

Regionstyrelsens hälso- och  
sjukvårdsutskott

## §19

### **Region Hallands patientsäkerhetsberättelse 2023** RS231294

#### **Beslut**

Regionstyrelsens hälso- och sjukvårdsutskott beslutar att

- anta Region Hallands patientsäkerhetsberättelse 2023
- anteckna att informationen har lämnats till utskottet.

#### **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 Region Hallands patientsäkerhetsberättelse 2023
- anteckna att informationen har lämnats till utskottet.

#### **Beslutsunderlag**

- Beslutsförslag, Region Hallands patientsäkerhetsberättelse 2023

#### **Expedieras till**

Driftnämnd Hallands Sjukhus  
Driftnämnd Psykiatri Halland  
Driftnämnd Närsjukvård  
Driftnämnd Ambulans, diagnostik och hälsa

**Paragrafen är justerad**

---

Ordförandes sign

Justerares sign

Utdragsbestyrkande

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

**Beslutsförslag**

<b>Datum</b>	<b>Diarienummer</b>
2024-02-12	RS231294

**Regionstyrelsen****Beslutsförslag, Region Hallands patientsäkerhetsberättelse 2023****Förslag till beslut**

Regionstyrelsens hälso- och sjukvårdsutskott beslutar att

- anta Region Hallands patientsäkerhetsberättelse 2023
- anteckna att informationen har lämnats till utskottet

**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 Socialstyrelsens 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**

Det finns inga ekonomiska konsekvenser.

### **Förvaltning**

Krister Björkegren  
Regiondirektör

Martin Engström  
Hälso- och sjukvårdsdirektör

### **Bilaga:**

Bilaga:  
Region Hallands patientsäkerhetsberättelse 2023  
Strålskyddsbokslut Region Halland 2023

### **Styrelsens/nämndens beslut delges**

Driftnämnd Hallands Sjukhus  
Driftnämnd Psykiatri Halland  
Driftnämnd Närsjukvård  
Driftnämnd Ambulans, diagnostik och hälsa

# **Region Halland Patientsäkerhets- berättelse 2023**

## Om patientsäkerhetsberättelsen

Region Halland är den största huvudmannen för offentligt finansierad hälso- och sjukvård i Halland. Utöver detta bedriver Region Halland som vårdgivare en omfattande verksamhet i egen regi. Som vårdgivare för denna verksamhet i egen regi är Region Halland liksom alla vårdgivare skyldig att årligen upprätta en patientsäkerhetsberättelse.

Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

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

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



# Innehåll

<b>SAMMANFATTNING</b>	<b>4</b>
<b>GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD</b>	<b>5</b>
Engagerad ledning och tydlig styrning	5
En god säkerhetskultur	12
Adekvat kunskap och kompetens	13
Patienten som medskapare	14
<b>AGERA FÖR SÄKER VÅRD</b>	<b>16</b>
Kunskap om inträffade vårdskador	16
Tillförlitliga och säkra system och processer	16
Säker vård här och nu	19
Stärka analys, lärande och utveckling	21
Öka riskmedvetenhet och beredskap	24
<b>MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR</b>	<b>26</b>

## SAMMANFATTNING

En vårdskada är ett lidande som kunde undvikits för den som får vård. Patientsäkerhetsarbete går ut på att förhindra att vårdskador uppstår.

I Region Halland är patientsäkerhetsarbete avgörande för att kunna ge en god vård. Arbetet mot vårdskador är prioriterat från strategisk ledningsnivå till de dagliga mötena mellan patienter, närstående och personal i vården.

Inom Region Halland pågår fokuserat utvecklingsarbete inom området, bland annat utifrån den regionala handlingsplan för patientsäkerhet som gäller fram till och med 2024.

Den politiska ledningsorganisationen och de chefer som leder vården har ansvar för patientsäkerheten. Alla medarbetare i vården ska vara delaktiga i och bidra till patientsäkerhetsarbetet.

Till stöd i verksamhetens arbete finns till exempel systematik i daglig styrning, handbok i säker vård, ledningssystem, avvikelshanteringssystem, riskanalyser, egenkontrollsystem, patientsäkerhetsronder, verksamhetsanalyser, revisioner och kvalitetsuppföljningar, verktyg för utvecklingsarbete, mätningar av vårdskador (som trycksår och vårdrelaterade infektioner) och säkerhetskulturmätningar. I staber och liknande finns olika stödfunktioner som chefläkare.

Genom utvecklat arbete med exempelvis kunskapsstyrning, patient- och närståendemedverkan, samverkan, informationssäkerhet och strålskydd säkerställer Region Halland att vården bedrivs med bästa tillgängliga kunskap och utifrån rätt förutsättningar.

Kompetensförsörjning och fokuserat och framåtsyftande arbete för effektiv användning av nya verktyg som artificiell intelligens (AI) är exempel på sådant som görs för att öka stabiliteten och kvalitetsnivån i vårdprocesserna.

Antalet registrerade avvikelserapporter ligger på liknande nivåer som föregående år. Antalet avvikelser är dock ett dåligt mått på patientsäkerheten då antalet inte avspeglar hur allvarliga de risker som identifierats är. 42 av avvikelserna har rört händelser som haft sådan allvarlighetsgrad att de anmälts enligt Lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg. Det utgör en ökning från 2022, då antalet var 19. Orsakerna till detta är svårvärderade, då flera förbättringar i hanteringen av avvikelserna genomförts vilka i sig bedöms öka antalet Lex Maria-anmälningar.

Klagomål som registrerats från patienter och närstående avser främst brister i bemötande, kommunikation, felaktigheter i journalen och långsam handläggning.

Under 2023 har Region Halland inlett ett regionövergripande arbete på huvudmannanivå med att identifiera, värdera och ta ställning till regiongemensamma åtgärder för de allvarligaste avvikelserna. Arbetsmetodiken, som kallas risklogg, är under fortsatt utveckling under 2024.

Under 2024 kommer arbetet med att införa ett nytt vårdokumentationssystem att intensifieras och insatserna utifrån den regionala handlingsplanen för patientsäkerhet fortsätter.

Kompetensförsörjning och utvecklad regional uppföljning av vårdskador är exempel på två ytterligare områden som har stor betydelse för patientsäkerhetsområdet framdeles.

# 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.

## Engagerad ledning och tydlig styrning

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



### Övergripande mål och strategier

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

Patientsäkerhetsperspektivet är integrerat i vårdens arbete och är både nationellt och regionalt prioriterat och avser vårdens förmåga att förebygga, tidigt upptäcka risker och mildra konsekvenserna av inträffade vårdskador. Genom att arbeta systematiskt och proaktivt kan vårdskador undvikas och vårddygnet frigöras. Resurser och kompetens kan användas till att vårda och behandla fler patienter, undvika onödigt lidande och utveckla vården.

Övergripande mål och strategier för patientsäkerhetsarbetet i Region Halland har fastställts av regionfullmäktige i dokumentet ”Hälso- och sjukvårdsstrategi 2017–2025”.

Strategin omfattar fem delmål med fokus på bland annat en trygg och sammanhållen hälso- och sjukvård, involvering av patienter och närstående, ambitionen om ständig förbättring samt möjliggörandet för invånare att själva ta ansvar utifrån sin förmåga.

