

Regional handlingsplan för ökad patientsäkerhet

Innehåll

Vision	2
Syfte.....	2
Mål.....	2
Målgrupp	2
Ansvarig för dokumentet	2
Revideras och följs upp	2
Beslutsdatum och beslutsinstans	2
Sammanfattning	3
Inledning	3
Regional handlingsplan	4
Bakgrund.....	4
Engagerad ledning och tydlig styrning.....	5
Arbetsätt.....	5
Nuläget.....	8
Prioriterade områden.....	9
Vägen framåt.....	10
Ansvar och roller	11
Uppföljning	12
Käll- och referenslista	13
Regionövergripande aktiviteter	14
Aktiviteter inom de sjukvårdande förvaltningarna – mall.....	16
Bilaga GAP-analys regionövergripande nivå.....	17

Vision

God och säker vård – överallt och alltid

Region Kalmar län har en nollvision för vårdskador.

Syfte

Syftet med denna handlingsplan är att

- samordna ett systematiskt arbetssätt för planering, prioritering och uppföljning på regionövergripande nivå,
- skapa samsyn och gemensamma aktiviteter kring arbetet med den nationella handlingsplanen, under åren 2021-2024,
- under perioden utveckla och etablera ett modernt och systematiskt patientsäkerhetsarbete,
- lära av varandra.

Mål

Övergripande mål: Ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada.

Målet med denna handlingsplan är att under åren 2021-2024 förflytta Region Kalmar läns patientsäkerhetsarbete till nästa nivå genom att:

- stärka samverkan inom och utanför organisationen,
- utarbeta gemensamma arbetsformer och gränssnitt,
- utveckla system och processer,
- ta vara på det goda arbete som redan pågår, utifrån den nationella handlingsplanen,
- sprida kunskap och lärande,
- öka patientsäkerheten genom att vidareutveckla patientsäkerhetsarbetet och därmed minska vårdskador.

Målgrupp

Ledare och medarbetare inom de fyra hälso- och sjukvårdande förvaltningarna; hälso- och sjukvårds-, psykiatri-, primärvårdsförvaltningen och folktandvården.

Ansvarig för dokumentet

Utvecklingsdirektören

Revideras och följs upp

Planen gäller tills vidare och följs upp varje termin samt vid behov i sjukvårdsledningen.

Beslutsdatum och beslutsinstans

Sjukvårdsledningen 2021-06-09.

Sammanfattning

Socialstyrelsens handlingsplan för ökad patientsäkerhet är en milstolpe för att utveckla, likrikta och standardisera det systematiska patientsäkerhetsarbetet på en nationell nivå.

Patientsäkerhet har högsta prioritet inom Region Kalmar läns hälso- och sjukvård och regionen har en nollvision avseende vårdskador.

Region Kalmar läns satsning på ökad patientsäkerhet utgår ifrån den nationella handlingsplanen och har som mål att vidareutveckla och lyfta regionens patientsäkerhetsarbete till nästa nivå, som ett led i det långsiktiga och systematiska patientsäkerhetsarbetet.

Kartläggningen av nuvarande patientsäkerhetsarbete inom regionens sjukvårdande förvaltningar visar på att flertalet aktiviteter och processer som den nationella handlingsplanen tar upp redan görs eller är etablerade.

Samtidigt visar kartläggning och GAP-analys på viktiga områden med utvecklingspotential. Områden som kompletterar regionens systematiska patientsäkerhetsarbete för att nå målen i den nationella handlingsplanen.

Tre prioriterade områden för det fortsatta arbetet med handlingsplanen har tagits fram i bred samverkan:

- System och processer
- Kunskap och lärande
- Patient och anhörig som medskapare

Inledning

Socialstyrelsen har i bred förankring 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.

Handlingsplanen innehåller fem prioriterade fokusområden:

1. Ökad kunskap om inträffade vårdskador
2. Tillförlitliga och säkra system och processer
3. Säker vård här och nu
4. Stärka analys, lärande och utveckling
5. Öka riskmedvetenhet och beredskap

Utifrån den nationella handlingsplanen har Region Kalmar län, genom en satsning på ökad patientsäkerhet, utarbetat en regional handlingsplan. I Region Kalmar län har arbetsgruppen genomfört en kartläggning av vad som redan görs inom ovanstående fokusområden. Utifrån resultatet har denna handlingsplan tagits fram.

Varje sjukvårdande förvaltning arbetar tillsammans med den länsövergripande arbetsgruppen för satsningen på ökad patientsäkerhet. För att utveckla gemensamma gränssnitt i enlighet med de prioriterade områdena och bättre nå ut i verksamheten finns deltagare från samtliga förvaltningar med i arbetsgruppen.

Regional handlingsplan

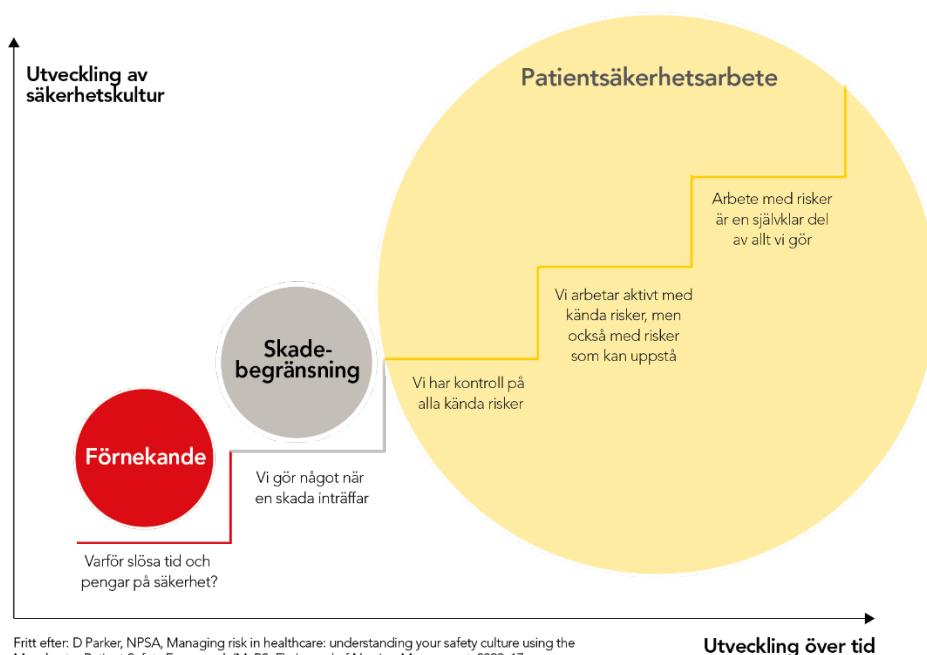
Bakgrund

De två senaste decennierna har kunskapen om patientsäkerhet vuxit snabbt och i takt med det har patientsäkerhetsarbetet utvecklats. Ändå drabbas fortfarande många patienter av skador som hade kunnat undvikas.

I Sverige drabbas uppskattningsvis 100 000 patienter varje år av vårdskador i somatisk sjukhusvård av vuxna, vilket motsvarar ungefär en vårdskada vid vart tionde vårdtillfälle. Vårdskadorna medför förlängda sjukhusvistelser för cirka 50 000 patienter varje år. Cirka 2 000 patienter får bestående men och vid ungefär 1 200 dödsfall varje år bedöms en vårdskada ha varit en bidragande orsak. Kostnaden enbart för de extra vård dagar som beror på vårdskador beräknas vara cirka 8 miljarder kronor per år. Det motsvarar ungefär en sjundedel, drygt 12 procent, av de totala kostnaderna för somatisk sjukhusvård.

Svensk hälso- och sjukvård har goda resultat enligt flera internationella jämförelser. Region Kalmar län har i många år visat goda resultat i bland annat Öppna jämförelser, Vården i siffror, kvalitetsregister, punktprevalensmätningar och patientenkäter. Förekomsten av vårdskador har genom åren varit lägre inom region än i riket. Det systematiska patientsäkerhetsarbetet har kontinuerligt utvecklats inom regionen, samtidigt som ytterligare förbättringsmöjligheter ses.

Patientsäkerhetsarbetet har utvecklats till ett eget kunskapsområde med nya arbetssätt och verktyg som ger oss möjlighet att bli ännu bättre och att ta nästa steg mot en säkrare vård. Patientsäkerhetskultur är en viktig hörnsten i arbetet. Vägen till ett aktivt förebyggande patientsäkerhetsarbete handlar om ett fokusskifte i tre steg, att gå från: Förnekande, Skadebegränsning till Patientsäkerhetsarbete, se illustration nedan.



Utöver den regionala handlingsplanen har en kartläggning samt GAP-analys tagits fram. Dessa har lagt grunden för att etablera principer, prioriteringar och mål för patientsäkerhetsarbetet genom vår strategi för systematiskt förbättringsarbete Varje dag lite bättre – kraften hos många!

