

Patientsäkerhetsberättelse för Helsingborgs lasarett År 2024



Datum
2025-01-16

Ansvariga för innehållet
Catharina Borna, Chefläkare
Carl Fredrik Carlson, Chefläkare
Eleni Ikonomidou, Chefsjuksköterska
Johanna Thulin-Cederholm, Chefapotekare

Diarienummer
2025-O000107

Innehåll

SAMMANFATTNING	3
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	3
Engagerad ledning och tydlig styrning	3
Övergripande mål och strategier	3
Organisation och ansvar	3
Samverkan mellan vårdgivare för att förebygga vårdskador	5
En god säkerhetskultur.....	6
Adekvat kunskap och kompetens	6
Medicinsk etik	6
Informationssäkerhet	7
Uppföljningar enligt 3 kap. 6 § punkt 3	7
Genomförda riskanalyser enligt 3 kap. 5 §	7
Förbättringsåtgärder som vidtagits för informationssäkerheten enligt 3 kap. 6 §, punkt 4	7
Utvärdering enligt 3 kap. 18 § av skydd mot olovlig åtkomst till datornätverk och informationssystem	7
Genomförd granskning enligt 5 kap. 6 § av hälso- och sjukvårdspersonalens journalföring	7
Patienten som medskapare	7
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	8
Öka kunskap om inträffade vårdskador	8
Tillförlitliga och säkra system och processer	9
Säker vård här och nu.....	9
Förvaltningens risklogg och kända risker	9
Allvarliga vårdskador under året	15
Stärka analys, lärande och utveckling	15
Avvikelse	15
Klagomål och synpunkter	16
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	16
Bilaga 2. Egenkontroller kopplade till specifika mål för 2024 Resultat och analys	18
Bilaga 3. Egenkontroller som utförs för ökad patientsäkerhet som inte är direkt kopplade till specifika mål för 2024	23

SAMMANFATTNING

Patientsäkerhetsarbetet under det gångna året har fokuserat på att förbättra den basala omvårdnaden, minska smittspridning och vårdrelaterade infektioner, minska läkemedelsskador samt minska riskerna för skador i vårdens övergångar. Stort fokus har som tidigare legat på en god patientsäkerhetskultur. Medvetenheten om vikten av patientmedverkan för en förbättrad säkerhet har ökat.

I resultatet från den under hösten genomförda mätningen ”PPM omvårdnad” kan vi glädjande se att i fråga om upplevelse av delaktighet i vården får vi höga poäng, d v s patienterna känner sig över lag delaktiga och informerade.

Antalet klagomål ökar något jämfört 2023. Huvuddelen av ökningen kommer från Patientnämnden och utgör synpunkter på minskad samordning och ärenden gällande vårdgaranti. Majoriteten av klagomålen i övrigt rör bemötande, kommunikation och information.

Det systematiska riskförebyggande arbetet med uppföljning av avvikelser och användning av riskloggen som verktyg har fortsatt under året och kommer att fortsätta under 2025. En mer utförlig beskrivning av förvaltningens riskhantering gjordes 2023 och gäller alltså. Se bilaga 1.

Förvaltningens organisation och arbetssätt kring patientsäkerhet bygger på täta samarbeten mellan olika organisationer och nivåer men det viktigaste skyddet mot vårdskada finns i mötet mellan patient och medarbetare.

Vården präglas fortsatt av ett ansträngt bemanningsläge men situationen har under det gångna året varit något bättre med färre överbeläggningar och utlokaliserade patienter.

Belastningen på akutmottagningen har minskat något jämfört samma period 2023 och färre patienter har behövt kvarstanna på akutmottagningen i väntan på en slutenvårdsplats. Detta har genererat färre allvarliga avvikelser och reducerat flera omvårdnadsrisker.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Engagerad ledning och tydlig styrning

Övergripande mål och strategier

Ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada.

Övergripande mål och strategier för 2024 är utformade i dialog med verksamheterna. Arbetet pågår kontinuerligt och kräver långsiktighet för att uppnå önskade resultat.

Riskområden med tillhörande mål utgår från tre organisatoriska nivåer:

- Hälso- och sjukvårdsuppdraget
- Förvaltningens risklogg
- Verksamheternas egna riskområden

Organisation och ansvar

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer. Verksamhetschefen bär det yttersta ansvaret för patientsäkerheten.



Verksamheternas patientsäkerhetsarbete sker med stöd av ett nätverk bestående av kvalitets- och patientsäkerhetshandläggare (KPH) och kvalitets- och patientsäkerhetsombud (KPO). Nätverket följer linjeorganisationen med en eller flera KPH per verksamhetsområde och en eller flera KPO per enhet. Nätverket har en central funktion i förvaltningens ledningssystem för patientsäkerhet när det gäller att planera, genomföra, följa upp/kontrollera samt förbättra kvalitet och patientsäkerhet. Som stöd finns också nätverken för läkemedel, hygien, verksamhetsutveckling och etik.

Enheten för patientsäkerhet består av chefläkare, chefsjuksköterska, chefapotekare och handläggare.

Resultatet av det övergripande patientsäkerhetsarbetet redovisas i Hälso- och sjukvårdsnämndens årliga verksamhetsuppföljning, i patientsäkerhetsberättelsen samt genom lägesrapporter från Socialstyrelsen och SKR.

Under 2024 har strategi- och planeringssystemet X-matris utvecklats ytterligare för att hjälpa förvaltningen och verksamheterna att nå uppsatta mål.

Prioriteringar görs i huvudsak i patientsäkerhetsrådet.

I tabell 1 redovisas mötesstrukturen för patientsäkerhetsarbetet.

Tabell 1.

Nivå	Typ av möte	Samman- kallande	Syfte	Deltagare	Frekvens
Förvaltning	Patient- säkerhetsråd	Bitr. Förvaltnings- chef	Beslut om prioriteringar. Uppföljning av förvaltnings- övergripande mål.	Förvaltningschef Bitr. Förvaltningschef Förvaltningschef Ängelholm Chefläkare, Chefsjuksköterska Chefapotekare, Patientrepresentanter	Var 6:e vecka
Förvaltning	KPH-möten	Chefsjuk- sköterska	Informera. Planera – kontrollera – analysera - återkoppla	KPH Chefsjuksköterska ev. Chefläkare	1 ggr/mån
Verksamhet	Patientsäkerhet	KPH	Resultat på verksamhetsnivå. Planera - kontrollera – besluta. (Gröna korset, AvIC, risklogg, handlingsplaner, mål.)	VC, KPH, patientsäkerhetsansvarig läkare.	1 ggr/mån
Enhetsnivå	Patientsäkerhet	KPH/KPO	Resultat på verksamhetsnivå. Planera - kontrollera – besluta. (Gröna korset, AvIC, risklogg, handlingsplaner, mål.)	KPO, KPH, EC, medicinskt ansvarig läkare	1 ggr/mån

Samverkan mellan vårdgivare för att förebygga vårdskador

Behovet av effektiva samverkansprocesser mellan sjukhus, primärvård och kommun är stort och mycket arbete kvarstår för att bättre uppfylla kraven på en nära vård.

