

Patientsäkerhetsberättelse För Närsjukvården Halland År 2023



2024-01-12

Hans Nemecek
Magnus Garell
Daniela Björk

Diarienummer DN NSV240021

Inledning

Patientsäkerhetsberättelsen utgår från lagkrav och följer strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

Patientsäkerhetsberättelsen utgår även från metodiken för systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete och följer en nationellt framtagen mall.

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

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

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

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



Källa:

Socialstyrelsen ”Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024”

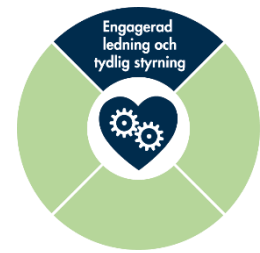
Innehåll

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	4
Engagerad ledning och tydlig styrning	4
Organisation och ansvar.....	4
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	5
En god säkerhetskultur.....	6
Patienten som medskapare	9
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	10
Öka kunskap om inträffade vårdskador	10
Tillförlitliga och säkra system och processer	13
Säker vård här och nu.....	13
Riskhantering.....	15
Stärka analys, lärande och utveckling	15
Avvikelse	16
Klagomål och synpunkter	18
Öka riskmedvetenhet och beredskap	19
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	20

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

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.



Organisation och ansvar

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

Närsjukvården Hallands ledningsgrupp ansvarar för övergripande mål och strategier för patientsäkerhetsarbetet i förvaltningen. Verksamhetscheferna är ytterst ansvariga för patientsäkerheten i verksamheterna och ansvarar för hanteringen av egenkontrollprogrammet. Medarbetarna är ansvariga för att aktivt medverka i arbetet med att undvika vårdskador. Chefläkare, cheftandläkare och verksamhetsutvecklare stödjer chefer och medarbetare i patientsäkerhetsarbetet.

Chefläkare eller cheftandläkare tar ställning till anmälan enligt lex Maria.

Utöver nationella regelverk för hälso- och sjukvård, utgår patientsäkerhetsarbetet inom förvaltningen från en lokal handlingsplan för ökad patientsäkerhet, som tagits fram utifrån den regionala handlingsplanen. Arbetet med att ta fram den lokala handlingsplanen genomfördes genom workshop med alla förvaltningens verksamhetschefer, med hjälp av stödfunktioner från ledning och stab. Verksamhetscheferna har fått svara på vilka aktiviteter i verksamheterna som är viktiga att genomföra för att bidra till att uppnå målen med den regionala handlingsplanen. Det resulterade i fyra prioriterade områden med aktiviteter:

- Ökad användning av simulering och färdighetsträning
- Patientsäkerhet som del av verksamhetsplan
- Kompetensutveckling för befintliga medarbetare
- Kompetensutveckling för nya medarbetare

Verksamheterna har arbetat med följande under året inom dessa områden:

Ökad användning av simulering och färdighetsträning

HLR och brandutbildning genomförs enligt rutin. Scenarioutbildning i akuta situationer har genomförts i ett par verksamheter.

På grund av det ekonomiska läget har verksamheterna haft en återhållsamhet mot externa kostsamma utbildningar.

Patientsäkerhet som del av verksamhetsplan

Som beskrivet ovan är patientsäkerhet inkluderat som mål i Närsjukvårdens verksamhetsplan och indikatorer följs.

Kompetensutveckling för befintliga medarbetare

Auskultation har genomförts både i egna och i andra verksamheter. Exempelvis genom årlig analysverkstad, ett koncept där en vårdcentral besöks av kollegor från två andra vårdcentraler över två dagar. Syftet är att genom ett utifrånperspektiv kunna ge vårdvårdcentralen idéer både om vad de redan idag kan vara stolta över och vad skulle kunna förbättra. Riskområden och styrkor identifieras. Genomgången leder till konkreta förslag på åtgärder för att förstärka bland annat patientsäkerheten. Styrkor som identifierats är bland annat laganda och engagerade medarbetare. Utvecklingsbehov är bland annat att den fysiska verksamheten behöver vara så störningsfri som möjligt för att bevara fokus i arbetet. Telefon, chatt och entré behöver bevakas för att säkerställa att alla patienter kommer fram.

Auskultation har också genomförts inom verksamheter för att öka kunskap och förståelse för varandras arbetsuppgifter, likaså hos andra vårdgivare utanför Närsjukvården som är involverade i patientens vård.

Medarbetare delar kunskap med sina kollegor på APT och i professionsgrupper efter utbildningar i syfte att lära av varandra och inte upprepa tidigare misstag.

Kompetensutveckling för nya medarbetare

För nya medarbetare används checklista i alla verksamheter för att säkerställa en systematisk introduktion som också syftar till att bidra till hög patientsäkerhet. Där ingår kännedom om riktlinjer och rutiner på intranätet inklusive rutin för rapportering av avvikelser. Även obligatoriska utbildningar som exempelvis brandutbildning och HLR ingår.

Den regionala handlingsplanen, som ligger till grund för den lokala handlingsplanen, handlar om ledningens engagemang och styrning, adekvat kunskap och kompetens inom sin vårdprofession och patientsäkerhetsarbete och att stärka analys lärande och utveckling för att förstå vad som bidrar till en god och säker vård.

Handlingsplanen har integrerats i förvaltningens verksamhetsplan med målformulering "*stärka kompetens, analys, lärande, kunskaps- och erfarenhetsutbyte i det systematiska patientsäkerhetsarbetet*".