Det strategiska ramverket som helhet understryker att patientsäkerhet och invånarnas fokus ska genomsyra alla beslut på alla nivåer inom Region Halland.

Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag tagit fram en nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet – ”Agera för säker vård”. Den omfattar perioden 2020-2024 och pekar ut grundförutsättningar för ett välfungerande patientsäkerhetsarbete och fokusområden där gemensamma insatser krävs inom Sverige för att öka patientsäkerheten. Region Halland har utifrån denna tagit fram en handlingsplan som gäller till och med 2024. I denna pekas utvecklingsinsatser ut inom följande områden:

- Engagerad ledning
- Adekvat kunskap och kompetens
- Stärka analys, lärande och utveckling

Under 2023 har det tagits nationella beslut för att avveckla de nationellt samordnade mätningarna avseende trycksår och basala hygienrutiner och klädregler. Den nationella



mätningen av vårdskador genom systematisk markörbaserad journalgranskning kommer också att avvecklas under 2024.

## Organisation och ansvar

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

Hälso- och sjukvården i Region Halland leds av hälso- och sjukvårdsdirektören som också har det yttersta ansvar för patientsäkerhetsarbetet i regionen. Vårdorganisationen är uppdelad i fem förvaltningar: Halland sjukhus (HS), Psykiatri Halland (PSH), Närsjukvården (NSVH), Ambulans, diagnostik och hälsa (ADH) samt Regionservice (RGS). Sjukhusorganisationen består av ett länssjukhus med de tre utbudspunkterna Halmstad, Varberg och Kungsbacka. Närsjukvården i Halland utgörs av 48 vårdcentraler varav 23 vårdcentraler drivs i egen regi. Utöver detta finns drygt 100 avtal med privata vårdgivare.

Förvaltningschef, områdeschefer och verksamhetschefer är ansvariga för patientsäkerhetsarbetet och medarbetarna är ansvariga för att bidra till att en hög patientsäkerhet upprätthålls i verksamheten.

På regionövergripande nivå finns en regional chefläkare och en patientsäkerhetsstrateg. De har ansvar för samordning av strategiskt patientsäkerhetsarbete inom Region Halland. Regionens alla chefläkare har tillsammans med övriga stödfunktioner i förvaltningsledningarna ansvar för att stödja verksamheterna i hanteringen av allvarliga händelser och till exempel hantera Lex Maria, händelseanalyser med mera och arbetar övergripande med att utveckla patientsäkerhet och kvalitet.

Region Hallands ledningssystem fungerar som ett stöd för att planera, leda, genomföra, utvärdera och förbättra verksamheten på ett systematiskt sätt. Ledningssystemet innehåller de mål som organisationen har satt och hur den arbetar för att nå dem. Ledningssystemet omfattar till exempel verksamhetsplaner och mål, policyer, riktlinjer, rutiner och arbetet med ständiga förbättringar.

## Stödfunktioner

**Chefläkare och cheftandläkare** har en stödjande roll till chefer och medarbetare i att genomföra patientsäkerhetsarbete i verksamheten. Samtliga medarbetare har ansvar att följa lagar och förordningar och att driva och utveckla patientsäkerhetsarbetet. Smittskydd tillsammans med vårdhygieniska enheten är expertfunktioner som medverkar till att alla vårdgivare bedriver en god vård med hög kvalitet i syfte att minimera vårdrelaterade infektioner. De arbetar också för att minska spridningen av smittsam sjukdom.

**STRAMA** - Region Hallands STRAMA-grupp vars uppgift är att verka för rationell användning av antibiotika både i öppen- och slutenvård. Användningen av antibiotika återkopplas till verksamheterna regelbundet.

**Vårdhygien** arbetar aktivt med att stödja verksamheter och förvaltningar med rådgivning, utbildning för att förhindra vårdrelaterad infektion och smitta, samt med att författa riktlinjer och uppdatera rutiner inom området.

**Patientnämndens** uppdrag är att ta emot synpunkter och svara på frågor som rör all av

nämndens huvudmän finansierad hälso- och sjukvård samt Region Hallands tandvård. Dessutom kan barn och ungdomar till och med det kalenderår de fyller 23 år, som behandlats av privat tandläkare, vända sig till Patientnämnden. Ett ärende hos Patientnämnden kan initieras av en patient, en närstående eller kan lämnas anonymt. Ett ärende kan röra enstaka händelser eller en kedja av händelser där flera kliniker varit involverade och speglar patientens upplevelse av ett vårdtillfälle. Nämnden är rådgivande och gör inga medicinska eller juridiska bedömningar och utfärdade inte heller sanktioner eller disciplinära påföljder utan fungerade objektivt i kontakter med patienter och personal. Samtliga patientnämndsärenden registreras i avvikelssystemet Platina. Patientnämnden skickar ärenden från patienter/närstående som lämnat synpunkter/klagomål på vården till respektive verksamhetschef och hjälper till så att klagomålen besvaras när anmälaren önskar det.

**Metodstöd** - inom respektive förvaltning finns funktioner som bistår med bland annat metodstöd i bland annat patientsäkerhetsarbetet till exempel vid händelseanalyser och risk- och konsekvensanalyser.

**Stödfunktioner** - för att stötta interna arbetet för att öka patientsäkerheten finns tex sjukhusgemensamt patientsäkerhetsteam, verksamhetsutvecklare.

## **Samverkan för att förebygga vårdskador**

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

I patientsäkerhetsarbetet ställs höga krav på förmåga till samverkan och dialog. För att tydliggöra och synliggöra behovet av systematik finns etablerade forum inom Region Halland. Regionens medarbetare bidrar till att nå ökad kvalitet patientsäkerhet i hälso- och sjukvården genom att medverka i regionala vårdprocessgrupper, arbetsgrupper, nätverk, nationella programråd och regionala medicinska programråd. Nationella och regionala samarbeten bedrivs inom flera områden till exempel västra och södra sjukvårdsregionens patientsäkerhetsgrupp, regionalt cancercentrum (RCC väst och syd) och kunskapsstyrning.

## **Kunskapsstyrning**

Patienter i Region Halland ska alltid ges bästa möjliga vård som ska bygga på bästa tillgängliga kunskap. Syftet med kunskapsstyrning är att alltid ge patienten bästa möjliga vård baserat på bästa tillgängliga kunskap. Det innebär att kvalitetssäkrad kunskap sprids och används inom alla verksamheter. Kunskapsstyrning ska säkerställa att bästa tillgängliga kunskap används vid beslut som direkt rör patientverksamhet men också beslut som rör investeringar och produktionsstruktur.

Kunskapsstyrningsstrukturen består av fyra delar:

- kunskapsinhämtning
- kunskapssamordning
- ordnat införande
- kunskaps-användning uppföljning

## **Ordnat införande**

Föremål för ”Ordnat införande” kan till exempel vara nya kunskapsstöd (riktlinjer/vårdprogram), läkemedel eller medicintekniska produkter. Ärenden kan inkomma såväl från nationell nivå som från regionens egna verksamheter. För att säkerställa ett ordnat införande finns Prioriterings- och evidensrådet (PER).

### **Regional samverkan**

Förvaltningschefer i vårdförvaltningarna har löpande samverkan i ledningsfrågor under ledning av hälso- och sjukvårdsdirektören.