I samverkan mellan sjukhusen i nordväst, privat och offentlig primärvård samt tio kommuner har följande genomförts:

- Tillsättning av en förvaltningsövergripande SVU-samordnare med mål att höja kvaliteten i sjukhusets SVU-process.
- Gemensam kvalitetsgranskning av kartläggningarna i SVU-processen med efterföljande återkoppling till respektive verksamhet.
- Patientinformation till patienter som beviljas korttidsboende efter utskrivning från slutenvården.
- Insatser för att förbättra följsamhet och kvalitet i det digitala akutbladet.
- Införande av mobilt team närsjukvård.
- Gemensam workshop ”Våra patienter 2.0” med fokus på fyra olika patientprocesser.
- Uppstart av delregional arbetsgrupp för rehabilitering.
- Stöddokument för SIP har tagits fram och ska testas på utvalda vårdcentraler under början av 2025.
- Gemensamt beslutsstöd för omhändertagande av patient med blodförtunnande behandling och befarat skalltrauma (målgrupp: kommunal primärvård).
- Revidering av samverkansdokument mellan sjukhus och regional primärvård i nordvästra Skåne inkl förtydligande kring giltighet för beslut om behandlingsbegränsningar.
- Kontinuerlig dialog om kommunikation i vårdens övergångar med fokus på medicinsk kvalitet och läkemedelssäkerhet.
- Gemensam handlingsplan för att minska återinläggningar.

Nedanstående figur får illustrera övergripande strategi och mål för samverkansarbetet:



En god säkerhetskultur

Patientsäkerhet är ett brett och komplext kunskapsområde. Det finns ofta flera olika orsaker till att en patient drabbas av en vårdskada. Förvaltningen har succesivt utvecklat flera framgångsfaktorer som bidragit till ökad riskmedvetenhet och patientsäkerhet.



Resultatet från medarbetarenkäten 2023, hållbart säkerhetsengagemang (HSE) ger en temperaturmätning på upplevelser kring patientsäkerheten på arbetsplatsen och frågan om man skulle känna sig trygg om en närstående vårdades på arbetsplatsen ger en god uppfattning om läget. Majoriteten (78 %) känner tilltro till vården, 13 % varken eller och 9 % anser att det inte stämmer. Utvecklingen tycks gå åt rätt håll om än något långsamt. Medarbetarenkäten skickas ut vartannat år och är på nytt aktuell under våren 2025.

Inom förvaltningarna arbetar vi med olika metoder och verktyg för att engagera flera verksamheter i patientsäkerhetskulturen. Verktyg som används och främjar patientsäkerhetskulturen listas nedan:

- **Förvaltningens risklogg**
Riskerna identifieras i avvikelssystemet och loggas om de motsvarar allvarlig vårdskada med en återupprepningsrisk minst årligen. Dessa ligger till grund för vilka förvaltningsövergripande riskområden som prioriteras. Målen med riskloggen är bland annat att öka lärandet i organisationen samt minska fokus på enskilda individer i samband med en negativ händelse vilket bidrar till en ökad patientsäkerhetskultur.
- **”Träning” av avvikelser**
Varje vecka identifieras de allvarliga riskerna i avvikelssystemet och diskuteras i patientsäkerhetsenheten. I de flesta fall återkopplas dessa till verksamheterna för diskussion om allvarlighetsgrad och undvikbarhet och för att gemensamt bedöma behovet av riskminimerande åtgärder som ligger utanför verksamhetschefens ansvar och mandat.
- **Gröna korset** är ett verktyg för att på ett enkelt och strukturerat sätt medvetandegöra dagliga risker i det patientnära arbetet. Att dagligen diskutera risker och vårdskador ökar medvetenheten om verksamhetens risker men bidrar också till en ökad och tillåtande patientsäkerhetskultur.

Adekvat kunskap och kompetens

Enhet patientsäkerhet arbetar tillsammans med förvaltningens väletablerade KPH-nätverk för ökad kunskap och kompetens inom patientsäkerhetsområdet. Det systematiska arbetet med avvikelser ligger till grund för förvaltningsövergripande förbättringsarbeten där utbildningar i exempelvis riskläkemedel och omvårdnadsrundor kan nämnas. Att arbeta med förvaltningsövergripande enhetlighet kring riskmoment i samarbete med läkemedelsnätverket, omvårdnadsnätverk, samt med enhet utbildning skapar ökad patientsäkerhet och större trygghet för den enskilde medarbetaren.



Medicinsk etik

Etikrådet inom förvaltningen är åter livfullt efter ett antal år med både pandemin och ordförandebyte. Etikombuden på respektive enhet utgör fortsatt de första och viktigaste grundstenarna i den patientnära etiken. Under vår och höst 2024 har uppskattade utbildningsdagar för etikombud och etikrådets medlemmar genomförts och en egen kortutbildning för etikombud har startats på försök.

Ett antal nya ledamöter har tillkommit i rådet efter pensionsavgångar och naturliga rörelser i gruppen. Rådet har nu en bred representation inom förvaltningen, både inom olika vårdprofessioner och mellan förvaltningens verksamhetsområden.

Etikombuden genomför efter bästa förmåga etikronder/etikcaféer på sina enheter.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården. Siffror inom parentes avser 2023.

Uppföljningar enligt 3 kap. 6 § punkt 3

Utöver de loggkontroller som är lagstadgade genomförs även ett antal loggkontroller vid forcering av spärr/nödöppning samt loggkontroller riktade mot patienter med skyddade personuppgifter.

Förvaltningen har tagit fram en lokal rutin gällande skyddade personuppgifter som innebär att en kompletterande loggkontroll genomförs 2–3 veckor efter initial kontroll.

Genomförda riskanalyser enligt 3 kap. 5 §

Informationssäkerhetssamordnaren har utöver deltagande i de regionövergripande riskanalyserna deltagit vid lokala riskanalyser.

Förbättringsåtgärder som vidtagits för informationssäkerheten enligt 3 kap. 6 §, punkt 4

Utbildningsaktiviteter har genomförts, bland annat har 661(256) medarbetare vid förvaltning Helsingborgs lasarett individuellt genomfört utbildningen ”Säker informationshantering”. Utbildningen har också genomförts i grupp i samband med APT. För att öka genomförandegraden ytterligare är det önskvärt att utbildningen tas upp i samband med medarbetarsamtalen.

