

Regionstyrelsens hälso- och
sjukvårdsutskott

§42

Beslut om Region Hallands patientsäkerhetsberättelse 2022 (Beslut enligt delegation)

RS221080

Beslut

Regionstyrelsens hälso- och sjukvårdsutskott beslutar att

- anta Region Hallands patientsäkerhetsberättelse 2022
- anteckna att informationen har lämnats till utskottet

Ärendet

Samtliga vårdgivare i landsting/regioner ska ha upprättat en patientsäkerhetsberättelse i enlighet med patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 och Socialstyrelsens föreskrifter om allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9.

Förslag till beslut

Regionstyrelsens hälso- och sjukvårdsutskott beslutar att

- anta Region Hallands patientsäkerhetsberättelse 2022
- anteckna att informationen har lämnats till utskottet

Beslutsunderlag

- Beslutsförslag - Beslut om Region Hallands patientsäkerhetsberättelse 2022
- Region Halland Patientsakerhetsberattelse 2022_slutversion
- Strålknyddsbokslut Region Halland 2022

Expedieras till

Driftnämnd Hallands sjukhus
Driftnämnd Psykiatri Halland
Driftnämnd Närsjukvård
Driftnämnd Ambulans, diagnostik och hälsa

Paragrafen är justerad

Ordförandes sign

Justerares sign

Utdragsbestyrkande

Regionkontoret

Hälso- och sjukvård

Carina Werner

Hälso o sjukvårdsstrateg

Beslutsförslag**Datum**

2023-02-22

Diarienummer

RS221080

Regionstyrelsen**Beslutsförslag - Beslut om Region Hallands patientsäkerhetsberättelse 2022****Förslag till beslut**

Regionstyrelsens hälso- och sjukvårdsutskott beslutar att

- anta Region Hallands patientsäkerhetsberättelse 2022
- anteckna att informationen har lämnats till utskottet

Sammanfattning

Samtliga vårdgivare i landsting/regioner ska ha upprättat en patientsäkerhetsberättelse i enlighet med patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 och Socialstyrelsens föreskrifter om allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9.

Bakgrund

Ett av syftena med patientsäkerhetsberättelsen är att förstärka vårdgivarens kontroll över patientsäkerhetsarbetet i verksamheten, inspirera till att patientsäkerhetsberättelsen blir ett underlag för systematiskt patientsäkerhetsarbete och underlätta Socialstyrelsens tillsyn över verksamheten. De krav som gäller rörande patientsäkerhetsberättelsen och dess innehåll anges i 3 kap -10 § patientsäkerhetslagen (SOSFS 2010:659) samt i 7 kap 2–3§ i Socialstyrelsen föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet har bedrivits och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses (SOSFS 2011:9, 7 kap. 3§).

Ekonomiska konsekvenser av beslutet

Det finns inga ekonomiska konsekvenser.

Regionkontoret

Cristine Karlsson
T.f. Regiondirektör

Martin Engström
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Bilaga:

Bilaga:
Region Hallands patientsäkerhetsberättelse 2022
Strålskyddsbokslut Region Halland 2022

Styrelsens/nämndens beslut delges

Driftnämnd Hallands Sjukhus
Driftnämnd Psykiatri Halland
Driftnämnd Närsjukvård
Driftnämnd Ambulans, diagnostik och hälsa

RS221080

Region Halland

Patientsäkerhetsberättelse 2022

Information

Agera
för säker vård



Förslag till beslut

Regionstyrelsens Hälsa- och sjukvårdsutskott beslutar att

- anta Region Hallands patientsäkerhetsberättelse 2022
- anteckna att informationen har lämnats till utskottet

Bakgrund

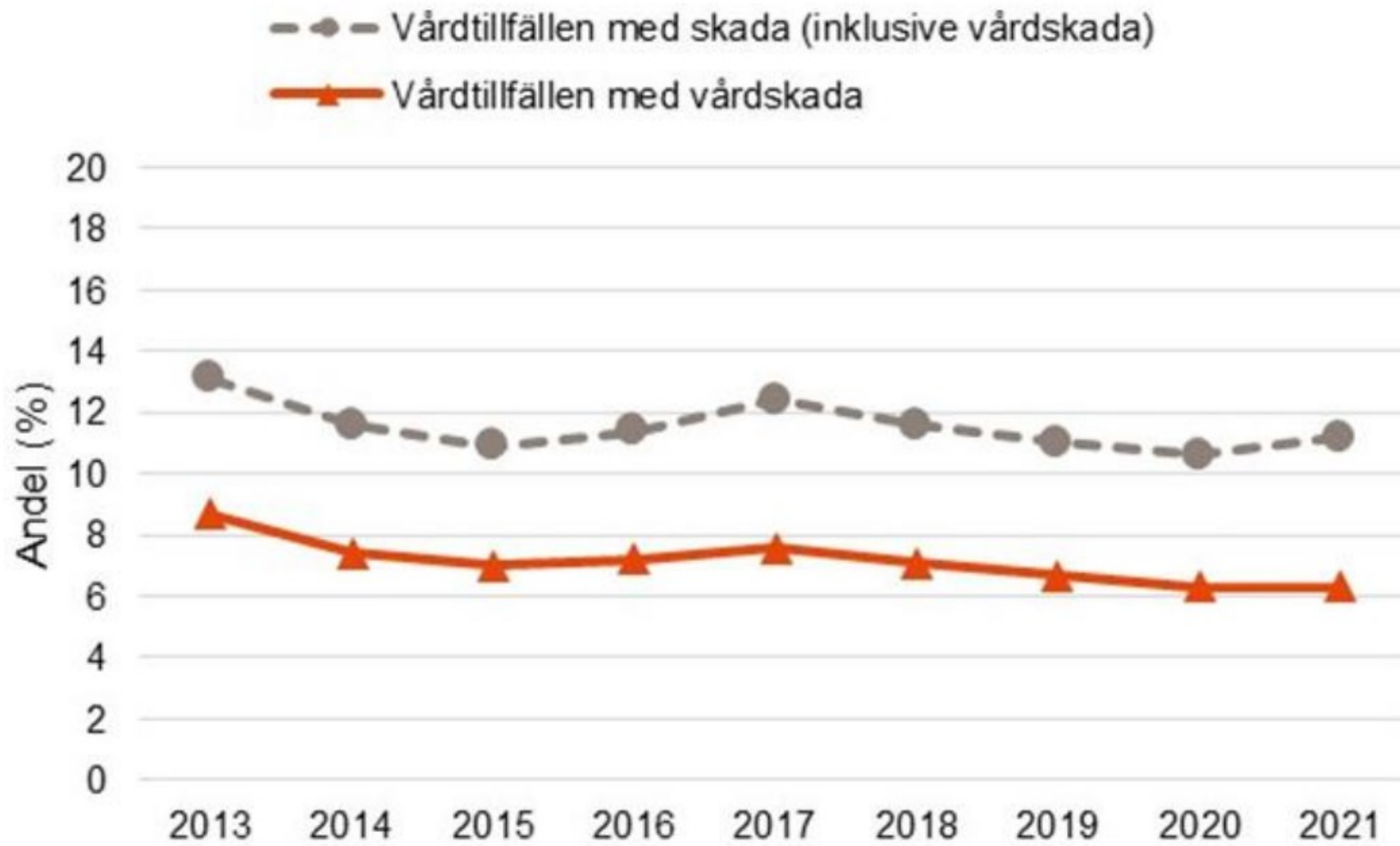
Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen ska vara tillgänglig från och med den 1 mars.

Socialstyrelsen har tagit fram en nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet som gäller under åren 2020–2024. Det gemensamma målet är tydligt, ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada.

Figur 1. Andel (%) vårdtillfällena med skador respektive vårdskador 2013–2021

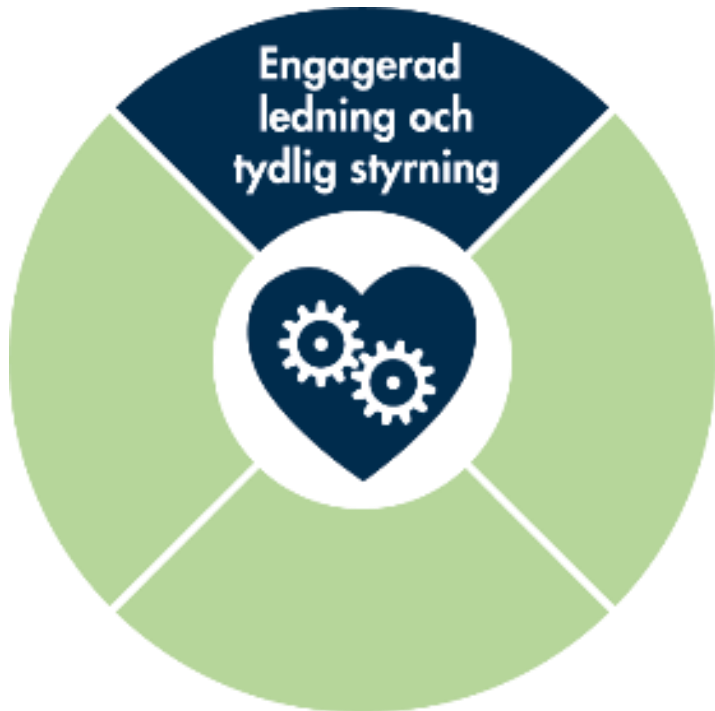
- Vårdskadorna i den somatiska sjukhusvården i Sverige vilket beräknas kosta 8,5 miljarder kronor per år.





Engagerad ledning och tydlig styrning

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer.



- Övergripande mål och strategier *"Hälso- sjukvårdsstrategin 2017-2025"*
- Region Halland har patientsäkerhetsarbetet som ett prioriterat område i såväl regionledning som i klinisk verksamhet.
- Tydlig struktur för organisation och ansvarsfördelning
- Samverkan - Mellan enheter, med andra vårdgivare och med samhällsaktörer
- Informationssäkerhet
- Strålskydd

En god säkerhetskultur

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



Arbetsätt och förutsättningar som bidrar till att stärka säkerhetskulturen och höja kunskapsnivån i Region Halland

- Ordinarie verksamhetsuppföljning med fokus på kvalitet och säkerhet
- Patientsäkerhetsronder
- Gröna korset - *riskidentifiering*
- PDCA

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



- Löpande och riktad kompetensutveckling, fortbildning och introduktionsutbildning (medarbetarsamtal)
- Kompetensportalen
- Kliniskt träningscentrum (KTC)
- Integrering av beslutsstöd i verksamhetsstödande IT-system
- Vårdgivarwebben och ledningssystemet, styrande dokument
- Erfarenhetsutbyte: arbetsplatsträffar, nätverksträffar i olika professioner, digitala terapimöten.
- Möta den kunskapsintensiva vården- *Digitalisering, automatisering och AI*

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.



