



# Patientsäkerhetsberä ttelse 2024

Ambulans, diagnostik och hälsa  
2024

# Innehållsförteckning

<b>1</b>	<b>Grundläggande förutsättningar för säker vård.....</b>	<b>4</b>
1.1	Engagerad ledning och tydlig styrning .....	4
1.2	En god säkerhetskultur.....	10
1.3	Adekvat kunskap och kompetens.....	14
1.4	Patienten som medskapare.....	16
<b>2</b>	<b>Agera för säker vård.....</b>	<b>19</b>
2.1	Öka kunskap om inträffade vårdskador.....	20
2.2	Tillförlitliga och säkra system och processer.....	21
2.3	Säker vård här och nu .....	23
2.4	Stärka analys, lärande och utveckling.....	25
2.5	Öka riskmedvetenhet och beredskap.....	31
<b>3</b>	<b>Mål, strategier och utmaningar för kommande år .....</b>	<b>33</b>

## Anvisning

Mallen för patientsäkerhetsberättelsen utgår från lagkrav och följer strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. I de fall lagkrav finns görs hänvisningar under respektive rubrik. Fullständiga lagtextbeskrivningar finns i dokumentet Korsreferenslista för lagkrav kopplat till mallen för patientsäkerhetsberättelse.

Mallen utgår även från metodiken för systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

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

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

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

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

För mer information, se SKR: [Kunskapsstyrning hälso- och sjukvård: Patientsäkerhetsberättelse](#)

# 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 2024 etablerat ett mer sammanhållet patientsäkerhetsarbete. Ett patientsäkerhetsteam med chefläkare, verksamhetsutvecklare och administrativt stöd har bildats och kontakt med samtliga verksamheter inom förvaltningen har grundlagts. Ett flertal besök ute i verksamheterna och i ledningsgrupperna har genomförts.

Arbetet mot ett samlat ledningssystem har kommit längre, där en bättre kännedom om de olika verksamheternas arbetssätt har inhämtats och flera förvaltningsgemensamma rutiner har tagits fram. ADH:s ledningssystem är, tillsammans med Hallands sjukhus' ledningssystem, ISO-certifierat avseende kvalitet, arbetsmiljö och miljö.

### 1.1.1 Organisation och ansvar

#### Anvisning

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

**Beskriv** kort roller och ansvarsfördelning för planering, ledning och egenkontroll av patientsäkerhetsarbetet på olika nivåer. Här kan stödfunktioner som t ex chefläkare, Strama, smittskydd, vårdhygien, patientsäkerhet- och kvalitetsenhet, kliniskt träningscenter, patientnämnden ingå.

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 2024 i första hand skett inom ramen för den ordinarie uppföljningsprocessen, och inom ramen för verksamheternas egen uppföljning, vilken dokumenteras i Stratsys.

#### Stödfunktioner på förvaltningsnivå

Under 2024 har ADH haft en chefläkare med ansvar för det övergripande patientsäkerhetsarbetet. Tillsammans med en verksamhetsutvecklare och en administrativ assistent utgör de ett patientsäkerhetsteam inom ADH. Ett större säkerhetssamarbete har också etablerats med medicinskteknisk säkerhetssamordnare inom MTH (Medicinsk Teknik Halland) med ansvar för handläggning av avvikelser kopplade till medicinskteknisk utrustning, säkerhetspartners inom ADH som är ansvariga beträffande yttre säkerhet och HS informationssäkerhetsstrateg. Tillsammans bildar de ett kombinerat patient- och säkerhetsteam. Det finns 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, till exempel 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, dokumenteras och bearbetas i avvikelssystemet Platina. Denna utredning och uppföljning sker på respektive enhet. Åtterrapporering sker på olika sätt vid de olika enheterna. Arbete med att följa upp avvikelser på aggregerad nivå, på verksamhetsnivå, områdesnivå och förvaltningsnivå har påbörjats. Men ytterligare arbete med uppföljning och därefter åtgärder behöver göras. En struktur och ett årshjul för den aggregerade uppföljningen behövs.

Patientnämnden rapporterar ärenden till respektive verksamhet, som hanterar kontakten med patient/anhöriga och dokumenterar ärendet i Platina enligt en uppdaterad rutin. Patientnämnden återkopplar även med regelbundenhet till förvaltningschef och chefläkare ADH för en sammanställd bild.

### **ASH (Ambulans, sjukresor och 1177 Halland)**

ASH och 1177 har två medicinskt ledningsansvariga läkare (en ambulansöverläkare 50% och en medicinskt ledningsansvarig läkare för 1177 på 50%), 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. Det finns även arbetsgrupper till ex. läkemedelsgruppen och vårdriktlinjergruppen i vårt patientsäkerhetsarbete.

### **HFS (Hälsa och funktionsstöd)**

Verksamhetschefer, avdelningschefer, medicinskt ledningsansvariga läkare (MLA), varav 3 inom KHV/UM och en inom habiliteringen, verksamhetsutvecklare, samt avvikelseteam inom KHV/UM ansvarar övergripande för patientsäkerhetsarbetet inom HFS.

Verksamheternas medicinska styrande dokument återfinns i Omnia och uppdateras av MLA i nära samarbete med samordningsbarnmorska eller annan utsedd barnmorska (BM).

Inom habiliteringen arbetar främst paramedicinsk personal, men även läkare och dietister från Hallands Sjukhus och ett omfattande samarbete finns också med olika specialistvårdsenheter inom ortopedi, tandvård och neurologi inom och utanför Region Halland.

### **MD (Medicinsk diagnostik)**

De laboratoriemedicinska verksamheterna är ackrediterade av Swedac enligt standard ISO 15189:2022 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**

#### **Anvisning**

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

**Beskriv** hur och inom vilka processer och områden som samverkan identifierats och äger rum för att förebygga att patienter drabbas av en vårdskada, till exempel vårdens övergångar med överenskommelser mellan olika vårdenheter, medicintekniska enheter, mellan primärvård och sjukhus samt mellan region och kommun.

**Beskriv** även om det finns processer och områden där samverkan saknas.

På en förvaltningsövergripande nivå har under 2024 genomförts ett arbete med en gemensam rutin för hur man utreder vårdskador. Här har såväl chefläkare, som verksamhetsutvecklare från de fyra förvaltningarna i Region Halland deltagit. Rutinen genomgår en synpunktsrunda innan den ska publiceras, men det har under arbetets gång varit stort fokus på hur man i olika faser av utredningen kan och bör samarbeta över verksamhets- och förvaltningsgränser. Att Region Halland ansluter sig till NIHTA har också varit ett viktigt önskemål i detta arbete

Inom ADH har en rutin kring sammansättning av team för händelseanalys publicerats under 2024. Tanken är att i teamet ha med såväl mer erfarna händelseanalysledare, som någon ny med helt färsk kunskaper från en nationell utbildning om händelseanalys, utöver medarbetare med specifika kunskaper beträffande det aktuella analysområdet. Antalet påbörjade händelseanalyser inom ADH är lågt och rutinen har inte testats i någon större omfattning under 2024.

Chefläkaren har inbjudits till och deltar i ett nationellt nätverk för chefläkare med koppling till SOS alarm. Ett syfte med deltagande här är att främja samarbetet mellan SOS alarm och Region Halland.

#### **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.

Under 2024 har ny rutin för identifiering och förvarning till akuten vid vård av patienter med misstänkt sepsis utarbetats. Arbetet har skett tillsammans med akutkliniken. Vidare har rutinen för omhändertagande av barn med misstänkt stroke uppdaterats i samverkan med barn- och medicinkliniken.

Ny rutin har tagits fram tillsammans med akutkliniken för säker överlämning och rapportering av patient från ambulanssjukvården och akutmottagningen.

Ett nytt arbetssätt har initierats tillsammans med psykiatrin där ambulanspersonal och 1177 på telefon på ett mer aktivt sätt samverkan med akutpsykiatrin för att säkerställa korrekt bedömning och vårdnivå. Möjlighet finns också att erbjuda patienten videosamtal direkt med psykiatrin.

