

Patientsäkerhetsberättelse för Region Skåne 2024



Förord

Region Skåne liksom övriga regioner i landet står inför en utmaning då vi inte, med de resurser och organisation som finns idag, kommer att kunna möta behov och utmaningar inom hälso- och sjukvården framöver. Utmaningarna kräver förändring och omställning med behov av särskild uppmärksamhet och fokus på patientsäkerhet.

Flera förändringsarbeten pågår inom Region Skåne. Ett är förflyttningen till mer vård utanför sjukhusen och i hemmet. Ett av de viktiga målen med denna förändring är att bättre möta patienternas behov, oberoende av om de befinner sig i sitt eget hem eller i andra vård- och omsorgsformer. Under 2024 har ett breddinförande avseende Mobila team närsjukvård införts i hela Skåne. Mobila team närsjukvård är en sammanhållen vårdform där primärvården är navet i samverkan med övriga vårdgivare. Syftet med teamet är att utveckla en trygg, tydlig och tillgänglig vård för patienter som kan vårdas i hemmet i stället för på sjukhus.

När ekonomin är ansträngd och vid resursbrist behöver patientsäkerheten få ökad uppmärksamhet. Ledningen på alla nivåer behöver vara engagerade för att slå vakt om att bibehålla säkerheten. En säker vård ger också bättre ekonomi och en bättre användning av befintliga resurser. Samverkan mellan sjukhusbaserad vård, primärvård och kommunal vård utvecklas och förbättras. I Region Skåne sker en systematisk och organiserad samverkan med de skånska kommunerna via deras patientsäkerhetsansvariga och tillhörande nätverk med MAS (Medicinskt ansvarig sjuksköterska) och MAR (Medicinskt ansvarig för rehabilitering).

Region Skånes lokalt utvecklade modell för uppföljning av omvårdnads kvalitet, PPM omvårdnad, genomfördes för första gången i oktober i all somatisk slutenvård för vuxna. Förutom uppföljning syftar PPM omvårdnad till att öka engagemang samt stärka lärande och utveckling i hälso- och sjukvårdens verksamheter.

Förvaltningarna i Region Skåne sammanställer sin egen årliga patientsäkerhetsberättelse. Därmed förtydligas verksamheternas ansvar och uppföljning avseende patientsäkerhet. Särskilda utmaningar tas upp och bildar grund för det fortsatta arbetet inom verksamheterna men också på regional nivå via etablerade nätverk och processer.

En framgångsfaktor för att uppnå hög patientsäkerhet är en god säkerhetskultur. Säkerhetskultur handlar om individuella förhållningssätt, attityder till varandra och en gemensam uppmärksamhet på risker. På det sätt man tar ansvar och agerar och beter sig mot varandra och samarbetar påverkar hur man hanterar risker och lär sig av både positiva och negativa händelser. Vi hoppas att patientsäkerhetsberättelsen kommer att användas som underlag för diskussioner kring patientsäkerhetsarbetet på den egna arbetsplatsen.

Region Skånes patientsäkerhetsberättelse visar att det i Region Skåne bedrivs ett systematiskt arbete inom patientsäkerhetsområdet, att patientsäkerheten i regionen över lag är god men att det också finns områden som behöver förbättras. Det är allas vårt ansvar att fortsätta utvecklingen av vår patientsäkerhet och bidra till att vi fortsätter vara en lärande organisation.

Åsa Rudin, tf. regional chefläkare

Martin Engström, hälso- och sjukvårdsdirektör

Ann Svensson, regional chefsjuksköterska

Innehållsförteckning

Förord	2
Inledning	6
Grundläggande förutsättningar för säker vård	7
Engagerad ledning och tydlig styrning	7
Organisation och ansvar	7
Samverkan för att förebygga vårdskador	10
Informationssäkerhet	11
Strålskydd	13
En god säkerhetskultur	13
Hållbart Säkerhets Engagemang (HSE)	14
Gröna korset	15
Adekvat kunskap och kompetens	15
Patienten som medskapare	16
Agera för säker vård	18
Öka kunskap om inträffade vårdskador	18
Trycksår – egenkontroll	19
Vårdrelaterade infektioner	21
Undernäring	26
Tillförlitliga och säkra system och processer	27
Ökad säkerhet i läkemedelsanvändningen	27
Ändamålsenlig antibiotikaanvändning	29
Införande av ökad säkerhet med särskild koppling för neuraxiala infarter (NRFit).	30
Säker vård här och nu	31
Vård på rätt plats och nivå	31

PPM omvårdnad som en del i det systematiska	
patientsäkerhetsarbetet	32
Suicidprevention.....	34
Stärka analys, lärande och utveckling.....	35
Patientavvikelser.....	35
Lex Maria	37
Klagomål på vården från patienter och närstående.....	37
Öka riskmedvetenhet och beredskap	41
Mål, strategier och utmaningar för kommande år	43

Inledning

Enligt 3 kap. 10 § patientsäkerhetslag (2010:659), PSL ska vårdgivaren årligen upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Berättelsen är en del av det systematiska patientsäkerhetsarbetet som syftar till att lära och förbättra.

Denna patientsäkerhetsberättelse avser Region Skånes övergripande patientsäkerhetsarbete i egenskap av vårdgivare. För mer detaljer hänvisas till förvaltningarnas egna patientsäkerhetsberättelser. Region Skånes patientsäkerhetsberättelser publiceras via vårdgivarwebben www.vardgivare.se

Patientsäkerhetsberättelsen följer upplägget i den nationella handlingsplanen för patientsäkerhet [Agera för säker vård - Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024](#).



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.



Organisation och ansvar

Regionstyrelsen har det yttersta ansvaret för patientsäkerheten medan varje medarbetare, oavsett yrke och roll, har en skyldighet att bidra till att hög patientsäkerhets upprätthålls. Ledningen på alla nivåer bidrar genom att sätta mål, följa upp och analysera resultat samt ge återkoppling till berörda parter. Verksamheterna utövar dessutom egenkontroll för att minimera risker i verksamheten. De

följer systematiskt upp, utvärderar samt kontrollerar att verksamheten bedrivs enligt befintliga processer och rutiner. Egenkontrollen är så omfattande och görs så ofta som krävs för att verksamheten ska kunna bedrivas med hög säkerhet och god kvalitet. En betydelsefull del är att även patienter och närstående görs delaktiga och bidrar till en utökad kunskap och ökad patientsäker.

Regiondirektören, regionens högste tjänsteman, leder verksamheten och ansvarar för att organisationens arbete bedrivs med kvalitet. Hälso- och sjukvårdsdirektören har ett funktionsansvar för frågor som avser hälso- och sjukvårdens kvalitet och säkerhet och att arbetet samordnas och följs upp.

Vården är organisatoriskt indelad i förvaltningar där varje verksamhetschef ansvarar för patientsäkerheten och patientsäkerhetsarbetet inom sitt verksamhetsområde samt att ett fungerande ledningssystem finns. Förvaltningarna leds av en förvaltningschef och replierar mot politiska styrelser eller driftsnämnd som svarar för uppföljning.

Inom förvaltningarna finns chefläkare, chefsjuksköterskor och patientsäkerhetssamordnare som stödjer patientsäkerhetsarbetet. Antalet chefläkare och chefsjuksköterskor har under året utökats där Lasarettet i Ystad och Primärvården anställt fler och på Lasarettet i Trelleborg och Digitalisering, IT/MT har funktioner tillsatts. Chefläkarna ansvarar bland annat för att allvarliga händelser uppmärksammas, utreds och anmäls till Inspektionen för vård och omsorg (Ivo) i enlighet med föreskrifter om anmälan av händelser som medfört eller kunnat medföra en allvarlig vårdskada. Chefsjuksköterskans roll är att verka för ökad patientsäkerhet och stärka och förbättra omvårdnaden inom hälso- och sjukvård.

Inom Koncernkontorets Avdelning för hälso- och sjukvårdsstyrning, som leds av hälso- och sjukvårdsdirektören, bedrivs ett regionalt övergripande patientsäkerhetsarbete av regional chefläkare och regional chefsjuksköterska. Arbetet sker genom samarbete och

regelbundna möten med förvaltningarnas chefläkare och chefsjuksköterskor för informationsutbyte, samordning av strategier, arbete och frågor rörande patientsäkerheten.

