

Patientsäkerhetsberättelse

Region Skåne 2022

Dnr: 2023-O000603

Förord	4
INLEDNING	5
1 STRUKTUR	5
1.1 VÅRDGIVARENS 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	9
2.3 HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSPERSONALENS RAPPORTERING	10
2.4 HANTERING AV KLAGOMÅL OCH SYNPUNKTER.....	10
2.5 EGENKONTROLL	10
3 ÅTGÄRDER	11
3.1 RISKANALYS.....	11
4.2 VÅRDRELATERADE INFEKTIONER	15
4.3 FALL	16
4.4 NUTRITION.....	17
4.5 ÄNDAMÅLSENLIK ANTIBIOTIKABEHANDLING	18
4.6 LÄKEMEDELSSÄKERHET.....	18
4.7 BEHANDLING PÅ RÄTT PLATS OCH NIVÅ.....	19
4.8 Avvikelser	20
4.9 Klagomål och synpunkter	21
4.10 Händelser och vårdskador	22
4.11 Riskanalys	23
4.12 SUICID.....	23

5 MÅL OCH STRATEGIER FÖR KOMMANDE ÅR	24
--	----

Förord

År 2022 har inneburit fortsatta utmaningar för Region Skåne. Parallellt med att covid-19-patienter även fortsatt behövt omhändertas i slutenvården har det ordinarie vårdsökandet återgått till det normala eller t.o.m. i vissa fall mer än det normala. Svårigheter att bemanna utifrån de ökade behoven har bidragit till en utmanande situation. Inom slutenvården har antalet tillgängliga vårdplatser ställvis varit för lågt vilket förorsakat långa vistelsetider på akutmottagningar och överbeläggningar på vårdavdelningar. Tillståndet med färre tillgängliga medarbetare och ökade vårdbehov ser ut att kvarstå och t.o.m. förvärras framöver och för att hantera detta krävs ett förändrat sätt att bedriva hälso- och sjukvård, bland annat genom en mer nära vård, ändrade arbetssätt till exempel i form av ökad personcentrering och mer egenvård. Patienter och närstående behöver ännu mer få bidra till ökad patientsäkerhet.

Även om hälso- och sjukvården genomgår ett paradigmskifte behöver patientsäkerheten även fortsatt vara av yttersta betydelse för Region Skåne och dess hälso- och sjukvård. Regionens medarbetare och chefer har inte minst de senaste åren visat stor förmåga att även under stora omställningar arbeta såväl proaktivt som reaktivt i sitt patientsäkerhetsarbete. Region Skåne har även en god grund att utgå från i form av ett systematiskt patientsäkerhetsarbete som bedrivits framgångsrikt under många år.

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 och revideras årligen.

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. Här vill vi även slå ett slag för förvaltningarnas egna patientsäkerhetsberättelser som rymmer mycket intressant information och även Socialstyrelsens digitala utbildning i patientsäkerhet².

Region Skånes patientsäkerhetsberättelse visar att det i Region Skåne bedrivs ett mycket omfattande arbete inom patientsäkerhetsområdet och 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 patientsäkerheten och bidra till att vi fortsätter vara en lärande organisation.

Pia Lundbom
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Rasmus Havmöller
Regional chefläkare

Ann Svensson
Regional chefsjuksköterska

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-vard--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 tjänsteperson 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 leds av en förvaltningschef och replierar mot politiska styrelser eller driftsnämnd som svarar för uppföljning.

Inom förvaltningarna finns chefläkare, i flera fall 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). Chefsjuksköterskans roll är att verka för att öka patientsäkerheten och stärka omvårdnadens i hälso- och sjukvården.

Inom Koncernkontorets Avdelning för hälso- och sjukvårdsstyrning som leds av hälso- och sjukvårdsdirektören bedrivs ett regionalt övergripande patientsäkerhetsarbete av regional chefläkare och regional chefsjuksköterska (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 och andra funktioner. Inom ramen för den regionala kunskapsstyrningen hanteras patientsäkerhetsfrågor i huvudsak via tre konstellationer, Region Skånes patientsäkerhetsråd, Region Skånes regionala chefläkargrupp och Region Skånes regionala chefsjuksköterskenätverk.

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 en verksamhetsplan som är ett strategiskt dokument som 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.

Av dessa dokument framgår bland annat att hälso- och sjukvården ska vara god och säker med det övergripande målet att minska vårdskador⁶. 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

⁶ 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.

sjukvårdsnämnden 2021 och reviderats 2022. Dokumentet utgår från den nationella motsvarigheten som utarbetats av Socialstyrelsen. Region Skånes handlingsplan ger uttryck för ett mer proaktivt arbetssätt inom patientsäkerhetsarbetet och definierar en gemensam målbild och riktning för det strategiska patientsäkerhetsarbetet som sedan behöver brytas ner på förvaltningsnivå och anpassas till lokala förhållanden.

Enligt PSL 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, ha hög omvårdnads kvalitet samt en 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.
- Patienten i slutenvård 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, bland annat genom implementering av Stramas 10-punktsprogram för minskad antibiotikaresistens.
- Arbetsmiljön behöver vara god.

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 bland annat Smittskydd Skåne, Vårdhygien Skåne och Strama Skåne. Arbetet samordnas strategiskt på regional nivå i 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 vården. 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 vården, primärvården och psykiatrin. Detta har lett till kortare vårdtider, mer ändamålsenlig planering för patienterna och färre fel i vårdens övergångar. Invånaren kan sedan hösten 2021 även ta del av samordnade individuella planer (SIP) via 1177.se. Kortare ledtider frigör också vårdplatser på sjukhusen vilket gör det lättare att vårda fler patienter på rätt vårdnivå.

