtjänstgöring inom Habilitering behöver fortsätta. Aktivt arbete med anställning av psykologer under handledning, PTP, har gett resultat och flera psykologer har rekryterats den vägen. Tillgång till läkare och psykologer är väsentligt för patientsäkerheten inom barnhabilitering.

Digitala verktyg används för att underlätta uppföljningar och mottagningsbesök.

Medicinsk diagnostik

Inför varje nytt kalenderår görs en utbildningsplanering för hela verksamheten för att tillgodose den utbildning som bedöms behövas. Vi följer sedan upp utbildningsplanen när året är slut för att se om någon utbildning kommit till eller försvunnit och hur man upplevt utbildningarna samt hur många som verkligen deltog på de olika utbildningstillfällena. Detta har man sedan som underlag till kommande års planering. Det pågår också ett kontinuerligt arbete med att säkerställa kompetens och att skapa en ”icke-sårbar” bemanning via exempelvis rekrytering, fortbildning etc.

Bemanningen anpassas kontinuerligt efter verksamhetens behov. Nyckelpersoner placeras strategiskt inom olika arbetsgrupper, alternativt utbildas vissa personer inom arbetsgrupperna för att få en jämn fördelning av erfarenhet och kompletterande färdigheter. Vi arbetar också kontinuerligt med att minska sårbarheten i bemanning med målet att det hela tiden skall finnas flera medarbetare (och inte en) med en särskild kompetens.

Vi har arbetat en del med förflyttning av en arbetsuppgift från en yrkesgrupp till en annan s.k. ”workshifting”. Detta för att använda personalens kompetens och resurser på bästa sätt. Vi arbetar även med att öka kompetensen inom respektive yrkesgrupp för att minska sårbarheten och skapa bättre flexibilitet vid schemaläggning.

Patientsäkerhetsaspekter tematiseras och belysas regelbundet från olika vinklar på APT, utvecklingsdagar, på ett stort antal olika möten och på ledningens genomgång. Det finns framtagna handlingsplaner för att ökad kompetensförsörjningen av biomedicinska analytiker, röntgen-sjuksköterskor samt röntgenläkare med inriktning mammografi.

1.4 Patienten som medskapare

En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens 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.

Vid allvarigare händelser och händelseanalyser bjuds patient och närstående alltid in för att samverka kring i analysarbetet.

ASH

2023 inkom det 15 patientklagomål via patientnämnden. Två tydliga trender är fortsatt genomgående: bemötande och bedömning/behandling. Ambulanssjukvården och sjukresor har nolltolerans mot ett oprofessionellt bemötande. Bedömning och behandling kan till stor del kopplas till ett förändrat arbetssätt där hänvisningar till olika vårdnivåer har blivit mer förekommande. Utmaningen här ligger i att på ett enkelt sätt kommunicera med en patient där ambulanssjukvården inte infriar patientens förväntan kopplat till hänvisning. Arbetssättet med hänvisningar fungerar på det hela taget mycket bra men kan förfinas. Under 2024 kommer ambulanssjukvården fortsätta utvärdera och förbättra arbetssättet med hänvisningar. I alla mellanmänniska relationer går det inte heller att bortse från den mänskliga påverkan vilket hanteras av respektive avdelningschef i linjen. Ambulanssjukvården ser en minskning av

klagomål på båda dessa områden sedan föregående år.

1177 Genomför årligen i regi av Inera NKI, Nöjd kund Indexundersökningar. Dessa visar höga nivåer på allt utom tillgänglighet/Svarstider.

Hälsa och funktionsstöd

I verksamheterna finns det brukarråd, där verksamheten lyfter patientsäkerhetsfrågor. Frågor kring patientsäkerhet kommer även in från brukarorganisationerna. Vid allvarigare händelser bjuds patient och närstående alltid in för att samverka kring i händelseanalysen. Under 2023 har ingen händelseanalys varit aktuell.

Kvinnohälsovården har via den nationella graviditetsenkäten fått en samlad analys att arbeta vidare med. Det digitala föräldrastödet har tagits fram med patienter som medskapare.

Ungdomsmottagningen har gjort en målgruppsanalys för att kunna möjliggöra en tillgänglig och inkluderande information.

Förbättringsarbete utifrån barnkonventionen är genomfört under året där all personal fått utbildning i barnperspektivet vilket medfört en större insikt i gott bemötande av barn, samt implementerat skattningsverktyg för barn som används i utprovningssprocessen inom HMC.

Patienter och närstående erbjuds att vara delaktiga i habiliteringsplanen som tas fram regelbundet där insatser ska prioriteras och följas upp. Patienter som uteblir från besök på vuxenhabiliteringen ska tillfrågas om orsak till uteblivandet för att verksamheten ska kunna förbättra vården. Klagomål och synpunkter hanteras enligt rutin i avvikelssystemet och avdelningscheferna hanterar återkoppling. Patienter och anhöriga deltar i utvärderingar av gruppinsatser för att utveckla vården och säkerställa delaktighet. Anhöriga har erbjudits att delta i en studie under specialistpsykologutbildning som kommer att presenteras under 2024.

Medicinsk diagnostik

Då patientklagomål/synpunkter kommer in via Patientnämnden ser vi alltid till att patienten får återkoppling muntligt, skriftligt eller vid ett besök. Hur återkoppling ges till patienten är beroende av vad det gäller och av hur patienten önskar återkoppling.

2 Agera för säker vård

2.1 Öka kunskap om inträffade vårdskador

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.

