

Patientsäkerhetsberättelse

År 2018

Närsjukvården Region Halland

2019-02-01

Kaarina Sundelin, förvaltningschef

Anders Åkvist, chefläkare

Gunnar Jemt, cheftandläkare

Maria Törnell, verksamhetsutvecklare

Innehåll

PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE	1
Sammanfattning.....	3
STRUKTUR	4
1. Övergripande mål och strategier	4
2. Organisation och ansvar	5
3. Samverkan för att förebygga vårdskador.....	5
4. Patienters och närståendes delaktighet	6
5. Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringskyldighet.....	6
6. Klagomål och synpunkter.....	6
7. Egenkontroll.....	7
PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten.....	7
8. Riskanalys.....	7
9. Utredning av händelser - vårdskador.....	9
10. Informationssäkerhet	9
RESULTAT OCH ANALYS	10
11. Avvikelser	10
12. Klagomål och synpunkter	12
13. Händelser och vårdskador	12
14. Riskanalys	13
15. Mål och strategier för kommande år	13

Sammanfattning

Närsjukvårdens patientsäkerhetsarbete har målen:

- Ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete för att undvika vårdskador
- En hög kvalitet på våra insatser genom ett systematiskt arbete med definierade vårdprocesser i enlighet med nationella och regionala riktlinjer

Förvaltningschefen, områdeschefer och verksamhetschefer leder patientsäkerhetsarbetet och medarbetarna är ansvariga för att aktivt medverka i arbetet med att undvika vårdskador. Chefläkare och cheftandläkare stödjer chefer och medarbetare.

Under 2018 har förvaltningen genomfört en betydande utveckling av egenkontrollprogrammet, förbättrad uppföljning av avvikelshantering med återrapport och analys till ansvariga chefer, utveckling av kvalitetsindikatorer, förbättrad löpande verksamhetsutveckling, utvecklade kvalitets- och patientsäkerhetsronder samt ett pilotprojekt med Gröna korset.

Det systematiska och löpande arbetet med patientsäkerhetsfrågor omfattar huvudsakligen regelbundna loggkontroller i verksamhetssystem samt följande processer:

Process	Folktandvården	Vårdcentralerna
Journalgranskningar	800	Uppstart 2018
Klagomål via Patientnämnden	35	204
Klagomål utredda av IVO	1	8
Avvikelse som hanterats	1318	1746
Riskanalyser	0	1
Lex Maria	0	2
Händelseanalyser	1	4

Risikområden som identifierats berör vårdens övergångar, brister i identitetskontroll, fel i diagnostik och behandling (missad diagnos, fördröjd diagnos, fördröjd behandling) samt brister i administration och dokumentation.

Inför kommande år planeras utveckling av patientsäkerhetsarbetet inom flera områden:

- Systematiskt avvikelshanteringsarbete
- Ökat fokus på förebyggande patientsäkerhetsarbete
- Utveckling av utredning vid allvarliga risker och händelser
- Systematisk riskvärdering inför förändringar
- Utvärdering och spridning av utvecklingsprojekt inom patientsäkerhetsområdet
- Processutveckling

-
- Förbättrade arbetsätt för spridning av kunskap om risker och goda exempel på fungerande patientsäkerhetsarbete

Inledning

Närsjukvården Region Halland erbjuder vård till invånare i hela Halland vid vårdcentraler, tandvårdskliniker och inom en rad mindre uppdrag i närliggande verksamhetstyper.

Medarbetare och chefer arbetar dagligen hårt med att bibehålla och utveckla patientsäkerheten. Denna berättelse är en sammanfattning av detta arbete.

STRUKTUR

1. Övergripande mål och strategier

SFS 2010:659,3 kap. 1 § och SOSFS 2011:9, 3 kap.

Beskriv övergripande mål och strategier för patientsäkerhetsarbetet i syfte att säkra verksamhetens kvalitet. Ange hur dessa mål och strategier har koppling till resultat från tidigare år. Sträva efter mätbara mål och att strategier är kopplade till målen.

Närsjukvården har sex övergripande långsiktiga målområden

- Våra insatser skapar hälsa
- Vi erbjuder en säker och jämlik vård utifrån behov
- Vi har en god tillgänglighet
- Vi har aktiv samverkan med vår omvärld
- Vi är en eftertraktad och hållbar arbetsgivare
- Vi har utvecklingsutrymme i vår ekonomi

Arbete inom samtliga områden är viktiga för att bidra till en god patientsäkerhet.

