

Regionstyrelsen**§61****Region Hallands patientsäkerhetsberättelse 2024**

RS240966

Beslut

Regionstyrelsen beslutar att

- anta Region Hallands patientsäkerhetsberättelse 2024

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 föreslår regionstyrelsen besluta att

- anta Region Hallands patientsäkerhetsberättelse 2024

Beslutsunderlag

- §17 RS HSU Region Hallands patientsäkerhetsberättelse 2024
- Region Hallands patientsäkerhetsberättelse 2024
- Region Halland Patientsäkerhetsberättelse 2024 slutversion
- Strålskyddsbokslut 2024

Expedieras till

Driftnämnd Hallands Sjukhus

Driftnämnd Psykiatri Halland

Driftnämnd Närsjukvård

Driftnämnd Ambulans, diagnostik och hälsa

Paragrafen är justerad

Ordförandes sign

Justerares sign

Utdragsbestyrkande

**Regionstyrelsens hälso- och
sjukvårdsutskott**

§17

Region Hallands patientsäkerhetsberättelse 2024 RS240966

Beslut

Regionstyrelsens hälso- och sjukvårdsutskott föreslår regionstyrelsen besluta att

- anta Region Hallands patientsäkerhetsberättelse 2024
- 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 föreslår regionstyrelsen besluta att

- anta Region Hallands patientsäkerhetsberättelse 2024
- anteckna att informationen har lämnats till utskottet

Beslutsunderlag

- Region Hallands patientsäkerhetsberättelse 2024
- Region Halland Patientsäkerhetsberättelse 2024 slutversion
- Strålskyddsbokslut 2024
- Vårdgivarens patientsäkerhetsberättelse Region Halland 2024

Expedieras till

Expedieras inte.

Paragrafen är justerad

Ordförandes sign

Justerares sign

Utdragsbestyrkande

Regionkontoret
Hälso- och sjukvård
Anders Åkvist
Chefläkare

Beslutsförslag

Datum	Diarienummer
2025-04-01	RS240966

Regionstyrelsen**Region Hallands patientsäkerhetsberättelse 2024****Förslag till beslut**

Regionstyrelsen beslutar att

- anta Region Hallands patientsäkerhetsberättelse 2024

Sammanfattning

Samtliga vårdgivare i regioner ska ha upprättat en patientsäkerhetsberättelse i enlighet med patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 och Socialstyrelsens föreskrifter och 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§).

Barnkonsekvens- och jämställdhetsanalys

Beslutet bedöms inte få diskriminerande konsekvenser utifrån barn- och jämställdhetsperspektiv. Patientsäkerhetsarbetet sker för alla patienter i vården och den bristande jämlikhet och jämställdhet som eventuellt avspeglas i patientsäkerhetsberättelsen härrör från eventuella underliggande systematiska brister utifrån dessa perspektiv i vårdens arbete med att förebygga, identifiera och åtgärda vårdskador.

Ekonomiska konsekvenser av beslutet

Ärendet har inga ekonomiska konsekvenser.

Regionkontoret

Krister Björkegren
Regiondirektör

Emma Pihl
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Bilaga:

Region Hallands patientsäkerhetsberättelse 2024
Strålskyddsbokslut Region Halland 2024

Beslutet delges

-

Region Halland Patientsäkerhets- berättelse 2024



Om patientsäkerhetsberättelsen

Region Halland är den största huvudmannen för offentligt finansierad hälso- och sjukvård i Halland. Utöver detta bedriver Region Halland en omfattande verksamhet i egen regi som vårdgivare. Som vårdgivare för denna verksamhet 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 utgår från lagkrav och följer strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. Patientsäkerhetsberättelsen utgår också från metodiken för systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete och följer den nationellt framtagna mallen.

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



Innehåll

SAMMANFATTNING	5
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	6
Engagerad ledning och tydlig styrning	6
En god säkerhetskultur	13
Adekvat kunskap och kompetens	14
Patienten som medskapare	14
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	17
Kunskap om inträffade vårdskador	17
Tillförlitliga och säkra system och processer	18
Säker vård här och nu	22
Stärka analys, lärande och utveckling	23
Öka riskmedvetenhet och beredskap	26
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	28

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.

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.

Inom Region Halland pågår ett fokuserat utvecklingsarbete inom området, bland annat baserat på den regionala handlingsplanen för patientsäkerhet som gäller fram till och med 2025. Arbetet fortskrider för att ta fram en uppdaterad version av handlingsplanen, vilken kommer att gälla för perioden 2026–2030

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 otillräckligt mått på patientsäkerheten då det inte avspeglar hur allvarliga de identifierade riskerna är. 39 av avvikelserna har rört händelser som haft sådan allvarlighetsgrad att de anmälts enligt lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg. Jämför med föregående år det två färre lex Maria anmälningar 2024.

Klagomål som registrerats från patienter och närstående avser främst vård och behandling och brister i bemötande.

Region Halland har nyligen infört den regionövergripande riskloggen för att bättre identifiera och hantera allvarliga avvikelser inom vården. Arbetssättet fortsätter att utvecklas. En sammanställning från den visar att de flesta allvarliga riskerna ses i kategorierna diagnostisering, uppföljning och läkemedelshantering.

Under våren 2025 kommer Region Halland att införa ett nytt vårddokumentationssystem, Cosmic.

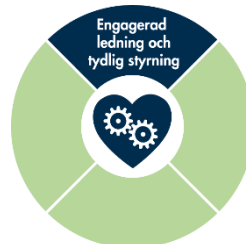
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

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 vårdtydgn 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 nationella handlingsplanen pekar ut grundförutsättningar för ett välfungerande patientsäkerhetsarbete och fokusområden där gemensamma insatser krävs inom Sverige för att öka patientsäkerheten. Den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet, ”Agera för säker vård”, gäller till och med 2024. Socialstyrelsen arbetar för närvarande med att ta fram en uppdaterad version av handlingsplanen, vilken kommer att publiceras under våren 2025. Fram till dess gäller den nuvarande handlingsplanen.