Vid avvikelse där det förekommit risk för eller inträffad allvarlig vårdskada görs en händelseanalys, enligt Region Hallands rutin för hantering av avvikelser. Dessa avvikelser diskuteras även med chefläkare för att chefläkaren skall ta ställning till om en eventuell Lex Maria- anmälan skall göras.

ASH

Ambulanssjukvården har varit delaktiga i forskningsprojekt tillsammans med Högskolan i Borås inom vilket ett instrument för markörbaserad journalgranskning inom ambulanssjukvården tagits fram. Som ett led i detta granskades 300 journaler. Överlag var kvalitén på både genomförd vård och dokumentation hög. Brister som identifierades gällde primärt:

knapphändig journalföring där det är svårt att följa vårdförloppet

avsteg från gällande rutiner och riktlinjer utan motivering

bristfällig bedömning/beskrivning av A-E

avsaknad av specifik undersökning eller åtgärd utifrån kontakorsak

telefonolk används ej trots att behov föreligger.

Strukturen för journalgranskningen har legat till grund vid framtagandet av den mall som ambulanspersonalen ska använda vid egenuppföljning av vårdade patienter.

Genomlysning av vårdskador 2023.

Riskanalyser som genomförts under 2023

Hot och våld inom ASH

Vi har även genomfört risk bedömning innan införandet av rutinen.

Vakanslösning

Överlämning i fältet

Det har genomförts 4 händelseanalyser under året där det har eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada. Av dessa händelseanalyser visar 3 att vi behöver utveckla användningen av RGS Webb stödet och för den fjärde händelseanalysen var det svårt att identifiera och komma fram till när felet uppstod. Vi har tagit fram handlingsplan och flera åtgärder för att minska liknande fall i framtiden. Åtgärderna ska följas upp under 2024.

Ingen Lex Maria anmälan har gjorts.

- ASH's rutin "Uppföljning av patient med frekvent vårdbehov" har uppdaterats och en automatiserad rapport har tagits fram som identifierar patienter som vårdats av ambulans frekvent under föregående månad och kvartal. Som en konsekvens av detta har ett flertal patienter som vårdas frekvent av ambulanssjukvården identifierats och journalerna[AK1] för dessa patienter har gått igenom. Baserat på resultatet har behov av vårdplanering identifierats för vissa patienter och ett arbete för förbättrat omhändertagande av aktuella patienter har initierats av ambulansöverläkare i samverkan med berörda vårdaktörer. Totalt rör det sig om 21 patienter för ambulanssjukvården under 2023. Uppföljning av dessa patienter visar goda resultat med minskat antal samtal till SOS, ett minskat antal ambulansuppdrag och en bättre vård för patienterna.

Hälsa och funktionsstöd

Ökat antal avstämningsmöten mellan verksamheter (internt/externt) har gett goda resultat. Struktur för uppföljning/utvärdering är byggd kring kontinuerlig hantering av avvikelser, patientnämndsärenden och klagomål och genom att analysera om det finns mönster när det gäller negativa händelser och vidta åtgärder för förbättring. När det gäller vårdprocesser som går över verksamhetsgränser sker samarbete med andra verksamheter, t ex öron-näsa-hals kliniken och hörselvården. Händelseanalys görs vid hög riskvärdering. Loggkontroller görs i samtliga verksamheter enligt Region Hallands ledningssystem.

Risikanalyser har gjorts angående lokaler, larm, övertidsarbete samt 11-timmars dygnsvila. I några verksamheter görs sammanfattning av avvikelser i en årsrapport där man även jämför med föregående år. Detta möjliggör identifiering av trender och riskområden. Inom hörselvården har bland annat en ansamling av patientnämndsärenden kring långa väntetider lett till förbättrande åtgärder för att korta dessa och minska risken för vårdskador.

Medicinsk diagnostik

Under 2023 har 1 avvikelse inom Medicinsk diagnostik anmälts enligt Lex Maria

Antal händelseanalyser per verksamhet på MD: Röntgen har deltagit i en händelseanalys som hanterats av kirurgkliniken där mammografiverksamheten i Halmstad var inblandad.

Därutöver har röntgenkliniken ansvarat för två pågående händelseanalyser.

Majoriteten av avvikelser som rapporteras på Medicinsk diagnostik handlar om uteblivna remisser, ofullständigt ifyllda insända remisser, felmärkta prov, felaktigt hanterade prover (innan proverna anländer till laboratorierna eller på laboratorierna) eller att patienter inte är förberedda på rätt sätt vid ankomst till Medicinsk diagnostiks verksamheter. Allt detta ger såväl förseningar i omhändertagande som extra arbetsinsatser men leder sällan till vårdskador. Återkoppling sker regelbundet till remitterande enheter och utbildningsinsatser erbjuds när så är lämpligt.

Externa avvikelser riktade mot Medicinsk diagnostiks verksamheter handlar oftast om svarstider, där remitterande enhet anser att tidsåtgången varit för stor. Det finns ett ständigt pågående kontinuerligt arbete med att förbättra samt följa upp vår tillgänglighet och produktion.

2.2 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

bejaktas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.

Vi strävar alltid efter att minska oönskad variation i våra processer. Detta är ett led i att arbeta med kontinuerligt förbättringsarbete i arbetsvardagen med LEAN som verksamhetsstrategi.