Allt fler enheter säkerställer att digital information förvaras på ett säkert sätt. Sammantaget har kunskapen och medvetenheten ökat inom området informationssäkerhet.

Sedan februari 2024 finns nu en regional utbildning om IT- och cybersäkerhet i Region Skåne. I förvaltningen har 1 248 medarbetare genomfört utbildningen.

Utvärdering enligt 3 kap. 18 § av skydd mot olovlig åtkomst till datornätverk och informationssystem

Redovisas regionalt.

Genomförd granskning enligt 5 kap. 6 § av hälso- och sjukvårdspersonalens journalföring

Resultat för Helsingborgs lasarett, 2023 inom parentes:

- 421 (214) loggkontroller genomfördes varav 22 (0) var misstanke om intrång.
- 84 (53) procent av verksamheterna redovisade genomförda loggkontroller.

Patienten som medskapare

Patienters och närståendes upplevelser och erfarenheter är en kunskapskälla som tillsammans med professionernas erfarenheter skapar förutsättningar för en personcentrerad och säker vård. En välinformerad patient som ges möjlighet att forma vården, skapar tillit och en säkrare vård. Förvaltningen deltar i olika projekt med inriktning patientinvolvering:



- **Förvaltningens övergripande projekt.**

Digitaliseringsplan. Genom att utöka e-tjänsterna på 1177.se skapas bättre förutsättningar för patienten att boka tider och kontakta vården. Sedan tidigare har patienterna god tillgång till sina journaler.

- **Patientmedverkan på ledningsnivå**

Sedan 2016 har det funnits patient- och närståenderepresentation i det lokala cancerrådet som sammanträder sex gånger per år. Patientrepresentant finns sedan 2019 med i förvaltningsledningen och patientsäkerhetsrådet. Patientmedverkan förekommer också i varierande omfattning ute i de olika cancerprocesserna men också inom övrig somatisk slutenvård och öppenvård.

- **Patientutbildningscentrum**

Patientutbildningscentrums (PUC) metodik och kompetens utgör en betydande del för god samverkan i förvaltningens patientsäkerhetsarbete. Centralt i PUC:s verksamhet är samarbete med andra professioner, personcentrerad vård och patientmedverkan.

Förvaltningsområdets verksamheter erbjuder stöd för att genomföra patient-, närstående- och personalutbildningar vilket bidrar till säker vård. Patientutbildningarna utformas och genomförs i samråd med patienter- och närstående. Genom ökad kunskap ges patienterna bättre motivation att vara delaktiga i vård, behandling och hälsofrämjande egenvård.

När behov och brister i vård och behandling framkommer uppmärksammas och återkopplas detta till vården vilket främjar det preventiva patientsäkerhetsarbetet.

- **Risk och händelseanalyser**

I samband med utredning av vårdskador ombeds patient och anhörig att delta med synpunkter och förbättringsförslag i syfte att skapa en säkrare vård. Att involvera patienten ger sjukvården möjlighet att anpassa vården till patientens behov och därmed erbjuda en bättre vård.

- **Klagomålshantering**

Klagomålshanteringen innebär att patienterna tidigt kommer i dialog direkt med verksamheterna vilket är bra för de enskilda patienterna.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

I bilaga 2 listas egenkontroller som utförs för ökad patientsäkerhet och som är kopplade till specifika mål för 2024, samt resultat och analys av dessa. Egenkontroller som inte är direkt kopplade till specifika mål återfinns i bilaga 3.

Öka kunskap om inträffade vårdskador

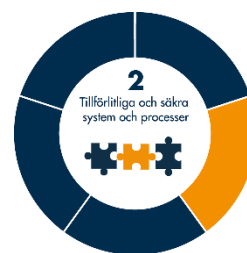
Genom ett nära samarbete mellan enheten för patientsäkerhet och verksamheterna via olika nätverk sprids kunskapen om inträffade felhändelser och avvikelser. Tanken med chefläkare och chefsjuksköterska som stödpersoner och hjälpande händer i patientsäkerhetsarbetet gentemot enhets- och verksamhetschefer har etablerats och på detta sätt sprids också lärdomar och goda exempel. Enhetens besök i verksamheternas ledningsgrupper bidrar också till att kunskapen om inträffade vårdskador vidarebefordras.



Tillförlitliga och säkra system och processer

Förvaltningens IT-system AvIC för hantering av avvikelser och klagomål är väl etablerat. Arbete i systemet sker via chefer i samråd med respektive enhets KPO och verksamhetsområdets KPH. De senare är del av ett effektivt nätverk för utbyte av erfarenheter och lärdomar i samarbete med förvaltningens chefsjuksköterska. Genom systematisk och regelbunden återkoppling sprids både risker och goda exempel snabbt genom KPH-nätverket till den egna verksamheten. Patientsäkerhetsenhetens veckovisa genomgång av samtliga avvikelser för att fånga allvarliga händelser är tillsammans med den dagliga genomgången av Gröna korset på respektive enhet en garanti för ett ständigt pågående arbete för att leverera en god och säker vård.

Med god kommunikation stärks samarbete och engagemang hos medarbetarna som bidrar till ökad riskmedvetenhet och st patientsäkerhetskultur.



Säker vård här och nu

Förvaltningens risklogg och kända risker

Under året har flera nya risker identifierats och det finns nu drygt 90 risker upptagna i riskloggen. Riskerna är kategoriserade både utifrån riskområde och typ av vårdskada. Det dominerande riskområdet är kompetens och bemanning.

Fördjupad information om förvaltningens riskförebyggande arbete finns i bilaga 1.

Nedan redovisas riskförebyggande åtgärder för utvalda vårdskador och riskområden:

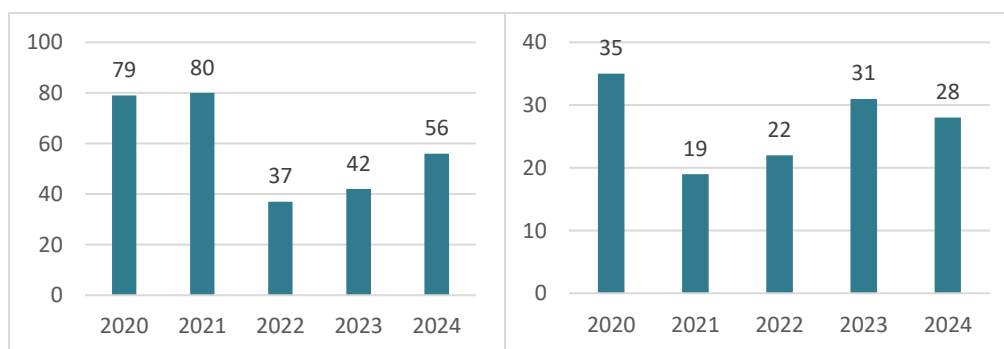


Vårdskador som kan kopplas till omvårdnad

Omvårdnadsrisker till exempel trycksår, fall, tromboflebit eller överfylld blåsa har varit återkommande de senaste åren (se figur 1 och 2). Det är svårt att peka på en konkret orsak. Det är ofta en kombination av olika faktorer som påverkar utfallet. Bakomliggande orsaker kan vara säkerhetskulturen, ledningens och/eller medarbetarens engagemang och ansvar, följsamheten till rutiner, uppföljning och återkoppling. Arbetsmiljörelaterade faktorer som exempelvis arbetsbelastning, belägningsgrad inom slutenvården och bristande kompetens påverkar omvårdnadsarbetet negativt. Väntetid till inläggning för sköra äldre på akutmottagningen bidrar även detta till ökade omvårdnadsrisker och förlängd vårdtid. Väntetiderna har dock minskat något under 2024.

