

Patientsäkerhetsberättelse 2020

Närsjukvården Region Halland

2021-02-01

Karin Hesselgard, förvaltningschef

Magnus Garell, tf chefläkare, Carin Wildstam, cheftandläkare,
Maria Törnell, verksamhetsutvecklare, Anders Åkvist, chefläkare



Innehållsförteckning

Sammanfattning	4
Inledning	Fel! Bokmärket är inte definierat.
1. STRUKTUR	5
1.1 Övergripande mål och strategier	5
1.2 Organisation och ansvar	6
1.3 Samverkan för att förebygga vårdskador	6
1.4 Patienters och närståendes delaktighet	6
1.5 Hälsa- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	7
1.6 Klagomål och synpunkter	7
1.7 Egenkontroll	8
2 PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten	8
2.1 Riskanalys	8
2.2 Utredning av händelser - vårdskador	9
2.3 Informationssäkerhet	9
3 RESULTAT OCH ANALYS	10
3.1 Egenkontroll	10
3.2 Avvikelser	10
3.3 Klagomål och synpunkter	13
3.4 Händelser och vårdskador	15
3.5 Riskanalys	Fel! Bokmärket är inte definierat.
4 Mål och strategier för kommande år	15
5 Strålskyddsbokslut	16

Sammanfattning

Närsjukvården har samma arbetssätt och mål som tidigare för sitt systematiska patientsäkerhetsarbete; att alla medarbetare och chefer genom fokuserat utvecklingsarbete och genom löpande arbete med inträffade incidenter och identifierade risker bidrar till en hög kvalitet och till att undvika vårdskador.

2020 präglades i stora delar av den pandemi som nådde Europa och Sverige under mars månad. Detta har påverkat de långsiktiga utvecklingsarbeten som bedrivits sedan tidigare, då mycket av utvecklingskraften i organisationen har behövt fokuseras på den stora utmaningen att ge god tandvård och primärvård under pågående smittspridning av en ny allmänfarlig sjukdom.

Trots detta har det systematiska patientsäkerhetsarbetet fortsatt under året och även varit ett av verktygen för att ta sig an utmaningarna som pandemin medfört. Pandemisituationen har också satt extra belysning på vissa områden som innebär kända risker och utmaningar som exempelvis vårdens övergångar och situationer där behovet av samverkan mellan olika vårdgivare är stort.

De viktigaste åtgärderna under året har rört att skapa förutsättningar för vård med kvalitet under pandemin, bland annat genom planering och genomförande av omställningar i verksamheterna vad gäller både fysiska och digitala arbetsformer, utvecklat arbete med vårdhygieniska frågor och fördjupat samarbete med länets kommuner.

2020 har visat att Närsjukvården tillsammans med övriga Region Halland är väl rustad med kompetenta och engagerade medarbetare för att möta även en så extrem påfrestning som en pandemi och årets arbete har också visat på den betydande utvecklingskraft som finns i organisationen.

1. STRUKTUR

1.1 Övergripande mål och strategier

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

Svar:

Målen för patientsäkerhetsarbetet inom Närsjukvården är

- Ett systematisk 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 Närsjukvården bedrivs med ett systemperspektiv, är långsiktigt och har ett uttalat patientperspektiv. Arbetet omfattar följande områden

- Förebyggande arbete 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
- Kvalitets- och patientsäkerhetsronder
- Journalgranskning
- Arbetsmiljö
- Kompetens

Följande mätbara mål finns för patientsäkerhetsarbetet:

- Antal genomförda riskanalyser
- Utredningstid för avvikelser

1.2 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, Kli-niskt träningscenter, Patientnämnden.

Svar:

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.

1.3 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 enhet-er, mellan primärvård och sjukhus samt mellan kommuner och landsting.

Svar:

- Covid-19 med kommunen, privata vårdgivare och övriga förvaltningar
- Dialog med psykiatri utifrån några allvarliga avvikelser – lokala samverkansmöten med psykiatri startade.
- En gemensam och patientcentrerad vårdprocess för diabetes typ 2 hos vuxna har förankrats.