ASH

Under 2022 påbörjades ett arbete med att revidera ASHs ledningssystem. Ett stort antal inaktuella och/eller irrelevanta rutiner har tagits bort. Det har också arbetats fram ett antal nya rutiner för att ge medarbetarna förutsättningar att arbeta på ett patientsäkert sätt. Dessutom görs ett arbete för att förbättra användarvänligheten i ledningssystemet och öka kännedomen om och åtkomst till gällande rutiner. Detta är ett fortlöpande arbete med årliga uppdateringar, för att öka patientsäkerheten och förbättra arbetsmiljön för personalen.

Införande av en mobilapplikation (för bl.a. rutiner och vårdriktlinjer), omstruktureringen av ledningssystemet och revideringen av styrande dokument, har gjorts för att förbättra tillgängligheten och förbättra följsamheten. Detta bedöms ha fallit mycket väl ut, inte minst gällande mobilapplikationen.

Verksamheten har deltagit i utvecklingsarbetet av nationella och regionala vårdprocesser, trauma, stroke mm.

1177 arbetar med kontinuerlig uppföljning med egenkontroll av samtal och med samtalshandledning för samtliga medarbetare, minst två tillfällen per år. Metodiken är kopplad till en av INERA framtagna evidensbaserad samtalsprocess

Hälsa och funktionsstöd

För att bibehålla och förbättra hygienrutinerna har hygienköterskor deltagit och informerat på APT.

Medicinsk diagnostik

Ackrediteringsarbete med revision av Swedac sker inom de tre laboratorieverksamheterna.

Risikanalyser genomförs alltid vid organisationsförändringar. I övriga fall såsom ombyggnationer/lokalförändringar, investeringar i ny utrustning och/eller förändring av metoder genomförs riskanalys då det bedöms indicerat.

Planerade förändringar som påverkar verksamheternas tillgänglighet och/eller serviceutbud sker alltid i dialog med beställarna.

Medicinsk diagnostik arbetar kontinuerligt med att förbättra vår tillgänglighet, kvalitet och produktion.

2.3 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.

ASH

Ambulanssjukvård och sjukresor Halland kan se att risk för vårdskador ofta finns i vårdövergångar och i samverkan med andra vårdaktörer. Kommunikation och strukturerad överrapportering är centralt att arbeta vidare med för att uppnå patientsäkerhet i samverkan. Vidare ses att förståelsen och vetskapen om samverkande vårdaktörers roll och ansvar behöver belysas. Vi har påbörjat arbete, i samråd med akutmottagningarna och samtliga kliniker, med en ny rutin för en tydlig beskrivning om processen vid överlämning och rapportering mellan ambulanssjukvård och akutmottagningen/andra kliniker.

Vi ser också att följsamhet till rutiner och beslutsstöd hade minskat risk för vårdskada, därav riktas utbildningsinsatser till följsamhet till beslutsstöd och rutiner.

Hälsa och funktionsstöd

Hela habiliterings-/rehabiliteringsprocessen är i grunden säker, dock finns några förbättringsområden.

När det gäller lokaler finns idag på vissa orter provisoriska lösningar som ej är hållbara på lång sikt. Verksamhetsbeskrivningar har tagits fram för att ingå i regionens lokalförsörjningsplan.

Digital teknik är utmanande, både för patienter och medarbetare. Brukarorganisationerna efterfrågar mer stöd i hantering av digital teknik som vi arbetar med att bemöta.

Från och med 2023 avvecklas bemanningstjänsterna för barnmorskor då rekrytering av fast anställda genomförts. Det har varit ett mål att avveckla bemanningsbarnmorskor för att främja arbetsmiljö och säkerställa patientsäkerheten.

Medicinsk diagnostik

Verksamheten arbetar kontinuerligt med kompetensförsörjning. Pensionsavgångar och rekryteringsmöjligheter är stora utmaningar inom vissa yrkeskategorier. Verksamheten arbetar också kontinuerligt med att försöka förbättra sina förutsättningar avseende de lokaler/fastigheter där vi finns. Här finns stora utmaningar. Då det är svårt att säkra ändamålsenliga lokaler så kan det på sikt göra att patientsäkerhetsriskerna ökar. Till exempel så finns det en stor brist på lugna arbetsplatser där komplicerade analyser av provresultat kan göras. Det kan också vara svårt att automatisera då lokalerna är för små och inte rymmer utrustningen.

2.3.1 Riskhantering

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.

Risker för vårdskador upptäckts via avvikelssystemet.

Egenkontroller utförs en gång per år inom arbetsmiljö, kvalitet, läkemedelshantering, vårdhygien, informationssäkerhet, brandskydd, medicinteknisk säkerhet samt miljö. Där identifieras risker som sedan åtgärdas.

ASH

Alla avvikelser analyseras i Kvalitetsråd avvikelser varje torsdag. Vid risktal över sju eller om samma typ av avvikelse återkommer görs särskild värdering om händelseanalys eller riskanalys ska genomföras för att ta fram nödvändiga åtgärder. Verksamheten har en aktiv uppföljning av trender i avvikelser, och utvecklingen diskuteras i avvikelserådet.

Hälsa och funktionsstöd

Vid förändrat arbetssätt görs alltid risk- och konsekvensanalys. Tex vid införande av MDI, (spårbarhet av medicinteknisk produkt), preventivmedelmetoden kopparspiral, förändrad lokalanvändning, vid införande av nya produkter som hjälpmedel. Rutiner skapas utifrån behov. Obligatorisk digital förskrivarutbildning, som ges av Socialstyrelsen, genomförs av

medarbetare som förskriver hjälpmedel. I samband med förskrivning görs en riskbedömning.