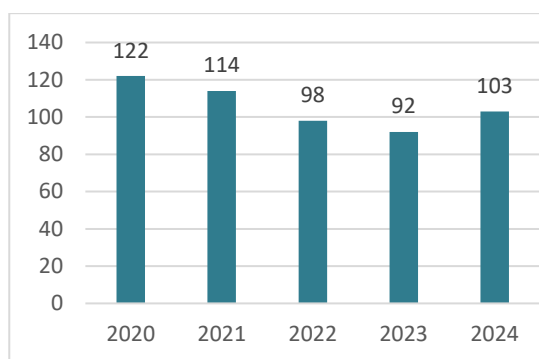
Tromboflebit

Överfylld blåsa

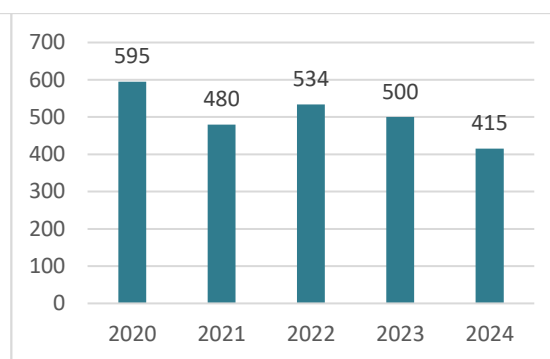


Figur 1. Antal patientavvikelser gällande tromboflebit och överfylld blåsa, Helsingborgs lasarett 2020–2024 (Källa: AvIC).

Trycksår



Fall



Figur 2. Antal nytillkomna trycksår (exklusive kategori 1) och fall under vårdtid, Helsingborgs lasarett 2020–2024 (Källa: QV Melior Indikatorer).

Nytt för 2024 är PPM omvårdnad som innebär uppföljning av omvårdnadsrisker såsom trycksår, fallhändelser, elimination, undernäring och intravenösa infarter. Utöver omvårdnadsrisker ställs frågor direkt till patienten om upplevelser under vårdtiden. Det är en stor fördel att kunna se ett samlat resultat av omvårdnadens risker men också betydelsen av att utgå från hela patienten och inte från risken som patienten kan ha. PPM omvårdnad är inte endast en modell för uppföljning, utan lika mycket för att stärka engagemang, utveckling och lärande. Eftersom mätningen är ny för i år är det svårt att jämföra vissa parametrar över tid.

Resultat PPM omvårdnad

Omvårdnadsrisk	Resultat Helsingborgs förvaltning	Resultat Region Skåne
Intravenösa infarter	15 av 165 patienter (9%) hade komplikation vid intravenös infart (komplikationer kan vara tecken på infektion eller tromboflebit)	117 av 1034 patienter (11,3%)
Elimination	21 av 217 patienter (9,7%) hade överfylld blåsa dvs mer än 500ml urin i urinblåsan vid ngt tillfälle under vårdtiden 4 av 103 patienter (3,9%) hade en kateterrelaterad urinvägsinfektion	116 av 1389 patienter (8,4%) 51 av 599 patienter (8,5%)
Fall	7 av 217 patienter (3,23) har fallit under vårdtiden	53 av 1389 patienter (3,8%)
Nytillkomna trycksår	Kategori 1–4, icke klassificerbart trycksår samt misstänkt djup hudskada 17 av 217 patienter (7,8%) Kategori 2–4, icke klassificerbart trycksår samt misstänkt djup hudskada 7 av 217 patienter (3,2%)	109 av 1389 patienter (7,8%) 55 av 1389 patienter (4%)
Undernäring	Energibehovet beräknat på 35 av 90 patienter (38,9%)	249 av 560 patienter (44,5%)

	Mat- och vätskeregistrering påbörjats på 44 av 90 patienter (48,9%)	341 av 560 patienter (60,9%)
Patientens upplevelse	Smärtlindring: 100 av 137 patienter (73%) Tillräckligt stöd för att sköta personlig hygien: 176 av 217 patienter (81,1%) Tillräcklig information om sina läkemedel: 147 av 184 patienter (80,4%) Tillräcklig information om hälsotillstånd och vård: 146 av 185 patienter (78,9%)	Smärtlindring 609 av 843 patienter (72,2%) Tillräckligt stöd för att sköta personlig hygien: 1145 av 1389 patienter (82,4%) Tillräcklig information om sina läkemedel: 928 av 1118 patienter (83%) Tillräcklig information om hälsotillstånd och vård: 902 av 1124 patienter (80,2%)

Risikoförebyggande åtgärder:

Generellt behövs fortsatt arbete och förståelse om omvårdnadsriskerna komplexitet. Det är inte endast en eller två bakomliggande faktorer utan oftast flera. Vi behöver fortsatt arbeta och definiera vilka faktorer som har störst betydelse och hur de påverkar det riskförebyggande arbetet. Utöver definierade riskfaktorer som utgår från patienten finns fyra områden som är av betydelse:

1. Ledningens engagemang: att utvärdera kontinuerlig och uppföljning på alla nivåer men framför allt på enhetsnivå där patientnära vård bedrivs
2. Adekvat kunskap och kompetens: att medarbetaren besitter den kunskap som behövs inom verksamhet och att rätt kompetens är tillgänglig och att följsamhet till rutiner och riktlinjer uppmärksammas
3. Patientsäkerhetskulturen: att dagligen arbeta riskmedvetet och reflektera över arbetssätt och resultat
4. Patientinvolvering: att informera patienten om risker och hur patienten kan påverka sin vård

Under året har förvaltningen ökat samarbetet med enhet utbildning med fokus på utbildningsinsatser för att öka kunskapen och kompetensen. Nyanställda erbjuds utbildning ”Patientsäkerhet i praktiken” vilken innefattar teori och praktik i basal omvårdnad och omvårdandsrundor.