Arbetet sker vidare i nära samverkan med Vårdhygien Skåne, Strama Skåne (Samverkan mot antibiotikaresistens), den regionala läkemedelsenheten och andra relevanta funktioner. Inom ramen för den regionala kunskapsstyrningen hanteras patientsäkerhetsfrågor i huvudsak via tre konstellationer, Region Skånes patientsäkerhetsråd, Region Skånes regionala chefläkargrupp och Region Skånes regionala chefsjuksköterskenätverk. För specifika kunskapsfrågor med bäring på patientsäkerhet ansvarar, inom ramen för sina ämnesområden, de lokala programområdena (LPO) som rapporterar till Kunskapsstyrningsrådet.

En handlingsplan för ökad patientsäkerhet i Region Skåne fastställs av Hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) och reviderades årligen, Handlingsplan för ökad patientsäkerhet i Region Skåne 2025 – 2030, 2021-POL000034-002. Handlingsplanen omfattar samtliga vårdgivare i Region Skåne och beskriver vision, mål och processer med Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet (Socialstyrelsen) som utgångspunkt. Region Skånes handlingsplan definierar en gemensam målbild och riktning för det strategiska patientsäkerhetsarbetet som sedan bryts ner på förvaltningsnivå och anpassas till lokala förhållanden. Enstaka förvaltningar har tagit ytterligare ett steg till och tar även fram handlingsplaner på verksamhetsnivå.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

I förvaltningarna sker ett samarbete med bland annat Smittskydd Skåne, Vårdhygien Skåne, Strama Skåne och Practicum Clinical Skill centrum som är regionens organisation för klinisk färdighetsträning och simulering. Arbetet samordnas strategiskt på regional nivå i Region Skånes patientsäkerhetsråd.

Samverkan inom patientsäkerhetsområdet nationellt sker inom kunskapsstyrningen med representation från Region Skåne inom regional och nationell samverkansgrupp för patientsäkerhet samt det nationella chefläkarnätverket och det nationella nätverket för chefsjuksköterskor.

Förvaltningarnas chefläkare och chefsjuksköterskor samverkar i regelbundna möten under ledning av regional chefläkare respektive regional chefsjuksköterska.

Lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvård och sjukvård (2017:612) ska främja en god vård för enskilda som efter utskrivning från slutenvård behöver insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den regionfinansierade öppna vården. Syftet med lagen är att hålla ledtiderna mellan slutenvård på sjukhus och vård i omsorg i det egna hemmet eller i särskilt boende så korta som möjligt. Det finns en väl utvecklad samverkan lokalt och delregionalt mellan kommuner, den slutna somatiska vården, psykiatri, primärvården samt privata hälsovalsenheter.

I Region Skåne sker en systematisk och organiserad samverkan med de skånska kommunerna via deras patientsäkerhetsansvariga och tillhörande nätverk med MAS och MAR. Arbetssättet är viktigt bland annat eftersom alla de 33 kommunerna i Skåne behöver delta utifrån sina specifika förutsättningar. Exempelvis har konsulttelefonlinjer från primärvården till specialistvården införts med gott resultat och rutiner tagits fram i samverkan med kommuner.

Samarbetet mellan vårdförvaltningar, primärvård kontra slutenvård, med kommuner och andra enheter ökar och behöver fortsätta utvecklas för att förbättra förståelsen och hitta bästa lösningen för våra invånare och patienter.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Arbetet med informationssäkerhet handlar om att ta ett helhetsgrepp och skapa ett fungerande långsiktigt arbetssätt för att se till att informationen inom Region Skåne har det skydd som behövs. Arbetet omfattas av införande och förvaltande av administrativa regelverk så som riktlinjer och instruktioner, tekniskt skydd med bland annat brandväggar och kryptering men också fysiskt skydd. Genom ett systematiskt arbete med informationssäkerhet ökar Region Skåne kvaliteten i och förtroendet för vår verksamhet.

Arbetet med informationssäkerhet sker både övergripande och på förvaltnings- och verksamhetsnivå. Varje förvaltning har tillgång till en informationssäkerhetssamordnare som bidrar kontinuerligt med informationssäkerhetsarbete och stödjer förvaltningens chefläkare.

Under senare delen av 2024 har fokus lagts på samarbete med förvaltningar som nu fått en omstart där man bland annat tagit fram gemensamma kortsiktiga mål baserat på mognadsmätningen som samordnarna svarat på i december 2024.

Inom förvaltning Digitalisering IT och MT har bland annat intervjuer med systemansvariga för verksamhetskritiska system genomförts. Intervjuerna är en mognadsmätning på hur väl de arbetar med tekniska informationssäkerhetskontroller. Centralsjukhuset i Kristianstad och Hässleholms sjukhus, genomförde en större informationsinsats under 2024 gällande incidenthantering för att fånga upp eventuella ”mörkertal” samt skapa samsyn och klargörande kring hanteringen.

Under året har också 73 driftgodkännanden av nya eller uppdaterade IT-system signerats av IT-direktören. Driftgodkännandena har i samtliga fall föregåtts av riskbedömningar avseende informationssäkerhet och i de fall det varit tillämpligt även konsekvensbedömning avseende dataskydd (DPIA). Detta gäller nya tjänster som hanterats i linjen, inom ramen för SDV-projektet (Skånes Digitala Vårdsystem). U537-projektet riskbedömer äldre system som redan är i drift. U537 projektet avslutades efter att totalt ett 60-tal system/plattformar som primärt är viktiga och i många fall kritiska för att kunna bedriva fullgod vård har riskanalyserats och konsekvensbedömts.

Förvaltningarna redovisar informationssäkerhetsarbetet i egna rapporter. Till exempel bedriver vårdverksamheterna rutinmässiga inloggningskontroller i journalsystemet för att skydda patienternas integritet. Inloggningar som inte kan kopplas till vårdrelation utreds och går till polisanmälan när så är påkallat. Arbete pågår för att loggkontroller ska göras på samtliga enheter som hanterar journalsystem.

Som ett led i att stärka skyddet mot såväl intern som extern olovlig åtkomst till datanätverk och informationssystem har det gjorts förändringar under 2024. Komponenter i SITHS-korten har bytts ut och "Säker admin" för korrekt tilldelning av behörigheter har införts för flera IT-system. Ett arbete har påbörjats med olika typer av segmentering i nätverket för administratörer och användare med höga behörigheter, samt att Region Skånes investerat i skydd mot externa aktörer, det vill säga skydd mot attacker på tillgängligheten hos vårdsystem som är exponerade mot Internet.

Framåt ser den regionala enheten att arbetet med förvaltningarnas samordnare kommer fördjupas bland annat som ett led i efterlevnad av nya, NIS-direktivet (Directive on Security of Network and Information Systems) och kommande Cybersäkerhetslag. Arbetet med gemensamma mognadsmätningar återinförs och under våren kommer dessa ligga till grund för framtagandet av gemensamma

kortsiktiga mål. Den regionala enheten har också inlett ett närmare samarbete med Digitalisering, IT/MT, som exempel kan lyftas uppdraget med att effektivisera riskhanteringsprocessen för att stötta förvaltningens övergången till ett mer agilt arbetssätt. Ett annan exempel är samarbete kring förflyttning till molntjänster och hur vi kan efterleva legala krav på integritet och säkerhet för hälsodata.

Strålskydd

Strålskyddsbokslutet för Region Skåne sammanställs och publiceras årligen på Region Skånes intranät.

En god säkerhetskultur

Region Skånes övergripande mål stödjer en god säkerhetskultur. Av de fem fastställda delmålen är två särskilt förknippade med en god säkerhetskultur:

- Tillgänglighet och kvalitet” är ett mål för den egna organisationen med fokus på verksamheterna och hur de interna arbetsprocesserna fungerar.
- Attraktiv arbetsgivare, professionell verksamhet är ett mål för att attrahera, rekrytera, motivera och behålla medarbetare i regionens verksamheter.





Säkerhetskultur handlar om individuella förhållningssätt, attityder till varandra och en gemensam uppmärksamhet på risker. På det sätt man tar ansvar och agerar och betar sig mot varandra och samarbetar påverkar hur man hanterar risker och lär sig av både positiva och negativa händelser. Chefer och ledare i hälso- och sjukvården har ett uttalat ansvar för att säkerhetsrelaterade frågor tas på allvar och aktivt hanteras, men var och en i organisationen bidrar och påverkar säkerhetskulturen, oavsett yrke eller roll. Varje förvaltning bedriver ett omfattande arbete kring patientsäkerhetskultur, vilket beskrivs i de enskilda rapporterna.