Samverkan har inletts med Närsjukvården Halland med syftet att optimera samarbete och patientomhändertagande gällande patienter som är i behov av transport från vårdcentral till sjukhus.

ASH är aktiva i regionens arbete med ”Processen för oplanerad vård” där vi tillsammans med regionens övriga vårdaktörer inom somatisk vård arbetar för optimerat patientomhändertagande med fokus på rätt vårdnivå för rätt patient.

Under 2024 har funktionen Inre sjukvårdsledning inrättats på larmcentralen. Funktionen arbetar tillsammans med SOS Alarm för att optimera nyttjandet av regionens prehospitla resurser och vård utifrån patientens behov.

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

Som en del i patientsäkerhetsarbetet arbetar 1177 på telefon med uppföljningssamtal. Detta innebär att telefonsjuksköterskan har möjlighet att ringa åter till patienten för att följa upp vårdbehovet. Det i sin tur kan ha stor betydelse för den enskilda personen som då inte känner att hen behöver söka akut.

### **HFS**

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.

**Hörselvård** samverkar med öron-näsa-halskliniken, habiliteringen samt kommunerna, framför allt skolor och kommunernas syn- och hörselinstruktörer.

**Syncentralen** samverkar med – ögonkliniken, habiliteringen samt kommunerna, framför allt skolor och kommunernas syn- och hörselinstruktörer.

Resurscentrum för kommunikation **Dako** –samverkar med habiliteringen och hjälpmedelscentrum.

Övergripande ingår även verksamheterna i det regiongemensamma arbetet med Patientkontrakt. Det finns fortsatta utmaningar i samverkan mellan region och de olika kommunerna. Det berör främst stöd i syn- och hörselrehabilitering för äldre och barns

hjälpmedel i skolan.

Kvinnohälsovården genomför ett utvecklingsarbete kring en sammanhållen vårdkedja för graviditetsprocessen tillsammans med Kvinnokliniken, Hallands sjukhus. Region Hallands sammanhållande graviditetsprocess presenterades på konferens ”Framtidens förlossningsvård” vilket vi är väldigt stolta över.

Samlad kompetens för förvård av gravida med diabetes har införts i Halland. Detta har tidigt visat goda resultat med minskat antal ”stora barn” (för stora för sin graviditetstid) som föds och därmed minskad risk för vårdskada. Tillgänglig och säkerställd digital patientinformation för hela vårdkedjan finns nu utgiven för gravida i Halland.

Processen för Livmoderhalscancerprevention i Halland hålls ihop av en gemensam styrgrupp med representanter från kvinnohälsovården, kvinnokliniken, mikrobiologen och patologen tillsammans med Cancercentrum väst och Västra götlandsregionen. Det är ett gemensamt arbete med införande av nytt nationellt vårdprogram i Halland med HPV som primär analys där den goda samverkan har och är av stor betydelse.

**Ungdomsmottagningen** har ett nära samarbete med Barn- och ungdomspsykiatrien ”En väg in”. Pågående uppdatering av vårdöverenskommelse.

Årlig medicinteknisk rond av MTH har utförts på samtliga enheter för att säkerställa den medicintekniska säkerheten.

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

Utprovningssprocessen i verksamheten styr och ansvarsfördelar insatserna vid en utprovning. Processen tydliggör ansvarsfördelningen i utprovningssprocessen samt är uppgiftsorienterad där förskrivare, brukare, konsulent, tekniker och eventuellt leverantör tydligt ser förväntningar och ansvarsfördelningen inför kommande utprovningstillfällen. Processen har uppdaterats under 2024. En tillämpning av samverkansavtal för gemensam nämnd för hemsjukvård och hjälpmedel (GNHH) fastställdes 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 infördes 2023 genom skapandet av ett hjälpmedelsråd, där HMC ihop med sina kunder dvs kommuner och deras förskrivare, träffas regelbundet. Ett förskrivarråd är nu också infört, där förskrivare från Hallands sjukhus, Vårdval Halland närsjukvård, Hallands kommuner och Rehabiliteringen representerar sina verksamheter och ansvarar för informationsdelning inom respektive organisation och första mötet hölls 2024-08-11. HMC avslutade journalföring i VAS och gick över till att endast använda Sesam från och med 2024-12-01.

HMC har skapat och publicerar snart ett årshjul för utbildningar till våra förskrivare i Halland inför 2025. Förskrivarutbildningarna är uppdaterade på kompetensportalen, nya utbildningar är skapade. 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.

Lokal samverkan mellan **Habiliteringen** och primärvården 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 vuxenpsykiatriens öppenvård om enskilda patienter, ansvarsfördelning och om samarbete.

Habiliteringens avdelningschefer deltar regelbundet på olika forum i samverkan med alla kommuner. Det är utmaningar med att kommunerna kan prioritera olika utifrån deras förutsättningar med resurser, hur de är organiserade, hur engagerade de är i frågan osv. Även en utmaning med privata alternativ som ibland inte har samma utbud med resurs i aktuell fråga el kan prioritera frågan som är aktuell.

Arbete pågår med regional process för omhändertagande av barn med traumatisk hjärnskada, vilket nu har lyfts till Regionala kunskapsstyrningen. Habiliteringen deltar i GAP-analys utifrån nationellt vårdförlopp som ska implementeras. Det har under året påbörjats en samverkan mellan Habilitering och Barnkliniken om hur övergång mellan slutenvård och öppenvård ska ske på bästa sätt i hela länet då man sett att det finns behov av förändringar i omhändertagandet kring barn som lämnar slutenvården. Samverkan gäller även ansvarsfördelning mellan Habilitering och Barnklinik.

Samverkan mellan Habiliteringen och de halländska kommunerna om hjälpmedel och utrustning för barn med särskilda behov i skolor fungerar.

## MD

**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 (patientnära analyser) organisation med avseende på kvalitetssäkring, utbildning, upphandling, stöd och digitalisering. Arbetet med att successivt införa en sådan organisation är påbörjat.

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 en samverkan inom ramen för 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.

Det pågår också en expansiv utveckling inom det precisionsdiagnostiska fältet och där samarbetar MD med GMC Syd och Väst samt vi har också påbörjat ett mer strukturerat samarbete internt i Region Halland kring den precisionsdiagnostiska verksamheten.

## Informationssäkerhet

Det övergripande ansvaret för informationssäkerhet ligger på en regional nivå och är kopplad till ITD. Formerna för samarbete med ITD är under utveckling. Hallands Sjukhus, MTH, har anställt en informationssäkerhetsstrateg, som även ingår i ADH säkerhetsgruppering kring säkerhet ur olika aspekter.

### 1.1.3 Strålskydd

#### Anvisning

*SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §*

En kort sammanfattning av strålskyddsbokslutet eller hänvisa till bokslutet i länk eller bilaga.

Bifogas via fysikerna

## 1.2 En god säkerhetskultur

#### Anvisning

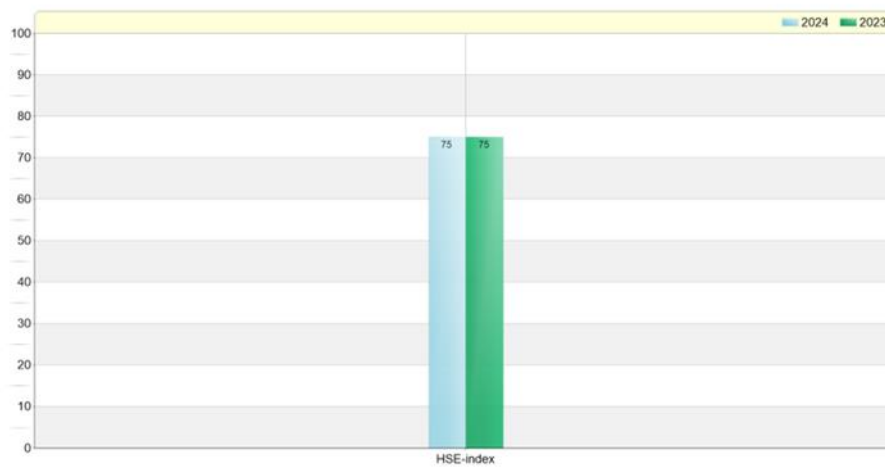
**Beskriv** hur ni arbetar för att säkerhetskulturen ska genomsyra alla delar av vården och främja en öppen kommunikation i det dagliga arbetet kring identifierade risker.