- Aktivt arbete med delaktighet i den egna vården.
- Samverkan med patienter och närstående i utredningar, hantering av klagomål och synpunkter.
- Brukarråd
- Tjänstedesign
- Digitala hjälpmedel (diabetes, digital hälsodeklaration)
- Patientkontrakt
- 1177.se (journalen, webbtidbok, egen provhantering)

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.

- Utredningar och händelseanalyser - utredningarna har lett fram till förbättringsarbeten på kliniknivå, och i vissa fall på sjukhusövergripande nivå.
- Utbildning och stöd i patientsäkerhetsarbetet både på ledning – och medarbetar nivå
- Anmälningar enligt Lex Maria (19 st)



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

- Externa och interna revisioner
- Verksamhetsanalys – identifiera förbättringsåtgärder inom
 - patientsäkerhet
 - stärka introduktionen för nya medarbetare (avvikelse, ledningssystem och SVF)
- Prioriteringsverktyg för operationsplanering
- Protokoll för standardiserat omhändertagande för att undvika slutenvård – standardiserad förlängd öppenvård
- Suicidriksbedömningar – rutin mellan närsjukvård -psykiatri
- Egenkontroller
- Trycksårsmätning
- Vårdprocesser



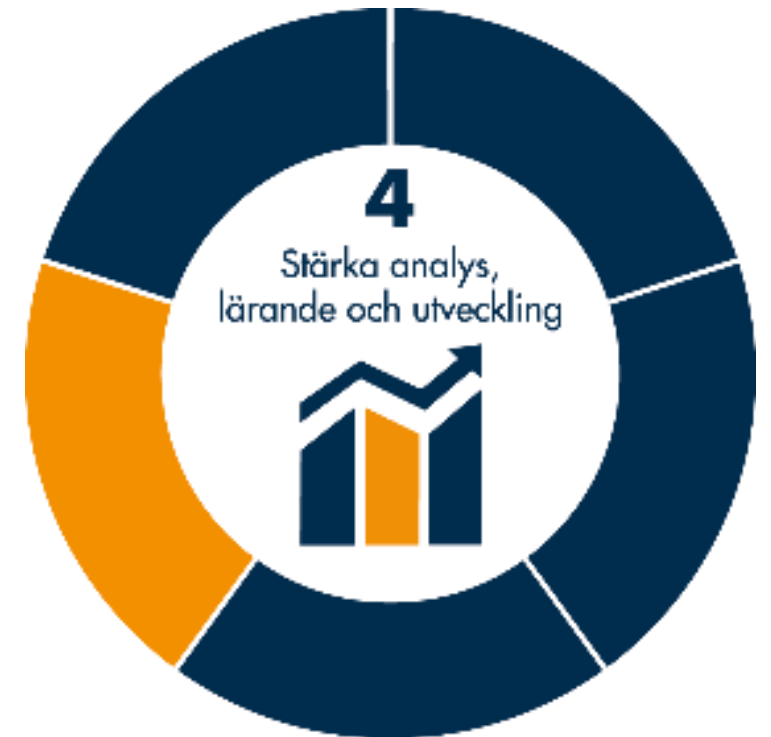
Hälso- och sjukvården präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation. Förutsättningarna för säkerhet förändras snabbt och det är viktigt att agera på störningar i närtid

- Inhyrd personal långa avropsperioder för att öka kontinuitet
- Utbildningar i patientsäkerhetsarbete (föreläsningar)
- Risk- och konsekvensanalys
- SWOT- analys
- Förbättringsmetodik



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.

- Analyser av egen data
- Avvikelser
- Lex Maria
- Klagomål och synpunkter
- Patientnämnd
- PPM-mätningar (fallsador, trycksår, vårdrelaterade infektioner)
- Markörbaserad journalgranskning och mätning av följsamhet till basala hygienrutiner



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

Pandemin har medfört ökad riskmedvetenhet och förmåga att snabbt kunna agera på förändrade förhållanden.

Exempel på insatser för att öka riskmedvetenheten

- utbildning i omhändertagande av svårt sjuka patienter
- utbildning i hantering av avvikelser
- utbildning i hot och våld
- fortsatt fokus på läkemedelsavstämningar hos patienter över 75 år med fler än fem läkemedel
- ökad delaktighet av patienter genom fortsatt implementering av patientkontrakt



MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Exempel på arbeten som kommer att fortgå under 2023

- Regional handlingsplan för ökad patientsäkerhet – fokus på de identifierade utvecklingsområdena
- Öka kunskapen om inträffade vårdskador
- Förbättrad avvikelshantering – *sprida lärdom*
- Utveckla att arbeta mer proaktivt och skapa värde för fler fungera



Förslag till beslut

Regionstyrelsens Hälso- och sjukvårdsutskott beslutar att

- anta Region Hallands patientsäkerhetsberättelse 2022
- anteckna att informationen har lämnats till utskottet



Region Halland

Anders Åkvist anders.akvist@regionhalland.se
Carina Werner carina.werner@regionhalland.se



Patientsäkerhetsberättelse

2022

Region Halland
2022

Innehållsförteckning

1	Sammanfattning.....	4
2	Grundläggande förutsättningar för säker vård.....	6
2.1	Engagerad ledning och tydlig styrning	6
2.2	En god säkerhetskultur.....	13
2.3	Adekvat kunskap och kompetens.....	14
2.4	Patienten som medskapare.....	15
3	Agera för säker vård.....	18
3.1	Öka kunskap om inträffade vårdskador.....	21
3.2	Tillförlitliga och säkra system och processer.....	22
3.3	Säker vård här och nu	26
3.4	Stärka analys, lärande och utveckling.....	29
3.5	Öka riskmedvetenhet och beredskap.....	33
4	Mål, strategier och utmaningar för kommande år	35

Bilagor

Bilaga 1: Strålskyddsbokslut Region Halland 2022

Anvisning

Mallen för patientsäkerhetsberättelsen utgår från lagkrav och följer strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. I de fall lagkrav finns görs hänvisningar under respektive rubrik. Fullständiga lagtextbeskrivningar finns i dokumentet Korsreferenslista för lagkrav kopplat till mallen för patientsäkerhetsberättelse.

Mallen utgår även från metodiken för systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

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.

För mer information, se SKR:

<https://skr.se/skr/halsasjukvard/patientsakerhet/systematisktpatientsakerhetsarbete/patientsakerhetsberattelse.988.html>

1 Sammanfattning

Anvisning

Kort sammanfattning av året som gått, till exempel viktiga åtgärder och resultat samt en blick framåt.

Under 2022 har hälso- och sjukvårdsverksamheten fortsatt i stor utsträckning präglats av effekter relaterade till covid-19-pandemin. Samtidigt har arbetet med strategier för en mer framtidsinriktad utveckling av vårdens kvalitet i allmänhet inklusive patientsäkerhetsperspektivet kunnat ta fart, delvis utifrån den regionövergripande handlingsplanen för patientsäkerhet.

Vården arbetar allt mer med stora datamängder samtidigt som förmågorna att kunna bearbeta och skapa ny information från dessa data utvecklas. Detta arbete drivs med hög ambition inom Region Halland i samarbete med akademi och näringsliv och har också betydande påverkan på patientsäkerhetsområdet. Det handlar om att skaffa en bättre bild av vårdens kvalitet men också överblick inom det systematiska patientsäkerhetsarbetet och ett bättre stöd direkt till vårdpersonal och patienter i de dagliga vårdmötena. Det övergripande syftet är här också att kunna ge god vård i en framtid där såväl behov som förmågor inom vården blir allt större samtidigt vilket i sin tur ställer krav på nya arbetssätt som inte är lika personalintensiva.

I takt med ökande komplexitet i hälso- och sjukvården ställs också allt större krav på samverkan mellan olika delar av vårdsystemet. Fortsatt utveckling av samverkan över olika gränser pågår och vissa initiativ här har intensifierats.

Det löpande arbetet med att hantera risker och incidenter i vården har fortsatt i enlighet med Region Hallands strategier och rutiner. Det är tydligt att insatser av samtliga medarbetare krävs för att fortsätta bedriva säker och god vård där vi lär oss av goda exempel, incidenter och risker.



2 Grundläggande förutsättningar för säker vård

Nedan beskrivs mål och strategier, organisation och struktur för arbetet med att minska antalet vårdskador.

För att kunna nå den nationella visionen ”God och säker vård – överallt och alltid” och det nationella målet ”ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”, har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

2.1 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.

2.1.1 Övergripande mål och strategier

Anvisning

PSL 2010:659, 3 kap. 1 §, SOSFS 2011:9, 3 kap. 1-3 §

Beskriv övergripande mål och strategier för patientsäkerhetsarbetet i syfte att säkra verksamhetens kvalitet.

Övergripande strategier



Övergripande mål och strategier för patientsäkerhetsarbetet i Region Halland har fastställts av regionfullmäktige i dokumentet ”Hälso- och sjukvårdsstrategi 2017–2025”. Strategin omfattar fem delmål med fokus på bl.a. en trygg och sammanhållen hälso- och sjukvård, involvering av patienter och närstående, ambitionen om ständig förbättring samt möjliggörandet för invånare att själva ta ansvar utifrån sin förmåga. Det strategiska ramverket som helhet understryker patientsäkerhet och invånarnas fokus och ska genomsyra den dagliga verksamheten inom Region Halland. Patientsäkerhet är således både nationellt och regionalt prioriterat och avser vårdens förmåga att förebygga, tidigt upptäcka risker och mildra konsekvenserna av inträffade

vårdskador. Genom att arbeta systematiskt och proaktivt kan vårdskador och vårddygn frigöras. Resurser och kompetens kan användas till att vårda/behandla fler patienter, undvika onödigt lidande och utveckla vården.

Region Halland har patientsäkerhetsarbetet som ett prioriterat område i såväl, regionledning som i klinisk verksamhet med ambitionen att ge patienterna ett säkert och professionellt omhändertagande. Patientsäkerhetsarbetet ska bedrivas systematiskt och som en integrerad del i det dagliga arbetet på alla nivåer och förvaltningar inom regionen. Genom rapportering och utredning av avvikelser, riskanalyser, egenkontroll och ständigt lärande, utvecklas system, rutiner och processer. En av grundprinciperna för all vårdverksamhet är att ingen patient ska komma till skada i vården. Vården ska vara patientfokuserad, tillgänglig, säker, kunskapsbaserad och ändamålsenlig, jämlik och effektiv.

För att uppnå detta ska Region Halland:

- Ge vård med hög kvalitet och värde för patienterna med de resurser som finns.
- Vården ska ha fokus på patienternas behov och använda resurserna så bra som möjligt.
- Patienternas kraft och förmåga ska tillvara tas och patienten ska vara medskapare i sin egen vård.
- Bedriva ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet för att identifiera, förebygga och åtgärda risker i syfte att undvika negativa händelser/vårdskador.
- Kvalitetssäkra och utveckla vårdprocesser i enlighet med nationella och regionala riktlinjer.
- Följa upp resultat från öppna jämförelser, kvalitetsregister och kvalitetsindikatorer, vilka ska utgöra underlag till förbättringsarbeten.
- Delta i nationella satsningar för en förbättrad patientsäkerhet.