Det finns en väl utvecklad samverkan lokalt och delregionalt mellan kommuner, den slutna somatiska vården, psykiatrin, primärvården samt privata hälsovalsenheter. 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 vården, öppna vården och den kommunala vården. Lasarettets i Helsingborg samverkan med primärvården och Helsingborgs kommun har utvecklats under 2022. Bland annat har konsulttelefonlinjer från primärvården till specialistvården införts med gott resultat och rutiner tagits fram i samverkan med kommuner för att kunna erbjuda patienter antibiotika intravenöst även utanför sjukhus.

Ett annat viktigt exempel är regionens samverkan med Skånes kommuner på övergripande nivå men också specifikt för område psykisk hälsa i RSP (regional samverkan psykiatri) samt flera av dess arbetsutskott. PHH, primärvård, Skånes kommuner samt patient- och närståendeorganisationer ingår i arbetet.

Ytterligare samverkan inom patientsäkerhetsområdet på övergripande nivå sker med skånsk representation inom regional och nationell samverkansgrupp för patientsäkerhet samt det nationella chefläkarnätverket och det nationella nätverket för chefsjuksköterskor.

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 vårdenhet och patient och/eller vid behov med 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). De flesta förvaltningar har inrättat olika typer av patient- och närståenderåd. För att ytterligare underlätta patientmedverkan har en regiongemensam ersättningsmodell för patient- eller närståendemedverkan tidigare inrättats.

Det finns flera exempel på aktiviteter syftande att öka patientcentrering och delaktighet. I Primärvårdsförvaltningen har ett nyligen inrättat expertråd patientfokus med anställda patienter fortsatt sitt arbete. Bland annat har man rådet genomfört en heldags workshop med temat Framtidens hälsosystem ur ett patientperspektiv. Vid Sus fattade förvaltningsledningen även beslut om en konkretiserad strategi och handlingsplan för strategin ”Ökad patientsamverkan”, med viljeinriktningen att Sus förvaltning i sitt arbete ska utgå från patienternas behov och använda ett personcentrerat förhållningssätt. Den fördjupade strategin och handlingsplanen innehåller definitioner, nyckelfaktorer och åtta huvudområden för en ökad patientsamverkan. Ett referensråd bestående av medborgare har startats vid Centralsjukhuset i Kristianstad under hösten 2022, där deltagarna har en erfarenhet av att ha varit patient eller närstående. Vid lasarettet i Helsingborg finns sedan många år patientrepresentation i förvaltningsledningen. Även inom ramen för Skånes digitala vårdmiljö (SDV) finns anställda patienter och närstående 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 fortsatt 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 risker i samband med sjukhusvård. Exempel på informationsmaterial är *Din säkerhet i vården* som finns som både affisch och folder, och är översatt till tio språk samt *Trycksår, undernäring och fallolyckor* som är en broschyr som erbjuds patienter och närstående vid exempelvis mottagningsbesök.

Slutligen har flera digitala alternativ till fysiska möten har kvarstått efter att restriktionerna för pandemin hävts i verksamheterna.

2.3 HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSPERSONALENS RAPPORTERING

För att förbättra säkerheten i hälso- och sjukvården är hälso- och sjukvårdspersonalen skyldig att 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. En särskild arbetsgrupp har 2022 etablerats på regional nivå i syfte att utveckla metoden och stödja ett utvidgat införande.

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. 1 januari 2018 infördes en ny struktur för klagomålshantering i hälso- och sjukvården. Enligt gällande bestämmelserna är den bärande tanken att klagomål i första hand ska tas emot och 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 och detta arbete har intensifierats under 2022. Region Skåne arbetar aktivt för att skapa förutsättningar för en ändamålsenlig klagomålshantering. Regional grupp för patientklagomål har fokus på att det ska vara enkelt för patienter och närstående att lämna klagomål, samt på utveckling av uppföljningsmöjligheter av registrerade klagomål i regionens avvikelsesystem.

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 Tabell 1. Under pandemin har vissa aktiviteter utgått men de flesta har kunnat återupptas under 2022.

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 18:e 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	3 gånger per år	Patientnämnden, IVO, avvikelsehanteringssystemet

Tabell 1: De viktigaste momenten i Region Skånes egenkontroll avseende patientsäkerhet.

3 ÅTGÄRDER

En översyn genomfördes 2019 av den regionala patientsäkerhetsfunktionen i syfte att förtydliga den regionala styrningen och ledningen av patientsäkerhetsarbetet och samverkan 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 2022 har utvecklingen fortsatt bland annat genom att flera regionala patientsäkerhetsgrupperingar har fått sina regionala uppdrag reviderade eller formulerade och nya strategiska samverkansforum skapats för att tillgodose behov bland annat inom gränssnittet mellan patientsäkerhet och arbetsmiljö.

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 introducerades ett förenklat förfarande vilket möjliggjorde en effektiv och ändamålsenlig bedömning av risker och arbetssättet har kunnat användas även i normalläge i vissa fall.

Ett stort antal riskanalyser har bland annat utförts i förvaltningarna avseende flytt och samlokaliseringar av vårdenheter, somatiskt sjuka med bidiagnos covid, inför sommaren 2022 inom obstetrike, införande av basutbud e-tjänster, införande av SPRIH (Specialiserad rehabilitering i hemmet) samt upphandlingar av vårdsängar.