Förbättringsstrategin ligger bakom många goda resultat och får verksamheten att ständigt ta steg framåt och möta framtida utmaningar. Strategin grundar sig på att alla medarbetare har ett ansvar för både dagens arbete och för att utveckla verksamheten. Det systematiska förbättringsarbetet ska genomsyra all verksamhet dygnet runt alla dagar i veckan. I en lärande organisation skapar allt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete ett ökat värde för de som vi är till för. För att bli framgångsrikt måste denna utveckling ske tillsammans med medarbetare, medborgare, patienter och närstående samt i nära samarbete med regionens kommuner.

Engagerad ledning och tydlig styrning

Patientsäkerhetsarbetet ska genomsyra hela organisationen, från högsta ledningen och vidare via linjen. Ledningen är bärare av organisationskulturen och är en förebild som har en avgörande roll i arbetet att stärka och upprätthålla en hög patientsäkerhet. God kvalitet och patientsäkerhet utvecklas bäst i organisationer med god arbetsmiljö, psykologisk trygghet och en kultur där medarbetarna är delaktiga. Där man gemensamt med ledningen strävar efter att fortlöpande förbättra för att upprätthålla en hållbar verksamhet, samt efterfrågar och följer upp kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet på alla nivåer.

Samtliga ledare skapar förutsättningar för ett systematiskt förbättrings- och patientsäkerhetsarbete, bland annat med hjälp av Stratsys och Egenkontrollen där information om verksamhetens resultat inhämtas, och genom att ta ansvar för att åtgärder genomförs och utvärderas.

Ledare i linjen har en central roll, eftersom mycket av förbättringsarbetet sker på verksamhetsnivå. Det är viktigt att ledarna får stöd, så att de kan tydliggöra för medarbetarna hur de tillsammans kan bidra till att etablera och utveckla regionens handlingsplan för ökad patientsäkerhet.

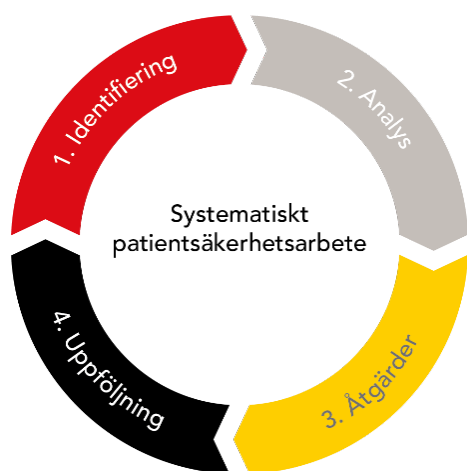
Samtidigt kan ett framgångsrikt patientsäkerhetsarbete bara utvecklas om en tvåvägskommunikation etableras i hela linjen. Där man aktivt efterfrågar aktiviteter, mål och mått för regionens systematiska patientsäkerhetsarbete samt uppmuntrar till återkoppling, kreativitet, innovation och samverkan över organisationsgränser.

Arbetsätt

Den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet vänder sig till huvudmännens beslutfattare. Sjukvårdsledningen har tagit beslut kring en satsning på ökad patientsäkerhet och gett uppdraget att arbeta med den nationella handlingsplanen till den lokala samverkansgruppen (LSG) för patientsäkerhet och två projektledare har utsetts för att driva arbetet på regionövergripande nivå. Arbetet följs kontinuerligt upp i Sjukvårdsledningen.

– Så här arbetar vi systematiskt med patientsäkerhet:

1. Identifiera ett mått inom aktuellt område – hur mäts och följs måttet. Exempel på metoder är punktprevalensmätningar (PPM) och avvikelserapportering.
2. Analys av och/eller resonemang kring resultat inom området, exempelvis orsaker till förändring i resultatet eller koppling till patientsäkerhetsrisker.
3. Åtgärder utifrån analys, med koppling till området. Åtgärder kan både vara i form av aktiviteter eller förändringar i struktur eller organisation.
4. Uppföljning av åtgärder och återkoppling av resultaten, till verksamheter och/eller ledning.



Arbetsmetodik för ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. Källa: Socialstyrelsen.

– Länsövergripande arbetsgrupp

Patientsäkerhetsarbetet utvecklas tillsammans över förvaltnings- och organisationsgränser. En länsövergripande och tvärprofessionell arbetsgrupp har bildats, med representanter från de fyra sjukvårdande förvaltningarna, kommuner och patient- och närstående-representanter. Tanken är att uppnå samsyn, delaktighet och bred förankring inom organisationerna.

- månadsvisa möten
- arbetsgruppens deltagare ansvarar för att löpande informera om och förankra arbetet i respektive förvaltning

Till gruppen kopplas också medarbetare med spetskompetens inom viktiga specialområden som kommunikation, systemkunskap, IT, HR med mera.

– Regionens sjukvårdande förvaltningar

Inom förvaltningarna fortsätter arbetet i enlighet med den regionala handlingsplanen. Förvaltningarna kompletterar handlingsplanen med individuella aktiviteter, mål och mått som speglar deras individuella struktur och behov. Förvaltningarna enas om regionövergripande definitioner, mål och mått för det systematiska patientsäkerhetsarbetet samt enhetliga beskrivningar och hjälptexter i regionens styrsystem.

- Medarbetare

Arbetet med patientsäkerhet genomsyrar hela vår organisation och alla medarbetare bidrar varje dag direkt och indirekt till att göra vården säkrare för våra patienter. Verksamhetschefer, förstalinjenchefer och medarbetare etablerar tillsammans den regionala och förvaltningsspecifika handlingsplanen i det dagliga arbetet. Den förvaltningsspecifika handlingsplanen kompletteras med individuella aktiviteter, mål och mått som är anpassade till arbetsplatsens förutsättningar och behov.

- Kommunikation

Kommunikation anses som en grundförutsättning för att implementera den regionala handlingsplanen och satsningen på ökad patientsäkerhet. Kommunikation i linjen är nödvändig där man aktivt efterfrågar aktiviteter, mål och mått för regionens systematiska patientsäkerhetsarbete samt uppmuntrar till återkoppling, kreativitet, innovation och samverkan över organisationsgränser. En kommunikationsplan är framtagen och utvecklas kontinuerligt. Under patientsäkerhetsportalen på Navet finns sidor om den nationella handlingsplanen och regionens satsning på ökad patientsäkerhet.

- Samverkan och erfarenhetsutbyte

Ett kontinuerligt erfarenhetsutbyte nationellt är en viktig del i arbetet. Inom den sydöstra sjukvårdsregionala samverkansgruppen (RSG) för patientsäkerhet delas erfarenheter och strategier för implementering diskuteras. Region Kalmar läns lokala samverkansgrupp för patientsäkerhet (LSG) och den länsövergripande arbetsgruppen fungerar som regionövergripande stödfunktioner.

- Patienten som medskapare

Patienter och närstående har den högsta kunskapen om patienternas behov, och också om hur vårdens struktur och arbetsprocesser på ett meningsfullt sätt kan bidra till en vård som sätter patientens behov i centrum.

- Kommunsamverkan

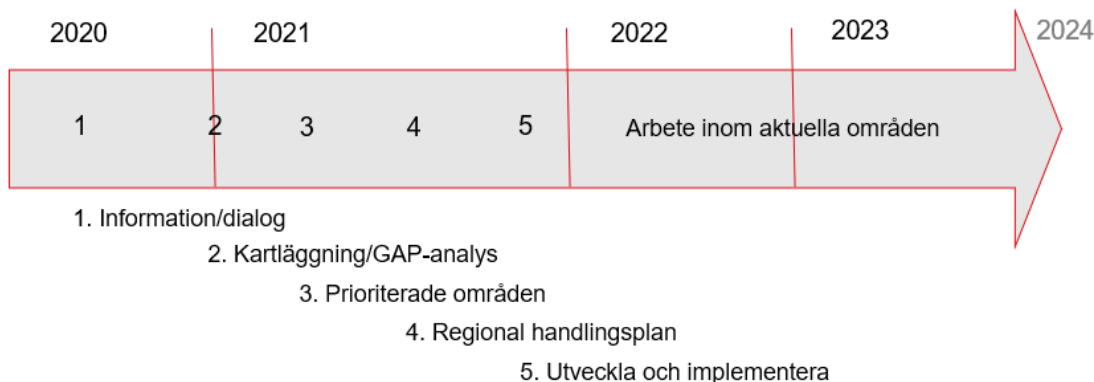
Det är tillsammans med regionens kommuner som Region Kalmar län tar hand om gemensamma patienter och ett framgångsrikt patientsäkerhetsarbete behöver därför göras över organisationsgränser. Vårdens övergångar är fortfarande en utmaning för patientsäkerheten. Tillsammans kan säkerhet och trygghet i vårdens övergångar skapas, kunskap spridas och ett ömsesidigt lärande ske.

- Verktyg

För att utveckla och etablera den regionala handlingsplanen använder vi oss av ett flertal verktyg. Den digitala plattformen Stratsys är ledningssystemet för regionens systematiska patientsäkerhetsarbete. Andra verktyg är Egenkontrollen, dokumenthanteringsystem samt olika verktyg inom regionens strategi för systematiskt förbättringsarbete Varje dag lite bättre – kraften hos många!. Flera stödfunktioner med specialistkompetens inom system, processer, HR och IT bidrar till att utveckla och etablera den regionala handlingsplanen.