Regional chefläkare har regelbundna möten med chefläkare från Hallands sjukhus, Psykiatri Halland, Ambulans, diagnostik och hälsa samt Närsjukvården Halland. Dessa möten syftar till att skapa en gemensam syn kring hur patientsäkerhetsarbetet kan användas som en del i utvecklingen av hälso- och sjukvården.

### **Regionala processer**

Regionala processer berör flera förvaltningar. I de regionala processerna ligger nationella och regionala kunskapsdokument till grund. Syftet är att erbjuda patienter i regionen en säker, patientfokuserad, kunskapsbaserad, jämlik och effektiv vård i rätt tid. Regionkontoret samordnar arbetet med alla regionala processer och hälso- och sjukvårdsdirektören är processägare för vårdprocesserna.

### **Samverkan med Patientnämnden**

Patientnämndens representanter tillsammans med regional chefläkare, chefläkare och cheftandläkare samverkar för att stärka patienters och närståendes delaktighet i förbättringsfrågor. Chefläkare tar del av samtliga rapporter som Patientnämnden skickar ut månatligen. Kontakt sker även vid behov i enskilda patientärenden eller generella samarbetsområden. Samarbetet med Patientnämnden är ett viktigt forum för att stärka patienters och närståendes delaktighet i vården och i förlängningen till förbättringar i vård och omhändertagande.

### **Samverkan inom psykiatri**

Inom den vuxenpsykiatriska heldygnsvården fortsätter, likt tidigare år, samverkan och regelbundna möten internt mellan avdelningarna i heldygnsvården samt mellan heldygnsvård, vuxenpsykiatrisk öppenvård och Barn- och ungdomspsykiatri (BUP). Likaså sker kontinuerliga möten med andra enheter inom Hallands sjukhus/Region Halland, kommunerna, Polismyndigheten och Kriminalvården utifrån gemensamma patientflöden. Vid behov för hålls även dialog med angränsande regioner med gemensamma patientflöden, så som till exempel Kronoberg, Västra Götaland och Skåne. Rutiner och riktlinjer arbetas fram vid behov för att underlätta samarbetet när patienter behöver samvårdas eller överflyttas.

Under 2023 har även samarbetsprojektet ”Prehospital akutpsykiatri” fortsatt tillsammans med förvaltningen Ambulans, Diagnostik och Hälsa (ADH), där målet varit att hitta bättre samarbete inom ramen för prehospital akutpsykiatri. Projektet har inneburit en rad insikter, nya gemensamma riktlinjer samt gemensamma utbildningsinsatser.

### **Läkarmedverkan i hemsjukvård**

Samarbete pågår mellan Hallands sjukhus och närsjukvårdens Läkarmedverkan i hemsjukvård (LMH), via bland annat Medicinkliniken Hallands sjukhus Varberg. Syftet är att undvika återinskrivning i slutenvården. Personlig kontakt tas med LMH under

slutenvårdstillfället för en sammanhållen vårdkedja efter utskrivning plus en uppföljande kontakt från LMH i patientens hem.

### **Processutveckling inom medicinska specialiteter**

Inom de medicinska specialiteterna har ett arbete gjorts för att säkerhetsställa gemensamma rutiner, dokumentation och arbetssätt inom samma specialiteter utifrån ett processtänk. Denna utveckling är också central inför migreringen till ett nytt journalsystem 2024. Man har tagit fram gemensamma sökord och gemensam journaltyp vilket lätt åskådliggör patientens resa genom de olika specialiteterna i vården. Detta har gjorts för att säkerställa jämlik vård oavsett var den bedrivs.

### **Samarbete mellan kvinnohälsovård och förlossningsvård**

Det finns ett flerårigt utvecklingssamarbete mellan Kvinnokliniken inom Hallands sjukhus och Kvinnohälsovården inom Ambulans, diagnostik och hälsa, som har gjort det tydligare för patient och vårdgivare vem som har ansvar för vad och hur vårdkedjan erbjuder vårdutbud som är jämlikt ur patientens perspektiv och utifrån individens medicinska behov.

### **Rehabkoordinatorer**

Verksamheternas rehabkoordinatorer ska fungera som ett stöd i sjukskrivningsprocessen och bidra till en ökad försäkringsmedicinsk kompetens. Införandet av rehabkoordinatorer väntas medföra flera fördelar för läkare och övriga medarbetare i vårdkedjan kring sjukskrivningar.

### **Uppföljning av patient med frekvent vårdbehov**

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. Uppföljning av dessa patienter visar goda resultat med en bättre vård, ett minskat antal samtal till SOS, och ett minskat antal ambulansuppdrag för patienterna

### **Samverkan mellan BVC och Folktandvården**

Pilotprojekt för att minska förekomsten av karies hos små barn genom förebyggande arbete fortlöper. Syftet med projektet är ökat samarbete mellan primärvård och folktandvård, för att främja munhälsa små barn.

### **Hörselvård**

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

### **Samverkan med Hallands kommuner**

I Halland gäller en gemensam anvisning och samverkansrutin för regionen och kommunerna i Halland som reglerar en samordnad planering vid in- och utskrivning från sjukhus och vård- och omsorgsplanering. Denna anvisning och rutin reglerar att samverkan och informationsöverföring för den enskilde sker tryggt, säkert, effektivt och jämlikt.

Region Halland samverkar med kommunerna i olika forum på ledningsnivå, bland annat Chefsgrupp Halland och Regional utvecklingsgrupp God och nära vård.

Kommunernas medicinska företrädare (MAS), vårdhygienavdelningen och Smittskydd har regelbunden samverkan där även företrädare för närsvården deltar.

Regional chefläkare och patientsäkerhetsstrateg deltar i regelbundna möten med kommunernas MAS.

## **Informationssäkerhet**

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

All verksamhet i Region Halland är i behov av information för att vården ska kunna bedrivas ändamålsenligt. Informationen måste därför hanteras säkert. Informationssäkerhet är:

- att säkerställa att information i alla dess former ska finnas tillgänglig när den behövs
- att information är korrekt
- att obehöriga inte kan få tillgång till information
- att hanteringen av och förändring i informationen kan spåras i tillräcklig grad.

Informationssäkerhet upprätthåller patientintegritet, trygghet för personal och bidrar till god och säker verksamhet. Inom vården är kraven på informationssäkerhet extra höga.

Region Hallands Säkerhetspolicy med tillhörande riktlinjer anger inriktning och nivå för informationssäkerhetsarbetet. Utifrån policy, riktlinjer, resultat av riskanalyser, revisioner och informationsklassning tas mål fram som införs i verksamhetsplaner. Regionens avdelning för IT och digitalisering är organiserad för att stödja verksamheten genom partnerskap.

Informationssäkerheten åstadkoms genom tydliga och effektiva rutiner för:

- Konfidentialitet och tillgänglighet – behöriga ska på ett smidigt sätt kunna ta del av information, men man måste på samma gång beakta att en stor del av den information vi hanterar är känslig.
- Riktighet – information ska vara aktuell, korrekt, fullständig och förändringar ska vara spårbara.
- Kompetens och ansvar – kunskap om informationssäkerhet hos samtliga medarbetare skapar förtroende och förmåga att agera ansvarsfullt.
- Ledning – informationssäkerheten utgår från myndigheters krav samt patienters, allmänhetens och samarbetspartners behov. Detta utgör underlag för hur chefer på olika nivåer genomför och utvärderar hanteringen av informationssäkerhet.
- Teknik – all teknik för att få tillgång till, hantera och kommunicera information ska säkerställa att obehöriga inte kan komma åt informationen.