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 2021 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. Under 2022 har flera förvaltningar saknat dataskydds- och informationssäkerhetssamordnare och en nettominskning av resurser har skett på regional nivå. Rekryteringsläget är svårt i branschen och brist på specialistkompetens inom regionen innebär risker avseende informationssäkerhet och patientsäkerhet. För att möta detta och stärka helhetssynen har ett konsolideringsarbete påbörjats av bland annat dataskydds. Och informationssäkerhetsresurser.

Under året har en översyn av ledningssystem för informationssäkerhet och styrande dokument genomförts. Arbetet har utmynnat i en plan för att uppdatera ledningssystem för informationssäkerhet där även dataskydd ingår. Under året har arbetet med att ta fram och implementera ett nytt riskhanteringssystem fortsatt. Specifika uppföljningar har även gjorts på förvaltningsnivå, exempelvis uppföljning av tredjelandöverföringar med anledning av nya standardavtalsklausuler, driftstörningar inom telefoni, journalåtkomst vid vård av patienter med skyddade personuppgifter och informationsöverföring via SMS.

Riskanalyser görs löpande i enlighet med Region Skånes styrande dokument. Riskanalyserna som görs kopplat till informationssäkerhet rör konfidentialitet, riktighet och tillgänglighet med syfte att upprätthålla rätt skyddsnivå för informationen. Dock finns det idag ingen koppling mellan riskanalys för informationssäkerhet och ROKA patientsäkerhet, vilket utgör ett problem eftersom händelser som skulle kunna medföra brister i patientsäkerheten kanske inte blir identifierade. Under året har det genomförts cirka 110 riskanalyser av varierande omfattning och komplexitet varav merparten vid Förvaltning Digitalisering IT och MT. Flertalet riskanalyser kopplat till SDV har också genomförts. Ett stort antal av analyserna är slutförda och innefattar till exempel MedRave, digitala kallelser, Region Skånes e-arkiv och SMS-påminnelser.

Flera åtgärder har vidtagits för förbättring av informationssäkerheten. Bland annat har

förvaltningarnas arbete med att implementera organisationen för informationssäkerhet och dataskydd fortsatt och rutin för identitetskontroll av patient genomgått en större revidering och uppdatering. En fördjupad utbildning i informationssäkerhetslagstiftning har också genomförts som i första hand riktade sig till förvaltningarnas informationssäkerhets- och dataskyddssamordnare.

Utvärdering, uppdateringen och införande av olika skyddsåtgärder avseende skydd mot olovlig åtkomst till datornätverk och informationssystem görs löpande i samverkan med berörda intressenter. Arbete har påbörjats under året med behörighetsportalen för att generera större kontroll över den interna åtkomsten.

Den granskning som sker av hälso- och sjukvårdspersonalens journalföring och åtkomst till patientuppgifter sker fortfarande manuellt på grund av tekniska begränsningar i IT-stöden. Arbetet är tidskrävande, svårt 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 stort utrymme för förbättring inom området. Bland annat är beslutad ”instruktion åtgärder vid misstanke om dataintrång avseende patientuppgifter” inte känd i alla verksamheter och följsamheten behöver öka.

Slutligen kan nämnas att det oroande omvärldsläget och förändrad hotbild har ökat riskmedvetenheten även inom informationssäkerhets- och dataskyddsområdet. Ett antal utbildningsinsatser har genomförts på olika nivåer för att stärka cybersäkerheten och dataskydd inklusive patientdata.

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. Inom ramen för regionens medarbetarenkät besvaras även frågor gällande säkerhetskultur. Det så kallade HSE-indexet (Hållbart säkerhetsengagemang) visade 2022 väsentligen oförändrat goda nivåer trots ett ställvis och periodvis utmanande läge under året.

Resultat för olika patientsäkerhetsindikatorer redovisas i Tabell 2 nedan och kommenteras i delavsnitten som följer.

Tabell 2. Region Skånes patientsäkerhetsindikatorer i urval

Indikatorer	Målnivå	Utfall 2022	Utfall 2021	Utfall 2020	Utfall 2019
Riskbedömning avseende fall ≥65 år	>79,5%	77	78	80	80
Andel patienter 18 år och äldre med trycksår uppkomna under vårdtiden (ppm)	≤4%	5,3	6,1	5,1	4,5
Riskbedömning avseende undernäring 18 år och äldre (slutenvård)	>79,5%	64	66	68	68
Vårdplan undernäring 18 år och äldre	≥95%	85	86	85	84
Vårdrelaterade infektioner (ppm)	SUS ≤8% CSK/Hbg ≤6% Övriga ≤4%	11	Inställd pga. pandemi	Inställd pga. pandemi	10
Utlökaliserade patienter	≤0,5/100	1,7	1,8	1,5	1,1
Överbeläggning	≤1/100	7,2	4,8	4,3	6
Överflyttning IVA patienter pga. resursbrist *	≤2	2,0	4,2	3,8	2,0
Utskrivningsinformation läkemedel ett eller fler läkemedel	≥70%	69	71	71	70
Tvärprofessionell läkemedelsgenomgång, inkl. läkemedelsavstämning (slutenvård)	≥50%	17	23	27	24
Olämpliga läkemedel Äldre (≥75 år)	≤24 000 DDD/1000	19 217	19 950	22 100	24 735
Öppenvårdsantibiotika (vårdcentralerna)	≤280/1000	280	253	261	313
Bredspektrumantibiotika vid urinvägsinfektion	<10%	12	11	11	12
Penicillin V vid behandling av barn med luftvägsantibiotika	>75%	73	72	73	75
Vårdplan avseende fallrisk	>95%	90	90	90	88
Riskbedömning avseende trycksår	>79,5%	77	78	80	79
Vårdplan avseende trycksår	>95%	86	85	86	85
Följsamhet till regler för basal hygien vid patientnära arbete	≥90 %	83	85	86	87
Följsamhet till regler för arbetskläder vid patientnära arbete	100 %	92	93	93	92

