

Patientsäkerhetsberättelse för Närsjukvården Halland År 2024



2025-01-13

Hans Nemeček
Magnus Garell
Daniela Björk

Diarienummer: DN NSV250033

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.....	7
Patienten som medskapare	10
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	11
Öka kunskap om inträffade vårdskador	11
Tillförlitliga och säkra system och processer	12
Säker vård här och nu.....	13
Riskhantering.....	14
Stärka analys, lärande och utveckling	15
Avvikelse	15
Klagomål och synpunkter	18
Öka riskmedvetenhet och beredskap	18
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	19

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, där egenkontroller, hantering av risker, avvikelser och patientklagomål är viktiga delar. Medarbetarna är ansvariga för att aktivt medverka i arbetet med att undvika vårdskador. I varje vårdcentral finns en medicinskt ledningsansvarig läkare (MLA) med ansvar för den medicinska säkerheten. Motsvarande finns inom varje klinik i Folktandvården – odontologiskt ansvarig tandläkare (OLA). Chefläkare, cheftandläkare och verksamhetsutvecklare inom patientsäkerhet stödjer chefer och medarbetare i patientsäkerhetsarbetet.

Chefläkare eller cheftandläkare tar ställning till anmälan enligt lex Maria.

Sedan årsskiftet 2024 har Närsjukvårdens förvaltningsledning ökat fokus på patientsäkerhetsarbetet genom planerings- och uppföljningsmöten tillsammans med chefläkare, cheftandläkare och verksamhetsutvecklare. Syftet är att skapa samsyn och ett driv framåt i det övergripande stödet i patientsäkerhet till verksamheterna. Förvaltningsledningen har fått en lägesrapport kring vid fyra tillfällen. Fokuset har lett till ett närmare samarbete mellan ledning/stab och verksamheterna genom att mer systematiskt följa upp patientsäkerhetsarbete enligt styrande dokument, identifiera risker och skapa förbättringar.

Utöver nationella regelverk för hälso- och sjukvård, utgår patientsäkerhetsarbetet inom förvaltningen från en lokal handlingsplan för ökad patientsäkerhet. Arbetet med att ta fram den lokala handlingsplanen genomfördes av verksamhetscheferna 2023 och innefattar fyra prioriterade områden med aktiviteter:

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

Den lokala handlingsplanen utgår från den regionala handlingsplanen som handlar om ledningens engagemang och styrning, adekvat kunskap och kompetens inom sin vårdprofession och patientsäkerhetsarbete och att stärka analys lärande och utveckling.

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.

Patientsäkerhet som del av verksamhetsplan

Patientsäkerhet är inkluderat i Närsjukvårdens verksamhetsplan genom deluppdraget *Etablera ett systematiskt patientsäkerhetsarbete utifrån Närsjukvården Hallands handlingsplan*. Indikatorer som följs är

- Andel avslutade avvikelser inom tre månader.
- Följsamhet till strukturerad journalgranskning
- Hållbart säkerhetsengagemang (HSE)

Kompetensutveckling för befintliga medarbetare

Auskultation har 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

Inom Folk tandvården hålls numera en gemensam introduktion för alla nya medarbetare. En introduktion som är kvalitetssäkrad och likvärdig för alla. Tid avsätts också för nya medarbetare att sätta sig in i alla rutiner och arbets sätt innan de möter patienter. Det finns utsedda handledare på klinikerna, ett nätverk för handledarna och en handledarhandbok som är ett konkret stöd för såväl handledare som de nya medarbetarna.

För nya medarbetare inom Vårdcentralen Halland används sedan tidigare en checklista för att säkerställa en systematisk introduktion som också syftar till att bidra till hög patientsäkerhet. Där ingår bland annat kännedom om styrande dokument på intranätet och rutin för rapportering av avvikelser. Även obligatoriska utbildningar som exempelvis brandutbildning och HLR ingår.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

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 folk tandvård för att främja munhälsa små barn. Ökning av karies hos små barn är en av anledningarna till samarbetet. Kommunikationen mellan Folk tandvården och BVC har stärkts och munhälsa för barnen tas upp på BVC. Däremot har inget större remissflöde mellan enheterna setts ännu och detta är något som eftersträvas för att fånga upp de barn

med störst behov av vård. Om pilotprojektet visar goda resultat planeras breddinförande under 2025.

Samverkan skolor och Folktandvård

Det projekt som startades 2023 för att undersöka om samverkan mellan skolor och Folktandvård kan minska kariesförekomst hos tolvåringar, fortsätter. Barnen följs från sex år till tolv år. Barnen får munhälsoundervisning två gånger per termin, en gång av tandsköterska och en gång av en egen lärare som utbildats i munhälsa. Sju skolor i utsatta områden är med i projektet.

