

Patientsäkerhetsberättelse

Region Skåne 2021

Dnr 2022-POL000051

Innehåll

Förord.....	4
INLEDNING.....	5
1 STRUKTUR.....	5
1.1 VÄRDGIVARENS ÅRLIGA PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE	5
1.2 ORGANISATION OCH ANSVAR	5
1.3 ÖVERGRIPANDE MÅL OCH STRATEGIER	6
2 ARBETET	8
2.1 SAMVERKAN FÖR ATT FÖREBYGGA VÅRDSKADOR.....	8
2.2 PATIENTERS OCH NÄRSTÅENDES DELAKTIGHET.....	8
2.3 HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSPERSONALENS RAPPORTERING	9
2.4 HANTERING AV KLAGOMÅL OCH SYNPUNKTER.....	10
2.5 EGENKONTROLL	10
3 ÅTGÄRDER.....	10
3.1 RISKANALYS.....	11
3.2 UTREDNING AV VÅRDSKADOR	11
3.3 INFORMATIONSSÄKERHET.....	11
4 RESULTAT OCH ANALYS.....	12
4.1 TRYCKSÅR	13
4.2 VÅRDRELATERADE INFEKTIONER	14
4.3 FALL.....	15
4.4 NUTRITION	15
4.5 ÄNDAMÅLSENLIG ANTIBIOTIKABEHANDLING.....	16
4.6 LÄKEMEDELSSÄKERHET	16

4.7 BEHANDLING PÅ RÄTT PLATS OCH NIVÅ.....	17
4.8 AVVIKELSER	18
4.9 KLAGOMÅL OCH SYNPUNKTER.....	18
4.10 HÄNDELSE OCH VÅRDSKADOR	18
4.11 RISKANALYS	19
4.12 SUICID	19
4.13 PATIENTSÄKERHET UNDER PANDEMIN	20
5 MÅL OCH STRATEGIER FÖR KOMMANDE ÅR	20

Förord

År 2021 har på grund av pandemin inneburit fortsatt stora utmaningar för Region Skåne och dess hälso- och sjukvård. Inom Region Skåne är patientsäkerheten av yttersta betydelse och regionens medarbetare och chefer har trots stora omställningar arbetat såväl proaktivt som reaktivt i sitt patientsäkerhetsarbete.

Patientsäkerhetsberättelsen är en viktig del av regionens patientsäkerhetsarbete. Den utgör inte bara en redovisning av det arbete som bedrivits inom patientsäkerhetsområdet och uppnådda resultat utan sätter även en riktning för det kommande arbetet. På så vis utgör den ett komplement till Region Skånes regionala handlingsplan för ökad patientsäkerhet¹ som fastställdes under 2021.

En framgångsfaktor för att uppnå hög patientsäkerhet är en god säkerhetskultur. Detta uppnås bland annat genom att man som medarbetare och patient känner sig delaktig och att det finns möjlighet till dialog. Vi hoppas att patientsäkerhetsberättelsen kommer att användas som underlag för diskussioner kring patientsäkerhetsarbetet på den egna arbetsplatsen. På en arbetsplats där man kan prata öppet kring risker och incidenter blir ofta patientsäkerhetskulturen och patientsäkerheten bättre. Här vill vi även slå ett slag för förvaltningarnas egna patientsäkerhetsberättelser som rymmer mycket intressant information och även Socialstyrelsens nya digitala utbildning i patientsäkerhet².

Region Skånes patientsäkerhetsberättelse visar att det i Region Skåne bedrivs ett mycket omfattande arbete inom patientsäkerhetsområdet. Detta är absolut nödvändigt för en organisation med en så komplex verksamhet som modern hälso- och sjukvård av toppklass. Resultaten tyder mycket på att patientsäkerheten i regionen överlag är god men att vi har områden där vi behöver förbättra oss. Det är allas vårt ansvar att fortsätta utvecklingen av vår patientsäkerhet och bidra till att vi fortsätter vara en lärande organisation.

Pia Lundbom

Pia Lundbom
Hälso- och sjukvårdsdirektör

R Havmöller

2022-02-28

Rasmus Havmöller
Regional chefläkare

¹ <https://vardgivare.skane.se/siteassets/1.-vardriktlinjer/patientsakerhet/handlingsplaner-och-strategier/handlingsplan-for-okad-patientsakerhet-i-region-skane.pdf>

² <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/om-patientsakerhet/aktuellt/saker-varld--nationell-utbildning-i-patientsakerhet/>

INLEDNING

Denna patientsäkerhetsberättelse avser Region Skånes övergripande patientsäkerhetsarbete i egenskap av vårdgivare. För mer detaljer hänvisas till förvaltningarnas egna patientsäkerhetsberättelser³. Vårdgivarens patientsäkerhetsberättelse är sammanställd av Staben för patientsäkerhet. Författarna reserverar sig för eventuella felaktigheter.

1 STRUKTUR

1.1 VÅRDGIVARENS ÅRLIGA PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE

Enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, ska vårdgivaren årligen upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Idén med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt för alla redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten. Region Skåne tillgängliggör sin patientsäkerhetsberättelse via sin vårdgivarwebb⁴.

Patientsäkerhetsberättelsen ska vidare beskriva vårdgivarens systematiska patientsäkerhetsarbete, dokumentera hur det organisatoriska ansvaret för patientsäkerhetsarbetet är fördelat inom verksamheten och tillgodose informationsbehovet hos externa intressenter. I patientsäkerhetsberättelsen ska även framgå hur man har arbetat med patientsäkerhet under året, vilka åtgärder som har vidtagits och vilka resultat som har uppnåtts.

1.2 ORGANISATION OCH ANSVAR

Regionstyrelsen har det yttersta ansvaret för patientsäkerheten men ansvar för att utveckla verksamheten inklusive patientsäkerheten åligger alla medarbetare. Ledningen på alla nivåer bidrar genom att sätta mål, följa upp och analysera resultat och ge återkoppling till berörda parter. En välfungerande verksamhet i Region Skåne utövar dessutom egenkontroll för att minimera risker i verksamheten, det vill säga, följer systematiskt upp och utvärderar samt kontrollerar att verksamheten bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet. Egenkontrollen är så omfattande och görs så ofta som krävs för att verksamheten ska kunna bedrivas med hög säkerhet och god kvalitet. Det delade ansvaret innebär slutligen också att patienter och närstående görs delaktiga och att bidra till en god patientsäkerhetskultur⁵.

Regiondirektören är regionens högste tjänsteman och leder verksamheten och ansvarar för att organisationens arbete bedrivs med kvalitet.

Hälso- och sjukvårdsdirektören har ett funktionsansvar för bland annat frågor som avser

³ <https://vardgivare.skane.se/uppdrag-avtal/uppfoljning/omraden-verksamheter/patientsakerhet/#44412>

⁴ Se fotnot 3!