Införande av utbildningspaket i intravenösa infarter som innefattar risker, riktlinjer, stöddokument, handhavande samt rutiner gällande intravenösa infarter. Utbildning anpassas till verksamhetens risker och behov.

Sårkonsultverksamheten har utökat arbetet sedan uppstart hösten 2023 med uppbyggnad av sårombuds nätverk och utbildning i både sårbehandling och rätt val av förband.

En viktig åtgärd inom förvaltningen är fortsatt arbete till följsamhet av omvårdnadsrundor (SEUPP). Grundprincip är den personcentrerade vården med ökad patientdelaktighet och ett mer personcentrerat arbetssätt med förstärkt teamsamarbete och gemensamma mål för det dagliga arbetet kring patienten. Arbetssättet innebär en målinriktad avstämning av omvårdnadsbehov

varje timme där man förvissas sig om att patientens personliga omvårdnadsbehov är tillfredsställda.

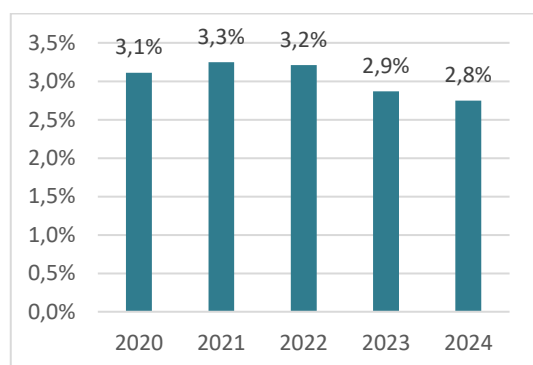
SEUPP innebär kontroll av nedan:

- Smärta
- Elimination
- Undernäring
- Positionering (ligger patienten bra)
- Placering (når patienten sina saker)

Under året har två slutenvårdsavdelningar startat projekt om en mer personcentrerad vård. Professorn i vårdvetenskap och författare till boken ”gör om gör rätt i vården” Anna Forsberg deltar i projektet vars syfte är att förändra vårdens strukturer för att åstadkomma en personcentrerad och värdeskapande vård. Grundläggande i arbetet är att utgå från den unika personens förmågor, behov och förutsättningar, lyssna på patientens berättelse och tillsammans med hälso- och sjukvården lägga upp en gemensam vårdplan. Målet är patienten får bättre kontroll över sin situation, ökad livskvalitet och kortare vårdtid. Utvärdering och uppföljning av projektet pågår.

Vårdrelaterade infektioner

Vårdrelaterade infektioner är relativt vanligt förekommande och utgörs framför allt av *post-operativa infektioner, kateterrelaterade urinvägsinfektioner och lunginflammationer*.



Figur 3. Andel vårdrelaterade infektioner, Helsingborgs lasarett 2020–2024 (Källa: Infektionsverktyget). Infektionsverktyget redovisar endast antibiotikabehandlade infektioner.

Risikoförebyggande åtgärder:

Till stöd för verksamheterna finns förvaltningens hygienråd som arbetar på uppdrag av förvaltningschefen. Hygienrådet har till uppgift att stödja verksamheternas arbete enligt nationella och regionala riktlinjer. Se handlingsplan för att minska vårdrelaterade infektioner, bilaga 4.

I slutet av december 2024 utkom den av Regionstyrelsen antagna strategin för att minska vårdrelaterade infektioner. Denna kommer under 2025 att kompletteras med en handlingsplan vilken i sin tur kommer att brytas ner och harmoniseras med förvaltningens sedan tidigare antagna handlingsplan på detta område. Flertalet aktiviteter för att minska riskerna förekommer redan såsom regelbundna hygienronder, punktprevalensmätningar av omvårdnadsåtgärder. Därtill togs mot slutet av året beslut om ett tillägg till regionens kläd- och hygienregler som förtydligar och

skärper kraven på korrekt klädsel och basala hygienrutiner.

Läkemedelsrelaterade vårdskador

Läkemedelsrelaterade vårdskador är vanligt förekommande och förekommer i alla led: ordination, iordningställande, administrering och uppföljning.

Fortlöpande sker uppföljning avseende de läkemedelsavvikelser som identifieras i AvIC. Vanligt förekommande avvikelser är fel läkemedel, fel styrka, fel administrationssätt, felhantering respektive svinn/stöld och utebliven behandling.

Till stöd för verksamheterna finns Läkemedelsnätverket som arbetar på uppdrag av förvaltningschefen. Läkemedelsnätverket har till uppgift att stödja verksamheternas arbete enligt nationella och regionala riktlinjer. I nätverket ingår bland annat förvaltningens läkemedelsansvariga läkare (FVLAL) som tillsattes 2024, chefapotekare, chefläkare, chefsjuksköterska, farmaceuter och representanter med kunskap om journalsystem och ekonomi. Med start 2024 tar läkemedelsnätverket årligen fram en läkemedelsplan. Läkemedelsplanen innehåller uppföljning och analys av läkemedelsanvändningen samt mål och strategier för ökad kvalitet, säkerhet och kostnadseffektivitet.

Läkemedelsansvariga sjuksköterskor (LASSK) och kontrollansvariga sjuksköterskor (KASSK) är organiserade i ett nätverk som deltar i möten fyra gånger per år. Fokus för LASSK/KASSK under 2024 har bland annat varit att öka medvetenheten kring riskläkemedel, följsamhet till regionala riktlinjer och hantering av medicinska gaser.

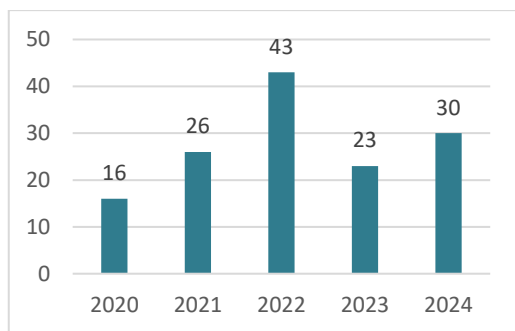
I förvaltningen finns drygt 35 farmaceuter som samarbetar med sjuksköterskor gällande läkemedelshanteringen och läkare med utbildningar och läkemedelsavstämningar/genomgångar.

Försörjningsfarmaceuterna iordningsställer läkemedel till patienter som väntar på inläggning på akutmottagningen och detta görs alla dagar i veckan. En ny läkemedelsinstruktion för hantering av läkemedel för patienterna på eftervårdsavdelningen (EVA) har tagits fram.