- Tidplan

Den länsövergripande arbetsgruppen arbetar tillsammans för att i olika steg nå ut i verksamheten (se tidplan nästa sida).



1. Information/dialog

Pågår kontinuerligt under hela satsningen.

2. Kartläggning och GAP-analys

Genomförd inom Region Kalmar län under första året.

3. Prioriterade områden

Utifrån kartläggning och GAP-analys har prioriterade områden tagits fram under tidig vår 2021 och två arbetsgrupper startats. Fler områden planeras inför kommande år.

4. Regional handlingsplan

Utifrån den nationella handlingsplanen, färdig första halvåret 2021.

5. Utveckla och implementera

Den nationella handlingsplanens fokus- och temaområden ska utvecklas och implementeras, enligt denna handlingsplan. Det stora arbetet med handlingsplanen görs sedan i den egna förvaltningen – inom alla fokusområden och dess delar.

Nuläget

Denna handlingsplan för ökad patientsäkerhet grundar sig bland annat på en omfattande kartläggning av regionens aktiviteter. Strukturen följer den nationella handlingsplanen och dess fem fokusområden. Den nationella handlingsplanen belyser patientsäkerhet utifrån olika perspektiv och därför kan ett flertal aktiviteter tilldelas flera fokusområden.

Kartläggningen har även tagit hänsyn till "Verktyg för stärkt patientsäkerhetsarbete" som Sveriges kommuner och regioner i samverkan med den nationella samverkansgruppen (NSG) inom patientsäkerhet och Socialstyrelsen har tagit fram.

Kartläggningen vittnar om det omfattande och goda arbetet som redan görs i regionen utifrån ett kvalitets- och patientsäkerhetsperspektiv. Men den visar även på viktiga områden som kan utvecklas för att lyfta det systematiska patientsäkerhetsarbetet i regionen till nästa nivå.

GAP-analysen har identifierat nyckelområden för att komplettera patientsäkerhetsarbetet i regionen. Som första steg har tre grundläggande områden prioriterats. Dessa behöver utvecklas för att skapa förutsättningar för ett strukturerat arbete med handlingsplanen samt banar vägen för förvaltningarnas arbete med handlingsplanen och kommande prioriterade områden.

Bilagan visualiserar den regionövergripande kartläggningen och GAP-analysen. Utöver denna har varje förvaltning genomfört en egen kartläggning och utifrån den planerar respektive förvaltning sina aktiviteter.

Prioriterade områden

Region Kalmar läns satsning på ökad patientsäkerhet utgår ifrån den nationella handlingsplanen och har som mål att vidareutveckla och lyfta regionens systematiska patientsäkerhetsarbete till nästa nivå.

GAP-analysens resultat har i bred samverkan diskuterats och tre prioriterade områden för det fortsatta arbetet med handlingsplanen har tagits fram.

Prioriterade områden för regional handlingsplan:

– System och processer

Ett systematiskt patientsäkerhetsarbete behöver system och processer som möjliggör att inhämta, analysera och visualisera avgörande mål, mått och aktiviteter. Det behövs också verktyg för analys, planering och uppföljning. Kartläggningen och den fördjupande GAP-analysen visar vilka områden som behöver implementeras i befintliga system samt vilka system och processer som behöver aktualiseras och anpassas.

Målet är att använda, anpassa och förädla redan väl etablerade system och processer för att göra det lätt för medarbetarna att göra rätt samt att undvika onödigt dubbelarbete. Ett flertal aktiviteter, mål och mått kan kopplas till olika fokusområden i den nationella handlingsplanen. Genom att anpassa befintliga system blir det möjligt att belysa aktiviteter utifrån handlingsplanens olika perspektiv.

– Kunskap och lärande

Kartläggningen av arbete som kan kopplas till den nationella handlingsplanens fokusområden samt den kompletterande och fördjupande GAP-analysen visar tydligt att flertalet aktiviteter och processer redan pågår.

Samtidigt visar analysen att det finns mycket utvecklingspotential för att sammanställa, analysera och sprida goda kunskaper på en regionövergripande nivå och inom samtliga sjukvårdande förvaltningar. Som exempel finns det för även enkla processer oftast ett flertal olika rutiner på olika nivåer och inom olika förvaltningar. Detta ökar risker för fel och missförstånd samt påverkar möjligheten för våra medarbetare att på ett patientsäkert sätt jobba på olika arbetsplatser. Viktiga lärdomar, framgångsrika arbetssätt och åtgärder men även risker och fel stannar oftast på enhetsnivå. Arbetet inom prioriteringsområde "Kunskap och lärande" utvecklar och etablerar system, rutiner

och processer för att inhämta, analysera och sprida de här viktiga kunskaperna inom hela organisationen.

– Patient och anhörig som medskapare

Patienter och närstående har den högsta kunskapen om patienternas behov, och också om hur vårdens struktur och arbetsprocesser på ett meningsfullt sätt kan bidra till en vård som sätter patientens behov i centrum.

Region Kalmar län har sedan många år etablerat patientmedverkan i olika sammanhang och på alla nivåer. Kärnan i arbetet är en särskild strategi för patientmedverkan och en omfattande databank med patienter och närstående. Intresserade patienter och närstående introduceras i rollerna och deltar i olika omfattning i projekt-, arbets-, styr- och ledningsgrupper. Patient- och närståendeföreträdare är en integrerad del i arbetsgruppen för ökad patientsäkerhet.

Vägen framåt

- Denna handlingsplan lägger grunden för arbetet med den nationella handlingsplanen, men får betraktas som ett levande dokument. Nya kunskaper, vårdformer och organisationsförändringar medför nya möjligheter men ställer även kontinuerligt krav på vården. Ett levande dokument tar hänsyn till dessa förhållanden.
- Den regionala handlingsplanen etablerar strukturer och principer för det systematiska patientsäkerhetsarbetet på en regionövergripande nivå och skapar ett flexibelt ramverk för det fortsatta arbetet på förvaltningsnivå. Denna handlingsplan kompletteras fortlöpande och i takt med förvaltningarnas individuella arbete med tillämpning av den nationella.
- I ljuset av växande behov och en ökad systemkomplexitet måste vi anpassa vårt sätt att se på säkerhet. I vården arbetar vi fortfarande i större utsträckning reaktivt när oönskade händelser inträffar. Vi undersöker vårdskador för att identifiera orsaker och bidragande faktorer och riskanalyser har som mål att fastställa sannolikheten för att de inträffar igen. Den bakomliggande principen går ut på att svara på en händelse eller en oacceptabel risk som identifieras, ofta genom att försöka eliminera orsaker till händelsen eller förbättra skyddet mot risken, eller både och. Det här arbetssättet kallas för Säkerhet I.

Även om många oönskade händelser fortfarande kan behandlas med ett Säkerhet I-perspektiv, utan att detta får några allvarliga följder, så finns det ett växande antal fall där detta perspektiv inte fungerar och lämnar oss i okunnighet om hur våra vardagliga handlingar är en del av säkerhetsarbetet. Detta kan få oförutsedda konsekvenser eftersom det oavsiktligt kan försämra resurser och procedurer som behövs för att saker ska bli rätt.

Inom Säkerhet II däremot förändras syftet med utredningar till att bli en förståelse av hur saker och ting vanligtvis blir rätt, eftersom detta utgör basen för att förklara hur det kommer sig att saker ibland blir fel. Riskanalysen försöker förstå under vilka

omständigheter som variabiliteten i prestation och utförande kan bli svåra eller omöjliga att övervaka och kontrollera. Principen för säkerhetsarbete är att underlätta det vardagliga arbetet, att förutspå utvecklingar och händelser, samt att vidmakthålla förmågan att anpassa arbetet så att det reagerar effektivt på oundvikliga överraskningar (Finkel 2011 et Från Säkerhet I till Säkerhet II: en vitbok). En framtida målsättning med denna handlingsplan är att utveckla även Säkerhet II-perspektivet i regionen för att komplettera arbets- och tankesätt inom det systematiska patientsäkerhetsarbetet.

- Tillsammans med regionens kommuner tar vi hand om gemensamma patienter och ett framgångsrikt patientsäkerhetsarbete förutsätter arbete över organisationsgränser. Förhoppningen är att på sikt koppla ihop regionens och kommunernas handlingsplaner till ett länsövergripande dokument och arbetssätt.
- För genomförda och planerade aktiviteter på regionövergripande nivå, samt aktiviteter inom de sjukvårdande förvaltningarna, se sidan 15 och framåt.

Ansvar och roller

Arbetet med den nationella handlingsplanen genomförs inom ramen för Kunskapsstyrningsorganisationen.

Den regionala handlingsplanen gäller samtliga sjukvårdande förvaltningar inom Region Kalmar län.

Politisk ledning

- Den politiska ledningen ansvarar för att patientsäkerhetsperspektivet tillämpas i beslut.