2.1.2 Organisation och ansvar

Anvisning

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

Beskriv kort roller och ansvarsfördelning för planering, ledning och egenkontroll av patientsäkerhetsarbetet på olika nivåer. Här kan stödfunktioner som t ex chefläkare, Strama, smittskydd, vårdhygien, patientsäkerhet- och kvalitetsenhet, kliniskt träningscenter, patientnämnden ingå.

Organisation och ansvar

För att främja arbetet med kvalitet- och patientsäkerhet finns författningar (SOSFS 2011:9) som beskriver att varje sjukvårdshuvudmans skyldighet att ha ett ledningssystem och arbeta systematiskt med patientsäkerhet. Med stöd av ledningssystemet ska vårdgivaren planera, leda och kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

Region Halland är en politiskt styrd organisation som har till uppgift att säkerställa att invånarna i regionen erbjuds en god och jämlik hälso- och sjukvård samt tandvård utifrån invånarnas behov. Hälso- och sjukvården i Region Halland leds av hälso- och

sjukvårdsdirektören som också har det ytterst ansvar för patientsäkerhetsarbetet i regionen. Organisationen är uppdelad i fem förvaltningar: Halland sjukhus (HS), Psykiatri Halland (PH), Närsjukvården (NSV), Ambulans, diagnostik och hälsa (ADH) samt Regionservice (RGS). Sjukhusorganisationen består av ett länssjukhus med de tre utbudspunkterna Halmstad, Varberg och Kungsbacka. Närsjukvården i Halland utgörs av 47 vårdcentraler varav 23 vårdcentraler drivs i egen regi. Utöver detta finns drygt 100 avtal med privata vårdgivare.

Förvaltningschef, områdeschefer och verksamhetschefer är ansvariga för patientsäkerhetsarbetet och medarbetarna är ansvariga för att bidra till att en hög patientsäkerhet upprätthålls i verksamheten.

På regionövergripande nivå finns en regional chefläkare med ansvar för samordning av strategiskt patientsäkerhetsarbete och en patientsäkerhetsstrateg, som också är kontaktperson gentemot den nationella nivån och ansvarar för kommunikation med förvaltningarna. Regional chefläkare har regelbundna möten med chefläkare från Hallands sjukhus, Psykiatri Halland, Ambulans diagnostik och hälsa och Närsjukvården. Dessa möten syftar till att skapa en gemensam syn kring hur patientsäkerhetsarbetet kan användas som en del i utvecklingen av hälso- och sjukvården. Regionens alla chefläkare har ansvar för att stödja verksamheterna i hanteringen av allvarliga händelser och till exempel hantera Lex Maria, händelseanalyser med mera och arbetar övergripande med att utveckla patientsäkerhet och kvalitet.

Region Hallands ledningssystem fungerar som ett stöd för att planera, leda, genomföra, utvärdera och förbättra verksamheten på ett systematiskt sätt. Ledningssystemet innehåller de mål som organisationen har satt och hur den arbetar för att nå dem. Ledningssystemet omfattar till exempel verksamhetsplaner och mål, policyer, riktlinjer, rutiner och arbetet med ständiga förbättringar.

Stödfunktioner

Chefläkare och cheftandläkare har en stödjande roll till chefer och medarbetare i att genomföra patientsäkerhetsarbete i verksamheten. Samtliga medarbetare har ansvar att följa lagar och förordningar och att driva och utveckla patientsäkerhetsarbetet. Smittskydd tillsammans med vårdhygieniska enheten är expertfunktioner som medverkar till att alla vårdgivare bedriver en god vård med hög kvalitet i syfte att minimera vårdrelaterade infektioner. De arbetar också för att minska spridningen av smittsam sjukdom.

STRAMA - Region Hallands STRAMA-grupp vars uppgift är att verka för rationell användning av antibiotika både i öppen- och slutenvård. Användningen av antibiotika återkopplas till verksamheterna regelbundet.

Vårdhygien arbetar aktivt om mot verksamheter och förvaltningar med rådgivning, utbildning för att förhindra vårdrelaterad infektion och smitta, samt med att författa riktlinjer och uppdatera rutiner inom området.

Patientnämndens uppdrag är att ta emot synpunkter och svara på frågor som rör all av nämndens huvudmän finansierad hälso- och sjukvård samt Region Hallands tandvård. Dessutom kan barn och ungdomar till och med det kalenderår de fyller 23 år, som behandlats av privat tandläkare, vända sig till Patientnämnden. Ett ärende hos Patientnämnden kan initieras av en patient, en närstående eller kan lämnas anonymt. Ett ärende kan röra enstaka händelser eller en kedja av händelser där flera kliniker varit involverade och speglar patientens upplevelse av ett vårdtillfälle. Nämnden är rådgivande och gör inga medicinska eller juridiska bedömningar och utfärdade inte heller sanktioner eller disciplinära påföljder utan fungerade

objektivt i kontakter med patienter och personal. Samtliga patientnämndsärenden registreras i avvikelssystemet Platina. Patientnämnden skickar ärenden från patienter/närstående som lämnat synpunkter/klagomål på vården till respektive verksamhetschef och hjälper till så att klagomålen besvaras när anmälaren önskar det.

Metodstöd - inom respektive förvaltning finns funktioner som bistår med bland annat metodstöd i bland annat patientsäkerhetsarbetet till exempel vid händelseanalyser och riks- och konsekvensanalyser.

2.1.3 Samverkan för att förebygga vårdskador

Anvisning

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

Beskriv hur och inom vilka processer och områden som samverkan identifierats och äger rum för att förebygga att patienter drabbas av en vårdskada, till exempel vårdens övergångar med överenskommelser mellan olika vårdenheter, medicintekniska enheter, mellan primärvård och sjukhus samt mellan region och kommun.

Beskriv även om det finns processer och områden där samverkan saknas.

Regionens medarbetare bidrar till att nå ökad kvalitet patientsäkerhet i hälso- och sjukvården genom att medverka i regionala vårdprocessgrupper, arbetsgrupper, nätverk, nationella programråd och regionala medicinska programråd. Nationella och regionala samarbeten bedrivs inom flera områden till exempel västra och södra sjukvårdsregionens patientsäkerhetsgrupp, regionalt cancercentrum (RCC väst och syd) och kunskapsstyrning.

Kunskapsstyrning

Patienter i Region Halland ska alltid ges bästa möjliga vård som ska bygga på bästa tillgängliga kunskap. Syftet med kunskapsstyrning är att alltid ge patienten bästa möjliga vård baserat på bästa tillgängliga kunskap. Det innebär att kvalitetssäkrad kunskap sprids och används inom alla verksamheter. Kunskapsstyrning ska säkerställa att bästa tillgängliga kunskap används vid beslut som direkt rör patientverksamhet men också beslut som rör investeringar och produktionsstruktur.

Kunskapsstyrningsstrukturen består av fyra delar:

- kunskapsinhämtning
- kunskapssamordning
- ordnat införande
- kunskaps-användning uppföljning

Ordnat införande

Föremål för ”Ordnat införande” kan t.ex. vara nya kunskapsstöd (riktlinjer/vårdprogram), läkemedel eller medicintekniska produkter. Ärenden kan inkomma såväl från nationell nivå som från regionens egna verksamheter. För att säkerställa ett ordnat införande finns Prioriterings- och evidensrådet (PER).

Regional samverkan

Regional chefläkare har regelbundna möten med chefläkare från Hallands sjukhus, Psykiatri Halland, Ambulans, diagnostik och hälsa samt Närsjukvården Halland. Dessa möten syftar till att skapa en gemensam syn kring hur patientsäkerhetsarbetet kan användas som en del i utvecklingen av hälso- och sjukvården.

Regionala processer

Regionala processer berör flera förvaltningar. I de regionala processerna ligger nationella och regionala kunskapsdokument till grund. Syftet är att erbjuda patienter i regionen en säker, patientfokuserad, kunskapsbaserad, jämlik och effektiv vård i rätt tid. Regionkontoret har det yttersta ägandeskapet för alla regionala processer och hälso- och sjukvårdsdirektören är processägare för vårdprocesserna.

Samverkan med Patientnämnden

Patientnämndens representanter tillsammans med regional chefläkare, chefläkare och cheftandläkare samverkar för att stärka patienters och närståendes delaktighet i förbättringsfrågor. Chefläkare tar del av samtliga rapporter som Patientnämnden skickar ut månatligen. Kontakt sker även vid behov i enskilda patientärenden eller generella samarbetsområden. Samarbetet med Patientnämnden är ett viktigt forum för att stärka patienters och närståendes delaktighet i vården och i förlängningen till förbättringar i vård och omhändertagande.

Samverkan psykisk ohälsa

- Samverkan mellan Närsjukvården och psykiatri i alla kommuner för att förbättra omhändertagandet av patienter med psykisk ohälsa, där övergångar är särskilt sårbara.
- Samverkan mellan Psykiatri Halland och Hallands sjukhus kring förbättringsarbete avseende gemensamma patienter och tydliggörande kring uppdrag vid patienter med tvångsvård och suicidnära patienter.
- Inom heldygnsvården finns kontinuerlig samverkan etablerad tillsammans med socialtjänst, ambulans, polis, öppenvård och mellan psykiatriska avdelningar i Halmstad och Varberg.
- Ambulanssjukvården samverkar med primärvården i Falkenberg i Primärvårdsprojektet som syftar till ökad samverkan med primärvården samt i Prehospital Psykiatrisk Akutsjukvård för en utökad samverkan med psykiatri Halland.

Trygg och säker utskrivning

I Halland gäller en gemensam anvisning och samverkansrutin för regionen och kommunerna i Halland som reglerar en samordnad planering vid in- och utskrivning från sjukhus och vård- och omsorgsplanering. Denna anvisning och rutin reglerar att samverkan och informationsöverföring för den enskilde sker tryggt, säkert, effektivt och jämlikt.

Läkarmedverkan i hemsjukvård

Samarbete pågår mellan Hallands sjukhus och närsjukvårdens Läkarmedverkan i hemsjukvård (LMH), via bland annat Medicinkliniken Hallands sjukhus Varberg. Syftet är att undvika återinskrivning i slutenvården. Personlig kontakt tas med LMH under slutenvårdstillfället för en sammanhållen vårdkedja efter utskrivning plus en uppföljande kontakt från LMH i patientens hem.

Processutveckling inom medicinska specialiteter

Processutvecklingsarbete genomförs inom de medicinska specialiteterna mellan utbudpunkterna för att utveckla nya gemensamma arbetsformer inom all internmedicinsk

öppenvård så att patienternas väg genom vården och tillgång till vård ska vara enhetlig, jämlik och oberoende av bostadsort. Gemensamma processer och väntelistor, enhetlig journaldokumentation i VAS samt optimering av resurser mellan utbudspunkterna för utjämnad tillgänglighet är exempel på mål som delvis nåtts.

