

# Patientsäkerhetsberättelse för Ängelholms sjukhus År 2024



Datum  
2025-01-16

Ansvariga för innehållet  
Peter Kalén, Chefläkare  
Eleni Ikonomidou, Chefsjuksköterska  
Johanna Thulin-Cederholm, Chefapotekare

Diarienummer  
Dnr 2025-0000108

# Innehåll

SAMMANFATTNING .....	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD .....	5
Engagerad ledning och tydlig styrning .....	5
Övergripande mål och strategier .....	5
Organisation och ansvar .....	5
Samverkan för att förebygga vårdskador .....	6
En god säkerhetskultur.....	7
Adekvat kunskap och kompetens .....	7
Medicinsk etik .....	8
Informationssäkerhet .....	8
Uppföljningar enligt 3 kap. 6 § punkt 3 av större betydelse .....	9
Genomförda riskanalyser enligt 3 kap. 5 § .....	9
Förbättringsåtgärder som vidtagits för informationssäkerheten enligt 3 kap. 6 §, punkt 4 .....	9
Utvärdering enligt 3 kap. 18 § av skydd mot olovlig åtkomst till datornätverk och informationssystem .....	9
Genomförd granskning enligt 5 kap. 6 § av hälso- och sjukvårdspersonalens journalföring .....	9
Patienten som medskapare .....	9
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	10
Öka kunskap om inträffade vårdskador .....	10
Tillförlitliga och säkra system och processer .....	10
Säker vård här och nu.....	11
Förvaltningarnas risklogg och kända risker .....	11
Allvarliga vårdskador under året .....	14
Åtgärder mot vårdplatsbrist .....	14
Stärka analys, lärande och utveckling .....	15
Avvikelser .....	15
Klagomål och synpunkter .....	15
Riskanalyser .....	16
Händelseanalyser .....	16
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR .....	17
Bilaga 2. Egenkontroller kopplade till specifika mål för 2024. Resultat och analys.....	18

Bilaga 3. Egenkontroller som utförs för ökad patientsäkerhet som inte är direkt kopplade till specifika mål för 2024 .....	22
Bilaga 4 PPM omvårdnad .....	23

## SAMMANFATTNING

Under 2024 har patientsäkerhetsarbetet fokuserat på att förbättra den basala omvårdnaden, minska smittspridning och vårdrelaterade infektioner, minska läkemedelsskador samt minska riskerna för skador i vårdens övergångar.

I resultatet från den under höstens mätning ”PPM omvårdnad” ses glädjande att i fråga om upplevelse av delaktighet i vården får Ängelholms Sjukhus höga poäng, d v s patienterna känner sig över lag delaktiga och informerade.

Det systematiska arbetet med uppföljning av avvikelser har fortgått under året. Samtliga avvikelser har värderats varje vecka för att fånga upp nya allvarliga risker på alla relevanta nivåer. Den för Ängelholms och Helsingborgs förvaltning gemensamma riskloggen har under året utgjort ett viktigt verktyg för att systematiskt kunna följa förvaltningens kända risker och vårdskador samt utvärdera pågående riskminimerande åtgärder i verksamheterna. En mer utförlig beskrivning av förvaltningens riskhantering gjordes 2023 och gäller alltjämt. Se bilaga 1.

Förvaltningens organisation och arbetssätt kring patientsäkerhet bygger på ett nära samarbete mellan verksamheterna och chefläkare med tillhörande patientsäkerhetsorganisation och ett nära samarbete med Enhet för patientsäkerhet vid Helsingborgs lasarett.

Kliniskt träningscentrum (KTC) har en bärande roll i patientsäkerhetsarbetet.

Patientsäkerhetsforum är en framgångsfaktor, som ger korta beslutsvägar och mandat att driva ett effektivt patientsäkerhetsarbete.

Nätverk av olika slag, exempelvis trycksårsnätverket, hygiennätverket och infartsnätverket ger engagerade medarbetare, som fungerar som ambassadörer för respektive specialkompetens på enheterna.