1.4 Patienters och närståendes delaktighet

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

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

Svar:

Hantering av allvarliga avvikelser (patienter inbjudna för att få in synpunkter i händelseanalyser). Kundnöjdhetsundersökning FTV. Kundnöjdhetsmätning vårdcentralen.

1.5 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 vård-skador 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.

Svar:

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

Under 2020 har avvikelserna sammanställts utifrån antal och bearbetningstid varje månad till närsjukvårdens ledningsgrupp under året. För att möjliggöra övergripande analyser och åtgärder har ett arbete med att utveckla rubriksättning och följa upp att avvikelserna avslutas inom tre månader.

1.6 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.

Svar:

Digitalt arbetsflöde PnH

Inkomna ärenden registreras i Platina enligt rutin. En pilot på vårdcentraler har pågått i Halmstadsområdet vårdcentralen under 2020. Under 2021 kommer samtliga verksamheter inom närsjukvården få dem digitalt. Detta kommer leda till en säkrare och snabbare hantering,

Klagomål via 1177.se

Förvaltningen har avvaktat under 2020 med hantera klagomål via 1177.se. Kommer att startas upp under mars 2021.

1.7 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.

Svar: Närsjukvårdens egenkontrollprogram finns här: [Egenkontrollprogram](#)

2 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.

2.1 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 kunnat inträffa på grund av brister i verksamheten samt vilka lärdomar analyserna har givit.

Exempel på riskhantering: Riskanalys, Gröna korset , FRAM.

En samlad analys redovisas under rubriken resultat och analys.

Svar:

Följande riskanalyser har gjorts på mer övergripande nivå:

- Öppenvårdstempkurvan.
- Infektionsmottagning kopplad till covid. Anpassning av verksamheterna för att minska smittspridning med lokalanpassningar och skyddutrustning.
- Förbättringsarbete kring kontinuitet
- De verksamheter som startade upp med Gröna korset 2019 har fortsatt med det under 2020.

2.2 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.

Svar:

Lex Maria i Närsjukvården under 2020 samt beslut:

Folktandvården

- Läkemedelsdosering – ärendet avslutat och beslut om att rimliga åtgärder är gjorda.
- Örent gods, risk för smitta – ärendet är avslutat vi uppföljer rimliga krav.
- Extra strålning på grund av nedsvald borrh – ärendet avslutat, rimliga åtgärder är gjorda.

Vårdcentralen

- Fördröjd diagnos – ärendet avslutat, uppfyller rimliga krav
- Missad diagnos diabetes barn – ärendet avslutat
- Fördröjd diagnos, ligamentskada – ärendet ej avslutat

2.3 Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Beskriv hur ni arbetat med informationssäkerhet dvs.

1. de uppföljningar av informationssäkerheten som har gjorts som är av större betydelse,
2. de riskanalyser som har gjorts,
3. de åtgärder som har vidtagits för förbättring av informationssäkerheten som är av större betydelse,
4. den utvärdering vårdgivaren har genomfört av skydd mot olovlig åtkomst till datornätverk och informationssystem,
5. den granskning som har gjorts av hälso- och sjukvårdspersonalens journalföring.

Svar:

- Medarbetare rapportera fler avvikelser som berör informationssäkerhet - rubriksättning.
- Journalgranskning har genomförts inom folktandvården samt inom vårdcentralen som har berört personalärenden eller avsaknad av dokumentation.
- En genomgång av arkivförvaring har påbörjats i NSV. Minska risken att sekretesshandlingar sprids och att handlingar förvaras på ett säkert sätt.

3 RESULTAT OCH ANALYS

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

3.1 Egenkontroll

Beskriv måluppfyllelse dvs. en samlad analys av resultat utifrån satta mål, samt strategier/genomförda åtgärder för att nå dessa mål.

Under året har inte gjorts någon uppföljning av i vilken utsträckning egenkontrollen har genomförts.

3.2 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.