Sjukvårdsledningen inklusive tandvård

- Sjukvårdsledningen ansvarar för att uppdrag och eventuella resurser fördelas i enlighet med ordinarie rutiner samt intentioner, mål och riktlinjer.
- Förvaltningschefer planerar och driver arbetet framåt, inom den egna förvaltningen, utifrån sin kartläggning.
- Förvaltningschefer skapar förutsättningar för verksamheten att arbeta i linje med denna handlingsplan.
- Sjukvårdsledningen efterhör resultat och följer upp satsningen för ökad patientsäkerhet och den regionala handlingsplanen, enligt avsnittet Uppföljning.

Lokal samverkansgrupp inom patientsäkerhet (LSG)

- LSG-patientsäkerhet är en stödfunktion inom området patientsäkerhet till Sjukvårdsledningen och de sjukvårdande förvaltningarna. Utvecklingsdirektör utgör, som sammankallande för LSG, länken mellan sjukvårdsledningen och LSG.
- LSG-patientsäkerhet arbetar i Sjukvårdsledningens uppdrag med att verkställa handlingsplanen på en regionövergripande nivå.

- Utifrån LSG-patientsäkerhet:
 - o projektledarna samordnar och ansvarar för att genom arbetsgruppen driva arbetet framåt på uppdrag av sjukvårdsledning och Utvecklingsdirektör
 - o den länsövergripande arbetsgruppen ansvarar för att utarbeta aktuella processer och strukturer för handlingsplanens omsättning

Strategisk stödfunktion

- Håller samman, stödjer och följer upp Region Kalmar läns arbete med satsningen för ökad patientsäkerhet, på regionövergripande nivå och/eller inom den egna förvaltningen.
- Omvärldsbevakning

Verksamhetschefer och enhetschefer

- Ansvarar för att medarbetarna får kunskap om satsningen på ökad patientsäkerhet och den regionala handlingsplanen.
- Informerar om och initierar aktiviteter kring satsningen på den egna arbetsplatsen, utifrån den egna förvaltningens plan och aktiviteter.

Medarbetare

- Ansvarar för och är delaktiga i att etablera den förvaltningsspecifika handlingsplanen, tillsammans med respektive chef. Planen kompletteras med individuella aktiviteter, mål och mått som är anpassade till arbetsplatsens förutsättningar och behov.

Uppföljning

Regional handlingsplan

Planen gäller tills vidare och följs upp varje termin samt vid behov i sjukvårdsledningen, enligt nedan.

Socialstyrelsen kommer följa upp den nationella handlingsplanens genomförande. Uppföljningen behöver visa i vilken omfattning huvudmännen utvecklat handlingsplaner eller motsvarande och följa den förflyttning av patientsäkerhetsarbetet som eftersträvas med den nationella handlingsplanen. Vidare kan vårdgivarna (huvudmännen är också vårdgivare) stimuleras till att beskriva förflyttningen av patientsäkerhetsarbetet i den årliga patientsäkerhetsberättelsen. På sikt kan den nationella uppföljningen baseras på innehållsanalys av patientsäkerhetsberättelsen.

Förvaltningarnas aktiviteter

Former för uppföljning och redovisning speglar arbetssättet i nationell uppföljning.

Förvaltningarnas uppföljning redovisar

- Förvaltningarnas aktiviteter, utifrån den regionala handlingsplanen
- Relevanta mål och mått som redogör för det systematiska patientsäkerhetsarbetet
- I vilken utsträckning som patienter har drabbats av vårdskador
- Hur patient- och närståendeperspektiv har integrerats i patientsäkerhetsarbete

Redovisning

- Årligen till sjukvårdsledning och
- Regionstyrelsen, i samband med redovisning av den årliga patientsäkerhetsberättelsen.

Käll- och referenslista

- Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020-2024, Socialstyrelsen
- Kort om nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020-2024, Socialstyrelsen
- Verktyg för stärkt patientsäkerhetsarbete, SKR
- Regionens kartläggning och GAP-analys utifrån den nationella handlingsplanen, Region Kalmar län
- [Från Säkerhet I till Säkerhet II: en vitbok](#)

Ändringshistorik

Datum	Ändring	Utförd av

Regionövergripande aktiviteter

Genomförda och planerade aktiviteter på regionövergripande nivå – uppdateras efter hand.

Identifiera område	Mål	Aktiviteter (åtgärd)	Ansvar	Tidsplan	Uppföljning (ansvar/när?)
Socialstyrelsen publicerar Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet 2020-2024	Ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada.	Starta upp arbetet på regionövergripande nivå	Sjukvårdsledningen	2020-2024	Sjukvårdsledningen följer kontinuerligt upp
Regional handlingsplan för ökad patientsäkerhet 2020-2024	Starta upp arbetet på regionövergripande nivå och ta fram en planering för arbetet	Sjukvårdsledningen ger uppdraget till LSG-patientsäkerhet	Sjukvårdsledningen	Mars 2020	Sjukvårdsledningen
Uppdrag och arbetsprocess	Beslut från sjukvårdsledningen kring projektledning och arbetet framåt	Sjukvårdsledningen beslutar om en satsning på ökad patientsäkerhet, utser två projektledare, godkänner tidsplanering och kartläggningens upplägg	Sjukvårdsledningen	Juni 2020	Projektledarna rapporterar löpande till Sjukvårdsledningen
Utifrån den nationella handlingsplanen – vad gör vi redan idag?	Steg 1: Få kunskap om vad vi redan idag gör, utifrån den nationella handlingsplanen	Genomföra en nulägesanalys/kartläggning på region-, förvaltnings- och sjukhusnivå	Projektledare, LSG-patientsäkerhet och förvaltningsrepresentanter	Färdig vid årsskiftet 2020-2021	Projektledare, förvaltningsrepresentanter följer löpande upp, efterhand som arbetet fortskrider = levande dokument
Förankring av arbetssätt och omfattning	Beslut från sjukvårdsledningen kring arbetet framåt	Arbetsätt och omfattning beslutas av Sjukvårdsledningen	Sjukvårdsledningen	Okt 2020	Sjukvårdsledningen
Kommunikation: Socialstyrelsen och Sjukvårdsledningen	Dialog med SoS och samsyn inför fortsatt regionalt arbete	SoS, Charlotta George, presenterar det nationella arbetet med handlingsplanen	Sjukvårdsledningen, projektledare och kommun-deltagare	Nov 2020	Sjukvårdsledningen
Samverkan inom Region Kalmar län – uppstart av arbetsgrupp	Arbeta tillsammans över regionen	Utse arbetsgrupp med representation från alla fyra sjukvårdande förvaltningar	Projektledare	Start dec 2020	Projektledare, löpande efter behov

Kartläggning, utifrån den nationella handlingsplanen	Förankring av den länsövergripande kartläggningen	Bred diskussion inom LSG-patientsäkerhet och nyckelpersoner	Projektledare	Dec 2020	Projektledare
Slutrapport kartläggning	Avrapportering	Diskussion, samsyn och förankring av arbete framåt	Sjukvårdsledningen och projektledare	Dec 2020	Sjukvårdsledningen
Analys kartläggning – vägen framåt	Information och beslut	Presentation och förslag på arbete framåt	Sjukvårdsledningen och projektledare	Jan 2021	Sjukvårdsledningen
Kommunikationsplan	Påbörja förankrings- och informationsprocessen i regionen	Koppla en kommunikötör till arbetsgruppen och ta fram kommunikationsplan	Kommunikötör och projektledare	Jan 2021	Projektledare
Samverkan: uppstart av länsövergripande arbetsgrupp	Arbeta tillsammans över länet och ha patientrepresentant i teamet	Utse arbetsgrupp med representation från Region Kalmar län, kommun och patienter och närstående	Projektledare	Start feb 2021, beräknas pågå till 2024	Projektledare, löpande efter behov
Kommunikation: Socialstyrelsen, LSG-patientsäkerhet och länsövergripande arbetsgrupp	Samsyn och bred förankring	SoS, Charlotta George, presenterar det nationella arbetet med handlingsplanen	Projektledare	Feb 2020	Projektledare
Vad gör vi redan idag, utifrån den nationella HP, vart ska vi och hur tar vi oss dit?	Steg 2: Få kunskap om vad som behöver göras, utifrån den nationella handlingsplanen	Genomföra en GAP-analys, utifrån genomförd kartläggning	Projektledare, LSG-ps och förvaltningsrepresentanter	Färdig mars 2021	Projektledare och förvaltningsrepresentanter följer löpande upp, efterhand som arbetet fortskrider = levande dokument
Prioriteringsordning enligt GAP-analys behöver tas fram	Steg 3: Tre prioriterade regionala områden ska identifieras	Prioriteringsordning formuleras, förankras och beslutas i Sjukvårdsledningen	Projektledare, LSG-ps och nyckelpersoner	Mars 2021	Projektledare
Slutrapport GAP-analys och prioriterade områden	Avrapportering	Diskussion, samsyn och förankring av arbete framåt	Sjukvårdsledningen och projektledare	Mars 2021	Sjukvårdsledningen
Förslag på regional handlingsplan	Beslut på regional handlingsplan	Förslag presenteras för Sjukvårdsledningen	Sjukvårdsledningen och projektledare	Juni 2021	Sjukvårdsledningen

System och processer	Omstrukturering av befintliga system i enlighet med den nationella handlingsplanen	Arbetsgrupp I utarbetar förslag på ny struktur	Utvecklingsdirektör	12/2021	Sjukvårdsledningen
Kunskap och lärande	Kunskap och lärdomar relaterade till patientsäkerhet är tillgängliga på alla nivåer	Arbetsgrupp II utarbetar förslag på tekniska lösningar samt nya arbetssätt	Utvecklingsdirektör	12/2021	Sjukvårdsledningen
Förvaltningars handlingsplaner	Individuella handlingsplaner	Handlingsplaner tas fram	Respektive förvaltningschef	12/2021	Sjukvårdsledningen
Förvaltningars handlingsplaner	Individuella handlingsplaner	Handlingsplaner etableras	Respektive förvaltningschef	2022	Sjukvårdsledningen

Aktiviteter inom de sjukvårdande förvaltningarna

Förslagsvis används denna aktivitetslista i förvaltningarnas fortsatta arbete.