Hållbart Säkerhets Engagemang (HSE)

Sedan hösten 2020 mäts skattning av arbetsmiljö och säkerhetskultur i en gemensam medarbetarenkät. Enkäten innehåller frågor om hållbart medarbetarengagemang (HME) och frågor som rör hållbart säkerhetsengagemang (HSE). HSE besvaras av medarbetare med patientkontakt. Kombinationen av frågor om HSE och HME ger verksamheterna stöd att utveckla säker vård lokalt utifrån både ett patientsäkerhets- och arbetsmiljöperspektiv. Resultaten återförs och diskuteras på alla ledningsnivåer samt på enhetsnivå. Det möjliggör återkommande dialoger med alla medarbetare om patientsäkerhet. HSE-index har legat på stabilt höga nivåer de senaste åren.

Gröna korset

En metod som används på allt fler enheter i Region Skåne är ”Gröna korset”. Gröna korset innebär i korthet en daglig avstämning på enhetsnivå där händelser och förbättringsförslag tas upp direkt med medarbetarna. Det gör att cheferna och medarbetarna på daglig bas får en överblick över både oönskade och önskade händelser i vården. Vikten av patientsäkerhet inklusive områden som gott bemötande, kollegial samverkan, bemanningsläge och kompetensbehov medvetandegörs och förtydligas, och ger möjlighet för dagligt arbete med patientsäkerhet.

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.

Det åligger varje verksamhet att tillse att vården bedrivs ändamålsenligt. Det betyder att rätt kompetens måste vara tillgänglig i alla steg.

Verksamhetschefen ansvarar för att medarbetarna innehar rätt kompetens, samt att den utvecklas. Varje förvaltning samordnar och följer upp behov av kompetenshöjande insatser vilket framgår av deras patientsäkerhetsberättelser.



För att använda kompetensen rätt och för tillvarata personalstyrkans samlade resurser så effektivt som möjligt pågår i hälso- och sjukvården så kallad uppgiftsväxling. Uppgiftsväxling innebär en omfördelning av specifika arbetsuppgifter. Vanligtvis sker uppgiftsväxling från en yrkesgrupp med högre utbildning till en annan med kortare utbildning, men kan även ske till andra yrkeskategorier med specifik kompetens för uppgiften till exempel läkemedelshantering av sjuksköterskor som till viss del tas över av farmaceuter. När uppgiftsväxling implementeras på ett säkert sätt ger det möjlighet att se över vilka kompetenser som behövs och vad som krävs för att ge patienten bästa möjliga vård. Utifrån detta kan teamets kompetens användas så effektivt som möjligt. En risk är att vården fragmenteras i specifika uppgifter och att helhetssynen på vården tappas. Patientens behov måste alltid stå i fokus.

Medarbetarna bereds möjlighet och åläggs att genomgå Socialstyrelsens utbildning Säker vård – nationell utbildning i patientsäkerhet som bygger på samlad och aktuell kunskap inom patientsäkerhet. Region Skånes patientsäkerhetsråd rekommenderar att alla chefer i vårdverksamheter ska genomgå utbildningen. Medarbetarna åläggs också obligatoriska regionala utbildningar om exempelvis vårdhygien. Förutom nationella och regionala utbildningar genomförs också utbildningar på förvaltningsnivå inom områden som intravenösa infarter, läkemedelshantering, vårdhygien, nutrition, sårbehandling med mera.

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 §

En tydlig positiv utveckling kan ses avseende patientmedverkan och delaktighet. Patientråd, patientföreningar, patienter och i vissa fall närstående involveras i olika processer i regionen genom inbjudan till verksamheterna och exempelvis till arbetsgrupper samt till föreläsningar (exempelvis höftskola och reumagrupp). De flesta förvaltningar har inrättat patient- och närståenderåd. Några förvaltningar har under året också tagit fram handlingsplaner för ökad patientmedverkan.

För att underlätta patientmedverkan finns en regiongemensam ersättningsmodell för patient- eller närståendemedverkan. I mätningen PPM omvårdnad som gjordes för första gången hösten 2024 anger patienterna höga poäng för delaktighet. 88 procent anger att de känner sig delaktiga i vården och 80 procent anger att de har fått den information som de önskar om sitt hälsotillstånd och sin vård.

Klagomålshantering med vårdgivaren som primär mottagare medför dialoger mellan berörd vårdenhet och patient och närstående. Vid utredningar och händelseanalyser i samband med allvarlig vårdskada bereds patienter och närstående möjlighet att bli involverade. Som ett sätt att främja patientens delaktighet i sin vård används ett regionalt informationsmaterial [Din säkerhet på sjukhus](#). Materialet har reviderats under 2024 vilket har utförts tillsammans med patientrepresentanter.

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. I Region Skåne genomförs egenkontroll i alla vårdverksamheter. Resultat och processer beskrivs i förvaltningarnas patientsäkerhetsberättelser.

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.



De flesta förvaltningarna har strukturerade årliga patientsäkerhetsdialoger med verksamheten för att diskutera säkerhetskultur och förhållningssätt samt risker, inträffade händelser, åtgärder och uppföljning. Som exempel har Skånes universitetssjukhus även patientsäkerhetsronder där verksamhetschefen träffar medarbetare enhetsvis för samtal kring patientsäkerhet, risker och arbetsmiljö. Lasarettet i Ystad har valt att

pausa arbetet med patientsäkerhetsdialoger och i stället gör förvaltningens patientsäkerhetsteam besök i verksamheten för förutsättningslösa dialoger med medarbetarna om risker de har på sin arbetsplats. Helsingborgs lasarett har infört omvårdnadsrundor med målinriktade, frekventa avstämningar av patienternas omvårdnadsbehov och om det är tillfredsställt. Centralsjukhuset i Kristianstad och Hässleholms sjukhus har under året infört medicinskt råd för patientsäkerhet som består av verksamhetschef eller medicinskt ansvarig för samtliga verksamheter där chefläkaren är sammankallande. Det läggs stor vikt vid att engagera medarbetarna i patientsäkerhetsarbetet och resultaten kommuniceras och diskuteras i verksamheterna på arbetsplatsträffar.

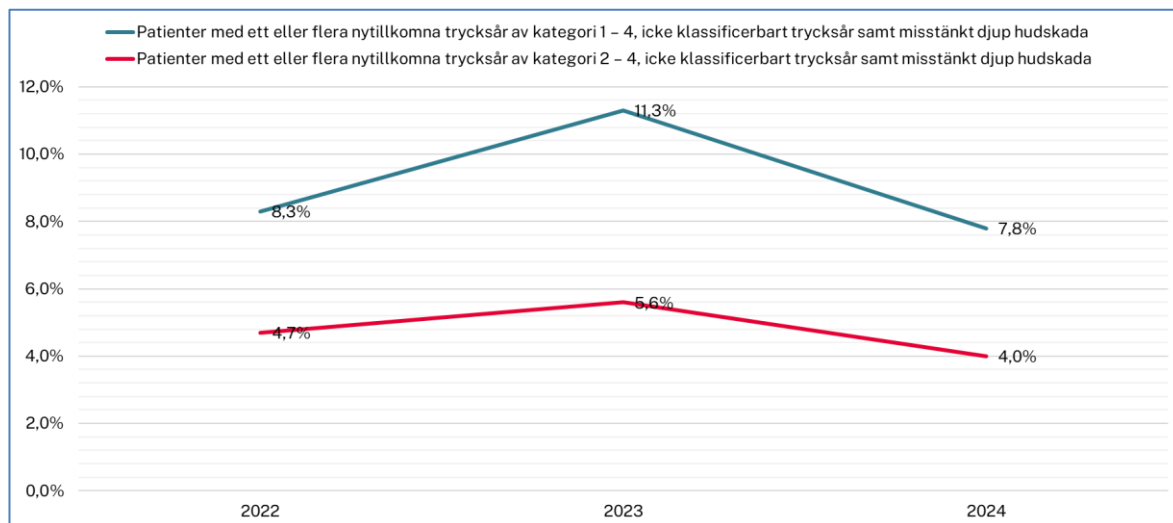
Gemensamma indikatorer följs både på verksamhetsnivå och regional nivå. Indikatorerna utgör ett viktigt stöd för patientsäkerhetsarbetet.

Trycksår – egenkontroll

Trycksår är en vanlig vårdskada såväl nationellt som i Region Skånes sjukvård. Trycksår ger ett ökat lidande, men också förlängd vårdtid, ökade kostnader och undanträngningseffekter. Trycksår kan i hög grad förhindras genom behovsanpassade preventiva insatser. Målet är att andelen förebyggande aktiviteter ska öka och att förekomsten av nytillkomna trycksår därigenom ska minska.

