

Medicinsk service



RAPPORT

Process 1.3.2 Utveckla och systematiskt
förbättra verksamheten
Skapad av Hjelm, Ann-Charlotte
Godkänd av Granquist, Åsa

Godkänt datum 2025-01-21
Version 2.0
Ärendenummer 2025-0000195

Patientsäkerhetsberättelse 2024



Ansvarig för innehållet: Kevin Sandeman och Åsa Granquist

INLEDNING

Patientsäkerhetsberättelsen för Medicinsk service¹ utgår från lagkrav² och följer strukturen i nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. Syftet med förvaltningens berättelse är att redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten samt att blicka framåt på kommande arbete under 2025.



Källa:

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

¹ I förvaltning Medicinsk Service ingår åtta verksamhetsområden, sex inom laboratoriemedicin och två prehospitala inklusive ambulans.

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

SAMMANFATTNING

.....	3
Patientsäkerhetsberättelse 2024.....	1
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD.....	5
Engagerad ledning och tydlig styrning	5
En god säkerhetskultur.....	9
Adekvat kunskap och kompetens	9
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
Stärka analys, lärande och utveckling	16
Öka riskmedvetenhet och beredskap	25
KOMMANDE ÅR.....	28

SAMMANFATTNING

Mål

Ledande aktör med patientfokus.

De viktigaste åtgärderna som vidtagits

- Omfördelning av prover mellan våra laboratorier regionalt vid behov för god hantering och flexibilitet.
- Utveckling av olika typer (differentiering) av ambulansresurser.
- Fortsatt utveckling av patientsäkerhetsråd och patientsäkerhetsdialoger.
- Fortsatt utveckling och samordning av olika typer av styrande/stödjande dokument.
- Utveckling av patientsäkerhetskulturen i verksamheten.

De viktigaste resultaten som uppnåtts

- Patientfokus har ökat inom förvaltningen.
- Ökat samarbete mellan förvaltningens verksamhetsområdes samt med övriga förvaltningar.
- Samtliga genomförda tillsynskontroller inom laboriemedicin avseende ackreditering/certifiering har utfallit som godkända.
- Inspektioner inom vävnadsinrättning har utfallit som godkända.
- Vårdhygiens uppdrag är beslutat regionalt.

En blick framåt

- Fortsatt arbete med patientsäkerhetskulturen inom alla verksamhetsområden.
- Fortsatt utökad samarbete mellan förvaltningens verksamhetsområde och med andra förvaltningar.
- Fortsatt kontinuerlig utveckling av riktlinjer och standardiserade processer.
- Fokus på proaktivt arbete vilket inkluderar att analysera och medvetandegöra risker i verksamheten.
- Fortsatt arbete via utbildning och diskussion för att förebygga risker och händelser.

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.

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

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

Medicinsk service har som övergripande mål "Ledande aktör med patientfokus".

Styrningen för ökad patientsäkerhet sker genom att kontinuerligt utgå från patientens perspektiv samt genom att skapa en god patientsäkerhetskultur. Samtliga medarbetare, från ledning till medarbetare involveras.

Det ständiga förbättringsarbetet sker via förankring i alla led och driver utvecklingen av standardiserade processer med dokumenterade rutiner och riktlinjer. Standardiserade arbetsätt utgör också grund för att identifiera avvikelser.

För att uppnå ständiga förbättringar har medarbetarna två uppdrag, att utföra arbete och att utveckla detsamma. Alla medarbetare ska vara trygga i att händelser diskuteras, utreds och åtgärdas. Vägledande är strävan efter värdeskapande beteenden och att patientsäkerhetsrisker minimeras.

Strävan är därför att varje medarbetare ska agera enligt:

- Jag är uppmärksam, reagerar direkt, tar ansvar och rapporterar när jag upptäcker risker och förbättringsmöjligheter i mitt arbete.
- Jag ser upptäckta risker och fel som möjligheter till förbättring.

Förvaltningen arbetar aktivt med att förse chefer med kompetenshöjande utbildningar samt chef och ledarskapsforum, för att ge goda förutsättningar för uppdraget. Riktningen är att utveckla förvaltningens chefer mot ett mer målfokuserat

och strategiskt ledarskap. Systematiskt arbete pågår med att identifiera framtida chefer.

Organisation och ansvar

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

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet ligger i linjen och är kopplat till varje medarbetares individuella ansvar. Övergripande ansvar ligger hos respektive verksamhetschef.

Avvikelser inklusive klagomål hanteras i enlighet med de rutiner som gäller för avvikelshanteringssystemet AvIC.

Ett gott samarbete och öppen dialog sker mellan verksamhetschefer och chefläkare. Verksamhetschefen ansvarar för att till chefläkaren rapportera händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada. Vid behov ska verksamhetschefen initiera en risk- eller händelseanalys. Inom förvaltningen finns ett flertal analysledare i risk och händelseanalys. Ytterligare analysledare utbildas vid behov.

Verksamhetschefen ansvarar även för handläggning av klagomål och ärenden som inkommit direkt från patienter, beställare och anhöriga, från patientnämnden samt från Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Chefläkaren beslutar och ansvarar för anmälan enligt lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) enligt förvaltningens delegationsordning. Inom laboriemedicin ansvarar bild- och laborieteknik i samråd med chefläkaren för anmälan till Läkemedelsverket avseende negativa händelser och tillbud med medicintekniska produkter. Inom ambulans ligger ansvaret på verksamhetsnivå i samråd med chefläkare. Blodverksamhet och vävnadsinrättning anmäler allvarliga avvikande händelser och biverkningar enligt särskilt regelverk till IVO. Regelverket innefattar även inspektion av verksamheten vartannat år.

Ackrediterad/certifierad verksamhet

Laboratoriernas ackrediterade/certifierade verksamheter har rutiner för standardiserad uppföljning och förbättringsarbete med fokus på hög kvalitet och patientsäkerhet. Kvalitet är ett huvudbegrepp och senaste tiden har förvaltningen arbetat med att definiera vad som är gemensamt och vad som skiljer kvalitet respektive patientsäkerhet och hur vi inkluderar båda.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Patientsäkerhetsrådet

I rådet bedrivs förvaltningsövergripande patientsäkerhetsfrågor. Chefläkare är sammankallande och ordförande i rådet som har möte tre gånger per termin. I rådet ingår representanter från förvaltningens åtta verksamhetsområden, kvalitetsledare laboriemedicin samt kommunikatör.