⁵ Patientsäkerhetskultur avser de förhållningssätt och attityder som en organisation och dess medarbetare har till risker. Det kan tex handla om attityder, värderingar och beteenden.

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 replierar mot politiska styrelser eller driftsnämnd som svarar för uppföljning.

Inom förvaltningarna finns chefläkare, chefsjuksköterskor och patientsäkerhetssamordnare som stödjer patientsäkerhetsarbetet. Chefläkarna ansvarar bland annat särskilt för att allvarliga händelser uppmärksammas, utreds korrekt 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 (tidigare benämnt anmälan enligt lex Maria).

Inom Koncernkontorets Avdelning för hälso- och sjukvårdsstyrning som leds av hälso- och sjukvårdsdirektören bedrivs ett regionalt övergripande patientsäkerhetsarbete av regional chefläkare, regional chefsjuksköterska och en hälso- och sjukvårdsstrateg (Staben för patientsäkerhet). Arbetet sker genom regelbundna strategiska möten med förvaltningarnas chefläkare och chefsjuksköterskor för informationsutbyte, samordning av strategier, arbete och frågor rörande patientsäkerheten. Arbetet sker även i nära samverkan med Vårdhygien Skåne, Strama Skåne (Samverkan mot antibiotikaresistens), den regionala läkemedelsenheten, den regionala krisberedskaps-, säkerhets- och miljöledningen och andra funktioner. Inom ramen för den regionala kunskapsstyrningen hanteras patientsäkerhetsperspektivet i huvudsak via tre konstellationer, Region Skånes patientsäkerhetsråd, Region Skånes regionala chefläkargrupp och Region Skånes regionala chefsjuksköterskenätverk.

1.3 ÖVERGRIPANDE MÅL OCH STRATEGIER

Region Skånes övergripande mål för bland annat patientsäkerhet framgår av den budget och verksamhetsplan som upprättas varje år av Regionfullmäktige. Utifrån de övergripande målen i budgeten formulerar Hälso- och sjukvårdsnämnden Region Skånes hälso- och sjukvårdsuppdrag till verksamheten. Det är ett strategiskt dokument som utifrån budget anger mål, inriktning samt prioriterade områden för den offentligt finansierade hälso- och sjukvården i Region Skåne. Måluppfyllnad bedöms med hjälp av definierade indikatorer och målnivåer. I uppdraget för 2021⁶ framgår bland annat att hälso- och sjukvården ska vara god och säker med det övergripande målet att minska vårdskador⁷. Vidare framgår att patientsäkerhet är av högsta prioritet inom Region Skånes hälso- och sjukvård och nollvision avseende vårdskador ska råda.

För att ytterligare tydliggöra den riktning regionen behöver förflytta sig i för att uppnå ökad patientsäkerhet har en regional handlingsplan för ökad patientsäkerhet fastställts av hälso- och sjukvårdsnämnden 2021. Dokumentet utgår från den nationella motsvarigheten som utarbetats

⁶ <https://vardgivare.skane.se/siteassets/4.-uppdrag-och-avtal/uppdrag/2021/uppdrag-hs-2021.pdf>

⁷ Med vårdskada avses lidande, kroppslig eller psykisk eller sjukdom samt dödsfall som inträffat i samband med hälso- och sjukvård och kunde undvikits om adekvata åtgärder hade vidtagits.

av Socialstyrelsen. Region Skånes handlingsplan ger uttryck för ett mer proaktivt arbetssätt inom patientsäkerhetsarbetet och revideras årligen. En regional handlingsplan blir ett sätt att definiera en gemensam målbild och riktning för det strategiska patientsäkerhetsarbetet som sedan behöver brytas ner på förvaltningsnivå och anpassas till lokala förhållanden. Flera av regionens vårdförvaltningar har redan skapat lokala handlingsplaner utgående från den regionala i syfte att öka patientsäkerheten för Skånes invånare och skydda dem från vårdskador.

Enligt patientsäkerhetslagen uppstår en vårdskada när en patient drabbas av ett lidande, en kroppslig eller psykisk skada eller en sjukdom samt vid dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården. I en säker hälso- och sjukvård är arbetet organiserat på ett sådant sätt att vårdskador förhindras. Vården i Region Skåne bottnar även i vår gemensamma värdegrund. Den ska vara välkomnande, drivande och ske med ett bemötande präglad av omtanke och respekt. Ingen ska behöva drabbas av en vårdskada.

För att uppnå detta krävs exempelvis att nedanstående uppfylls:

- Patientsäkerhetskulturen ska kontinuerligt stärkas genom ett strukturerat förbättringsarbete.
- All vård som erbjuds ska vara av hög medicinsk kvalitet och av god hygienisk standard.
- Chefer och medarbetare ska ha kunskap om rutiner för att identifiera, analysera, bedöma och åtgärda orsaker som kan leda till vårdskada. Vidtagna åtgärder ska följas upp för att se att de haft avsedd effekt. Vårdskador ska förhindras genom ett aktivt riskförebyggande arbete.
- Patienten och närstående ses som viktiga aktörer och i större utsträckning involveras i det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Ett bra bemötande av patienten främjar patientsäkerheten.
- Patienten i sluten vård ska erbjudas vårdplats på korrekt vårdnivå och förflyttning ska om möjligt ske endast av medicinska skäl.
- Samarbete, erfarenhetsutbyte och kommunikation såväl inom organisationen som mellan vårdgivare och/eller huvudmän ska förbättras.
- Utskrivningsinformationen ska vara begriplig för patienten.
- Läkemedelslistor behöver vara aktuella och korrekta.
- Resistensutvecklingen för antibiotika måste minimeras. Detta innebär att Stramas 10 punktsprogram för minskad antibiotikaresistens ska vara ledande inom all hälso- och sjukvård.
- Arbetsmiljön behöver vara god.
- Hälso- och sjukvården ska ha rutiner för att förebygga, identifiera och behandla undernäring. På så sätt kan nutritionsrelaterade vårdskador förhindras.

2 ARBETET

För att uppnå en hög patientsäkerhet krävs att patientsäkerhetsarbetet bedrivs med systematik och kontinuitet samt utifrån ett patientperspektiv. Viktiga delar i detta arbete beskrivs nedan.

2.1 SAMVERKAN FÖR ATT FÖREBYGGA VÅRDSKADOR

I förvaltningarna sker ett samarbete med Smittskydd Skåne, Patientnämnden Skåne, Vårdhygien Skåne och Strama Skåne. Arbetet samordnas strategiskt på regional nivå i olika råd och kommittéer såsom Region Skånes patientsäkerhetsråd och Region Skånes hygienkommitté. Hygienkommitténs aktivitet har dock varit begränsad på grund av att dess resurser har behövts inom pandemiarbetet. Förvaltningarnas chefläkare och chefsjuksköterskor samverkar i regelbundna möte under ledning av regional chefläkare respektive regional chefsjuksköterska.

Lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (2017:612) ska främja en god vård för enskilda som efter utskrivning från slutna vård behöver insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den landstingsfinansierade öppna vårderna. Syftet med lagen är att hålla ledtiderna mellan slutna vård på sjukhus och vård i omsorg i det egna hemmet eller i särskilt boende så korta som möjligt. I enlighet med den nya lagen har nya arbetssätt införts inom den somatiska vårderna, primärvården och psykiatrin. Detta har lett till kortare vårdtider, mer ändamålsenlig planering för patienterna och färre fel i vårdens övergångar. Invånaren kan sedan 2021 även ta del av samordnade individuella planer (SIP) via 1177.se.

Det finns en väl utvecklad samverkan mellan kommuner, den slutna somatiska vårderna, psykiatrin, primärvården samt privata hälsovalsenheter. Denna samverkan lokalt och delregionalt har lyfts fram som en framgångsfaktor i pandemiarbetet. Andra exempel på framgångsrik samverkan är en lokal samverkansgrupp som utgår både från Hässleholm och Kristianstad är risker i vårdens övergång (RIVÖ), vars huvudsakliga uppgift är att diskutera och hantera praktiska patientnära verksamhetsfrågor för att främja en säker trygg vård för patienten i vårdens övergångar mellan den slutna vårderna, öppna vårderna och den kommunala vårderna. Ett annat viktigt exempel är uppstarten av en arbetsgrupp prehospital psykiatri där Region Skåne kan samverka med olika prehospitala aktörer kring personer med psykisk ohälsa.

Ytterligare samverkan inom patientsäkerhetsområdet på övergripande nivå sker inom regional och nationell samverkansgrupp för patientsäkerhet samt det nationella chefläkarnätverket.

2.2 PATIENTERS OCH NÄRSTÅENDES DELAKTIGHET

Ökad delaktighet och inflytande för patienterna har stor betydelse för patientsäkerhetsarbetet. Klagomålshantering med vårdgivaren som primär mottagare tydliggjordes bland annat genom ändring i PSL år 2018 och medför fler tidiga dialoger mellan berörd vårdenhets och patient och/eller närstående. I händelseanalyser i samband med allvarlig vårdskada bereds patienter och närstående i allt större utsträckning möjlighet att bli involverade när så är möjligt.

Patientråd, patientföreningar, patienter och i vissa fall närstående involveras i flera processer (exempelvis äldre-, diabetes/endokrin- och strokeprocessen) genom inbjudan till verksamheterna och i vissa fall också arbetsgrupper samt till föreläsningar (exempelvis höftskola, KOL-skola, strokeskola, parkinsonskola, hjärtskola och reumagrupp). På grund av pandemin har flera dylika aktiviteter pausats om de inte kunnat erbjudas digitalt. De flesta förvaltningar har inrättat olika typer av patient- och närståenderåd. För att ytterligare underlätta patientmedverkan har en regiongemensam ersättningsmodell för patient- eller närståendemedverkan inrättats.

Det finns flera exempel på aktiviteter syftande att öka patientcentrering och delaktighet. Inom Skåne universitetssjukvårds (Sus) förvaltning finns till exempel ett expertråd bestående av barn och unga. Inom förvaltningen för Skåne sjukhus nordväst (SSNV) finns ett Patientutbildningscentrum som arbetar med att utveckla ett samlat koncept för patient- och närståendemedverkan. I Primärvårdsförvaltningen har ett expertråd patientfokus med anställda patienter inrättats. Även inom ramen för Skånes digitala vårdmiljö (SDV) finns anställda patienter som medskapare av en god och säker framtida vård. I slutenvården används ett regionalt informationsmaterial, ”Din säkerhet i vården”, som syftar till att göra patienten delaktig i sin vård och behandling. Inom förvaltningen för Psykiatri, habilitering och hjälpmedel finns inflytandestrateg som bland annat sammankallar de Skåneövergripande inflytanderåden där föreningsrepresentanter och ledning träffas regelbundet. Förvaltningen har även samarbete med NSPH (Nationell samverkan för psykisk hälsa).

Paraplyorganisationen utför kvalitetsutvecklande arbete i verksamheten utifrån sin unika roll. Utöver detta arbetar man med brukarstyrd inläggningar som syftar till att åstadkomma en ökad autonomi för patienten.

Ett annat exempel på hur man kan göra patienter och närstående delaktiga i patientsäkerhetsarbetet är att på ett enkelt och kortfattat sätt informera om hur patienten kan förebygga att falla. Exempel på informationsmaterial är *Din säkerhet i vården* som finns som både affisch och folder, och är översatt till 10 språk samt *Trycksår, undernäring och fallolyckor* som är en broschyr som erbjuds patienter och närstående vid exempelvis mottagningsbesök.

2.3 HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSPERSONALENS RAPPORTERING

För att förbättra säkerheten i hälso- och sjukvården måste alla medarbetare i vården rapportera händelser som har medfört en vårdskada eller hade kunnat göra det. Genom att systematiskt rapportera, ta emot och hantera synpunkter, klagomål och avvikelser ökar kunskapen om varför något har inträffat, vad som hänt och möjligheten för att undvika att det händer igen ökar. Chefer och medarbetare introduceras vid nyanställningen i avvikelshantering. Det finns även en webbutbildning att tillgå. Avvikelsesystemet är en av grunderna för att kunna arbeta med händelser och risker som underlag till en säkrare vård. Även ”Gröna korset” som bäst kan beskrivas som ett instrument för daglig hantering av patientsäkerhetsfrågor, vinner mark och finns inom flera verksamheter, med bland annat stor spridning inom förvaltningarna Primärvård och Psykiatri, habilitering och hjälpmedel. Genom att se patienterna och de närstående som en viktig resurs i patientsäkerhetsarbetet, och erbjuda möjligheten att delta, så utökas möjligheterna till en säkrare vård ytterligare. För allvarliga händelser som kräver vidare utredning finns metoder och rutiner för internutredning, händelseanalys och eventuell anmälan

till IVO enligt föreskriften om anmälan om händelse som medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada (HSLF-FS 2017:41).

2.4 HANTERING AV KLAGOMÅL OCH SYNPUNKTER

Klagomål från patienter och närstående kan bidra till en bättre och säkrare vård och är därför en värdefull del i arbetet med att utveckla patientsäkerheten. Från och med 1 januari 2018 gäller en ny struktur för klagomålshantering i hälso- och sjukvården. I de nya bestämmelserna är den bärande tanken att klagomål i första hand ska utredas av hälso- och sjukvården. IVO har fått en förändrad roll och utövar tillsyn av verksamheter i högre grad än tidigare och har också fått ett tydligare patient- och brukarperspektiv. Patientnämndernas huvudsakliga uppgift är att hjälpa patienter och närstående att föra fram klagomål till hälso- och sjukvården, samt att årligen analysera inkomna klagomål och synpunkter. Om patienten av någon anledning inte önskar framföra klagomålet direkt till hälso- och sjukvården kan Patientnämnden Skåne fylla en viktig funktion. Information till patienter och närstående om hur de kan framföra klagomål till vården finns publicerad på skane.se och 1177.se. Klagomål och synpunkter sammanställs och analyseras på förvaltningsnivå. För att aggregera data för vidare analys på regionnivå behöver utveckling ske även om vissa möjligheter redan finns. Detta är möjligt när ett nytt avvikelshanteringssystem implementerats.