Indikatorer som följs är

- Andel avslutade avvikelser inom tre månader.
- Följsamhet till strukturerad journalgranskning
- Läkemedelsgenomgångar

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Samverkan mellan BVC och Folktandvården

Pilotprojekt för att minska förekomsten av karies hos små barn genom förebyggande arbete fortlöper. Syftet med projektet är ökat samarbete mellan primärvård och folktandvård, för att främja munhälsa små barn. Ökning av karies hos små barn riskområden är en av anledningarna till samarbetet. Kommunikationen mellan FTV och BVC har ökat och munhälsa för barnen tas upp på BVC, däremot har inget större

remissflöde mellan enheterna setts ännu, detta är något som önskas för att fånga upp de barnen som har störst behov av vård.

Samverkan psykisk ohälsa

Samverkansforum sker fortlöpande mellan Närsjukvården och Öppenvårdspsykiatri i kommunerna för att förbättra omhändertagandet av patienter med psykisk ohälsa, där vårdövergångar har visat sig särskilt sårbara. En suicidpreventionssamordnare anställdes inom Närsjukvården i januari 2023. Tillsammans med en suicidpreventionssamordnare från psykiatri har en förvaltningsövergripande riktlinje för suicidriskbedömning tagits fram under året, vilken planeras fastställas i början på 2024.

Regional samverkan

Chefläkarnätverk är etablerat i regionen för utbyte av erfarenheter, där även cheftandläkare medverkar. Verksamhetsutvecklare i patientsäkerhetsfrågor har också motsvarande regionalt nätverk med regelbundna möten som syftar till att skapa en gemensam syn kring hur patientsäkerhetsarbetet kan användas som en del i utvecklingen av hälso- och sjukvården.

Läkarmedverkan identifierade brister inom ett flertal områden vid utskrivning av patienter från sjukhusen till korttidsboendena hösten 2022. Under året instiftades därför en arbetsgrupp för ”Trygg och säker utskrivning” på Hallands sjukhus i syfte att förbättra utskrivningsprocessen där både kommunerna och närsjukvården haft representanter i arbetsgruppen. Aktiviteter som förändringar i läkemedelshandlingen, förändringar av arbetsätt, informationskampanjer med mer har hållits under året men kommer fortsättningsvis också följas upp av gruppen.

Under pandemin initierades regelbundna möten mellan kommunernas medicinska företrädare (MAS), vårdhygienavdelningen och Smittskydd där även företrädare för närsjukvården varit representerad. Dessa forum har fortsatt vara aktiva, men mötena har glesats ut då infektionsbördan i samhället minskat. Att samarbeta över både förvaltnings- och organisationsgränserna har varit viktigt för att få kunskap om varandras utmaningar med infektioner och skyddsutrustning, och att snabbt kunna agera efter behov.

En god säkerhetskultur

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

Resultat från årets medarbetarenkät, där HSE hållbart säkerhetsengagemang, inkluderats för första gången, visar ett index på 76 för Närsjukvården, vilket indikerar en övervägande god säkerhetskultur, men också att det finns utrymme för förbättringar. Frågorna handlar om hur verksamheterna arbetar med risker och avvikelser och hur det som fungerar bra tas tillvara på och utvecklas. Index i samtliga förvaltningar i Region Halland är 74–76. Resultatet möjliggör underlag för fortsatt förbättringsarbete under år 2024.



Inom Närsjukvården har tidigare en årlig patientsäkerhetsrond genomförts med varje verksamhet i syfte att skapa dialog kring aktuella patientsäkerhetsaspekter och i viss mån förmedla kunskap och råd för fortsatt arbete. Chefläkare, cheftandläkare och verksamhetsutvecklare inom patientsäkerhet har under 2023, genom dialog med verksamheterna, identifierat behov av närmare samarbete kring patientsäkerhet med verksamheterna än vad ronderna har kunnat bidra till.

I dialogen med vårdcentralen har behovsinventering kring stöd i patientsäkerhet genomförts med ledningsgrupperna. Behov som uttalats är bland annat att alla medarbetare får kunskap och reflektionstid tillsammans med förvaltningens stödfunktioner inom patientsäkerhet. Behoven ligger till grund för ett strukturerat stöd som kommer att konkretiseras och implementeras i början av år 2024 och kommer att vara en del i handlingsplanen för att stärka analys lärande och utveckling.

I dialogen med folktandvårdens ledningsgrupper har fokus primärt varit att identifiera eventuella risker för vårdskada i övergången mellan den tidigare organisationen och den nya och som bör åtgärdas skyndsamt. Inga akuta allvarliga risker har identifierats. Kontinuerlig kommunikation har skett mellan avrapporterande chefer för klinikerna till de nya verksamhetsområdescheferna. Med anledning av tidigare identifierade behov av att etablera ett närmare samarbete kring patientsäkerhet och också behov av att lyfta fram förbättringar och lärande utifrån identifierade risker och avvikelser, kommer ett strukturerat stöd att implementeras i folktandvården i början av 2024 och ingå i handlingsplanen.

Fem verksamheter inom Vårdcentralen Halland arbetar systematiskt med riskidentifiering genom verktyget Gröna Korset. Alla folktandvårdens kliniker och tre vårdcentraler använder förbättringstavla enligt PDCA¹ för systematiskt förbättringsarbete. På alla folktandvårdens kliniker finns förbättringsledare som stödjer det systematiska förbättringsarbetet. Generellt upplevs förbättringstavlan bidra till att fånga upp och åtgärda risker och avvikelser. Ett genomgående intryck från möten med verksamheterna är att dessa metoder bidrar till en god struktur, allas delaktighet och ökat engagemang i patientsäkerhetsarbetet.