Det sker årliga interna och externa revisioner inom regionen där informationssäkerheten granskas. Vid de interna revisionerna följs medarbetare och chefers kunskap och medvetenhet kring informationssäkerhet upp, liksom följsamhet till de rutiner som finns för området. Hallands sjukhus är certifierat inom ISO standard 27001. Regionens avdelning för IT och digitalisering arbetar med förberedelser för att åter kunna certifiera verksamheten, men med större omfattning än hittills. En förstudie pågår om att certifiera ledningssystemet avseende informationssäkerhet för hela Region Halland. Vidare genomför Hallands sjukhus studier avseende metod för informationsklassificering. Inom IT-säkerhetsområdet höjs förmågan för närvarande genom flera initiativ, såsom förstärkt segmentering av nätverk, nya verktyg för händelseövervakning (SIEM – Security Information and Event Management). Vidare pågår breda genomlysningar av verksamheten genom riskanalyser som förberedelse till certifiering.

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

Region Halland har delar av sin verksamhet som lyder under NIS-direktivet, vilket är ett EU-gemensamt ramverk som bland annat innebär att regionen ansvarar för incidenthantering och -rapportering avseende de identifierade samhällsviktiga tjänsterna.

## **Strålskydd**

SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §

Strålskyddsbokslutet beskriver strålsäkerhetsarbetet som bedrivits under verksamhetsåret 2023. Dokumentet omfattar strålsäkerhetsfrågor som berör både patienter och personal i alla verksamheter som använder joniserande strålning inom Region Halland.

Den systematiska uppföljningen av strålsäkerhetsarbetet sker sedan hösten 2022 enligt en strålsäkerhetsorganisation som delar in verksamheterna i tre strålsäkerhetsområden: Röntgen Halland, Hallands sjukhus exkl. odontologisk röntgenverksamhet och Tandvård.

Strålsäkerhetsmyndigheten har uppdaterat föreskriften SSMFS 2018:5 om medicinska bestrålningar. De ändringar som berör Region Hallands verksamheter har gått igenom på respektive strålsäkerhetskommitté. Nya funktionsbeskrivningar för strålningsfysikalisk och radiologisk ledningsfunktion samt nya diagnostiska referensnivåer för flertalet undersökningar är ett par exempel. Ändringarna trädde i kraft den 1 nov 2023 och arbete med att anpassa arbetssätt och rutiner till detta har inletts.

Strålsäkerhetsmöten har hållits i alla verksamheter med joniserande strålning. Vid strålsäkerhetsmötena görs en genomgång av de strålsäkerhetsfrågor som är relevanta för respektive verksamhet och planering av insatser sker i samråd mellan verksamhetsföreträdare, sjukhusfysiker och radiologisk ledningsfunktion. En redogörelse från varje strålsäkerhetsmöte finns med i bokslutet. För Röntgen Halland redovisas även genomförda modalitetsstatusmöten som strålskyddsansvarig röntgensjuksköterska på respektive ort håller i på sektionsnivå.

Vid strålsäkerhetsmöte för nuklearmedicinska terapier lyftes att ansvaret för radiojodbehandling av tyreoidcancer respektive hypertyreos behöver förtydligas. Behandlingarna bedrivs i samarbete mellan kliniker på Halland sjukhus och

Nuklearmedicin som tillhör Röntgenkliniken på ADH. Utveckling och optimering av behandlingarna försvåras av att man inte vet vilken verksamhetschef som har ansvar för dem. Röntgen Halland har under 2023 bytt ut alla mammografiröntgenapparater. Arbete med att trimma in bildinställningar pågår fortfarande vid årsskiftet 23/24. Vidare har alla datortomografiapparater uppgraderats med en ny typ av röntgenrör som kan ge högre output, vilket är en fördel vid till exempel hjärtundersökningar och för patienter med nedsatt njurfunktion som behöver reducerad dos kontrastmedel. Det nya röret ska enligt leverantören också vara mer driftsäkert vilket innebär mindre risk för akuta stopp i verksamheten.

I Halmstad har radiojodkorn för indikering vid bröstcancer introducerats i samarbete mellan Röntgen, Operation, Kirurgi, Patologi och Sjukhusfysik. Alla avdelningar har varit engagerade i risk- och konsekvensanalys och förberedelser. En fördel med den nya metoden är att indikeringen inte behöver ske samma dag som operationen vilket ger större flexibilitet i bokningen. Metoden fungerar också väl för indikering av lymfkörtlar inför neoadjuvant behandling.

Patientstråldoser från nästan alla röntgenverksamheter och nuklearmedicin samlas i en gemensam databas som har verktyg för visualisering och analys av stråldosdata. Här finns också möjlighet att konfigurera larm, vilket bland annat används för att flagga upp om en patient riskerar att få en hudreaktion efter en utdragen genomlysningssprocedur. Rutinen för omhändertagande och uppföljning av dessa patienter har omarbetats och ett nytt arbetssätt har implementerats på kranskärlsröntgen och perifer angiografi.



Strålskyddsbokslut  
2023.pdf

## En god säkerhetskultur

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

För att stärka patientsäkerhetskulturen i regionens verksamheter utförs inom flera delar patientsäkerhetsronder årligen. Dessa sker i dialogform med verksamhetschef, medicinskt ledningsansvarig läkare/odontologiskt ledningsansvarig tandläkare och andra yrkeskategorier representerade. Särskilt fokus har varit arbete för ökat lärande och erfarenhetsutbyte. Ronderna sker normalt med fysiska möten i verksamheterna. Sambandet mellan en god arbetsmiljö och en god patientsäkerhet är numera välkänt. Dialog om arbetsmiljö, avvikelser och övrigt patientsäkerhetsarbete sker regelbundet på arbetsplatsträffar, kontinuerligt i vardagen och vid årlig genomgång av medarbetarenkäten. Om brister finns i arbetsmiljön så tas en handlingsplan/åtgärder fram som sedan följs upp.

Allt fler verksamheter använder sig av Gröna Korset för att ytterligare arbeta strukturerat med riskidentifiering. Införandet av Gröna korset leder också till en ytterligare förbättrad säkerhetskultur och blir ett naturligt sätt att synliggöra och diskutera patientsäkerhetsfrågor,



och ett sätt att höja kunskapsnivån ytterligare. Det har också lett till att det är enklare att ta upp och diskutera säkerhetsfrågor.

Region Halland använder verktyg och metoder som patientsäkerhetsronder, Gröna korset och PDCA för att följa upp och skapa dialog kring säkerhetskulturen.

Under 2023 har en regional mätning av hållbart säkerhetsengagemang, HSE, genomförts, för att undersöka säkerhetskulturen i förvaltningarna. Frågorna handlar om hur verksamheterna arbetar med risker och avvikelser och hur det som fungerar bra tas tillvara på och utvecklas. Resultatet från mätningen utgör ett utgångsvärde för kommande mätningar och utgör underlag för fortsatt förbättringsarbete.

## 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.

Att säkra kompetensförsörjningen är en grundförutsättning för att Region Halland ska klara av nuvarande grunduppdrag, utvecklingsuppdrag liksom vården i framtiden.