Samverkan psykisk ohälsa

Samverkansforum sker fortlöpande i de flesta kommuner mellan Närsjukvården och Psykiatrin för att förbättra omhändertagandet av patienter med psykisk ohälsa, där vårdövergångar har visat sig särskilt sårbara. Dialog mellan Närsjukvården och Psykiatrin har påbörjats under året i syfte att driva gemensamma projekt. Beslut har fattats att fokusera på pSVF Depression och att se över möjligheterna att införa samarbetsvård i regionen - ett koncept med regelbundna avstämningar mellan psykiater och en vårdsamordnare på vårdcentralerna i patientärenden.

Efter att den regionala rutinen för suicidprevention fastställdes i början av 2024 har utbildningar i suicidprevention genomförts i verksamheterna med hjälp av statliga bidrag.

Regional samverkan

Chefläkarnätverk är etablerat i regionen för utbyte av erfarenheter, där även cheftandläkare medverkar. Under året har ett arbete med en risklogg införts för att få en samlad bild av mer komplicerade ärenden i syfte att sprida kunskap över förvaltningsgränserna.

En arbetsgrupp för ”Trygg och säker utskrivning” initierades efter att Läkarmedverkan i hemsjukvården identifierat brister vid utskrivning av patienter från sjukhusen till korttidsboendena hösten 2022. Vid uppföljning 2024 av genomförda insatser kunde det konstateras att epikriser, en sammanfattning av en patients vårdförlopp och behandling, i betydligt högre grad fanns färdigutskrivna vid patientens hemgång, men lokala skillnader sågs fortfarande och problemen med läkemedelslistor kvarstod. Hösten 2024 startade därför åter Läkarmedverkan en kartläggning av problematiken via avvikelserapportering.

Regelbundna mötesavstämningar, för att förebygga eventuella problem mellan vårdgivare, har skett mellan kommunernas medicinska företrädare (MAS), vårdhygienavdelningen och Smittskydd, där även företrädare för Närsjukvården varit representerad. Att samarbeta över både förvaltnings- och organisationsgränserna har varit viktigt för att fortlöpande få kunskap om varandras utmaningar med infektioner och skyddsutrustning och att snabbt kunna agera vid behov.

Under året har tre rutiner kring ”Ej HLR” tagits fram/uppdaterats. Beslut om ”Ej HLR” gäller nu över vårdgräns om patientens hälsotillstånd inte bedömts ha ändrats i väsentlig grad under vårdtillfället. Tidigare sågs både praktiska och etiska problem vid övergång, där nu bättre underlag för beslut finns än tidigare.

Närsjukvården har under året haft representant med i en regional arbetsgrupp för att ta fram en gemensam rutin för utredning av allvarliga vårdskador. Den förväntade effekten av rutinen, som kommer att implementeras under 2025, är ett mer strukturerat underlag som stöd till verksamheterna att uppnå förbättrande åtgärder och ett tydligare samarbete mellan förvaltningarna vid behov.

En god säkerhetskultur

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



Närsjukvårdens resultat från årets medarbetarenkät, där HSE hållbart säkerhetsengagemang, inkluderats för andra gången, visar ett positivt index på 78, från föregående års index på 76, vilket indikerar en stärkt patientsäkerhetskultur, 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 Region Halland är 76.

Sedan första mätningen 2023 har verksamheterna arbetat med resultaten i dialogform med medarbetarna. Resultatet har använts som del av en utvecklingsdag inom Folk tandvården för att stärka patientsäkerhetskulturen ytterligare, vilket beskrivs nedan.

Patientsäkerhetsforum

I syfte att uppfylla verksamheternas efterfrågan av ett närmare samarbete, och också att få verksamheterna att känna större ägandeskap till arbetet som görs för att bevara och utveckla patientsäkerheten, har ett nytt sätt att stödja Närsjukvårdens verksamheter i patientsäkerhetsarbetet har provats under året av chefläkare, cheftandläkare och verksamhetsutvecklare inom patientsäkerhet. Det nya strukturerade stödet benämns Patientsäkerhetsforum. Det innebär ett årligt fysiskt besök i varje verksamhet av verksamhetsutvecklare tillsammans med chefläkare eller cheftandläkare, beroende på verksamhetsområde. Patientsäkerhetsforumen har anpassats till de olika behov som råder inom vårdcentralen respektive folk tandvården