Dialog kring avvikelser och övrigt patientsäkerhetsarbete sker regelbundet på arbetsplatsträffar i verksamheterna. Vid de återkommande nätverksträffarna med MLA och OLA diskuteras patientsäkerhet och avvikelser, för lärande och erfarenhetsåterföring.

I introduktionsprogram för alla nya medarbetare ingår information om patientsäkerhetsarbete, vilket sedan följs upp i medarbetarsamtal. Den årliga journalgranskningen, enligt egenkontrollprogrammet, sker i grupp och schemaläggs. Resultatet har inte visat några allvarliga brister i journalföringen, däremot har man sett ett värde i genomgången då man fått tips och förslag på hur anteckningarna bäst kommer till sin rätt. Granskningsresultaten presenteras på arbetsplatsträffar i verksamheterna.

Det ekonomiska läget för närsjukvården som kom efter pandemin blev en utmaning på många sätt, men trots det bedöms patientsäkerheten inte ha blivit hotad. Under året har

¹ PCDA: Plan, DO, Check, Act, ett koncept i Kaizenmetodik som stöd i förbättringsarbetet, ofta i pappersform.

patientsäkerheten uppmärksammats genom en patientsäkerhetsutbildning för verksamheten, samt uppföljning på verksamhetsmöten.

Detta har lett till en förbättrad patientsäkerhetskultur i att antalet rapporterade avvikelser har ökat.

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.



Kunskapsinhämtning

Under våren hölls en utbildning i patientsäkerhet för vårdcentralens chefer och MLA-läkare. Flera viktiga patientsäkerhetsaspekter i arbetet lyftes, bland annat **lokala säkerhetsronder** och **safety netting** vilket tas upp nedan. Utbildningen bidrog till att uppdraget kring patientsäkerhet tydliggjordes för både verksamhetscheferna och de medicinskt ansvariga läkarna på vårdcentralerna. Intresset för frågorna påverkade efterföljande möten under året där ämnet efterfrågades i högre grad än föregående år.

I samband med ett par lex Maria-anmälningar under året uppmärksammades bland annat kunskapsluckor i handläggning av SVF-ärenden (Standardiserat VårdFörlopp). Under året börjades det därför skissas på en fortbildningsstrategi för läkarna i primärvården för att bibehålla den medicinska kompetensen och med den patientsäkerheten. Behov sågs också för övriga medarbetare vilket framöver kommer bokas in. Fem datum har bestämts för 2024 där även programinnehåll delvis är fastslaget. Tanken är att denna ska fortgå framöver.

Kollegiala träffar finns aktiva i de flesta geografiska närområdena vilket uppmuntras av Närsjukvårdens ledningsgrupp, men både att arrangera samt planera in olika utbildningar i dessa åligger läkarkollegiet i privat och egen regi. Syftet är både uppdatering av aktuella ärenden i sitt geografiska område men också att få fortbildning från inbjudna föreläsare.

Folktandvården har en växande samling digitala utbildningar som är tillgängliga för alla anställda. Det passar verksamheten bäst med digitala utbildningar då vi har en relativt hög personalomsättning och när man är ny har ett behov att gå vissa utbildningar och med en digital variant är detta möjligt omgående.

Styrande dokument finns i ledningssystemet som nås via intranätet. Under året har databasen för ledningssystemet bytts och därför har det tidvis varit svårt att hitta dokument där. Då det sällan används av verksamheten ses här en tydlig utvecklingspotential. Kunskap och erfarenhetsutbyte sker via arbetsplatsträffar och interna och externa professionsnätverk. Genom årligt medarbetarsamtal inventeras fortsatt utbildningsbehov.

Två vårdflöden har implementerats på folktandvården, "Karies Röd" och "Parodflödet", detta består av en samling rutiner och processkartor för att guida tandläkare för att kunna ge rätt vård och framförallt den bästa vården där den behövs som mest. Implementering har skett via nätverket för odontologiskt ledningsansvariga tandläkare. Denna implementering förväntas ge

goda resultat på sikt då det framförallt handlar om orsaken till själva sjukdomen med mindre fokus på symtombehandling.

Säker bemanning

Schema och bemanning fördelas och styrs utifrån verksamhetens behov där medarbetarnas kompetens och erfarenhet är en del i planeringen. Nya medarbetare arbetar tillsammans med mer erfarna och specialiserade kolleger för kunskapsöverföring för att säkra patientens omhändertagande. I Folk tandvården ges medarbetare tillgång till handledning av erfaren kollega på plats eller digitalt, i handledningen ingår en genomgång av folk tandvårdens rutiner och riktlinjer. Nya medarbetare i folk tandvården går ett introduktionsprogram med föreläsningar och träffar.

Systemförståelse och kunskap om förbättrings- och implementeringsarbete

Kunskap och användning av förbättringsmetodik varierar, där några verksamheter ses ha en god förbättringsstruktur medan andra har ett utvecklingsarbete att göra. Inom Folk tandvårdens alla verksamheter finns en lokal förbättringsledare som utbildats inom förbättringsmetodik och som ansvarar för att stödja det systematiska förbättringsarbetet i verksamheten, med hjälp av förbättringstavla och dedikerade möten. Alla medarbetare involveras och är delaktiga i förbättringsarbeten inom dessa verksamheter. Underlag till förbättringar är bland annat risker och avvikelser som rapporterats. Förbättringsledarna ingår i ett nätverk med syfte att dela och inhämta kunskap kring förbättringsmetodik och arbetsmetod.