Morgondagens hälso- och sjukvård är alltmer kunskapsintensiv. Digitalisering, automatiseringar och AI är en nödvändig utveckling för att minska rekryteringsbehoven men innebär samtidigt en utmaning för regioner att säkra former och strukturer för kompetensutveckling när arbetslivet och kompetenskraven ändras.

Yrkeskompetens och kunskap säkerställs i patientsäkerhetsarbetet genom kompetensutveckling och fortbildning på alla nivåer. All personal får introduktionsutbildning där patientsäkerhetsarbete ingår. Som ytterligare stöd i detta arbete använder Region Halland Kompetensportalen med digitala utbildningar. I Vårdgivarwebben och ledningssystemet finns styrande dokument. Kunskap och erfarenhetsutbyte sker via arbetsplatsträffar, nätverksträffar i olika professioner samt digitala terapimöten. Genom årligt medarbetarsamtal inventeras fortsatt utbildningsbehov.

I dialog förmedlas kunskap om patientsäkerhetsarbete och de system som möjliggör förbättringsarbete på olika nivåer. Utbildning och workshops genomförs för att öka kunskap och skapa erfarenhetsåterföring inom och mellan verksamheterna. Metod- och utbildningsstöd ges av verksamhetsutvecklare till verksamheterna. En metod för att öka patientsäkerheten är att sjukvårdspersonal praktiskt tränar, teoretiskt inhämtade kunskaper på så kallade Kliniskt träningscentrum (KTC).

Under året har utbildningar inom området patientsäkerhet hållits.



## 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.

PSL 2010:659 3 kap. 4 §



Enligt Region Hallands hälso- och sjukvårdsstrategi ska vården vara trygg och sammanhållen och utformas tillsammans med patienter och närstående.

Regionen arbetar aktivt med att öka patienters och närståendes delaktighet i den egna vården som en väsentlig del av god och säker vård. Samverkan med patienter och närstående ska ske i utredningar, hantering av klagomål och synpunkter samt analys av händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Synpunkter och klagomål från patient och närstående rapporteras och bearbetas som avvikelser och används som underlag vid förbättringsarbete.

Region Halland erbjuder patienter möjlighet att aktivt delta i sin egen vårdprocess. För att öka patientens delaktighet i vården har ett flertal aktiviteter arbetats fram. Bland annat används digitala hälsodeklaration inför exempelvis operation. Barn och ungdomskliniken arbetar med patientråd och har en löpande delaktighetsenkät. Patienter och närstående informeras via 1177 och informationsplanscher i verksamheterna om möjligheten att lämna synpunkter eller klagomål till vården antingen direkt till vårdverksamheten eller till Patientnämnden Halland. Tillgång till journalanteckning via nätet, 1177.se ger en ökad patientsäkerhet. Här ses utvecklingspotential då få patienter läser sin journal. Detta, tillsammans med skriftlig information efter vårdbesök, skapar bättre förutsättning för patienten att ta ansvar för sin vård genom att få en ökad förståelse om vad som är planerat.

### Exempel där patienter görs delaktiga i den egna vården:

#### Händelseanalyser

Vid allvarigare händelseanalys bjuds patient och närstående alltid in för att samverka kring händelsen

#### Safe Wards

Vuxenpsykiatriens heldygnsvård har under året fortsatt implementering av konceptet ”Safe wards”. Modellen innebär att man arbetar med extra stort fokus kring att bygga tillit och att patienter skall känna sig trygga och delaktiga i sin vård och behandling. Vissa åtgärder är små och andra större – gemensamt är dock att metoden bygger på vetenskaplig grund.

#### Brukarstyrd inläggning

Utöver detta är även Brukarstyrd inläggning (BI) ett viktigt koncept där patienten, på ett mycket tydligt sätt, har ett ansvar och skriver patientkontrakt som beskriver förutsättningarna. Vidare har även planering för införande av Peer support (PS) pågått där det under året har arbetats med utbildningsfrågan. Peer support kommer att vara ett bra tillskott i arbetet med att göra patienterna än mer delaktiga.

## **BCFPI**

Inom BUP involveras vårdnadshavare tidigt genom BCFPI (en strukturerad telefonintervju). Genom den uppföljning som sker ett år efter den första telefonintervjun får vården en tydlig återkoppling av hur vårdnadshavare har uppfattat vården och vad som eventuellt har brustit. Detta ger en mer systematiserad bild än den bild man får i den naturliga återkopplingen när man träffar vårdnadshavare och andra närstående i den direkta vården av patienten.

## **Information vårdbesök**

Inom närsjukvårdens vårdcentraler har ett förbättringsarbete initierats för att bidra till att patienter är mer välinformerade efter vårdbesök. Patienten får med sig skriftlig information med trolig diagnos, fortsatt planering och behandling, och när vård bör sökas igen

## **Journalen på nätet**

Att ge patienten tillgång till medicinsk information om sitt tillstånd och vad vården har gjort är ett bra sätt att få patienten delaktig i sin vård. Det är fördelaktigt att i mötet med patienten diskutera journalen, hänvisa till den som en ”minnesanteckning”. Journal via nätet - en snabbare tillgång till signerad journalanteckning ger en ökad patientsäkerhet. Genom att hänvisa patienten till att läsa journal via nätet, 1177.se (1177 Vårdguiden) skapas förutsättning för patienten att ta ansvar i sin egen vård och få en ökad förståelse om vad som är planerat.

# AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

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

## Kunskap om inträffade vårdskador

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

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



Viktiga delar i att öka kunskapen om inträffade vårdskador är förvaltningarnas process för avvikelshantering, patientsäkerhetsronder samt den dagliga eskaleringsstrukturen och återföring av resultat av dessa till verksamheten. Genom identifiering, utredning samt mätning av vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för åtgärder.

Egenkontroll är systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet. Verksamheterna inom Region Halland genomför återkommande egenkontroller inom kvalitet, läkemedel, vårdhygien, säkerhet, arbetsmiljö och miljö.

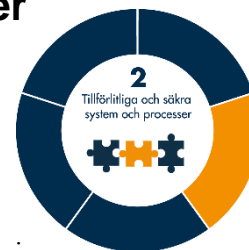
Uppföljning genomförs inom varje område utifrån de uppdrag som har givits av regionledning och förvaltningschef. Resultat och analys återrapporteras i delårs- och årsuppföljning. Genom egenkontroller värderar verksamheterna sin följsamhet till rutiner och vidtar åtgärder om brister identifieras. Utöver årliga egenkontroller följs ett antal utvalda kvalitetsindikatorer upp månatligen på varje förvaltning. Vid avvikelser analyseras dessa och åtgärder utarbetas och genomförs.

Därtill rapporterar förvaltningarna till nationella kvalitetsregister.

## Tillförlitliga och säkra system och processer

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

Region Halland stävar alltid efter att minska oönskad variation i vårdprocesserna. Detta är ett led i att arbeta med kontinuerligt förbättringsarbete i arbetsvardagen med LEAN som verksamhetsstrategi.



### Externa och interna revisioner

Varje år genomförs externa och interna revisioner på Hallands sjukhus. Revisioner är ett instrument för ledningen att arbeta med ständiga förbättringar. Genom revisioner får ledningen kunskap om tillämpning och effekt av ledningssystemet för kvalitet,

informationssäkerhet, miljö, arbetsmiljö och säkerhet. Hallands sjukhus har ett ledningssystem som är certifierat inom områdena kvalitet ISO 9001:2015, 27001:2013, arbetsmiljö ISO 45001:2018 och miljö ISO 14001:2015. Medicinsk teknik Halland har ett certifierat kvalitetsledningssystem för medicinteknisk tillverkning och service ISO 13485.