Rådet rapporterar via chefläkaren till förvaltningsledningen och via rådsdeltagarna till verksamheterna.

Chefsforum

Chefsforum, leds av förvaltningschefen, och är ett möte för alla chefer inom förvaltningen. Patientsäkerhet och ledarskap är återkommande punkter på agendan.

Ledarskapsforum

Ledarskapsforum, är ett under året nyinrättat forum, som leds av förvaltningschefen, för alla förvaltningens chefer för ökad kunskap och utveckling av ledarskapet.

Regional samverkan

Samverkansgrupp inom prehospital vård

I samverkansgruppen ingår företrädare för regionens två ambulansdistrikt, övriga entreprenörer inom ambulansverksamheten, Region Skånes Larmcentral (RSLC) och SOS Alarm. Arbetet fokuserar fortsatt på att skapa gemensamma riktlinjer och fördjupad kunskap om varandras verksamhet.

Advisory Board för Practicum

I gruppen ingår företrädare för Practicum Clinical Skills Centre (regionalt kliniskt träningscenter -KTC) och representanter för användare samt samarbetspartners såsom företrädare för lärosäten och Region Skånes förvaltningar. Gruppen diskuterar utbildningsinsatser, strategi och framtidsfrågor.

Samverkan inom regionen sker även via Region Skånes patientsäkerhetsråd, regional chefläkargrupp och chefsjuksköterskegrupp. Samarbetet mellan regionens olika förvaltningar har fortsatt att utvecklats inklusive samverkan mellan förvaltningens och andra förvaltningars chefläkare.

Förvaltningen samarbetar också med Koncernstab ekonomi- och inköp där patientsäkerhet utifrån olika perspektiv ingår i kravställningar inför inköp och upphandling samt vid begränsad tillgång och brist på produkter.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7

kap. 1 §

Digitala verktyg och infrastruktur

Beroenden av digitala verktyg och infrastruktur ställer höga krav på informationssäkerhetsarbetet, genom både tekniska och organisatoriska åtgärder.

Sjukvården är en samhällsviktig aktör. Allvarliga incidenter inom informationssäkerhet är rapporteringspliktiga till MSB (Myndigheten för samhällsskydd och beredskap) respektive IMY (Integritetsskyddsmyndigheten).

I förvaltningens stab ingår strateg för informationssäkerhet och dataskydd som stöd för verksamheten. Inom respektive verksamhetsområde finns handläggare för informationssäkerhet. Medicinsk service finns representerat i regionala forum inom informationssäkerhet- och dataskydd.

Klassning av information och riskanalyser av densamma genomförs då nya programvaror ska inhandlas, eller vid förändringar i befintliga. Syftet med denna riskhantering är att analysera hot, risker /och sårbarheter som kan påverka verksamheten och utifrån detta vidta lämpliga organisatoriska och tekniska säkerhetsåtgärder för att minska riskerna till en för verksamheten acceptabel nivå. Detta utgör ett värdefullt underlag för beslut vid upphandling och informationsägarens driftgodkännande.

Förvaltningen följer regionala rutiner med analys i samband med incidenter kopplat till informationshantering eller som en del i processer för informationshantering. Likaså ska riskanalyser genomföras i samband med införandet av nya programvaror inom förvaltningen.

En god säkerhetskultur

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



Fokus inom patientsäkerhetsarbetet är förbättring och lärande. Arbete med patientsäkerhetskultur kräver en kontinuerlig aktivitet för ständig förbättring. Grunden i arbetet är att få bort skuld och repressalier, på såväl personligt som övergripande plan. En god kultur syftar till att skapa möjlighet för samtal om risker och inträffade händelser. Utbildning och diskussioner har ägt rum inom förvaltningens ledningsgrupp, i verksamheten och vid de årliga patientsäkerhetsdialogerna. Varje medarbetare har ett ansvar. Varje medarbetares ansvar behöver förtydligas och ledarskapet behöver främja en trygg och öppen kultur för att skapa psykologisk trygghet dvs att våga och kunna prata om sina misstag, rapportera och diskutera de risker man ser. Både chef och medarbetare ska kunna ta dessa diskussioner på ett öppet och konstruktivt sätt.

Förvaltningen har under året fortsatt att utveckla patientsäkerhetskulturen. En utbildning i säkerhetskultur för nyckelpersoner inom patientsäkerhet och kvalitet genomfördes under hösten 2024.

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.



Förvaltningen, har precis som andra vårdenheter, en ökad personalrörlighet, vilket ställer krav på introduktion, upplärning och handledning.

Kunskap inom patientsäkerhet har förmedlats via:

- Information och diskussion i förvaltningens ledningsgrupp för vidare spridning i linjen.
- Utbyte av erfarenhet och kunskap i patientsäkerhetsrådet.
- Chefsforum.
- Utbildning på verksamhetsnivå.
- Under året har förvaltningen genomfört två utbildningstillfällen "Lagar och författningar i praktiken" samt "Säkerhetskultur" för nyckelpersoner i verksamheterna inom patientsäkerhet och kvalitet.
- Återkommande kontakter mellan chefläkare och verksamheten, samt via deltagande på möten.

Den nationella utbildningen Säker vård – nationell utbildning i patientsäkerhet används inom flertalet verksamheter för chefer, patientsäkerhetsråd och nyckelpersoner inom patientsäkerhet.

Förvaltningen arbetar med rätt använd kompetens (RAK) med översyn av arbetsuppgifter och dess fördelning mellan olika yrkesgrupper.