Generellt behöver resultat av förbättringsarbete synliggöras. Dels för att sprida lärande och för att öka förståelsen för förbättringsprocessen där en väsentlig del innebär att vidta effektfulla åtgärder som följs upp systematiskt.

Med bakgrund av ovanstående planeras att representanter från vårdcentraler i Kungsbackaområdet testar att nätverka i syfte att dela frågor och lärande kring processen för risk- och avvikelshantering. Möten kommer att genomföras strukturerat och sammankallas av verksamhetsutvecklare inom patientsäkerhet i Närsjukvården.

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 §



Samverkan med patienter och närstående sker vid utredningar, hantering av klagomål och synpunkter samt analys av händelser som har medfört eller hade kunnat medföra vårdskada.

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. Synpunkter och klagomål från patient och närstående rapporteras och bearbetas som avvikelser och används som underlag vid förbättringsarbete.

Patienten informeras om de olika alternativen till behandling och får aktivt delta i den fortsatta planeringen och åtgärderna. Kostnadsförslag ges inom tandvården.

Inom vårdcentralen 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 (det som ovan benämns ”safety netting”). Bakgrunden till förbättringsarbetet är allvarlig vårdskada som delvis berott på att patienten inte sökt vård i rätt tid trots allvarliga symtom men också på grund av remissvar som missats, där patienten inte hört av sig och efterfrågat remissvar. Vårdskada hade kanske kunnat undvikas om patienterna varit informerade om planerat vårdförlopp och när vård borde ha sökts igen.

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.

Synpunkter inhämtas via Nationella patientenkäten och kundnöjdhetsundersökningar och ligger till grund för förbättringsarbeten.

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.

Mått och analyser av ett urval av egenkontroller i bilaga 1.

Öka 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.



Har vården varit säker

Systematisk rapportering av avvikelser görs på Region Hallands intranät. Ärenden kommer även in via patientnämnden, IVO, och via LÖF. Verksamhetschefer ansvarar för att utredning och åtgärder genomförs och tar stöd i verksamheten av MLA, OLA och eventuellt andra berörda medarbetare. Chefläkare/cheftandläkare och verksamhetsutvecklare ger stöd utifrån behov.

Vid händelse som har eller hade kunnat medföra allvarlig vårdskada görs en händelseanalys och kommunikation sker då också med patient och eventuellt anhöriga. Utifrån händelseanalysen upprättas en handlingsplan för förbättrande åtgärder. Allvarliga händelser och åtgärder delas och diskuteras på chefmöten och MLA-/OLA-möten, för att sprida kunskap och på så sätt förhindra liknande händelser.

2018 avvikelser har rapporterats av Närsjukvården under 2023, vilket är fler än under 2022 då 1734 avvikelser rapporterades. Ökningen är en positiv effekt av årets möten med verksamheterna där avvikelserapportering getts ökat fokus. Av dessa har 14 vårdskador bedömts som allvarliga och rapporterats enligt lex Maria. Antalet rapporterade allvarliga händelser har ökat från fyra under föregående år, vilket också beror på ökat fokus att identifiera allvarliga vårdskador. Behov av tydligare verksamhetsövergripande rutin och metod för utredning av allvarlig vårdskada har identifierats. Med anledning av detta kommer en regiongemensam rutin för händelseanalys vid allvarlig vårdskada att tas fram under 2024.

Identifierade riskområden

Vårdcentral

Att bibehålla hög kompetens inom närsjukvårdens alla områden är en stor utmaning med den snabba medicinska utvecklingen som sker. Att den enskilde läkaren själv ska hålla sig uppdaterad är inte möjligt, och därför har en återkommande fortbildning inplanerats vilken kommer starta i januari 2024.

Under året noterades att stafettläkare figurerade i hälften av alla lex Maria-ärenden som närsjukvården rapporterade under året. Identifierad orsak är att tillfällig personal inte kan lokala rutiner och arbetssätt. Detta ledde till tankarna om att helt försöka klara sig utan tillfällig personal. Arbetet initierades därför under året tillsammans med övriga förvaltningar, och riskanalyser togs fram tillsammans med all övrig planering för att vara förberedda på vad detta skulle innebära. Sista dag med tillfällig personal för primärvården är satt till 31/1 2024.

Kunskapsstyrningen har inneburit utmaningar för primärvården då fastställda vårdförlopp innebär ambitionsökningar och på så sätt tränger undan andra diagnoser vars förlopp ännu inte är framtagna. Implementeringen av flera fastställda förlopp har heller inte fungerat som önskat. Därför har arbetet lagts på den nybildade Kvalitets- och utvecklingsavdelningen som under hösten startade upp träffar med de hittills utsedda processledare i närsjukvården. Syfte är att samla kompetensen och genom nätverket kunna hjälpa varandra med implementering av förloppen.

Kunskapen om arbete med SVF cancersjukdomar har blivit bättre, men fortfarande finns brister i följsamheten till satta rutiner för SVF för cancersjukdomar. Kvalitetsindikator finns för andel SVF-märkta remisser för utredning i specialistvården vilken nu ligger över nationellt medelvärde. Ett för lågt värde indikerar att SVF-förloppen inte följs. Ett för högt värde är heller inte bra då undanträngningseffekter i vården blir påtagliga. Indikatorn fortsätter följas även under 2024.