Aktiviteter för: _____

Identifiera område	Mål	Aktiviteter (åtgärd)	Ansvar	Tidsplan	Uppföljning (ansvar/när?)

Fokusområde 1: Öka kunskap om inträffade vårdskador

Detta fokusområde syftar till att:

- öka kunskapen om förekomst av skador och vårdskador
- ge underlag till analys av bakomliggande orsaker på systemnivå
- förbättra möjligheterna att följa utvecklingen av patientsäkerhet.

GAP-analys steg 1: vad gör vi redan?

(Nulägesanalys/kartläggning)

Vad gör vi idag?

Blå text = ingår i del nationella verktyget.

Svart text = regionens aktivitetsförelägg

Gränsmarkering = gemensamt och lokalt arbete behövs

1.1	Avvikelsesrapportering
1.2	Utredning efter vårdskador och andra avvikelser samt återkoppling till berörda
1.3	Internutredning
1.4	Händelseanalyser
1.5	Lex Maria
1.6	Klagomål och synpunkter (verksamhet, lvo, Löf, invånare)
1.7	Patientnämndsärenden
1.8	Ledningssystem med återkoppling i basenhetsråd, APT, Sjukvårdsledning
1.9	Ledningens genomgång - följer upp och jämför inrapporterade avvikelser på årsbasis
2.1	Mätning och sammanställning av information om vårdskador
2.2	Mätning och sammanställning av information om vårdskador - i vårdens övergångar
2.3	Daglig styrning
2.4	MJG - Markörbaserad journalgranskning inom somatik och psykiatri (journaler/mån)
2.5	Journalgranskning på klinikinivå
2.6	Avvikelsehanteringssystemet LISA - analysdelen
2.7	Lokalt analysarbete i verksamheten (MTO-grupper, avvikelshanteringsgrupper)
2.8	Risk- och konsekvensanalyser
2.9	Gröna korset
2.10	FRAM
2.11	Safety II
3.1	Utbildning inom riskanalysmetodik
3.2	Utbildning inom händelseanalysmetodik
3.3	Utbildning Avvikelsehanteringssystemet LISA
3.4	Utbildning Gröna Korset
3.5	Utbildning Grundorsaksanalys
3.6	Utbildning appar för uppföljning och kontroll
3.7	Utbildning MJG
3.8	Utbildning FRAM
4.1	Använder patienter och närståendes synpunkter och klagomål, för att öka kunskapen om inträffade vårdskador
4.2	Klagomål och synpunkter registreras i regionens avvikelshanteringssystem LISA
4.3	Patienter och närstående i utvecklingsaktiviteter och i sjukvårdsledning
4.4	Nationella Patientenkäten
4.5	Intressebank för patient- och närståendemedverkan
4.6	Strategi för medborgare-, patient- och närståendemedverkan
4.7	Länsmodell för brukar-, patient- och närståendemedverkan i samverkan med länets kommuner
4.8	Dagbok från patient/närstående
4.9	Lokala patientenkäter
4.10	Patientnämndsärenden
5.1	Minimering av effekter av negativa händelser
5.2	Krishanteringsrutin
5.3	Regionstab Arbetsmiljö och hälsa
5.4	Debriefing
5.5	Kuratorstöd
5.6	Patientnämnden
5.7	Kontakt med HR

GAP-analys steg 2: Vart ska vi?

Vart ska vi innan år 2024?

Hur när vi dit? Huvudmän som har kunskap om förekomst av skador och vårdskador när dit bland annat genom att säkerställa att vårdgivarna:

1. Följer upp och utreder händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada, identifierar bakomliggande orsaker och vidtar adekvata åtgärder

2. Använder sig av adekvata metoder för identifiering och mätning av vårdskador eller risk för sådana händelser och anpassar metoder utifrån verksamhetens förutsättningar

3. Utbildar i mät- och utredningsmetoder

4. Efterfrågar och i vården använder patienters och närståendes klagomål och synpunkter

5. Minimerar negativa följd effekter genom att stötta patienter och personal i händelser som varit inblandade i händelser som har eller hade kunnat medföra en vårdskada

GAP-analys steg 3: Vad saknas? Hur kommer vi dit?

Vad saknas för att komma dit?

Vad behöver göras, för att få den nationella handlingsplanen på plats?

Detaljerad sammanställning på klinikinivå. Sammanställning centralt (avidentifierade uppgifter), regional patientsäkerhetsberättelse och regionövergripande rapporter (patientnämndens rapporter redan tillgängliga) Källa Diariet (redan offentlig handling)

Central sammanställning och analys, rapporter

SKR utbildar utbildare inom MJG. Utbildas centralt via KTC?

Central sammanställning och analys, rapporter för att få en övergripande bild och möjlighet att fatta beslut och prioritera

Detaljerad sammanställning på klinikinivå. Sammanställning centralt (avidentifierade uppgifter), regional patientsäkerhetsberättelse och regionövergripande rapporter (patientnämndens rapporter redan tillgängliga)

PRIORITERINGSOMRÅDE 2
Anpassa/utveckla system (aggregera data på alla nivåer, automatisering, systematiskt patientsäkerhetsarbete). Utveckla arbetssätt. Vid behov knyta specialistkompetens inom aktuella system

Anpassa/utveckla system (aggregera data på alla nivåer, automatisering, systematiskt patientsäkerhetsarbete)
Utveckla arbetssätt och metoder Vid behov knyta specialistkompetens inom aktuella system
Daglig styrning på alla ledningsnivåer

Kontakt med SKR las. Samordning/likriktning via KTC

Anpassa/utveckla system (aggregera data på alla nivåer, automatisering, systematiskt patientsäkerhetsarbete)
Utveckla arbetssätt och metoder Vid behov knyta specialistkompetens inom aktuella system

Anpassa/utveckla rutiner och riktlinjer. Utveckla arbetssätt och metoder Vid behov knyta specialistkompetens inom aktuella system
Aggregera och analysera data på alla nivåer

Öka kunskap om inträffade vårdskador

Kartläggning kompletteras och förankras i respektive förvaltning

Kartläggning kompletteras och förankras i respektive förvaltning

Kartläggning kompletteras och förankras i respektive förvaltning

Kartläggning kompletteras och förankras i respektive förvaltning

Kartläggning kompletteras och förankras i respektive förvaltning

Fokusområde 2: Tillförlitliga och säkra system och processer

Detta fokusområde syftar till att:

- möta förändringarna i hälso- och sjukvården genom att utveckla ändamålsenliga processer med fokus på patientens väg genom vården
- skapa en säker, sammanhållen, tillgänglig och jämlik vård
- stärka patientsäkerheten genom att minska oönskade variationer.

GAP-analys steg 1: vad gör vi redan?

(Nulägesanalys/kartläggning)

Vad gör vi idag?

Så text = ingår i det nationella verktyget.
Svart text = regionens aktivitetsförslag