Målen för patientsäkerhetsarbetet inom Närsjukvården är

- Ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete för att undvika vårdskador
- En hög kvalitet på våra insatser genom ett systematiskt arbete med definierade vårdprocesser i enlighet med nationella och regionala riktlinjer

Patientsäkerhetsarbetet i NSVH bedrivs med ett systemperspektiv, vara långsiktigt och ha ett uttalat patientperspektiv. Årligen ska patientsäkerhetsarbetet sammanfattas i en patientsäkerhetsberättelse.

Patientsäkerhetsarbetet omfattar följande områden

- Arbeta förebyggande för att förhindra vårdskador
- Patientsäkerhetskultur
- Avvikelse- och riskhantering

I det systematiska patientsäkerhetsarbetet ingår följande arbetssätt och aktivitetsområden:

- Avvikelsehantering
- Lex Maria-ärenden
- Klagomål via IVO
- Patientnämndärenden
- Händelseanalyser

-
- Patientsäkerhetsronder - Vårdrevisioner
 - Journalgranskning
 - Arbetsmiljö

2. Organisation och ansvar

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

Beskriv kort roller och ansvarsfördelning för planering, ledning och egenkontroll av patientsäkerhetsarbetet på olika nivåer.

Inkludera stödfunktioner inom patientsäkerhet som t ex Chefläkare, Strama, Smittskydd, Vårdhygien, Patientsäkerhet- och kvalitetsenhet, Kliniskt träningscenter, Patientnämnden.

Förvaltningschefen, områdeschefer och verksamhetschefer är ansvariga för patientsäkerhetsarbetet och medarbetarna är ansvariga för att aktivt medverka i patientsäkerhetsarbetet. Chefläkare och cheftandläkare stödjer chefer och medarbetare i att genomföra patientsäkerhetsarbetet i verksamheten. I frågor som berör både hälso- och sjukvård och tandvård sker samverkan runt patientsäkerhetsfrågorna.

Patientsäkerhetsarbetet bedrivs kontinuerligt integrerat i verksamheten av medarbetare under ledning av verksamhetschefen. Merparten av de avvikelser som uppmärksammas i den egna verksamheten hanteras lokalt. Klagomål direkt till enheten handläggs av verksamhetschef och ska rapporteras i Platina.

I de fallen identifierade avvikelser medfört vårdskada eller risk för vårdskada eller då de föranleder Lex Maria-bedömning sker dialog med chefläkare/cheftandläkare.

Närsjukvården har ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete .

3. Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Beskriv vilka processer/områden som identifierats där samverkan har skett för att förebygga att patienter drabbas av en vårdskada.

Ex. överenskommelser mellan olika vårdenheter, medicintekniska enheter, mellan primärvård och sjukhus samt mellan kommuner och landsting.

Inom ramen för den nya processen för samordnad individuell planering, SIP, har förvaltningens verksamheter genomfört stora förändringar av arbetssätten under 2018 och deltagit i gemensam utvärdering och fortsatt utveckling.

Representanter för förvaltningen har deltagit i ett flertal samarbeten som syftar till ökat samarbete mellan olika delar av hälso- och sjukvården för att underlätta samordning och övergångar. Detta har bland annat rört rehabiliteringskliniken vid Hallands sjukhus, Capio Movement Reumatologi samt flera deltagare i regionövergripande processutveckling inom hjärtområdet.

Ett gemensamt arbete har initierats under året för att underlätta övergångar och samordning mellan närsjukvården och psykiatrin. Nya arbetssätt prövas nu i verksamheterna i mindre skala och kommer att utvärderas under 2019.

Närsjukvården deltar aktivt i de olika taktiska grupperna och fokusgrupperna i den regionala stödstrukturen. Där sker en tydlig samverkan mellan regionens förvaltningar och kommunerna vilket främjar patientsäkerheten för de invånare som är listade på NSVH vårdcentraler eller boende på särskilda boenden där vi har det medicinska ansvaret.

Chefläkare har haft regelbundna träffar med medicinskt ansvariga sjuksköterkor inom kommunen för att utvärdera inträffade avvikelser och inleda samarbeten kring utveckling av arbetssätt. Detta har bland annat rört gemensamma rutiner för avstående från hjärt-lungräddning och samordning kring läkemedelsordinationer.