Stora skillnader i rapporterade avvikelser mellan vårdenheterna har uppmärksammats. Antal förväntade avvikelser kan inte förklaras på annat sätt än underrapportering. För att höja den allmänna patientsäkerhetskulturen har en rad aktiviteter påbörjats:

- Uppdragsbeskrivningen för MLA tydliggjorts. Tex. ska de framöver handlägga alla medicinska ärenden.
- Patientsäkerhetsutbildning för både MLA och verksamhetschefer i patientsäkerhet har hållits under året
- Informationsspridning kring patientsäkerhet på APT där MLA ansvarar tillsammans med verksamhetschef
- Förändring av patientsäkerhetsronder i verksamheten kommer ske under 2024
- Fortbildning i allmänmedicin inplanerad för 2024

Folktandvård

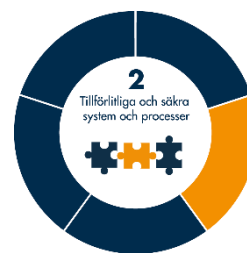
2022 inleddes en satsning inom folktandvården för att höja kvalitén på röntgenbildtagning då det uppmärksammats brister som resulterat i vårdsador. 2023 har avvikelser gällande röntgenbildtagning minskat väsentligt och inga vårdsador, som följd av dålig kvalitet på bilder, har rapporterats. Den positiva utvecklingen bedöms bero på de uppmärksammade avvikelserna från föregående år och den utbildningen av all kliniskt aktiv personal som startades efter dessa. Utbildningen har fortsatt under 2023 som en löpande kompetensutveckling, på grund av det goda resultatet med färre avvikelser kopplade till bildtagningen, och för att den varit mycket uppskattad bland personalen.

I början av året inträffade en sterilincident på en folktandvård i regionen. Använda instrument blev inte rena vid körning i diskdesinfektor, förmodligen på grund av felaktig packning, och hamnade senare på behandlingsrum och användes sedan på upp till fem patienter. Förutom att ta hand om personerna som potentiellt behandlats med de smutsiga instrumenten har ett arbete med sterilrutiner genomförts. Befintliga rutiner har uppdaterats, en ny funktion "sterilombud" har tagits i bruk, och vid varje pass skall det tydligt finnas en person som är ansvarig för sterilen som kontrollerar ilastning och urtagning av allt gods som passerar diskdesinfektorn. Dessa förändringar säkerställer att risken för en ny liknande händelse är låg.

Den största och mest hotande risken mot patientsäkerheten och folktandvårdens fortsatta existens är personalbrist eller kanske snarare kompetensbrist. Folktandvården har ca 20% personalomsättning, vilket i sig inte behöver vara särskilt hotande, men bedömningen är att det ofta är erfarna och duktiga medarbetare som, om det går att rekrytera någon över huvud taget, byts ut mot nya och oerfarna kollegor. Nya och effektiva arbetsätt är bra men räcker inte för att parera upp det tappet i produktion och kompetens som detta lämnar oss med. Risken är att vårdkvaliteten, vårdproduktion och patientsäkerheten blir lidande i en verksamhet med övervägande nya medarbetare och hög personalomsättning.

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.



Hur tillförlitliga är arbetsprocesser och system

Närsjukvården har ett egenkontrollprogram som ska utgöra ett samlat stöd för de egenkontroller som verksamheterna är ålagda att genomföra enligt lag och regionala styrdokument. Till exempel årlig journalgranskning, läkemedelsgenomgång eller informationssäkerhet.

De två förstnämnda är exempel på egenkontroller som också följs upp och dokumenteras i Stratsys. De flesta egenkontrollerna finns enbart i Egenkontrollprogrammet och signeras på ett utskrivet dokument i pappersformat. I möten med verksamheterna har behov identifierats av att göra det enklare att bedriva egenkontroller med stöd av ett digitalt program, då dagens format gör att verksamheterna generellt inte använder programmet som ett kontinuerligt stöd, utan på begäran vid uppföljning. Efter årsskiftet kommer ett arbete göras för att se vilka möjligheter Stratsys kan ge för verksamheternas egenkontroller.

Läkemedelsenhetens informationsläkare åker ut till alla vårdcentraler två gånger om året för att informera om verksamheternas läkemedelsförskrivning, vilket bidrar till ökad följsamhet till riktlinjer. Man följer även antibiotikaförskrivningarna och rekommendationerna från STRAMA (Strategigruppen för rationell användning av antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens). Postpandemiskt har antibiotikaförskrivningen varit låg, men nu ökat mer än önskat vilket uppmärksammats.

Folktandvården i region Halland är tredje "bäst" i landet gällande förskrivning av antibiotika, dock nås inte målet på maximalt två fler recept per 1000 patienter än den bästa regionen. Den regionen som skriver ut minst antal recept är Västerbotten och här skulle man kunna tänka sig att det låga antalet av antibiotika-förskrivningar beror på en brist på tandläkare.

En psykolog anställdes vid årsskiftet som suicidpreventionssamordnare för att i samarbete med motsvarande person inom psykiatri ta fram en rutin för suicidriskbedömning och handläggning kring hur dessa patienter ska omhändertas mellan förvaltningarna. Arbetet har redan påbörjats med att förankra rutinen på ledningsnivå, samt att se över det nya arbetssättet den innebär. Planeringen är att skicka ut rutinen på en ny synpunktsrunda och efter årsskiftet fastställa innehållet.

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.



Är vården säker idag

Arbetet med avvikelser och ärenden av allvarligare natur har intensifierats under året där arbetsbeskrivningen för de medicinskt ansvariga läkarna (MLA) på vårdcentralerna uppdaterats. Syftet är att de skulle få en tydligare roll i verksamheternas ledningsgrupper för att både driva patientsäkerheten och den medicinska kvaliteten i vården lokalt.