Inom Vårdcentralen Halland innebär det att chefläkare och verksamhetsutvecklare inom patientsäkerhet träffar alla medarbetare och ledningsgrupper på alla vårdcentraler för gemensam utbildning och dialog om patientsäkerhet, både i allmänhet och det som sker lokalt. Varje vårdcentral förbereder sig genom att i en flerprofessionell grupp göra en så kallad riskrund i verksamheten. Det innebär att de men hjälp av instruktioner brainstormar, risvärderar och prioriterar riskerna. För de 2–3 allvarligaste riskerna har en riskplan med åtgärder tagits fram. Dessa har presenterats av arbetsgrupperna i respektive verksamhet på Patientsäkerhetsforumen i syfte att involvera alla medarbetare. Verksamhetschefer och arbetsgrupper har gett positiv respons och uppskattar att få en struktur att utgå ifrån och att få arbeta tillsammans i verksamheten med inventering av risker och planering av åtgärder. Patientsäkerhetsforumen har generellt bidragit till ökat engagemang och reflektioner bland medarbetarna.

En sammanställning av alla riskronder visar vilka risker som bedöms vara mest frekventa och allvarliga och den kommer utgöra beslutsunderlag för stöd och utveckling på övergripande nivå för Vårdcentralen Halland under kommande år. De mest frekventa och allvarliga riskerna är

- Administration - utöver journalföring
- Hög arbetsbelastning – arbeta i farten
- Att störst vårdbehov inte går först
- Brister i journalföring

Vårdcentralernas riskplaner kommer att följas upp under 2025.

Inom Folktandvården har Patientsäkerhetsforum syftat till att systematiskt stödja i- och följa upp egenkontroller och avvikelser som rör patientsäkerhet för att identifiera styrkor och förbättringsbehov. Detta har skett genom ett inledande möte mellan ledningsgruppen i varje verksamhetsområde tillsammans med cheftandläkare och verksamhetsutvecklare. De har visat att Folktandvården generellt uppfyller egenkontroller väl och de förbättringsområden som verksamhetsområdena sett behov av att utveckla har exempelvis varit att rapportera fler odontologiska avvikelser, arbeta med resultatet från HSE-enkäten, och att gå igenom akututrustning regelbundet.

Uppföljningar som genomförts i slutet av året har visat att verksamheterna har fortsatt att hålla en hög följsamhet till egenkontroller och att de har åtgärdat flera av de förbättringsbehov som identifierats i det inledande mötet. Framför allt visar resultatet från HSE-enkäten inom det verksamhetsområde som valde att arbeta med utgångspunkt från den, stärkt patientsäkerhetskultur från föregående år - från index 70–72 till 79. Index från föregående år med två olika siffror beror på att verksamhetsområdet var uppdelat vid mättillfället.

Metodik för systematiskt förbättringsarbete

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.

Den årliga journalgranskningen, enligt egenkontrollprogrammet, sker i par eller grupp och schemaläggs. Resultatet har inte visat några allvarliga brister i journalföringen, däremot har man sett ett par förbättringsområden inför 2025. Granskningsresultaten presenteras på arbetsplatsträffar i verksamheterna. Inför nästa år planeras att stärka stödet i att identifiera och genomföra förbättringar genom att revidera rutinen för Journalgranskning.

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

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

I och med riskronder inom Vårdcentralen och patientsäkerhetsforum inom alla verksamheter, har risker och andra patientsäkerhetsaspekter lyfts med samtliga medarbetare inom Vårdcentralen och med alla inom ett av Folktandvårdens verksamhetsområden. Under tidigare år har motsvarande patientsäkerhetsforum endast involverat ledningen i verksamheterna.

Vid genomgång av IVO-ärendena 2023 konstaterades behov av fortbildning för läkarna. Därför ordnades digitala utbildningar varannan månad, totalt fem tillfällen med tre timmar per gång inom olika områden såsom hudsjukdomar, gynekologi, smärta, radiologi och även digital vård, med mera. Fortbildningstillfällena har hållits på teams och nått merparten av läkarna. Tillfällena är tänkta att fortsätta i samma frekvens framöver.

Kunskap och erfarenhetsutbyte sker via arbetsplatsträffar och interna och externa professionsnätverk. Genom årligt medarbetarsamtal inventeras fortsatt utbildningsbehov. 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 och också att få fortbildning från inbjudna föreläsare.

Folktandvården har en växande samling digitala utbildningar som är tillgängliga för alla anställda.

Två vårdflöden har implementerats inom Folktandvården, "Karies Röd" och "Parodflödet". Dessa består av en samling rutiner och processkartor för att guida tandläkare för att kunna ge rätt vård och framför allt den bästa vården där den behövs som mest. Implementering har skett via nätverket för OLA. Implementeringen bidrar till att flytta resurser från symtombehandling till orsaksbehandling.