Projekt patientindividuell läkemedelsförsörjning (PIL)

Huvudsyftet med projektet är att kvaliteten i läkemedelshanteringen ska öka genom ett säkrare sätt att iordningställa läkemedel (dosförpackas). Utöver ökad patientsäkerhet och minskad risk för läkemedelsrelaterade avvikelser så frigörs tid för sjuksköterskor som kan användas i annat patientnära arbete. Pilotdrift är startad och breddinförande genomförs under första halvåret 2022.

Standardiserat vårdförlopp (SVF) cancer

SVF beskriver vilka symtom och kriterier som utgör misstanke eller välgrundad misstanke om cancer, vilka utredningar och första behandlingar som ska göras och vilka maximala ledtider som gäller för de olika åtgärderna. Region Halland har infört 31 vårdförlopp (SVF) inom cancersjukvården. Regeringens mål är att 70 procent av nya cancerfall ska utredas via ett standardiserat vårdförlopp (SVF). Av dessa ska 80 procent ha startat sin behandling inom respektive vårdförlopps utsatta maximala tidsgränser.

Ändamålsenliga vårdkedjor

Inom ambulanssjukvården Halland pågår sedan flera år tillbaka en fortlöpande utveckling av säkra och ändamålsenliga vårdkedjor i samarbete med involverade samarbetspartners och med tydligt fokus på att göra patienter och närstående delaktiga i vården. Exempel på detta är Primärvårdsprojektet i Falkenberg som syftar till ökad samverkan med primärvården samt Prehospital Psykiatrisk Akutsjukvård är en utökad samverkan med psykiatri Halland. Båda processer går i linje med God och Nära Vård.

Rehabkoordinatorer

Verksamheternas rehabkoordinatorer ska fungera som ett stöd i sjukskrivningsprocessen och bidra till en ökad försäkringsmedicinsk kompetens. Införandet av rehabkoordinatorer väntas medföra flera fördelar för läkare och övriga medarbetare i vårdkedjan kring sjukskrivningar.

2.1.4 Informationssäkerhet

Anvisning

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Beskriv hur ni arbetat med informationssäkerhet.

All verksamhet i Region Halland är i behov av information för att kunna bedrivas ändamålsenligt. Informationen måste därför hanteras säkert. Informationssäkerhet är:

- att säkerställa att information i alla dess former ska finnas tillgänglig när den behövs
- att information är korrekt
- att obehöriga inte kan få tillgång till information
- att hanteringen av och förändring i informationen kan spåras i tillräcklig grad.

Informationssäkerhet upprätthåller patientintegritet, trygghet för personal och bidrar till god och säker verksamhet. Inom vården är kraven på informationssäkerhet extra höga.

Region Hallands Säkerhetspolicy med tillhörande riktlinjer anger inriktning och nivå för informationssäkerhetsarbetet. Utifrån policy, riktlinjer, resultat av riskanalyser, revisioner och informationsklassning tas mål fram som införs i verksamhetsplaner. Regionens avdelning för IT och digitalisering är organiserad för att stödja verksamheten genom partnerskap.

Informationssäkerheten åstadkoms genom tydliga och effektiva rutiner för:

- Konfidentialitet och tillgänglighet – behöriga ska på ett smidigt sätt kunna ta del av information, men man måste på samma gång beakta att en stor del av den information vi hanterar är känslig.
- Riktighet – information ska vara aktuell, korrekt, fullständig och förändringar ska vara spårbara.
- Kompetens och ansvar – kunskap om informationssäkerhet hos samtliga medarbetare skapar förtroende och förmåga att agera ansvarsfullt.
- Ledning – informationssäkerheten utgår från myndigheters krav samt patienters, allmänhetens och samarbetspartners behov. Detta utgör underlag för hur chefer på olika nivåer genomför och utvärderar hanteringen av informationssäkerhet.
- Teknik – all teknik för att få tillgång till, hantera och kommunicera information ska säkerställa att obehöriga inte kan komma åt informationen.

Det sker årliga interna och externa revisioner inom regionen där informationssäkerheten granskas. Vid de interna revisionerna följs medarbetare och chefers kunskap och medvetenhet kring informationssäkerhet upp, liksom följsamhet till de rutiner som finns för området. Hallands sjukhus är certifierat inom ISO standard 27001. Regionens avdelning för IT och digitalisering arbetar med förberedelser för att åter kunna certifiera verksamheten, men med större omfattning än hittills. En förstudie pågår om att certifiera ledningssystemet avseende informationssäkerhet för hela Region Halland. Vidare genomför Hallands sjukhus studier avseende metod för informationsklassificering. Inom IT-säkerhetsområdet höjs förmågan för närvarande genom flera initiativ, såsom förstärkt segmentering av nätverk, nya verktyg för händelseövervakning (SIEM – Security Information and Event Management). Vidare pågår breda genomlysningar av verksamheten genom riskanalyser som förberedelse till certifiering.

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

Region Halland har delar av sin verksamhet som lyder under NIS-direktivet, vilket innebär att regionen ansvarar för incidenthantering och -rapportering avseende de identifierade samhällsviktiga tjänsterna.

2.1.5 Strålskydd

Anvisning

SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §

En kort sammanfattning av strålskyddsbokslutet eller hänvisa till bokslutet i länk eller

bilaga.

Region Hallands Strålskyddsbokslut bifogas separat. Region Hallands Strålskyddsbokslut fastställs av regiondirektören. Bilaga 1.

2.2 En god säkerhetskultur

Anvisning

Beskriv hur ni arbetar för att säkerhetskulturen ska genomsyra alla delar av vården och främja en öppen kommunikation i det dagliga arbetet kring identifierade risker.

Beskriv även hur ni skapar tid för lärande och reflektion. Patientsäkerhet och arbetsmiljö hänger ihop och påverkar varandra, beskriv hur dessa aspekter beaktas och hur arbetet drivs.

Beskriv gärna vilka verktyg ni använder för att följa upp och skapa dialog kring säkerhetskulturen som till exempel Säkerhetskulturtrappan från A till E och Hållbart Säkerhets Engagemang (HSE).

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

En god säkerhetskultur



För att stärka patientsäkerhetskulturen i regionens verksamheter utförs inom flera delar patientsäkerhetsronder årligen. Dessa sker i dialogform med verksamhetschef, medicinskt ledningsansvarig läkare/odontologiskt ledningsansvarig tandläkare och andra yrkeskategorier representerade. Särskilt fokus har varit arbete för ökat lärande och erfarenhetsutbyte. Ronderna sker normalt med fysiska möten i verksamheterna. Sambandet mellan en god arbetsmiljö och en god patientsäkerhet är numera välkänt. Dialog om arbetsmiljö sker på arbetsplatsträffar, kontinuerligt i vardagen och vid årlig genomgång av medarbetarenkäten. Om brister finns i arbetsmiljön så tas en handlingsplan/åtgärder fram som sedan följs upp.

Allt fler verksamheter använder sig av Gröna Korset för att ytterligare arbeta strukturerat med

riskidentifiering. Införandet av Gröna korset leder också till en ytterligare förbättrad säkerhetskultur och blir ett naturligt sätt att synliggöra och diskutera patientsäkerhetsfrågor, och ett sätt att höja kunskapsnivån ytterligare. Det har också lett till att det är enklare att ta upp och diskutera säkerhetsfrågor.

Region Halland använder verktyg och metoder som patientsäkerhetsronder, Gröna korset och PDCA för att följa upp och skapa dialog kring säkerhetskulturen.

2.3 Adekvat kunskap och kompetens

Anvisning

Beskriv hur yrkeskompetens och kunskap om patientsäkerhet säkerställs genom kompetensutveckling och fortbildning på alla nivåer.

Beskriv hur säker bemanning och schemaläggning tillämpas utifrån kunskap om medarbetarnas erfarenhet och kompetens.

Beskriv även hur ni arbetar för att skapa systemförståelse och kunskap om förbättrings- och implementeringsarbete.

En grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete.

Att säkra kompetensförsörjningen är en grundförutsättning för att Region Halland ska klara av nuvarande grunduppdrag, utvecklingsuppdrag liksom vården i framtiden.

Morgondagens hälso- och sjukvård är alltmer kunskapsintensiv. Digitalisering, automatiseringar och AI är en nödvändig utveckling för att minska rekryteringsbehoven men innebär samtidigt en utmaning för regioner att säkra former och strukturer för kompetensutveckling när arbetslivet och kompetenskraven ändras.

Yrkeskompetens och kunskap säkerställs i patientsäkerhetsarbetet genom kompetensutveckling och fortbildning på alla nivåer. All personal får introduktionsutbildning där patientsäkerhetsarbete ingår.

Som ytterligare stöd i detta arbete använder Region Halland Kompetenssportalen med digitala utbildningar. I Vårdgivarwebben och ledningssystemet finns styrande dokument. Kunskap och erfarenhetsutbyte sker via arbetsplatsträffar, nätverksträffar i olika professioner samt digitala terapimöten. Genom årligt medarbetarsamtal inventeras fortsatt utbildningsbehov.

I dialog förmedlas kunskap om patientsäkerhetsarbete och de system som möjliggör förbättringsarbete på olika nivåer. Utbildning och workshops genomförs för att öka kunskap och skapa erfarenhetsåterföring inom och mellan verksamheterna. Metod- och utbildningsstöd ges av verksamhetsutvecklare till verksamheterna.

En metod för att öka patientsäkerheten är att sjukvårdspersonal praktiskt tränas, teoretiskt inhämtade kunskaper på så kallade Kliniskt träningscentrum (KTC).

2.4 Patienten som medskapare

Anvisning

PSL 2010:659 3 kap. 4 §

Beskriv struktur och aktiviteter för hur patienter, brukare och närstående erbjuds möjlighet att medverka i patientsäkerhetsarbetet.

Ge exempel på hur patienterna görs delaktiga i den egna vården, hur patient och närståendes synpunkter och klagomål tas tillvara, hur patientmedverkan sker i utvecklingsarbeten för att stärka patientsäkerheten.

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.

Patienten som medskapare



Enligt Region Hallands hälso- och sjukvårdsstrategi ska vården vara trygg och sammanhållen och utformas tillsammans med patienter och närstående. En god dialog med patienter, brukare och närstående är avgörande för att Region Halland ska kunna utveckla verksamheten och erbjuda bästa möjliga vård.

Region Hallands arbetar aktivt med att öka patienters och närståendes delaktighet i den egna vården som en väsentlig del av god och säker vård. Samverkan med patienter och närstående ska ske i utredningar, hantering av klagomål och synpunkter samt analys av händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

Region Halland erbjuder patienter möjlighet att aktivt delta i sin egen vårdprocess. Det innebär att regionen tar tillvara patientens behov och resurser både innan, under, mellan och efter en kontakt med vården. Det kan också innebära att närstående medverkar i dialogen.