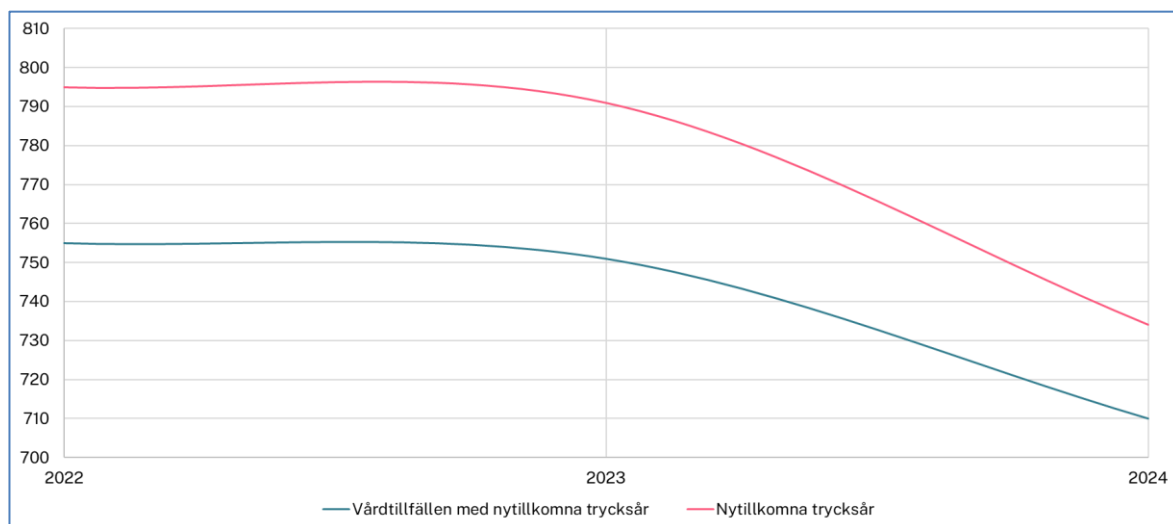
Nyttillkomna trycksår mäts regionövergripande genom punktprevalensmätning av omvårdnad (PPM omvårdnad). Mätningen genomförs i den somatiska slutenvården för vuxna, på sjukhus. PPM omvårdnad infördes höstterminen 2024 och har bland annat ersatt nationell PPM trycksår som till och med 2023 genomfördes i regi av Sveriges kommuner och regioner (SKR). En försiktig jämförelse kan göras avseende nytillkomna trycksår, trots att resultaten fångats genom olika mätningar (bild 1) som visar tendens till minskning.

Bild 1



Nyttillkomna trycksår inom all slutenvård för vuxna följs också kontinuerligt genom dokumentation i patientjournalen. Uppföljningen är tillgänglig för alla berörda och data uppdateras kontinuerligt. Även denna uppföljning visar tecken på att nytillkomna trycksår minskar (bild 2).

Bild 2



Genom PPM omvårdnad följs även förebyggande åtgärder. Över hälften av patienterna som ingick i mätningen hade behov av trycksårsförebyggande åtgärder. 74 procent av patienterna hade de förebyggande åtgärder som de hade behov av, medan 26 procent av patienterna helt eller delvis saknade åtgärder.

Genomförda riskbedömningar och upprättade vårdplaner följs genom dokumentation i patientjournalen. Uppföljningen är tillgänglig för alla berörda och data uppdateras kontinuerligt. Region Skåne som helhet uppnår inte målen för genomförda riskbedömningar, även om vissa sjukhus eller verksamheter når måluppfyllelse. Inte heller målet för upprättade vårdplaner uppnås. Däremot uppnås respektive delmål (tabell 1, sid. 25).

Utöver att vara en uppföljningsmetod är PPM omvårdnad även en metod för att främja lärande och utveckling. Mätningen genomförs ur ett regionalt perspektiv två gånger per år, men vissa verksamheter väljer att genomföra lokala mätning däremellan, till exempel varje månad. Mätningarna används i det lokala förbättringsarbetet.

Inom regional grupp för trycksårsprevention planeras och pågår förbättringsarbete. Gruppen tar bland annat initiativ till, och medverkar i, kompetenshöjande insatser. Ett exempel är den årliga Stoppa trycksårsdagen som samlar hälso- och sjukvårdspersonal från både region och kommuner. Gruppen medverkar till [Regionalt vårdprogram för trycksår](#) och till andra riktlinjer inom områden, som till exempel [Riktlinje för att säkerställa att patientens madrass är duglig och fyller sin funktion](#)

I primärvården och på flera av sjukhusen finns sårkonsulter. Sårkonsultens uppdrag är att ge stöd och råd, såväl digitalt som fysiskt. Sårkonsulten utbildar medarbetare och sprider ny kunskap och forskning för att öka kunskapen om behandling och sårläggning. Patientens medverkan är av stor betydelse för att förebygga trycksår.

Vårdrelaterade infektioner

En vårdrelaterad infektion (VRI) är en infektion som uppkommer hos person under slutenvård eller till följd av åtgärd i form av diagnostik, behandling eller omvårdnad inom övrig vård och omsorg, eller som personal som arbetar inom vård och omsorg ådrar sig till följd av sin yrkesutövning. Utöver att VRI leder till ökat lidande och förlängda vårdtider för den som drabbas så innebär det även

undanträngningseffekter för andra patienter och ökade kostnader för hälso- och sjukvården. VRI är också nära sammankopplad med utveckling av antibiotikaresistens. Genom att förebygga VRI ökar förutsättningarna för ökad patientsäkerhet och minskad antibiotikaanvändning. Målet i Region Skånes hälso- och sjukvård är att minska undvikbara VRI samt förhindra smittspridning.

Fram till och med 2023 har VRI följts upp genom dels punktprevalensmätning (PPM) av VRI, dels har verksamheterna granskat slumpvis utvalda patientjournaler enligt metoden markörbaserad journalgranskning (MJG). Sveriges kommuner och regioner (SKR) har förvaltat modeller och metodstöd för både PPM VRI och MJG fram till och med 2023. Under 2024 och 2025 pågår aktiviteter för att ta fram regionala modeller och metoder för uppföljning av VRI (se under rubriken Åtgärder och uppföljning av åtgärder).

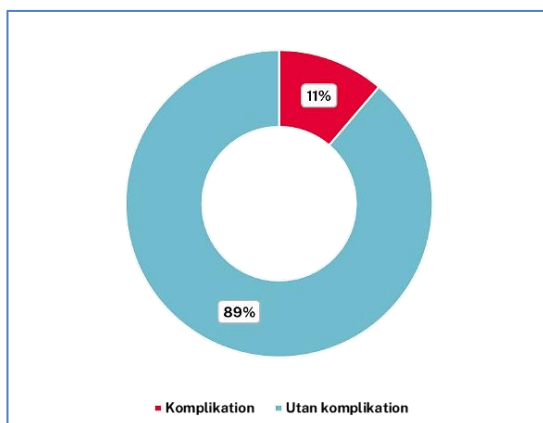
Genom PPM omvårdnad följs kateterrelaterad urinvägsinfektion hos patienter med urinkateter (KAD). En stor andel, mer än 40 procent av patienterna som ingick i mätningen hade eller hade haft en KAD under vårdtiden. Drygt 8 procent av patienterna hade haft en kateterrelaterad urinvägsinfektion under vårdtiden.

Även komplikationer i samband med intravenös infart¹ följs via PPM omvårdnad. Med komplikationer avses tecken på infektion eller tromboflebit. Vid en visuell inspektion är det vanligtvis svårt att skilja på infektion och tromboflebit, vilket är förklaringen till att båda tillstånden kontrolleras samtidigt. 11 procent av patienterna

¹ Central venkateter (CVK), central dialyskateter (CDK), perifert insatt central kateter (PICC-line), midline, subkutan venport, perifer venkateter (PVK).

uppvisade komplikation vid minst en intravenös infart i mätningen (bild 3).

Bild 3



Den vanligaste intravenösa infarten hos patienter som vårdas på sjukhus är perifer venkateter (PVK), och det inträffar att infekterade PVK leder till allvarliga vårdskador. I höstens mätning hade 60 procent av patienterna en eller flera PVK. Drygt 11 procent av patienterna med en eller flera PVK uppvisade tecken på komplikation. En av de mest optimala åtgärderna för att undvika komplikationer är att se till att patienten inte har PVK om det inte finns behov och ej ha fler PVK än vad det finns behov för. Hos drygt 28 procent av patienterna med PVK fanns det orsaker till att ta bort en eller flera av dem.