Region Halland har utifrån denna tagit fram en handlingsplan som gäller till och med 2025. I denna pekas utvecklingsinsatser ut inom följande områden:

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

Under 2024 har nationella beslut fattats om att avveckla de nationellt samordnade mätningarna av vårdskador genom systematisk markörbaserad journalgranskning.

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 46 vårdcentraler varav 24 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 och samarbetspartners. 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). Verksamhetscheferna i berörda förvaltningar ansvarar för implementering av aktuella kunskapsstöd.

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. Under 2024 har detta forum utökats med ytterligare representanter från respektive förvaltning.

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.

Trygg och säker utskrivning

Inom Region Hallands slutenvården pågår många aktiviteter för att öka kompetens och förfina arbetssätt kring utskrivningsprocessen genom tydlig planering och informationsöverföring. Arbeta pågår även för att säkra korrekt läkemedelsordination i samband med vårdens övergångar, vilket har stor betydelse för patientsäkerhet och trygghet.

Enheten för Trygg Hemgång arbetar systematiskt med utskrivningsplaneringar i systemet Lifecare för att optimera förutsättningar för patienter inför utskrivning, och vid utskrivning. De samverkar även med kommunerna för att förbättra för patienter med behov av kommunala insatser.

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.

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.

Samverkan mellan BVC och Folk tandvården

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.

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 närsjukvården 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.

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

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.

Region Halland har delar av sin verksamhet som lyder under NIS2-direktivet, vilket är ett EU-gemensamt ramverk som bland annat innebär att regionen ansvarar bland annat för incidenthantering och -rapportering avseende de identifierade samhällsviktiga tjänsterna. NIS2 ställer högre krav på säkerhet än det tidigare NIS-direktivet. Ett arbete pågår för att kunna möta ny lagstiftning gällande NIS2 och cybersäkerhetslagen.

Ett omfattande utvecklingsarbete pågår med att uppdatera Region Hallands övergripande ledningssystem för informationssäkerhet. Arbetet har sin utgångspunkt i

informationssäkerhetsstandarden ISO 27001. En ny riktlinje för informationssäkerhet är under framtagande samt översyn av befintliga rutiner och andra styrdokument.

Det pågår också ett utvecklingsarbete inom uppföljningsområdet gällande säkerhetsåtgärder kopplade till ISO 27001. Detta görs med hjälp av en implementering av en ny SOA (Statement of applicability/uttalande om tillämplighet)

Ett regionövergripande arbete pågår med förbättring av informationsklassningsarbetet.

Strålskydd

SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §

Strålskyddsbokslutet beskriver strålsäkerhetsarbetet som bedrivits under verksamhetsåret 2024. Dokumentet omfattar strålsäkerhetsfrågor som berör både patienter och personal i alla verksamheter där joniserande strålning används inom Region Halland.

Sammanfattning av Region Hallands strålskyddsbokslut för verksamhetsåret 2024

Mindre justeringar av strålsäkerhetsorganisationen har gjorts med anledning av ändringar i styrande författning. Radiologisk och strålningsfysikalisk ledningsfunktion har fått nya funktionsbeskrivningar. Processer för intern revision, avvikelshantering och utnämning av radiologisk ledningsfunktion har utvecklats.

Till interventionsverksamheterna Kranskärslröntgen (Medicinkliniken Halmstad) och Perifer Angiografi (Kirurgikliniken Halmstad) har det utsetts nya innehavare av radiologisk ledningsfunktion. Båda arbetar i respektive verksamhet. En radiolog har tidigare haft uppdraget.

Ambulans, diagnostik och hälsa har genomfört intern revision med fokus på kompetens och persondosimetri. Revisionen genomfördes på Röntgenavdelningen i Varberg. Avdelningschefer och stödpersoner intervjuades. Inga avvikelser noterades.

Region Halland har under flera års tid haft dispens från krav på att tillhandahålla remisskriterier till diagnostiska undersökningar i väntan på att ett digitalt beslutsstöd skulle upphandlas på nationell nivå. I år var den förberedande utredningen klar och Inera gick ut med information och förfrågan om deltagande i upphandlingen. Det visade sig att systemet skulle bli mycket kostsamt varför Region Halland i likhet med majoriteten av Sveriges övriga regioner valde att avstå deltagande i upphandlingen. En utredning pågår nu internt för att ta fram en alternativ lösning.

Röntgen Halland har börjat att registrera längd och vikt hos barn vid vissa undersökningar. Syftet är att kunna säkerställa att stråldoserna är på adekvata nivåer. Som jämförelse används Strålsäkerhets-myndighetens referensnivåer.

Kranskärslröntgen invigde en helt ny avdelning med två lab i mars. Senare under våren höll sjukhusfysiker i en avancerad praktisk strålskyddsutbildning för operatörerna, där utrustningsspecifika funktioners påverkan på stråldos undersöktes.

Den röntgenutrustning som samutnyttjas av urologer för ESWL och kirurger för ERCP i Halmstad har bytts ut under 2024. Stråldoserna vid ERCP har därmed kraftigt kunnat sänkas samtidigt som bildkvaliteten blivit förbättrad.

Sjukhusfysik har gett utbildning i strålsäkerhet för chefer på Röntgenkliniken. Samtliga chefer inom verksamheten fick en genomgång av regelverk, strålsäkerhetsorganisation och rutiner. Utbildningen erbjuds till alla chefer för strålningsverksamheter inom Region Halland.

Ett förbättringsarbete gällande samordning av arbetsmiljöfrågor och utbildning kopplat till strålsäkerhet i verksamheter som har arbetstagare från andra kliniker i sina lokaler har påbörjats inom Hallands sjukhus under året. Förutom HR HS som leder arbetet deltar berörda kliniker och Sjukhusfysik, MTH.

Specialistandvården köpte 2022 en Cone Beam Computed Tomography (CBCT). Utrustningen har varit behäftad med artefakter och en upplevd sämre bildkvalitet sedan installationen. Insatser från leverantör har förbättrat bildkvaliteten, men inte tillräckligt för att program med lägre stråldoser skall kunna tillämpas. Utrustningen uppnår idag leverantörens kvalitetskrav och verksamheten har fått acceptera läget.