* Observera att indikatorn har ändrats (jämfört tidigare använd indikator ID0136) för att bättre harmoniera 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 dokumentation i patientjournalen. Riskbedömningen avser andelen genomförda riskbedömningar vid vårdtillfällen för patienter som är 65 år eller äldre men det är viktigt att framhålla vikten av att alla patienter riskbedöms för ökad risk för trycksår, inte enbart de som är äldre än 65 år. För patienter med ökad risk för trycksår ska det upprättas en individuell vårdplan avseende trycksår (kvalitetsindikator *Vårdplan avseende trycksår*). Under 2022 uppvisade Region Skåne sammantaget höga nivåer för bägge indikatorerna och uppnådde regionens delmål men inte målen, även om vissa förvaltningar gjorde det.

Punktprevalensmätning av trycksår (PPM trycksår) genomfördes 2022 under hösten på

inbjudan av SKR (Sveriges kommuner och regioner). Eftersom varken Region Stockholm eller Region Kronoberg deltog i mätningen, och endast ett sjukhus i Västra Götalandsregionen deltog så blir inte jämförelse med Riket meningsfull. Trender som tidigare har gått att följa för Riket är inte längre möjliga, vilket är en brist ur patientsäkerhetssynpunkt. Dock är mätningen mycket resurskrävande samtidigt som den endast ger en ögonblicksbild, och därför anses inte denna slags mätning så användbar på lokal nivå och detta gör att vissa regioner väljer bort metoden. Region Skåne arbetar för att utveckla andra metoder, dels för att följa upp i realtid, dels för att skapa ett lärande.

Höstens mätning visade nytillkomna trycksår av kategori 2 – 4 (inklusive ej klassificerbart trycksår samt misstänkt djup hudskada) i 5,3 procent av de granskade fallen vilket är en förbättring jämfört föregående år (6,1 procent).

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.

När en patient har drabbats av ett trycksår under vårdtiden ska det dokumenteras i patientens journal. Om dokumentationen sker enligt de riktlinjer som finns kan verksamheterna följa nytillkomna trycksår med en viss fördröjning, i en applikation för uppgiften.

Under 2022 har det vid sammanlagt 770 vårdtillfällen (för patienter 18 år och äldre) registrerats ett eller fler trycksår, totalt 806 stycken och oftast av lindrigare klassificering. Resultatet är oförändrat jämfört 2021. Den vanligast lokaliseringen för trycksåret har varit häl, följt av ryggslut och sittbensknöl. De vanligast bidragande orsakerna till trycksåret som uppgetts har varit att patienten har haft ”nedsatt rörelseförmåga” eller varit ”mestadels sängliggande”.

Vidtagandet av förebyggandeåtgärder behöver intensifieras och arbete sker på olika nivåer och inom olika perspektiv. Exempel på detta är att en ny regional riktlinje för kontroll av madrass har tagits fram, webinarium för att öka kunskapen om att upptäcka trycksår på melaninrik hud har genomförts och planering har inletts för att införa en uppföljningsmetod, av bland annat trycksår och trycksårsprevention, som även skapar engagemang och tillför lärande. För att göra patient och närstående delaktiga används material där patienten uppmanas att bli delaktig i det förebyggande arbetet för att undvika trycksår.

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. Genom uppföljning via metoden markörbaserad journalgranskning (MJG) känner vi till att ur ett nationellt perspektiv är drygt en tredjedel av alla vårdskador VRI och hälften av dem bedöms som undvikbara. Vårdrelaterade infektioner innebär konsekvenser som (förutom patientens lidande) ökade kostnader, förlängd vårdtid och oplanerad återinläggning.

Sveriges kommuner och regioner (SKR) har regelbundet bjudit in regionerna till mätning av förekomsten av VRI inom slutenvården genom punktprevalensmätning (PPM) under

vårterminen. På grund av covid-19 och den ökade belastningen i vården bjöd inte SKR in till mätning åren 2020 och 2021. Vårterminen 2022 genomfördes PPM VRI, men eftersom endast tio regioner deltog har inte resultatet redovisats nationellt och jämförelse med riket saknas.

Måluppfyllelse beträffande VRI i Region Skåne följs genom punktprevalensmätning av vårdrelaterade infektioner (PPM VRI) genom indikator *Vårdrelaterade infektioner*.

Årets PPM VRI visar på att 10,6 procent av patienterna som vårdades i sluten vård på sjukhus, inom psykiatri samt i palliativ vård hade en VRI. Resultatet är väsentligen oförändrat jämfört 2021. De vanligaste VRI var postoperativ infektion och infektion relaterade till övriga ingrepp. Andelen patienter med vårdrelaterad infektion skiljer sig markant åt mellan olika förvaltningar; som minst 0 procent och som mest 15,6 procent. Det råder liknande förhållande mellan sjukhusen där andelen sträcker sig mellan 3,1 procent och 23,1 procent.

Följsamheten till basala hygienrutiner och regler för arbetskläder en viktig faktor för att minska riskerna för vårdrelaterad infektion.