**Beskriv** även hur ni skapar tid för lärande och reflektion. Patientsäkerhet och arbetsmiljö hänger ihop och påverkar varandra, beskriv hur dessa aspekter beaktas och hur arbetet drivs.

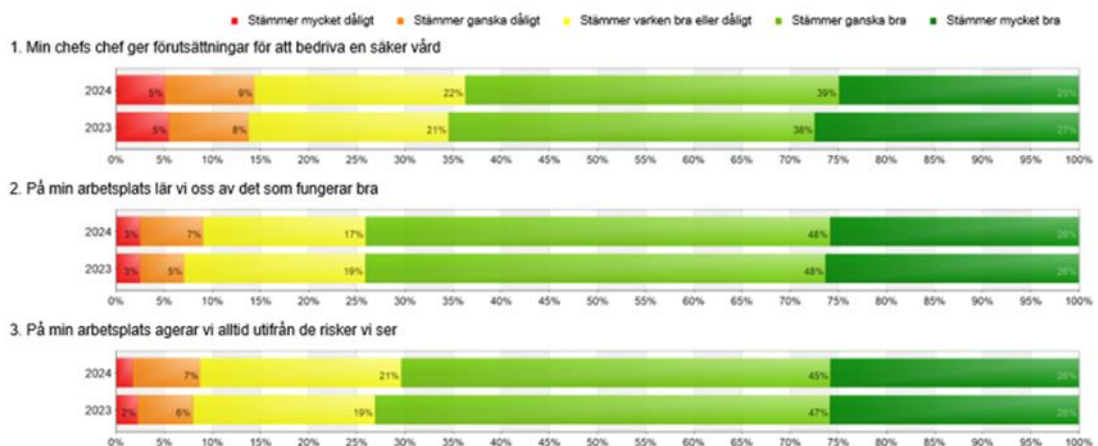
**Beskriv** gärna vilka verktyg ni använder för att följa upp och skapa dialog kring säkerhetskulturen som till exempel Säkerhetskulturtrappan från A till E och Hållbart Säkerhets Engagemang (HSE).

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

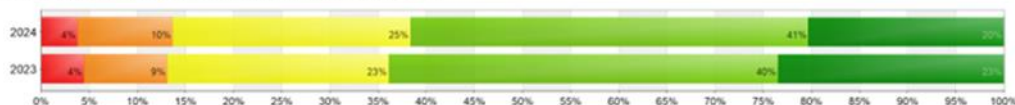
HSE mätning infördes i Region Halland i samband med MBU medarbetarundersökningen 2023. 2024 adderades ytterligare två frågor. Resultatet har återkopplats i form av ett HSE index och så kallade trafikljusdiagram. Utfallet för ADH var samstämmigt med Region Hallands resultat. Förändring från tidigare år är redovisat på områdes och förvaltningsnivå.



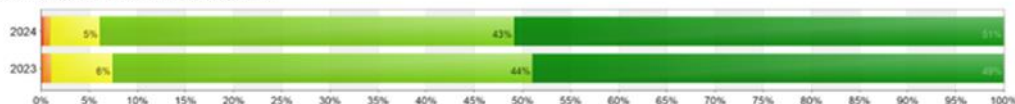
Vid genomgång av HSE resultatet i verksamheterna är frågorna ett bra underlag till dialog om vad en god patientsäkerhetskultur innebär och hur man kan jobba för att förbättra den.



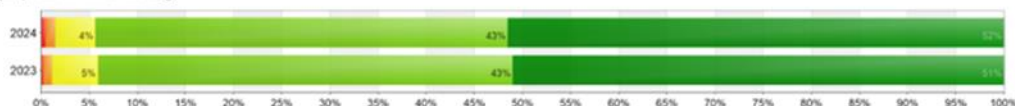
4. På min arbetsplats genomförs alltid förbättringar efter negativa händelser



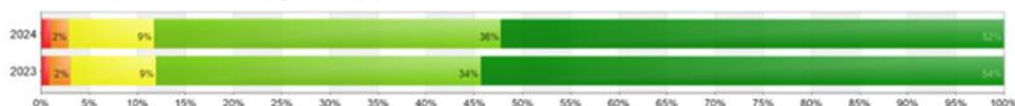
5. Jag påtalar när jag tror något är på väg att gå fel



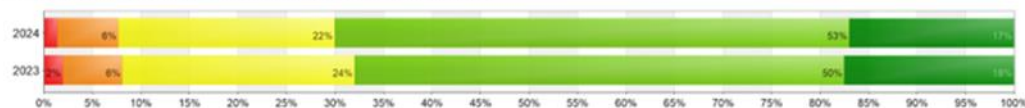
6. Jag vågar prata om mina misstag



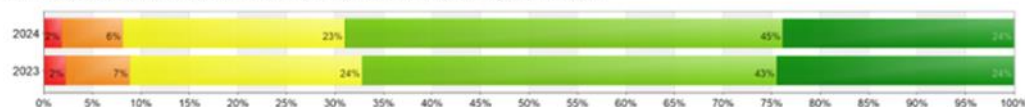
7. Jag blir alltid bra bemött på min arbetsplats när jag behöver hjälp



8. På min arbetsplats har vi ett väl fungerande samarbete med andra verksamheter



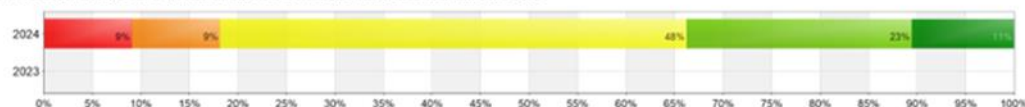
9. På min arbetsplats anpassar vi arbetet så att säkerheten bevaras när förutsättningarna förändras



10. Jag skulle känna mig trygg om en närstående vårdades på min arbetsplats



11. På min arbetsplats erbjuder vi patienter att vara delaktiga i vårt patientsäkerhetsarbete



Alla medarbetare uppmuntras att rapportera avvikelser - såväl tillbud, negativa händelser som identifierade risker - via vårt avvikelssystem Platina. Avvikelser bearbetas av avdelningschefer och i samarbete med särskilt utsedda medarbetare. 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.

I samband med extern revision i september fick ADH tillsammans med Hallands Sjukhus en

avvikelse kopplad till att bearbetning och uppföljning av avvikelser inte på ett optimalt sätt använder de förutsättningar som ges i Platina och därför inte ger full effekt i lärandet. "Hjulet" från rapporterad avvikelse, till grundlig orsaksanalys, följt av åtgärder och härefter i tillämpliga fall en uppföljning av åtgärdernas effekt, behöver nyttjas bättre. Denna avvikelse har lett till en rad förändringar i såväl användandet av Platina, som utbildningar kring avvikelshantering, uppdatering av rutiner kopplade till patientsäkerhet och en högre grad av medvetande kring denna process hos många chefer och andra medarbetare inom ADH.

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 arbetsmiljöromd och medarbetarundersökning, men även kopplat till uppföljningsprocessen.

### **ASH**

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

Avvikelser som inkommer på 1177 på telefon följs upp genom kontroll av journaler, avlyssning av samtal och ibland uppföljning genom MLA. Genom en gedigen bearbetning av avvikelsen kan medarbetare lära sig av den och 1177 på telefon kan fokusera på områden som behöver utvecklas.