Nedan redovisas exempel på där patienterna görs delaktiga i den egna vården.

Patientsäkerhetsronder - inom Vuxenpsykiatrisk heldygnsvård har ett arbetssätt under året arbetats fram för att involvera patient och närståendeperspektivet i patientsäkerhetsronder, där patienter och närstående erbjuds delta med sina synpunkter och observationer. Ett material är framtaget till avdelningarna med exempel på hur närstående och patienter kan involveras i patientsäkerhetsarbetet.

Psykiatrin i fickan - Vuxenpsykiatrisk öppenvård har fortsatt vidareutveckla ”Psykiatrin i fickan” och BUP har fortsatt implementeringen av ”Blå Appen”. Båda verktygen möjliggör effektivare hantering av skattningskalor och underlag, samt för patienterna att uppdatera mottagningen kring sitt mående, ta emot svar från sin behandlare och göra kompletterande tester inför läkarbesök – allt för att förbättra precisionen i utformningen av vården och underlätta kontakten mellan patient och vårdpersonal. Detta leder till att patienterna blir mer delaktiga i sin vård.

BCFPI - inom BUP involveras vårdnadshavare tidigt genom BCFPI (en strukturerad telefonintervju). Genom den uppföljning som sker ett år efter den första telefonintervjun får vården en tydlig återkoppling av hur vårdnadshavare har uppfattat vården och vad som eventuellt har brustit. Detta ger en mer systematiserad bild än den bild man får i den naturliga återkopplingen när man träffar vårdnadshavare och andra närstående i den direkta vården av patienten.

Digitalt föräldrastöd - Kvinnohälsovården har tagit fram ett digitalt föräldrastöd med patienter som medskapare.

Digitala hjälpmedel

- Inom diabetesvården finns exempelvis olika digitala hjälpmedel för att avläsa blodsockervärdet och medicinera sig med insulin. Alla ger de möjligheter för patienterna att vara mer delaktiga, få ökad kunskap om sin sjukdom och sina symtom och ta ansvar utifrån sin individuella förmåga.
- Digital hälsodeklaration inför exempelvis operation som nu används rutinmässigt, Barn- och ungdomskliniken arbetar med ett patientråd och har en löpande delaktighetsenkät och inom Rehabiliteringskliniken används rehabiliteringsplaner som ett viktigt stöd för att skapa trygghet och delaktighet.

Hjärtsviktpatienter - erbjuds möjlighet till särskild medicinteknisk utrustning för distansmonitorering och inrapportering, där patienten ges möjlighet att på egen hand korrigera läkemedelsbehandling inom givna ramar.

Patientkontrakt - är en gemensam överenskommelse mellan patient och vårdgivare för att säkerställa delaktighet, samordning, tillgänglighet och samverkan, med patientens perspektiv som utgångspunkt.

Ökad delaktighet och ansvar för egen vård - insatser för att öka patientens delaktighet och möjlighet att ta ansvar i sin egen vård, till exempel hjälpmedel för att öka egenvården för patienter med hjärtsvikt, diabetes och patienter som behandlas med det blodförtunnande läkemedlet Waran.

Brukarråd - inom vissa verksamheten finns det brukarråd.

Webbtidbok - webbtidbokning innebär att mottagningen låter invånaren boka, se bokad tid och av- eller omboka en tid direkt i journalsystemets tidbok via 1177 Vårdguidens e-tjänster.

Invånarens bokning visas sedan för vårdpersonalen i tidboken. Mottagningen styr vilka tider som ska synas och vad de ska heta. All hantering av tider och tidstyper görs i journalsystemet.

Journalen på nätet - att ge patienten tillgång till medicinsk information om sitt tillstånd och vad vården har gjort är ett bra sätt att få patienten delaktig i sin vård. Det är fördelaktigt att i mötet med patienten diskutera journalen, hänvisa till den som en "minnesanteckning". Journal via nätet - en snabbare tillgång till signerad journalanteckning ger en ökad patientsäkerhet. Genom att hänvisa patienten till att läsa journal via nätet, 1177.se (1177 Vårdguiden) skapas förutsättning för patienten att ta ansvar i sin egen vård och få en ökad förståelse om vad som är planerat.

Tjänstedesign - är ett arbetssätt för att involvera användaren för att se till att de tjänster som tas fram fungerar och uppskattas av dem som verksamheten finns till för.

Händelseanalyser - vid allvarligare händelseanalys bjuds patient och närstående alltid in för att samverka kring händelsen

Klagomål och synpunkter - muntliga eller skriftliga synpunkter eller klagomål från patient och/eller närstående tas emot på verksamhetsnivå. Klagomålen registreras och följs upp i avvikelssystemet (Platina). Klagomål från patienter och/eller närstående tas upp på arbetsplatsträffar, ledningsmöten eller motsvarande. Här beslutas vilka åtgärder som ska vidtas och vilken chef som ska ge återkoppling på klagomålet till patient/närstående. Klagomålshandlingen ska även säkerställa att förslag och klagomål från patienter och närstående tas om hand, beaktas och återkopplas till verksamheten i syfte att genomföra förbättringsåtgärder

3 Agera för säker vård

Anvisning

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.

Beskriv strategier, mål och koppla till vilken egenkontroll för ökad patientsäkerhet som genomförts under året.

Utifrån hur ni har agerat för säker vård inom de fem nationella fokusområdena: utvärdera planerade och genomförda åtgärder och uppföljningen av dess effekter, samt beskriv planering framåt utifrån resultaten.

Ett fortlöpande förbättringsarbete, som bygger på lärande och utveckling, till exempel en förbättringsmodell, är en viktig grund för ett framgångsrikt patientsäkerhetsarbete. Under rubriken Agera för säker vård kan arbetsprocessen för ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete användas genom att följa nedanstående fyra steg:

1. Identifiering

- **Beskriv** resultatet inom de områden som identifierats och följs (visa gärna diagram).
- **Beskriv** omfattning och frekvens (till exempel vårdrelaterade infektioner (VRI) följs en gång per år via punktprevalensmätning (PPM), en gång per månad via Infektionsverktyget och två gånger per år via Markörbaserad journalgranskning)

2. Analys

- **Beskriv** analys av och/eller resonemang kring resultat inom området, till exempel orsaker till förändring i resultatet eller koppling till patientsäkerhetsrisker.

3. Åtgärder

- **Beskriv** åtgärder med koppling till identifierat område. Åtgärder kan både vara i form av aktiviteter eller förändringar i struktur eller organisation.

4. Uppföljning av åtgärd

- **Beskriv** hur ni följt upp och återkopplat vidtagna åtgärder inom identifierat område.

- **Beskriv** hur kunskap och lärande har spridits till verksamheter och/eller ledning.

Uppföljning och återkoppling kan till exempel göras via arbetsplatsträffar, patientsäkerhetsdialoger.

Exempel på hur mått kan sammanställas och presenteras visas i bilaga 1.

Egenkontroller

Egenkontroll är systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet. Inom Region Halland är uppföljning/utvärdering kopplad till ”Hälso- och sjukvårdsstrategin 2017–2025”.

Uppföljning/utvärdering genomförs inom varje område utifrån de uppdrag som har givits av regionledning och förvaltningschef. Resultat och analys återrapporteras i delårs- och årsuppföljning. Genom egenkontroller värderar verksamheterna sin följsamhet till rutiner och vidtar åtgärder om brister identifieras. Utöver årliga egenkontroller följs ett antal utvalda kvalitetsindikatorer upp månatligen på varje förvaltning. Vid avvikelser analyseras dessa och åtgärder utarbetas och genomförs.

Utredning av vårdskador

Under året har dialoger förts med representanter för hälso- och sjukvård bedriven inom Halmstad kommun med anledning av avvikelser som uppstår i samband med utskrivningsprocessen. Även läkarmedverkan har bidragit med att identifiera avvikelser som uppstår.

Inom den vuxenpsykiatriska öppenvården följer noggrant väntetidsläget, utifrån att det finns en stark koppling mellan flödeseffektivitet och patientsäkerhet. Verksamheten har haft ett särskilt fokus på övergångar mellan öppen- och heldygnsvård och följt akutprocessen varje vecka. Resultatet av detta har varit att processen senaste kvartal har fungerat utan anmärkningar, medan det tidigare fanns större problem i övergångarna. För att stärka det förvaltningsövergripande perspektivet på patientsäkerhetsarbetet, är chefläkare med i den dagliga eskaleringsstrukturen, när heldygnsvård och öppenvård går genom dagens situation. Verksamheten kontrollerar regelbundet loggar av medarbetarna, så att inga obehöriga journalöppningar görs.

Inom den psykiatriska öppenvårdens löpande förbättringsarbete har flera dussintals förbättringar gjorts, inom områden som läkemedelsuppföljning, larmdisciplin, arbetssätt med väntelistor för att säkra att alla patienter följs upp, ändamålsenlig hantering av skattningsskalor som bedömningsstöd, arbetssätt med ÖPT m.m. Verksamheten har satsat på bland annat att öka kompetens i hantering av suicidpreventivt arbete och startat upp löpande seminarier för medarbetarna. Vidare har även en GAP-analys gjorts i förhållande till nationella riktlinjer inom psykosområdet och följer upp åtgärder i vårt förbättringsmöte där uppföljningsdatum läggs in i samband med arbetet med lösning, i avvikelssystemet och inom vår eskaleringsstruktur. Genom att verksamhetens chefer deltar i förbättringsmöten och i eskaleringsstruktur, sprids kunskapen enkelt – även till medarbetare då chefer kan förmedla innehåll till exempelvis APT.

För att öka kunskapen om inträffade vårdskador har närsjukvården en ny indikator som är Andel avslutade avvikelser inom 3 månader. Aktiviteter kommer att göras för att öka effektivitet och följsamhet till systematisk hantering av avvikelser.

Tillförlitliga och säkra system och processer STRAMA – Antibiotikaförskrivning

Närsjukvården har som mål att minska antibiotikaförskrivningarna i närsjukvården och kan följa detta via STRAMA som följer "Förekomst av antibiotikabehandling i öppen vård" med indikatorn "Antal uthämtade antibiotikarecept per 1000 invånare". Denna indikator har inte uppdaterats för 2022 utan i stället följs ett år bakåt i tiden. 2020 hämtades det 233 (rikssnitt 237) recept per 1000 invånare i region Halland, 2021 var motsvarande siffra 223 (rikssnitt 228), förhoppningen är att trenden fortsätter och siffrorna för 2022 är ännu lägre.

Säker vård här och nu

För 75-åringar med fler än 5 läkemedel nådde närsjukvården målet för 2022. I absoluta tal låg målvärdet på 2333 läkemedelsgenomgångar där verksamheten genomförde 2846 genomgångar vilket är 22% över mål.