Nuklearmedicin har infört digitaliserad dokumentation av radioaktivt avfall. Ändringen innebär en kvalitetshöjning och bättre kontroll.



Strålskyddsbokslut
2024.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 genomförs årligen patientsäkerhetsronder och patientsäkerhetsforum inom flera områden. Dessa sker i dialogform med verksamhetschef, medicinskt ledningsansvarig läkare odontologiskt ledningsansvarig tandläkare samt representanter från yrkeskategorier. Särskilt fokus ligger på att öka lärandet och erfarenhetsutbytet. Ronderna hålls normalt som 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. Detta sätt att föra dialog om patientsäkerhet har generellt bidragit till ökat engagemang och reflektion av medarbetarna. Om brister finns i arbetsmiljön så tas en handlingsplan/åtgärder fram som sedan följs upp.

Gröna Korset används inom flera verksamheter för att arbeta mer strukturerat med riskidentifiering. Införandet av Gröna Korset leder till en förbättrad säkerhetskultur och blir ett naturligt sätt att synliggöra och diskutera patientsäkerhetsfrågor samt höja kunskapsnivån. Det har också gjort det enklare att ta upp och diskutera säkerhetsfrågor.

Under hösten 2024 genomfördes för andra året i rad en mätning av hållbart säkerhetsengagemang (HSE) i syfte att undersöka säkerhetskulturen inom förvaltningarna. Frågorna fokuserade på hur verksamheterna hanterar risker och avvikelser samt hur de tillvaratar och utvecklar framgångsrika metoder. Resultatet från mätningen är i paritet med föregående års resultat. Syftet med mätningen och dess resultat är att utgöra ett underlag för dialog om patientsäkerhetskulturen samt att främja förbättringsarbeten.

Inom Psykiatriförvaltningen finns en daglig eskaleringsstruktur för att hantera patientsäkerhetsrisker. Utvecklingsarbeten kan initieras genom förbättringsmöten och aktivering av vårdnätverk. Exempelvis träffas behandlare i psykos- och beroendenätverk en halvdag varje termin för att säkerställa likvärdig vård, identifiera risker och skapa åtgärdsplaner. Patientsäkerhetsfrågor integreras därmed naturligt i förbättringsarbetet.

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 Kompetenssportalen 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 Region Halland utvecklat en webbaserad utbildning som ger grundläggande kunskaper i patientsäkerhet. Utbildningen riktar sig till alla medarbetare inom vården och har skapats i samarbete mellan olika förvaltningar. Dessutom har utbildningen "Sepsis för vårdpersonal" också tagits fram under året.

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. Vården blir således säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och kan påverka vården utifrån sina önskemål och förutsättningar. Att bemöta patienten med respekt skapar tillit och förtroende

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

Vuxenpsykiatrins 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.

Brukarråd

Inom Psykiatrin Halland finns ett Brukarråd med cirka 25 föreningar, representerade av NSPH Halland, Hallandsrådet och Brukarrådet Halland. Rådet träffas 2–3 gånger per termin med förvaltningschefen som sammankallande för att diskutera frågor om specialistpsykiatrin. Vid större förändringar i verksamheten eftersträvas det efter involvera brukare i processen.

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 avsett. 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 återspeglaras 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.

Systematisk rapportering av avvikelser sker via Region Hallands intranät. Ärenden kan även inkomma via Patientnämnden, IVO och LÖF. Verksamhetschefen ansvarar för att utredningar och åtgärder genomförs.

Vid händelser som har eller kunde ha medfört allvarlig vårdskada genomförs en händelseanalys. Baserat på denna analys upprättas en handlingsplan för förbättrande åtgärder. Allvarliga händelser och föreslagna åtgärder diskuteras på chefsmöten för att sprida kunskap och därigenom förhindra liknande händelser.

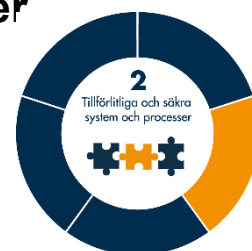
Syftet med händelseanalys är att finna bakomliggande orsaker till en händelse, åtgärda dessa och förhindra att de uppkommer igen. Under 2024 har en regiongemensam rutin för utredning av allvarliga vårdskador tagits fram.

Region Hallands förvaltningarna rapportera också 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

Förvaltningarna inom Region Halland 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.

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.

Egenkontroller

Närsjukvården Halland har ett egenkontrollprogram som bland annat omfattar årlig journalgranskning, läkemedelsgenomgång eller informationssäkerhet.

De två förstnämnda är exempel på egenkontroller som också följs upp och dokumenteras i Stratsys. Behov identifierades under föregående år av att underlätta följsamhet till att genomföra egenkontroller. Rutinen för egenkontroller reviderades därför under året för att tydliggöra de relaterade rutinerna och anvisningar för uppföljning. Förberedelser har gjorts för att från och med 2025 implementera ett årshjul med alla egenkontroller i Stratsys vilket väsentligt förväntas förenkla för verksamheterna.

1177 arbetar med kontinuerlig uppföljning med egenkontroller av samtal och med samtalshandledning för samtliga medarbetare, minst två tillfällen per år.

Suicidpreventionsprocessen

Under året har Psykiatri Halland har arbetet med följsamhet till suicidpreventionsprocessen genom att följa upp implementeringen av vårdriktlinjen på respektive mottagning för att säkerställa att den är känd och följs. Avvikelser gällande suicidprevention i vårdkedjan har bearbetats gemensamt av HV och ÖV, åtgärder har vidtagits och processen har kontinuerligt förbättrats avseende vårdens övergångar mellan HV och ÖV.

Oplanerad vård

Under 2023/2024 har ett brett analysarbete initierats och går under benämningen ”Oplanerad vård”. Här är syftet att förstå hur regionen kan möta patienters vårdbehov med högsta möjliga verkningsgrad och så nära patienten som möjligt. Detta för att tidigt identifiera risker för ohälsa och erbjuda insatser på lägsta effektiva omhändertagandenivå. Hallands sjukhus är motor för dessa analyser men arbetet och arbetsgruppen involverar chefer och medarbetare från flera andra förvaltningar och verksamheter.