Uppdatering av rutin kring händelseanalys av allvarligare händelser har också gjorts under året för att betona vikten av att beskriva effektiva åtgärder för att förhindra att avvikelser och negativa händelser ska ske igen.

Chefläkare har efter sommaren också informerat patientnämnden om hur närsjukvården hanterar avvikelser och lex Maria-ärenden vilket var uppskattat. Det konstaterades där att sjukvården är ett mycket komplext system, men att patientsäkerhetsarbetet finns med i alla skeenden som efterfrågades.

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

I verksamhetsplanen för primärvården finns mål att genomföra läkemedelsgenomgång årligen hos alla patienter över 75 år med fler än fem läkemedel. Målet ökades för 2023 till att minst 50% av läkemedelsgenomgångarna skulle klaras av under året. Dessvärre nåddes inte det men det blev ändå en ökning i absoluta tal med 2200 fler genomgångar än året dessförinnan. Kanske målet var väl ambitiöst tilltaget? Att målet inte nåddes kan ändå ha flera förklaringar, men också att uppgiften registreras fel eller helt glöms av även om genomgången är gjord.

Även inom området hjärtsvikt har det skett en utveckling under året då det tillkommit indikation för annan grupp av läkemedel (så kallade SGLT2-hämmare) för flertal av dessa patienter. Alltså styr nu underdiagnos val av läkemedel, vilket gör att vi inte längre kan jämföra tidigare siffror eftersom underdiagnos oftast inte är registrerad i nuläget. Då omhändertagandet av gruppen är under utveckling inväntar vi nästa års siffror.

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.

Odontologiskt ansvariga tandläkare från respektive folktandsvårdsklinik träffas månadsvis för att utbyta erfarenheter och lära av varandras avvikelser och förbättringsarbeten. Avvikelsehanteringen har uppdaterats för folktandvården, med ett ändrat rubriksättningssystem för att lättare kategorisera ta ut statistik från avvikelser. Syftet är att göra avvikelsehanteringen enklare och lättare få en överblick över avvikelser och kunna analysera dessa.

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.

Gröna Korset används på fem vårdcentraler som metod för att lyfta och åtgärda risker gemensamt, för att undvika vårdskada. Ytterligare en vårdcentral planerar att införa metoden under 2024.

Inom Folk tandvården fångas identifierade risker upp genom förbättringslappar som alla medarbetare ansvarar för att inkomma med. Dessa följs sedan upp med förslag om förbättring, åtgärd och resultat. Det varierar mellan de individuella klinikerna hur bra det fungerar, förmodligen beroende på kultur och intresse hos ledningen. När det fungerar bra är det en viktig del av det förebyggande förbättringsarbetet.

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.



I vilken mån förbättras system och arbetsätt utifrån tillgänglig information

Lex Maria-ärenden har lett till:

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

Förra årets journalgranskning har lett till utbildning i röntgen för tandvården, som fortlöper under året.

Flertal indikatorer följs via Primärvårdskvalitet (nationellt system för kvalitetsdata) kontinuerligt för att vidmakthålla kvaliteten i vården.

Avvikelser

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

Över lag finns det ett öppet och tillåtande klimat där verksamheternas ledningsgrupper uttrycker att identifierade risker och avvikelser betraktas som ett lärande och att utredningar har ett verksamhetsfokus. Flera verksamheter för dialog om risker och avvikelser på gemensamma arbetsplatsträffar. Genom möten med verksamheterna har ett generellt behov identifierats av att stärka patientsäkerhetskulturen där verksamhetschefer tar större ansvar för att medarbetare rapporterar risker och avvikelser och att dessa dokumenteras och utreds systematiskt. Idag hanteras vissa avvikelser, som innebär potentiell risk för vårdskada, direkt och i dialog på arbetsplatsen, utan skriftlig rapportering och hantering i avvikelssystemet. I den enskilda verksamheten uppfattas det ibland som en framgångsfaktor men är negativt ur perspektivet horisontellt lärande. Ett hinder i arbetet med risker och avvikelser är avvikelssystemet Platina, som av nästan samtliga verksamheter uppfattas som alltför svårt och omständligt. Sedan början av året mäts andel avslutade avvikelser inom tre månader, som rapporterats i Platina. Måluppfyllnad för året är 78%. Utbildning och information om avvikelshantering har getts under året och kommer fortsatt att ges under 2024 för att öka kunskap och förståelse i avvikelshanteringssystemet.

Som stöd i det dagliga arbetet används, som tidigare nämnts, Gröna Korset eller förbättringstavla. Dessa metoder stödjer medarbetarna i att gemensamt lyfta och åtgärda risker och avvikelser i verksamheterna.

Dialog om avvikelshantering och patientsäkerhetskultur har förts med verksamheterna på möten med verksamhetschefer och MLA/OLA. Syftet har varit öka förståelsen för vikten av rapportering och systematisk hantering av risker och avvikelser och hur detta kan bidra till ökad patientsäkerhet.

På nätverksträffar med olika professioner förs dialog om risker, avvikelser och förbättringsarbeten i syfte att sprida och återföra erfarenheter och ny kunskap mellan yrkeskategorier och verksamheter.

Lärdomar

Inom kategorin behandling och omvårdnad rapporteras flest avvikelser. Den enskilt största orsaken till avvikelser som anges är relaterat till procedurer, rutiner och riktlinjer. I första hand avsaknad av eller avsteg från rutin/riktlinje. Den vanligaste åtgärden är att informera om aktuell rutin på personalmöte. Forskning visar att detta är en vanligt förekommande åtgärd inom sjukvården, men har samtidigt begränsad effekt på framtida risk för vårdskada. Åtgärder som har störst effekt är sådana som är tekniska eller fysiska, som hindrar människan från att göra fel. Andra effektiva åtgärder är exempelvis praktisk övning eller mindre arbetsbelastning, enligt Sveriges Kommuner och Regioner (SKR).