### **HFS**

Inom habiliteringsverksamheten har verksamhetschef, avdelningscheferna samt verksamhetsutvecklare under 2024 gått utbildningen "Säkerhetsutbildning för chefer" via kompetensportalen där informationssäkerhet är en del i utbildningen. Detta har sedan följts upp tillsammans vid ledningsgruppsmöte. Alla medarbetare uppmuntras att gå de korta informationssäkerhetsutbildningar som skickats ut via mailen. I introduktionen ingår det att nya medarbetare samt studenter går utbildningen "Introduktion till informationssäkerhet" samt utbildning i journaldokumentation. Loggkontroller genomförs och analyseras enligt rutin, åtgärder genomförs vid avvikelse.

### **MD**

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. Avvikelser 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 sparad digitalt och lättillgängligt för all personal. Avvikelser blir då transparenta och alla kan se vilka åtgärder som är vidtagna.

### 1.3 Adekvat kunskap och kompetens

#### Anvisning

**Beskriv** hur yrkeskompetens och kunskap om patientsäkerhet säkerställs genom kompetensutveckling och fortbildning på alla nivåer.

**Beskriv** hur säker bemanning och schemaläggning tillämpas utifrån kunskap om medarbetarnas erfarenhet och kompetens.

**Beskriv** även hur ni arbetar för att skapa systemförståelse och kunskap om förbättrings- och implementeringsarbete.

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.

En större utbildningsinsats pågår där alla medarbetare inom ambulanssjukvården som ska genomgå de internationella konceptutbildningarna PHTLS och AMLS för att säkerställa ett säkert och effektivt arbete med patientbedömning och behandling.

ASH samtliga verksamheter utom 1177 på telefon använder verksamhetsanpassat individuellt schema (VIS) för att uppnå optimal balans mellan verksamhetens och medarbetarnas behov.

1177 på telefon, arbetar nu med att anpassa sjuksköterskornas schema efter när flest invånare i Halland ringer.

Sjukresor har utbildat sin personal i ökad kunskap för att kunna förstå ambulanssjukvårdens bedömningar hos patienten samt HLR.

#### HFS

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. Mentorer 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. Vid nyanställningar finns ett introduktionspaket för all Habiliteringspersonal samt yrkesspecifik introduktion som en mer erfaren kollega ansvarar för. Som ny medarbetare får man en mentor som stöd i det vardagliga arbetet.

Urokonsulenter har gått utbildning i juridik och teknik kring hjälpmedel. Tekniker har genomgått en uppdragsutbildning i rollen för hjälpmedelstekniker vid Karlstads Universitet 2024. Verksamhetsutvecklare har tillsammans med andra verksamhetsutvecklare inom ADH genomgått utbildning i händelseanalys (Karolinska Institutet).

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 specialisttjänstgöring 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. Alla team har handledning samt vissa av yrkesgrupper, kuratorer och psykologer, har regelbunden yrkeshandledning. Två gånger om året erbjuds yrkesträffar inom Habiliteringen där alla inom professionen i länet träffas för att dela erfarenheter och kunskaper.

## **MD**

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 öka kompetensförsörjningen av biomedicinska analytiker, röntgen-sjuksköterskor samt röntgenläkare med inriktning mammografi och nuklearmedicin.

## 1.4 Patienten som medskapare

### Anvisning

*PSL 2010:659 3 kap. 4 §*

**Beskriv** struktur och aktiviteter för hur patienter, brukare och närstående erbjuds möjlighet att medverka i patientsäkerhetsarbetet.

**Ge exempel** på hur patienterna görs delaktiga i den egna vården, hur patient och närståendes synpunkter och klagomål tas tillvara, hur patientmedverkan sker i utvecklingsarbeten för att stärka patientsäkerheten.

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 allvarligare händelser och händelseanalyser bjuds patient och närstående alltid in för att samverka i analysarbetet. Inom delar av förvaltningen finns även brukarrepresentanter som bjuds in. ADH driftsnämnd bjöd vid ett möte in patientnämnden och chefläkare, och då fokuserades på vikten av patienters och närståendes medverkan i planering inte bara på individuell nivå utan även på övergripande och politisk nivå, med exempel från Storbritannien.

Här finns stora möjligheter till förbättring - på de flesta nivåer.

### ASH

Under 2024 har det inkommit 6 patientklagomål genom patientnämnden. Likt föregående år identifieras två huvudsakliga klagomål: *bemötande* samt *bedömning/hänvisning*. Jämfört med 2023 har antalet patientklagomål minskat. Avseende bemötande har ASH nolltolerans mot oprofessionellt bemötande. Ambulanssjukvården och sjukresor strävar efter att patienter, anhöriga och personal ska känna trygghet och förtroende i mötet med ambulanspersonalen. Ärenden som rör klagomål på bemötande hanteras och följs upp av berörd medarbetares närmsta chef. Avseende patienthänvisningar såg vi under 2022/2023 ett större antal klagomål som kunde kopplas till ett nytt arbetssätt inom ambulanssjukvården där patienter i högre utsträckning hänvisas till egenvård, alternativ vårdnivå eller alternativt transportsätt. Att antalet patientklagomål har minskat tolkas vara ett resultat av att arbetssättet vid patienthänvisningar har utvecklats i en positiv riktning samt att arbetssättet har blivit mer känt hos invånarna.

1177 genomför årligen i regi av Inera en NKI, Nöjd kund Indexundersökning. Resultatet visar Mycket nöjd kund på allt utom tillgänglighet/svarstider. 1177 på telefon arbetar mot att ha en



svarsfrekvens på 85% inom 15 minuter. Vi arbetar kontinuerligt med att förse sjuksköterskorna med vad de behöver för att kunna uppnå just det målet

I och med att 1177 på telefon gick ur nationell samverkan under året så har hänvisningskatalogen behövt bearbetas. Ett gediget arbete med att kontakta de olika vårdnivåernas enheter påbörjades för att resultera i en mer homogen hänvisningskatalog där rätt vårdnivå vid rätt symptom lättare framkommer. Hänvisningskatalogen är ett levande dokument som förändras efter behov

## **HFS**

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 2024 har ingen händelseanalys varit aktuell.

Genom resultat från graviditetsenkäten och enkäter i digitalt föräldrastöd har patienter tagits med som medskapare. Digitalt föräldrastöd ges på tre olika språk, vilket ger ökad tillgänglighet och inkluderande för en jämlik vård. Pågående vidareutveckling och förbättring av graviditetsprocessen mellan Kvinnohälsovården och Kvinnokliniken i Region Halland. Att stärka vårdkedjan så att den blir mer sammanhållen, jämlik och personcentrerad. Målet är att öka blivande föräldrars delaktighet och trygghet under graviditet och förlossning och eftervård genom att tillhandahålla en kvalitetssäkrad och individsäkrad information.

Genom en utförd målgruppsanalys av unga har en tillgänglig och inkluderande information samlats i en plattform. Ungdomsmottagningen har infört chatt med unga som medskapare som betygsätter vars resultat följs upp med eventuella åtgärder så som att bemanna chatten utifrån ungdomars behov.

Rutin finns för hantering och återkoppling till patient eller närstående. Utefter det sker utredning och förbättringsarbete i dialog med medarbetare, medicinskt ledningsansvariga och chefer. Synpunkter och klagomål omhändertas och återkopplas oftast skriftligt till patient men erbjuds möte utifrån patientens önskemål och behov.

Dialog förs mellan chef och medarbetare eller i grupp och/eller mellan medicinskt ledningsansvarig enskilt eller i grupp.

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 patientens 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. Patienter och anhöriga deltar i utvärderingar av gruppinsatser för att utveckla vården och säkerställa delaktighet. En nationell patientenkät skickas ut där patienter eller vårdnadshavare får svara om hur nöjda de är med habiliteringens insatser, de kan även skriva fritextsvar under vissa frågor som sedan lyfts ledningsgruppen för att hantera dessa åsikter som en del i det ständiga förbättringsarbetet.

Anhöriga har erbjudits att delta i studie under specialistpsykologutbildning, dessa resultat har presenterats för alla medarbetare på Habiliteringen under en gemensam dag.

## **MD**

Då patientklagomål/synpunkter kommer in via Patientnämnden eller via 1177 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

### Anvisning

*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.