Det finns fortfarande ett stort behov att förbättra processen kring läkemedelssäkerheten vid ordinationer. Detta görs genom att vidareutveckla Skånemodellen (fokus på 75 år och äldre och minst 5 läkemedel) och utarbeta nya riktlinjer som inte tar hänsyn till ålder och antal läkemedel. Under 2024 beslutades att göra läkemedelsavstämningar på alla nya patienter med prio på patienter som har öppenvårdsdos (sk Pascal). Läkemedelsavstämningar har prioriterats framför läkemedelsgenomgångar för att öka andelen korrekta läkemedelslistor för fler patienter under slutenvårdstiden och i samband med utskrivningar och vårdövergångar. Under 2024 gjordes 3760 läkemedelsavstämningar och 343 läkemedelsgenomgångar av farmaceuter.

Utebliven syrgasadministrering

Många läkemedelsavvikelser avser medicinska gaser (syrgas). Utebliven syrgasadministrering beror på flera faktorer framför allt förväxling mellan syrgas och luft.



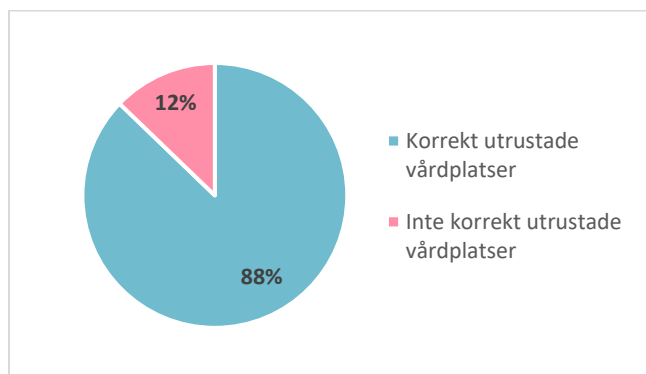
Figur 4. Antal syrgasrelaterade patientavvikelser, Helsingborgs lasarett 2020–2024 (Källa: AvIC).

RisKFörebyggande åtgärder:

Under året har arbetet med gasronder fortsatt eftersom det visat sig vara ett bra stöd för verksamheterna. Syftet med gasronderna är att öka kunskapen om medicinska gaser och därmed förhindra vårdskador. Målet är att alla vårdplatser ska vara korrekt utrustade enligt förvaltningsövergripande beslut samt att alla medarbetare ska ha tillräckliga kunskaper i gashantering.

I gasronden ingår bland annat inspektion av vårdplatser, lokalt gasförråd, tryckvakt, skyltning samt syrgas/luft på akutvagn. Gasronden avslutas med en dialog och diskussion om förbättringsåtgärder tillsammans med gasombud och enhetschef. Gasronden genomförs av lokal gaskommitté och enheten för patientsäkerhet.

Gasronder genomfördes på sammanlagt 18 slutenvårdsenheter. Tolv vårdenheter uppvisade 100 % korrekt utrustade vårdplatser, med ett medelvärde om 88% korrekt utrustade vårdplatser för alla 18 slutenvårdsenheter. Uppföljande extra gasronder är inbokade för enheter med lågt antal korrekt utrustade vårdplatser.



Figur 5. Resultat gasronder på förvaltningsnivå.

En viktig riskminimerande åtgärd har utförts under senare delen av 2023 då samtliga syrgasflaskor av märket Viproxal bytts ut till syrgasflaska Oyan. Viproxal flaskan har förekommit frekvent i avvikelser och bytet förväntas minska antalet syrgasavvikelser väsentligt. Under 2024 har det inte registrerats en enda avvikelse relaterad till felaktig hantering av gasflaskan Oyan.

Bemötande, beteenden, kommunikation

RisKFyllda beteenden och ohövlighet är kända och väl belagda faktorer för negativ påverkan på den trygga och säkra vården. Under 2024 har frågan fortsatt hållits aktuell och arbetet med att på ett strukturerat sätt angripa problematiken inletts.

Under året följande aktiviteter genomförts:

- Ett trettiotal föreläsningar samlande drygt 1000 medarbetare och chefer, såväl inom som utom förvaltningen, på temat hur beteenden mellan medarbetare påverkar den trygga och säkra vården.
- Förvaltningsövergripande arbete tillsammans med HR-organisationen kring riskindivider och individer med oönskade beteenden pågår.
- Arbete i det regionala chefläkarnätverket för att uppnå regional samsyn i frågorna kring individers beteenden som risk.
- Framtagande av strukturerat arbetssätt och hjälp för första linjens chefer att tidigt hantera ohövlighet och riskfyllda beteenden.

Allvarliga vårdskador under året

Ännu ett år har präglats av vårdplatsbrist. Detta har lett till en fortsatt hög belägningsgrad på vårdavdelningarna och en i perioder oacceptabel situation på akutmottagningen i Helsingborg. Under 2024 har dock antalet allvarliga avvikelser på sjukhuset som helhet minskat jämfört samma period 2023.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har sedan 2022 ett pågående tillsynsärende av akutsjukvården på Helsingborgs lasarett. Tillsynsärendet är ännu inte avslutat då denna summering skrivs.

Förvaltningen har anmält ett antal händelser innehållande tydligt undvikbara brister i systemet. Två utgör händelser där åtgärder på nationell nivå har bedömts vara nödvändiga. En händelse handlar om en brist i ordinationsunderlaget Pascal. Händelsen har anmälts både till IVO och till Läkemedelsverket. Dialog pågår mellan verksamheten, Inera och Läkemedelsverket i syfte att rätta till felet. Den andra händelsen avser en felaktigt nedlagd ventrikelsond. Då händelsen är en av många liknande i landet har ansvariga för Vårdhandboken kontaktats med önskemål om ett förtydligande av texten.

Under slutet av 2023 inträffade en incident där osterila operationsmaterial kom att användas. Utredningen har lett till ändrade rutiner när nya instrument eller nytt material skall användas samt nya rutiner för hur företagsrepresentanter/produktspecialister skall agera och interagera med operationspersonalen.

I början av 2024 inträffade en händelse där en syrgasflödesmätare ställdes i ett mellanläge och därmed inte levererade någon syrgas alls. Händelsen sätter fokus på medicinska gaser och medicintekniska produkter. Arbete pågår för att byta ut gammal utrustning och finna rimligaste lösningen för hanteringen av förvaltningens flödesmätare för alla medicinska gaser.

Övriga anmälda händelser gällde samtliga kända generiska risker (förväxling av läkemedel, mm).

Stärka analys, lärande och utveckling

Avvikelser

Risker för vårdskada samt händelser som har eller kunnat medföra en vårdskada rapporteras i AvIC. Avvikelserna utreds i verksamheterna men sammanställs och analyseras även på förvaltningsnivå. Generiska risker dokumenteras i riskloggen.



Klagomål och synpunkter

Klagomålen utreds inom respektive verksamhet. För varje enskilt klagomål görs det en bedömning av hur klagomålet ska hanteras beroende på allvarlighetsgrad.