En viktig lärdom som identifierats tidigare är att förbättra dokumentationen i alla steg av bearbetningen av avvikelser för att öka möjligheten att identifiera systemfel. Regional chefläkare har lyft detta i chefläkarnätverket och initierat ett arbete kring regiongemensamma rutiner.

Vanliga avvikelser i verksamheterna är relaterade till exempelvis:

- ny och befintlig personal som inte känner till eller har svårt att hitta rutiner.
- missad diagnos inom folktandvård och försenad diagnos inom vårdcentral.
- remisser och provsvar som missas i övergångar mellan personal inom vårdcentral.
- samverkan mellan vårdcentral och specialistvården angående remissflöden.
- samverkan mellan folktandvårdskliniker och dentallab.
- tekniska problem med röntgenapparatur inom folktandvård.
- administrativa missar, exempelvis att patient inom folktandvården missas att bokas.

Lärdomar som erhållits från avvikelser och IVO-ärenden är samt de åtgärder som tagits fram i samband med dessa är att:

- undvika tillfällig personal som inte kan rutiner/har oklar kompetens.
- en fortbildningsinsats initieras för att kompensera för den kompetensbrist som visat sig i några allvarliga ärenden avseende SVF-rutiner.
- oklart ansvar/slarv uppdagats. Detta har lett till lokalt förtydligande av ansvarsområden och att tydliggöra uppdrag för till exempel dagjour och sterilpersonal.
- vikten av att alltid tänka 3 differentialdiagnoser vid möte med patienter har lyfts både i patientsäkerhetsutbildningen under våren, samt diskuterats vidare på MLA-möten.
- vikten av bra samarbete över vårdgränserna har betonats, både mot MAS/kommunsköterskor och övriga förvaltningar, liksom även socialförvaltningarna.
- många avvikelser har setts vid förändringar i vården för patient och verksamhet, till exempel vid läkemedelsförändring och personalbyten.

Exempel på genomförda förbättringar

- Rondarbete för prioriterade patientflöden inom ett antal vårdcentraler testas.
- Förbättrat introduktionsprogram där nya medarbetare får gå bredvid olika professioner, för ökad förståelse.
- Ett omfattande kvalitetsarbete med intraorala röntgenbilder fortgår sedan föregående år, där tandvårdens personal vidareutbildas med bildtagning i fantomdocka och i röntgenprogram.
- Utbildning om allvarliga symtom som kan bero på cancer.
- Ett arbete kring sterilarbetet på folktandvården som inkluderar nya rutiner och en ny funktion "sterilombud" har införts

Antal rapporterade avvikelsekategorier inom Närsjukvården Halland 2023

Kategori	2023-01-01 - 2023-12-31
Administration	449
Arbetsmiljö	98
Brand	2
Ej kategoriserade	189
Fastighet/Drift	7
Informationssäkerhet	10
IT, tele och kommunikationsteknik	40
Medicinteknisk produkt/Hjälpmedel	104
Miljö	6
Patient	1364
Pedagogisk incident	6
Strålskydd	15
Säkerhet	16
Transport	8
Vara/Tjänst	43
Övrigt	78
Total	2435

Antal kategorier överstiger antalet rapporterade avvikelser då det är möjligt att välja flera kategorier för varje avvikelse, i avvikelssystemet.

Klagomål och synpunkter

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

Inkomna ärenden till Patientnämnden sammanställs och skickas månatligen till verksamheterna och till ledning och stab som arbetar med patientsäkerhet. Ärenden som kommer till verksamheten via Patientnämnden och IVO ska rapporteras som avvikelser och bearbetas enligt rutin för avvikelshantering. De ingår därmed i den samlade statistiken och analysen av avvikelser. Ett identifierat behov är att ytterligare stärka följsamhet till rutinen att rapportera patientklagomål som avvikelser.

Klagomål relaterat till Vård och Behandling och Kommunikation är mest förekommande. Förbättrande åtgärder har gjorts genom att undvika återhänvisning av patienter inom Vårdcentralen Halland. Arbetet har inte kunnat följas genom indikatormätning på ett lämpligt sätt då aktiviteten har varit svår att mäta. Istället är detta ett pågående arbete att ständigt uppmärksamma och prata om det i dialog med chefer och medarbetare. Till verksamhetsplan 2024 blir arbetet med att undvika återhänvisning en kritisk framgångsfaktor för att nå övergripande mål.

Inom Folk tandvården har tydligare behandlingsplaner och kostnadsförslag gjorts för att hålla patienter välinformerade.

Antal inkomna klagomål och synpunkter till Patientnämnden för Närsjukvården 2023

Kategori	2023-01-01 - 2023-12-31
Vård och Behandling	118
Resultat	11
Kommunikation	63
Dokumentation och sekretess	9
Ekonomi	18
Tillgänglighet	23
Vårdansvar och organisation	21
Adm hantering	8
Övrigt	0
Totalt	271

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.



Kommer vi att arbeta patientsäkert i framtiden?

Utbildning i patientsäkerhet har genomförts för både verksamhetschefer och MLA vilket var uppskattat och bidrog till både en bättre förståelse av patientsäkerhet som begrepp och även fick verktyg att jobba vidare med lokalt. Processledarna har haft återkommande möten för att utbyta erfarenhet och få stöd i arbetet av kolleger i samma situation. En utmaning är att få genomslag i de nya arbetssätten förloppen rekommenderar.