**Beskriv** strategier, mål och koppla till vilken egenkontroll för ökad patientsäkerhet som genomförts under året.

Utifrån hur ni har agerat för säker vård inom de fem nationella fokusområdena: utvärdera planerade och genomförda åtgärder och uppföljningen av dess effekter, samt beskriv planering framåt utifrån resultaten.

Ett fortlöpande förbättringsarbete, som bygger på lärande och utveckling, till exempel en förbättringsmodell, är en viktig grund för ett framgångsrikt patientsäkerhetsarbete. Under rubriken Agera för säker vård kan arbetsprocessen för ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete användas genom att följa nedanstående fyra steg:

#### 1. Identifiering

- **Beskriv** resultatet inom de områden som identifierats och följs (visa gärna diagram).
- **Beskriv** omfattning och frekvens (till exempel vårdrelaterade infektioner (VRI) följs en gång per år via punktprevalensmätning (PPM), en gång per månad via Infektionsverket och två gånger per år via Markörbaserad journalgranskning)

#### 2. Analys

- **Beskriv** analys av och/eller resonemang kring resultat inom området, till exempel orsaker till förändring i resultatet eller koppling till patientsäkerhetsrisker.

#### 3. Åtgärder

- **Beskriv** åtgärder med koppling till identifierat område. Åtgärder kan både vara i form av aktiviteter eller förändringar i struktur eller organisation.

#### 4. Uppföljning av åtgärd

- **Beskriv** hur ni följt upp och återkopplat vidtagna åtgärder inom identifierat område.
- **Beskriv** hur kunskap och lärande har spridits till verksamheter och/eller ledning.

Uppföljning och återkoppling kan till exempel göras via arbetsplatsträffar, patientsäkerhetsdialoger.

## 2.1 Öka kunskap om inträffade vårdskador

### Anvisning

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

### Har vården varit säker

**Beskriv** hur händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada utreds och följs upp.

Det ska framgå hur många händelser som har utretts och hur många vårdskador som har bedömts som allvarliga.

**Gör en samlad analys** utifrån utredning av händelser, vårdskador och allvarliga vårdskador, till exempel upptäcks vårdskador i rimlig tid?

**Beskriv** identifierade riskområden som är relevanta inom er organisation och hur ni arbetar med att förbättra dem till exempel vårdskador, vårdrelaterade infektioner (VRI), trycksår.

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 avvikelser 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.

En satsning på händelseanalysarbetet har skett under 2024. Dels genom att fler medarbetare har gått en formell utbildning, men också genom ett förvaltningsövergripande samarbete och en ny rutin kring beslutsprocessen inom ADH att inleda händelseanalyser. Målet med den förvaltningsinterna rutinen är att genom att sätta samman team med optimal kompetens, med såväl erfarna analysledare, nyss utbildade analysledare och medarbetare med kunskaper inom det aktuella området som analysen avser, kunna såväl undvika fördröjning i analysarbetet och som att återkoppla och dra lärdom på bästa möjliga sätt.

### ASH

Under året har medarbetare inom ASH varit delaktiga i publiceringen av vetenskaplig artikel kring markörbaserad journalgranskning.

Patienter med psykiatriska besvär som vårdats av ambulanspersonalen följs upp kontinuerligt genom systematisk journalgranskning för att säkerställa ett säkert och korrekt omhändertagande. Detta är en del av uppföljningen av det nya samarbetet med akutspsykiatrien.

Två ärenden har under 2024 tillsammans med Hallands sjukhus varit föremål för

händelseanalys och anmälan enligt Lex Maria, ett fall med hotad luftväg och ett med fördröjt omhändertagande vid hjärtinfakt.

## HFS

Dialog och samverkan mellan verksamheter är avgörande i patientsäkerhetsarbetet. Avstämningsmöten som sker mellan verksamheter (internt/externt) ger 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, men har ej varit aktuellt under året.

Loggkontroller görs i samtliga verksamheter enligt Region Hallands ledningssystem.

Riskanalyser har gjorts angående lokaler, verksamhetsförändring och vårdförlopp.

## MD

Under 2024 har 2 avvikelser inom Medicinsk diagnostik, en från Klinisk patologi och cytologi (akralt melanom på finger) tillsammans med Hudkliniken HS och en från Röntgen (felaktig PEG-läge) efter händelseanalyser anmäls enligt Lex Maria. Därutöver har röntgenkliniken ansvarat för ytterligare en händelseanalys angående kvarlämnad metall och efterföljande MR-undersökning, men där Lex Maria anmälan inte var aktuell.

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

### Anvisning

#### Hur tillförlitliga är arbetsprocesser och system

**Beskriv** identifierade områden som är relevanta inom er organisation och hur ni arbetar för att förbättra dem, till exempel basala hygienrutiner och klädregler (BHK), läkemedelsgenomgångar hos äldre, suicidriskbedömningar, antibiotikaanvändning med flera.

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.

Inför och efter genomförd extern revision 2024 har fokus satts på såväl det system – Platina- som vi använder för avvikelser inom patientsäkerhet och övriga delar av verksamheten som hur vi använder det. Förbättringar av teknisk karaktär för att bättre stödja ett systematiskt avvikelshanteringsarbete har genomförts. Detta innebär såväl att vissa delar har blivit obligatoriska att använda, att nya textfält har skapats och att överföring från dessa till en samlad del “anteckningar” har införts. Rapport – analys - åtgärd - uppföljning - återföring är samtliga viktiga delar i arbetet.

### **ASH**

Sedan 2022 pågår 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 bland annat 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 framtagen evidensbaserad samtalsprocess.

ASH är från hösten 2024 tilläggs-certifierade i Miljö, kvalité och arbetsmiljö.

### **HFS**

Genom lyckad rekrytering med bibehållande av barnmorskor inom verksamheterna har arbetsmiljön främjats och därmed säkerställt patientsäkerheten. Uppgiftsväxling har införts inom verksamheterna.

Inom Ungdomsmottagningen finns det nu två anställda undersköterskor som ersätter tidigare uppgifter som barnmorskor gjort så som medverkan vid läkarbesök, förrådsbeställningar med mera. Har stärkt mottagningarna positivt.

### **MD**

Ackrediteringsarbete med revision av Swedac sker inom de tre laborativverksamheterna. Riskanalyser 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

### Anvisning

#### Är vården säker idag

**Beskriv** identifierade områden som är relevanta inom er organisation till exempel vårdprevention, utlokaliserade patienter, överbeläggningar, leveransproblem av produkter och läkemedel, inhyrd personal med flera.

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.

Inom ADH är det vårdövergångar och missad / missförstådd rapportering som är ett av de viktigaste identifierade områdena. Till exempel ambulans som hämtar eller inte hämtar patienter på Säbo eller eget boende och lämnar patienter på akutmottagning. Olika prioriteringsverktyg inom SOS alarm – ASH – akutmottagningar. Dessutom finns inom röntgen ett identifierat behov av att samordna, uppdatera och dokumentera rutiner och riktlinjer för vård och utredning inom och mellan de olika utbudspunkterna.

#### 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. Tillsammans med akutkliniken har en ny rutin tagits fram gällande processen vid överlämning och rapportering mellan ambulanssjukvård och akutmottagningen.

#### HFS

När gäller lokaler finns på vissa orter provisoriska lösningar, som ej är hållbara på lång sikt. Arbete med regionens lokalförsörjningsplan pågår,

Digital teknik är fortsatt utmanande för patienter. Brukarorganisationerna efterfrågar mer stöd i hantering av digital teknik.

#### MD

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

### Anvisning

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

Beskriv **hur** ni hanterar risker för vårdskador.

Gör en samlad analys av riskhantering samt beskriv några viktiga lärdomar. Exempel på riskhantering: Riskanalys, Gröna korset, FRAM (Functional Resonans Analysis Method) samt inrapporterade risker i avvikelshanteringssystemet.

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, men också i flödet av information kring nya förutsättningar såväl inom vården som i samhället. 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.