Antal klagomål har ökat det senaste året, framför allt inom enskilda verksamhetsområde, vilket kan bero på brister i tillgänglighet och samordning (se tabell 2).

Antal av Ärendenummer Radetiketter	Kolumnetiketter				
	2020	2021	2022	2023	2024
Patient/brukare	74	57	61	80	88
Närstående	45	28	33	46	34
Patientnämnden	38	49	39	89	112
IVO	13	15	24	23	32
Totalsumma	170	149	157	238	266

Tabell 2. Antal klagomål utifrån vem som framfört det till värden, Helsingborgs lasarett 2020–2024 (Källa: AvIC).

Brister i bemötande och kommunikation till patient eller närstående förekommer ofta i klagomålen.

Det är inte ovanligt att klagomålen innehåller flera delar exempelvis bedömning, bristande tillgänglighet, lång väntetid, uppskjuten behandling. Dessa beskrivs ofta tillsammans med dåligt bemötande samt bristande eller utebliven information. Under 2024 ses dessutom en ökning gällande behandling, utebliven eller uppskjuten, vilket relateras till årets ökning av klagomål.

Varje verksamhetsområde har välfungerande rutiner för att tillsammans med KPH, sammanställa och sprida kunskap gällande verksamhetens klagomål men framför allt analysera och genomföra förändringsarbete för att möta patienternas behov och synpunkter.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Patientsäkerhetsarbetet för 2025 fokuserar fortsatt på att bli mer proaktivt och mindre reaktivt.

Patientinvolvering och personcentrering måste öka för att minska risken för vårdskador och öka kvaliteten på vården.

Ett viktigt mål för det kommande året är att fortsatt minska beläggningsgraden på vårdavdelningarna vilket i sin tur kommer att generera en lägre belastning på akutmottagningen och i förlängningen minska framför allt omvårdnadsriskerna. Att öka tillgängligheten till utredning och behandling för livshotande tillstånd och att fokusera på korrekt läkemedelsbehandling under slutenvård och i samband med vårdens övergångar är ytterligare exempel. Fortsatt fokus på arbetet med att identifiera omvårdnadsrisker och förebygga vårdskador.

Fortsatt gäller att:

- Patientsäkerhetsarbetet utgår från *Hälso- och sjukvårdsuppdraget*.
- Prioriteringar sker inom förvaltningens *Patientsäkerhetsråd*.
- Patientsäkerhetsarbetet regleras i förvaltningens *Ledningssystem för patientsäkerhet*.
- Allvarliga risker och händelser dokumenteras och hanteras i förvaltningens *Risklogg*.

Kompetensförsörjning

Rätt kompetens på rätt plats i rätt tid kommer alltid att utgöra grunden i sjukvården.

Kompetensförsörjningen är den viktigaste åtgärden för att kunna erbjuda en trygg och säker vård. Den enskilde medarbetarens engagemang, medmänsklighet och kompetens är avgörande för framgång.

Utbildning och kompetens

Fortsatt samarbeta med enhet utbildning för att stärka kunskapen och kompetens inom vården. Att säkerställa kunskap är avgörande både för patientsäkerhet, trygghet för medarbetare men också ur ett behålla perspektiv.

Teambaserade ronder

Temabaserade ronder blir ett etablerat verktyg för att förbättra vården inom följande riskområden:

- Vårdrelaterade infektioner: **Hygienronder** genomförs sedan flera år var 18:e månad men deltagarna utvidgas nu med chefläkare och chefsjuksköterska.
- Gashantering: **Gasronder** genomfördes första gången 2023 och kommer nu att ske 1 gång/år och oftare vid behov.

Handlingsplaner

Förvaltningen följer två handlingsplaner inom patientsäkerhetsområdet; handlingsplan för ökad patientsäkerhet samt handlingsplan för att förebygga vårdrelaterade infektioner. Till detta kommer en delregional handlingsplan för att förebygga återinläggningar samt en Läkemedelsplan som bägge innehåller aktiviteter för att öka patientsäkerheten inom respektive område.

I handlingsplanerna specificeras de olika aktiviteter som under 2025 på olika sätt kommer att vara i centrum för arbetet och utgöra underlag för förvaltningens mål och strategier på patientsäkerhetsområdet.

Bilaga 2. Egenkontroller kopplade till specifika mål för 2024

Resultat och analys

Indikatorer säker vård [ID NR]	Omfattning	Källa	Målnivå 2023	Strategi/Åtgärd	Utfall 2024 [2023]	Analys
Utlokaliserade patienter [ID0010]	Dagligen inom slutenvårdens samtliga verksamhetsområden	QlikView	< 0,5/100 vpl	Regionalt IT-stöd. Regional samordning av vårdplatser. Daglig styrning i Helsingborg. Förbättringsprojekt ”Akuta somatiska flödet”.	1,1% [3,0%]	Målet nås inte. Antalet utlokaliserade patienter har dock minskat jämfört 2022 (4,5%) och 2023 (3,0%).
Överbeläggning [ID0128]	Dagligen inom slutenvårdens samtliga verksamhetsområden	QlikView	< 1/100 vpl	Se ovan	15,1% [20,2%]	Målet nås inte. Arbetet med bemanning och eskaleringsplaner har intensifierats och antalet utlokaliserade har minskat sedan föregående år. Överbeläggningarna kvarstår dock alltjämt på en hög nivå, speciellt i jämförelse med övriga förvaltningar.
Återinskrivning inom 30 dygn Helsingborgs lasarett* *Ersätter ID0091	Månadsvis	QlikView	< 12 %	En gemensam handlingsplan med kommuner och primärvård är framtagen under 2024.	13,6 % (jan-nov) [13,2 %]	Avgörande för framgång är tillgänglighet till läkarstöd för den kommunala primärvården. Mobila närsjukvårdsteam kommer förhoppningsvis att kunna öka sin tillgänglighet under 2025. Stöd till SIP har tagits fram och kommer att testas på ett par vårdcentraler under Q1 2025 med sikte på breddinförande under Q2 2025. <i>Förvaltningen har beslutat att tillämpa ett utfallsmått på återinläggningar som speglar den egna verksamhetens förmåga att undvika återinläggning vilket gör att jämförelse med ID0091 inte kan göras.</i>