Medicinsk diagnostik

Risicanalyser utförs på olika nivåer och kring olika frågor och där tas också åtgärder på identifierade risker fram.

2.4 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.

Vi gör en samlad analys utifrån utredning av händelser, vårdskador och allvarliga vårdskador, till exempel upptäcks vårdskador i rimlig tid? Regelbunden uppföljning gör att verksamheterna utvecklas/förbättras/effektiviseras.

ASH

Kopplat till att risken för vårdskador är störst i vårdövergångar och i samverkan med andra vårdaktörer, ses att förståelsen och vetskapen om samverkande vårdaktörers roll och ansvar behöver belysas.

Vi ser också att följsamhet till rutiner och beslutsstöd hade minskat risk för vårdskada, därav riktas utbildningsinsatser till följsamhet till beslutsstöd och rutiner.

1177 Arbetar med kontinuerlig uppföljning med egenkontroll av samtal och med samtalshandledning för samtliga medarbetare minst två tillfällen per år. Metodiken är kopplas till en av INERA framtagen evidensbaserad samtalsprocess.

Som en konsekvens av uppdateringen av en rutin har ett flertal patienter som vårdas frekvent av ambulanssjukvården identifierats och journalerna[AMHK1] för dessa patienter har gått igenom. Baserat på resultatet har behov av vårdplanering identifierats för vissa patienter och ett arbete för förbättrat omhändertagande av aktuellt patienter har initierats av ambulansöverläkare i samverkan med berörda vårdaktörer. Totalt rör det sig om 21 patienter för ambulanssjukvården under 2023. Uppföljning av dessa patienter visar goda resultat med minskat antal samtal till SOS, ett minskat antal ambulansuppdrag och en bättre vård för patienterna.

Hälsa och funktionsstöd

Syn- och hörselverksamheterna ingår i nationella kvalitetsregister. Graviditetsregister finns inom Kvinnohälsovården.

Medicinsk diagnostik

De nationella kvalitetsregister som Medicinsk diagnostik rapporterar till är BIS (Blodövervakning i Sverige), Basalcellscancer, Cancerregistret, Cytburken, INCA register samt SRIR (Svenskt Register för Interventionell Radiologi). Arbetet pågår med att ansluta till mammografiregistret där röntgenverksamheten är redo att ansluta men där det tar tid att få ansluta.

Granskning av de egna metoderna och rutinerna görs regelbundet genom extern revision av vårt ledningssystem och egenkontroller men också inom ramen för ackreditering.

2.4.1 Avvikelser

All personal uppmanas att rapportera avvikelser och all avvikelserrapportering ska ske i vårt avvikelssystem Platina. Avvikelser ska ses som ett medel att synliggöra systemfel och förhindra att vi skuldbelägger enskilda medarbetare. Att registrera avvikelser är en viktig del i det proaktiva arbetet att minimera antalet vårdskador. Dokumentation av processen att bearbeta en avvikelse sker i Platina. Här har under året införts att fler steg i detta arbete är obligatoriskt att dokumentera, såsom orsak, åtgärd och uppföljning, som tidigare varit valfria att dokumentera. Det innebär att det underlag och den rapportering som kan hämtas ur systemet blir mer fullständig, tillförlitlig och relevant att analysera. ADH deltar även i ett regionövergripande arbete med att presentera data/rapporter från Platina i PowerBI. Detta kommer att leda till förbättrade uppföljningsmöjligheter och en tydligare visualisering av data. Vi har dessutom just infört två indikatorer härifrån att följa under 2024. Dels andel avvikelser där orsaken är kopplad till avsteg från eller avsaknad av rutiner och dels antal avvikelser med höga risktal >6. Förhoppningen är att det ska leda till en dialog där såväl relevanta rutiner/vårdriktlinjer skapas, uppdateras, är kända och efterlevs.

ASH

Arbetet med avvikelser har under 2023 förändrats i syfte att på ett bättre sätt fånga olika trender som kan ses i inkomna avvikelser. Dessa trender omvandlas sedan till underlag som rapporteras tillbaka till verksamhetens olika expertgrupper för fortsatt hantering. Avvikelserådet har bistått med utvecklingsmaterial utifrån inkomna avvikelser i följande områden:

RGS (Rådgivningsstödet som används i 1177 och i ambulans.)

Bemötande

Hot och våld

Förra året infördes STEP (Säkerhet, Trygghet, Effektivitet och Precision, ett nytt AI system som införts i SOS för snabbare prioritering) och resursläget inom ambulanssjukvården och sjukresor beskrevs.

Kvalitetsrådet hanterar alla inkomna avvikelser minst en gång per vecka. Vid genomgången görs en prioritering och avgörs hur händelsen ska utredas. Utredningens gång och analys av händelsen dokumenteras i Platina. Återkoppling av utredningens resultat sker dels genom direkt rapport till den enskilde rapportören samt via APT och kansliets veckobrev.

En sammanställning över avvikelser mellan 230101 - 231120

439 avvikelser upprättade på ambulans och sjukresor (inklusive icke Platinaanslutna samarbetspartners såsom kommun, polis etc)

124 avvikelser mottagna från Hallands sjukhus

Totalt handlagda avvikelser (avslutade + pågående): 563 stycken

15 mottagna ärenden från Patientnämnden

Stora trender under året:

Problem med överföring av EKG

SOS Prioritering / Dirigering

Upplevda brister från kommun

Hälsa och funktionsstöd

Avvikelser med risk för vårdskada rapporteras i Platina. Inkomna ärenden analyseras och hanteras av avdelningschef. Vid behov tas ärendet till ledningsgrupp för respektive verksamhet, och i vissa fall till ledningsgrupp för HFS. På övergripande nivå rapporteras avvikelser med högrisktal. Regelbunden uppföljning sker av att bearbetningen görs på ett adekvat sätt och inom rimlig tid.