Grämmering = gemensamt och lokalt arbete behövs

1.1	Stratsys: regionens planerings- och uppföljnings-system (ledningssystem där patientsäkerhet ingår). Balanserat styrkort och/eller årshjul.
1.2	Kontinuerligt kvalitetsarbete kring Stratsys: utvecklings- och förbättringsarbete
1.3	Egenkontroll
1.4	Kvalitetsdialoger/revisorer Q2 och Q4
1.5	Särskild krisledningsorganisation (går före vid ex. en pandemi)
1.6	Kvalitetssäkrad laborativverksamhet, genom att kraven i ackrediteringsstandard från Swedac uppfylls och efterlevs
1.7	Kvalitetssäkrad blodverksamhet, genom att kraven i författningssamling från Läkemiddelsverket uppfylls och efterlevs
1.8	Kvalitetssäkrad blodverksamhet, genom att Lagen om blodsäkerhet och SoS föreskrifter om Blodverksamhet uppfylls och efterlevs
2.1	Förebyggande arbete för att minska risker för specifika vårdskador
2.2	Ändamålsenliga vårdmiljöer
2.3	Medicinteknik, medicintekniska produkter, hjälpmedel och välfärdsteknik
2.4	LSG-patientsäkerhet, inom ramen av Kunskapsstyrningsorganisationen
2.5	Samverkansgrupp inom patientsäkerhet, inom förvaltningen
2.6	Nationella programråden (NPO)
2.7	Personcenterade och sammanhållna vårdförlopp
2.8	Daglig styrning
2.9	Basenhetsråd
2.10	Yrkesgruppsmöten
2.11	Provtagningsrutiner (Navet/Samarbetsportalen)
2.12	Samverkan med IT kring mer verksamhetsanpassade system
2.13	Förbättringsförslag från patienter/personal
2.14	LPO träffar samtliga klinikers odontologiskt ansvariga
2.15	Tandhygienister träffas angående uppdrag uppsök i särskilda boende alt enskilt boende
3.1	Patientmedverkan i utveckling av processer och arbetsätt
3.2	Strategi för medborgare-, patient- och närståendemedverkan
3.3	Patienter och närstående i utvecklingsaktiviteter och i sjukvårdsledning
3.4	Länsmodell för brukar- och patientmedverkan i samverkan med läns kommuner
3.5	Intressebank för patient-/närståendemedverkan
3.6	Nära vård/patientkontrakt
3.7	Tjänstedesign/expertiab
4.1	"Tillgänglighetskoordinator"
4.2	Webbtidbok
4.3	Digitala vårdmöten
4.4	Automatiserad tillgänglighetsflik online (lik vårdplatsöversikten)
4.5	Egenmonitorering
5.1	Sammanhållen journalföring - Cosmic patientjournal
5.2	Länsgemensam ledning
5.3	Samverkansgrupper inom region-kommun
5.4	Beredningsgrupp nära vård
5.5	Provtagningsenhet
5.6	Chefläkarnätverk
5.7	Samverkan med privata aktörer
5.8	Nationellt kvalitetsnätverk
5.9	Nationella äldrelandvårdsnätverket
5.10	Nationella landvårdsnätverket
5.11	Samverkansmöten med beställare (sluten- och öppenvård)
6.1	Verktyg, metoder och arbetsätt för ett patientsäkert arbete
6.2	Daglig styrning
6.3	Riskanalys
6.4	Händelseanalys/Nitha
6.5	Avvikelsehanteringssystemet LISA
6.6	M:J
6.7	Gröna korsat
6.8	FRAM
7.1	Dokumenthanteringssystemet med tillhörande dokumentstyrningsrutin.
7.2	Processverktyg
7.3	Informationskartläggning - Identifiera, definiera och kartlägga verksamhetens processer.
7.4	NPO och LPO
7.5	Pilotester
7.6	Kvalitetsnätverk
8.1	Tillförlitliga och säkra processer - i vård och behandling
8.2	Tillförlitliga och säkra processer - i samordning och informationsdelning
8.3	Lagbevakning i Notisum
8.4	SABE-organisationen utför interna revisioner av hur väl olika rutiner följs.
8.5	Informations säkerhet har fått uppmärksamhet i och med uppdatering av lagsättning, E-utbildning och handlingsplan som styr arbetet.
8.6	Kontinuerliga interna revisioner för att följa upp olika krav, lex SoS, Läkemiddelsverket, ackrediteringsstandard.

Tillförlitliga och säkra system och processer

GAP-analys steg 2: Vart ska vi?

Vart ska vi innan år 2024?

Hur när vi dit? Huvudmän som har tillförlitliga och säkra system och processer när dit bland annat genom att säkerställa att vårdgivarna:

1. Uppfyller kraven om ledningssystem i hälso- och sjukvården och bedriver ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete i alla delar av vården

2. Kontinuerligt utvecklar, anpassar och tillämpar system, processer och rutiner som underlättar att göra rätt och gör det svårt att göra fel

3. Involverar patienter och närstående i planering och utformning av processer

4. Verkar för en god tillgänglighet och kontinuitet

5. Ar organiserade för en samverkan och en sammanhållen vård

6. Anpassar och använder erfarenhets- och evidensbaserade metoder och verktyg för att identifiera och hantera situationer som kan hota patientsäkerheten

7. Inför respektive fasar ut metoder, utrustning och rutiner på ett säkert sätt

8. I sin egenkontroll följer tillförlitlighet i processer och system, och följsamhet till regelverk, riktlinjer och rutiner

GAP-analys steg 3: Vad saknas? Hur kommer vi dit?

Vad saknas för att komma dit?

Hur kommer vi dit?

Vad behöver göras, för att få den nationella handlingsplanen på plats?

PRIORITERINGSOMRÅDE 1

Utveckla Stratsys och Egenkontroller i enlighet med den nationella handlingsplanen.

Kartlägga - hur går det till och hur fungerar det idag?

Kartlägga - hur går det till och hur fungerar det idag?

Gå från mer informationsgrupp till arbetsgrupp

Centralt stödjer samverkan över gränser, likriktat system, processer och rutiner

Central patientmedverkan i LSG, övergripande patientenkäter?

Sammanställa resultat av patientmedverkan, regelbunden kontakt till patientföreningar?

Central sammanställning och rapporter

Central sammanställning och rapporter?

Central sammanställning och rapporter

Central sammanställning och rapporter

Utveckla Egenkontrollen i enlighet med den nationella handlingsplanen

Anpassa/utveckla system (aggregera data på alla nivåer, automatisering, systematiskt patientsäkerhetsarbete)

Utveckla arbetsätt och metoder
Vid behov knyta specialistkompetens inom aktuella system

Kartläggning kompletteras och förankras i respektive förvaltning

Anpassa/utveckla system (aggregera data på alla nivåer, automatisering, systematiskt patientsäkerhetsarbete)

Utveckla arbetsätt och metoder
Vid behov knyta specialistkompetens inom aktuella system

Kartläggning kompletteras och förankras i respektive förvaltning

Utveckla arbetsätt och metoder
Kommunikation; omtag kring spridning av strategin, informationsmaterial. Film?

Knypa specialistkompetens inom patientmedverkanområdet

Kartläggning kompletteras och förankras i respektive förvaltning

Anpassa/utveckla system (aggregera data på alla nivåer, automatisering, systematiskt patientsäkerhetsarbete)

Utveckla arbetsätt och metoder
Vid behov knyta specialistkompetens inom aktuella system

Kartläggning kompletteras och förankras i respektive förvaltning

Anpassa/utveckla system (aggregera data på alla nivåer, automatisering, systematiskt patientsäkerhetsarbete)

Utveckla arbetsätt och metoder
Vid behov knyta specialistkompetens inom aktuella system

Kartläggning kompletteras och förankras i respektive förvaltning

Kartläggning kompletteras och förankras i respektive förvaltning

Kartläggning kompletteras och förankras i respektive förvaltning

Anpassa/utveckla system (aggregera data på alla nivåer, automatisering, systematiskt patientsäkerhetsarbete)

Utveckla arbetsätt och metoder
Vid behov knyta specialistkompetens inom aktuella system

Kartläggning kompletteras och förankras i respektive förvaltning

Anpassa/utveckla system (aggregera data på alla nivåer, automatisering, systematiskt patientsäkerhetsarbete)

Utveckla arbetsätt och metoder
Vid behov knyta specialistkompetens inom aktuella system

Kartläggning kompletteras och förankras i respektive förvaltning

Kartläggning kompletteras och förankras i respektive förvaltning

PRIORITERINGSOMRÅDE 1
Anpassa/utveckla system (aggregera data på alla nivåer, automatisering, systematiskt patientsäkerhetsarbete)

Utveckla arbetsätt och metoder
Vid behov knyta specialistkompetens inom aktuella system

Kartläggning kompletteras och förankras i respektive förvaltning

Fokusområde 3: Säker vård här och nu

Detta fokusområde syftar till att:

- öka medvetenheten, förmågan och flexibiliteten att på alla organisatoriska nivåer i hälso- och sjukvården uppmärksamma och agera på störningar i närtid och minska risken för att patienter drabbas av värdsador
- öka kunskapen om patientsäkerhet hos medarbetare, chefer och beslutsfattare
- stärka patienters och närståendes delaktighet och medverkan i patientsäkerhetsarbetet.

GAP-analys steg 1: vad gör vi redan?