### **Ledningens genomgång/Verksamhetsanalys**

Hallands sjukhus gör varje år en verksamhetsanalys för att identifiera förbättringsåtgärder inom definierade områden. Verksamhetsanalysens syfte är i första hand att utgöra underlag inför kommande års verksamhetsplanering, uppföljning och revisioner för att förbättra ledningssystemet.

### **Rutiner**

Arbete pågår med att ta bort rutiner som är inaktuella och irrelevanta. Nya rutiner har tagits fram för att ge medarbetarna förutsättningar för att arbeta på ett patientsäkersätt. Därtill görs ett arbete för att förbättra användarvänligheten i regionens ledningssystem och öka kännedomen om och åtkomst till gällande rutiner.

### **Narkotikahantering**

Vid årets externrevision noterades en större avvikelse avseende narkotikahantering avseende signaturlistor som inte var uppdaterade, dubbelsignering vid kassation samt avidentifiering av narkotika vid kassation. En åtgärdsplan har utarbetats som hittills inneburit information om rutiner för narkotikahantering vid chefsmöten, samt protokollstyrd internrevision där 69 verksamheter granskades.

### **Punktprevalensmätning trycksår**

Punktprevalensmätning trycksår har under 2023 genomförts vid två tillfällen. Andelen patienter som fått trycksår var vid vårens mätning 8,8 % och vid höstens mätning 5,5 %. Trycksår av grad 2–4 under vårdtiden, vilket bedöms som vårdskada, var 2,9 % respektive 2,5 %. Ingen av patienterna som fått trycksår under vårdtiden hade fått ett kategori 4 trycksår. I ett längre tidsperspektiv har totala andelen trycksår minskat.

Sedan föregående mätning har förbättringsarbete genomförts gällande bedömning och kunskap om fuktskador i huden vilket kan påverka resultatet då fuktskador tidigare felaktigt kan ha bedömts som trycksår. Sjukhusets handbok ”Säker vård” samt uppdaterade rutiner för preventiv omvårdnad är viktiga stöd för medarbetarna i deras vardag för ett patientsäkert arbetssätt med bland annat riskbedömningar av trycksår.

### **Vårdrelaterade infektioner**

Regionen och Hallands sjukhus deltog, i likhet med majoritet av svenska regioner våren 2023 i en europeisk punktprevalensmätning (ECDC PPM) på sjukhus som en del av det globala arbetet mot antibiotikaresistens. Mätningen genomförs av den europeiska smittskyddsmyndigheten tillsammans med nationella systemmyndigheter vart femte år på akutsjukhus i EU/EEA länder. Utfallet av mätningen har redovisats nationellt. Resultatet som publicerades under senhösten 2023 visade att en av tio patienter hade en pågående vårdrelaterad infektion. Vanligast var pneumoni eller nedre luftvägsinfektion, postoperativa infektioner och urinvägsinfektioner. Analys av resultaten och hur Hallands sjukhus ska arbeta vidare med frågan pågår.

## Standardiserad förlängd öppenvård

Medicinkliniken har ett antal akuta patienter som bedöms behöva utökad vistelsetid för ytterligare diagnostik och åtgärd men som inte bedöms behöva specialiserad slutenvård. Sedan ett par år har man infört fortsatt öppenvård på en s.k. SFÖ-plats (Standardiserad förlängd öppenvård). SFÖ-besöket styrs utifrån fastställda protokoll med utvalda symtom eller diagnoser. Besöket på akutmottagningen/annan mottagning + SFÖ-besöket kan sammanlagt vara i 24 timmar, därefter avslutas besöket i öppenvården. Finns behov av fortsatt vård ska denna ske i slutenvården. Under 2023 har man utvecklat konceptet vidare så att flera diagnos- och symtomgrupper kunnat tas om hand på SFÖ-platser.

## Läkemedelsgenomgångar

Farmaceuter från Läkemedelsenheten har utifrån befintliga resurser genomfört systematiska läkemedelsgenomgångar på Hallands sjukhus vid ortopedi- och medicinklinikerna. Läkemedelsgenomgångarna har främst genomförts på patienter som är i behov av kommunala insatser efter utskrivning. Aktuella läkemedelsrelaterade problem och föreslagna åtgärder har dokumenterats i journal och vid behov kommunicerats med läkare. Under 2023 har ca 427 genomgångar genomförts

Inom närsjukvården följer Läkemedelsenheten upp verksamheternas läkemedelsförskrivning två gånger om året, vilket bidrar till ökad följsamhet till riktlinjer. Följsamhet till riktlinjer för antibiotikaförskrivning följs upp genom STRAMA (Strategigruppen för rationell användning av antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens).

## Kvalitetsuppföljning av läkemedelshantering

Egenkontroll av läkemedelshantering har utförts i Stratsys, totalt 57 enheter (84 %) har genomfört egenkontrollen vid Hallands sjukhus. Vid sammanställning är det till stora delar positiva resultat, men det noteras en del brister vid ordination i NCS, samt uppmärkning av iordningställda läkemedel och kontroll av pågående infusioner. Åtgärdsplaner bör vidtas vid berörda enheter.

Kvalitetsuppföljning av läkemedelshantering har även genomförts i form av kvalitetsgranskning vid 12 enheter. En målsättning med arbetet är att enheterna ska arbeta aktivt med förbättringar för en ökad patientsäkerhet avseende läkemedelshantering. Sammanställda rapporter med förslag på förbättringsområden ska ge vägledning för att förbättra enheternas arbetssätt och rutiner.

## Patientindividuell läkemedelsförsörjning (PIL)

Den generella upplevelsen är att PIL bidrar till ökad kvalitet och patientsäkerhet genom ett säkrare sätt att iordningställa läkemedel. Utöver ökad patientsäkerhet och minskad risk för läkemedelsrelaterade avvikelser så frigörs tid för sjuksköterskor som kan användas i annat patientnära arbete. PIL medför även ökad möjlighet för patientmedverkan vid läkemedelsadministreringen.

Inför dosproduktion utförs en farmaceutisk genomgång och rimlighetsbedömning av ordinationerna avseende kliniskt relevanta interaktioner, dubbelmedicinering och dosering, vilket medför ökad patientsäkerhet.

Slutenvårdsdosen har också skapat möjlighet för Hallands sjukhus att bedriva vård med annan personalsammansättning, vilket visade sig vara betydelsefullt för att klara vårduppdragen under sommarperioden.

### Hantering av rest- och bristsituationer för läkemedel

Under 2023 har Region Halland påverkats i stor utsträckning av en global bristsituation för läkemedlet alteplas, ett läkemedel vars tillgång är kritisk för att klara trombolys vid till exempel stroke. Bristituationen har hanterats i ett nationellt samarbete med tilldelning utifrån absoluta behov, stödtillverkning av Apoteket Produktionslaboratorier samt genom att använda andra alternativ för att förebygga kateterocklusion. En annan bristsituation som också fick stor påverkan var en nationell brist på klorhexidin för hudinfektion. Denna brist löstes ut dels genom att Hallands sjukhus har skapat upp omsättningslager enligt nationellt uppdrag, dels genom att använda hudinfektionsmedel som finns tillgängliga som medicintekniska produkter vid all icke-kirurgisk hudinfektion.