I folktandvården lyfts de nya nationella riktlinjerna i gruppen för odontologiskt ledningsansvariga tandläkare, därifrån sprids de och implementeras klinikvis.

Ett utbildningspaket i intraoral och panoramaröntgen fortlöper för folktandvården. Utbildningen består av en praktisk del med bildtagning på fantomdocka och en digital del med syfte att öka förståelsen för bildtagning. Syftet med utbildningen är att träna på att ta bra bilder för bättre diagnostik. Två utbildningsstationer finns, en i norra och en i södra Halland.

Relevanta identifierade områden inom Närsjukvården

Arbetet med avvikelser, patientnämndsärenden och IVO-ärenden liksom andra inkomna ärenden har identifierat en rad riskområden där aktiviteter påbörjats vilket tagits upp ovan och gäller främst systematiska avvikelser. En stor aktivitet som även identifierats i det nationella chefläkarnätverket är hur kulturen påverkar säkerheten med attityder, bemötande och ansvarsförhållanden. Detta är något som mer kommer tas upp i olika forum framgent.

Utbildning med fokus på att identifiera cancersjukdomar, nydebuterad diabetes. I folktandvården har de nya rutinerna för sterilarbete delats och diskuterats på chefsmöte.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

I närsjukvårdens strategiarbete har fyra områden identifierats som särskilt viktiga:

- Etablera ett systematiskt patientsäkerhetsarbete utifrån Närsjukvården Hallands handlingsplan
- Utveckla individuell vård och stärka efterlevnad av vårdförlopp
- Etablera struktur och systematik för arbete med informationsdriven vård och utveckling
- Säkerställa införande av framtidens vårdinformationsstöd

Öka kunskap om inträffade vårdskador

Fortlöpande arbete görs för att öka rapporteringsbenägenheten av risker och avvikelser och för att snabbare bedömning och utredning av dessa ska ske.

Avstämning i varje OLG (ledningsgrupperna i varje verksamhetsområde) har hållits där det framkom att tidigare patientsäkerhetsronder sannolikt inte varit den bästa formen för information om patientsäkerhet. Varje enhet skall ha kunskap om vilka avvikelser som är vanligast och vilka som är viktigast för verksamheten, samt vilka åtgärder som gjorts för att undvika upprepning. Arbete pågår fortsatt för att mer systematiskt sprida lärande och erfarenheter inom och mellan verksamheterna i förvaltningen.

Arbetet kring suicidriskbedömning har fortsatt under året där suicidpreventionssamordnare från både närsjukvården och psykiatrin samarbetat. Framtagen regionövergripande rutin planeras fastställas i början på 2024.

Tillförlitliga och säkra system och processer

Digital utbildning i patientsäkerhet och avvikelshantering finns tillgänglig i organisationen. Däremot ses ett behov för ökad förståelse för det fortsatta arbetet med avvikelser. Planering finns för informationsinsatser och utbildning till verksamheten under följande år.-Fortsatt arbete sker enligt plan med att förbereda införandet av framtidens vårdinformationsstöd.

Digitala vårdkontakter är planerade för att införas i folktandvården under 2024. Den digitala ingången som implementerades för vårdcentralerna under 2022 utvecklas med fler funktioner och där digitala vårdflöden tas fram för att folktandvården ska arbeta kvalitativt på likartat sätt.

Utveckling och implementering av personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp sker tillsammans med regional och nationell kunskapsstyrning. Målet är att ge en evidensbaserad, säker och jämlik vård i hela landet.

Ett arbete med att minska antibiotikaförskrivning fortsätter och följs under kommande år. En webbutbildning från STRAMA genomförs av alla nya tandläkare och fortlöpande vartannat år för övriga.

Säker vård här och nu

Fortsatt fokus på arbete för att säkerställa rätt kompetens utifrån patientbehov och uppdrag. Arbete sker även med långsiktig kompetensförsörjning.

Närsjukvården har som fokusområde att delta i det regiongemensamma uppdraget att utveckla och utforma den nära vården. I egen regi har enstaka vårdcentraler startat upp äldreomsorgar

då det efterfrågats av patientgruppen. Det har även påbörjats ett arbete med att föra in hälsosamtal för 75-åringar på vårdcentralerna efter initiativ från nämnden.

Fortsatt utveckling görs av vidareutbildning i radiologi med avseende att ge bättre kvalitet på bilder för diagnostik inom folktandvården.

Då patientsäkerhetsrisker observerats i det dagliga arbetet kommer aktiviteter att genomföras för att stärka kulturen till att arbeta mer proaktivt med risker i det dagliga arbetet i verksamheterna. Där ingår också att stärka systematiken kring förbättringsarbeten.

Stärka analys, lärande och utveckling

Möjligheterna att systematiskt analysera avvikelserna på ett automatiserat sätt kommer att ses över, liksom möjligheten att öka sökbarheten i avvikelssystemet för att inte upprepa tidigare misstag.

En viktig strategi är också att öka samverkan mellan verksamheterna för att utbyta erfarenheter och lära sig av andras avvikelser och förbättringsarbeten.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Regionalt kommer patientsäkerhetsrutiner att anpassas till alla förvaltningar så att patientsäkerhetsarbetet görs lika.

Arbete med nationella riktlinjer kommer fortsatt handläggas inom kvalitets- och utvecklingsavdelningen för hela vårdvalet.