Inom 1177, alla avvikelser hanteras av avdelningschef och avvikelshanterare, detta sker kontinuerligt när avvikelserna inkommer. Vid risk för vårdskada informeras MLA för vidare granskning av journal och samtal. Kontakt tas också med patienten vid behov. Avvikelserna tas också upp i arbetsgruppen för diskussion.

### HFS

Obligatorisk digital förskrivarutbildning, som ges av Socialstyrelsen, genomförs av medarbetare som förskriver hjälpmedel. I samband med förskrivning görs en riskbedömning. Vid identifierad risk för eventuell vårdskada används avvikelssystemet. Vid förändringar av rutiner och arbetssätt görs risk- och konsekvensanalys. Risk och konsekvensanalys har upprättats gällande "Införande av chatt" inom Ungdomsmottagningen. Identifierade brister har åtgärdats med en metodbeskrivning "Handbok vid chatt" som har publicerats som styrande dokument. En utvecklingsgrupp inom Kvinnohälsovård och Kvinnokliniken arbetar för att tydliggöra och säkerställa vårdkedjan graviditet och förlossning utefter nya nationella riktlinjer och kunskapsstöd som finns kring ökade risker under graviditet. Gravida har i högre grad än tidigare med sig psykisk ohälsa in i graviditeten, har högre BMI och sjukdomar som i sig ökar risker för mor och barn.

### MD

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



## 2.4 Stärka analys, lärande och utveckling

### Anvisning

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

**Beskriv** identifierade områden som är relevanta inom er organisation till exempel lex Maria, lex Sara, journalgranskning och nationella register.

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.

Som ett led i detta arbete har en fortlöpande utveckling av Platina skett för att underlätta hela cirkeln analys - åtgärd - uppföljning - lärande - utveckling. Efter en större avvikelse i extern revision i september 2024 har detta arbete intensifierats. Att medarbetarna även känner till alla relevanta delar i Platina-systemet är väsentligt för ett fungerande process-arbete. För att alla berörda medarbetare ska kunna få denna kunskap är grundläggande utbildningar publicerade på kompetensportalen och ytterligare utbildningsmaterial förbereds för kommande utbildningar.

Ett regionalt samarbete kring en ny rutin för utredning av allvarliga vårdskador har genomförts under året. Samarbete och dialog kring förvaltningsgemensamma Lex Maria anmälningar sker fortlöpande. Vi har även dialog kring, men ännu inget beslut om, hur vi skulle kunna dela och göra mer lättillgängliga regionens Lex Maria ärenden och erfarenheterna från dem, inom Region Halland. NIHTA kunskapsbank är tillgänglig även för icke "medlemmar"

Nationella register – fokus på möjlighet att automatisera eller på annat sätt underlätta registrering i NKR. Återföring av resultat för lärande? Ett förbättringsområde?

### 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 bättre följsamhet till rutiner och beslutsstöd hade kunnat minska risk för vårdskada, därav riktas utbildningsinsatser mot följsamhet till beslutsstöd och rutiner.

1177 på telefon, arbetar med kontinuerlig uppföljning med egenkontroll av samtal och med samtalshandledning för samtliga sjuksköterskor minst två tillfällen per år. Metodiken är kopplad till en av INERA framtagna evidensbaserad samtalsprocess. Under 2024 har också möjligheten att granska journaler i VAS tillkommit för att ytterligare kunna kvalitetssäkra rådgivningen på telefon. De granskade samtalen visar att telefonsjuksköterskan har gjort rätt bedömning och hänvisat till rätt vårdnivå.

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 aktuella patienter har initierats av ambulansöverläkare i samverkan med berörda vårdaktörer. Totalt rör det sig om 21 patienter för ambulanssjukvården under 2023 som följs upp även under 2024. Uppföljning av dessa patienter visar goda resultat med minskat antal samtal till SOS, ett minskat antal ambulansuppdrag och en bättre vård för patienterna.

## HFS

Syn- och hörselverksamheterna deltar i nationella kvalitetsregister. Graviditetsregistret finns inom Kvinnohälsovården. Genom återkoppling av årsrapporter och med hjälp av information från dash-boards kan lärdomar dras och utveckling ske.

Verksamheten genomför informationsinsatser om patientsäkerhet på respektive APT med rapporter ur avvikelse-systemet Platina. Avvikelse och risker följs upp på APT eller på medicinska ronder eller medicinsk handledning. Avvikelsesamordnare sammanställer och lämnar en samlad rapport med analyser 3 ggr/år.

Ett exempel är rutinen Preeklampsi och hypertoni under graviditet och förlossning, som efter en avvikelse reviderats och förtydligats, vilket sedan informerats om på medicinsk rond.

Hörselvården har under året implementerat nationellt vårdförlopp för grav hörselnedsättning hos vuxna samt hörselnedsättning hos barn.

## MD

De nationella kvalitetsregister som Medicinsk diagnostik rapporterar till är BIS (Blodövervakning i Sverige), Basalcellscancer, Cancerregistret, Nationella processregistret för cervixcancerprevention, INCA register samt SRIR (Svenskt Register för Interventionell Radiologi). Arbete pågår med att ansluta till mammografiregistret där röntgenverksamheten är redo att ansluta men där det tar tid att få ansluta. Genom återkoppling från årsrapporter och med hjälp av information från dash-boards kan lärdomar dras och utveckling ske. 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 Avvikelse

#### Anvisning

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

**Beskriv** hur verksamheten arbetar för att personalen rapporterar risker för vårdskador samt händelser som har eller hade kunnat medföra en vårdskada.

**Beskriv** om samlade analyser av avvikelser utförts samt några viktiga lärdomar som har spridits.

**Beskriv** gärna i en tabell med antal och typ av avvikelser samt exempel på genomförda förbättringar som haft effekt.

All personal uppmuntras att rapportera avvikelser, vilket sker 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. Även processen att bearbeta en avvikelse sker i Platina. Här har införts att fler steg i detta arbete är obligatoriska att dokumentera, såsom orsak, åtgärd och uppföljning. Det innebär att underlaget för den rapportering som kan hämtas ur systemet blir mer fullständigt, tillförlitligt och relevant att analysera. ADH har även deltagit i ett regionövergripande arbete med att presentera data/rapporter från Platina i Power BI med syftet att leda till förbättrade uppföljningsmöjligheter och en tydligare visualisering av data. De två indikatorer vi valde att följa under 2024 har dock utfallit tveksamt Avvikelser där orsaken är kopplad till avsteg från eller avsaknad av rutiner har inte gått att följa alls, då den önskade Power BI-rapporten inte blev klar i tid och antal avvikelser med höga risktal 6 har varit så få att det inte gått att se någon trend eller utveckling. Under 2025 kommer därför nya indikatorer att följas inom ADH. 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 2024 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. Avvikelserrådet har bistått med utvecklingsmaterial utifrån inkomna avvikelser i följande områden redan från 2023:

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

Bemötande

Hot och våld

År 2022 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.

### **Sammanställning av avvikelser 2024-01-01 – 2024-12-01**

Hanterade avvikelser (n=550)

Upprättade avvikelser inom egen organisation (n=415) med fördelning Ambulanssjukvården Halmstad Väster (n=48), Ambulanssjukvården Halmstad Öster (n=66), Ambulanssjukvården Falkenberg (n=42), Ambulanssjukvården Varberg (n=57), Ambulanssjukvården Kungsbacka (n=57), Ambulanssjukvården Stab (n=46), Sjukresor Halland (n=44), 1177 på telefon Halland (n=55). Avvikelser inom egen organisation omfattar även registrerade avvikelser från icke Platinaanvändare (exempelvis Kommun, Polis/RLC, SOS etc.)