### Förbättringsarbetet psykiatri

Inom vuxenpsykiatriens öppenvårds löpande förbättringsarbete har fortsatt flera förbättringar gjorts, bland annat inom områden som läkemedelsuppföljning, larmdisciplin, arbetssätt med väntelistor för att säkra att alla patienter följs upp, ändamålsenlig hantering av skattningsskalor som bedömningsstöd, arbetssätt med ÖPT m.m. Genom att verksamhetens chefer deltar i förbättringsmöten och i eskaleringsstruktur, sprids kunskapen på ett effektivt sätt även till medarbetare då chefer kan förmedla innehåll via exempelvis arbetsplats träffar, APT. Verksamheten har även fortsatt satsat på att ytterligare höja kompetensen i suicidpreventivt arbete och har löpande seminarier för medarbetarna.

## Säker vård här och nu

Hälsa- 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.



### Det robusta sjukhuset

Under 2023 har driftsäkerhet under parollen ”Robusta Sjukhuset” fortsatt föra en gemensam inriktning och samordning där förutsättningarna ska bli etablerade i det dagliga arbetet genom bland annat möten, planering, utbildning och övningar kopplat till civilförsvaret.

Samverkan etableras mer och mer i vardagen och flera utvecklingsarbeten sker på bred front när det gäller samverkan kring säkerhet och krisberedskapsfrågor i regionen. Vårdverksamheternas krav på driftsäkerhet upp till tre månader, eller längre i händelse av höjd beredskap, där el, vatten och gas behövs samt krav på försörjning av produkter är några områden som det arbetas aktivt med under året.

### Rutin Vårdplatser

Vårdplatserna på Hallands sjukhus är en sjukhusgemensam resurs som ska användas på ett sätt som ger patienterna en god och säker vård. Syftet med rutinen är att säkerställa att

sjukhusets vårdplatser används gemensamt på bästa sätt och med patientsäkerhet i fokus. Rutinen fastslår dels övergripande principer för Hallands sjukhus slutenvårdsflöde av patienter inom samtliga kliniker, dels övergripande principer för respektive avdelningsarbete. Därigenom tydliggörs ansvarsfördelning vid inläggningar från akuten. Dessutom tydliggörs hantering och ansvarsfrågor i samband med rond och utlokalisering av patienter. I perioder när beläggningsgraden är hög på Hallands sjukhus har man hållit dagliga vårdplatsmöten med representanter för samtliga verksamheter, samt vårdplatskoordinator. Mötena har skapat transparens och förutsättningar att effektivt kunnat utnyttja Hallands sjukhus gemensamma vårdplatsresurs på ett optimerat sätt.

### **Handbok Säker vård**

Inom Hallands sjukhus identifierades ett behov av att utveckla arbetet inom omvårdnadsprevention. Alla dokument inom vårdprevention samlades i ett lättillgängligt format, användbart för både sjuksköterskor, undersköterskor, studenter och elever och arbetet resulterade i en handbok för säker vård.

### **Psykiatrisk öppenvård**

En utmaning under året och kommande år är ökade patientvolymen och kompetensförsörjning. Under året har inhyrd personal till viss del varit en nödvändig komponent för att säkerställa adekvat vårdtillgång.

### **Stärkt personalkontinuitet**

Flera avvikelser under året har gällt tillfällig personal, vilket bedömts bero på lokala arbetssätt eller bristfällig introduktion. För att öka patientsäkerheten pågår arbete kring kompetensförsörjning och dokumenterade rutiner inom Närsjukvården, i syfte att stärka personalkontinuitet och följsamhet till rutiner.

### **Intraorala röntgenbilder**

Ett omfattande kvalitetsarbete med intraorala röntgenbilder fortgår sedan föregående år, där tandvårdens personal vidareutbildas med bildtagning i fantomdocka och i röntgenprogram. Personalen uppskattar utbildningsatsningen och röntgenavvikelsena har minskat.

### **Riskhantering**

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

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

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.

### **Riskanalys**

Riskanalyser genomförs i den omfattning som är nödvändig av såväl patientsäkerhets- som arbetsmiljöskäl. Riskanalyser sker vid samtliga betydande organisatoriska förändringar.

Orsaker till att göra en riskanalys kan vara till exempel förändringar av:

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

Riskmedvetenhet och förmåga att upptäcka risker i vården är en förutsättning för att bibehålla en god och säker vård. I ledningssystemet finns en rutin som beskriver hur och när en riskanalys bör genomföras i enlighet med standardmetod för detta.

### SWOT-analys

I ledningssystemet finns en rutin för SWOT-analys, som innebär en analys av interna och externa faktorer. Syftet är att förbättra verksamheten genom att ta vara på möjligheter, utveckla styrkor, kunna möta hot och minska eller eliminera svagheter. SWOT-analys är användbar vid exempelvis utveckling av verksamheten, vid arbete med prioriteringar samt organisations- och verksamhetsplanering.

## 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.



Inom regionens förvaltningar görs en samlad analys utifrån utredning av händelser, vårdskador och allvarliga vårdskador. Regelbundna uppföljningar medverkar till att verksamheterna utvecklas/förbättras/effektiviseras.

Händelser inom vården har under 2023 bland annat lett till utveckling inom följande områden:

- Stopp för hyrläkare och annan tillfällig personal i primärvården då det konstaterats att de figurerar i en oproportionerligt hög andel allvarliga avvikelser.
- en fortbildningssatsning planerats starta i januari 2024 för i första hand distriktsläkarna, men diskussioner hålls för att även inkludera andra personalkategorier i satsningen.
- att samarbetsforum nu finns etablerade mellan kommunerna och psykiatrin vilket planeras fortsätta framgent
- att chefläkarnätverket i regionen blivit mer aktivt under året i syfte att utbyta kunskap och samverka kring patientsäkerhetsfrågor på ett övergripande sätt.
- att ”riskronder” införts, dvs att medicinskt ledningsansvariga tillsammans med verksamhetschefen kritiskt ska granska sin verksamhet avseende risker.
- En sterilincident inom folktandvården har lett till omfattande arbete med rutiner och uppdrag kring sterilarbetet.



## Avvikelser

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

Avvikelser är negativa händelser som har lett till eller skulle kunna ha lett till skada på individ, störning/skada av verksamheten och omgivande miljö. Avvikelser bearbetas med huvudansvar i den organisationsdel där avvikelserna uppmärksammas, med remissförfarande till berörda organisationsdelar utanför upptäckande verksamhet/förvaltning

All personal uppmanas att rapportera avvikelser och all avvikelserrapportering sker i regionens avvikelssystem Platina. Avvikelse ska ses som ett medel att synliggöra systemfel och förhindra att enskilda medarbetare skuldbeläggs. Att registrera avvikelser är en viktig del i det proaktiva arbetet att minimera vårdskador. Utifrån bearbetning och analys av rapporterade avvikelser, värderas om händelser medfört vårdskada, allvarlig vårdskada eller hade kunnat medföra risk för allvarlig vårdskada. Verksamhetschef eller motsvarande ska ta ställning till eventuell händelseanalys. Till stöd för bearbetning finns fastställda rutiner.