4. Patienters och närståendes delaktighet

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Beskriv hur patienterna och deras närstående har erbjudits möjlighet att medverka i patientsäkerhetsarbetet.

Patienter och närstående har informerats och i vissa fall involverats vid bearbetning av avvikelser ur patientsäkerhetsperspektiv.

Klagomål som framförts direkt till verksamheten eller via Patientnämnden respektive IVO från patienter och närstående har besvarats av vårdcentralernas och tandvårdsklinikernas verksamhetschefer.

Förvaltningsledningen har under året tagit initiativ till att börja utveckla patient- och närståendemedverkan på olika ledningsnivåer och då även i det övergripande patientsäkerhetsarbetet. Detta arbete fortsätter under 2019.

5. Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Beskriv hur hälso- och sjukvårdspersonalen rapporterar risker för vårdskador samt händelser som har eller hade kunnat medföra en vårdskada. Beskriv hur avvikelserapporter har sammanställts och analyserats.

En samlad analys redovisas under rubriken resultat och analys.

Avvikelser via ärendehanteringssystemet Platina används för att uppmärksamma inträffade händelser och risker för händelser enligt Region Hallands gemensamma rutin för avvikelser.

Under 2018 har avvikelserna sammanställts utifrån antal och bearbetningstid vid två tillfällen under året. För att möjliggöra övergripande analyser och åtgärder har ett arbete med att utveckla rubriksättning och kategorisering inletts under 2018.

6. Klagomål och synpunkter

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

Beskriv hur klagomål och synpunkter, som kommer direkt till verksamheterna, eller via Patientnämnden och Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har sammanställts och analyserats.

En samlad analys redovisas under rubriken resultat och analys.

De klagomål som inkommer till verksamheterna registreras i avvikelshanteringssystemet. Dessa har sammanställts i samband med framtagandet av Patientsäkerhetsberättelsen.

Patientnämnden har presenterat en sammanställning och analys av klagomål som inkommit under 2018. Förvaltningschef, områdeschefer och vårdcentralernas verksamhetschefer har tagit del av denna information.

I samband med framtagandet av Patientsäkerhetsberättelsen sammanställs årets klagomål som inkommit via IVO.

7. Egenkontroll

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

Beskriv vilken egenkontroll för ökad patientsäkerhet som genomförts samt i vilken omfattning och frekvens. Resultat och analysen redovisas under rubriken resultat och analys.

Under året har verksamheterna utfört egenkontroller inom områdena brand, röntgen, loggkontroller, medicinteknisk utrustning, läkemedel, vårdhygien utifrån regiongemensamma rutiner.

En utveckling av förvaltningens egenkontrollprogram har initierats under året och ett nytt egenkontrollprogram fastställs under våren 2019.

PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2

Beskriv vilka åtgärder som har vidtagits kopplat till mål, strategier och resultat dvs. strategiska åtgärder som ni har genomfört för att nå era mål.

Beskriv även arbetssätt, verktyg, åtgärder och samarbeten som har haft betydelse för att förbättra patientsäkerheten under året.

8. Riskanalys

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

Beskriv hur ni hanterar risker, vilka riskanalyser och anpassningar som ni har genomfört där ni bedömt att det fanns risk för att en händelse skulle kunna inträffa på grund av brister i verksamheten samt vilka lärdomar analyserna givit.

Exempel på riskhantering: Riskanalys, Gröna korset, FRAM.

En samlad analys redovisas under rubriken resultat och analys.

En riskanalys är gjord på vårdcentralen ur patientperspektiv angående utökade öppettider i verksamheten.

Kvalitetsindikatorer

Under året har övergripande kvalitetsindikatorer tagits fram som ett underlag för chefers och medarbetares kvalitetsarbete. Indikatorerna som togs fram 2018 avser:

- Vidgat tillgänglighetsbegrepp
Mätning av tillgänglighet till medicinsk bedömning av inkomna provsvar och remissvar har utvecklats. Indikatorer avseende antal öppenvårdsbesök på akutmottagningen har tagits fram och kan bidra

till förbättringsinitiativ för en mer samordnad och tillgänglig vård för patienten.

- Kontinuitet
I nuläget finns indikatorer för patient-läkar-kontinuitet men utvecklingar av mätningen till andra personalgrupper undersöks.
- Läkemedelsbehandling
Terapeutiska kvoter, som avspeglar önskade förskrivningsmönster för läkemedel, är integrerade i indikatoruppsättningen.