(Nulägesanalys/kartläggning)

Vad gör vi idag?
 Blå text = ingår i det nationella verktyget.
 Svart text = regionens aktivitetsförslag
Gränsmarkering = gemensamt och lokalt arbete behövs

1.1	Daglig styrning
1.2	Arbetsplatsträffar
1.3	Avvikelsehanteringsgrupper
1.4	Basenhetsråd
1.5	Yrkesgruppsmöten
1.6	Medarbetarenkät - HSE
1.7	Reflektionsstund
2.1	Förmåga att förutse variationer och störningar i närtid
2.2	Situationsanpassning
2.3	Ledningsgrupper på olika nivåer (ex. vid en pandemi)
2.4	SÅBE-ombud deltar i basenhetsråd
2.5	SÅBE-ombud deltar vid organisationsförändringar
3.1	Dagligt patientsäkerhetsarbete
3.2	Löpande granskning och kontroll av patientsäkerheten hos olika delar av organisationen/vårdgivare
3.3	Överbeläggning
3.4	Utlokalisering
3.5	Återinläggningar
3.6	Trycksår online
3.7	Diktatlista
3.8	Följsamhet till prioritetsordning
4.1	KTC
4.2	Kompetensportalen
4.3	Medarbetarintroduktion
4.4	Utbildning inom patientsäkerhet (risk/händelseanalys mm)
4.5	Chefsansvar
4.6	Auskultation/hospitering/rotering
4.7	Journalutbildning
4.8	Taxeringsutbildning
4.9	Utbildning av nyanställda i riskbedömningssystemet R2
4.10	Kompetensförsörjningsplan - ökad medvetenhet kring dagens och morgon-dagens kompetensbehov och yrkesroller
4.11	Kompetensutveckla chefer och HR i det systematiska arbetsmiljöarbetet (skyddsron, rehabiliteringsprocess, riskbedömningar, psykosocial arbetsmiljö)
4.12	Introduktionsår för sjuksköterskor
5.1	Säker arbetsmiljö
5.2	Säker bemanning
5.3	God arbetsmiljö genom riktlinjer, rutiner och utbildning inom hot och våld, kränkande särbehandling, sexuella trakasserier, tillbudsanmälning
5.4	Schemalägningsprogram
5.5	Kompetenssäkra vid teamsammansättning
5.6	Obligatorisk handledning första året som nyexad
5.7	Auskultationsprogram
6.1	Patienten som medskapare i patientsäkerhetsarbetet
6.2	Strategi för medborgare-, patient- och närståendemedverkan
6.3	Intressebank för patient- och närståendemedverkan

Säker vård här och nu

GAP-analys steg 2: Vart ska vi?

Vart ska vi innan år 2024?
Hur när vi dit? Huvudmän som har en medvetenhet om hur säker vården är här och nu när dit genom att säkerställa att vårdgivarna:

1. Har en god säkerhetskultur som genomsyrar alla delar av vården och främjar en öppen kommunikation i det dagliga arbetet kring identifierade risker samt skapar tid för lärande och reflektion
2. Har en hög riskmedvetenhet, och förmåga att hantera risker och agera på alla organisatoriska nivåer
3. Följer upp och dagligen säkerställer patientsäkerheten på alla nivåer
4. Säkerställer yrkeskompetens och kunskap om patientsäkerhet genom kompetensutveckling och fortbildning på alla nivåer
5. Verkar för en god arbetsmiljö och tillämpar en säker bemanning och schemaläggning som utgår från kunskap om medarbetarnas erfarenhet och kompetens och främjar kontinuitet
6. Skapar möjlighet för patienter och närstående att aktivt kunna bidra i patientsäkerhetsarbetet

GAP-analys steg 3: Vad saknas? Hur kommer vi dit?

Vad saknas för att komma dit?
 Vad behöver göras, för att få den nationella handlingsplanen på plats?

Utveckla arbetssätt och metoder
Kartläggning kompletteras och förankras i respektive förvaltning
Anpassa/utveckla system (aggregera data på alla nivåer, automatisering, systematiskt patientsäkerhetsarbete) Utveckla arbetssätt och metoder
Kartläggning kompletteras och förankras i respektive förvaltning
Utveckla Dashboard, olika läsbarheter? Utveckla Egenkontrollen i enlighet med den Nationella handlingsplanen
Anpassa/utveckla system (aggregera data på alla nivåer, automatisering, systematiskt patientsäkerhetsarbete) Utveckla arbetssätt och metoder Vid behov knyta specialist-kompetens inom aktuella system
Kartläggning kompletteras och förankras i respektive förvaltning
Centralt framtagna grundutbildningar? Minska variation
Anpassa/utveckla system (aggregera data på alla nivåer, automatisering, systematiskt patientsäkerhetsarbete) Utveckla och likrikta utbildningar, arbetssätt och metoder Vid behov knyta specialist-kompetens inom aktuella system
Kartläggning kompletteras och förankras i respektive förvaltning
Utveckla och likrikta arbetssätt och metoder Vid behov knyta specialist-kompetens inom aktuella system
Kartläggning kompletteras och förankras i respektive förvaltning
PRIORITERINGSOMRÅDE 3 Patientmedverkan på alla nivåer. Sammanställa resultat av patientmedverkan, regelbunden kontakt till patientföreningar.
Anpassa/utveckla system (aggregera data på alla nivåer, systematiskt patientsäkerhetsarbete) Utveckla arbetssätt och metoder Kommunikation; omtag kring spridning av strategin, informationsmaterial. Film? Vid behov knyta specialist-kompetens inom aktuella system
Kartläggning kompletteras och förankras i respektive förvaltning

Fokusområde 4: Stärka analys, lärande och utveckling

Detta fokusområde syftar till att:

- öka systemförståelsen om bakomliggande orsaker till vårdskador o stärka det organisatoriska minnet inom hälso- och sjukvården
- stärka det förebyggande patientsäkerhetsarbetet genom att stimulera kunskapsutvecklingen samt det individuella och organisatoriska lärandet och därigenom öka förutsättningarna för en säker vård
- ge bättre underlag för forskning så att kunskapen ökar om hur arbetssätt i vården bidrar till säkerhet och risker
- identifiera faktorer som på ett övergripande plan påverkar patientsäkerheten och hantera dem.

GAP-analys steg 1: vad gör vi redan?

(Nulägesanalys/kartläggning)

Vad gör vi idag?

Blå text = ingår i det nationella verktyget.

Svart text = regionens aktivitetsförslag

Gränsmarkering = gemensamt och lokalt arbete behövs

1.1	Uppföljning genom insamling och sammanställning av data från flera källor
1.2	Avvikelsehanteringsgrupper
1.3	Risicanalys
1.4	Händelseanalys
1.5	Patientnämnden
1.6	Basenhetsråd
1.7	Arbetsplatsträffar (APT)
1.8	Yrkesgruppsmöten
2.1	Statistiker/controller
2.2	Forskning
2.3	Innovationer
3.1	Analys som möjliggör lärande
3.2	Lärande från analyser och det egna arbetet
3.3	Stratsys: regionens planerings- och uppföljnings-system (ledningssystem där patientsäkerhet ingår). Balanserat styrkort och/eller årshjul.
3.4	LISA - avvikelshanteringssystem
3.5	Återföring av händelser från Patientnämnden och IVO
3.6	Varje-dag idéer
3.7	Förbättringsgrupper
3.8	Interna och externa samverkansgrupper
3.9	Organisatoriskt Nyhetsbrev
4.1	Spridning av kunskap och lärdomar
4.2	Nationella mått redovisas på Regionstyrelsen
4.3	Regionala mått redovisas på Regionstyrelsen
4.4	Kvalitetsregister
4.5	Öppna jämförelser
4.6	Vården i siffror
4.7	Hälso- och sjukvårdsbarometern
4.8	Nationella patientenkäten
4.9	Processen kring avvikelser (LISA; händelse-orsak-åtgärd-uppföljning)
4.10	Verksamhetsberättelser
4.11	Ledningens genomgång (för verksamheter som är certifierade eller certifierbara)
5.1	Patientperspektiv i analys, lärande och utveckling
5.2	Strategi för medborgare-, patient- och närståendemedverkan
5.3	Intressebank för patient- och närståendemedverkan
5.4	Patienter/närstående medverkar i förbättringsarbetet

GAP-analys steg 2: Vart ska vi?

Vart ska vi innan år 2024?

Hur når vi dit? Huvudmän som lär och utvecklas när dit bland annat genom att säkerställa att vårdgivarna:

1. På olika organisatoriska nivåer har kompetens och resurser för analys
2. Kontinuerligt använder verktyg och gemensamt utvecklade metoder för att analysera data, trender och mönster
3. På alla nivåer använder information från flera olika källor för att analysera och lära av tidigare erfarenheter, såväl positiva som negativa
4. Återkopplar resultat och följer upp åtgärder i ett systematiskt arbete för att utveckla kvaliteten och patientsäkerheten i organisationen
5. Involverar patienter och närstående i analys, lärande, åtgärder och uppföljning

GAP-analys steg 3: Vad saknas? Hur kommer vi dit?

Vad saknas för att komma dit?

Vad behöver göras, för att få den nationella handlingsplanen på plats?