### Avvikelser per förvaltning

Förvaltning	Antal 2019	Antal 2020	Antal 2021	Antal 2022	Antal 2023
Hallands sjukhus	6 406	5 050	5 321	5 329	6 499
Närsjukvården	2 408	1 739	1 862	2 666	2 435
Psykiatri Halland	1 601	1 341	1 413	1 785	1 639
Ambulans Diagnostik och Hälsa	691	1 595	1 579	592	563

En förbättringsåtgärd är att tydliggöra avslutandet av avvikelserna och återföring av resultat för systematisk förbättring. Medvetenhet om patientsäkerhetsriskerna kan på så sätt ta ett steg mot en mer lärande organisation. Inom vissa enheter där avvikelser har identifierats har också avvikelser orsaksanalyser genomförts och initierat förbättringsarbete.

Region Halland har påbörjat ett arbete för att skapa en systematisk sammanställning av allvarliga risker som rapporterats i regionens avvikelssystem, Riskloggen. Sammanställningen ska vara stöd till analys samt återkoppling till vårdverksamheterna.

### Klagomål och synpunkter

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

Om en patient eller dess närstående har klagomål eller synpunkter på hälso- och sjukvården är det i första hand verksamheten som ska ta emot och bemöta klagomålet. Det är verksamheten som bäst kan förklara vad som har hänt och vidta åtgärder för att det som hänt inte ska inträffa igen. En patient som inte kan eller vill vända sig till vårdgivaren direkt har alltid möjlighet att kontakta patientnämnden för att få hjälp och stöd vid klagomål. Det finns även möjligheter för patient/närstående att lämna klagomål via 1177.se Vårdguiden. Patientklagomål och synpunkter handläggs parallellt med övriga avvikelser inom ramen för det elektroniska avvikelshanteringssystemet Platina.

Region Hallands klagomålshantering ska säkerställa att synpunkter och klagomål från patienter och närstående tas om hand, beaktas och återkopplas till verksamheten i syfte att genomföra förbättringsåtgärder. 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. Klagomålshanteringen ska även säkerställa att förslag och klagomål från patienter och närstående tas om hand, beaktas och återkopplas till verksamheten i syfte att genomföra förbättringsåtgärder.

Klagomål som inkommit till vården har varit av varierad karaktär, områden som har identifierats:

- brister i bemötande,
- kommunikation,
- felaktigheter i journalen,
- långsam handläggning.

Inspektionen för vård om omsorg (IVO) tar inte emot enskilda klagomål från patient/närstående, om inte patient/närstående först framfört sina klagomål för utredning direkt till berörd verksamhet eller via patientnämnden. Först när vårdgivaren beretts möjlighet att utreda och återkoppla kan IVO välja att utreda händelser vidare om de bedöms ha en tillräckligt hög allvarlighetsgrad. IVO ärenden, enskilda såväl som anmälningar enligt lex Maria 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. 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.

Patientnämnden har 2023 handlagt 1330 ärenden som handlat om klagomål och synpunkter

## Patientnämndsärende per förvaltning

Förvaltning	Antal 2020	Antal 2021	Antal 2022	Antal 2023
Hallands sjukhus	441	477	566	579
Vårdcentralen Halland egen regi	209	215	220	228
Folk tandvården	36	24	43	42
Vårdval Halland privata vårdenheter	178	160	179	176
Psykiatri	119	124	151	136
ADH	63	66	74	65
Privat specialistvård	60	47	50	49

## Lex-Maria anmälningar per förvaltning

Förvaltning	Antal 2019	Antal 2020	Antal 2021	Antal 2022	Antal 2023
Hallands sjukhus	26	15	13	14	24
Närsjukvården	5	5	7	3	14
Psykiatri Halland	5	6	1	2	3
Ambulans Diagnostik och Hälsa	-	-	2	-	1

## 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.



En viktig förutsättning för att ha god resiliens är att ha ett kontinuerligt valfungerande systematiskt patientsäkerhetsarbete med stabila grundstrukturer, något förvaltningarna successivt byggt upp över tid.

Inom Psykiatri Halland säkerställer förvaltningens lednings- och eskaleringsstruktur ett snabbt, dagligt beslutsfattande och en god reaktionsförmåga inför oväntade händelser vilket leder till höjd riskmedvetenhet och förbättrad beredskap. I samband med pandemin drogs viktiga lärdomar kring flexibilitet och resiliens, något vi fortsatt arbeta vidare utifrån sedan dess.

Region Halland har noterat ett ökat antal avvikelser i paritet med andra kvalitetspåpekande. Under året har insatser gjorts i förvaltningarna för att förbättra omvårdnaden och stimulera till en fortsatt god utveckling inom området. Avvikelser som uppstår i vårdens övergångar är fortfarande en viktig del i det successiva arbete att minska risker som är förknippande med detta, både inom ramen för Trygg och säker hemgång men också som enskilda händelser som utreds inom och mellan förvaltningar samt i förekommande fall med externa vårdgivare.

Regionens gemensamma arbete med Riskloggen som startat under 2023 där chefläkarna inom regionen har påbörjat gemensam analys av allvarliga avvikelser och anmälningar enligt Lex Maria i syfte att identifiera behov av regiongemensamma utvecklingsbehov för att på så vis öka både kvalitet och säkerheten i vården. Arbete med att anpassa patientsäkerhetsrutiner till alla förvaltningar så att patientsäkerhetsarbetet harmoniseras mellan förvaltningarna kommer att fortsätta.

Ett centralt område som identifierats är kompetensförsörjning, då rätt kompetens är svårrekryterad. Ett stort arbete med kontinuitetsplanering pågår.

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

## MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Den övergripande utvecklingen inom patientsäkerhetsområdet är fullt ut integrerat med utvecklingsarbetet för vården inom Region Halland som helhet. Den viktigaste förutsättningen för ökad patientsäkerheten och skyddet mot vårdskador är att vården har en hög kvalitet och att det bedrivs ett aktivt utvecklingsarbete inom området.

Region Halland kommer att fortsätta att utveckla det systematiska patientsäkerhetsarbetet för att i allt högre grad arbeta proaktivt och skapa större värde för fler välfungerande arbetssätt. Arbete med att skapa värde från avvikelser kommer att utvecklas för att i ännu högre grad kunna undersöka och sprida lärdomar från både goda exempel och risker.

Under 2024 fortsätter det övergripande utvecklingsarbetet att vägledas av de prioriteringar som är upptagna i den regionala handlingsplanen för ökad patientsäkerhet, dvs aktivitet inom områdena ledning och styrning, kunskap och kompetens och uppföljning och analys. I den regionala handlingsplanen finns ett antal uppföljningspunkter och indikatorer som kommer att följas inom den ordinarie verksamhetsuppföljningen på regional nivå.

En stor utmaning för Region Halland under 2024 är införandet av ett nytt vårddokumentationssystem, Cosmic. Bytet innebär ett omfattande arbete både på regional – och verksamhetsnivå och kräver mycket tid och resurser. Övergången till nytt system inbegriper ett flertal patientsäkerhetsaspekter och regionens chefläkare deltar som expertgrupp i arbetet.

Carina Werner  
Anders Åkvist  
regionen@regionhalland.se

Region Halland  
Box 517, 301 80 Halmstad  
regionen@regionhalland.se  
regionhalland.se