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 §

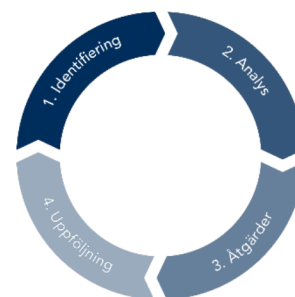
I utredningar där patienter är involverade bör kontakt med patient eller anhörig etableras och uppmanas att lämna sina synpunkter och upplevelser.

Omfattningen av direkt patientkontakt skiljer sig mellan förvaltningens verksamhetsområden, från de som ständigt arbetar med patienter såsom Ambulans, RSLC, 1177 per telefon samt mottagningar inom laboriemedicin, till de som inte har något direkt patientkontakt, laborerande verksamheter och Practicum. Det innebär att erfarenhet av patienter som deltar i patientsäkerhetsarbetet skiljer sig mellan olika verksamheter. Arbetet med involvering av patienter och närstående ingår som en del i arbetet med säkerhetskultur och har utvecklats inom förvaltningen. Vid analys av avvikelser ingår att analysera och utreda hur händelsen påverkar patienter.

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.



PPM Basala hygienrutiner och klädregler-BHK

Resultat

Mätningen innefattar klädrutiner och hygienregler. Vid årets mätningar deltog laboriemedicins provtagningsenheter, punktionsenheter, blodgivningsenheter mottagningsverksamhet samt ambulans.

I år kan förvaltningens resultat ej jämföras med övriga förvaltningar eftersom arbetet inom SKR, vilka hållit i mätningen och sammanställt resultaten nationellt, har upphört. Förvaltningens totala resultat för året är något lägre än föregående år och ligger för 2024 på 77% följsamhet till samtliga mätpunkter. Utfall, åtgärder och förebyggande arbetet har följts upp under året.

Under våren beslutade hälso- och sjukvårdsdirektören att BHK ska följas upp i all hälso- och sjukvård, i Region Skånes egen regi, där det förekommer fysisk kontakt med patienter. Uppföljningsmetoden ska ha ett tydligt pedagogiskt inslag. Frågan bereds av en arbetsgrupp som leds av Vårdhygien Skåne inom ramen för regionalt patientsäkerhetsråd.

Arbetet pågår och beräknas vara klart inför mätningarna under 2025.

Presentation av genomförd PPM-BHK sprids i linjen och presenteras och diskuteras i ledningsgrupper på förvaltnings- och verksamhetsnivå, i patientsäkerhetsrådet samt vid arbetsplatsträffar på enhetsnivå.

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.



En avvikelse kan vara av olika karaktär och allvarlighetsgrad. Det kan handla om allt från mindre störningar i det dagliga arbetet, till händelser som medför vårdskada av olika allvarlighetsgrad.

Arbetet med avvikelser är mångfacetterat och innehåller alla delar i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. Förvaltningens avvikelsearbete inkluderar statistik och uppföljning, patientsäkerhetskultur, ökad kunskap, förbättringsarbete, spridning såväl inom verksamheterna som till andra berörda enheter och förvaltningar. Uppföljning sker i olika verksamhetsnära grupper samt i patientsäkerhetsrådet.

Utredning av händelser sker i olika omfattning beroende på behov och komplexitet, för att kunna ge svar på vad som hänt – felhändelse, orsaker, samt utförda, planerade åtgärder och uppföljning, inklusive vem som är ansvarig.

Arbetet med avvikelser är inkluderat i de årliga patientsäkerhetsdialogerna. Ett nära samarbete med chefläkare, HR och verksamhet har utarbetats under senaste åren särskilt med hänsyn till arbetet med riskbeteende och riskindivider. Ökad kunskap sker även via utbyggt samarbete mellan förvaltningens verksamheter samt med andra samarbetspartner inom regionen (sjukhus, öppenvård, upphandlade enheter, SBHM (område säkerhet, beredskap, hållbarhet, miljö) med flera.

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.



Förvaltningens patientsäkerhetsdokument

Alla styrande dokument har överförts till vårt nya dokumenthanteringssystem DokIT varför alla patientsäkerhetsdokument har gått igenom och reviderats efter behov. Dokumentet Introduktionsmaterial till patientsäkerhetsarbete är nytt [Introduktion patientsäkerhet](#). Innehållet för patientsäkerhetsdialogen har förnyats med fokus på proaktivt arbete, riskhantering och patientsäkerhetskultur [Patientsäkerhetsdialog](#).

Tillsyn via myndigheter

Verksamheterna inom laboriemedicin är ackrediterade via olika tillsynsorgan och har även en certifiering, allt i strävan för hög kvalitet med fokus på patientsäkerhet.

Följande kvalitetsstandarder följs:

- ISO 15189, ISO 17025 – laboratorieanalyser.
- EFI och JACIE – laboratorieanalyser som avser organ och celltransplantationer.
- GMP (Good Manufacturing Practice) - blodgivning och framställning av blodkomponenter.
- ISO 9001 - tillverkning av mikrobiella odlingsmedier och reagens för mikrobiologisk diagnostik.

Samtlig tillsyn av ovanstående har utfallit med godkänt resultat.

Tillsynsmyndigheterna IVO och läkemedelsverket gör vid behov tillsyn i verksamheten som en av åtgärderna på inkommande anmälningar av vårdskada alternativt risk för vårdskada. Ingen tillsyn har skett avseende detta under året.

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

Återkommande störningar har inträffat i verksamheten i form av avbrott inom IT-, vatten-, el- och telefoniförsörjning vilket förutsätter goda kris-och kontinuitetsrutiner. Störningarna kan ses som ett test och ger ett kvitto på om och hur rutinerna fungerar samtidigt som de också ger möjlighet till förbättring.

Andra typer av störningar som påverkat verksamheten under året materialbrist baserat på leveransstörningar vilket är allt vanligare. Vårdförbundets blockad och strejk i slutet av våren har inverkat på verksamheten.

Året 2024 har fortsatt med stora förändringar inom laboriemedicin i syfte att ytterligare utveckla användning av den specialitetsoberoende analysplattformen (ansvar, instrument, automation, programvaror för

laboratorieanalyser), utveckla molekylär diagnostik samt ombyggnationer i befintliga och nya gemensamma lokaler.