Ett exempel på informationsdriven vård som givit utväxling i närtid är de analyser över förvaltningsgränser som legat till grund för beslut att pröva att erbjuda primärvårdsomhändertagande på Hallands akutmottagningar sommaren 2024. Upprinnelsen till detta försök var noggranna och välförankrade analyser av besöksmönster och resursnyttjande i den halländska vården när invånare får akuta besvär eller skador.

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

För att ge en bättre vägledning om hur narkotikakontroll ska utföras har den regionala läkemedelshanteringsrutinen för narkotikahantering uppdaterats och kompletterats på flera punkter. Som en del i detta finns det utarbetat en tydlig beskrivning för hur orala flytande narkotika kan kontrolleras genom vägning. För att säkra kompetensen inom narkotikahantering hos sjuksköterskor har en digital utbildning om narkotikahantering utarbetats och finns tillgänglig i Kompetensportalen, genomförd av drygt 300 medarbetare.

Upphandling av läkemedelsautomater för säkrare narkotikaförvaring är genomförd. Införandeprojekt är påbörjat.

Spädningslista

En regional spädningslista har utarbetats för intravenösa läkemedel till vuxna. Syftet med spädningslistan är att ge tydliga standardiserade och kvalitetssäkrade spädningsinstruktioner till sjukvårdspersonal som iordningställer läkemedel som ska spädas.

Slutenvårdsdos

Läkemedelsproduktion förser inlagda patienter vid vårdavdelningarna på Hallands sjukhus med slutenvårdsdos. En uppföljningsenkät genomfördes hösten 2023 och den generella upplevelsen är fortsatt att slutenvårdsdos bidrar till ökad kvalitet och patientsäkerhet genom ett säkrare sätt att iordningställa läkemedel. Slutenvårdsdos möjliggör 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 vårduppgiften under semesterperioder.

Avdelningsfarmaceuter

För att skapa bättre förutsättningar för vårdpersonal att utföra sina arbetsuppgifter med avlastning i vissa läkemedelsrelaterade delar har ett pilotprojekt med farmaceut på vårdavdelning pågått under året på två vårdavdelningar vid Hallands sjukhus. Fokus ligger på att förbättra arbetsmiljö, stärka patientsäkerheten och öka personalens kompetens och trygghet i deras arbete.

Utveckling av arbetssätt inom Läkemedelsproduktion

Läkemedelsproduktion har tillsammans med Ögonkliniken utvecklat nya arbetssätt som gjort stor skillnad för patienter med allvarlig ögonsjukdom. Genom att använda ett nytt läkemedel, Vabysmo, i föruppdagna sprutor som iordningställs vid Läkemedelsproduktion, behöver patienterna inte få injektioner lika ofta, vilket minskar risken för injektionsrelaterade komplikationer. Detta har också frigjort resurser och möjliggjort

behandling av fler patienter. Patienterna upplever dessutom en bättre effekt av det nya läkemedlet och personalen på Ögonkliniken har fått en säkrare läkemedelshantering och en bättre arbetsmiljö.

Läkemedelsgenomgångar

Farmaceuter från Läkemedelsenheten har utifrån befintliga resurser genomfört systematiska läkemedelsgenomgångar på Hallands sjukhus. Det är främst enkla läkemedelsgenomgångar som har genomförts för att säkerställa korrekta och uppdaterade läkemedelslistor. Aktuella läkemedelsrelaterade problem och föreslagna åtgärder har dokumenterats i journal och vid behov kommunicerats med läkare. Under 2024 har ca 650 genomgångar genomförts och är en ökning jämfört med föregående år.

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 läkemedelshanteringen har utförts i Stratsys, totalt 61 enheter (91%) har genomfört egenkontrollen vid Hallands sjukhus. Vid sammanställning är det till stora delar positiva resultat, men det noteras en del brister vid ordination i läkemedelsmodulen NCS, samt kontroll av pågående infusioner och rutin för regelbunden kontroll av medicinska gaser. Åtgärdsplaner bör vidtas vid berörda enheter.

Kvalitetsuppföljning av läkemedelshanteringen har även genomförts i form av extern kvalitetsgranskning vid 30 enheter vid Hallands sjukhus. 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. Åtgärdsplanerna registreras i avvikelshanteringssystemet för vidare hantering i verksamheten.

Hantering av rest- och bristsituationer för läkemedel

Under 2024 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. Bristssituationen 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.

Inrättande av omsättningslager för kritiska läkemedel har bidragit till att Hallands sjukhus har klarat flera potentiellt allvarliga restsituationer utan större verksamhetspåverkan, ett exempel är den globala bristen på Ringer-Acetat.

Punktprevalensmätning trycksår

Under 2024 genomfördes två punktprevalensmätningar av fuktskador och trycksår. Resultaten visade en förekomst av fuktskador på 15 procent och trycksår på 8 procent.

Andel trycksår som uppkommit inom Hallands sjukhus var 7 procent varav 1,7 procent klassas som vårdskada (trycksår kategori 2 eller allvarligare).

Förbättringsområde efter mätning är att öka identifiering av riskpatienter samt genomföra hudbedömning på dessa för att tidigt kunna sätta in preventiva åtgärder och motverka uppkomst av trycksår, detta genom införande av screeningbedömning av alla patienter i samband med ankomstsamtal. I början av 2024 genomfördes en utbildningsinsats om fuktskador, där både Hallands sjukhus medarbetare och externa aktörer inom regional och kommunal hälso- och sjukvård deltog.

Förbättringsarbeten inom bedömning och kunskap om fuktskador har lett till att fler fuktskador identifieras korrekt, vilket tidigare felaktigt bedömts som trycksår kategori 1. Den ökade kunskapen möjliggör adekvat bedömning och behandling av hudskador, då åtgärder för fuktskador och trycksår skiljer sig åt.