Styrande dokument finns i ledningssystemet. En patientsäkerhetsrisk som nämns generellt av verksamheterna är att det är svårt att hitta styrande dokument.

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.

Tillfällig och ny personal kan utgöra en utmaning för patientsäkerheten. Detta beror inte på bristande kompetens, utan på att det tar tid att lära lokala rutiner och arbetsätt, trots väl genomarbetade introduktionsdokument. Beslutet om att upphöra anlita stafettläkare trädde i kraft i början av året och ledde till att några av dessa läkare accepterade fast anställning, det i sin tur har bidragit till en mer stabil bemanning överlag. De vårdcentraler som fortsatt har behov av fler

medarbetare, särskilt under semestrar och sjukperioder har under dessa perioder hjälpt varandra med bemanning som har bidragit till att bibehålla en hög patientsäkerhet.

Systemförståelse och kunskap om förbättrings- och implementeringsarbete

Kunskap och användning av förbättringsmetodik varierar, där några verksamheter har 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 enligt PDCA-metod 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. Vid uppföljning av patientsäkerhetsforum anger ett verksamhetsområde att fler avvikelser än tidigare hanteras systematiskt via förbättringstavlan, vilket är en målsättning.

Inom Vårdcentralen har en plan tagits fram för att implementera systematisk förbättringsmetodik enligt PDCA. Syftet är arbeta mer metodiskt med risker och avvikelser för att uppnå förbättringar och att synliggöra dessa för lärande. Genom ett likvärdigt arbetssätt förväntas stödet till verksamheterna kunna bli mer effektivt i form av utbildning och löpande stöd.

Generellt behöver resultat och lärande av patientsäkerhetsarbete synliggöras mer. Beslut har tagits att några gånger per år lyfta patientsäkerhetsfrågorna och stödja delning av lärande på områdenas ledningsgruppsmöten för Vårdcentralen och Folk tandvården. Detta tillsammans med det ändrade arbetet med patientsäkerhetsforumen har på ett framgångsrikt sätt kunnat sprida lärdomar från tidigare avvikelser vilket kommer utvärderas under efterföljande år.

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.

Tillgång till journalanteckning via nätet, 1177.se ökar möjligheten till delaktighet.



Synpunkter inhämtas via Nationella patientenkäten och kundnöjdhetsundersökningar, och ligger till grund för förbättringsarbeten, exempelvis en patientbroschyr som förtydligar vad som kan orsaka väntetid på vårdcentralen ibland.

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.

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 av framför allt MLA eller 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.

1795 avvikelser har rapporterats av Närsjukvården under 2024, vilket är en minskning från föregående år då 2018 avvikelser rapporterades. Då Folktandvården har en rapporteringsgrad på drygt 800 avvikelser båda åren, är det inom Vårdcentralen som minskningen skett med 239 avvikelser. Drygt 100 av dessa utgörs av minskat antal rapporterade avvikelser som rör Läkarmedverkan i hemsjukvården. Anledningen är att Närsjukvårdens chefläkare under 2023 särskilt uppmanat Läkarmedverkan i hemsjukvården att rapportera avvikelser till andra involverade verksamheter då dessa var vanliga men underrapporterade i avvikelssystemet. Det resulterade i en signifikant ökning under 2023 och minskade under 2024 då förbättringsarbeten genomförts av berörda verksamheter. De nya patientsäkerhetsforumen som har genomförts under senare delen av året syftar delvis till att öka rapporteringsgraden, men effekten kan

utvärderas först under 2025. Nio vårdskador har bedömts som allvarliga och rapporterats enligt lex Maria. Dessa handlar bland annat om vårdförlopp som inte har följts, nya eller tillfälliga medarbetare som inte känt till rutiner och hantering av remisser och provsvar som har försenats vid frånvaro av beställande läkare.

En regiongemensam rutin för händelseanalys vid allvarlig vårdskada kommer att implementeras under 2024, vilket förväntas stödja verksamheterna i utredning av dessa.

Identifierade riskområden

Vårdcentralen Halland

Utöver de risker som identifierats genom riskronderna och som beskrivits tidigare, förekommer sannolikt viss underrapportering av risker och avvikelser. Detta är något som lyfts och diskuteras inom årets patientsäkerhetsforum för att öka rapporteringsgraden.

En vanlig risk som nämns i verksamheterna är att styrande dokument är svåra att hitta på intranätet via sökfunktionen vilket bör ha åtgärdats i och med den förändring som skedde av intranätet och vårdgivarwebben under året.