Indikatorer säker vård [ID NR]	Omfattning	Källa	Målnivå 2023	Strategi/Åtgärd	Utfall 2024 [2023]	Analys
Överflyttning av IVA patienter på grund av resursbrist [ID0438]	Dagligen	QlikView	< 2 %	Fyra intermediärvårdsplatser är nu i drift.	0,9 % [1,6 %]	Målet nås.
Utskrivnings-information ett eller fler läkemedel [ID0306]	Månadsvis	QlikView	≥ 70 %	Följsamhet till regionala riktlinjer för utskrivningsinformation. Fickfolder till stöd och hjälp för läkare och vårdpersonal.	71,8 % [60,5 %]	Målet nås. VO Barn tillämpar inte detta och VO Ortopedi använder sig av en alternativ utskrivningsinformation.
Riskbedömning avseende undernäring för patienter 18 år och äldre (slutenvård) [ID0337]	Följs upp kontinuerligt	QlikView	> 80 %	Fortsatt arbete med omvårdnadsrundor Daglig styrning och kontroll tex genom GK Adekvat kunskap och kompetens: God vård e-utbildning	75,0 % [65,7 %]	Målet nås inte. Anledningen kan vara bristande kunskap/kompetens och följsamhet till rutiner samt brist på dagliga planering/uppföljning av omvårdnadsarbetet.
Vårdplan avseende undernäring för patienter 18 år och äldre med ökad risk för undernäring enligt riskbedömning [ID0338]	Följs upp kontinuerligt	QlikView	> 95 %	Se ovan	77,7 % [78,9 %]	Målet nås inte. Anledningen kan vara bristande kunskap/kompetens och följsamhet till rutiner samt brist på dagliga planering/uppföljning av omvårdnadsarbetet. Vissa verksamheter uppnår målet i högre grad. Verksamheter med vårdtid under 24 innefattas inte av rutinen med inkluderas i statistiken.

Indikatorer säker vård [ID NR]	Omfattning	Källa	Målnivå 2023	Strategi/Åtgärd	Utfall 2023 [2022]	Analys
Följsamhet till regler för basal hygien vid patientnära arbete [ID0014]	PPM BHK ej genomförd 2024					
Följsamhet till regler för arbetskläder vid patientnära arbete [ID0219]	PPM BHK ej genomförd 2024					
Fallriskbedömning för patienter 65 år och äldre [ID0012]	Följs upp kontinuerligt	QlikView	> 80 %	Fortsatt arbete med omvårdnadsrundor Daglig styrning och kontroll tex genom GK Adekvat kunskap och kompetens: - God vård e-utbildning	82,7 % [73,8 %]	Målet nås.
Vårdplan avseende fallrisk ska upprättas för patienter 65 år och äldre med ökad fallrisk enligt fallriskbedömning [ID0013]	Se ovan	QlikView	> 95 %	Se ovan	86,1 % [86,8%]	Målet nås inte. Anledningen kan vara bristande kunskap/kompetens och följsamhet till rutiner samt brist på dagliga planering/uppföljning av omvårdnadsarbetet. Vissa verksamheter uppnår målet i högre grad. Verksamheter med vårdtid under 24 innefattas inte av rutinen med inkluderas i statistiken. För vissa VO har utlokalisering medfört nya rutiner som behöver förankras.

Indikatorer säker vård [ID NR]	Omfattning	Källa	Målnivå 2023	Strategi/Åtgärd	Utfall 2024 [2023]	Analys
Riskbedömning avseende trycksår för patienter 65 år och äldre [ID0021]	Följs upp kontinuerligt	QlikView	> 80 %	Fortsatt arbete med omvårdnadsrundor Daglig styrning och kontroll t.ex. genom GK Adekvat kunskap och kompetens: Att förebygga trycksår, undernäring och fall inom slutenvården Följsamhet till riktlinjer och vårdprogram: Regional riktlinje för prevention av trycksår Vårdprogram för trycksår Inventering och kvalitetsgranskning av madrass enligt regional riktlinje	82 % [73,7 %]	Målet nås
Vårdplan avseende trycksår för patienter 65 år och äldre med ökad risk för trycksår enligt riskbedömning [ID0223]	Se ovan	QlikView	> 95 %	Se ovan	78,5 % [80,3%]	Målet nås inte. Anledningen kan vara bristande kunskap/kompetens och följsamhet till rutiner samt brist på dagliga planering/uppföljning av omvårdnadsarbetet. Vissa verksamheter uppnår målet i högre grad. Verksamheter med vårdtid under 24 innefattas inte av rutinen med inkluderas i statistiken. För vissa VO har utlokalisering medfört nya rutiner som behöver förankras.

Indikatorer säker vård [ID NR]	Omfattning	Källa	Målnivå 2023	Strategi/Åtgärd	Utfall 2024 [2023]	Analys
Andel slutenvårdade patienter 18 år och äldre som har utvecklat trycksårs-kategori 1–4 under vårdtiden	PPM omvårdnad med start hösten 2024 Ska genomföras 2 ggr/år	PPM omvårdnad		Se ovan	7,8% [11,6 %]	
Andel slutenvårdade patienter 18 år och äldre som har utvecklat trycksårs-kategori 2–4 under vårdtiden	PPM omvårdnad med start hösten 2024 Ska genomföras 2 ggr/år	PPM omvårdnad	≤ 4 %	Se ovan	3,2% [6,8%]	Målet nås
Komplikationer relaterade till intravenösa infarter	PPM omvårdnad med start hösten 2024 Ska genomföras 2 ggr/år	PPM omvårdnad	0 %	Fortsatt arbete med omvårdnadsrundor Daglig styrning och kontroll tex genom GK Adekvat kunskap och kompetens: Att förebygga tromboflebit i samband med PVK God vård e-utbildning Följsamhet till Regional riktlinje: Regional riktlinje för hantering av perifer venkateter (PVK) för vuxna	9%	Målet nås inte. 15 av 165 patienter hade komplikation.

Bilaga 3. Egenkontroller som utförs för ökad patientsäkerhet som inte är direkt kopplade till specifika mål för 2024

Egenkontroll	Omfattning	Källa och ev. resultat
Hygienronder	Var 18:e månad samtliga verksamhetsområden	Protokoll, Vårdhygien
Avvikelser	Kontinuerligt Allvarliga generiska risker loggas i en risklogg.	Avvikelsesystemet Risklogg Resultat och analys under rubriken ”Avvikelser”
Patientens klagomål och synpunkter	Kontinuerligt.	Patientnämnden, IVO, diariet, avvikelsesystemet Resultat och analys under rubriken ”Klagomål”
Loggkontroller	Enligt Region Skånes instruktion en gång per månad inom samtliga verksamheter. Personal ska slumpmässigt väljas ut varje månad för kontroll. Ett riktmärke är 10 % av personalen. Personal som slumpats fram ska granskas under minst 24 timmar.	Logg, journalsystem
Verksamhetsspecifika kvalitetsregister	Förvaltningen deltar i ett stort antal kvalitetsregister	Vården i siffror samt via resp. register
Gröna Korset	Ingår i det dagliga arbetet Sammanställs varje månad inom varje enhet och VO	Analog/Digitalt Grönt Kors
Säker vård		X-matrisen