Förbättringsarbetet psykiatri

Inom vuxenpsykiatrins 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 skattningskalor 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

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.



En robust region med god beredskapsförmåga

Säkerhetsläget har varit i stort fokus den senaste tiden. Region Halland har ett långsiktigt arbete för att säkra försörjning i verksamheter och trygga samhällsuppdraget oavsett vad som sker i regionen.

Robusthet handlar om att kunna leverera vårt samhällsuppdrag oavsett vad som händer i regionen. I det ingår att se till att vi har en trygg försörjning av allt från el och vatten till att vi har medarbetare och lokaler.

Krisberedskap handlar om förmågan att, i den dagliga verksamheten, kunna förebygga och hantera oförutsedda händelser, som olyckor och störningar. En ökad robusthet medför en bättre förmåga att möta och hantera påfrestningar allt från vardagshändelser i fred till krig. Det handlar också om att så långt det är möjligt förebygga hot och händelser, så att de inte inträffar och när de trots allt inträffar blir hanterbara.

I patientsäkerhetssammanhang handlar det om att kunna bibehålla sjukvårdens funktionalitet på kort och lång sikt. Ökad riskmedvetenhet och beredskapsarbete bygger på samverkan inom och mellan förvaltningar i Region Halland.

Överlämning rapportering

Inom ambulanssjukvården och sjukresor

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.

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 utbildningssatsningen och röntgenavvikelserna 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

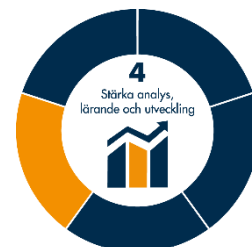
Riskmedvetenhet och förmåga att upptäcka risker i vården är en förutsättning för att bibehålla en god och säker vård. I ledningssystemet finns en rutin som beskriver hur och när en riskanalys bör genomföras i enlighet med standardmetod för detta.

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 verksamheter görs samlade analyser utifrån utredning av händelser, vårdskador och allvarliga vårdskador. Genom uppföljningen förbättras och utvecklas processerna, vilket gör dem mer effektiva.

Som en del i analys arbetet sker en fortlöpande utveckling i verktyget Platina (som är regionens verktyg för avvikelser) för att underlätta hela processen analys-åtgärd-uppföljning – lärande – utveckling. För att ytterligare öka medarbetarnas kunskaper i hanteringen av avvikelser är grundläggande utbildningar publicerade i regionens kompetensportal. Ytterligare utbildningsmaterial förbereds.

Halland sjukhus har under året identifierat sitt fokus på avvikelshanteringen i Platina och arbetet med att säkerställa att alla steg genomförs korrekt och att förbättra orsaksanalysen och uppföljningen.

Under 2024 har ett regionövergripande arbete genomförts för att ta fram en gemensam rutin för hur vårdskador ska utredas. Chefläkare och verksamhetsutvecklare har deltagit i arbetet. Under arbetets gång har stort fokus lagts på hur man i olika faser av utredningen kan och bör samarbeta över verksamhets- och förvaltningsgränser.

För att öka täckningsgraden till nationella kvalitetsregister har det under året varit fokus på möjlighet att automatisera eller på annat sätt underlätta registreringar i det nationella kvalitetsregister

Inom verksamheten 1177 arbetar man med kontinuerlig uppföljning med egenkontroller av samtal och med samtalshandledning för samtliga sjuksköterskor minst två tillfällen per år. Därtill har möjligheten att granska journaler för att ytterligare kunna kvalitetssäkra rådgivning via telefon. Granskningen visar att de rådgivningar som getts via telefon har bedömts rätt och hänvisningar har varit till rätt vårdnivå.

Fortbildningsinsatser inom flera områden har hållits under året.

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 uppmuntras att rapportera avvikelser och all avvikelserapportering 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.

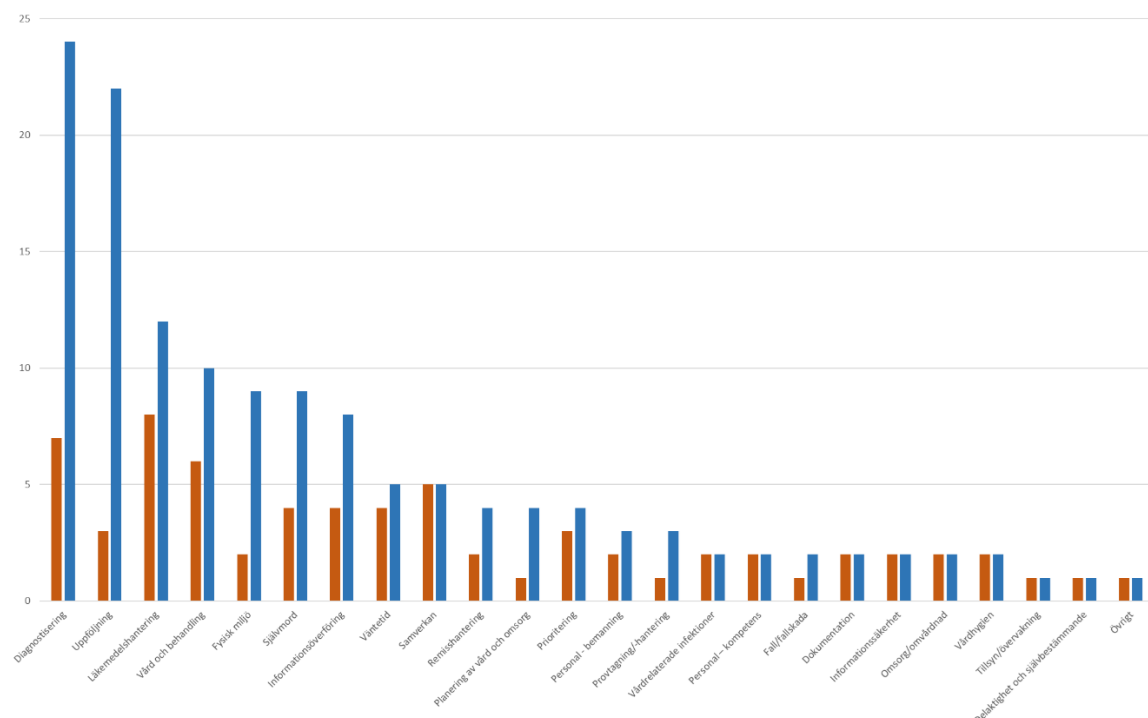
Avvikelser per förvaltning

Förvaltning	Antal 2019	Antal 2020	Antal 2021	Antal 2022	Antal 2023	Antal 2024
Hallands sjukhus	6 406	5 050	5 321	5 329	6 499	6 512
Närsjukvården	2 408	1 739	1 862	2 666	2 435	2 005
Psykiatri Halland	1 601	1 341	1 413	1 785	1 695	1 519
Ambulans Diagnostik och Hälsa	1 990	1 536	1 653	1 956	2 313	2 215