Via avvikelser och patientnämndsärenden har ytterligare risker kunnat identifieras där de största grupperna handlar om läkemedel, remisser och patientbemötande och information till patient. Även viss kunskapsbrist kan noteras. Samtliga områden har adresserats, men i och med att regionen under 2024 kommer införa ett nytt journalsystem är förändringar i IT-system svåra att få till. Systemskiftet innebär också att hanteringen av både remisser och läkemedel kommer förändras i grunden och därför har problematiken medvetandegjorts i olika forum, till exempel i MLA-nätverk och på APT.

Bemötande- och informationsproblematiken som främst ses i patientnämndsärendena har under året lyfts i flera forum men bredare satsning är planerad att genomföras under 2025.

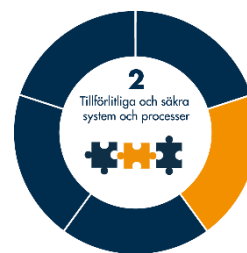
Folktandvården Halland

2022 inleddes en satsning inom Folktandvården för att höja kvaliteten på röntgenbildtagning då brister uppmärksammats som resulterat i vårdskador. 2023–2024 har avvikelser gällande röntgenbildtagning minskat väsentligt och inga vårdskador, som följd av dålig kvalitet på bilder, har rapporterats. Den positiva utvecklingen bedöms bero på de uppmärksammade avvikelserna från 2022 och utbildningen av all kliniskt aktiv personal som startades efter dessa. Utbildningen har fortsatt under 2024 i mindre skala som en löpande kompetensutveckling.

Den största och mest hotande risken mot patientsäkerheten inom Folktandvården är kompetensbrist på grund av personalbrist. Folktandvården har drygt 20% personalomsättning och bedömningen är att det ofta är erfarna medarbetare som slutar. Tandsköterskor är för tillfället är svårast att rekrytera och därför planeras insatser för att utbilda och lättare kunna rekrytera och behålla tandsköterskor framöver. Vårdkvalitet, produktion och patientsäkerhet riskerar att påverkas i en verksamhet med övervägande nya medarbetare och hög personalomsättning. Stora krav ställs på hög närvaro av handledarkompetens.

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 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.

Folktandvården Halland är femte "bäst" i landet gällande förskrivning av antibiotika. Dock nås inte målet på maximalt två fler recept per 1000 patienter än den bästa regionen, men förskrivningen har minskat både 2023 och 2024.

Den regionala, förvaltningsövergripande rutinen "Suicidriskbedömning och suicidprevention - vuxna från 18 år" och två tillhörande processbeskrivningar fastställdes i mars 2024.

Implementeringsarbetet pågår bland annat genom kompetensutveckling för läkare och personal inom de psykosociala teamen i Vårdval Halland närsjukvård. Utbildningen inkluderar bemötande, suicidriskbedömning och säkerhetsplanering. Ett presentationsmaterial har tagits fram som stöd i arbetet med suicidprevention på vårdcentralerna, till exempel genom att frågan lyfts på ett APT.

Regionala suicidpreventionssamordnare har satt ihop en referensgrupp för det suicidpreventiva arbetet med representanter från alla hälso- och sjukvårdsförvaltningar. Syftet med gruppen är att utgöra ett stöd vid planering och prioritering av insatser till olika verksamheter och personalgrupper.

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

Alla ledningsgrupper och medarbetare inom Vårdcentralen Halland har fått utbildning och involverats i reflektioner inom patientsäkerhet med fokus på det förebyggande riskarbetet, men också på avvikelshantering. Allmänt kända risker inom primärvård har diskuterats, liksom de lokala risker som varje verksamhet identifierat. På förfrågan om vad som fungerar bra i verksamheterna utifrån patientsäkerhetssynpunkt, svarar medarbetarna i regel alltid att

kommunikationen i det dagliga arbetet fungerar bra – det är en tillåtande kultur med korta kommunikationsvägar.

De verksamheter inom Närsjukvården som sedan tidigare arbetar med Gröna Korset och-/eller Förbättringstavla identifierar systematiskt risker löpande, varpå riskmedvetenheten är ständigt närvarande. Samtliga kliniker inom Folktandvården arbetar med förbättringstavla.

Kompetensutveckling, som exempelvis HLR, sker enligt rutin årligen, och inom andra områden utifrån behov.

Ett kvalitetsarbete med intraorala röntgenbilder fortgår sedan föregående år, där tandvårdens personal vidareutbildas med bildtagning i fantomdocka och i röntgenprogram. Medarbetarna uppskattar utbildningssatsningen och röntgenavvikelserna har minskat.