2.5 EGENKONTROLL

En välfungerande verksamhet i Region Skåne utövar egenkontroll för att minimera risker i verksamheten, det vill säga, följer systematiskt upp, utvärderar och kontrollerar att verksamheten bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet. De viktigaste momenten i regionens egenkontroll under ett normalt år framgår nedan i tabellen. Under pandemin har vissa aktiviteter utgått.

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Vårdrelaterade infektioner	1 gång per år	SKR databas
Markörbaserad journalgranskning	1 gång per månad	SKR databas
Basala hygienrutiner och klädregler	2 gånger per år	SKR databas
Hygienronder	Var 18nde månad	Protokoll
Patientsäkerhetsdialoger	1–2 gånger per år	Protokoll
Avvikelser	1 gång per år	Avvikelsehanteringssystemet
Trycksår	2 gånger per år	SKR databas
Patientens klagomål och synpunkter	1 gång per år	Patientnämnden, IVO, avvikelshanteringssystemet

3 ÅTGÄRDER

En översyn genomfördes 2019 av den regionala patientsäkerhetsfunktionen i syfte att förtydliga den regionala styrningen och ledningen av patientsäkerhetsarbetet och samverka med andra regionala funktioner för hälso- och sjukvårdsstyrning inklusive kunskapsstyrningsorganisationen. Översynen resulterade i ett förtydligande av organisatorisk

tillhörighet, uppdrag och mandat för den regionala patientsäkerhetsfunktionen; Staben för patientsäkerhet. Under året har utvecklingen fortsatt i en positiv riktning. Staben för patientsäkerhet har utökats, kunskapsstyrningsorganisationen har implementerats, flera regionala patientsäkerhetsgrupperingar (till exempel det regionala chefsjuksköterskenätverket) har fått sina regionala uppdrag reviderade eller fastställda och Region Skånes patientsäkerhetsråd har trots pandemin utfört sitt uppdrag enligt arbetsordningen.

3.1 RISKANALYS

Risikanalys inom patientsäkerhetsområdet är en metod som är till för att systematiskt identifiera, analysera och bedöma risker som skulle kunna medföra brister i verksamheternas kvalitet och leda till patientskada. En riskanalys 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 och för att förebygga vårdskador. Under pandemin har ett förenklat förfarande introducerats vilket möjliggjort en effektivt och ändamålsenlig bedömning av det signifikanta antalet risker som på kort tid introducerades relaterat till den stora och snabba omställningen av hälso- och sjukvården som krävdes. Arbetssättet har fortsatt under 2021.

Risikanalyser har bland annat utförts i förvaltningarna i samband med öppnande av nya vårdavdelningar, införande av videobesök och i samband med uppkomna materialbristsituationer sekundärt till globala leveransproblem. Utöver riskanalyser så genomförs även riskronder, arbetsmiljöronder samt inspektioner och tillsyner av IVO som får räknas in i det riskförebyggande arbetet.

Inom ramen för arbetet med att utveckla Skånes digitala vårdssystem (SDV) har arbetet med riskhantering utvecklats ytterligare under året och processerna tydliggjorts. Arbetet har tillsynats av IVO som konstaterade att arbetet uppfyller lagstadgade krav vad gäller riskhantering enligt 11 och 13 §§ lagen om informationssäkerhet för samhällsviktiga och digitala tjänster (2018:1174), LIS.

3.2 UTREDNING AV VÅRDSKADOR

Vårdgivaren är skyldig att anmäla en händelse som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada till IVO. Vårdgivaren har delegerat detta anmälningsansvar till chefläkare i förvaltningarna. Som underlag för anmälan görs en internutredning och vid behov en händelseanalys av verksamhetschefen. Beslut från IVO i ärenden gällande händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada och klagomålsärenden diskuteras i bland annat Region Skånes chefläkar- och chefsjuksköterskegrupper.

3.3 INFORMATIONSSÄKERHET

Systematiska förbättringar inom informationssäkerhetsområdet är en viktig del av regionens arbete för ökad patientsäkerhet. Resurser för informationssäkerhet och dataskydd har ökat på såväl förvaltningsnivå som på regional nivå.

Under året har en förvaltningsöverskridande översyn av arbetet med informations-

klassificering och riskbedömning, samt vägen till beslut om driftsgodkännande, genomförts och utmynnat i en åtgärdsplan. Specifika uppföljningar har även gjorts på förvaltningsnivå, exempelvis avseende behörigheter till patientadministrativa system, gällande dataintrångsärenden och otillräcklig behörighetsstyrning i system.

Risikanalyser görs löpande i enlighet med Region Skånes styrande dokument. Riskanalyserna rör många gånger enskilda system, men utförs även inför upphandling och utifrån verksamhetsprocesser. Under året har det genomförts cirka 150 riskanalyser av varierande komplexitet i workshopsformat. Ett stort antal av analyserna är slutförda och innefattar till exempel Ineras tjänst för videomöte, generell bedömning av 1177 Vårdguidens e-tjänster samt system för patientövervakning.

Flera åtgärder har vidtagits för förbättring av informationssäkerheten. Bland annat har regionala funktioner tillsammans med förvaltningarnas samordnare påbörjat en omfattande informationssäkerhetsutbildning kopplat till ISO 27001 - Ledningssystem för informationssäkerhet, och ISO 27701 - Krav och vägledning för hantering av personuppgifter. Vidare har föregående års arbete med framtagande av nya rutiner för hantering av patienter med skyddade personuppgifter beslutats och implementerats under året. I samband med detta producerades en e-utbildning som även kompletterats med utbildningsinsatser i förvaltningarna. Trots att pandemin även detta år påverkat planerade utbildningsinsatser har målgruppsanpassade och verksamhetsnära utbildningar kunnat genomföras, om än inte i den omfattning som vore önskvärt.

Utvärdering, uppdateringen och införande av olika skyddsåtgärder avseende skydd mot obehörig åtkomst görs löpande i samverkan med berörda intressenter. Detta har resulterat i särskilda insatser mot ransomware (skadlig kod som låser datorn eller krypterar filer) och phishing (nätfiske).