Förbättrad bred verksamhetsutveckling

Varje vårdcentral har utöver detta under hösten valt tre indikatorområden för ett lokalt förbättringsarbete under 2018 som kommer att fortsätta under 2019. Områdena har valts bland olika mått på verksamhetens kvalitet, i många fall från den nationella indikatoruppsättningen Primärvårdskvalitet, som är ett viktigt och uppskattat verktyg för att skapa förutsättningar för fungerande verksamhetsutveckling.

Utvecklingsprojekt utifrån SKaPa

Under de senaste åren har på tre olika folktandvårdskliniker förbättringsarbeten pågått och avslutats under 2018. Syftet var att hitta metoder för arbetet med ständiga förbättringar. De tre områdena rörde karies och förebyggande/sjukdomsbehandlingar, parodontaldiagnoser (tandlossning) och förebyggande insatser samt parodontalstatus och dokumentation. En tjänst på cirka 15 % har skapats för att fortsätta arbetet utifrån de avslutade projekten och för att utarbeta en generisk modell för förbättringsarbeten för Folktandvården Halland.

Folktandvårdens huvudprocesser

Ett annat viktigt område inom kvalitetsarbetet som kommit igång under året är att skapa gemensamma riktlinjer/rutiner kring de cirka 15 ämnesområdena som tandvården hanterar, de så kallade huvudprocesserna. I december togs även beslut på att formalisera ett Odontologiskråd utifrån arbetet med riktlinjer/rutiner. Rådets uppdrag är att vara stöd till cheftandläkare/områdeschef/klinikchefer i främst odontologiska frågor. Grunden är deras arbete med riktlinjer/rutiner men kan också kallas ihop i mer eller mindre grupper efter behov.

Kvalitets- och patientsäkerhetsronder

En ny rutin för kvalitets- och patientsäkerhetsrond har fastställts med utvecklat arbetssätt där internrevision och processuppföljning integreras. Kvalitets- och patientsäkerhetsronderna har genomförts under hösten 2018 på hälften av förvaltningens enheter och fortsätter under 2019. Som en del av ronderna genomfördes en patientsäkerhetskulturmätning på samtliga förvaltningens enheter. I årets ronder gicks bland annat patientsäkerhetskulturmätningen igenom, journalgranskningsrutinen diskuterades och genomgång av egenkontroller gjordes. Inom Folktandvården diskuterades hur parodiktlinjen (tandlossning) implementeras på kliniken. Vid

vårdcentralerna diskuterades hur arbetsprocesserna kring barns och ungas psykiska ohälsa fungerar.

Under hösten 2018 har patientsäkerhetsronder genomförts på 13 vårdcentraler och 12 folktandvården

Fokusområden var avvikelshantering, barn och ungas psykiska hälsa, journalgranskning och Parodprocessen.

Gröna korset

I början av hösten påbörjades på en pilotvårdcentral, Vårdcentralen Slöinge, ett nytt arbetssätt för att stärka det dagliga patientsäkerhets- och kvalitetsarbete – det "Gröna Korset". Verktuget "Gröna korset" är en enkel visuell metod för att medarbetare i sjukvården dagligen ska kunna identifiera risker och vårdskador i realtid och snabbt få på plats en åtgärd. Pilotarbetet från vårdcentralen visar på att avvikelset arbetet nu tydligare kommit upp på agendan och att frågorna omhändertags snabbare. Avvikelse rapporterna har ökat både i antal och i kvalitet. En pilot på Folktandvården Nyhem har också kommit igång under hösten utifrån lärdomar vid Vårdcentralen Slöinge

9. Utredning av händelser - vårdskador

HSLF-FS 2017:40, 3 kap. 1§ och SOSFS 2011:9 7 kap sista stycket

Beskriv händelser som har utretts som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada samt lärdomar av dessa.

En samlad analys redovisas under rubriken resultat och analys.

Under året har fyra mer betydande utredningar av händelser vid förvaltningens vårdcentraler genomförts enligt förenklad händelseanalysmetodik.