Under 2022 har punktprevalensmätning av basala hygienrutiner och klädregler (PPM BHK) genomförts vid två tillfällen; en gång i mars då SKR bjöd in till nationell mätning, och ytterligare ett tillfälle i oktober då mätningen genomfördes på initiativ av Region Skåne. Det finns fortsatt förbättringspotential för ökad följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler. Målet för hygienrutiner nås inte under något av mättillfällena år 2022, men regionens delmål på 80 procents följsamhet uppnås. Vanligast förekommande är det att steget *desinfektion av händerna direkt före och direkt efter patientnära arbete samt före och efter användning av handskar* missas. Målet nås inte heller för följsamheten till klädregler.

Under 2022 har utbildning om vårdhygien har tagits fram av Vårdhygien Skåne och finns tillgänglig för alla medarbetare. Utbildningen består av fyra delar och riktar sig till de som arbetar patientnära inom hälso- och sjukvården, samt till de med vårdrelaterat arbete.

Innehållet i utbildningen utgår från Socialstyrelsens föreskrift (SOSFS 2015:10) Basal hygien i vård och omsorg. Föreskriften syftar till att förebygga och förhindra smittspridning och infektioner i vård och omsorg och gäller för alla verksamheter inom hälso- och sjukvård i situationer då personalen har fysisk kontakt med patienter och det finns risk för att smittämnen överförs.

En del av utbildningen, Basala hygienrutiner, är obligatorisk för medarbetare som arbetar i verksamhet som innefattar arbetsmoment som innebär fysisk kontakt med patienter i samband med vård samt för medarbetare som har vårdrelaterat arbete, exempelvis hantering av rent gods, städning, arbete i läkemedelsrum, desinfektionsrum eller avdelningskök. Detta enligt beslut av hälso- och sjukvårdsdirektören i januari 2022. Övriga delar av utbildningen, rekommenderas för vissa av medarbetarna. Uppföljning av följsamhet och genomförda utbildningar åligger respektive chef. Under år 2022 genomförde sammanlagt 4 491 medarbetare utbildningen och 3 652 av dem blev godkända.

4.3 FALL

Fallhändelser kan leda till att patienten skadar sig, ibland allvarligt, och kan leda till obehag och smärta samt förlängd vårdtid. Om fallet hade kunnat förhindras är det att räkna som en vårdskada. I Region Skåne ska en riskbedömning avseende fall genomföras i samband med

inskrivning i slutenvård och riskbedömningen ska alltid dokumenteras i patientjournalen. Andelen genomförda riskbedömningar inom slutenvården (patienter 65 år eller äldre) 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. Senast publicerade guidelines (september 2022) avseende fallprevention pekar på att metoden för riskbedömning och fallpreventiva åtgärder nationellt behöver ses över och eventuellt uppdateras, Fall och fallskador ska registreras i avvikelssystemet och dokumenteras i patientjournalen. Under året rapporterades knappt 2000 händelser som klassificerats som ”fall/fallskada” i avvikelssystemet vilket är något lägre än föregående år. Sannolikt är det en underrapportering i kombination med avvikelssystemets ibland bristande funktion att söka ut aktuella avvikelser utifrån korrekt händelseklassificering. Under det gångna året har det dokumenterats att 3057 patienter har fallit under vårdtiden vid sammanlagt 4176 tillfällen. Antalet unika patienter som fallit och det sammanlagda antalet fall har minskat vid en jämförelse från år 2020 och år 2021. I Region Skåne följs rekommendationerna i Vårdhandboken avseende fallprevention. Inom regional chefsjuksköterskegrupp sker erfarenhetsutbyte och dialog om kontinuerligt förbättringsarbete. I Region Skåne finns flera metodstöd och utbildningar för medarbetare att använda för att minska riskerna vid läkemedelsbehandling hos äldre personer. Det finns även regionala och lokala anvisningar, vårdprogram och stöd för riskbedömning att använda för medarbetare utifrån perspektivet att förebygga fall och fallskador. Genom att göra patienter och närstående delaktiga i vården kan patientsäkerheten öka. I informationsmaterialet Din säkerhet i vården (finns som både affisch och folder, och är översatt till 10 språk) ges information om hur patienten själv kan förebygga fall. Patientinformation finns också i broschyren Trycksår, undernäring och fallolyckor som erbjuds patienter och närstående vid exempelvis mottagningsbesök.

4.4 NUTRITION

Det finns starka samband mellan sjukdomsrelaterad undernäring och komplikationer, förlängda vårdtider, nedsatt funktion, försämrad livskvalitet samt dödlighet. Genom att identifiera personer med ökad risk och sätta in förebyggande och behandlande åtgärder i ett så tidigt skede som möjligt kan de negativa effekterna minska.

En vårdgivare 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 slutna vård men det finns stor variation inom och mellan förvaltningar. Delmålet för 2022 om upprättad vårdplan hos patienter med ökad risk för undernäring uppnås. Andelen personer med risk för undernäring är hög i den slutna vården, 25 procent av riskbedömda personer från 18 års ålder respektive 30 procent från 65 års ålder. Andelen är

oförändrad jämfört med 2021. Punktprevalensmätning avseende undernäring genomförs inte då det saknas nationellt initiativ.

Region Skåne har sedan 2019 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 2022 har 32 procent av barn och ungdomar inom slutenvård riskbedömts vilket är oförändrat jämfört med 2021. Implementeringen har avstannat och måltalen för riskbedömning och vårdplan vid ökad risk nås inte. Som stöd för implementeringen finns en webbaserad utbildning gällande riskbedömning och åtgärder.

För att stötta och vägleda regionens sluten- och öppenvård samt de skånska kommunerna att efterleva föreskriften har vägledning för att ta fram lokala rutiner tagits fram.