Då personalomsättningen i Folktandvården är hög bidrar det nya introduktionsprogrammet till att bättre introducera och ta hand om nya kollegor.

OLA från varje folktandsvårdsklinik träffas månadsvis för att utbyta erfarenheter och lära av varandras avvikelser och förbättringsarbeten. Annat som tas upp är nya rutiner, implementering, kliniska/odontologiska svårigheter och hur OLA på bästa sätt är ett stöd till medarbetare och klinikledning.

Inom Vårdcentralen Halland har kompetensutveckling skett genom exempelvis scenarioutbildning i akuta situationer. Läkare har gått på den fortbildningssatsning som startades under året samt även Läkemedelskommitténs utbildningar, och diabetessköterskor har getts fortbildning inom området.

Patienten som medskapare har diskuterats i patientsäkerhetsforum på vårdcentralerna och då framför allt vikten av en välinformerad patient i samband med vårdbesök, som vet när det är dags att kontakta vården igen i händelse av avvikande förlopp.

Indikatorn ”andel rätt märka SVF-remitter” från Närsjukvården till slutenvården har under året stadigt legat över målvärdet på 85% vilket vittnar om god följsamhet till SVF-förloppen.

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.

Inom Folktandvården fångas identifierade risker upp genom förbättringslappar som följs upp med förslag om förbättring, åtgärd och resultat. Resultatet varierar mellan klinikerna, och ett omtag har gjorts under slutet av året för att höja kompetensen och engagemanget på varje klinik.

Med riskronderna som genomförts på vårdcentralerna har relevanta risker identifierats, och arbete med åtgärder pågår nu i verksamheterna. Uppföljningar av resultat kommer att ske under 2025, då också nya riskronderna kommer att genomföras.

Gröna Korset används på fem vårdcentraler för att lyfta och åtgärda risker gemensamt, med målsättning att undvika vårdskada.

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 arbetssätt utifrån tillgänglig information

Lex Maria-ärenden har lett till:

- Ökad kunskap om vikten av kontinuitet hos medarbetare som är insatta i rutiner och lokala arbetssätt.
- En fortbildningssatsning för läkarna har genomförts och kommer att fortsätta regelbundet under kommande år.
- Vikten av att alltid tänka tre differentialdiagnoser vid möte med patienter har lyfts både i patientsäkerhetsutbildningen under våren, samt diskuterats på MLA-möten.
- Chefläkarnätverket i regionen har regelbundet setts och diskuterat övergripande avvikelser och IVO-ärenden, samt sett över det regionala patientsäkerhetsarbetet.

Rutinen för journalgranskning görs om inför år 2025 för att inte endast följa upp att granskningen sker, utan också för att stödja verksamheterna att identifiera och åtgärda förbättringsbehov.

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, omgående 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 generellt uppfattas som alltför svårt och omständligt. Inom Folk tandvården mäts andel avslutade avvikelser inom tre månader, som rapporterats i Platina. Måluppfyllnad för året är 78%. Alla avvikelser är omhändertagna och

behandlade inom tre månader och risken att någon allvarligt inte uppmärksammas är låg. För att uppnå målet läggs extra fokus på utbildning och dialog med ledningsgruppen och OLA i avvikelshantering.

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, MLA/OLA och medarbetare. 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.

Kvalitetsgranskningar av avvikelседokumentation i Platina har genomförts under året, enligt internrevision, för avvikelser inom både Vårdcentralen och Folktandvården. Granskningen visar att dokumentation kring orsaksanalys och uppföljning av avvikelser inom Vårdcentralen har förbättrats under året. Dessutom förväntas kvaliteten och dokumentationen förbättras ytterligare framöver då vårdcentralerna implementerat PDCA.

Folktandvården har kontinuerligt uppmanats att inkludera relevanta avvikelser i PDCA metoden som sedan tidigare är etablerad, vilket enligt dialog på patientsäkerhetsforum verkar vara mer och mer förekommande. Samma kvalitetsgranskning visar liknande resultat som på Vårdcentralen; att orsaksanalyser genomförs alltmer, men att detaljerad dokumentation av förbättringsarbete i Platina minskat. Det kan bero på att urvalet av avvikelser i granskningen som slumpats ut i många fall inte är relevanta som underlag till påtagliga förändringar i verksamheten, utan ofta rör sig om stärkt utbildning och dialog.

Vanliga avvikelser i verksamheterna är relaterade till exempelvis:

- missad diagnos inom Folktandvården och försenad diagnos inom Vårdcentralen.
- remisser och provsvar som missas i övergångar mellan medarbetare inom Vårdcentralen.
- samverkan mellan Vårdcentralen och specialistvården angående remissflöden.
- samverkan mellan folktandvårdskliniker och dentallab.