1. En patient med psykisk ohälsa avled och det uppdagades brister i samordningen mellan vårdens olika aktörer. Händelsen ledde till ett gemensamt arbete mellan psykiatri och Närsjukvård för att förbättra förutsättningarna för en sammanhängande vård. Detta arbete är inte avslutat.
2. Bristande dokumentation uppdagades vid en enhet. En snabb utredning genomfördes och man införde nya rutiner för att snabbare upptäcka liknande problem i framtiden. Tillägg gjordes också i förvaltningens egenkontrollprogram för att sprida lärdomarna till andra enheter.
3. Det uppdagades oklarheter i läkemedelsordinationerna för en patient som vårdades i livets slutskede. Vid utredning av ärendet stod det klart att de parallella stödsystem för dokumentation som används inom kommunal och regiondriven hälso- och sjukvård var den enskilt största orsaken till oklarheter kring vilken läkemedelsordination som var giltig. Arbete pågår för att minska riskerna, bland annat genom att ge kommunerna tillgång till de aktuella läkemedelsordinationerna i Region Hallands läkemedelsjournalssystem.
4. Brister i rutiner för registrering av födointag av avföringsvanor uppdagades hos en patient som vårdades i kommunens hälso- och sjukvård. Händelsen utreddes främst i kommunen och ledde till förändrade rutiner för att förbättra registrering enligt ovan.

10. Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Loggkontroller sker regelbundet i VAS, Lifecare, E-tjänster 1177.se.

Folktandvården har genomfört en generell journalgranskning, totalt 800 journaler är granskade.

Riktad granskning i samband med utredning av riskindivider har genomförts på förvaltningsövergripande nivå i fyra ärenden under året.

RESULTAT OCH ANALYS

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

11. Avvikelser

Gör en samlad analys av avvikelser samt beskriv några viktiga lärdomar som har spridits. Bra med en tabell över antal och typ av avvikelser och även förbättringsförslag.

Vårdcentralerna

Kategori	2018-01-01 - 2018-12-31
Administration	171
Arbetsmiljö	98
Ej kategoriserade	206
Fastighet/Drift	16
Informationssäkerhet	13
IT och kommunikationsteknik	42
Medicinteknisk produkt/Hjälpmedel	17
Miljö	2
Patient	1123
Pedagogisk incident	1
Säkerhet	2
Transport	5
Vara/Tjänst	9
Övrigt	41
Total	1746

Vanligt förekommande rubriker:

Provtagning

Remiss

Rutiner, bristande rutiner

Samverkan med andra instanser tex kommun och Hallands sjukhus

Tillgänglighet

Bemötande

Dokumentation

Analys vårdcentralerna

Många avvikelser har inte kategoriserats eller rubriksatts vilket försvårar övergripande analys och lärande inom och mellan enheter.

Kategoriseringsrubrikerna i avvikelssystemet är också i många fall alltför vida för att fungera som ett bra stöd i övergripande analys eller för att enheter genom sökning i avvikelssystemet ska kunna finna liknande avvikelser att lära av.

Riskvärdering med risktal brister i användning och systematik. Ökad vana vid att använda risktal som verktyg för att prioritera insatserna inom avvikelshandlingen behövs bland ansvariga chefer och medarbetare.

Vid årets slut var det drygt 300 avvikelser där hantering och utredning inte var avslutad trots att mer än 3 månader förflutit sedan avvikelserna registrerades.

Folktandvården

Avvikelser: 1318 stycken (1272) (25 enheter: 20 kliniker, 4 TR, Tandtekniskt lab)

Avvikelser per anställd: 3,58/anställd Målet 2/anställd (2017 var det 3,68) Variation sämst till bäst 0,5/anställd till 20,4/anställd (xx av xx kliniker klarade målet = xx%)

Avvikelser per huvudprocess:

Vårdrelaterade (Vissa har ej rubriksatt avvikelserna ännu (6%))

Undersökning	102 (94)	Missad diagnos, Dokumentation, Röntgen, Missad rev.
Profylax	17 (14)	
Röntgen	168 (122)	Se Strålsäkerhetsbokslut
Protetik	24 (12)	Kostnadsförslag, Retention, Implantat
Kirurgi	21 (18)	Sinus; Sensibilitets problem, Granntandsskada, implantat lossar
Fyllningsterapi	16 (18)	Stegvis excivering; Material; Sårskada; Dokumentation
Karies	65 (62)	Missad diagnos; Fördröjd behandling
Parodontit (Parod)	26 (21)	Dokumentation, Diagnos, Vårdprogram

Endodonti	25 (41)	Filfraktur; Perforation
Bettfysiologi	4 (4)	Bettskena passar ej
Ortodonti	12 (24)	Remiss, Visningar, Kontroller
Övrig patientavvikelse	22	
Klagomål	94 (139)	
Implantat	8	

Övriga: VAS 78(149); Läkemedel 12 (19); Informationssäkerhet 11 (9); Arbetsmiljö 34 (18); Tidbok 176 (124); TolK 3 (8); Jour 32
Missad diagnos 50 (17) (Finns under processerna: Undersökning – Röntgen - Karies - Parod - Ortodonti)

12. Klagomål och synpunkter

Gör en samlad analys av klagomål och synpunkter samt beskriv några viktiga lärdomar som har spridits. Bra med en tabell över antal och typ av klagomål och synpunkter.