Inom ramen för Hälso- och sjukvårdsavtalet mellan Region Skåne och Skånes kommuner, har en samverkansgrupp med representation från både Region Skåne och kommunerna i Skåne bildats vars uppdrag är att samverka kring nutritionsfrågor.

4.5 ÄNDAMÅLSENLIK ANTIBIOTIKABEHANDLING

Den ökande antibiotikaresistensen är starkt sammankopplat med överföreskrivning av antibiotika. Strama Skåne arbetar för att minska onödig föreskrivning av antibiotika och bidrar därmed till en mer patientsäker vård.

Antalet uthämtade antibiotikarecept ökade i samtliga 21 regioner under 2022 efter kraftiga minskningar under pandemin. Skåne hade den högsta antibiotikaförsäljningen i riket med 280 recept per 1000 invånare, vilket är en ökning med 11 procent under 2022. Trots ökningen i antalet recept uppnås målet under 2022. Målet för antibiotikaval vid behandling av barn med luftvägsinfektion, uppnås inom primärvården (81 procent).

Arbete enligt Stramas handlingsplan har fortsatt. Handlingsplanen syftar till en ökad följsamhet till behandlingsrekommendationerna samt att skapa förutsättningar för ansvarsfull användning av antibiotika. En viktig del i arbetet har varit informationssatsningar och utbildningar till såväl vården som allmänheten. En annan del är arbete med att ta fram och synliggöra olika stöd till förskrivarna för att få en klok användning av antibiotika. Här behöver ytterligare fokus läggas på analys av diagnoskopplade data på verksamhets- och regional nivå. Strama Skåne arbetar kontinuerligt med återkoppling på lokalt förskrivningsmönster och lokala resistensdata till förskrivarna.

Under 2022 har Strama Skåne öppenvård haft en ökad uppsökande verksamhet i utbildnings- och informationssyfte mot hälsovalsenheterna i olika delar i Skåne.

Som en del av patientsäkerhetsarbetet med en kontrollerad användning av antibiotika på våra sjukhus har Strama slutenvård fortsatt arbeta strategiskt med antibiotikaronder. Dessa ronder innebär regelbunden konsult av infektionsläkare av alla antibiotikabehandlade patienter på utvalda avdelningar på samtliga sjukhus i Skåne. Resultatet från utvärdering av antibiotikaronder visar en minskning och omfördelning av antibiotikaanvändningen utan att infektionernas utfall i form av mortalitet eller återinläggning påverkades negativt.

4.6 LÄKEMEDELSSÄKERHET

Brist på överblick av patientens alla läkemedel är en patientsäkerhetsrisk och kan leda till försämrad livskvalitet, undvikbara 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. Genom återkommande kvalitetsmätningar (PPM Aktuella läkemedelslistor) följs arbetet med bl.a. läkemedelsavstämningar. Målsättningen på sikt är att minska diskrepanserna 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 7200 läkemedelsgenomgångar i slutenvården, vilket inkluderar patienter inom Skånemodellen samt remisspatienter. Remisspatienter är de som läkare bedömer är i behov av läkemedelsgenomgång men som inte ingår i Skånemodellen. Ett mål är att läkemedelsgenomgångar ska genomföras för 50 procent av de multisjuka äldre. Under 2022 var andelen 17 procent i slutenvården (3071 läkemedelsgenomgångar), vilket är en minskning jämfört med 2021.

I primärvården har det under 2022 genomförts ca 4650 läkemedelsgenomgångar, varav 2761 (59 %) i offentlig primärvård. 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.

Användningen av potentiellt olämpliga läkemedel hos äldre i Skåne har minskat under 2022 jämfört med 2021. Behandlingstrycket med olämpliga läkemedel till äldre ska enligt uppsatt mål inte överstiga 23 000 DDD per 1000 invånare som är 75 år eller äldre. Siffran blev 19 217 i Skåne för 2022. Sett över tid och jämfört med riket uppvisar Region Skåne en mer uttalad minskning. Bakgrunden till den skånska nergången kan vara det strukturerade arbetet för att minska förskrivningen av olämpliga läkemedel till äldre. Årligen tas en Skånelista innehållande specifika rekommendationer för äldre fram. Utbildningsinsatser genomförs kontinuerligt om läkemedel och äldre.

Risken för felaktigheter i läkemedelsanvändningen är särskilt stor i vårdens övergångar. Genom att patienten och mottagande vårdinstans tillhandahålls en utskrivningsinformation så halveras den risken. Det interna målet för andel patienter, med ett eller fler läkemedel som erhöll utskrivningsinformation från slutenvård var 69 procent (totalt 81 679).

Under 2022 hade Regional enhet för läkemedel återkommande och periodvis täta avstämningar, med leverantör av dosdispenserade läkemedel i öppenvård i syfte att utveckla tjänsten. Under året skede även implementering av ny dosleverantör.

4.7 BEHANDLING PÅ RÄTT PLATS OCH NIVÅ

I samband med att pandemin avtagit har även ett ökat inflöde av patienter setts inom flera verksamheter. Detta tillsammans med hanteringen av den vård som fått skjutas upp på grund av pandemin och färre disponibla vårdplatser än tidigare på grund av personalbrist har utgjort stora utmaningar.

Under 2022 genomfördes en regional vårdplatsöversyn. I den drogs slutsatsen att regionens fastställda vårdplatser svarar mot behovet men att få sjukhus klarar av att hålla öppet sina

fastställda vårdplatser, vilket har lett till att antalet disponibla vårdplatser på flera sjukhus för lågt. Översynen la fram flera förslag till den regionala beslutande nivån för i syfte att minska gapet mellan fastställda och disponibla vårdplatser och arbete pågår med att effektivisera flera av förslagen.