Regionfullmäktige gav i verksamhetsplan och budget 2024 i uppdrag åt hälso-och sjukvårdsnämnden (HSN) att ta fram en regional strategi och handlingsplan för att minska vårdrelaterade infektioner. Under 2024 har [Regional strategi för att minska vårdrelaterade infektioner 2025 - 2030](#) tagits fram för att intensifiera arbetet mot VRI. Strategin ska verkställas genom en regional handlingsplan för att minska vårdrelaterade infektioner som utarbetas och implementeras under 2025.

Under senare delen av 2024 inleddes arbetet med att tillsätta en regional hygienkommitté, vilken startas upp i början av 2025. Hygienkommittén är underställd regionala patientsäkerhetrådet och

leds av läkare från Vårdhygien Skåne. Gruppen består i övrigt av regional chefsjuksköterska samt representanter från verksamheterna. Regionala hygienkommittén ska bereda ärenden och utföra uppgifter för rådet.

Komplikationer i samband med intravenösa infarter och kateterrelaterad urinvägsinfektion hos patienter med KAD följs genom PPM omvårdnad två gånger per år. Metoden stärker lärande och utveckling och lokala mätningar kan genomföras och användas i det lokala förbättringsarbetet.

Följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler (BHK) är en väsentlig del i det smittförebyggande arbetet. Modell och uppföljningsmetod för punktprevalensmätning av BHK har under 2024 utvecklats och planeras att färdigställas och implementeras under 2025. Under 2024 har det också pågått arbete med uppföljningsmetod för VRI. Även denna metod planeras att införas under 2025.

Patientens medverkan är betydelsefull för att förhindra smittspridning. Patientinformationen [Din säkerhet på sjukhus](#) syftar till att göra patienten delaktig i vården och göra den säkrare (bild 4).

Bild 4

Hur kan du skydda dig själv och andra mot smitta?

- Använd handdesinfektion innan du äter.
- Tvätta dina händer efter toalettbesök.
- Berätta för oss om du har någon känd smitta, om du har kräcks eller har haft diarré.
- Nys eller hosta i armvecket, snyt dig i pappersnäsdug och använd handdesinfektion efteråt.



Tabell 1

Indikatorer	Målnivå	Utfall 2024	Utfall 2023	Utfall 2022
Riskbedömning avseende trycksår	Mål: ≥79,5 procent Delmål: ≥75 %	78 %	76 %	78 %
Vårdplan avseende trycksår	Mål: ≥ 95 % Delmål: ≥ 80 %	82 %	85 %	85 %
Riskbedömning avseende undernäring 18 år och äldre (slutenvård)	>79,5 %	66 %	64 %	64 %
Vårdplan undernäring 18 år och äldre	>95 %	82 %	84 %	64 %
Riskbedömning i slutenvård - undernäring barn och unga <18år	>80 %	30 %	24 %	32 %
Utlokaliserade patienter	<0,5/100	1,1	1,4	1,8
Överbeläggning	<1/100	7,1	8,3	6,9
Överflyttning IVA patienter pga. resursbrist **	<1,5	0,7	1,2	1,7
Utskrivningsinformation läkemedel ett eller fler läkemedel	>70 %	72 %	68 %	69 %
Tvärprofessionell läkemedelsgenomgång, inkl. läkemedelsavstämning (slutenvård)	>50 %	18 %	20 %	17 %
Olämpliga läkemedel Äldre (≥75 år)	<24 000 DDD/1000	18 164	18 543	19 217
Öppenvårdsantibiotika	<250/1000	300	303	280
Bredspektrumantibiotika vid urinvägsinfektion	<10 %	10 %	12 %	12 %
Penicillin V vid behandling av barn med luftvägsinfektion som kräver antibiotika	>75 %	73 %	77 %	73 %

Undernäring

Det finns starka samband mellan sjukdomsrelaterad undernäring och fall, trycksår, infektioner, komplikationer, vårdtid, funktionsförmåga, livskvalitet och dödlighet. Sjukdomsrelaterad undernäring kan dessutom minska toleransen för behandling och i värsta fall bidra till att behandling inte kan ges. Tillståndet är ofta underdiagnostiserat och underbehandlat trots att kunskap, metoder och verktyg finns. Genom att identifiera personer med ökad risk för undernäring och sätta in åtgärder i ett så tidigt skede som möjligt kan de negativa effekterna minska.

Vårdgivare som lyder under hälso- och sjukvårdslagen (HSL) ska enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2022:49) om förebyggande av och behandling vid undernäring, ha rutiner för hur undernäring ska förebyggas, identifieras, utredas och behandlas inom den egna verksamheten. Rutin finns för barn- och vuxensjukvårdens slutenvård men saknas hittills för primärvården.

Målnivåerna för riskbedömning samt åtgärder vid ökad risk inom Region Skåne uppnås inte, se tabell 1. Variationen inom och mellan förvaltningarna är stor. Andelen barn och ungdomar som riskbedöms är längst ifrån måltalen.

Sjukdomsrelaterad undernäring är vanligt förekommande. Andelen riskbedömda vuxna patienter som hade ökad risk för undernäring var enligt data från applikationen Meliorindikatorer 26 procent vilket är oförändrat jämfört med de senaste åren. Andelen bedömda ökar med stigande ålder. Enligt regional PPM omvårdnad hade 40 procent ökad risk för undernäring, vilket är en högre andel än vad som framkommer via applikationen. Av dessa bedömdes 22 procent varken ha fått tillräckliga nutritionsåtgärder eller vårdåtgärder. Regelbundna mätningar kan bidra till att öka fokus på nutritionsproblem och undernäring.

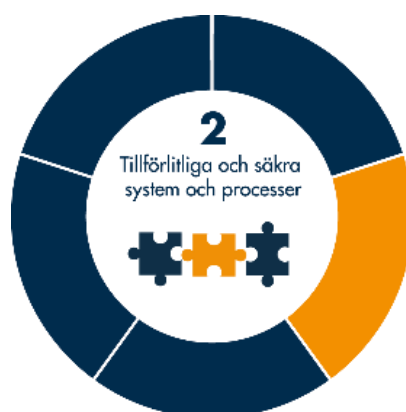
Kunskapen om undernäringen och dess negativa konsekvenser behöver öka för att uppnå framgång i arbetet. Det krävs även ett

kontinuerligt tvärprofessionellt arbete på alla vårdnivåer och över huvudmannagränser. Som ett led för att öka medvetenheten om sjukdomsrelaterad undernäring har lokal arbetsgrupp, LAG nutrition tagit fram och publicerat en artikel på Vårdgivare Skåne [Förebygga och behandla undernäring - Vårdgivare Skåne](#). Som stöd för hälso- och sjukvården finns dessutom en Skånegemensam information och vägledning på Vårdgivare Skåne.

Inom ramen för samverkansavtalet mellan Region Skåne och Skånes kommuner finns en arbetsgrupp med uppdrag att identifiera utmaningar och förbättringsmöjligheter inom nutritionsområdet.

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



Ökad säkerhet i läkemedelsanvändningen

Avsaknaden av en samlad läkemedelslista leder till bristande överblick över patientens alla läkemedel med risk för att patienter inte får rätt medicinering. Detta innebär en patientsäkerhetsrisk och kan leda till försämrad livskvalitet, onödiga sjukhusvistelser och ökade kostnader. Mycket fokus har under året därför lagts på läkemedelsavstämning, vars syfte är att upprätta en aktuell läkemedelslista, vilket är en förutsättning för läkemedelsgenomgång.

I slutenvården har det genomförts cirka 8 640 läkemedelsgenomgångar 2024. Detta omfattar både avdelningar med äldre patienter med många läkemedel och remisspatienter där läkaren bedömt att patienten är i behov av en läkemedelsgenomgång. För Skånemodellen nås inte målet på 50 procent av målpopulationen, men antalet remisspatienter ökar. Under 2024 har Skånemodellen för läkemedelsgenomgångar reviderats.