- tekniska problem med röntgenapparat i inom Folk tandvården.
- administrativa missar, exempelvis att patient inom Folk tandvården missas att bokas.

Lärdomar från avvikelser samt åtgärder som tagits fram i samband med dessa är till exempel:

- Att systematiskt identifiera risker - riskronder har införts på vårdcentralerna där de kritiskt granskat sin verksamhet och har tagit fram riskplaner.
- Lokala rutiner och förtydliganden när oklart ansvar uppdagats. Det har skett till exempel för dagjour på vårdcentral och sterilpersonal inom Folk tandvården.
- Samarbete över vårdgränserna har visat sig viktig både mot övriga förvaltningar samt kommunsköterskor, MAS med flera
- Patienternas vårdövergångar har lett till många avvikelser där läkemedel och informationsöverföring inte fungerat önskvärt.

Exempel på genomförda förbättringar

- Rondarbete för prioriterade patientflöden inom ett antal vårdcentraler implementerades under föregående år och uppföljning visar att det över lag gynnar patientsäkerheten - exempelvis genom att patienter, liksom provsvar och remisser, kan bli bedömda snabbare. Det är lättare att erbjuda rätt vårdnivå från början. Teamarbetet och ansvarstagandet kring patienten har stärkts. Det har gett tryggare medarbetare och minskad stress. Vårdcentralerna har olika förutsättningar och det finns exempel där teamarbetet stärkt.
- Tydliggjort rutiner kring remisshantering och inkomna prov- och röntgensvar för att förhindra att dessa missas.
- Fortbildningssatsningar inom flertal områden, exempelvis vilka tecken som inger misstanke om stroke.
- Introduktionsprogram och handledarmanual för nya medarbetare i Folk tandvården.
- Tydliggjort vilken dokumentation som ska journalföras vid patientkontakter.

Antal rapporterade avvikelsekategorier inom Närsjukvården Halland 2024

Kategori	2024-01-01 - 2024-12-31
Administration	432
Arbetsmiljö	116
Brand	7
Ej kategoriserade	158
Fastighet/Drift	31
Informationssäkerhet	23
IT, tele och kommunikationsteknik	42
Medicinteknisk produkt/Hjälpmiddel	93
Miljö	14
Patient	942
Pedagogisk incident	10
Strålskydd	17
Säkerhet	14
Transport	14
Vara/Tjänst	48
Övrigt	44
Total	2005

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. I flertalet fall har det visat sig att patientklagomål beror på att patienter inte är välinformerade vilket leder till missförstånd. Detta har tagits upp på årets Patientsäkerhetsforum inom Vårdcentralen med syfte att motivera att ge skriftlig information vid behov i samband med vårdbesök.

Förbättrande åtgärder har gjorts genom att undvika återhänvisning av patienter inom Vårdcentralen. 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.

Antal inkomna klagomål och synpunkter till Patientnämnden för Närsjukvården 2024

Kategori	Antal år 2024
Vård och Behandling	133
Resultat	9
Kommunikation	70
Dokumentation och sekretess	10
Ekonomi	17
Tillgänglighet	34
Vårdansvar och organisation	25
Administrativ hantering	7
Övrigt	0
Totalt	305

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?

Under året har Vårdcentralen beslutat om en prioriteringsordning för patienter för att uppnå en säkrare vård.

Som nämnts ovan har flera systematiska risker identifierats under året genom sammanställning av riskplaner. Detta möjliggör arbete med åtgärder på ett mer strukturerat sätt än tidigare.

Genom bland annat patientnämndsärenden har förståelsen ökat för vikten av bemötande, ansvarsförhållande och attityder – därav även fokus på kultur i patientsäkerhetsforum och övrigt stöd till verksamheterna. Ett av verksamhetsområdena inom Folk tandvården som särskilt arbetat med resultaten från patientsäkerhetskulturmätningen – HSE enkäten – har gjort ett framgångsrikt arbete med patientsäkerhetskulturen under året då index stigit från 70–72 till 79. Som beskrivet ovan är arbetet med patientsäkerhetskulturen positivt inom hela Närsjukvården då samlat index har stigit från 76 till 78. Under nästa år kommer ytterligare stöd och fokus ligga på att stödja verksamheterna i systematiskt förbättringsarbete utifrån risker och avvikelser.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

I Närsjukvården Halland 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. Patientsäkerhetsforum under 2025 kommer fortsatt vara en viktig del i att öka kunskapen och påverka patientsäkerhetskulturen positivt. En ny regional rutin för händelseanalys kommer att implementeras och förväntas bidra till att öka kunskapen om inträffade allvarliga vårdskador.