Situationen återspeglas indikatormässigt i form av ökat antal överbeläggningar under 2022 medan verksamheterna som tidigare år i möjligaste mån undvikit att utlokalisera patienter (indikatorn väsentligen oförändrad men med stigande trend över tiden). 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. 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.

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. Intensivvården har haft en mer stabil situation än under pandemin och andelen patienter som flyttats mellan intensivvårdsavdelningar på grund av resursbrist är låg och regionens mål för indikatorn uppnås.

4.8 AVVIKELSER

En ändamålsenlig avvikelshantering är viktig för samtliga verksamheter. I Region Skåne används sedan flera år tillbaka IT-stödet AvIC för avvikelshantering och förbättringsarbete. Dock har systemet ett begränsat värde för uppföljning ur ett övergripande perspektiv och används hellre i verksamheten, av personer med både lokalkännedom och systemkunskap. Under året har en projektgrupp tillsatts inför införande av nytt avvikelssystem under år 2023. Sammanställning och analys av avvikelser görs i huvudsak på förvaltningsnivå. Avvikelser diskuteras regelbundet i olika regionala grupperingar, bland annat i chefläkar- och chefsjuksköterskegruppen.

Under år 2022 registrerades drygt 23 800 patientavvikelser i avvikelssystemet vilket är på samma nivå som föregående år. Cirka 5000 av avvikelserna var av kategorin ”vård”, och utgjorde den enskilt största gruppen. Cirka 2400 avvikelser handlade om brister i ”informationsöverföring mellan vårdaktörer” och knappt 2000 avvikelser avsåg händelser i kategorin ”läkemedel”. Därefter är ”bedömning” och ”journalhantering” vanligt förekommande orsaker.

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 och kommunikation, utbildning och kompetenshöjning samt aktiviteter kring befintliga eller nya riktlinjer.

I avvikelssystemet ska även risker för vårdskada rapporteras och det är väsentligt att riskerna uppmärksammas och riskförebyggande arbete vidtas. Med inspiration av hur patientsäkerhetsrisker hanteras i SDV-programmet (Skånes digitala vårdssystem) har en

regional risklogg tagits fram under 2021 och utvecklats under 2022. Riskerna hanteras av regional grupp för chefläkare respektive regional grupp för chefsjuksköterskor och en mindre arbetsgrupp har tillsatts.

4.9 KLAGOMÅL OCH SYNPUNKTER

Vårdgivaren är skyldig att ta emot, utreda och besvara klagomål från patienter och närstående. Patienten kan kontakta den verksamhet det gäller direkt för att framföra sitt klagomål, då 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. I vissa fall kan patient eller närstående också anmäla ett klagomål till Inspektionen för vård och omsorg (IVO), men vanligtvis vill IVO att sjukvården ska ha givits möjlighet till att utreda händelsen först.

Klagomål är en viktig del i hälso- och sjukvårdens förbättringsarbete. Det är också ett tillfälle för patienter att vara delaktiga i det viktiga patientsäkerhetsarbetet. Klagomål och synpunkter ska sammanställas och analyseras för att identifiera mönster eller trender som visar på brister i verksamhetens kvalitet. Sådant arbete ska ske på flera nivåer i organisationen, och i förvaltningarna vilar ansvaret för en god och klagomålshantering på verksamhetscheferna. Under perioden januari – december 2022 registrerades drygt 1088 klagomål från patienter och närstående i avvikelssystemet vilket är något färre än föregående år. 57 procent av klagomålen har inkommit direkt från patienter och närstående till vårdens verksamheter, 31 procent har kommit via Patientnämnden Skåne och 12 procent via Inspektionen för vård och omsorg. När patienter och närstående vänder sig direkt till vården för att framföra klagomål används i majoriteten av fallen den blankett som regionen erbjuder för ändamålet och som finns tillgänglig via 1177. Endast ett fåtal väljer att framföra klagomål genom direktkontakt. De flesta av de registrerade klagomålen avser:

- Behandling/Bedömning av vård/Diagnos/Utredning
- Bemötande
- Information/Kommunikation till patient och närstående

Patienter och närstående kan alltid vända sig till Patientnämnden Skåne för att få hjälp och stöd med att framföra klagomål till vården. Alla klagomål från patienter och närstående som når patientnämnden når inte hälso- och sjukvården om den som klagat inte önskar att det ska ske. Vissa som klagat vill vara anonyma, vilket gör det svårt för hälso- och sjukvården att utreda det specifika klagomålet. Klagomålen som nådde Patientnämnden Skåne under 2022 visade på liknande förhållande som för de som inkommit direkt till sjukvården då merparten av klagomålen avsåg kategorierna *vård och behandling* och *kommunikation*. Region Skåne och Patientnämnden använder inte samma sätt för klassificering av klagomål, och därför kan inte statistiken jämföras med exakthet.

Region Skåne arbetar aktivt för att skapa förutsättningar för en ändamålsenlig klagomålshantering. Regional grupp för patientklagomål och Region Skånes patientsäkerhetsråd har fokus på att det ska vara enkelt för patienter och närstående att lämna klagomål, samt på utveckling av uppföljningsmöjligheter av registrerade klagomål i regionens avvikelssystem AvIC. Avvikelssystemet brister i funktionalitet på flera områden, och det

begränsar möjligheterna att på ett bra sätt sammanställa och analysera data. Under 2023 planeras för ett nytt avvikelssystem med förbättrad funktionalitet. Regional grupp för patientklagomål syftar också till att gruppens medlemmar, som består av förvaltningarnas representanter, ska utveckla klagomålshanteringen i de egna verksamheterna, med gruppens stöd.