Satsningarna genomförs i syfte att skapa stabila förutsättningar för snabba provsvar av hög kvalitet samtidigt som enkla repetitiva arbetsuppgifter minimeras. Utvecklingen kräver insatser såväl under planering som införandet. Standardisering och automatisering resulterar att avvikelser och risker kan minskas. Dock behöver kunskapen om manuella rutiner bibehållas för att klara driftstopp av automationen.

Användning av patientnära analyser har utökats under året vilket ses som en anpassning till arbetet med Nära vård och utökning av mobila team regionalt. Ett stort antal utbildningstillfällen för nya användare i de kliniska verksamheterna har genomförts en under året.

Ett axplock av genomförda aktiviteter:

- Fortsatt utrullning och utökning av sortiment av digitalt beställningssystem, eLAB RS, en interimslösning inför införandet av SDV.
- Införande av system för automatisk hantering för prover och transportlådor (SAPHT) med start i Malmö.
- Projekt för att kunna införa AI inom patologi och cytologi framöver.
- Förberedelse inför införande av Nucleid Acid test (NAT) vilket ger möjlighet för fler blodgivare att donera blod.
- Ny mobilenhet för blodgivning för att öka tillgängligheten för blodgivare.
- Införande av sms-livräddning regionalt.

Prehospital vård

Psykiatriambulans (PAP) som tidigare drivits i projektform har under året övergått till permanent verksamhet.

Nya fordon Special-transport-ambulans-region Skåne – STARS har levererats för de allra minsta och de allra största amt för patienter med behov av extra kringutrustning och personal. Fordonen ger förutsättning för barn och föräldrar att transporterats tillsammans vilket är i linje med barnkonventionen.

Ambulans införde helt ny övervakningsutrustning i hela regionen under 2023. Arbetet har innefattat stora utmaningar att säkerställa patientsäkerheten och att få systemet i full funktion. Mycket arbete har ägnats åt felsökning, utbildning och andra och åtgärder i samarbete med företaget och inköp.

Nytt avtal hösten 2023 för Region Skånes Larm Central (RSLC), med under året förändrad arbetsfördelning mellan RSLC och SOS Alarm. Fokus för arbetet har varit införande av beslutstöd, utbildningsinsatser, uppföljning och kvalitetssäkring mm.

1177 per telefon har gått ur nationell samverkan, anställt fler sjuksköterskor och väntetiderna har därmed minskat medan inkommande samtal ökat.

1177 per telefon erbjuder sedan den 1 oktober tolk på samtliga språk och har därmed förbättrat tillgängligheten för invånare som har annat modersmål än svenska.

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 förvaltningen pågår en förflyttning från reaktivt arbetssätt, där man reagerar efter att en händelse skett, till att även arbeta proaktivt, genom att analysera vilka risker som finns i verksamheten, medvetandegöra och åtgärda innan något händer. Underlaget för patientsäkerhetsdialoger har uppdaterats för uppföljning av riskhantering, lärande i organisationen, säkerhetskultur och planering framåt.

Riskanalyser patientsäkerhet

Riskbedömningar med patientsäkerhetsperspektiv genomförs alltmer frekvent. Fem riskanalyser för patientsäkerhet under ledning av förvaltningens chefsläkare har genomförts under året. Fördelade på verksamhetsområde enligt nedan:

VO klinisk immunologi och transfusionsmedicin

- Blodverksamhet – sållningstester

VO klinisk mikrobiologi och vårdhygien

- Bildande av gemensam provmottagning i Lund med fokus på mikrobiologisk diagnostik (uppföljning)

VO klinisk mikrobiologi och vårdhygien och VO klinisk immunologi och transfusionsmedicin

- Arbete i två LIMS-instanser

VO laboriemedicin bas

- Primärvårdsprover från Trelleborg skickas direkt till Malmö för analys

- Planerad automatiserad hantering, sortering och vidare leverans av inkommande prover med transportlådor (SAHPT)

Flertalet riskanalyser har även gjorts på verksamhetsnivå för riskbedömning vid införskaffande av utrustning och vid verksamhetsförändringar. Ytterligare risk och konsekvensanalyser har genomförts med huvudfokus på arbetsmiljö som i olika omfattning även inkluderat patientsäkerhet.

Riskanalyser informationssäkerhet

Riskanalyser har under året genomförts avseende:

- GeneMapper, applikation som används för fragmentanalys inom sektionen för Molekylär Diagnostik.
- Stamceller och vävnader, inför upphandling.
- Svensk blodsamverkan, för att blodgivare ska kunna ge blod i andra delar/regioner av Sverige än där man bor.
- X-tray, stödsystem för att skicka patientbokning till medicinteknisk utrustning.
- Diabetessystem, för monitorering av glukosvärden.

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.



Avvikelser

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

Medarbetarna rapporterar händelser, risker för vårdskador samt förbättringsförslag via regionens avvikelssystem AvIC

Förberedande arbete har gjort under året, inför införandet av ett nytt avvikelssystem under 2025. Det nya systemet ger bland annat större möjlighet att ta ut information vilket är en förutsättning för en bra uppföljning.

Information om syfte, ansvar och skyldighet att rapportera risker och händelser samt hur detta görs, ges i samband med introduktion för nyanställda samt kontinuerligt vid olika typer av möten på arbetsplatserna. I förvaltningens introduktion för nya chefer ingår ett större avsnitt om patientsäkerhet.

Hantering av avvikelser ska ses som drivkraft till verksamhetsutveckling där återkommande avvikelser uppmärksammas och ger underlag till förbättring och ökad kunskap. Ett öppnare klimat och ett större fokus har etablerats i verksamheterna vad gäller presentation och diskussion, av händelser och avvikelser, för att lära och förbättra.

Förvaltningens avvikelser

Händelser registrerade av anställd vid Medicinsk Service

4732 händelser registrerade under 2024 (4365 under 2023).

Avvikelser utredda av Medicinsk Service

3395 avvikelser är utredda inom flödena, Patient, Sjukresa, Leveranser och Tjänster, Laboratorium, Medicinsk Teknisk Produkt (MTP). (2023: 3680 st, 2022: 2974 st, 2021: 2777 st.)