Mottagna avvikelser från annan organisation (n=135) med fördelning Hallands sjukhus (n=103, varav akutkliniken HS n=74), Psykiatri Halland (n=6), Närsjukvården Halland (n=12), Vårdval Halland Privata Vårdenheter (n=3), Regionservice (n=2), Medicinsk diagnostik Halland (n=2), Hälsa och funktionsstöd (n=1), Lednings- och verksamhetsstöd

(n=1), Övriga externa resurser/Tjänstelegitimation (n=5)

## Trender

*Avvikelse från akutkliniken HS* (n=74), varav Patienthandläggning (n=35), Tillgänglighet/väntetid för liggande eller sittande sjukresa (n=22). Följsamhet till riktlinjer/rutiner. Triagering/ behandling av patient. Överlämning av patient. Lång väntetid/bristande tillgänglighet på liggande sjukresor rapporteras mest frekvent nattetid. Avvikelse hanteras löpande samt kvartalsvis vid samverkansmöten.

*Dirigering/Prioritering (SOS Alarm)* (n=55). Rapporterade avvikelser/brister avseende prioritering av patientärende eller dirigering av ambulanssjukvårdens resurser från SOS Alarm. Utredning av ärenden sker i samverkan med SOS Alarms avvikelsehanterare. Avvikelse hanteras löpande samt kvartalsvis vid samverkansmöten. Identifierade brister/förbättringsområden har använts som underlag för utformning av funktionen inre sjukvårdsledning.

*Teknik* (n=31), varav Paratus/Kartstöd/Journalsystem (n=16), Corpuls/Patientövervakning/EKG (n=15). Corpuls har under en längre tid haft anslutningsproblem till nätverket vilket i vissa situationer har inneburit att EKG inte har kunnat överföras till Tracemaster. Reservrutin för hantering av dessa situationer har upprättats. De brister som har identifierats är under pågående åtgärd av MTH. Brister har löpande identifierats i Paratus navigationssystem. Identifierade brister rapporteras till *leverantör* för åtgärd genom teknikansvarig verksamhetsutvecklare inom ASH.

*Läkemedel* (n=25) varav Läkemedelsförväxling (n=2), Brist av narkotiskt preparat vid kontrollräkning (n=7), Läkemedelsampull/kapsel trasig i behandlingsväska (n=7), Behandlingsanvisning (n=1), Rutin/Revision (n=9). Det har under 2024 rapporterats två fall av läkemedelsförväxling. Ingen av händelserna ledde till patientskada. Inga strukturella/systematiska brister har kunnat identifierats. I båda fallen är bedömningen att bakomliggande orsak var mänsklig faktor. Åtgärd genom kunskapsspridning till medarbetare och genomgång av rutin för handhavande av läkemedel. Det har rapporterats avvikelser vid kontrollräkning av narkotiska preparat. Vid extern och intern revision rapporteras brister i narkotikahandtering, bland annat avseende kontrasignering och signering vid kassation. Åtgärd har vidtagits genom bland annat skärpta kontroller och är under pågående uppföljning. Avvikelse där läkemedelsampuller/kapslar har krossats i behandlingsväska ät under pågående utredning av läkemedels- och utrustningsansvariga.

*Samverkan med kommun* (n=21) varav Halmstad (n=6), Laholm (n=1), Hyltebruk (n=2), Falkenberg (n=5), Varberg (n=1), Kungsbacka (n=6). Vårdansvar och organisation. Behandling och omvårdnad. Säkra patientöverlämningar i vårdkedjan. Förbättringsarbete pågår för att stärka samverkan mellan ambulanssjukvården och kommunen genom lokal samverkan. Avvikelserådet samverkar centralt med respektive MAS. Identifierade brister/förbättringsområden har använts som underlag för utformning av funktionen inre sjukvårdsledning.

*Samverkan med iDoc* (n=19) under perioden 2024-01-01 – 2024-09-14. Region Halland säger upp avtalet med iDoc och ersätts från och med 2024-10-01 med Hallandsjouren. Det finns sedan övergången inga registrerade avvikelser avseende Hallandsjouren.

*Samverkan med RLC* (n=17). Vårdansvar och organisation vid hantering av hot om

suicid/vårdintyg. Samverkan vid hot och våldssituationer. Avvikelserådet har kvartalsvis samverkansmöten med RLC i syfte att stärka samverkan. Identifierade brister/förbättringsområden har använts som underlag för utformning av funktionen inre sjukvårdsledning.

*Bårssystem Sjukresor Halland (n=4).* Pågående utredning av Sjukresor Hallands bårssystem där flera incidenter rapporteras under 2023 och 2024. Utredningen sker gemensamt med MTH. Man har anmält till läkemedelsverket gällande bårarna på Sjukresor och ny upphandling är på gång.

## **HFS**

Avvikelse rapporteras i avvikelssystemet, som hanteras av respektive avdelningschef tillsammans med ansvarig läkare vid behov. Verksamhetschef ansvarar för avvikelser på övergripande nivå. Återkoppling sker till rapportör och sammanställning görs kvartalsvis av utsedd ansvarig sekreterare. Avslutade avvikelser lyfts upp på APT för lärande. Vissa avvikelser under året har lett till att mindre arbetsgrupper startats för att göra större förändringar som berör alla utifrån vad som framkommit i avvikelsen. Exempel på detta är kring hjälpmedel ihop med HMC. Flertalet avvikelser rör barn som hamnar ”mellan stolarna” på Habilitering och logopedmottagning sedan logopedmottagning ändrat sina rutiner gällande barn med diagnos och Habiliteringen därför inte kan remittera barn dit längre vilket medför att vissa barn riskerar att inte få den vård de är i behov av. Det pågår samverkan på verksamhetschefsnivå för att hantera denna fråga.

## **Kommunikation**

Kommunikation har under 2024 haft 127 avvikelser i Platina

## **Habiliteringen**

Habiliteringen har haft 82 avvikelser i Platina

## **HMC**

Hjälpmedelscentrum (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 webb SESAM. 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 framtagen rutin.

Varje månad får ledningsgruppen en sammanställning över inkommande avvikelser och avvikelser lyfts även i arbetsgrupperna för att ta lärdom av dem.

2 avvikelser har resulterat i anmälan till Läkemedelsverket

Totalt 160 avvikelser 1 januari-30 november 2024, 107 Sesam och 53 Platina.

## **Kvinnohälsovården**

Under 2024 har KHV haft 142 avvikelser i Platina och UM 27

## MD

Varje avdelning följer upp sina avvikelser. Därefter aggregeras avvikelser på klinisknivå 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

#### Anvisning

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

**Beskriv** hur klagomål och synpunkter som kommer till verksamheten, via patientnämnden och Inspektionen för vård och omsorg, sammanställs och analyseras.

**Beskriv** era samlade analyser av klagomål och synpunkter samt några exempel på åtgärder som vidtagits och lärdomar som har spridits.

**Beskriv** gärna i en tabell med antal och typ av 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 Platina. Respektive verksamhet hanterar inkommande klagomål och synpunkter enligt rutiner, oftast genom skriftlig eller muntlig kontakt med avsändaren, som kan vara patient, anhörig eller annan vårdgivare eller myndighet. Dessutom används dessa ärenden i lärande syfte.

Under 2024 har det inkommit två klagomål via IVO och ca 50 patientnämndsärenden riktade mot verksamheterna inom ADH

#### 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 2024	Förbättringsförslag
Bemötande, synpunkter på bedömning/hänvisning.	6	Säkerställa att bemötande till patient blir mer optimal.

Klagomål och synpunkter	Antal 2024	Förbättringsförslag
		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.

2024 inkom det 6 patientklagomål via patientnämnden. De två huvudsakliga klagomålen som har identifierats rör bemötande samt bedömning/hänvisning.

## HFS

Skriftligt svar skickas alltid till patienten, vanligtvis via brev eller digitalt. Inkommer synpunkt/klagomål via Patientnämnden skickas en kopia dit.

Ärende som tagits upp i arbetsgrupperna eller enskilt har handlat om missnöje kring upplevelser av bemötande och bristande kommunikation vid oro och besvär.

Från IVO har det inkommit en begäran om journalförstöring.