Den granskning som sker av hälso- och sjukvårdspersonalens åtkomst till patientuppgifter sker fortfarande manuellt på grund av tekniska begränsningar i IT-stöden. Arbetet är tidskrävande och utgår från stickprov och riktade kontroller som rapporteras enligt gällande instruktioner. Uppföljning sker löpande under året och avser statistik över inrapporterade loggkontroller. Flera förvaltningar arbetar aktivt med riktade insatser och kunskapsnivån har höjts, men det finns fortfarande utrymme för förbättring inom området. Det pågår ett arbete med att införa en regional hantering av ärende avseende misstanke om dataintrång vilket förväntas ge en bättre statistik.

4 RESULTAT OCH ANALYS

Region Skånes patientsäkerhetsarbete och dess resultat bygger på ett kontinuerligt, systematiskt och metodiskt arbetssätt utifrån identifierade riskområden. Resultatet av patientsäkerhetsarbetet i Region Skåne uppvisar en tydlig trend till det bättre över tiden. Detta beror sannolikt på till exempel ett gott kunskapsläge, som finns hos medarbetarna, rörande de risker som finns inom hälso- och sjukvården och på en kulturförändring som underlättar ett mer öppet diskussionsklimat. Exempelvis har andelen vårdskador inom somatisk slutenvård minskat successivt och har mellan åren 2013–2017 mer än halverats. Inom ramen för regionens medarbetarenkät besvaras även frågor gällande säkerhetskultur. Det så kallade

HSE-indexet (Hållbart säkerhetsengagemang) visade 2021 oförändrat goda nivåer trots pandemins utmaningar.

Resultat för olika patientsäkerhetsindikatorer redovisas i tabellen nedan och kommenteras i delavsnitten som följer. Patientsäkerhetsindikatorerna i tabellen innefattar även de som är beslutade av Hälso- och sjukvårdsnämnden utifrån sitt ansvar som uppdragsgivare för Region Skånes vård i egen regi och avtalsvård.

Tabell. Region Skånes patientsäkerhetsindikatorer i urval.

Indikatorer	Målnivå	Utfall 2021	Utfall 2020	Utfall 2019
Riskbedömning avseende fall ≥65 år	>79,5%	77	80	80
Andel patienter 18 år och äldre med trycksår uppkomna under vårdtiden (ppm)	≤4%	6,1	5,1	4,5
Riskbedömning avseende undernäring 18 år och äldre (slutenvård)	>79,5%	66	68	68
Vårdplan undernäring 18 år och äldre	≥95%	86	85	84
Vårdrelaterade infektioner (ppm)	SUS ≤8% CSK/Hbg ≤6% Övriga ≤4%	Inställd pga. pandemi	Inställd pga. pandemi	11
Utlokaliserade patienter	≤0,5/100	1,8	1,5	1,1
Överbeläggning	≤1/100	4,8	4,3	6
Överflyttning IVA patienter pga. resursbrist *	≤1,5	4,2	3,8	2,0
Utskrivningsinformation läkemedel ett eller fler läkemedel	≥70%	71	71	70
Tvärprofessionella läkemedelsgenomgång (primärvård)	≥50%	13	22	24
Tvärprofessionell läkemedelsgenomgång, inkl. läkemedelsavstämning (slutenvård)	≥50%	23	27	24
Olämpliga läkemedel Äldre (≥75 år)	≤24 000 DDD/1000	19 950	22 100	24 735
Öppenvårdsantibiotika (vårdcentralerna)	≤300/1000	253	261	313
Bredspektrumantibiotika vid urinvägsinfektion	<10%	11	11	12
Penicillin V vid behandling av barn med luftvägsantibiotika	>75%	72	73	75
Vårdplan avseende fallrisk	>95%	90	90	88
Riskbedömning avseende trycksår	>79,5%	77	80	79
Vårdplan avseende trycksår	>95%	85	86	85
Följsamhet till regler för basal hygien vid patientnära arbete	≥90 %	85	86	87
Följsamhet till regler för arbetskläder vid patientnära arbete	100 %	93	93	92

* Observera att indikatorn har ändrats (jämfört tidigare använd indikator ID0136) för att bättre harmonisera med övriga regioners rapportering till Svenska intensivvårdsregistret och nu innefattar även special-IVA-avdelningar.

4.1 TRYCKSÅR

Trycksår är i de allra flesta fall ett smärtsamt tillstånd för patienten som kan påverka livskvaliteten negativt på många sätt. I Region Skåne följs indikatorn Riskbedömning avseende trycksår baserat på det som dokumenterats i patientjournalen. Riskbedömningen avser andelen genomförda riskbedömningar vid vårdtillfällen för patienter som är 65 år eller äldre. För patienter med ökad risk för trycksår ska det upprättas en individuell vårdplan

avseende trycksår (kvalitetsindikator Vårdplan avseende trycksår). Under 2021 uppvisade Region Skåne sammantaget höga nivåer för bägge indikatorerna och uppnådde regionens delmål men inte målen, även om vissa förvaltningar gjorde det. Vanligtvis genomförs punktprevalensmätning (PPM) avseende trycksår vid två tillfällen per år.

Punktprevalensmätningar visar enbart en ögonblicksbild men resultaten kan vara viktiga för att jämföra trender över tid och för hela riket. Under 2021 frångicks planeringen eftersom Sveriges kommuner och regioner (SKR) senarelade sin mätning till höstterminen och därför utgick den mätning som Region Skåne själv brukar initiera under hösten. SKR:s mätning visade på försämrade resultat för regionens verksamheter och patienter. Det regionövergripande målet om att patienter med allvarliga trycksår (kategori 2–4) ska vara lägre än fyra procent är ambitiöst. Resultatet som framkom vid höstens mätning visade 6,1 procent vilket är en liten ökning från föregående år och tidigare års nedåtgående trend.

Nyttillkomna trycksår ska registreras i avvikelssystemet. Under 2021 rapporterade vårdpersonal 457 händelser som händelseklassificerats som trycksår. De rapporterade händelserna rör alla trycksår och inte endast de som är nyttillkomna. De vanligaste lokaliseringarna för trycksår är hälar och ryggslut och vanligaste orsaker till trycksåret har varit att patienten haft nedsatt rörelseförmåga, varit sängliggande samt haft ett nedsatt vätske- och näringsintag.

På övergripande nivå svarar regional grupp för trycksårsprevention för systematiska förbättringar och utveckling. Under året har bland annat Vårdprogram för trycksår fastställts som stöd i det nära patientarbetet och kompetenshöjande insatser som ett webinarium om nutritionens betydelse för att förhindra och behandla trycksår genomförts och öppet för medarbetare inom region, kommun samt privata vårdgivare.

4.2 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. Vårdrelaterade infektioner anses vara den vanligast förekommande vårdskadan. SKR har regelbundet bjudit in regionerna till mätning av förekomsten av VRI inom slutenvården genom PPM under vårterminen. På grund av covid-19 och den ökade belastningen i vården har inte SKR bjudit in till mätning under de senaste två åren. Den senaste PPM VRI i SKR:s regi genomfördes vårterminen 2019. Någon annan motsvarande övergripande uppföljning av VRI har inte genomförts utifrån ett regionalt perspektiv. Många verksamheter har som rutin att regelbundet genomföra PPM inom flera av de områden där VRI är vanligt förekommande men har under 2021 inte haft möjlighet att arrangera och genomföra sådana relaterat till pandemin.