Avvikelser som har utretts inom övriga flöden: Arbetsmiljö/personal, Produktreklamation, Säkerhet, Miljö redovisas inte här.

	Patient	Sjukresa	Sjukresa, utrett som ANNAN verksamhet	Leveranser och tjänster
VO Ambulans	702	6	0	12
VO Arbets- och Miljömedicin	4	0	0	2
VO Klinisk genetik och patologi	61	0	0	3
VO KIT	31	0	0	3
VO Klinisk kemi och farmakologi	4	0	0	2
VO Klinisk mikrobiologi	14	0	0	4
VO Laboratoriemedicin Bas	35	0	0	8
VO Prioritering råd och stöd	85	2	0	4
Förvaltningsledning och stab	0	0	0	0
Summa Medicinsk Service	936	8	0	38

	Lab	Lab, utrett som ANNAN verksamhet	MTP	MTP, utrett som ANNAN verksamhet
VO Ambulans	0	0	321	0
VO Arbets- och Miljömedicin	37	0	0	0
VO Klinisk genetik och patologi	297	29	2	0
VO KIT	578	36	3	0
VO Klinisk kemi och farmakologi	62	86	5	0

VO Klinisk mikrobiologi	151	28	13	0
VO Laboratoriemedicin Bas	575	111	33*	45
VO Prioritering råd och stöd	0	0	0	0
Förvaltningsledning och stab	0	1	0	0
Summa Medicinsk Service	1700	291	377	45

*varav 25 Säkerhetsmeddelanden

Avvikelser med riskvärde 8 eller högre

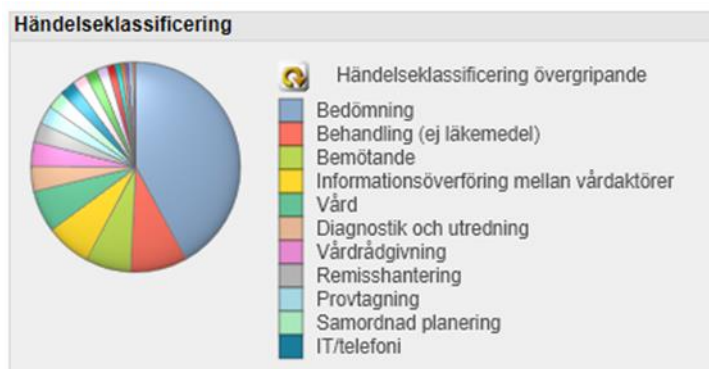
Riskvärden finns endast inom flöde Patient och Laboratorium.

Patient: 26 st av ca 700 klassificerade, ca 230 ännu ej klassificerade

Lab, utreder som EGEN: 11 st, av ca 1500 klassificerade, ca 350 ännu ej klassificerade

Lab, utreder som ANNAN: 9 st, av ca 260 klassificerade, ca 80 ännu ej klassificerade

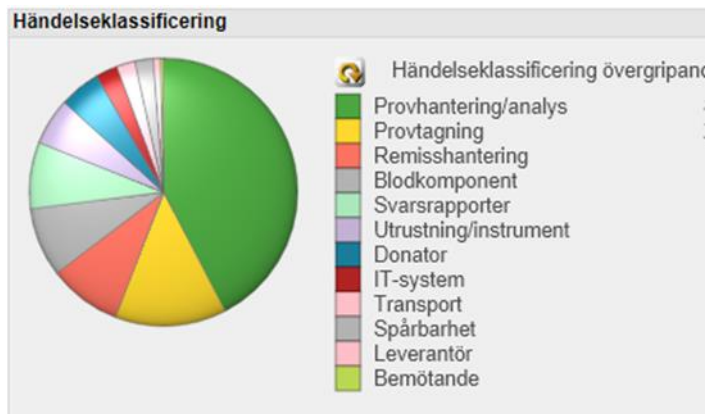
2024 Klassificering med avseende på Händelse, Patient



2024 Klassificering med avseende på Orsak, Patient



2024 Klassificering med avseende på Händelse, Laboratorium



2024 Klassificering med avseende på Orsak, Laboratorium



Avvisade beställningar till laboratorierna

Provtagningsfel medför kostnader för hälso- och sjukvården och lidande för patienten.

Årligen avvisas ett stort antal prover och de vanligaste orsakerna till detta är:

- ofullständig identitet på prov och/eller remiss
- prov som saknar remiss eller vice versa
- fel provtagningsmateriel
- fel förvarat/fel transporterat prov
- förväxling av patientidentitet vid provtagning

Med införande av digitala beställningar har nya fel identifierats:

- provtagning signeras/bekräftas inte (med konsekvens att provet når laboratoriet utan beställning).

Däremot minimerar digital beställning problemet med ofullständig identitet på prov och/eller remiss.

Laboratoriemedicin bedriver kontinuerligt ett utbildningsarbete gentemot vårdens provtagande verksamheter och har under det gångna året även tagit fram e-utbildning inom preanalys. Likaså får regionens ca 800 Labombud information via prenumerationsfunktion från webbplatsen Vårdgivare Skåne.

Säkerhetsmeddelanden

Under 2024 hanterades 21 medicintekniska säkerhetsmeddelande via Bild- och laboratorieteknik och vilket är oförändrat jämfört med föregående år (15 år 2023). Information om dessa förmedlades till berörda via e-post.

Händelser och vårdskador

Under 2024 rapporterade förvaltningen 16 anmälningar till IVO enligt lex Maria. Förvaltningen deltog även vid utredningar och anmälningar som gjordes av annan förvaltning. Antalet anmälningar är ungefär samma antal som tidigare år (2021 14 stycken, 2022 sju stycken, 2023 15 stycken).

Åtgärder har gjorts i form av information, utbildningsinsatser, genomgång av rutiner som reviderats och samordnats samt ett kontinuerligt arbete med standardisering. Anmälningar som involverar verksamhet utanför vår förvaltning diskuteras alltid med vederbörande chefläkare som i sin tur involverar berörd verksamhet inom sin förvaltning. Gemensamt arbete med utredning, delgivande av utredning, information, utbyte av synpunkter och kunskap görs beroende på händelsen och överenskommelse.