Identifierade risker och avvikelser som gjorts av verksamheterna i och med riskronder och patientsäkerhetsforum kommer att följas upp för att fortsatt stödja förbättringsarbeten kring dessa.

Spridning av lärande kring avvikelser och förbättringsarbeten kommer fortsatt att ske via MLA- och OLA nätverk, och via mail som *månadens avvikelse*. Under 2025 stärks patientsäkerhetsarbetet ytterligare genom att införa patientsäkerhet i agendan på ledningsgruppsmöten inom både Vårdcentralen och Folk tandvården - VHLLG, respektive FHLLG.

Bemötande- och informationsbrister som främst ses i patientnämndsärendena får ökat fokus under 2025 då Vårdcentralen inkluderar åtgärder kring detta i verksamhetsplanen.

Tillförlitliga och säkra system och processer

Stödet för verksamheterna att genomföra egenkontroller stärks i och med att egenkontroller till större del än tidigare integrerats i Stratsys där också ett nytt årshjul ska underlätta planering och översyn av arbetet. Nytt för 2025 är också att införa deadlines för egenkontroller jämnare under året för att säkerställa att de blir genomförda.

Fortsatt arbete sker enligt plan med att förbereda införandet av framtidens vårdinformationsstöd.

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.

Digitala vårdkontakter har införts i Folk tandvården under 2024. Den digitala ingången som implementerades för vårdcentralerna under 2022 har utvecklats med fler funktioner och där digitala vårdflöden har tagits fram för att folk tandvården ska arbeta kvalitativt på likartat sätt. 1-årsinformation för nyblivna föräldrar och en digital chatt, både patientiniterad och vårdgivariniterad, är de två digitala kanalerna som används mest. En utvärdering av chatten har gjorts i form av en patientbetygssättning där det visat sig att patienterna är mycket nöjda med chatten (4,49 av 5).

Arbete med att minska antibiotikaförskrivning inom Folk tandvården fortsätter och följs under kommande år. En webutbildning från STRAMA genomförs av alla nya tandläkare och fortlöpande vartannat år för övriga.

Säker vård här och nu

Målet är att ytterligare förbättra patientsäkerhetsforum och riskronder genom att utvärdera dessa med verksamheterna och planera för hur dessa ska genomföras under 2025. Att genomföra riskronder ingår från 2025 i Vårdcentralens verksamhetsplan och syftet är att fortsatt ha ett fokus på förebyggande patientsäkerhetsarbete.

Fokus är fortsatt också på arbete för att säkerställa rätt kompetens utifrån patientbehov och uppdrag. Arbete sker även med långsiktig kompetensförsörjning, bland annat genom mer strukturerad introduktion för nyanställda inom Folk tandvården.

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

Stärka analys, lärande och utveckling

En viktig strategi är att öka samverkan mellan verksamheterna för att utbyta erfarenheter och lära sig av andras avvikelser och förbättringsarbeten – här förväntas patientsäkerhet på agendan på VHLLG och FHLLG, med stöd av chefläkare/cheftandläkare och verksamhetsutvecklare, kunna underlätta erfarenhetsutbytet.

Vårdcentralen har en plan för att implementera PDCA under 2025, vilket förväntas bidra till ett ökat systematiskt förbättringsarbete. En utmaning blir att ge kunskap, engagera och hålla arbetet levande. Inom Folk tandvården är det fortsatt ett ökat fokus för att stärka arbetet med samma förbättringsmetodik.

Ökat stöd till verksamheterna kommer att ges i att identifiera och åtgärda förbättringsbehov genom de egenkontroller som görs. Övergripande uppföljning i Närsjukvården förväntas bli enklare med hjälp av Stratsys.

Riskronder från vårdcentralerna 2024 är sammanställda och kunskapen om systematiska risker har därmed ökat. Detta kommer att användas i det övergripande stödet och förbättringsarbetet för Vårdcentralen under 2025.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Genom att HSE-mätning numera ingår i verksamhetsuppföljningen är fokus fortsatt på att stärka patientsäkerhetskulturen.

Riskronder som del i verksamhetsplanen för Vårdcentralen från och med 2025, utgör ytterligare en ökad medvetenhet och barriär mot vårdskador.

En ny grundläggande utbildning i patientsäkerhet för alla medarbetare finns i Kompetensportalen och kommer att kunna utgöra ytterligare stöd i patientsäkerhetsarbetet framåt.