Patientnämndsärenden 2018

	Vårdcentral	Tandvård
Administrativ hantering	8	1
Ekonomi	2	6
Kommunikation	47	8
Omvårdnad	1	1
Organisation och tillgänglighet	45	2
Patientjournal och sekretess	7	3
Vård och behandling	80	14
Vårdansvar	14	0
Övrigt	0	0
Totalt: 239	204	35

Klagomål som utreds av Inspektionen för vård och omsorg

Kategori	Antal	Pågående	Kritik	Kommentar
Läkemedel	1	1	-	
Samverkan	1	0	0	
Bemötande	1	0	0	
Behandling	5	3	1	Ej allvarlig vårdskada
Utredning	1	0	0	
Summa	9	4	1	

En utmaning har varit att sprida klagomål och synpunkter ur ett lärandeperspektiv.

13. Händelser och vårdskador

Gör en samlad analys från utredning av händelser, vårdskador och allvarliga vårdskador samt beskriv några viktiga lärdomar som har spridits.

De flesta allvarliga händelser som skett i verksamheten under 2018 avser risker i vårdens övergångar, brister i identitetskontroll vid provtagning, fel i diagnostik och behandling samt brister i administration, dokumentation och uppföljning.

Detta har lett till utveckling av nya rutiner för bedömning av de tillstånd som är berörda, initierande av samarbete för bättre samordning av vården och utveckling av nya rutiner för vårdnära administration, dokumentation och uppföljning som också kommer att inkluderas i förvaltningens egenkontrollprogram för att öka spridningen av dessa verksamma åtgärder.

14. Riskanalys

Gör en samlad analys av riskhantering samt beskriv några viktiga lärdomar som har spridits. Det är viktigt att resultaten speglar alla delar i vårdgivarens organisation (somatisk vård, barnsjukvård, psykiatrisk vård, primärvård, eventuell hälso- och sjukvård i särskilt boende och hemsjukvård).

Riskanalysarbetet är en av de delar inom patientsäkerhetsarbetet som behöver utvecklas. Medarbetare och chefer behöver få större medvetenhet om tillgängliga verktyg och arbetsätt för att göra arbetet enklare och mer nyttskapande i verksamhetsutvecklingen. Provet med Gröna korset har visat på tydliga sådana vinster, där medarbetarnas engagemang för patienterna har kunnat bidra till ett ökat engagemang och kvalitet i patientsäkerhetsarbetet.

15. Mål och strategier för kommande år

Beskriv, utifrån analys av tidigare redovisade resultat kopplat till satta mål, kommande utmaningar inom patientsäkerhetsområdet.

Fortsatt fokus på avvikelsearbetet i hela förvaltningen och arbeta med kulturen kring patientsäkerhetsarbetet. Ett ökat fokus på proaktivt patientsäkerhetsarbete (SAFETY II).

Utvecklingsbehoven rör främst följande områden:

- Systematiskt avvikelshanteringsarbete (områden: vilka händelser ska föranleda avvikelserregistrering, skyndsam hantering, kategorisering, återföring, involvering av patienter och närstående, återkoppling, övergripande analys och återföring av denna, prioritering av övergripande åtgärder)
- Utveckling av utredning vid allvarliga risker och händelser (ökat antal utredningar, förbättrat metodstöd för händelseanalys, förbättrad process för utredning av händelser över förvaltnings- och vårdgivargränser)
- Systematisk riskvärdering inför förändringar
- Utvärdering och spridning av utvecklingsprojekt inom patientsäkerhetsområdet (ex Gröna korset)

-
- Processutveckling
 - Förbättrade arbetsätt för spridning av kunskap om risker och goda exempel på fungerande patientsäkerhetsarbete

Utbildning kommer att ges under 2019 till samtliga chefer och medicinskt och odontologiskt ledningsansvariga inom systematiskt patientsäkerhetsarbete.