Följsamheten till basala hygienrutiner och regler för arbetskläder (BHK) är en viktig faktor för att minska riskerna för VRI. SKR ansåg att PPM basala hygienrutiner och klädregler var av särskilt värde och viktig i relation till pandemin och därför utfördes en mätning under våren 2021. Region Skåne genomförde därutöver en egen mätning under hösten 2021.

Det finns förbättringspotential för ökad följsamhet till BHK. Region Skåne uppvisar goda resultat i mätningarna men det högt satta målet för hygienregler nås inte under något av mättillfällena år 2021, men regionens delmål på 80 procents följsamhet uppnås. Målet nås inte

heller för följsamheten till klädregler. Stora variationer förekommer mellan verksamheterna och vissa verksamheter når målen medan andra inte gör det.

Gemensamt för många verksamheter i Region Skåne är att e-utbildningen Basala hygienrutiner och vårdhygien är obligatorisk för personal som arbetar i den patientnära vården. Innehållet är baserat på Socialstyrelsens föreskrift (SOSFS 2015:10) Basal hygien i vård och omsorg.

4.3 FALL

Fallhändelser kan leda till att patienten skadar sig, ibland allvarligt, och kan leda till obehag och smärta samt förlängd vårdtid. I Region Skåne ska en riskbedömning avseende fall genomföras i samband med inskrivning i slutenvård. Andelen genomförda riskbedömningar inom slutenvården når delmålet med god marginal men inte hela vägen fram till målet som var 79,5 procent. Resultatet för upprättade vårdplaner är i linje med riskbedömningar. Inträffade fall och fallskador ska registreras i avvikelssystemet och dokumenteras i patientjournalen. Under året rapporterades drygt 2000 händelser som klassificerats som ”fall/fallskada” i avvikelssystemet vilket är oförändrat jämfört föregående år. Under det gångna året har det dokumenterats att 3 158 patienter har fallit under vårdtiden vid sammanlagt 4 274 tillfällen. Det är något färre antal patienter och inträffade fall än vad som journalfördes året dessförinnan.

De utbildningsåtgärder som det tidigare har planerats för har fått utgå på grund av pandemin.

4.4 NUTRITION

Det finns starka samband mellan sjukdomsrelaterad undernäring och komplikationer, förlängda vårdtider, nedsatt funktion, försämrad livskvalitet samt dödlighet. En vårdgivare som lyder under hälso- och sjukvårdslagen ska ha rutiner för hur undernäring ska förebyggas, identifieras, utredas och behandlas. Ett aktivt tvärprofessionellt arbete på alla vårdnivåer och över huvudmannagränser krävs för ett framgångsrikt arbete. Inom ramen för samverkansavtalet mellan Region Skåne och Skånes kommuner har det bildats en arbetsgrupp som har i uppdrag att identifiera och beskriva Skånegemensamma utmaningar inom nutritionsområdet. Det har även tagits fram en vägledning om hur Socialstyrelsens föreskrift ska tillämpas avseende förebyggande och behandling vid undernäring.

Region Skåne når inte upp till det egna målet för riskbedömning avseende undernäring hos vuxna patienter inom slutenvård men delmålet för 2021 om upprättad vårdplan hos patienter med ökad risk för undernäring uppnås.

Andelen personer med risk för undernäring är hög i den slutna vården, 22 procent av riskbedömda personer från 18 års ålder respektive 28 procent från 65 års ålder. Andelen är oförändrad jämfört med 2020.

Region Skåne har fastställt en regional riktlinje gällande riskbedömning av undernäring hos barn och ungdomar inom slutenvård. Riktlinjen implementeras successivt, dock med varierande takt i de olika förvaltningarna. Under året har 32 procent riskbedömts vilket är en ökning jämfört med 2020. Som stöd för implementeringen har en webbaserad utbildning tagits fram.

4.5 ÄNDAMÅLSENLIK ANTIBIOTIKABEHANDLING

Den ökande antibiotikaresistensen är starkt sammankopplat med överförskrivning av antibiotika. Strama Skåne arbetar för att minska onödig förskrivning av antibiotika och bidrar därmed till en mer patientsäker vård. Detta arbete har dock skett i mindre omfattning på grund av pandemin.

Pandemin har fortsatt haft stor påverkan på antalet uthämtade antibiotikarecept med minskningar i alla regioner i Sverige. I Skåne blev minskningen tre procent jämfört med 2020 vilket ligger i linje med minskningen på riksnivå. Skåne ligger dock fortfarande på höga nivåer jämfört med andra regioner. Det är framför allt antibiotika som ofta används vid luftvägsinfektioner som minskar.

Antal antibiotikarecept totalt från alla förskrivare per 1000 listade patienter och senaste tolv månadersperiod är också en kvalitetsindikator för skånska vårdcentraler och under 2021 var gränsen 300 recept per 1000 listade och år. 89 procent av vårdcentralerna klarade målet, de allra flesta med mycket god marginal. Minskningar i antibiotikaförsäljning sågs framförallt under första halvåret av 2021 med störst procentuell minskning hos barn och unga.

Andra kvalitetsindikatorer som avspeglar följsamhet till behandlingsriktlinjer för urinvägsinfektioner hos kvinnor samt luftvägsinfektion hos yngre barn uppvisade generellt goda resultat.

4.6 LÄKEMEDELSSÄKERHET

Brist på överblick av patientens alla läkemedel är en patientsäkerhetsrisk och kan leda till försämrad livskvalitet, onödiga sjukhusinläggningar och samhällsekonomiska kostnader. I Region Skånes förbättringsarbete för säker läkemedelsanvändning är det viktigt att berörda verksamheter arbetar med kompetenshöjning inom bland annat läkemedelsavstämning (aktuell läkemedelslista), läkemedelsgenomgång och utskrivningsinformation. Under året har kvalitetsmätningen PPM Aktuella läkemedelslistor, som gjordes i slutet av 2020, analyserats och rapporterats. Målsättningen på sikt är att minska diskrepanser i vårdens läkemedelslistor och därmed förebygga risken för felaktiga och ofullständiga läkemedelsbehandlingar samt vårdskador. Arbetet med nationella läkemedelslistan, en lösning för att ge vården en mer heltäckande bild av en patients läkemedelsbehandling, har fortsatt under året.

Totalt har det genomförts ca 8600 läkemedelsgenomgångar i slutenvården.

Ett mål är att läkemedelsgenomgångar ska genomföras för 50 procent av de multisjuka äldre. Andelen av dessa patienter vilka under 2021 har erhållit läkemedelsgenomgång i slutenvård är 23 procent, vilket är en minskning mot 2020.