Stärka analys, lärande och utveckling

Journalgranskningarna i närsjukvården nådde 82,8% där målvärdet låg på 95%. Detta beror främst på långtidsfrånvaro och hög arbetsbelastning.

ADH redovisar följande för områdena ambulans, sjukresor och hälsa.

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Journalgranskning Sjuksköterska ambulanssjukvård (AC)	4 journaler/månad	Följs idag inte upp
Avvikelser	Löpande under året	Avvikelsehanteringssystemet
Journalgranskning Stab (MLA)	Löpande under året	APT, enskilda samtal
Tillgänglighet vid prio 1 larm	1 gång per månad	Paratus/Business Objects
Tillgänglighet sjukresor	1 gång per månad	SOS Alarm
Patientens klagomål och synpunkter	Löpande under året	Patientnämnden, IVO, avvikelsehanteringssystemet Nationell patientenkät
Svenska Hjärt- och Lungårdräddningsregistret	Löpande under året	Kvalitetsregistret
Samtalsuppföljningar sjuksköterskor 1177	2 samtal/10 veckor	Protokoll
Loggkontroller rådgivningsstöd	2 sjuksköterskor/vecka	Rapport
Journalgranskning 1177 (AB)	10 samtal per år per medarbetare dessa journaler granskas	Rapport, enskilda samtal
Basal hygien (MLA)	Löpande kontroller av AC gällande korrekt klädsel, smycken, klockor och naglar.	STRATSYS varje månad bekräftar AC att arbetet genomförts.
SMS-livräddning	Uppföljning månadsvis.	STRATSYS

För medicinsk diagnostik redovisas följande insatser.

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Basala hygienrutiner och klädregler	2 gånger per år.	Mätning på varje enhet.
Arbetsmiljö	1 gång per år	Stratsys

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Miljö	1 gång per år	Stratsys
Brandskydd	1 gång per år	Stratsys
Kvalitetsgranskning läkemedelshantering	1 gång per år	Stratsys
Hygienronder	Var tredje år till-sammans med vårdhygien Egenkontroll 1 gång per år.	Stratsys
Avvikelser	Löpande hantering	Avvikelsehanteringssystemet, APT, Ledningens genomgång och swedac-rutin.
Patientens klagomål och synpunkter	Löpande hantering	Patientnämnden, IVO, Ledningens genomgång, avvikelsehanteringssystemet.
Medicinteknisk säkerhet	årligen	Stratsys resp Swedac
Standarddosmätning	årligen	SSM
Kvalitet	årligen	Stratsys, Swedac, IVO, Läkemedelsverket
Informationssäkerhet	Årligen	Stratsys resp Swedac

3.1 Öka kunskap om inträffade vårdskador

Anvisning

SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §

Har vården varit säker

Beskriv hur händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada utreds och följs upp.

Det ska framgå hur många händelser som har utretts och hur många vårdskador som har bedömts som allvarliga.

Gör en samlad analys utifrån utredning av händelser, vårdskador och allvarliga vårdskador, till exempel upptäcks vårdskador i rimlig tid?

Beskriv identifierade riskområden som är relevanta inom er organisation och hur ni arbetar med att förbättra dem till exempel vårdskador, vårdrelaterade infektioner (VRI), trycksår.

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.

Öka kunskap om inträffade vårdskador



Utbildning och stöd i patientsäkerhetsarbetet

Hallands sjukhus chefläkare har under året hållit i patientsäkerhetsföreläsningar på flera kliniker, för både personer med ledningsfunktion och hälso- och sjukvårdspersonal. Patientsäkerhetsutbildning ingår även i introduktionen av all nyanställd personal.

Inom ramen för övergripande program för läkare under specialistutbildning (ST-läkare) har chefläkare även hållit föreläsningar om regelverk och juridik som berör hälso- och sjukvårdens organisation och uppdrag.

Genom att delta på klinikernas avvikelsemöten, bidrar chefläkare med stöd och utveckling av patientsäkerhetsarbetet. På klinikernas avvikelsemöten deltar representanter från verksamhetsledning tillsammans med hälso- och sjukvårdspersonal.

Utredning av vårdskador

Syftet med en händelseanalys är att höja patientsäkerheten inom vården genom att finna bakomliggande orsaker till en händelse, åtgärda dessa och förhindra att de uppkommer igen. Syftet är också att stödja verksamheten att göra förbättrings- och förändringsarbeten ur ett systemperspektiv samt att leda verksamheten mot ett ökat säkerhetsmedvetande.

Utredningar och händelseanalyser är gjorda vid ett antal händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Utredningarna har lett fram till förbättringsarbeten på klinisknivå, och i vissa fall på sjukhusövergripande nivå.

Anmälningar enligt lex Maria

Region Halland har anmält 19 händelser enligt lex Maria under 2022.

3.2 Tillförlitliga och säkra system och processer

Anvisning

Hur tillförlitliga är arbetsprocesser och system

Beskriv identifierade områden som är relevanta inom er organisation och hur ni arbetar för att förbättra dem, till exempel basala hygienrutiner och klädregler (BHK),

läkemedelsgenomgångar hos äldre, suicidriskbedömningar, antibiotikaanvändning med flera.

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.

Tillförlitliga och säkra system och processer



Externa och interna revisioner

Varje år genomförs externa och interna revisioner på Hallands sjukhus. Revisioner är ett instrument för ledningen att arbeta med ständiga förbättringar. Genom revisioner får ledningen kunskap om tillämpning och effekt av ledningssystemet för kvalitet, informationssäkerhet, miljö, arbetsmiljö och säkerhet. Hallands sjukhus har ett ledningssystem som är certifierat inom områdena kvalitet ISO 9001:2015, 27001:2013, arbetsmiljö ISO 45001:2018 och miljö ISO 14001:2015. Medicinsk teknik Halland har ett certifierat kvalitetsledningssystem för medicinteknisk tillverkning och service ISO 13485.

Ledningens genomgång/Verksamhetsanalys

Hallands sjukhus gör varje år en verksamhetsanalys för att identifiera förbättringsåtgärder inom definierade områden. Verksamhetsanalysens syfte är i första hand att utgöra underlag inför kommande års verksamhetsplanering, uppföljning och revisioner för att förbättra ledningssystemet.

Utifrån resultatet i verksamhetsanalysen har sjukhusledningen via en workshop prioriterat patientsäkerhet, kompetensförsörjning och processutveckling som extra viktiga områden att utveckla vidare för att nå bättre resultat.

Inom närsjukvården har ett behov identifierats av stärkt introduktion för chefer och nya medarbetare, både tillsvidareanställda och tillfälligt anställda. Kunskaper hos nya medarbetare behöver säkerställas inom bland annat rutin för avvikelserapportering, ledningssystemet och SVF. Dialog om detta har förts lokalt i verksamheterna på patientsäkerhetsronder. Fortsatt översyn av introduktion för nya medarbetare och planering för eventuella förbättrande åtgärder kommer att göras under nästa år.

Egenkontroller

En gång om året genomför samtliga verksamheter inom Hallands sjukhus egenkontroller inom områdena kvalitet, läkemedel, vårdhygien, säkerhet, arbetsmiljö och miljö. Genom egenkontrollerna värderar verksamheterna sin följsamhet till rutiner och vidtar åtgärder om brister identifieras.

Figur 1 Exempel på egenkontroller vid Hallands sjukhus

Egenkontroller	Omfattning	Källa
Markörbaserad journalgranskning	15 journaler per månad	MJG-databas
Basala hygienrutiner och klädregler	2 gånger per år	PPM-databasen
Trycksår	1 gång per år	PPM-databasen
Läkemedelshantering	1 gång per år	Webbenkät
Synpunkter och klagomål via Patientnämnden	Månadsvis	Patientnämnden
Synpunkter och klagomål via Inspektionen för vård och omsorg (IVO)	Fortlöpande	Avvikelsesystemet Platina

Följsamheten till basala hygienrutiner förbättrades under pandemin och Hallands sjukhus arbetar för att detta ska fortsätta förbättras.

Figur 2 Följsamheten till basala hygienrutiner vid Hallands sjukhus

År	2019	2020	2021	2022
Följsamhet till basala hygienrutiner (%)	66,7	71,9	77,5	71,8
Följsamhet till klädregler (%)	93,4	94,7	95,6	93,5
Antal	1744	828	1459	1583

Punktprevalensmätning trycksår

Punktprevalensmätning gällande förekomst av trycksår hos patienter inom slutenvården görs en gång per år på Hallands sjukhus (HS). Mätningarna inkluderar alla patienter som är 18 år

eller äldre, som är inskrivna i slutenvården den dag mätningen genomförs.

Resultatet av årets punktprevalensmätning av trycksår alla kategorier på Hallands Sjukhus är att 13,4 procent av patienterna (46 patienter) hade ett trycksår. Detta innebär en ökning från föregående år då 8,1 procent hade trycksår vid tidpunkten för mätningen. En del av dessa trycksår hade uppstått på Hallands sjukhus 6,1 procent (hos 26 patienter). Av dessa var 2,9 procent vårdskador, det vill säga undvikbara skador. I samband med mätningen uppmärksammades behov av nya hjälpmedel samt byte av madrasser. Man såg även att användningen av lägesändringsschema är lågt.

Standardiserad förlängd öppenvård

Medicinkliniken har vissa patienter som behöver utökad vistelsetid för ytterligare diagnostik och åtgärd än vad som är ändamålsenligt vid akutmottagningen (AKM). Sådan förlängd vistelse i fortsatt öppenvård kan i vissa fall erbjudas på en SFÖ-plats (Standardiserad förlängd öppenvård). SFÖ-besöket styrs utifrån fastställda protokoll med utvalda symtom eller diagnoser. Besöket på akutmottagningen/annan mottagning + SFÖ-besöket kan sammanlagt vara i 24 timmar, därefter avslutas besöket i öppenvården. Finns behov av fortsatt vård ska denna ske i slutenvården.

Läkemedelsgenomgångar

Farmaceuter från Läkemedelsenheten har utifrån befintliga resurser genomfört systematiska läkemedelsgenomgångar på Hallands sjukhus vid ortopedi- och medicinkliniken.

Läkemedelsgenomgångarna har genomförts på patienter som är 75 år och äldre. Aktuella läkemedelsrelaterade problem och föreslagna åtgärder har dokumenterats i journal och vid behov kommunicerats med läkare. Under 2022 har cirka 500 genomgångar genomförts.

Inom närsjukvården följer Läkemedelsenheten upp verksamheternas läkemedelsförskrivning två gånger om året, vilket bidrar till ökad följsamhet till riktlinjer. Följsamhet till riktlinjer för antibiotikaförskrivning följs upp genom STRAMA (Strategigruppen för rationell användning av antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens).