Svar:

Viktiga teman inom Vårdcentralen är:

- Bristande ID-hantering vid provtagning och korrespondens
- Remisshantering (inkommande och utgående)
- Telefonrådgivning, kompetens
- Suicid – ny rutin angående suicidbedömning

Rörande Folktandvården:

- Läkemedelshantering (rutin för dosering av lugnande läkemedel)
- Akut omhändertagande (beredskap inklusive syrgasmättnadsmätning och tillgång till motgift och syrgas)

Enhet	2020-01-01 - 2021-01-31
Folktandvården Halland	891
Ledning Närsjukvården Halland	8
Vårdcentralen Halland	840
Total	1739

Kategori Vårdcentralen

Kategori	2020-01-01 - 2020-12- 31
Administration	125
Arbetsmiljö	26
Brand	1
Ej kategoriserade	148
Fastighet/Drift	14
Informationssäkerhet	23
IT och kommunikationsteknik	35
Medicinteknisk produkt/Hjälpmedel	16
Miljö	3
Patient	637
Pedagogisk incident	2
Säkerhet	11
Transport	11
Vara/Tjänst	12
Övrigt	38
Total	1102

Kategori Folkatandvården

Kategori	2020-01-01 - 2020-12-31
Administration	114
Arbetsmiljö	79
Brand	1
Ej kategoriserade	77
Fastighet/Drift	12
Informationssäkerhet	5
IT och kommunikationsteknik	37
Medicinteknisk produkt/Hjälpmedel	85
Patient	651
Pedagogisk incident	11
Strålskydd	18
Säkerhet	1
Transport	16
Vara/Tjänst	71
Övrigt	21
Total	1199

3.3 Klagomål och synpunkter

Gör en samlad analys av klagomål och synpunkter samt beskriv några viktiga lärdomar som har spridits.

Svar:

Klagomål och synpunkter har främst hanterats lokalt på enheterna under året. I de fall de berört händelser som kunnat innebära risk för eller inträffad vårdskada har de hanterats som avvikelser, se ovan. I nuläget finns inte underlag för att kunna genomföra en övergripande analys.

Vårdcentralen totalt 209

Klagomål och synpunkter	
Vård och behandling	72 st
Resultat	8 st
Kommunikation	67 st
Dokumentation och sekretess	11 st
Ekonomi	6 st
Tillgänglighet	28 st
Vårdansvar Organisation	41 st
Administrativ hantering	12 st

Folktandvården totalt 36

Klagomål och synpunkter	
Vård och behandling	7 st
Resultat	0 st
Kommunikation	6 st
Dokumentation och sekretess	1 st
Ekonomi	2 st
Tillgänglighet	5 st
Vårdansvar Organisation	8 st
Administrativ hantering	2 st

3.4 Händelser och vårdskador

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

Svar: Se under avvikelser ovan.

4 Mål och strategier för kommande år

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

Under kommande år bör arbetet fortsätta med oförändrad övergripande inriktning och mål.

För Vårdcentralerna avses fortsätta utvecklingsarbete med bland annat hjärtsjukvård liksom tidigare år, gemensam utveckling och fastställande av Diabetesprocessen och fortsatt implementering och uppföljning av Egenkontrollprogrammet. Rörande avvikelserna om ID-hantering och provhantering undersöks möjligheterna att genomföra generella insatser för att stärka kompetens och rutiner för att minska risken för avvikelser. Arbetet i MLA-gruppen (medicinskt ledningsansvariga läkare) har stärkts under året och är fortsatt en viktig resurs i förbättrat patientsäkerhetsarbete.

Inom Folktandvården avser man skapa en gemensam patientsäkerhetsgrupp/kvalitetsråd och nya metodiker för att utveckla avvikelshanteringsarbetet och underlätta spridning av erfarenheter. OLA-gruppen (odontologiskt ledningsansvariga) är fortsatt viktig och man avser lyfta viktigare avvikelser i denna grupp för att underlätta gemensamt lärande.

5 Strålskyddsbokslut

Förvaltningar som bedriver verksamhet som omfattas av Strålsäkerhetsmyndighetens författningssamling ska till patientsäkerhetsberättelsen även bifoga strålskyddsbokslut utifrån , SSMFS 2018:5 3 kap 13§:

”13 § Varje år ska 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.”

Strålskyddsbokslut bifogas separat.