<p>Detaljerad sammanställning på klinisknivå. Sammanställning centralt (avidentifierade uppgifter), patientsäkerhetsberättelse och regionövergripande rapporter (patientnämndens rapporter redan tillgängliga) Källa Diariet (redan offentlig handling)</p>	<p>Anpassa/utveckla system (aggregera data på alla nivåer, automatisering, systematiskt patientsäkerhetsarbete) Utveckla och likrikta utbildningar, arbetssätt och metoder Vid behov knyta specialistkompetens inom aktuella system</p>
<p>Kartläggning kompletteras och förankras i respektive förvaltning</p>	
<p>Koppla statistiker till LSG för insamling och sammanställning av data</p>	<p>Anpassa/utveckla system (aggregera data på alla nivåer, automatisering, systematiskt patientsäkerhetsarbete) Utveckla och likrikta arbetssätt och metoder Vid behov knyta specialistkompetens inom aktuella system</p>
<p>Kartläggning kompletteras och förankras i respektive förvaltning</p>	
<p>Central sammanställning, rapporter, utveckla Egenkontrollen i enlighet med den nationella handlingsplanen</p>	<p>Anpassa/utveckla system (aggregera data på alla nivåer, automatisering, systematiskt patientsäkerhetsarbete) Utveckla och likrikta utbildningar, arbetssätt och metoder Strukturerad omvårdsbevakning</p>
<p>Vid behov knyta specialistkompetens inom aktuella system</p>	
<p>Kartläggning kompletteras och förankras i respektive förvaltning</p>	
<p>Lokalt men även på central nivå. Nyhetsbrev kring patientsäkerhet - sprida utvald info från LSG; rapporter, sammanställningar</p>	
<p>Central sammanställning, analys, rapporter</p>	<p>Anpassa/utveckla system (aggregera data på alla nivåer, automatisering, systematiskt patientsäkerhetsarbete) Utveckla och likrikta arbetssätt och metoder Vid behov knyta specialistkompetens inom aktuella system</p>
<p>Kartläggning kompletteras och förankras i respektive förvaltning</p>	
<p>Central patientmedverkan i LSG, övergripande patientenkäter? Sammanställa resultat av patientmedverkan, regelbunden kontakt till patientföreningar?</p>	<p>Anpassa/utveckla system (aggregera data på alla nivåer, systematiskt patientsäkerhetsarbete) Utveckla och likrikta arbetssätt och metoder Kommunikation; omlag kring spridning av strategin, informationsmaterial. Film? Vid behov knyta specialistkompetens inom aktuella system</p>
<p>Kartläggning kompletteras och förankras i respektive förvaltning</p>	

Stärka analys, lärande och utveckling

Fokusområde 5: Öka riskmedvetenhet och beredskap

Detta fokusområde syftar till att:

- uppnå en robust och anpassningsbar hälso- och sjukvårdsverksamhet där uppdraget klaras med god patientsäkerhet och god arbetsmiljö även under oväntade förhållanden.

GAP-analys steg 1: vad gör vi redan?

(Nulägesanalys/kartläggning)

Vad gör vi idag?
Blå text = ingår i det nationella verktyget.
Svart text = regionens aktivitetsförslag (LSG mfl)

Gränsmärkning = gemensamt och lokalt arbete behövs

- 1.1 Övergripande kvalitets- och utvecklingsstrategi: Varje dag lite bättre - kraften hos många!
- 1.2 Online-mätningar: BHK, överbeläggningar, utlokaliseringar, återinläggningar, trycksår
- 1.3 Daglig styrning
- 1.4 Morgonmöte med chefer
- 1.5 Patientsäkerhetsrund-/dialog
- 1.6 Rutiner för att säkra att laboratoriernas analysverksamhet fortgår vid katastrofsituationer
- 1.7 Flödesmätningar i Ölickiew - priorordning som utgångspunkt

2.1 Beredskap och planering för hantering av risker på lång sikt

- 2.2 TFO - Totalförsvarövning (region, kommun, polis, försvaret mm)
- 2.3 Riskbedömningar

3.1 Simulering samt beredskaps- och färdighetsträning

- 3.2 KTC
- 3.3 Information och utbildningsinsatser lokalt
- 3.4 Katastrofoövning på olika teman (ex. TFO, traumavårdkedja)
- 3.5 Obligatorisk handledning första året som nyexad
- 3.6 Askullationsprogram

4.1 Omvärldsbevakning ur ett patientsäkerhetsperspektiv

- 4.2 Arbetsuppgift som ingår i olika professioner (ex. direktörer, strateger, utvecklare)
- 4.3 Beredskapsorganisation: Tjänstemän i beredskap (TIB) har till uppgift att uppmärksamma händelser i omvärlden som skulle kunna påverka organisationen negativt.
- 4.4 Intressentanalyser
- 4.5 SWOT-analyser
- 4.6a Nationella nätverk: NSG-patientsäkerhet
- 4.6b Kunskapsstyrning
- 4.6c Nationella tandvårdsnätverket
- 4.6d Nationella kvalitetsnätverket
- 4.6e Nationella äldretdvårdsnätverket
- 4.6f Nationella profylaxnätverket
- 4.7a Regionala nätverk: RSG-patientsäkerhet
- 4.8 Lokala nätverk: LSG-patientsäkerhet

5.1 Kris- och beredskapsplan

- 5.2 Risk och sårbarhetsanalyser (SABE)
- 5.3 Lokala åtgärdskort kopplade till SABE
- 5.4 IT-säkerhet
- 5.5 Läkemedelssäkerhet

6.1 Skyddsronder

- 6.2 SABE-organisation
- 6.3 SAM (systematiskt arbetsmiljöarbete)
- 6.4 Riskbedömning kring arbetsmiljö

7.1 Risk- och konsekvensanalyser

- 7.2 Tar höjd i rekryteringsambition
- 7.3 Långsiktigt kompetensförsörjningsarbete
- 7.4 Flexibel resursfördelning
- 7.5 Kompetenskartläggning

8.1 Patientmedverkan för ökad riskmedvetenhet och beredskap

- 8.2 Strategi för medborgare-, patient- och närståendemedverkan
- 8.3 Intressebank för patient- och närståendemedverkan
- 8.4 Enkät till patienter kring patientsäkerhet
- 8.5 Patienter/närstående medverkar i förbättringsarbetet

GAP-analys steg 2: Vart ska vi?

Vart ska vi innan år 2024?
Hur när vi dit? Huvudmän som har en riskmedvetenhet och beredskap när dit genom att säkerställa att vårdgivarna:

1. Har strategier för patientsäkerhet som styr och stödjer det lokala arbetet (strategi = övergripande metoder för att uppnå målsättningar)

2. Identifierar, kommunicerar och planerar för risker på lång sikt

3. Stärker sin beredskap genom träning, simulering och kompetensutveckling

4. Bedriver en aktiv omvärldsbevakning

5. Analyserar risker och skapar beredskap för störningar i den fysiska miljön, IT-miljön och leveranser av läkemedel och material

6. Bedriver ett systematiskt arbetsmiljöarbete

7. Beaktar långsiktiga konsekvenser för patientsäkerhet i sina planerings- och prioriteringsbestut och har en god framförhållning i sin kompetensförsörjning

8. Skapar möjlighet för patienter och närstående att delta i patientsäkerhetsarbetet

GAP-analys steg 3: Vad saknas? Hur kommer vi dit?

Vad saknas för att komma dit? **Hur kommer vi dit?**
Vad behöver göras, för att få den nationella handlingsplanen på plats?

Central sammanställning och rapporter.

Databank? Olika läsbehörigheter.

Central sammanställning och rapporter

Aggregera data på regional nivå, via Stratsys

Central patientmedverkan i LSG, övergripande patientenkäter? Sammanställa resultat av patientmedverkan, regelbunden kontakt till patientföreningar?

Anpassa/utveckla system (aggregera data på alla nivåer, automatisering, systematiskt patientsäkerhetsarbete)
Utveckla och likrikta arbetssätt och metoder
Vid behov knyta specialistkompetens inom aktuella system

Anpassa/utveckla system (aggregera data på alla nivåer, automatisering, systematiskt patientsäkerhetsarbete)
Utveckla och likrikta utbildningar, arbetssätt och metoder
Vid behov knyta specialistkompetens inom aktuella system
Kartläggning kompletteras och förankras i respektive förvaltning

Anpassa/utveckla system (aggregera data på alla nivåer, automatisering, systematiskt patientsäkerhetsarbete)
Utveckla och likrikta utbildningar, arbetssätt och metoder
Vid behov knyta specialistkompetens inom aktuella system

Kartläggning kompletteras och förankras i respektive förvaltning

Anpassa/utveckla system (aggregera data på alla nivåer, automatisering, systematiskt patientsäkerhetsarbete)
Utveckla arbetssätt och metoder.
Vid behov knyta specialistkompetens inom aktuella system

Kartläggning kompletteras och förankras i respektive förvaltning

Anpassa/utveckla system (aggregera data på alla nivåer, automatisering, systematiskt patientsäkerhetsarbete)
Vid behov knyta specialistkompetens inom aktuella system
Kartläggning kompletteras och förankras i respektive förvaltning

Anpassa/utveckla system (aggregera data på alla nivåer, systematiskt patientsäkerhetsarbete)
Vid behov knyta specialistkompetens inom aktuella system

Kartläggning kompletteras och förankras i respektive förvaltning

Anpassa/utveckla system (aggregera data på alla nivåer, automatisering, systematiskt patientsäkerhetsarbete)
Vid behov knyta specialistkompetens inom aktuella system

Kartläggning kompletteras och förankras i respektive förvaltning

Anpassa/utveckla system (aggregera data på alla nivåer, systematiskt patientsäkerhetsarbete)
Utveckla och likrikta arbetssätt och metoder
Kommunikation; omtag kring spridning av strategin, informationsmaterial. Film?
Vid behov knyta specialistkompetens inom aktuella system
Kartläggning kompletteras och förankras i respektive förvaltning

Öka riskmedvetenhet och beredskap