Kvalitetsuppföljning av läkemedelshantering

Egenkontroll av Läkemedelshantering har utförts i Stratsys, totalt 58 enheter (88%) har genomfört egenkontrollen vid Hallands sjukhus. Vid sammanställning är det till stora delar positiva resultat, men brister noteras vid ordination i NCS, samt uppmärkning av iordningställda läkemedel och kontroll av pågående infusioner. Åtgärdsplaner bör vidtas vid berörda enheter.

Kvalitetsuppföljning av läkemedelshantering har även genomförts i form av dialogmöten med enheter vid Hallands sjukhus som har en omfattande läkemedelshantering. Representant från Läkemedelsenheten, Läkemedels- och journaltjänster, samt avdelningschef, läkemedelsansvarig sjuksköterska och läkare har deltagit. Målet med arbetet har varit att enheterna ska arbeta aktivt med förbättringar för en ökad patientsäkerhet avseende läkemedelshantering. Sammanställda rapporter ska ge vägledning för att förbättra enheternas arbetssätt och rutiner.

Ambulans och sjukresor

Under 2022 påbörjades ett arbete med att revidera ledningssystemet inom ambulans och

sjukresor. Ett stort antal inaktuella och/eller irrelevanta rutiner har tagits bort. Det har också arbetats fram ett antal nya rutiner för att ge medarbetarna förutsättningar att arbeta på ett patientsäkert sätt. Utöver detta pågår ett arbete med att förbättra användarvänligheten i ledningssystemet och öka kännedomen om och åtkomst till gällande rutiner.

Graviditetsprocessen

En ny mobilapplikation har utvecklats för att stödja graviditetsprocessen samtidigt som de gravida får tillgång till uppdaterad information och en bättre struktur i vården.

Suicidprevention

Vid den vuxenpsykiatriska öppenvården har suicidprevention varit föremål för stort fokus under året. Samtidigt har närsjukvården stärkt sitt arbete med suicidriskbedömningar. I samarbete med psykiatrin kommer en rutin att utformas för patienter där en suicidriskbedömning behöver göras och hur dessa ska omhändertas inom närsjukvården och psykiatrin.

3.3 Säker vård här och nu

Anvisning

Är vården säker idag

Beskriv identifierade områden som är relevanta inom er organisation till exempel vårdprevention, utlokaliserade patienter, överbeläggningar, leveransproblem av produkter och läkemedel, inhyrd personal med flera.

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.

Säker vård här och nu



Psykiatrisk öppenvård

Inom den psykiatriska öppenvården behövs inhyrda läkare. Risker som identifierats gällande detta motverkas genom långa avropsperioder som minskar risken för diskontinuitet.

Övergångar mellan närsjukvård och psykiatri är ett identifierat förbättringsområde, där utvecklingsinitiativ i form av konsultationer till närsjukvård, regelbundna samverkansmöten med mera, har genomförts.

Utbildning och stöd i patientsäkerhetsarbetet

Hallands sjukhus chefläkare har under året hållit i patientsäkerhetsföreläsningar på flera kliniker, för både personer med ledningsfunktion och hälso- och sjukvårdspersonal. Patientsäkerhetsutbildning ingår även i introduktionen av all nyanställd personal.

Inom ramen för övergripande program för läkare under specialistutbildning (ST-läkare) har chefläkare även hållit föreläsningar om regelverk och juridik som berör hälso- och sjukvårdens organisation och uppdrag.

Genom att delta på klinikernas avvikelsemöten, bidrar chefläkare med stöd och utveckling av patientsäkerhetsarbetet. På klinikernas avvikelsemöten deltar representanter från verksamhetsledning tillsammans med hälso- och sjukvårdspersonal.

Utredning av vårdskador vid Hallands sjukhus

Syftet med en händelseanalys är att höja patientsäkerheten inom vården genom att finna bakomliggande orsaker till en händelse, åtgärda dessa och förhindra att de uppkommer igen. Riskbedömning av samtliga avvikelser är sedan våren 2022 obligatorisk. Syftet är också att stödja verksamheten att göra förbättrings- och förändringsarbeten ur ett systemperspektiv samt att leda verksamheten mot ett ökat säkerhetsmedvetande.

Utredningar och händelseanalyser påbörjas alltid av ansvarig verksamhet. Vid behov av stöd i utredningar kan detta erhållas från Utvecklingsavdelningen. Under 2022 har flera av medarbetarna på Hallands sjukhus genomgått utbildning i händelseanalysmetodik.

Anmälningar enligt lex Maria

Hallands sjukhus har anmält 14 händelser enligt lex Maria under 2022. Antalet anmälningar är i paritet med närmast föregående år, 13 (2021). Några av anmälningarna gäller händelser som inträffat under 2021. Under året har covid-19-pandemin fortsatt belasta verksamheterna vilket har medfört långa utredningstider.

I VO har bedömt att Hallands sjukhus har utrett 5 av 14 anmälda händelser i nödvändig omfattning, och de framtagna åtgärdsförslagen har bedömts adekvata för att förhindra återupprepande. I de återstående ärendena föreligger ännu inte beslut från IVO.

I 3 av lex Maria-anmälningarna bedöms anhörigbegränsningen till patienter på akutmottagningen, på grund av covid-19-pandemin, delvis bidra till vårdskadans uppkomst, bland annat genom försämrade redogörelse av sjukdomshistorien men också genom att anhöriga ofta kan bistå med stöd och extra tillsyn av patienter i det akuta skedet.

I flera av lex Maria-anmälningarna har IVO begärt kompletterande information, vilket indikerar att kompetensen i analysteamet behöver stärkas, framför allt i syfte att hitta de bakomliggande orsakerna. Ett antal av utredningarna har tagit lång tid att slutföra, vilket utgör en risk för utredningens kvalitet.

Följsamhet till rutiner

Inom närsjukvården har flera avvikelser kunnat kopplas till att tillfällig personal varit inblandad och lokala arbetsätt. För att öka patientsäkerheten pågår insatser i syfte att stärka personalkontinuitet och följsamhet till rutiner.

Riktade insatser inom närsjukvården

I närsjukvården verksamhetsplan finns mål att genomföra läkemedelsgenomgång årligen hos minst 50 procent av alla patienter över 75 år med fler än fem läkemedel. Även inom området hjärtsvikt finns mål att dels hitta dessa patienter, dels gå igenom att de står på rekommenderade läkemedel på varje vårdcentral.

SVF-processerna

Inom närsjukvården har utbildningsdagar arrangerats för att sätta fokus på SVF-processerna för cancer. Nyttillkomna SVF-processer under året har diskuterats i olika forum, bland annat på mötena med de medicinskt ledningsansvariga läkarna på vårdcentralerna och på APT (arbetsplatsträffar).

Ambulans och sjukresor Halland

Ambulanssjukvård och sjukresor Halland menar att risk för vårdskador ofta finns i vårdövergångar och i samverkan med andra vårdaktörer. Kommunikation och strukturerad överrapportering är centralt att arbeta vidare med för att uppnå patientsäkerhet i samverkan.

Under 2023 riktas utbildningsinsatser för ökad följsamhet till beslutsstöd och rutiner med syfte att minska vårdskadorna.

Hälsa och funktionsstöd

Försenade leveranser av hörselhjälpmedel, hjälpmedel (komponentsbrist) liksom restnoterad sondnäring har krävt särskild hantering.

Det föreligger risk för kompetensbrist pga. kommande pensionsavgångar inom flera yrkeskategorier.

Medicinsk diagnostik

Verksamheten arbetar kontinuerligt med kompetensförsörjning. Pensionsavgångar och rekryteringsmöjligheter är stora utmaningar inom vissa yrkeskategorier.

3.3.1 Riskhantering

Anvisning

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

Beskriv **hur** ni hanterar risker för vårdskador.

Gör en samlad analys av riskhantering samt beskriv några viktiga lärdomar. Exempel på riskhantering: Riskanalys, Gröna korset, FRAM (Functional Resonance Analysis Method)

samt inrapporterade risker i avvikelshanteringssystemet.

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.

Riskanalys

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

Orsaker till att göra en riskanalys kan vara t.ex. förändringar av:

- IT-system (nya, förändringar, avveckla)
- Lokaler (om – och nybyggnationer, annan förändring)
- Metoder, koncept, riktlinjer

SWOT-analys

I ledningssystemet finns en rutin för SWOT-analys, som innebär en analys av interna och externa faktorer. Syftet är att förbättra verksamheten genom att ta vara på möjligheter, utveckla styrkor, kunna möta hot och minska eller eliminera svagheter. SWOT-analys är användbar vid exempelvis utveckling av verksamheten, vid arbete med prioriteringar samt organisations- och verksamhetsplanering.

3.4 Stärka analys, lärande och utveckling

Anvisning

I vilken mån förbättras system och arbetssätt utifrån tillgänglig information

Beskriv identifierade områden som är relevanta inom er organisation till exempel lex Maria, lex Sara, journalgranskning och nationella register.

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.

Stärka analys, lärande och utveckling



Inom närsjukvården har Lex Maria-ärenden lett till förbättringsarbeten bland annat genom ett ökat fokus på alarmsymtom som kan bero på cancer, vilket leder till ökad följsamhet till utredning enligt SVF. Närsjukvården följer kontinuerligt ett flertal indikatorer via PrimärvårdsKvalitet (nationellt system för kvalitetsdata) för att upprätthålla kvaliteten i vården.

Inom tandvården har ett förbättringsarbete genomförts genom ett utvecklat datorstöd vid diagnostik av hörntänder.

ADH gör en samlad analys utifrån utredning av händelser, vårdskador och allvarliga vårdskador. Denna regelbundna uppföljning medverkar till att verksamheterna utvecklas/förbättras/effektiviseras. Inom medicinsk diagnostik granskas de egna metoderna och rutinerna regelbundet genom extern revision av ledningssystem och egenkontroller men också inom ramen för ackreditering.

3.4.1 Avvikelser

Anvisning

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

Beskriv hur verksamheten arbetar för att personalen rapporterar risker för vårdskador samt händelser som har eller hade kunnat medföra en vårdskada.

Beskriv om samlade analyser av avvikelser utförts samt några viktiga lärdomar som har spridits.

Beskriv gärna i en tabell med antal och typ av avvikelser samt exempel på genomförda förbättringar som haft effekt.

Utifrån bearbetning och analys av rapporterade avvikelser, värderas om händelser medfört vårdskada, allvarlig vårdskada eller hade kunnat medföra risk för allvarlig vårdskada. Verksamhetschef eller motsvarande ska ta ställning till eventuell händelseanalys.

Avvikelser

Avvikelser är oönskade/negativa händelser som har lett till eller skulle kunna ha lett till skada på individ, störning/skada av verksamheten och omgivande miljö. Avvikelser bearbetas med

huvudansvar i den organisationsdel där avvikelser uppmärksammas, med remissförfarande till berörda organisationsdelar utanför upptäckande verksamhet/förvaltning. Rapport och bearbetning sker i det elektroniska avvikelshanteringssystemet Platina. Utifrån bearbetning och analys av rapporterade avvikelser, värderas om händelser medfört vårdskada, allvarlig vårdskada eller hade kunnat medföra risk för allvarlig vårdskada. Verksamhetschef eller motsvarande ska ta ställning till eventuell händelseanalys. Till stöd för bearbetning finns fastställda rutiner.