Samarbetet med kommunerna runt Ängelholms sjukhus har generellt fungerat väl under 2024, vilket minskat väntetiden för patienter, som väntar på omsorg i kommunen. Detta leder till bättre resursutnyttjande av vårdplatserna på sjukhuset. Under senare delen av året har också öppnats något fler vårdplatser vilket påverkat beläggningsgraden positivt.

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

# GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

## Engagerad ledning och tydlig styrning

### Övergripande mål och strategier

Ingen patient ska drabbas av vårdskada.

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

Riskområden med tillhörande mål utgår från tre organisatoriska nivåer:

- Hälso- och sjukvårdsuppdraget
- Förvaltningarnas risklogg (gemensam för Ängelholms och Helsingborgs förvaltning)
- Verksamheternas egna riskområden

### Organisation och ansvar

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

Verksamheternas patientsäkerhetsarbete på Ängelholms sjukhus sker med stöd av Patientsäkerhetsforum där chefläkare, verksamhetschefer, enhetschefer samt representanter för KTC ingår. Patientsäkerhetsforum ger förutsättningar för direktkommunikation i linjen och vid behov snabba beslut vad gäller patientsäkerhetsfrågor och är en framgångsfaktor i förvaltningens patientsäkerhetsarbete.

Representant från Ängelholms sjukhus samarbetar med Helsingborgs lasarett och deltar i nätverk bestående av kvalitets- och patientsäkerhetshandläggare (KPH) och kvalitets- och patientsäkerhetsombud (KPO), knutet till Helsingborgs lasarett. Nätverket följer linjeorganisationen med KPH inom varje verksamhetsområde och en eller flera KPO/klinisk omvårdnadssjuksköterska (KOS) per enhet. Nätverket har en central funktion i förvaltningarnas (Helsingborg och Ängelholm) ledningssystem för patientsäkerhet när det gäller att planera, genomföra, följa upp/kontrollera samt förbättra kvalitet och patientsäkerhet. Som stöd finns också lokala nätverk för läkemedel, hygien och etik, samt trycksår och infartsnätverk.

Förvaltningens chefläkare samarbetar nära med enheten för patientsäkerhet vid Helsingborgs lasarett.

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

Kommunikation om patientsäkerhetsarbetet sker i huvudsak via linjen men också via nätverk i specifika frågor. De kommunikationsvägar som används är framför allt e-post, hemvisten för Patientsäkerhet samt olika former av ledningsmöten.

Prioriteringar görs i huvudsak i patientsäkerhetsrådet.

I tabell 1 redovisas mötesstrukturen för patientsäkerhetsarbetet.



Tabell 1.

Nivå	Typ av möte	Samman- kallande	Syfte	Deltagare	Frekvens
Förvaltning Ängelholm/ Helsingborg	Patient- säkerhetsråd	Bitr. förvaltnings- chef Hbg	Beslut om prioriteringar. Uppföljning av förvaltnings- övergripande mål.	Förvaltningschef Hbg Bitr. Förvaltningschef Hbg Förvaltningschef Ängelholm Chefläkare, Chefsjuksköterska Chefapotekare, Stabschef, Patientrepresentanter	Var 6:e vecka
Förvaltning Ängelholm	Patientsäkerhets- forum	KTC/KPH	Informera Återkoppla Beslut gällande patientsäkerhetsfrågor i driften Samordna patientsäkerhetsarbete	Verksamhetschefer Enhetschefer Chefläkare Chefsjuksköterska KPH KTC	1ggr/mån
Förvaltning Helsingborg	KPH-möte	Chefsjuk- sköterska	Informera. Planera – kontrollera – analysera - återkoppla	KPH Chefsjuksköterska ev. Chefläkare	1ggr/mån
Enhetsnivå	Patientsäkerhet	KPH	Resultat från VO Planera - kontrollera – besluta Gröna korset, AvIC,	VC, KPH, EC, KOS	1ggr/mån

### Samverkan för att förebygga vårdskador

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

I samverkan mellan sjukhusen i nordväst, privat och offentlig primärvård samt tio kommuner har ett flertal aktiviteter genomförts.