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 arbetar med att skapa en systematisk sammanställning av allvarliga risker som rapporterats i regionens avvikelssystem, Riskloggen har fortsatt under året. Sammanställningen ska vara stöd till analys samt återkoppling till vårdverksamheterna.

Riskloggen medför bland annat att allvarliga avvikelser (som kategoriserats med hög risk i avvikelshanteringssystemet) sammanställs. Arbetssättet innebär också att regionala åtgärder utifrån enskilda avvikelser följs upp.



En kategorisering av de allvarliga avvikelserna visar att flest allvarliga risker identifierats inom områdena diagnostisering, uppföljning och läkemedelsbehandling.

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:

- Vård och behandling
- Brister i bemötande

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	Antal 2024
Hallands sjukhus	441	477	566	579	602
Vårdcentralen Halland egen regi	209	215	220	228	262
Folktandvården	36	24	43	42	43
Vårdval Halland privata vårdenheter	178	160	179	176	192
Psykiatri	119	124	151	136	148
ADH	63	66	74	65	51
Privat specialistvård	60	47	50	49	64

Lex-Maria anmälningar per förvaltning

Förvaltning	Antal 2019	Antal 2020	Antal 2021	Antal 2022	Antal 2023	Antal 2024
Hallands sjukhus	26	15	13	14	24	24
Närsjukvården	5	5	7	3	14	9
Psykiatri Halland	5	6	1	2	3	2
Ambulans Diagnostik och Hälsa	-	-	2	-	1	4

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 välfungerande 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.

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 förknippade 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.

Under 2023 startade regionen ett gemensamt arbete med Riskloggen. Chefläkarna har börjat analysera allvarliga avvikelser och anmälningar enligt lex Maria för att identifiera gemensamma utvecklingsbehov. Målet är att förbättra både kvaliteten och säkerheten i vården. Arbetet med att anpassa patientsäkerhetsrutiner för alla förvaltningar kommer att fortsätta, så att patientsäkerhetsarbetet blir enhetligt över hela regionen.

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. IT-säkerhet är ett prioriterat område inom Region Halland. Regionen arbetar med detta både internt inom våra enheter och verksamheter, samt regionalt. Under de senaste åren har externa IT-hot ökat, och därför pågår nu 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. Arbeta 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 2025 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. Ett regional arbetet kommer också att starta för att ta fram en ny handlingsplan för ökad patientsäkerhet 2026–2030.

Under året kommer arbetet att fortsätta med att säkra vårdens övergångar, inte bara mellan förvaltningar utan också mellan kliniker. Arbetet med digitalisering och artificiell intelligens kommer också att fortskrida. Bland annat kommer artificiell intelligens att införas som stöd inom patologiagnostiken.

En stor utmaning för Region Halland är införandet av ett nytt vårddokumentationssystem, Cosmic. Övergången till Cosmic är planerad till mars 2025. Bytet innebär ett omfattande arbete både på regional och verksamhetsnivå och kräver mycket tid och resurser. Övergången till det nya systemet inbegriper flera patientsäkerhetsaspekter, och regionens chefläkare deltar som expertgrupp i arbetet.

2025-02-11 2023 års Patientsäkerhetsberättelse är uppdaterad till
2024 års Patientsäkerhetsberättelse

2025-02-12 ADH s antal avvikelser är justerad i tabellen **Avvikelser per förvaltning**

Carina Werner
Anders Åkvist
regionen@regionhalland.se

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

Strålskyddsbokslut för 2024

Cario Ortho Center Skåne

Datum: 2025-01-23



Godkänd av:

David Roberts

VD Cario Ortho Center Skåne

Skapad av:

Anna Carlander & Kerstin Ledenius, sjukhusfysiker Unilabs AB

Innehåll

1.	Inledning.....	3
2.	Verksamhetens tillstånd	3
2.1	Aktuellt tillstånd.....	3
3.	Organisationsplan och ledningssystem för strålskydd	4
4.	Strålskyddsutbildning	4
5.	Periodisk kontroll av c-bågar och strålskyddskläder	4
6.	Genomlysningss Statistik	7
7.	Stråldos till personal	8
8.	Strålskärning av lokaler	8
9.	Ledningssystem för strålskydd	8
10.	Strålningsrelaterade avvikelser.....	9

1. Inledning

Enligt SSMFS 2018:5 13 § ska varje år ett strålskyddsbokslut avseende medicinska exponeringar upprättas för verksamheten som ett led i den patientsäkerhetsberättelse som ska upprättas enligt 3 kap. 10 § patientsäkerhetslagen (2010:659). Av bokslutet ska det framgå

1. hur det systematiska strålskyddsarbetet har bedrivits i verksamhetens olika delar,
2. vilka åtgärder som har vidtagits för att upprätthålla och utveckla strålskyddet, och
3. vilka resultat som har uppnåtts i strålskyddsarbetet.

Strålskyddsbokslutet ska hållas tillgängligt för den som önskar ta del av det. Denna rapport avser en redogörelse för strålskyddsarbetet på Capio Ortho Center Skåne under kalenderåret 2024.

