|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **HANDLINGSPLAN** |  |  |
|  |
| 2020-11-25 |
| Patientsäkerhet |
| Diagnostisk säkerhet |
|  |
|  |  |

Handlingsplan för Diagnostisk Säkerhet

Diagnostisk säkerhet innebär att öka sannolikheten att fastställa en korrekt, och inom rimlig tid, förklaring till patientens hälsoproblem samt kommunicera den till patienten på ett individuellt anpassat sätt. Patienten ska därmed ges förutsättningar att bli medskapare i sin egen vård.

I arbetsgruppen för Diagnostisk Säkerhet har följande beslut tagits för att tydliggöra området och dess avgränsningar:

Diagnostisk säkerhet *innebär*

* Att man formulerar en utredningsplan som minskar risken att utredningen avbryts i förtid.
* Att man bevakar utredningens tidsåtgång för att inte en försenad diagnos ska inträffa.
* Att man har en kostnadsmedvetenhet.
* Att man söker en förklaring till patientens besvär.
* Att man beaktar risk för diagnostiska misstag.

Diagnostisk säkerhet *innebär inte*

* Utreda för alla tänkbara diagnoser samtidigt
* Beställa alla prover på en gång
* Beställa alla undersökningar på en gång
* Utreda tillstånd som inte är aktuella att behandla

Åtgärderna i handlingsplanen syftar till att uppnå det:

* **Övergripande mål** är att arbeta för en vård där patienter inte utsätts för undvikbar skada inom diagnostik i Region Kronoberg.
* Kortsiktiga målet för diagnostisk säkerhet i Region Kronoberg vilket är **ökad kunskap och medvetenhet inom området diagnostisk säkerhet.**
* **Långsiktigt mål** är förbättrad Diagnostisk Säkerhet i Region Kronoberg

Pär Lindgren Roger O Nilsson

Regional chefläkare Hälso- och sjukvårdsdirektör

Region Kronoberg Region Kronoberg

| Åtgärd | Uppföljning/ mätning | Tidsplan | Ansvarig verksamhetschef | Ansvarig patientsäkerhets-organisationen/KTC |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Enkät (för mätning och uppföljning). | Baslinjemätning av upplevd kunskap inom diagnostisk säkerhet genom enkät vartannat år.  Använda fritextsvar i enkäten som grund för förbättringsarbeten | Start våren 2020 |  | **Förändringsledare diagnostisk säkerhet** ansvarar för att enkät skickas ut samtsammanställer fritextsvar ochförmedlar till arbetsgruppen för diagnostisk säkerhet |
| Utbildning inom ”Diagnostisk Säkerhet” av chefläkare till legitimerad personal samt AT och ST läkare | Antal utbildnings-tillfällen i verksamheten. Årlig uppföljning. | Start våren 2021 | **Verksamhetschef** ger medarbetarna förutsättningar för att delta i utbildning samt vidareförmedlar enkät till berörda medarbetare | **Chefläkare** erbjuder fysisk eller digital utbildning inom ämnet diagnostisk säkerhet |
| Digital föreläsning Rita Fernholm på kompetensportalen samt digital föreläsning av chefläkare inom området. | Antal medarbetare som genomfört föreläsningen på kompetensportalen. Årlig uppföljning. | Start hösten 2020 | **Verksamhetschef** ger medarbetarna förutsättningar för att kunna genomföra digital föreläsning. | **Förändringsledare diagnostisk säkerhet** sammanställer årligen antalet genomförda föreläsningar. Återrapport till patientsäkerhetsstrateg. |
| Uppföljning på patientsäkerhetsrond att intern- och händelseanalyser håller god kvalité och att åtgärder följs upp | Antal analyser som berör diagnostik. Årlig uppföljning. | Pågår | **Verksamhetschef** genomför föreslagna åtgärder i analyserna | **Patientsäkerhetsstrateg samt chefläkare** följer upp föreslagna åtgärder på patientsäkerhetsrond samt säkerställer kvalitén i analyserna. |
| Utbildning inom säker kommunikation | Antal nyanställda som deltagit i utbildning. | Pågår | **Verksamhetschef** ger medarbetarna förutsättningar för att delta i utbildning | **Förändringsledare kommunikation och dokumentation samt förändringsledare patientsäkerhetskultur** finns som stöd till verksamhetschefer vid förbättringsarbeten  **KTC** tillhandahåller utbildning samt lyfter begreppet diagnostisk säkerhet i utbildningen. |
| Följsamhet till riktlinjer för dokumentation | Egenkontroll dokumentation | Våren 2021 | Verksamhetschef utser ansvariga | **Förändringsledare kommunikation och dokumentation samt förändringsledare patientsäkerhetskultur** finns som stöd till verksamhetschefer vid förbättringsarbeten |
| Minska antalet ovidimerade provsvar | Rapport i Qlickwiev  Uppföljning av antal ovidimerade provsvar på patientsäkerhets-rond | Hösten 2020 | **Verksamhetschef** efterfrågar antal ovidimerade provsvar kvartalsvis samt säkerställer kvalitén i systemet | **Arbetsgrupp diagnostisk säkerhet, chefläkare, patientsäkerhetsstrateg** samt **analysenheten** |
| Deltagare i händelseanalyser och internanalyser uppdateras inom ”Diagnostisk Säkerhet” | Avvikelser gällande diagnostiska fel/klagomål sammanställs och skickas till patientsäkerhetsstrateg årligen | Start våren 2021 | - | **Patientsäkerhetsstrateg samt verksamhetsutvecklare inom patientsäkerhet** |
| Sprida folder ”Diagnostisk Säkerhet” | Baslinjemätning av kunskap inom diagnostisk säkerhet med enkät. Uppföljning vartannat år. | Start våren 2020 | Verksamhetschef distribuerar till sina medarbetare | **Chefläkare och KTC** i samband med utbildning **Förändringsledare diagnostisk säkerhet** ansvarar för att tillhandahålla folder |
| Beslutsstöd i Cosmic |  | Under utarbetning | - | **Objektägare Cosmic samt arbetsgrupp för diagnostisk säkerhet** |