Beskrivning av anmälningarna till IVO enligt Lex Maria uppdelat på verksamhetsområde:*VO Ambulans, Region Skånes Larmcentral-RSLC*

Fördröjd tid till behandling 2023-KM001004

Patient ringer SOS efter intag av oklar mängd lugnande läkemedel i självmordssyfte. SOS bedömer ärendet och prioriterar som akut ej livshotande. Ärendet tas över av larmcentralen som ringer upp patienten. Patienten har då tagit ytterligare läkemedel och är trött och slö, men ärendet prioriteras inte upp.

Då ambulans är på plats är patienten kraftigt påverkad och körs akut till sjukhus.

Patienten läggs in och är i behov av intensivvård.

Handläggningen har inneburit förlängd tid till ambulans larmades och därmed fördröjt tid till behandling. Eventuellt hade intensivvård kunnat undvikas.

VO Ambulans, Ambulans

Nödvändiga åtgärder genomförs ej 2023-KM001146

Ambulans larmas ut till en multisjuk patient med andningsbesvär. Snart efter ambulanspersonalen är på plats får patienten ett hjärtstillestånd. Behandling startas men luftvägsutrustning saknas då den inte tagits med och ej hämtas från ambulansen.

Rutinen för vilken utrustning som ska tas med finns och är välkänd i verksamheten.

Patienten avlider i hemmet. Bedömningen är att patienten utsattes för en risk, men att förloppet och utfallet med stor sannolikhet inte påverkats vid denna händelse.

Strokedrabbad fick egenvårdsråd av ambulanspersonal istället för transport till sjukhus 2024-KM000133

En person insjuknar under en tågresan, kliver av tåget och ambulans tillkallas. Ambulans får vid utlarmning information från SOS att personen är förvirrad, har sned mungipa och svaghet i armen. Patienten undersöks av ambulans på plats som bedömer personen som opåverkad. Vid undersökning visas inga av de tidigare beskrivna symtomen.

Den information SOS angav vid utlarmning av ambulans används inte i samband med undersökning och samtal med den drabbade.

Personen får egenvårdsråd och informeras om att söka akut vid oro eller förnyade symtom.

Tillsammans med en anhörig åker personen direkt till sjukhus med taxi. På sjukhuset visar undersökning att personen har fått en stroke.

Handläggningen fördröjde tiden till sjukhus. Det är osäkert om tiden hade betydelse för förloppet. Hade personen däremot inte åkt till sjukhus hade fördröjningen kunnat orsaka allvarliga konsekvenser.

Patient med fraktur och i behov av ambulanstransport hänvisades till sjukresa. 2024-KM000607

Ambulans kallas till en person som skadat sitt knä. Patienten har ont och kan inte belasta. Vid undersökning är knäet inte svullet, andning och cirkulation är opåverkat. Bedömningen är att patienten inte behöver ambulans och en sjuktransport beställs till sjukhuset.

Undersökning på sjukhus visar att patienten har en fraktur ovan knäet.

Händelsen anmäls som risk för vårdskada då handläggningen har fördröjt tid till vård och behandling.

Patient i behov av ambulans hänvisades till vårdcentral 2024-KM000608

Ambulans larmas ut till en patient med påverkat tal och sned mungipa med misstanke om stroke. Patienten undersöks av ambulanspersonal och bedöms inte ha några symptom. Hen lämnas därför hemma med råd att söka sin vårdcentral.

Informationen i utlarmningen om patientens symptom uppmärksammades inte och användes inte vid undersökning och bedömning.

Att patienten inte transporterades direkt med ambulans till sjukhus gav en fördröjning till vård och behandling.

Patient med fotledsfraktur hänvisades till sjukresa 2024-KM000609.

Ambulans tillkallas och undersöker en patient med smärta och svårigheter att belasta sin fot efter misstänkt misshandel. Patienten hänvisas till sjukhus med sjuktransport. Patienten behövde ambulanstransport till sjukhus då hen ej kunde förflytta sig själv. Händelsen ledde till fördröjning till vård och behandling och anmäls som risk för vårdskada.

Patient i behov av ambulans, underprioriteras och transporteras med sjukresa. 2024-KM000610

Patient undersöks av ambulans pga. feber, frossa och hosta. Patienten har hög feber, är ostadig och har ramlat. Patienten prioriteras lågt och bedöms att kunna transporteras med hjälp av sjukresa.

Att patienten inte transporterades med ambulans resulterade i fördröjning till vård och behandling samt risk för försämring under transport utan övervakning eller möjlighet till åtgärder vid behov.

Personal som ej var behörig gav läkemedel. 2024-KM000893.

Ambulans larmas till en medvetslös patient. Situationen är akut och sjukvårdsledaren ger läkemedel till patienten som hen inte har behörighet för. Fel läkemedel administreras vilket uppmärksammades direkt och hanterades i anslutning till händelsen Läkemedel inom ambulansverksamheten får endast ges av legitimerad sjuksköterska. Verksamhetens risklinjer följdes inte.

Felaktig bedömning av vårdnivå. 2024-KM001362.

Ambulans kallades till en patient vid fyra tillfällen med anledning av att patienten bland annat uppgav akut påkommen nackvärk. De två första gångerna undersöktes patienten, läkare konsulterades och patienten fick egenvårdsråd respektive hänvisades till vårdcentral. Efterföljande två tillfällen vårdades patienten i ambulans till akutmottagning.

Vid undersökning på sjukhus drygt fem dygn efter första kontakt, visade det sig att patienten hade drabbats av en blödning under hjärnhinnorna, så kallad subaraknoidalblödning.

Händelsen anmäls som risk för vårdskada då handläggningen har bidragit till att förlänga tid till diagnos och behandling. Åtgärder vidtas i verksamheten.

VO Prioritering råd och stöd, 1177 per telefon.