Inom verksamheterna görs en sammanställning av avvikelser till UR 1, UR 2 och Årsrapport. Sammanställningen inkluderar analys av resultatet.

Avvikelser tas systematiskt upp på APT och medicinska ronder i ett lärande syfte.

Medarbetare inom flera verksamheter har kontinuerlig handledning. Patientfall diskuteras med erfaren handledare där lämpligt bemötande och behandling går igenom.

Kommunikation

Under 2023 har verksamheterna inom Kommunikation haft 123 avvikelser. 114 av dessa är avslutade (93%) och alla avslutade avvikelser är riskbedömda, varav inga inom högriskområdet. Verksamheten har inte haft några personuppgiftsincidenter under året. Man har inte heller haft någon avvikelse som har lett till händelseanalys.

Verksamheten har under året haft sju patientnämndsärenden. Inga ärenden från Regionernas ömsesidiga försäkringsbolag (LÖF).

Under 2023 har vi haft extra fokus på de avvikelser som handlar om kommunikation/information för att få en följsamhet i dagliga arbetet.

16% av avvikelserna (20 av 123 avvikelser) kan kopplas till området kommunikation/information. Det är främst inom området information och då handlar det ofta om att fel information har skickats (fel telefonnummer, fel kallelse till patient, fel meddelande skickats till medarbetare) eller att medarbetare missat information (inte läst, läst fel). I båda fallen är det svårt att veta vad som är orsaken. Kan inte direkt kopplas till otydliga rutiner utan tros bero på mänskliga faktorn. Återkoppling och dialog tillsammans med avdelningschefer.

Kvinnohälsovården

Kvinnohälsovården har haft 116 avvikelser och ungdomsmottagningen 41 (se nedan)

HMC

Hjälpmiddelscentrum (HMC) har två system för avvikelshantering. Personer som arbetar inom Region Halland registrerar avvikelser i Platina. Förskrivare som arbetar i annan verksamhet registrerar avvikelser via webSesam. Det finns även möjlighet att skicka in avvikelser manuellt i de fall personen inte har tillgång till något av dessa system.

Under året har vi fått kännedom om sex säkerhetsmeddelande från tillverkare (Field Safety Notice). Dessa hanteras på ett strukturerat sätt enligt framtagna rutiner.

Sedan oktober 2022 sammanställs alla avvikelser i en gemensam Excelfil. Varje månad får ledningsgruppen del av en sammanställning över inkommande avvikelser och avvikelser lyfts även i arbetsgrupperna för att ta lärdom av dem.

Det har kommit in ett flertal avvikelser som rör dåligt rekonditionerade hjälpmedel. Detta har hanterats i arbetsgrupperna för att säkerställa hur det säkerställs att återanvända produkter är säkra och funktionella.

Fem avvikelser har resulterat i anmälan till Läke medelsverket

Totalt antal avvikelser 1 januari-19 december 2023

Antal inkomna avvikelser till HMC	133
Varav interna	12
Antal med riskvärde 8 eller högre	15
Antal avvikelser skickade till annan verksamhet	2

Kvinnohälsovården Halland 2023	
Kategori	2 023 -01-01 - 2023-12-17
Administration	39
Arbetsmiljö	4
Ej kategoriserade	16
Fastighet/Drift	3
Informationssäkerhet	2
IT, tele och kommunikationsteknik	2
Patient	37
Pedagogisk incident	1
Säkerhet	2
Transport	6
Vara/Tjänst	4
Total	116

Ungdomsmottagningen Halland 2023	
Kategori	2 023 -01-01 - 2023-12-17
Administration	3
Arbetsmiljö	1
Ej kategoriserade	5
Fastighet/Drift	1
Informationssäkerhet	3
IT, tele och kommunikationsteknik	11

Ungdomsmottagningen Halland 2023	
Medicinteknisk produkt/Hjälpmedel	2
Miljö	1
Patient	14
Total	41

Medicinsk diagnostik

Varje avdelning följer upp sina avvikelser. Därefter aggregeras avvikelser på kliniknivå och områdesnivå och följs upp i respektive ledningsgrupper för att identifiera systematiska fel. Den vanligaste avvikelsen som påtalas kring Medicinsk diagnostiks verksamheter är för lång upplevd svarstid. Vi följer vår tillgänglighet, kvalitet och produktion varje månad och har flera förbättringsarbeten i gång t.ex. för våra SVF-ledtider.

På de tre laboratorieklinikerna görs en sammanställning och samlad analys av avvikelser en gång per år vid ledningens genomgång. Den samlade analysen och dialogen i samband med det kan visa att vissa avvikelser förekommer upprepade gånger och behöver åtgärdas mer övergripande. Vidare hantering av dessa mer övergripande åtgärder som då behöver ske diskuteras i lämplig ledningsgrupp beroende på vad det gäller.

2.4.2 Klagomål och synpunkter

Inkomna klagomål och synpunkter vidarebefordras alltid till ansvarig verksamhet oavsett hur dessa kommer till förvaltningen. Förvaltningen diarieför inkomna skrivelser centralt. Klagomål från patient eller annan vårdinrättning leder alltid till en formell avvikelse i avvikelshanteringssystemet. Respektive verksamhet har en skyldighet att hantera inkommande skrivelser på ett adekvat sätt.