I primärvården genomfördes cirka 4 640 läkemedelsgenomgångar för patienter 65 år och äldre under 2024, vilket är fler än 2023 men lägre än åren före pandemin. En bidragande orsak till att mål inte nås i primärvården kan vara att genomförda genomgångar inte alltid registreras. Många verksamheter använder farmaceuter vid läkemedelshantering och fler kliniska farmaceuter skulle kunna öka antalet läkemedelsgenomgångar och tillika avlasta övrig personal rörande läkemedelsfrågor såsom rester och brister.

Behandlingstrycket med olämpliga läkemedel till äldre ska enligt uppsatt mål inte överstiga 20 000 definierade dygnsdoser (DDD) per 1 000 invånare 75 år eller äldre, och nu ligger snittet på 18 164 i Skåne. Sett över tid och jämfört med riket uppvisar Region Skåne en mer uttalad minskning vilket är mycket glädjande. Bakgrunden till nedgången i Skåne kan vara det strukturerade arbetet för att minska förskrivningen av olämpliga läkemedel till äldre. Årligen tas en Skånelista innehållande specifika rekommendationer för äldre fram och utbildningsinsatser genomförs kontinuerligt om läkemedel och äldre.

Risken för felaktigheter i läkemedelsanvändningen är särskilt stor i vårdens övergångar. Genom att patienten och mottagande vårdinstans tillhandahålls en utskrivningsinformation så halveras den risken. Andelen patienter med ett eller flera läkemedel som under 2024 har erhållit utskrivningsinformation var 72 procent (totalt 85 920) vilket nu når målet på 70 procent (tabell 1). Här är det också viktigt att mottagarna, det vill säga primärvården, har rutiner för att ta tillvara informationen.

Ändamålsenlig antibiotikaanvändning

Antibiotikaresistens utgör enligt WHO ett av världens tio största hot mot folkhälsan och enligt de senaste globala rapporterna kommer död i antibiotikaresistenta infektioner att vara den vanligaste dödsorsaken år 2050. Kostnaderna för att hantera spridning av resistenta bakterier inom hälso- och sjukvård och omsorg ökar ständigt, bland annat genom förlängda vårdtider och smittspårningar.

Under 2024 ökade antalet uthämtade antibiotikarecept i riket med 0,3 procent jämfört med 2023. I 13 av 21 regioner skedde en ökning medan nivån i Skåne minskade med 1 procent från 303 till 300 antibiotikarecept per 1000 invånare och år. Skåne uppvisar en hög följsamhet till riktlinjer för antibiotikaanvändning vilket bidrar till en ansvarsfull och effektiv behandling samt minskad resistensutveckling.

Skåne ligger trots det fortsatt högst i landet och i april 2024 beslutade regionfullmäktige att ett tydligt mål införs om att antibiotikaförskrivningen i Region Skåne inte ska överstiga 250 recept per 1000 invånare och år. Beslutet innefattar ökad satsning på Strama som arbetar för en ökad följsamhet till rekommendationer, för att minska risken med överförskrivning av antibiotika samt resistensutveckling.

Försäljningen av antibiotika som ofta används vid hud- och mjukdelsinfektioner hade den största minskningen (-6 procent) medan antibiotika som ofta används vid luftvägsinfektioner minskade med 2 procent under samma tidsperiod.

Målet för vårdcentraler i Region Skåne, gällande antal antibiotikarecept (från alla förskrivare) per 1 000 listade patienter var under 2024 satt till ≤ 250 antibiotikarecept per 1 000 listade och år. Tio av de skånska vårdcentralerna klarar målet, vilket motsvarar 6 procent av alla vårdcentraler.

Avseende målet för antibiotikaval vid behandling av barn i åldrarna 0 - 6 år med luftvägsinfektion, uppnås inte målet (≥ 75 procent får Penicillin V) för Skåne (73 procent) som helhet. 148 vårdcentraler klarade detta mål vilket motsvarar 83 procent av vårdcentralerna. Även förskrivning av urinvägsantibiotika till vuxna kvinnor (18–79 år) följs upp. Andelen bredspektrumantibiotika ska vara låg och utgöra högst 10 procent av uthämtade recept på antibiotika som ofta används vid urinvägsinfektion. Flertalet av vårdcentralerna (168 vårdcentraler klarade detta mål, vilket motsvarar 94 procent.

Strama fortsätter att arbeta för en ökad följsamhet till behandlingsrekommendationerna, enligt [Handlingsplan för att implementera och använda kvalitets och infektions-indikatorer i primärvård 2021–2022](#)), för att minska risken med överförskrivning av antibiotika såsom resistensutveckling enligt [Stramas reviderade 10-punktsprogram](#). En viktig del i arbetet har varit informationssatsningar och utbildningar till såväl vården som allmänheten. En annan del är arbete med att ta fram och synliggöra olika stöd till förskrivarna för att få en klok förskrivning av antibiotika. Här behöver ytterligare fokus läggas på analys av diagnoskopplade data på verksamhets- och regional nivå. Strama Skåne arbetar kontinuerligt med återkoppling på lokalt förskrivningsmönster och lokala resistensdata till förskrivarna.

Införande av ökad säkerhet med särskild koppling för neuraxiala infarter (NRFit).

Ett flertal incidenter har förekommit och rapporterats på grund av felkopplingar mellan olika infarter såväl internationellt som nationellt. De flesta felkopplingar har inträffat då en och samma koppling, Luer, har använts till olika användningsområden. Till exempel har läkemedel för epiduralt bruk givits intravenöst. För att undvika felkopplingar utvecklades en ny ISO-standard (NRFiT). Den nya fattningen infördes inom alla regioner i landet 2024.

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.



Vård på rätt plats och nivå

När en patient vårdas på en avdelning där det saknas rätt kompetens utifrån patientens sjukdomstillstånd benämns det som utlokalisering. Utlokalisering av patienter anses vara förknippat med en ökad risk för vårdskador. Utlokaliserade patienter har fortsatt att minska (1,1 utlokaliserade per 100 disponibla vårdplatser) jämfört med 2023 (1,4). Flertalet förvaltningar uppnår målnivån på <0,5 per 100 disponibla vårdplatser), medan några behöver genomföra förbättringar för att nå målet.

Överbeläggning avser att patienten vårdas på en vårdplats som inte uppfyller rätt krav på bemanning, utrustning eller fysisk utformning. Det kan i sin tur innebära brister i såväl arbetsmiljö som patientsäkerhet. Överbeläggningarna minskade under året (7,1 överbeläggningar per 100 disponibla vårdplatser) jämfört med 2023 (8,6). Ingen av sjukhusförvaltningarna når målnivån på <1/100 överbeläggning.

Arbete för att minska antalet överbeläggningar och utlokaliserade patienter pågår på bred front och innefattar åtgärder såsom hållbar kompetensförsörjning, rätt använd kompetens och uppgiftsväxling

av arbetsuppgifter, omställning till nära vård, samt säker vård med arbete för att minska vårdskador.

Fler medarbetare har kunnat anställas inom regionen vilket bland annat kan förklaras av beslut om hyrstopp för sjuksköterskor. Mobila team har under året införts i hela regionen med syfte att utveckla en trygg, tydlig och tillgänglig vård för patienter som kan vårdas i hemmet i stället för på sjukhus.

Att flytta en patient från en intensivvårdsavdelning till en annan kan vara nödvändigt för att kunna erbjuda oundgänglig vård till andra patienter. En förflyttning av en patient som är i behov av intensivvård utgör ett riskmoment som så långt möjligt bör undvikas. Goda skäl för förflyttning mellan intensivvårdsavdelningar som gynnar den som flyttas finns också, till exempel kan en flytt till hemortslasarett med närhet till anhöriga utgöra en viktig faktor för patientens tillfrisknande. Behov kan också finnas för vård på en specialiserad intensivvårdsavdelning

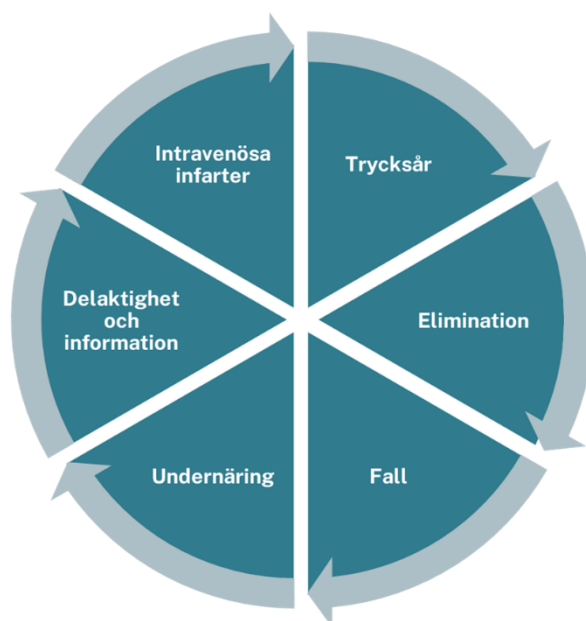
När en flytt sker på grund av resursbrist överväger vanligtvis risken nyttan och bör därför undvikas. Gällande överflyttning av patienter mellan intensivvårdsavdelningar på grund av resursbrist har utfallet fortsatt förbättras och alla förvaltningar med intensivvård når målnivån (tabell 1)

PPM omvårdnad som en del i det systematiska patientsäkerhetsarbetet

I Region Skånes somatiska slutenvård för vuxna följs omvårdnads kvalitet och patientdelaktighet upp genom PPM omvårdnad. Metoden har utvecklats under två år som en del av Region Skånes handlingsplan för ökad patientsäkerhet inom ramen för det regionala chefsjuksköterskenätverket. Modellen breddinfördes våren 2024.