Under 2024 har det inkommit ett patientklagomål via IVO som handlade om missnöje med för lite logopedinsatser samt 5 patientnämndsärenden som berör klagomål på vården. Patient eller vårdnadshavare till patient är kontaktad i alla dessa ärenden. Patienternas synpunkter är viktiga för verksamhetens lärande, även om de inte alltid stämt överens med verksamhetens syn på vad som hänt.

## MD

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 har inga patientklagomål inkommit under 2024. Klinisk Patologi och Cytologi har tagit emot ett patientnämndsärende och till Klinisk kemi och transfusionsmedicin har det inkommit 4 st patientnämndsärenden under 2024. På Röntgen har flera patientnämndsärenden inkommit under 2024. 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. I något fall har det resulterat i att vi haft en utbildningsföreläsning om bemötande av människor i kris

## 2.5 Öka riskmedvetenhet och beredskap

### Anvisning

#### Kommer ni att arbeta patientsäkert i framtiden

**Beskriv** hur detta kan ske genom exempelvis träning, simulering och kompetensutveckling.

**Beskriv** identifierade områden som är relevanta inom er organisation till exempel

kompetensutveckling, riskfylld läkedsbehandling, patientkontrakt.

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.

ASH har ett väletablerat och välfungerande arbetssätt kring hantering och utredning av avvikelser. Under 2024 har också insatser gjorts för att sprida kunskap i verksamheten kring arbetet med och slutsatserna från inkomna avvikelser.

### **HFS**

Vi arbetar för att säkerställa att barnmorskor med ”specialistkompetens” finns inom verksamheten, t ex ultraljudsbarnmorskor, barnmorskor med diabetiskompetens. Vi arbetar också för att upprätthålla kompetens för att identifiera risker, genom utbildningsinsatser, medicinska ronder och genom att följa nationella vårdprogram.

I inventering av kompetensläget har vi tagit med oss behovsbilden i pågående rekryteringar och samt i utbildningsplanering

Regelbunden genomgång av HLR och journalgranskning borgar för att minska riskområden. 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.

### **MD**

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 och nuklearmedicin 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

#### Anvisning

Utifrån analys av året som gått – reflektera över kommande utmaningar. Ange mål, strategier, planerade åtgärder och aktiviteter samt vilken egenkontroll som behövs inom respektive fokusområden för att nå en säkrare vård.

Ambulans, diagnostik och hälsas områden/verksamheter har sedan några år arbetat med SKRs Verktyg för stärkt patientsäkerhetsarbete. Målet är 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. I Region Halland finns nu **ett digitalt utbildningsprogram** för såväl medarbetare som chefer och där kommer ADH att efterfråga att alla medarbetare ges möjlighet att gå denna utbildning. Arbetet med att **identifiera mål och indikatorer** kopplat till patientsäkerhet påbörjades 2024 men utföll inte optimalt, då såväl antal som andel avvikelser med höga risktal (6) är så lågt att det är svårt att se trender. Indikatorn andel avvikelser med orsak avsteg från/avsaknad av riktlinjer/rutiner/procedurer, hade behövt en hjälpande Power BI-rapport, som aldrig blev helt klar.) Vi kommer därför att ersätta dem med nya indikatorer. I samarbete med patientnämnden tas fram hur stor andel av deras ärenden som besvaras inom 4 veckor. Ny indikator blir antal avvikelser där man planerar uppföljning av föreslagna åtgärder. Dessutom följs antal Lex Maria-ärenden på årsbasis. Avvikelser med riskvärdering som resulterar i RÖD markering mäts 3 ggr/år. **Patientsäkerhet nu är en fast punkt i LG ADH** mötesagenda och målet är att utveckla detta arbetssätt. Att få med patienter i patientsäkerhetsarbetet även i ledningsgrupper på olika nivåer är en vision i tiden, där kunskapsstyrningen har sammanställt en vägledning och stödmaterial för denna typ av arbete. ADH verksamhetsplan för 2025 innehåller som övergripande och första princip att grunduppdraget ska genomföras med hög patientsäkerhet. Det finns även ett uttalat önskemål att förvaltningens läkare ska ges tillfälle att regelbundet “nätverka” och samarbeta kring patientsäkerhetsfrågor.

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 försvårande för 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 två specifika verksamhetsutvecklare till fastighetsprocessen för att underlätta så mycket som möjligt för regionfastigheter.

En annan stor utmaning under 2025 är införandet av ett **nytt vårddokumentationssystem Cosmic**, där förberedelserna pågår sedan några år och accelererar inför planerat “go-live” datum i mars 2025. 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. Erfarenheter från de regioner inom SUSSA-samarbetet, som redan gått över till Cosmic och

andra vårdregioner som planerar andra vårddokumentationssystem är viktiga att ta till sig. Ett väl fungerande införandeteam inom ADH ger oss en förutsättning för att vårt införande kommer att ske patientsäkert.

## **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 kompetensnivå.

Uppföljning av riktade utbildningsinsatser

Inera har utvecklat ett nytt beslutsstöd (RGS) på 1177 på telefon. Nya RGS infördes i september 2024. Samtalsprocessen och patient ligger i fokus för att kunna bedöma och hänvisa patienten till rätt vårdnivå. En utvecklad dokumentationskedja skapar mindre risker för misstag.

Planera, utveckla patientnära analys.

## **HFS**

Ledningen ska ha ett fortsatt stort engagemang i patientsäkerhetsfrågor och arbeta på ett systematiskt och strukturerat sätt med avvikelshantering. Ett mål är att under kommande år utveckla former och forum för återkoppling av uppföljningsresultat till medarbetare. Nya samarbeten och dialog i förvaltningen runt patientsäkerhetsarbetet kommer skapa ökad kunskap.

Vi vill säkerställa att verksamheten tillhandahåller specialistkompetens för rådgivning vid förskrivning av hjälpmedel, för underhåll av och för specialanpassning av hjälpmedel, samt att förskrivare får likvärdig tillgång till stöd och utbildning inom hjälpmedelsområdet för att på bästa sätt kunna uppfylla prioriteringsprinciperna i hälso- och sjukvårdslagen. Vi fortsätter också 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. Dessutom kommer vi följa utvecklingen av välfärdsteknik och egenmonitorering, för en framtida försörjningen till hallänningen av denna typ av produkter.

En kartläggning av bas- och specialistvård inom graviditetsvården ska fortsätta, vilket ska tydliggöra och säkerställa vårdkedjan för en jämlik vård, samt ett vårdutbud utifrån patientens perspektiv. Tillgänglig, evidensbaserad och inkluderande information har skapats och är under utveckling för ökad patientsäkerhet inom KHV och UM. Vid införandet av självprovtagning HPV är det en utmaning att bibehålla den goda täckningsgraden inom cervixcancerprevention. Vid införandet av Cosmic är det en utmaning med stor påverkan i verksamheterna och risk för sämre tillgänglighet under första halvan av 2024. Därefter påbörjar arbetet med införandet av Birth inom graviditetsvården, vilket blir en fortsatt utmaning av tillgängligheten.

Verksamheterna ska medverka aktivt i kvalitetsregister, nationella vårdprocesser och verka för följsamhet till nationella vårdförlopp och styrande dokument. Via uppföljning i Stratsys noteras om signering av journaldokumentation sker inom den tid som regelverket anger.

Risk- och konsekvensanalyser görs vid förändrade rutiner och arbetssätt.

Det finns utmaningar inom områdena lokalfrågor och kompetensförsörjning och detta lyfts i planeringsanalyser. Andra utmaningar är tillgänglighet till vård, nybesök, men även återbesök till läkare inom måldatum.

Vi kommer att jobba för patientnöjdhet, vuxenhabiliteringens basprogram för vuxna med autism och att patientansvarig läkare ska vara tydlig för patienter vid övergång till vuxensjukvård.

## **MD**

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.

### Mass-skade-planering

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

Arbetet med att säkra kompetensförsörjning av röntgensjuksköterskor, röntgenläkare med inriktning mammografi och nuklearmedicin, 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 inom patologi-diagnostiken.

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.