I primärvården har det under 2021 genomförts 3196 läkemedelsgenomgångar, varav 1368 (43 procent) i offentlig primärvård. Detta motsvarar uppskattningsvis 13 procent av målpopulationen på årsbasis. Antalet genomförda läkemedelsgenomgångar är lägre än tidigare år. En bidragande orsak till att mål inte nås i primärvården är att genomförda genomgångar inte alltid registreras med KVÅ-kod (klassifikation av vårdåtgärder), vilken

används vid uttag av data. Antalet läkemedelsgenomgångar, både i slutenvård och öppenvård, har påverkats av att annat arbete har fått prioriterats under pandemin som exempelvis hjälp med iordningställande av läkemedel och annan läkemedelshantering på avdelningar (bland annat IVA [intensivvårdsavdelning], Infektion samt covid-avdelningar på sjukhusen).

Användningen av potentiellt olämpliga läkemedel hos äldre i Skåne har minskat under 2021 jämfört med 2020. Behandlingstrycket med olämpliga läkemedel till äldre ska enligt uppsatt mål inte överstiga 23 000 DDD (definierade dygnsdoser) per 1000 invånare som är 75 år eller äldre. Resultatet blev 19 950 DDD i Skåne för 2021. Sett över längre tid och jämfört med genomsnittssiffror för hela landet uppvisar Region Skåne en mer uttalad minskning vilket kan bero på regionens strukturerade arbete för att minska förskrivningen av olämpliga läkemedel till äldre. Årligen tas en Skånelista innehållande specifika läkemedelsrekommendationer för äldre fram, utbildningsinsatser genomförs kontinuerligt och läkemedelsgenomgångar genomförs vilket sammantaget bidrar till en minskning av förskrivning av olämpliga läkemedel.

Risken för felaktigheter i läkemedelsanvändningen är särskilt stor i vårdens övergångar. Genom att patienten och mottagande vårdinstans tillhandahålls en utskrivningsinformation så halveras den risken. Målet för 2021 var att minst 70 procent av de patienter som hade ett eller flera läkemedel erhöll utskrivningsinformation från slutenvården. Resultatet för 2021 visar att målet uppnåts då 71 procent av patienterna har erhållit utskrivningsinformation.

4.7 BEHANDLING PÅ RÄTT PLATS OCH NIVÅ

När en patient vårdas på annan vårdenhets än den som har specifik kompetens och medicinskt ansvar för patienten benämns detta som utlokalisering. Utlokalisering av patienter är förknippat med en ökad risk för vårdskador. Andelen utlokaliserade patienter i Region Skåne når inte målnivån men är klart bättre än rikssnittet och i de flesta fall klart lägre än övriga regioner med universitetssjukhus. Andelen har ökat marginellt jämfört 2020 vilket är i linje med de flesta övriga regioners utveckling och i sammanhanget positivt med tanke på de stora utmaningarna som 2021 inneburit för slutenvården i detta sammanhang.

Överbeläggning avser att patienten vårdas på en vårdplats som inte uppfyller rätt krav på bemanning, utrustning och fysisk utformning. Det kan i sin tur innebära brister i såväl arbetsmiljö som patientsäkerhet. Här ligger regionen något över rikssnittet men jämförbart med eller bättre än de flesta andra regioner med universitetssjukhus. Andelen överbeläggningar når inte regionens målnivå och har ökat något jämfört med föregående år. Detta är i linje med utvecklingen i riket och förklaras till stor del av fortsatt pandemi i kombination med normaliserat vårdsökande i övrigt och periodvis hög frånvaro bland medarbetare på grund av bland annat smittskyddsrestriktioner.

Att flytta en patient från en intensivvårdsavdelning till en annan kan vara nödvändigt ur ett medicinskt perspektiv vilket ibland, men inte alltid, innebär en ökad risk. När en flytt sker på grund av resursbrist överväger dock risken nyttan och det bör undvikas. Å andra sidan är intensivvård mycket resurskrävande och det är därför rimligt att en regional samordning sker, i synnerhet i en region med förhållandevis korta avstånd. Denna typ av resultat behöver alltså

tolkas med försiktighet och en fördjupad analys kan krävas. Region Skåne har enligt Svenska intensivvårdsregistret en andel patienter som flyttas på grund av resursbrist något över rikssnittet men jämförbar med eller lägre än andra jämförbara regioner. Regionen når inte sitt ambitiöst satta mål och en marginell ökning har skett jämfört med 2020 vilket är i linje med den nationella utvecklingen. Även detta beror sannolikt på normaliserade flöden under 2021, som balanserats med patienter som vårdats för covid-19 eller för annan sjukdom där patienten samtidigt har testats positiv för det virus som orsakar covid-19.

4.8 AVVIKELSER

Sammanställning och analys av avvikelser görs i huvudsak på förvaltningsnivå. Avvikelser diskuteras regelbundet i olika regionala grupperingar, bland annat i chefläkargruppen.

Under år 2021 rapporterades i regionen strax under 24 000 patientavvikelser till avvikelssystemet AvIC. Cirka 5000 avvikelser avser händelseklassificeringen ”vård”, och utgör den enskilt största gruppen.

Vanliga orsaker som angivits till varför en händelse inträffat var brister beträffande riktlinjer och rutiner, information och kommunikation, organisationen samt utbildning och kompetens.

Vanliga åtgärder för att förhindra att händelsen inträffar igen var information, utbildning och kompetenshöjning samt aktiviteter kring befintliga eller nya riktlinjer. Mer sällan har åtgärder kopplade till organisation eller system vidtagits.

4.9 KLAGOMÅL OCH SYNPUNKTER

Vårdgivaren har en skyldighet att ta emot, utreda och besvara klagomål från patienter och närstående. Patienten kan kontakta den verksamhet det gäller direkt för att framföra sitt klagomål. Detta eftersom det ofta är verksamheten som bäst kan förklara vad som har hänt och vidta åtgärder för att det som hänt inte ska inträffa igen. De som inte kan eller vill vända sig till vården direkt har alltid möjlighet att kontakta patientnämnden för att få hjälp och stöd vid klagomål. Ur ett regionalt perspektiv har aktiviteter kring klagomålshanteringen tagit ett steg framåt under 2021 med såväl formaliserade möten som uppställda mål för regional grupp för patientklagomål. I förvaltningarna vilar ansvaret för en god klagomålshantering på verksamhetscheferna.

För 2021 (jan-nov) registrerades på övergripande nivå drygt 1300 klagomål i avvikelshanteringssystemet. Majoriteten avser vård/bedömning/läkemedel/diagnostik (44 procent) följt av bemötande/information/kommunikation/delaktighet (40 procent). Klagomålen som nådde Patientnämnden Skåne under 2021 visade på snarlika förhållande som för de som inkommit direkt till sjukvården. Region Skåne och Patientnämnden Skåne använder inte samma sätt för klassificering av klagomål vilket gör att statistiken inte kan jämföras med exakthet.