Omvårdnadsåtgärder som utförs med god kvalitet utifrån patientens behov är avgörande för att vården ska vara säker. Tidigare har omvårdnaden följts upp delvis, vid separata tillfällen. Exempelvis har trycksårsprevention följts i regi av SKR (Sveriges kommuner och regioner) och sjukvårdens verksamheter har genomfört lokala mätningar av exempelvis komplikationer kring intravenösa infarter eller urinkatetrar. PPM omvårdnad har i stället ett helhetsperspektiv och medger uppföljning av omvårdnadens alla delar (Bild 5).

Bild 5



PPM omvårdnad ska utföras av en sjuksköterska med hög kompetens, gärna tillsammans med en undersköterska eller tillsammans med andra som ingår i teamet kring patienten. Utöver att mätningen fyller funktionen som uppföljning så främjar den en god patientsäkerhetskultur genom att öppet kunna kommunicera risker och vårdskador. Modellen är utformad för att öka kunskap och kompetens och kan användas vid lokalt förbättringsarbete. Mätningen ger en direkt överblick av befintliga risker och följsamheten till befintliga processer och system. En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens delaktighet. Även denna aspekt ingår genom att mätningen innehåller frågor som ställs direkt till patienten och som avser information och delaktighet.

Suicidprevention

Förvaltning psykiatri, habilitering och hjälpmedel samordnar det regionala arbetet ur ett folkhälsoperspektiv och utifrån en beslutad regional strategi.

Tidigare handlingsplanen för suicidprevention i Skåne ersattes 2023 med [Regional suicidpreventiv strategi 2023–2028](#) vilken är beslutad av regionstyrelsen. Psykisk hälsa definieras i planen som en del av folkhälsan. Den tidigare nollvisionen är omformulerad och uttrycks i stället ”färre liv förlorade i suicid”. En tydligare koppling mellan psykisk hälsa och suicidprevention har gjorts och en förflyttning mot område folkhälsa har skett.

En utmaning för det preventiva arbetet i Skåne är att suicidfrekvensen i regionen tyvärr ökar enligt den senaste statistiken från NASP (Nationellt centrum för suicidforskning och prevention) dock minskar antalet vårdnära suicid 2024 (33) jämfört med 2023 (38).

Utbildningen SPiSS (Suicidprevention i svenskt samhälle), är framtagen och anpassad för vårdpersonal men är även relevant för andra verksamheter utanför sjukvården, såsom socialtjänst, hemtjänst, skola, polis, kriminalvård, trossamfund med flera. En webbaserad SPiSS-kurs ingår i det förebyggande arbetet och används alltmer inom Region Skåne, [SPiSS – Suicidprevention i svenskt samhälle - Vårdgivare Skåne](#).

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.



Patientavvikelser

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

En ändamålsenlig avvikelshantering är viktig för samtliga verksamheter. Med avvikelshantering menas att identifiera och rapportera avvikelser, klarlägga och åtgärda orsakerna, dokumentera detta samt bedöma åtgärdernas effekt och sammanställa och återföra resultaten. Sedan många år tillbaka pågår det ett aktivt arbete för att öka säkerhetskulturen och minska skuldbeläggande i syfte att uppmuntra hälso- och sjukvårdspersonalen att rapportera avvikelser. Avvikelser rapporteras i avvikelssystemet AvIC. Tyvärr brister systemet i funktionalitet och har bland annat ett begränsat värde för uppföljning ur ett övergripande perspektiv, men fungerar något bättre när det används i verksamheterna av personer med lokalkännedom. Möjligheten att använda avvikelssystemet för att kontinuerligt kontrollera och följa upp inträffade vårdskador påverkas också negativt på grund av systembrister. Under 2023 och 2024 har arbete pågått för att införa ett nytt avvikelssystem. Införandedatum har vid ett par tillfällen skjutits upp och förväntas nu ske i början av 2025.

På verksamhetsnivå hanteras avvikelser inom förvaltningarnas lokala patientsäkerhetsorganisationer. En viktig fråga är hur man lär sig av risker och inträffade händelser och hur denna förmåga kan utvecklas. Samtliga förvaltningar har metoder och processer för detta, exempelvis Gröna Korset, utbildningar och särskilda mötesforum för att sprida lärdom och kunskap. Att lära från inträffade händelser är ett arbete som behöver stärkas och utvecklas på alla nivåer i organisationen eftersom liknande händelser upprepas, trots åtgärder. En alltför stor omsättning av personal bör undvikas ur flera aspekter och riskerar bland annat att fragmentera det organisatoriska minnet och därmed vetskapen och lärande av tidigare inträffade händelser.

Under år 2024 registrerades drygt 26 400 patientavvikelser i avvikelshanteringssystemet. Majoriteten av avvikelserna avsåg områdena vård inklusive bedömning, behandling och diagnostik, informationsöverföring och kommunikation samt journal- och remisshantering. Bakom avvikelserna finns oönskade händelser som i vissa fall får konsekvenser för patienten. Utöver att händelserna har inneburit en vårdskada (i vissa fall allvarlig) eller risk för vårdskada har konsekvenserna varit förlängd vårdprocess och ökad vårdinsats.

När de inträffade händelserna har utretts har troliga orsaker identifierats. Som orsaker till det inträffade kan man bland annat se brister avseende:

- processer och riktlinjer
- information och kommunikation
- omgivning eller organisationsbrister
- adekvat kunskap och kompetens.

Åtgärder för att händelserna inte ska återupprepas ska vidtas framför allt inom verksamheterna, men även på ett övergripande plan. Om det finns behov av regionala aktiviteter diskuteras det i grupperna med chefläkare och chefsjuksköterskor. Riskminimerande och

förebyggande åtgärder diskuteras och planeras också i samband med regional risklogg.

Lex Maria

Vårdgivaren är skyldig att anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada. Vårdskada definieras som lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården. Allvarlig vårdskada definieras som vårdskada som är bestående och inte ringa eller som har lett till patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit. verksamhet.

Antalet anmälningar i Region Skåne fortsätter att öka vilket ses som ett resultat av förbättrad säkerhetskultur och riskmedvetenhet.

Antalet anmälningar i regionen relaterat till antal invånare ligger näst högst i landet. Diskussioner pågår i den regionala chefläkargruppen om begreppet undvikbarhet och risk för vårdskada för att försöka tolka begreppet mer lika i de olika förvaltningarna. Utredningarna och åtgärdsplanen ingår i dialogen och lärande i verksamheterna.

Klagomål på vården från patienter och närstående

En välfungerande klagomålshantering är en väsentlig del i det systematiska patientsäkerhetsarbetet och ger patienter och närstående möjlighet till delaktighet. Samtidigt bidrar patientens upplevelse till ett lärande i organisationen.

Vårdgivaren är skyldig att ta emot, utreda och besvara klagomål från patienter och närstående och patienten är alltid välkommen att kontakta den verksamhet det gäller för att framföra sitt klagomål. Patienter och närstående som inte kan eller vill vända sig till vården direkt har möjlighet att kontakta patientnämnden för att få hjälp och stöd vid klagomål. I vissa fall kan patient eller närstående också anmäla ett klagomål till Inspektionen för vård och omsorg (Ivo).