2. Verksamhetens tillstånd

För att bedriva verksamhet med joniserande strålning krävs tillstånd från Strålsäkerhetsmyndigheten (SSM). Capio Ortho Center Skåne bedriver begränsad verksamhet med joniserande strålning där c-båge används till injektioner i genomlysning, t.ex. rygg-rotblockad, fotled, fötter, AC-leder etc. C-båge används också för lägeskontroll vid operationer. Omfattningen är begränsad med i snitt endast ett par patienter per dag med korta genomlysningstider. Capio Ortho Center Skåne har i dagsläget följande tillstånd:

2.1 Aktuellt tillstånd

Capio Ortho center Skåne ansökte hösten 2024 om ett nytt tillstånd hos SSM. Aktuellt tillstånd är för medicinsk röntgendiagnostik och interventionell radiologi, Diariennr: SSM2024-12755, Am-12948 och gäller fram till 2029-10-21.

Verksamhetsadress:

Hyllie Vattenparksgata 11
215 32 Malmö

Antal registrerade röntgenutrustningar hos SSM:

- 3 st C-bågar
- 1 st mini C-båge

Eventuellt tillkommer en O-arm under 2025, då behöver denna registreras hos SSM samt leveransbesiktigas innan klinisk drift.

3. Organisationsplan och ledningssystem för strålskydd

Organisationsplan och kvalitetshandbok för Capio Orho Center Skåne uppdaterades i april 2023 i samband med att kliniken bytte strålskyddsexpertfunktion, strålningsfysikalisk ledningsfunktion och radiologisk ledningsfunktion. Capio Orho Center Skåne kontrakterar dessa funktioner via Unilabs AB. Strålskyddsorganisationen beskriver fördelning av arbetsuppgifter för VD, enhetschef, arbetstagare, radiologisk ledningsfunktion, strålningsfysikalisk ledningsfunktion och strålskyddsexpertfunktion. Vidare beskriver strålskyddsorganisationen kvalitetssäkring, utbildning av personal samt egenkontroll. Kvalitetshandboken ska revideras vid behov eller minst vart tredje år.

4. Strålskyddsutbildning

Två strålskyddsutbildningar har genomförts under året eftersom alla inte kunde vara med vid ett och samma tillfälle, 24-09-25 och 24-10-09. Vid utbildningstillfällena deltog personal från mottagningen och operationsavdelningen. Vid årsskiftet 2024/2025 hade 96% av personalen på operationsavdelningen, och 100% på mottagningen, en giltig (inom en 3 års period) strålskyddsutbildning. En del konsulter har fått sin utbildning från annan arbetsgivare. Ny strålskyddsutbildning är lämplig att ha i maj 2025 då det tillkommit en del ny personal.

Följande moment ingår i strålskyddsutbildningen:

- Joniserande strålning och dess biologiska effekter
- Absorberad och effektiv dos
- Strålkänslighet och riskstorlek
- Strålskyddsrekommendationer, lagar och föreskrifter
- C-bågens uppbyggnad
- Patient och personalstrålskydd

5. Periodisk kontroll av c-bågar och strålskyddskläder

Under 2024 tillkom en begagnad mini c-båge till verksamheten. Denna har registrerats hos SSM och leveranskontrollerades den 25 mars. Övriga tre c-bågar och samtliga strålskyddskläder kontrollerades den 23 februari. Vissa anmärkningar finns men inget som hindrar utrustningarna från att användas kliniskt. Ett strålskyddsförkläde underkändes på grund av flertal revor i underkant.

GE utförde service den 29 februari under året och Siemens utförde service i december 2023. Ny service på samtliga utrustningar är inbokade i slutet på januari 2025.

Leveranskontroll av mätutrustning, C-båge

Klinik	Capio Ortho Center
Röntgenutrustning	Hologic Flourosan Insight
Serienummer	CFD0020
Mätutrustning	RaySafe X2 RF detector s/n 231483 RaySafe X2 Baseunit s/n 225799
Datum för kontroll	2024-03-25
Kontroll utförd av	Anna Carlander

Resultat av kontrollen	Godkänd
------------------------	---------

Kommentarer	Uppmätta parametrar stämmer väl överens med föregående mätning gjord av Tony Segerdahl.
-------------	---

Årlig kontroll av mätutrustning, C-båge

Klinik	GHP Ortho Center Skåne
Röntgenutrustning	GE OEC One
Serienummer	BB6SV2000196HL
Placering	Operation
Mätutrustning	RaySafe X2 RF detector s/n 285226 RaySafe X2 Baseunit s/n 283778
Datum för kontroll	2024-02-23
Kontroll utförd av	Anna Carlander

Resultat av kontrollen	Godkänd
------------------------	---------

Kommentarer	Uppmätt pulsning för 12pulser/s aviker något från angiven pulsning. Troligtvis en icke märkbar avvikelse (samma kommentar som 2023)
-------------	---

Årlig kontroll av mätutrustning, C-båge

Klinik	GHP Ortho Center Skåne
Röntgenutrustning	Siemens SIREMOBIL Compact L
Serienummer	30353
Placering	Operation
Mätutrustning	RaySafe X2 RF detector s/n 285226 RaySafe X2 Baseunit s/n 283778
Datum för kontroll	2024-02-23
Kontroll utförd av	Kerstin Ledenius

Resultat av kontrollen	Godkänd med kommentar
------------------------	-----------------------

Kommentarer	Knappen för pulsning verkar inte fungera, jag får kontinuerlig output trots aktivering. Enligt personal så används dock sällan pulsning vid ryggoperationer (majoritet av ingreppen). För ingrepp där pulsning är lämpligt så rekommenderar jag att man istället använder avdelningens andra utrustning.
-------------	--

Årlig röntgenkontroll av mätutrustning, C-båge

Klinik	GHP Ortho Center Skåne
Röntgenutrustning	GE OEC One
Serienummer	BB6SV2200696HL
Placering	Mottagningen
Mätutrustning	RaySafe X2 RF detector s/n 285226 RaySafe X2 Baseunit s/n 283778
Datum för kontroll	2024-02-23
Kontroll utförd av	Kerstin Ledenius, Anna Carlander