Icke akut ambulans beställs till person med akut tillstånd 2024-KM000200

En person med alkoholproblem hittas liggande på golvet i sin lägenhet av en anhörig. Den anhöriga kan inte få upp vederbörande från golvet och personen svarar inte på tilltal. 1177 på telefon kontaktas och sjuksköterskan där beställer en ambulans via ambulansbeställningen.

Ambulansbeställningen (på larmcentralen-RSLC) används av sjukvården för ej brådskande ambulanstransport och ej för akut ambulans.

En akut ambulans beställs senare via larmcentralen efter att de samtalat med anhörig på plats, men handläggningen ger en fördröjning av ärendet på grund av väntetid till ambulansbeställningen.

Personen var djupt medvetslös, hade drabbats av en hjärnblödning, opererades akut och var i behov av akut ambulans.

Hade sjuksköterskan följt beslutstödet så hade troligen allvarlighetsgraden framkommit.

VO klinisk genetik, patologi samt molekyllär diagnostik, Molekyllär diagnostik

Fel koagulationsfaktor analyserades. 2024-KM000716

Prover från patienter med misstänkt koagulationsrubbning analyseras. Av misstag analyseras fel koagulationsfaktor. Felet upptäcks, proverna analyseras om och den som beställt proverna kontaktas inom några dagar. Ingen patient har drabbats men risk fanns för förlängd tid till behandling alternativt behandling utan indikation.

Utredningar av allvarlig händelse inom annan förvaltning där Medicinsk service involverats

Nedanstående händelserna har utretts och utlåtande från Medicinsk service från verksamhetsområdena Klinisk genetik, patologi och molekyllär diagnostik, Klinisk mikrobiologi och vårdhygien, Klinisk immunologi och transfusionsmedicin, samt Klinisk kemi och farmakologi och Laboratoriemedicin bas, har inkluderats i anmälan enligt Lex Maria från Skånes universitetssjukhus.

Försenad diagnos och behandling av reumatisk sjukdom, 2023-ANM002366

En person utreds för misstänkt allvarlig tumörsjukdom. Efter operation informeras patienten att vävnadsproverna är godartade.

Patienten önskar en ny medicinsk bedömning (second opinion) av vävnadsproverna och även denna gång är beskedet att proverna inte visar någon elakartad tumörsjukdom. Den remitterade läkare missar att det i provsvaret står att det kan röra sig om en reumatologisk sjukdom. Detta upptäckts först efter elva månader då remitteras patienten till reumatologen där behandling påbörjas. Fördröjningen bedöms inte ha påverkat prognosen.

Resistenta bakterier spreds på neonatalavdelning 2023-ANM002512

Spridning av resistenta bakterier upptäcktes på neonatalavdelningen. Sammanlagt smittades åtta barn.

Nyfödda barn som smittas av ESBL och MRSA riskerar att fortsatt bli bärare av de resistenta bakterierna och kan även smitta andra i sin omgivning. Båda bakterierna är multiresistenta och det behövs mycket bred antibiotika vid behandling. Större spridning i samhället kan leda till att bakterierna blir resistenta mot de antibiotika vi har till hands.

Smittvägen är inte helt klarlagd. Bakterierna kommer oftast från föräldrar som har sina barn på neonatalavdelningen. Bakterierna sprids från barnet, ibland föräldrarna, via vårdpersonal till andra barn. Bakterien kan också spridas mellan föräldrar om de vistas i samma lokaler. Alla barn på våra neonatalavdelningar screenas för bakterierna en gång i veckan.

Inget av barnen fick behandlingskrävande infektion av bakterierna.

Kvinna fick blodtransfusion utan giltigt BAS-test 2024-ANM001425

En kvinna planeras för kejsarsnitt. Operationen förbereds några dagar innan genom att man blodgrupperar, reserverar blod och kontrollerar att mamman inte bar på antikroppar mot barnets blod (BAS-test). Testen är giltigt under fem dagar.

I samband med förlossningen förlorar mamman 2500 ml blod och dagen efter erhåller hon blodtransfusion. Efter 10 – 15 minuter konstateras att BAS-testet inte längre var giltigt och transfusionen avbröts. Mamman får inte några bestående men. Blodtransfusion utan giltigt BAS-test kan dock få allvarliga konsekvenser.

Nyfött barn fick för hög dos läkemedel 2024-ANM001328

Ett barn vårdas på barnintensivvårdsavdelningen, SUS i Lund efter hjärtoperation. På grund av kramper behandlas barnet med fosfenytoin. Under ett dygn gess felaktigt 70 mg x 2 medan dosen skulle vara 7 mg x 2. Koncentrationssvaret tas före den andra dosen men svaret inväntas inte och svaret är försenat från laboratoriet.

Läkemedelskoncentrationerna i blodet blir förhöjda, men inga toxiska biverkningar noterades. Bakomliggande orsaker till händelsen bedöms vara bristande följsamhet till rutiner och bristande kommunikation.

Nedanstående händelse har utretts med en gemensam händelseanalys inom förvaltning Psykiatri, habilitering och hjälpmedel och förvaltning Medicinsk service. Händelseanalysen ingår i anmälan enligt Lex Maria från förvaltning psykiatri, habilitering och hjälpmedel.

Utebliven suicidriskbedömning ledde till suicid 2024-KM000561

En person, som har haft tät vårdkontakt med psykiatrin söker akutvård.

Bedömningen är att patienten inte är i behov av psykiatrisk slutenvård och patienten återvänder hem. Cirka en timmes tid efter bedömningen hör allmänhet av sig till RSLC på grund av oro för patientens mående. En psykiatriambulans skickas ut men de kör inte fram och bedömer patienten med en förnyad suicidriskbedömning.

Klagomål och synpunkter

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

Samtliga klagomål och synpunkter, som inkommer från patienter, närstående, andra förvaltningar inom Region Skåne, upphandlade vårdenheter, kommuner med flera registreras i avvikelssystemet AvIC.

Direkt patientkontakt förekommer inte inom alla verksamhetsområden. Inom laboriemedicin ingår detta endast inom mottagningsverksamhet.