I Region Skåne ska klagomål hanteras enligt den regionala riktlinjen [Hantering av klagomål på hälso- och sjukvården från patienter och närstående](#). Det innebär bland annat att klagomål ska registreras i avvikelssystemet. Riktlinjen tas fram och revideras av regional grupp för patientklagomål som består av förvaltningarnas representanter och leds av regional chefsjuksköterska. Inom förvaltningarna finns etablerade strukturer för klagomålshantering. Vanligtvis sker denna hantering i den lokala patientsäkerhetsorganisationen. Klagomålen ska sammanställas och analyseras och ligga till grund för att sprida lärdomar i verksamheten och för genomförande av förbättringsarbeten. I förvaltningarna vilar ansvaret för en god och fungerande klagomålshantering på verksamhetscheferna.

Regionalt patientsäkerhetsråd har tagit initiativ till en kort utbildningsfilm, ”Klagomål – ett sätt att utveckla vården”. Filmen riktar sig till medarbetare i hälso- och sjukvård som möter personer som vill lämna klagomål på vården. Syftet med filmen är att öka kunskapen om klagomålshantering och se klagomål som ett sätt för patienten att vara medskapare till en säker vård. Filmen är en samproduktion av Region Skånes patientsäkerhetsråd och Patientnämnden Skåne och är till för att skapa trygghet hos medarbetarna när de hanterar klagomål.



[Klagomålshantering Region Skåne](#)

Under perioden 2024 registrerades drygt 1 570 klagomål från patienter och närstående i avvikelshanteringssystemet, vilket är en ökning jämfört med 2023 då det var drygt 1 200. Alla klagomålen avser inte händelser som inträffat under året, utan har inträffat tidigare.

Eftersläp av registrering i avvikelssystemet kan bero på att klagomålet inte har inkommit till vården förrän efter händelsen ägt rum eller att klagomålet inkommit till fel verksamhet från början.

Nästan hälften av klagomålen har inkommit till vården via Patientnämnden Skåne och 10 procent har inkommit via Ivo. Cirka 40 procent har inkommit direkt till vården, vilket är en minskning jämfört med tidigare (53 procent 2023). Det vanligaste sättet som patienter och närstående framför klagomål direkt till vården är via regionens förtryckta blankett avsedd för klagomål. Näst vanligaste kontaktvägen är via mejl.

Klagomålen avser både allvarliga händelser och händelser av mindre allvarlig karaktär, samt händelser som kan betraktas som synpunkter. Begränsningar i avvikelssystemets funktionalitet försvårar möjligheterna till en nyanserad tolkning av klagomålen på en aggregerad nivå. För att fånga de allvarliga händelserna och bedriva ett systematiskt förbättringsarbete behöver klagomålsärenden hanteras lokalt i verksamheten. Ett klagomål gäller oftast mer än ett område. Vanligt är att samma klagomål rör både vård, bemötande och informationsöverföring vilket i många fall försvårar klassificering av händelsen.

Andelen klagomål som framförs via patientnämnden har ökat under de senare åren (37 procent 2023), och det är svårt att avgöra om det beror på att patienter och närstående föredrar att framföra klagomål via nämnden eller om följsamheten till att registrera klagomålen i avvikelssystemet har ökat i verksamheterna. Troligt är att båda faktorerna spelar in.

Majoriteten av klagomålen avser:

- behandling, bedömning av vård, diagnos, utredning och omvårdnad
- bemötande
- information och kommunikation till patient och närstående.

Klagomål som kräver yttrande från vården ska registreras i avvikelssystemet, men följsamheten brister. Orsakerna som anges är till exempel okunskap om hanteringen eller bristande organisation avseende klagomålshantering inom verksamheten. För att svara upp mot de krav och behov som finns för att tillse att klagomålshanteringen fungerar behöver förvaltningarna vidta åtgärder för att förbättra fortsatt arbete kring klagomålshantering. En annan anledning som uppges är att det befintliga avvikelssystemet är svårhanterligt.

Under 2024 registrerades drygt 770 klagomål som inkommit via Patientnämnden Skåne, i avvikelssystemet. Majoriteten av händelserna som klagomålen avser har inträffat under 2024, men gäller också händelser som inträffat tidigare. För drygt 660 av de registrerade klagomålen har Patientnämnden Skåne begärt yttrande från vården.

Det föreligger en diskrepans mellan registreringen i avvikelssystemet och de uppgifter som finns att tillgå i Patientnämnden Skånes QlikView-applikation. En ungefärlig beräkning ger vid handen att det finns en underregistrering i avvikelssystemet av mer än hundra ärenden.

För att få kännedom om samtliga ärenden som patienter och närstående skickar till Patientnämnden Skåne, behöver varje förvaltning ha rutiner för att ta del av dessa i nämndens QlikView-applikation. Det är enbart via applikationen som samtliga klagomålsärenden framgår, och de verksamheter som inte tar del av dem känner inte heller till dem, och kan inte ta med dem som en

faktor i arbetet med klagomålshantering. Orsaker som uppges om varför man inte tar del av helheten av klagomålsärenden som kommer via nämnden är okunskap eller att det glöms bort eftersom det är ytterligare en källa att söka i. En annan anledning är att ärendena i applikationen presenteras osorterat och kräver en omfattande manuell hantering.

Alla delar av vården behöver planera för en hälso- och sjukvård som flexibelt kan anpassas till kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet, även under oväntade förhållanden. I patientsäkerhetssammanhang beskrivs detta som resiliens.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Hälso- och sjukvården är en riskfylld verksamhet men har en förhållandevis svag tradition att arbeta proaktivt och analysera risker. Det enda sätt som vi kan förhindra att en skada ens uppkommer är att arbeta med risken att den uppkommer. De senaste åren har det förbyggande arbetet mer och mer fokuserat på att identifiera, medvetandegöra, och hantera och förbygga risker med insatta åtgärder och följa upp.



Regionala chefläkargruppen och regionala chefsköterskegruppen samarbetar med ett verktyg för generiska patientsäkerhetsrisker – regional Risklogg. Med generiska risker menas patientsäkerhetsrisker av allmän karaktär i betydelsen att de berör stora delar av hälso- och

sjukvårdsorganisationen. Riskerna i riskloggen är kända genom registrerade avvikelser och anmälningar enligt lex Maria, men byggs också på erfarenhet. Genom att samla och ha överblick över kända risker skapas förutsättningar för att stärka helikopterperspektivet och reducera fokus på enskilda personer och händelser. Det framgår även tydligare på vilka nivåer åtgärder behöver vidtas. Riskloggen syftar till att öka lärandet och stärka det organisatoriska minnet. Ett viktigt perspektiv är att hitta möjligheter och förutsättningar till patientmedverkan och delaktighet som ett led att minska riskerna.

Risikanalys inom patientsäkerhetsområdet är en metod som är till för att systematiskt identifiera, analysera, bedöma, åtgärda och följa upp risker som skulle kunna leda till patientskada. En risikanalys görs ofta i samband med att större förändringar men bör också genomföras vid en förändring avseende teknik, utrustning, ny metodik eller om en ny organisation planeras. Att analysera risker är ett sätt att arbeta proaktivt för att förebygga vårdskador.

Mål, strategier och utmaningar för kommande år

Det övergripande målet i region Skåne är att vårdskador ska förhindras genom ett aktivt och riskförebyggande arbete. Strategier för att uppnå detta inkluderar:

- Patientsäkerhet är av högsta prioritet inom alla verksamheter.
- Patienten och närstående ses som viktiga aktörer och involveras i det systematiska patientsäkerhetsarbetet.
- Ökat samarbetet inom regionen för att ta hand om våra invånare och patienter med ökad tillgänglighet och patientsäkert med hög kvalitet.
- Klagomålshanteringen samt hanteringen av patienters och närståendes synpunkter utgör en viktig grund för patientsäkerhetsarbetet. Ett nytt system för hantering av avvikelser införs.
- Kunskapsstyrningsorganisationens koppling till patientsäkerhet förstärks.
- Regional handlingsplan för ökad patientsäkerhet revideras årligen och följs upp
- Regional strategi för att minska VRI har beslutats av regionstyrelsen och ska verkställas genom en handlingsplan som tas fram och fastställs under 2025.
- Minska antalet överbeläggningar och utlokaliserade patienter genom fortsatt arbete för att få balans mellan antal vårdplatser och behov av vårdplatser.
- Fortsatt fokus på arbetsmiljö på Region Skånes arbetsplatser, samt gott ledarskap.
- Ett fortsatt fokus på patientsäkerhetsarbete inom SDV både för att förebygga riskmoment kopplade till dess implementering

och för att utnyttja det nya systemets potential till att stödja en ökad patientsäkerhet.