Resultat av kontrollen	Godkänd
------------------------	---------

Kommentarer	
-------------	--

6. Genomlysningssstatistik

I april 2024 gick man över till digital dokumentation av genomlysningssstatistik på operationsavdelningen. Sedan april 2024 så har det registrerats 210 tillfällen då c-båge använts vid operationsingrepp. Tabellen nedan visar medianen av dos-area produkt (DAP), genomlysningstid och effektiv stråldos till patienten för de vanligaste undersökningarna (DAP*konversionsfaktor):

C-båge Tage

antal	ingrepp	median DAP (mGy*cm2)	median tid (min)	median eff. dos (mSv)
32	Fot	280,5	1,1	0,003
2	Höft	570,2	0,02	0,105
5	Knä	330,9	0,6	0,003

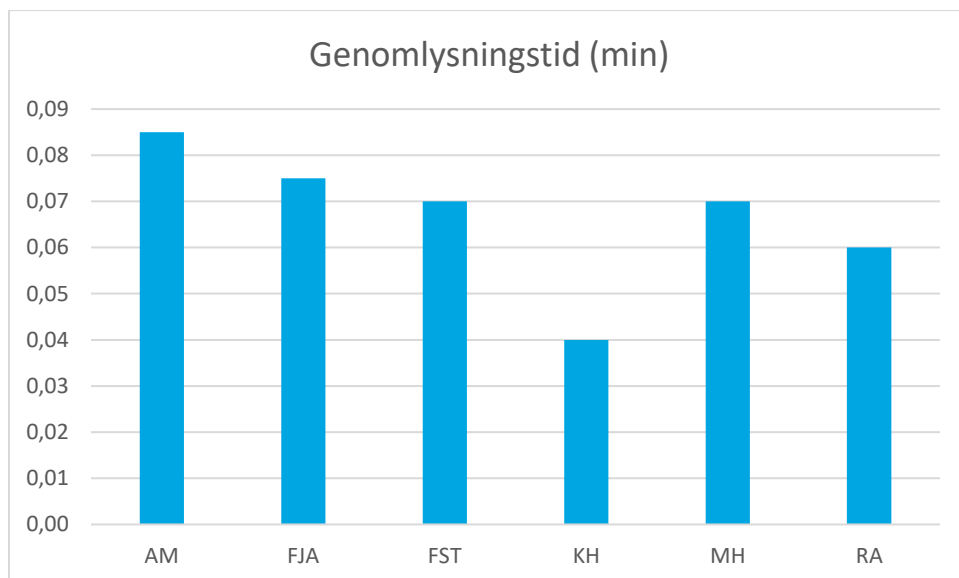
C-båge Hasse

antal	ingrepp	median DAP (mGy*cm2)	median tid (min)	median eff. dos (mSv)
27	Fot	224,0	0,4	0,002
11	Halsrygg	164,8	0,1	0,030
7	Hand	171,7	0,4	0,002
11	Knä	887,6	1,3	0,009
6	Nacke	183,3	0,1	0,034
103	Rygg	595,4	0,1	0,110

Eftersom det är många olika ingrepp och många olika operatörer så sammanställs statistik på operatörsnivå enbart för ryggoperationer. Det är också ryggoperationerna som bidrar till högst effektiv stråldos till patienten (0,110 mSv).

C-båge Hasse - Rygg

operatör	Median DAP (mGy*cm2)	Median tid (min)	antal
AM	955,55	0,09	6
FJA	758,00	0,08	26
FST	567,10	0,07	15
KH	337,80	0,04	22
MH	525,90	0,07	9
RA	433,10	0,06	22



Operatören "KH" sticker ut med något lägre genomlysningstid, detta beror dock på att han mestadels har gjort facettledsblockader vilket går snabbare att genomlysa än andra ryggingrepp.

7. Stråldos till personal

Under 2024 utfördes mätningar av stråldos till personal både på operationsavdelningen och på mottagningen. Inga signifikanta utslag över bakgrund kunde noteras. Det satt även en dosimeter på mottagningens c-båge som uppmätte 0,55 mSv på en månad. Mätresultaten innebär att personalen följer rutin med strålskyddskläder.

8. Strålskärmning av lokaler

Vid ny lokal, ombyggnation eller förändringar av verksamhet konsulteras sjukhusfysiker för att säkerställa att strålskärmningen uppfyller SSM:s krav på strålskärmning. Vid flytt till ny adress och nya lokaler i början av 2022 skickades kompletterande handlingar till SSM där bland annat strålskärmning av lokaler redovisades. Ingen ny lokal har tillkommit under 2024.

9. Ledningssystem för strålskydd

Uppdatering av "Strålskyddsorganisation och kvalitetshandbok för strålskydd Ortho Center Skåne" skedde under 2023, ny uppdatering görs år 2026 om ingen omorganisation eller förändring görs i verksamheten innan dess.

10. Strålningsrelaterade avvikelser

Personalen har skyldighet att rapportera händelser där någon har erhållit eller hade kunnat erhålla onödig stråldos. Om händelsen har eller hade kunnat resultera i allvarlig vårdskada ska den även rapporteras till Strålsäkerhetsmyndigheten.

Ingen strålningsrelaterad avvikelse har rapporterats inom verksamheten under 2024.

Joki Malin RK STAB

Från: Monica Dahlin <Monica.Dahlin@cario.se>
Skickat: den 27 januari 2025 07:27
Till: REGION HALLAND officiell e-post
Ämne: Komplettering strålskyddsbokslut
Bifogade filer: Strålskyddsbokslut 2024 - Ortho Center Skåne.pdf

Du får inte ofta e-post från monica.dahlin@cario.se. [Läs om varför det här är viktigt](#)

Hej, bifogat finner ni vårt strålskyddsbokslut avseende 2024.

Monica Dahlin

Enhetschef Administration
Cario Ortho Center Skåne

Phone: +46 40-652 03 45

monica.dahlin@cario.se

Hyllie Vattenparksgata 11 A
215 32 Malmö



Medicinsk
samarbetspartner