ASH

Inom ASH tas klagomål emot och läggs upp i Platina. Kvalitetsråd Avvikelser hanterar alla inkomna handlingar minst en gång per vecka där det prioriteras och avgörs hur händelsen ska utredas. Utredningens gång och analys av händelsen dokumenteras i Platina. Svar ges till anmälaren senast fyra veckor efter ankomstdatum. Återkoppling av utredningens resultat sker dels genom direkt rapport till den enskilde rapportören, dels via APT och kansliets veckobrev.

Klagomål och synpunkter	Antal 2023	Förbättringsförslag
Bemötande, synpunkter på behandling/hänvisning.	15	Säkerställa att bemötande till patient r blir mer optimal. Uppföljning sker av avdelningschef.

Idag har ASH ett uppbyggt system för händelseanalyser där patienten eller närstående erbjuds att delta genom samtal och/eller skriftlig redogörelse över händelsen. Målet är att öka patienters deltagande i övergripande patientsäkerhetsarbetet för att vi ska kunna kvalitetssäkra olika områden som kan öka kvaliteten i vården och relationen till patienten.

2023 inkom det 15 patientklagomål via patientnämnden. Två tydliga trender är genomgående: bemötande och bedömning/behandling.

Hälsa och funktionsstöd

Klagomål och synpunkter hanteras huvudsakligen inom avvikelssystemet. De kan komma in via Patientnämnden och/eller när patient/närstående hör av sig direkt till verksamheten. Alla ärenden hanteras i dialog med brukare/patient, eventuellt närstående, avdelningschef och efter

behov läkare och vårdgivare. Synpunkter kan också komma via 1177.se, brukarenkäter samt i utvärdering av habiliteringsplaner.

Antal synpunkter och klagomål 2023	KHV	UM
Patientnämnden	7	3
IVO	4	0
1 177 e-tjänst	28	9

Efter att ett antal ärenden från patientnämnden kring begränsad tillgänglighet inom hörselvården inkommit, har ett arbete med olika förbättringar genomförts, vilket lett till kortare väntetider och minskad risk för vårdskada.

Medicinsk diagnostik

Klagomål och synpunkter från patientnämnden och IVO besvaras kontinuerligt och vid behov kommuniceras även med patienten direkt enligt den rutin som finns för detta i Region Halland. Varje klinik ansvarar för att sammanställa och analysera de klagomål som inkommer. På kliniken Klinisk Mikrobiologi och Vårdhygien och på kliniken Klinisk Patologi och Cytologi har inga patientklagomål inkommit under 2023

På Klinisk kemi och transfusionsmedicin har det inkommit 7 st patientnämndsärenden under 2023.

På Röntgen har ca 15 st patientnämndsärenden inkommit under 2023. Det är främst ärenden gällande fördröjd återkoppling av röntgensvar. Åtgärder för att förbättra vår verksamhet har tagits fram och återkoppling har skett på APT på berörda enheter.

Inom klinisk kemi och transfusionsmedicin handlar klagomålen oftast om bemötande antingen vid provtagning eller blodgivning. Det är dock ganska sällan dessa klagomål dyker upp, under 2023 har det inkommit 7 st. I något fall har det resulterat i att vi haft en utbildningsföreläsning om bemötande av människor i kris

2.5 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.

ASH

Vi fortsätter med regelbunden träning, simulering och kompetensutveckling.

Utvecklingen av processen för avvikelshantering fortsätter, med tillskapande av lokala råd som bearbetar avvikelser på respektive avdelning.

Hälsa och funktionsstöd

Ett centralt område som identifierats är kompetensförsörjning, då rätt kompetens är svårrekryterad. Kompetenskartläggning följs upp i samband med utvecklingssamtal. Förskrivare går förskrivarutbildningen vart fjärde år. Arbetet med patientkontrakt är väl känt i verksamheterna. Regelbunden genomgång av HLR och journalgranskning borgar för att minska riskområden. Säkerställa att barnmorskor med specialistkompetens finns inom verksamheten, t ex ultraljudsbarnmorskor, barnmorskor med diabetiskompetens. Upprätta kompetens för att identifiera risker, genom utbildningsinsatser, medicinska ronder och följa nationella vårdprogram. I inventering av kompetensläget har vi tagit med oss behovsbilden i

pågående rekryteringar och samt i utbildningsplanering.

Inom HMC har man på teknisk service under året utarbetat ett nytt arbetssätt med syfte att utbyta kunskap mellan verksamhetens olika orter. Detta bidrar till en ökad kunskap och utbyte av erfarenhet vilket även tryggar verksamheten vid exempelvis sjukskrivning samt semester.

Medicinsk diagnostik

Ett prioriterat område är IT-säkerhet. Vi arbetar med detta internt på våra enheter och verksamheter samt tillsammans regionalt i Region Halland. De senaste åren har externa IT-hot ökat och det pågår ett säkerhetsutredningsarbete i Region Halland.

Även kompetensförsörjning är ett viktigt område och en handlingsplan kopplat till kompetensförsörjning finns, främst avseende röntgensjuksköterskor, röntgenläkare med inriktning mammografi samt biomedicinska analytiker.

Ett stort arbete med kontinuitetsplanering pågår också.