Klagomål från patienter är relativt ovanligt inom laborerande verksamheter (≤ 10 /år och VO)

Mest utvecklat arbete med patient och anhörigkontakt har förvaltningens prehospitala verksamheter, ambulans och 1177 per telefon.

Arbete pågår för att information och kunskap från patienter och närstående ska vara en naturlig del av arbetet in förvaltningens alla verksamheter. Återkoppling från patienter och närstående är ofta viktiga synpunkter som tidigare varit okända för verksamheten. En relativt stor andel är klagomål på bemötande, vilket tas på stort allvar då det påverkar patientsäkerheten och förtroende för vården.

Representant från förvaltningens patientsäkerhetsråd ingår i regionens grupp för hantering av klagomål. Klagomålshanteringen ses som en viktig del och en viktig informationskanal för förvaltningens arbete med patientsäkerhet och kvalitet.

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.



Risk-och sårbarhetsanalys som underlag till kontinuitetsplanering

Det systematiska risk-och sårbarhetsarbetet (SRSA) syftar till att tillsammans med händelseanalyser vara grunden för kontinuitetsarbetet inom Medicinsk service. Målsättningen är att skapa robusta verksamheter som är motståndskraftiga mot störningar och har god hanterings- och återhämtningsförmåga. Medicinsk service deltar i regionens SRSA-arbete och kontinuitetsplanering.

Samhällsviktig verksamhet inom Medicinsk service

Den verksamhet som bedrivs inom Medicinsk service är samhällsviktig.

Områden som särskilt samhällsviktiga i en krissituation är:

- Blodförsörjning
- Laboratorieanalyser (prioriteras beroende på typ av kris)

- Ambulans
- Region Skånes larmcentral
- Smittskydd
- Vårdhygien
- 1177

Beroenden

Medicinsk service utför viktiga tjänster och ingår i komplexa nätverk av beroenden. Dessa nätverk omfattar både de som är beroende av Medicinsks services tjänster och de leverantörer som Medicinsk service i sin tur är beroende av. Exempel på sådana leverantörer inkluderar:

- El
- Gas
- Förbrukningsmateriel
- Vatten (exempelvis dricksvatten, processvatten)
- IT
- Medicinteknisk utrustning
- Kommunikation (exempelvis telefoni, RAKEL)
- Ventilation
- Värme/kyla
- Personal
- Läkemedel
- Drivmedel

Kontinuitetsplanering

Varje steg i beroendekedjan kräver identifiering av reservrutiner och åtgärder för bibehållen kontinuitet.

Förvaltningens Katastrofkommitté ansvarar för att hålla krisplan och underordnade dokument uppdaterade. Uppdraget inkluderar också att planera, genomföra och dokumentera utbildning och övning samt efter inträffad händelse analysera och rapportera.

Under året har kommittén haft genomgång av stabsarbete för förvaltningens krisstab samt genomfört övning i stabsarbete, kommunikation och samarbete med de laborativa verksamheterna.

Inom verksamhetsområde ambulans har flertalet mindre övningar genomförts. Ambulans har också medverkat i nationell övning tillsammans med Socialstyrelsen, MSB, Polismyndigheten, Försvarmakten, Röda Korset med flera.

Kontinuitetsplaner innefattar beredskap och rutiner vid störningar och avbrott, för att så länge som möjligt bibehålla förmågan att upprätthålla verksamheten.

Kontinuitetsplanering har under året formulerats och uppdaterats för alla

förvaltningens verksamheter. Planerna innefattar åtgärder och reservrutiner vid avbrott och störningar på såväl kort som långsiktiga störningar och kriser.

Ett samarbetsforum leds av Koncernstaben för säkerhet och beredskap (KSSB). Åtgärder för att säkra läkemedelsförsörjningen inom ambulans har gjorts inom alla distrikt med hjälp av statliga bidrag.

Införande av Nucleid Acid test (NAT) för testning av blodgivare planeras med hjälp av projektmedel från Socialstyrelsen. Testet ger möjlighet för fler blodgivare att donera blod. Det huvudsakliga syftet är att säkra blodförsörjningen särskilt vid en kris.

Kortare störningar inträffar återkommande av tjänster i beroendekedjan i våra verksamheter. Störningarna kan ses som test på kortare avbrott och ger ett kvitto på om och hur rutinerna fungerar samtidigt som de också ger möjlighet till förbättring. Längre avbrott sker sällan varför dessa behöver övas.

Andra typer av störningar som påverkat verksamheten under året är vårdförbundets blockad, och strejk inom patologi, immunologi, ambulans och 1177 i slutet av våren. Denna störning gav oss träning för händelser med brist på personal men även kommunikation.

Avbrottstid

Avbrott i samhällsviktig verksamhet kan få allvarliga konsekvenser och måste därför undvikas.

Inom resterande områden bör verksamheten löpa på utan avbrott men ställtiderna är mindre kritiska.

KOMMANDE ÅR

Patientsäkerhetsarbetet framöver, utan inbördes prioritering, fokuseras på att:

- Öka kunskap inom patientsäkerhetsområdet genom utbildning på olika nivåer.
- Stärka patientsäkerhetskulturen genom arbete för ökat insikt och förhållningssätt till risker och händelser.
- Arbeta proaktivt genom att analysera och medvetandegöra risker i verksamheten.
- Arbeta med avvikelser och händelser med fokus på ökat lärande.
- Utöka samarbetet mellan förvaltningens verksamhetsområden samt med övriga vårdförvaltningar.
- Arbeta för att ytterligare förbättra resultat vid mätning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler i patientnära arbete.
- Arbeta med fokusområden som stärker patientsäkerheten.
- Öka patientmedverkan i patientsäkerhetsarbetet.
- Genomföra övning av kontinuitet vid långvariga störningar.
- Arbeta med kompetensförsörjning för att säkra våra verksamheter.
- Standardisera och dokumentera procedurer/rutiner/riktlinjer enkelt och tillgängligt vilket är en grund för att identifiera avvikelser.
- Införande av nytt journalsystem (SDV) och nya arbetssätt.
- Införande av nytt avvikelssystem.