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 2022 till 203 st. Detta är en signifikant minskning jämfört föregående år vilket kan bero på skillnader i panorama mellan ett pandemiår och ett mer normalt år. Antalet anmälda ärenden till Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag (Löf) för patienter som vårdats i Region Skåne uppgick 2021 till 2391 st vilket är en ökning jämfört 2021 (2166 st). Ökningen följer utvecklingen över tiden och är sannolikt ett resultat av ökad medvetenhet och förbättrad kommunikation till patienter som drabbats av vårdskada. Andelen ersatta av samtliga ärenden har dock minskat 2022 jämfört föregående år vilket talar för ett annat skadepanorama under året.

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 patientjournaler⁷. 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. Patientjournaler för patienter äldre än 18 år väljs ut genom slumpmässigt urval och granskas retrospektivt av särskilda granskningsteam inom verksamheterna och består av sjuksköterskor, läkare och annan personal utbildade i metoden. Vid MJG identifieras markörer i patientjournalen, uppgifter som tyder på att en skada kan ha inträffat. Om en skada identifieras bedöms dess allvarlighetsgrad samt om skadan varit undvikbar. En undvikbar skada innebär en vårdskada.

Utveckling av kvalitet och användandet av MJG sker via Regional grupp för MJG. Regional grupp för MJG sammankallas och leds från Staben för patientsäkerhet. Arbetsgruppens uppgift är att arbeta för en ökad vårdkvalitet genom att stärka och utveckla kvaliteten och användandet av MJG inom Region Skåne.

För 2022 (period januari – juni) har sammanlagt 660 journaler granskats inom den somatiska vården (en ökning med 6,5 procent jämfört 2021). I 43 (6,5 procent) av journalerna har sammanlagt 57 vårdskador påvisats. Det är en tydlig förbättring jämfört föregående år. De vanligast förekommande vårdskadorna var vårdrelaterad infektion (21) och trycksår av kategori 2 -4 (15) (se diagram).

7

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

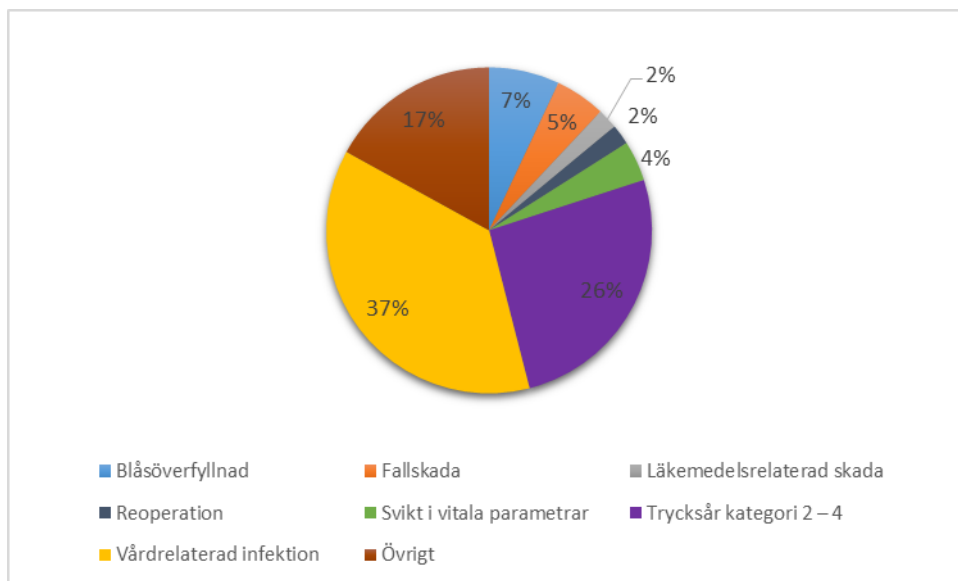


Diagram. Här visas andelen av olika vårdskador som identifierats i MJG somatisk vård 2022.

Inom vuxenpsykiatrisk vård har sammanlagt 151 journaler granskats enligt metoden MJG för perioden januari – juni 2022 vilket är oförändrad omfattning jämfört 2021. Ingen vårdskada har identifierats.

Inom rättspsykiatri har sammanlagt 11 journaler granskats under samma period och i 3 av journalerna har vårdskada kunnat identifieras (2 övriga skador och 1 läkemedelsrelaterad skada).

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.

De vårdnära suiciden sjönk med hela 27 procent under 2022 jämfört med 2021 vilket är en av de lägsta suicidsiffrorna sedan denna statistik upprättades 2015. Region Skåne uppvisar fortsatt rikslåga nivåer men det återstår att se hur detta korrelerar med totala suicidsiffran för regionen. För detaljer hänvisas till patientsäkerhetsberättelsen för förvaltning Psykiatri, habilitering och hjälpmedel.

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 vilket förväntas minska variabilitet och säkerställa att patienter får en mer jämlik och kunskapsbaserad vård av högre kvalitet.
- Regional handlingsplan för ökad patientsäkerhet revideras och följs upp årligen.
- 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.
- Patienten och närstående ska ses som viktiga aktörer och involveras i det systematiska patientsäkerhetsarbetet i ännu större utsträckning.
- Klagomålshanteringen samt hanteringen av patienters och närståendes synpunkter behöver utvecklas ytterligare.
- Ett nytt avvikelshanteringssystem ska utvecklas och implementeras,
- 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).