Figur 3 Avvikelser per förvaltning

Förvaltning	Antal 2019	Antal 2020	Antal 2021	Antal 2022
Hallands sjukhus	6 406	5 050	5 321	5 329
Närsjukvården	2 408	1 739	1 862	2 666
Psykiatri Halland	1 601	1 341	1 413	1 785
Ambulans Diagnostik och Hälsa	691	1 595	1 579	592

En förbättringsåtgärd är att tydliggöra avslutandet av avvikelser och återföring av resultat för systematisk förbättring. Medvetenhet om patientsäkerhetsriskerna kan på så sätt ta ett steg mot en mer lärande organisation. Inom vissa enheter där avvikelser har identifierats har också avvikelser orsaksanalyser genomförts och initierat förbättringsarbete.

3.4.2 Klagomål och synpunkter

Anvisning

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

Beskriv hur klagomål och synpunkter som kommer till verksamheten, via patientnämnden och Inspektionen för vård och omsorg, sammanställs och analyseras.

Beskriv era samlade analyser av klagomål och synpunkter samt några exempel på åtgärder som vidtagits och lärdomar som har spridits.

Beskriv gärna i en tabell med antal och typ av klagomål och synpunkter.

Klagomål och synpunkter

Den första januari 2018 infördes ett nytt klagomålssystem (Lag om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvård 2017:372) med syftet att förtydliga ansvarsfördelningen och öka effektiviteten i hanteringen av klagomål inom hälso- och sjukvården. Om en patient eller dess närstående har klagomål eller synpunkter på hälso- och sjukvården är det i första hand vårdgivaren som ska ta emot och bemöta klagomålet. Det är verksamheten som bäst kan förklara vad som har hänt och vidta åtgärder för att det som hänt inte ska inträffa igen. En patient som inte kan eller vill vända sig till vårdgivaren direkt har alltid möjlighet att kontakta patientnämnden för att få hjälp och stöd vid klagomål. Det finns även möjligheter för patient/närstående att lämna klagomål via 1177.se Vårdguiden. Patientklagomål och synpunkter handläggs parallellt med övriga avvikelser inom ramen för det elektroniska avvikelshanteringssystemet Platina.

Region Hallands klagomålshantering ska säkerställa att synpunkter och klagomål från patienter och närstående tas omhand, beaktas och återkopplas till verksamheten i syfte att genomföra förbättringsåtgärder. Klagomål från patienter och/eller närstående tas upp på arbetsplatsträffar, ledningsmöten eller motsvarande. Här beslutas vilka åtgärder som ska vidtas och vilken chef som ska ge återkoppling på klagomålet till patient/närstående.

Klagomålshanteringen ska även säkerställa att förslag och klagomål från patienter och närstående tas om hand, beaktas och återkopplas till verksamheten i syfte att genomföra förbättringsåtgärder.

Klagomål som inkommit till vården har varit av varierad karaktär, områden som har identifierats:

- brister i bemötande,
- kommunikation,
- felaktigheter i journalen,
- långsam handläggning.

Inspektionen för vård om omsorg (IVO) tar inte emot enskilda klagomål från patient/närstående, om inte patient/närstående först framfört sina klagomål för utredning direkt till berörd verksamhet eller via patientnämnden. Först när vårdgivaren beretts möjlighet att utreda och återkoppla kan IVO välja att utreda händelser vidare om de bedöms ha en tillräckligt hög allvarlighetsgrad. IVO ärenden, enskilda såväl som anmälningar enligt lex Maria sammanställs och analyseras av chefläkare för att identifiera kluster av händelser av liknande karaktär för att följa tillägget i patientsäkerhetslagen med att arbeta med avvikelser i aggregerad form. Förvaltningarnas chefläkare följer upp beslut från IVO efter anmälan enligt lex Maria och tar del av samtliga beslut i enskilda ärenden. Händelser som pekar på allvarliga risker eller som upprepas ofta eller mönster som iakttas vid analys av avvikelser utreds. Årets IVO-ärenden, enskilda såväl som anmälningar enligt lex Maria att sammanställs och analyseras av chefläkare för att identifiera kluster av händelser av liknande karaktär för att följa tillägget i patientsäkerhetslagen med att arbeta med avvikelser i aggregerad form.

Såväl förvaltningar som verksamheter har genomfört systematiska journalgranskningar. Förvaltningarna har gjort utredningar och händelseanalyser vid ett antal händelser som medförde eller hade kunnat medföra en vårdskada.

Patientnämnden har 2022 handlagt 1.358 ärenden vilket innebär en ökning med 14 procent i jämförelse med föregående år.

Figur 4 Patientnämndsärenden per förvaltning

Förvaltning	Antal 2020	Antal 2021	Antal 2022
Hallands sjukhus	441	477	566
Vårdcentralen Halland egen regi	209	215	220
Folk tandvården	36	24	43
Vårdval Halland privata vårdenheter	178	160	179
Psykiatri	119	124	151
ADH	63	66	77
Privat specialistvård	60	47	55

Förvaltning	Antal 2020	Antal 2021	Antal 2022
Övrigt	64	74	61

Figur 5 Lex-Maria anmälningar per förvaltning

Förvaltning	Antal 2019	Antal 2020	Antal 2021	Antal 2022
Hallands sjukhus	26	15	13	14
Närsjukvården	5	5	7	3
Psykatri Halland	5	6	1	2
Ambulans Diagnostik och Hälsa	-	-	2	-

3.5 Öka riskmedvetenhet och beredskap

Anvisning

Kommer ni att arbeta patientsäkert i framtiden

Beskriv hur detta kan ske genom exempelvis träning, simulering och kompetensutveckling.

Beskriv identifierade områden som är relevanta inom er organisation till exempel kompetensutveckling, riskfylld läkemedelsbehandling, patientkontrakt.

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.

Öka riskmedvetenhet och beredskap



Hallands sjukhus noterade ett ökat antal avvikelser från patientnämnden under våren 2022 där klagomålen rörde sig om bristande omvårdnad. Behov av utveckling inom området omvårdnad har kunnat mötas genom arbetet med omvårdnadsprevention och framtagandet av Handbok ”Säker vård”.

Avvikelser som uppstår i vårdens övergångar uppmärksammas av såväl Hallands sjukhus som av externa samarbetspartners. Här föreligger behov av vidare utveckling av arbetet med Trygg och säker utskrivning, i samarbete med bland annat kommunerna och Närsjukvården. Vikten av ett strukturerat och säkert arbetssätt vid utskrivning och i övrigt arbete i vårdens övergångar har uppmärksammats och tydliggjorts vid flera av Hallands sjukhus ledningsmöten.

Den psykiatriska öppenvårdens eskaleringsstruktur säkerställer snabbt, dagligt beslutsfattande och en god reaktionsförmåga inför oväntade händelser. Detta möjliggjorde till exempel en framgångsrik hantering av pandemin, utan att någon vårdskuld byggdes upp.

Inom den psykiatriska heldygnsvården är riskmedvetenheten hög och bedömningen är att denna även har stärkts inom vårdhygien och smittområden i och med pandemin. Heldygnsvården utbildar i bland annat HLR samt hot och våld med utbildade instruktörer som håller i utbildningar avseende exempelvis blodprovstagning, sårvård och blodtryckstagning, m.m. Till detta finns ”övningsarmar” i verksamheten att träna venprovtagning på.

Under året har heldygnsvården tillsammans med HS och fackförbundet Kommunal arbetat fram ett stärkt introduktionsprogram för undersköterskor och skötare där tillfälle ges att träna olika moment. Start för detta är i februari med en gemensam bas och sedan var sitt förvaltnings specifikt program. Verksamheten arbetar också tillsammans med öppenvård och HR med ett förslag till upplägg för så kallade basår för nyanställda sjuksköterskor inom Psykiatri Halland. Även här handlar det om att stärka gruppen i deras nya yrkesroll och att tillföra specialistkunskap då verksamheten oftast anställer grundutbildade sjuksköterskor som i sin utbildning inte läst någon kurs i ämnet psykiatri, om man gått sin utbildning i Halland. Införandet av PIL (Patient Individuell Läkemedelsförsörjning) för läkemedelsdelning är ännu ett exempel på detta arbete.

Inom Barn- och ungdomspsykiatri är en väldigt konkret åtgärd att alla medarbetare, både inom heldygnsvård och öppenvård, ska genomgå utbildning i hot- och våld. Utbildningens innehåll och frekvens anpassas utifrån vilken enhet personalen arbetar vid.

Vid Hjälpmedelscentralen har funktionen Teknisk service utarbetat ett nytt arbetssätt med syfte att utbyta kunskap mellan verksamhetens olika orter som bidrar till en ökad kunskap och utbyte av erfarenhet vilket även tryggar verksamheten vid exempelvis sjukskrivning samt semester.

Inom medicinsk diagnostik är IT-säkerhet ett prioriterat område. De senaste åren har externa IT-hot ökat och det pågår ett säkerhetsutredningsarbete i Region Halland. Även kompetensförsörjning är ett viktigt område och under 2022 har en handlingsplan kopplat till kompetensförsörjning tagits fram, främst avseende röntgensjuksköterskor, röntgenläkare med inriktning mammografi samt biomedicinska analytiker.

4 Mål, strategier och utmaningar för kommande år

Anvisning

Utifrån analys av året som gått – reflektera över kommande utmaningar. Ange mål, strategier, planerade åtgärder och aktiviteter samt vilken egenkontroll som behövs inom respektive fokusområden för att nå en säkrare vård.

Den övergripande utvecklingen inom patientsäkerhetsområdet är fullt ut integrerad med utvecklingsarbetet för vården inom Region Halland som helhet. Den viktigaste förutsättningen för patientsäkerhet och skyddet mot vårdskador är att vården har en god kvalitet och bedriver ett aktivt utvecklingsarbete.

I arbetet med den regionala handlingsplanen har det blivit tydligt att det systematiska patientsäkerhetsarbetet behöver utvecklas från att främst omfatta reaktiva och problemorienterade perspektiv till att i högre grad arbeta proaktivt och skapa större värde för fler av välfungerande arbetssätt. Att fortsätta att skapa värde från avvikelser behöver alltså kompletteras med att identifiera, undersöka och sprida lärdomar från både goda exempel och risker.

Under 2023 fortsätter det övergripande utvecklingsarbetet att vägledas av de prioriteringar som pekas ut i den regionala handlingsplanen för patientsäkerhet, dvs aktiviteter inom områdena ledning och styrning, kunskap och kompetens och uppföljning och analys. I handlingsplanen pekas ett antal uppföljningspunkter och indikatorer ut som kommer att följas inom ramen för den ordinarie verksamhetsuppföljningen på regional nivå.