4.10 HÄNDELSER OCH VÅRDSKADOR

Negativa händelser sammanställs och analyseras på förvaltningsnivå. Identifierade

riskområden analyseras och diskuteras på regional nivå när så är tillämpligt, bland annat inom den regionala chefläkargruppen. Antalet upprättade anmälningar avseende händelser som medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada uppgick under 2021 till 291 st. Antalet anmälda ärenden till Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag (LÖF) för patienter som vårdats i Region Skåne uppgick 2021 till 2153 st vilket är en ökning jämfört 2020 (1967 st). Ökningen följer utvecklingen över tiden och är sannolikt ett resultat av ökad medvetenhet och förbättrad kommunikation till patienter som drabbats av vårdskada.

All slutenvård i Region Skåne, såväl somatisk som psykiatrisk och rättspsykiatrisk, arbetar systematiskt med markörbaserad journalgranskning (MJG) som är en strukturerad metod för att granska patientjournaler⁸. MJG som metod har använts sedan 2013 och metoden används framför allt för att följa utvecklingen av patientsäkerhetsarbetet i Sverige. I Region Skåne genomförs MJG i somatisk slutenvård vid sjukhusen samt inom vuxenpsykiatrisk och rättspsykiatrisk vård. Utveckling av kvalitet och användandet av MJG sker via Regional grupp för MJG. Regional grupp för MJG sammankallas och leds från Staben för patientsäkerhet.

För 2021 har sammanlagt 620 journaler granskats inom den somatiska vården (patienter vårdade under januari – juni). I 46 (7,4 procent) av journalerna har sammanlagt 59 vårdskador påvisats. De vanligast förekommande vårdskadorna var trycksår av kategorierna 2 – 4 (21), vårdrelaterade infektioner (11) samt hudskada/ytlig kärlskada (7).

Vården av patienter med covid-19 har granskats specifikt, som tillägg till den vanliga granskningen i somatisk vård. I 36 av 246 granskade journaler noterades 41 vårdskador med likartat frekvensmönster som nämnts ovan.

Inom vuxenpsykiatrisk och rättspsykiatrisk vård har sammanlagt 153 journaler granskats. I tre av journalerna kunde totalt tre vårdskador identifieras.

4.11 RISKANALYS

Sammanställningar och exempel på riskanalyser lämnas i förvaltningarnas patientsäkerhetsberättelser.

4.12 SUICID

De vårdnära suiciden ökade något jämfört föregående år men betydligt lägre än 2019 års nivå. Region Skåne uppvisar fortsatt rikslåga nivåer. För detaljer hänvisas till patientsäkerhetsberättelsen för förvaltning Psykiatri, habilitering och hjälpmedel.

⁸

<https://skr.se/skr/halsasjukvard/patientsakerhet/matningavskadorivarden/markorbaseradjournalgranskning.4633.html>

4.13 PATIENTSÄKERHET UNDER PANDEMIN

I samband med pandemin har ett omfattande proaktivt patientsäkerhetsarbete bedrivits med bland annat förenklade riskanalyser, utbildningsinsatser och införande av checklistor. Utöver detta har särskilda snabbspår inrättats för hanteringen vid anmälan av allvarliga vårdskador för att påskynda tillvaratagande av erfarenheter. Samverkan mellan regionens chefläkare har under de mest intensiva delarna av pandemin intensifierats med veckoliga pulsmöten. Där utöver har samverkan mellan regional chefläkare, Smittskydd Skåne och Vårdhygien Skåne gentemot kommunernas medicinskt ansvariga sjuksköterskor har likaledes utvecklats avseende pandemirelaterade frågor.

Trots stora omställningar och nya patientsäkerhetsrisker som introducerats är bedömningen att verksamheterna hanterat denna utmaning på ett bra sätt och att förhållandevis få allvarliga vårdskador inträffat trots rådande läge. Ett antal allvarliga vårdskador under pandemins andra våg föranledde förändrade rutiner för att tidigare fänga försämring hos covid-patienter som vårdades med höglödesbehandling med syrgas. Även trycksår som är orsakade av medicinteknisk utrustning bör fortsatt uppmärksammas.

Region Skåne har under pandemin tydliggjort vikten av god och säker vård, individuella bedömningar och medicinska prioriteringsordningar även under kris. Även om den högst prioriterade vården kunnat upprätthållas är det viktigt att påpeka att det skett en signifikant undanträngning av vård. Detta redovisas i särskilda rapporter från regionens Normaliseringsprocess. Vilken eventuell effekt detta kan ha på patientsäkerheten behöver följas upp i verksamheterna.

Även beslut om behandlingsbegränsningar samt genomförande av SIP (samordnad individuell plan) har belysts i såväl interna som externa genomlysningar. Brister har kunnat konstateras men i den stora majoriteten av fallen har beslut varit korrekt utförda och dokumenterade. Området är dock ett exempel på patientsäkerhetsrisker i vårdens övergångar och mellan olika huvudmän. Kompetenshöjande insatser har genomförts och riktlinjer har tydliggjorts. Under 2021 har även ett intensivt arbete med vaccinationerna mot covid-19 genomförts. Region Skåne har följt Folkhälsomyndighetens rekommendationer. Vaccinationsarbetet har präglats av ständiga förändringar exempelvis avseende leveransbesked och rekommendationer vilket har ställt stora krav på flexibilitet i verksamheterna. Vårdcentraler, sjukhusmottagningar och upphandlade aktörer har utfört vaccinationerna mot covid-19 i regionen. Vaccinationsarbetet har varit krävande med ständiga förändringar i leveransbesked och rekommendationer.

5 MÅL OCH STRATEGIER FÖR KOMMANDE ÅR

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

- Patientsäkerhet kommer fortsatt att vara av högsta prioritet inom alla verksamheter.
- Satsningen på kunskapsstyrningsorganisationen intensifieras ytterligare.
- Regional handlingsplan för ökad patientsäkerhet revideras och följs upp inklusive motsvarande planer på förvaltningsnivå.

- En god patientsäkerhetskultur är en förutsättning för att kunna erbjuda säker vård. Denna bygger i sin tur på en god arbetsmiljö och en vårdmiljö av god hygienisk standard.
- Fortsatt regionalt utvecklingsarbete avseende sepsis.
- Patienten och närstående ska ses som viktiga aktörer och involveras i det systematiska patientsäkerhetsarbetet.
- Klagomålshanteringen samt hanteringen av patienters och närståendes synpunkter behöver utvecklas ytterligare.
- Vårdrelaterade infektioner (VRI) är den vanligaste vårdskadan och arbetet med att följa upp och minska VRI bör fördjupas.
- Antalet disponibla vårdplatser behöver öka.
- Regionalt ledningssystem för patientsäkerhet ska utvecklas.
- Ett fortsatt fokus på kliniska risker kopplade till digitalisering inom ramen för Skånes digitala vårdmiljö (SDV).