Medicinsk diagnostik arbetar vidare med att kontinuerligt förbättra vår tillgänglighet, produktion och kvalitet.

3 Mål, strategier och utmaningar för kommande år

Ambulans, diagnostik och hälsas områden/verksamheter har under 2023 fortsatt arbetat med SKRs Verktyg för stärkt patientsäkerhetsarbete, och resultatet ska användas för att ytterligare stärka det systematiska patientsäkerhetsarbetet på såväl verksamhets- som förvaltningsnivå. Vi behöver sprida goda arbetssätt inom förvaltningen och förbättra uppföljning av patientsäkerheten. Genom att skapa förvaltningsgemensamma rutiner och arbetssätt i patientsäkerhetsprocesserna kan vi få samverkansvinster, där erfarenheter från verksamheter med mer etablerade arbetsformer kan delas med övriga verksamheter. Där har sannolikt alla något att bidra med. En satsning på händelseanalysarbetet kommer att ske under 2024. Dels genom att fler medarbetare ska gå en formell utbildning, men också genom ett förvaltningsövergripande samarbete och dialog kring beslutsprocessen att inleda händelseanalyser, att sätta samman team med optimal kompetens, att undvika fördröjning i analysarbetet och att återkoppla och dra lärdom på bästa möjliga sätt. I Region Halland planeras ett utbildningsprogram för såväl medarbetare som chefer och där kommer ADH att vara delaktiga. Vi ska också säkra en fungerande chefläkarroll i förvaltningen, något som bl.a. lyfts i planeringsanalysen 2024. Arbetet med att identifiera mål och indikatorer kopplat till patientsäkerhet är påbörjat (vi kommer att följa antalet avvikelser med hög >6 risknivå och andel avvikelser med orsak avsteg från/avsaknad av riktlinjer/rutiner/procedurer) och genom att punkten patientsäkerhet nu är en fast punkt i LG ADH mötesagenda finns goda förutsättningar för en levande dialog och utveckling. ADH verksamhetsplan för 2024 innehåller patientsäkerhetsfrågor som tar avstamp i den nationella handlingsplanen.

Det finns en förvaltningsövergripande utmaning som förtjänar att lyftas fram, och det är lokalförsörjningen. Nästan samtliga våra verksamheter har lokaler som antingen är trånga, vilket utgör en patientsäkerhetsrisk, eller på andra sätt inte anpassade för de patientflöden vi har och försvårar utveckling av verksamheten. Vi har själva mycket små möjligheter att påverka utvecklingen, men vi arbetar med vår interna process bland annat genom att vi har definierat en specifik verksamhetsutvecklare till fastighetsprocessen och vi kommer om möjligt att utöka hennes tid för denna arbetsuppgift, för att underlätta så mycket som möjligt för regionfastigheter.

En stor utmaning under 2024 är införandet av ett nytt vårddokumentationssystem Cosmic, där förberedelserna pågår sedan några år och accelererar inför planerat "go-live" datum i november. Ett nytt system har bättre möjlighet att utvecklas och anpassas efter framtida behov. Detta arbete tar stora resurser i anspråk, vilket kan innebära undanträngningseffekter och risker när alla medarbetare kommer hantera något de saknar erfarenhet av. Risk och konsekvensanalyser är utförda och kan kompletteras. Detta ger bra förutsättningar för att möta och minska identifierade risker enligt ovan.

ASH

Fortsätta med uppgradering av process för avvikelshantering. Utveckla lokala råd som bearbetar avvikelser på respektive avdelning.

Fortsätta med regelbunden utbildning med PHTLS, AMLS och andra nödvändig utbildningar för att uppehålla kompetens inom ASH. Det är även planerat för repetitiv utbildning med PHTLS och AMLS något år till, för att säkerställa en hög kompetens nivå.

Uppföljning av riktade utbildningsinsatser

Fortsatt utveckla och följa upp forskningsprojektet tillsammans med Högskolan i Borås kring framtagandet av ett markörbaserat journalgranskningsinstrument anpassat för ambulanssjukvården. Detta arbete kommer fortgå under kommande år med förhoppningen att detta arbete ska leda till att verksamheten får ett verktyg för att identifiera potentiella patientsäkerhetsbrister i verksamheten.

Utveckling av nytt beslutsstöd på 1177 för att säkra upp rådgivningsstöd.

Hälsa och funktionsstöd

Kommunikation:

Ledningen har ett fortsatt engagemang i patientsäkerhetsfrågor genom deltagande i det regiongemensamma arbetet.

Utmaningar finns inom områdena lokalfrågor och kompetensförsörjning. Dessa lyfts i planeringsanalyser.

Fortsatt arbete med avvikelshantering på ett enhetligt och strukturerat sätt.

Verksamheterna medverkar aktivt i kvalitetsregister och nationella vårdprocesser.

Uppföljningar i Stratsys att signering av journaldokumentation sker inom den tid som regelverket anger.

Fortsatt arbete med följsamhet till basala hygienrutiner.

I takt med att verksamheten ständigt växer är såväl kompetensförsörjning som lokalbehov kritiska områden.

Likt föregående år ser vi ökade kostnader och leveransproblem av diverse produkter och komponenter som ett stort orosmoment. Vi fortsätter det framgångsrika arbetet med ersättningskedjor, säkerhetslagernivåer och omfattande rekonditionering av produkter som inkommer i retur för att på nytt skickas ut.

Automatiseringen med Ernst ska utvärderas och utvecklas för att effektivisera verksamheten ytterligare i framtiden.

Vi kommer noga följa utvecklingen av välfärdsteknik och sk egenmonitorering för att på bästa sätt kunna vara delaktiga i framtida försörjningen av dylika produkter till hallänningen.

Säkerställa att verksamheten tillhandahåller specialistkompetens för rådgivning till förskrivare vid förskrivning av hjälpmedel, teknisk kompetens för underhåll av hjälpmedel och kompetens för specialanpassning av hjälpmedel.

Säkerställa att förskrivare får likvärdig tillgång till stöd och utbildning inom hjälpmedelsområdet som behövs för att på bästa sätt ska kunna uppfylla prioriteringsprinciperna i hälso-och sjukvårdslagen.

Nya samarbeten och dialog i förvaltningen runt patientsäkerhetsarbetet kommer skapa ökad kunskap.

KHV/UM:

Graviditets- och förlossningsvården har förändrats de senaste åren. Det beror dels på ökad kunskap om vård och behandling och de nya nationella riktlinjer och kunskapsstöd som införts, dels på att den totala vårdtyngden ökat väsentligt kopplat till riskfaktorer och sjuklighet hos varje enskild patient.

Gravida är i högre grad än tidigare äldre, sjukare, tyngre (högre BMI) samt har i högre grad psykisk ohälsa med sig in i graviditeten. Allt fler är utlandsfödda. Detta är faktorer som är associerade med ökade risker under graviditet.

Utvecklingsarbetet är en viktig del för en god kvalitet.

Kartläggning pågår av bas- och specialistvård ska tydliggöra och säkerställa vårdkedjan för en jämlik vård, samt ett vårdutbud utifrån patientens perspektiv.

En del av utmaningarna är lokalanpassningar och kompetensförsörjning för att upprätthålla patientsäkerheten. En del för att möta upp det är att arbeta vidare med att utvecklad arbetsfördelning för rätt kompetens på rätt plats.

Ledningen har ett stort engagemang i patientsäkerhetsfrågor och arbetar systematiskt och strukturerat sätt med avvikelshantering.

Risk- och konsekvensanalyser görs vid förändrade rutiner och arbetssätt.

Tillgänglig, evidensbaserad och inkluderande information har skapats och är under utveckling för ökad patientsäkerhet för kvinnohälsovårdens och ungdomsmottagningarnas målgrupper.

Under kommande år utveckla former och forum för återkoppling av uppföljningsresultat till medarbetare.

Tillgänglighet till vård, nybesök, men även återbesök till läkare inom måldatum.

Patientnöjdhet, vuxenhabiliteringens basprogram för vuxna med autism

Nationell Patientenkät genomförd hösten 2023. Resultat har ej presenterats ännu.

Patientansvarig läkare ska vara tydlig för patienter vid övergång till vuxensjukvård. Detta säkerställs genom systematiskt arbete med material om "Övergång från barn- till vuxensjukvård".

Medicinsk diagnostik

Verksamheterna inom medicinsk diagnostik har generellt sett inga, eller tidsmässigt korta, direkta patientkontakter. Verksamheterna ligger oftast som en matrisorganisation i patientflödet. Det kan handla om analys av laboratorieprover, stöd vid smitt-utbrott, radiologiska undersökningar och dito ingrepp, genetisk diagnostik, resistensbestämning av bakterier etc. Målen inom Medicinsk diagnostik avseende patientsäkerhet och patientkvalitet är därför "rätt svar, i rätt tid till rätt patient". En icke omhändertagen patient är utsatt för en risk, och här ligger också Medicinsk diagnostiks dominerande utmaning, eftersom snart sagt alla patienter i sjukvården är en del av flödet.

Ett antal andra områden kan identifieras inför nästa år:

Fortsätta arbetet med att anpassa verksamheterna till kraven i IVDR och MDR.

Röntgenkliniken är redo för anslutning till ett nationellt kvalitetsregister för mammografi.

Arbetet med att stärka krisberedskapen samt att säkra leveranskedjorna kommer att fortsätta också under 2024 med bland annat särskilt fokus på blodförsörjningen nationellt i samarbete med försvarsmakten.

Arbetet med att öka IT-säkerheten samt informationssäkerheten behöver fortsätta och intensifieras.

Arbetet med att säkra kompetensförsörjning av röntgensjuksköterskor, röntgenläkare med inriktning mammografi, och biomedicinska analytiker kommer att fortgå under 2024.

Kontinuerligt förbättringsarbete med nya system, nya maskiner, sätta upp nya metoder, försöka förbättra våra befintliga lokaler, automatisering, förbättra våra arbetsflöden, kostnadseffektiviseringar etc.

Arbete pågår att minska beroendet av hyrpersonal på röntgenkliniken för att få en bättre kontinuitet och mer förbättringsarbete i arbetsvardagen.

Fortsatt arbete med digitalisering/artificiell intelligens planeras under 2024. Ett exempel är arbetet med att införa artificiell intelligens som stöd för att identifiera osteoporos.

Fortsätta att utveckla samarbetet med alla samarbetspartners så att vi ännu bättre kan hantera vårdens övergångar men också framgångsrikt arbeta med förbättringsarbete tillsammans. Arbetet med att arbeta i processer tillsammans med andra vårdaktörer i Region Halland kommer också att fortgå. Där har vi påbörjat ett förbättringsarbete för samtliga SVF-förlopp där det första målet är att vi skall få till en korrekt registrering av våra ledtider samt att vi ska arbeta enligt den processrutin vi har i Region Halland.