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

Nedanstående figur får illustrera övergripande strategi och mål för samverkansarbetet:



Särskilt tydligt ses att fortsatt fokus på arbetet med Nära vård och samarbetet med kommunerna runt Ängelholms sjukhus minskat väntetiden för patienter, som väntar på omsorg i kommunen. Detta leder till bättre resursutnyttjande av vårdplatserna på sjukhuset. Det är bra både för den patient som får lov att lämna sjukhuset och komma hem, såväl som för den patient som behöver en vårdplats för inläggande vård. I detta arbete är Nära vård samordnaren central.

## En god säkerhetskultur

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



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

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

## Adekvat kunskap och kompetens

KPH-nätverket vid Helsingborgs lasarett, dit KPH representant för Ängelholms sjukhus är knuten arbetar för ökad kunskap och kompetens inom patientsäkerhetsområdet. Det systematiska arbetet med avvikelser ligger till grund för förvaltningsövergripande förbättringsarbeten där utbildningar i exempelvis riskläkemedel och omvårdnadsrundor kan nämnas. Samma arbete sker inom båda förvaltningarna. Att arbeta förvaltningsövergripande och i nära samarbete mellan de båda förvaltningarna kring riskmoment, för att skapa ett enhetligt arbetssätt, skapar ökad patientsäkerhet och större trygghet för den enskilda medarbetaren.



KTC har en bärande roll i patientsäkerhetsarbetet. Arbetet med att utbilda samtliga medarbetare på Ängelholms sjukhus i proACT har fortsatt under 2024. Kursen ger sjukvårdspersonal ett verktyg för att kunna förutse, känna igen och snabbt påbörja behandling av kritiskt sjuk patient. Den stora merparten av

medarbetarna på sjukhuset har gått proACT Utbildning och via KTC sker regelbundna proACT repetitionsövningar förlagda till respektive enhet. KTC ansvarar även för utbildning avseende HLR såväl för barn som för vuxna.

KTC har också ansvarat för utbildningar för undersköterskor och sjuksköterskor i att sätta KAD, PVK och V-sond/nasogastrisk sond. I utbildningarna ingår både teori, praktik, skriftligt prov och att kunskapen ska godkännas av erfaren sjuksköterska på enheten.

Under 2024 har särskilt fokus varit på att tidigt identifiera sepsispatienter (i dagligt tal blodförgiftning) och förvaltningen har deltagit i LÖF:s satsning på säker sepsis. Som led i detta har en förvaltningsövergripande arbetsgrupp tillsatts som arbetar med utbildning och uppföljning avseende sepsis. Två utbildningstillfällen har hållits under året öppna för samtliga medarbetare, med hög deltagandegrad och samtliga medarbetare har genomfört webbutbildningar avseende svikt av vitala funktioner.

För att stärka kompetensen hos förvaltningens sjuksköterskor har det under 2024 startat en fördjupningsutbildning för erfarna sjuksköterskor (FU). Varje sektion på sjukhuset i Ängelholm har ansvarat för ett utbildningstillfälle. Totalt 6 utbildningsdagar med fokus på den internmedicinskt multisjuka patienten ingår i utbildningen. Utbildningen har riktats till erfarna sjuksköterskor på sjukhuset i Ängelholm och 16 sjuksköterskor har deltagit i utbildningen. Utbildningen har syftet att stärka kompetensen hos de mest erfarna sjuksköterskorna på sjukhuset. Satsningen har syftet att öka kompetensen, stärka patientsäkerheten genom detta och är också en del av att vara en attraktiv arbetsgivare. En ny omgång av denna fördjupningsutbildning planeras under 2025

För att tidigt kunna ge patienter rätt val av infart är tre sjuksköterskor på Medicinavdelning dagvård utbildade i att lägga in en så kallad PICC-line (Perifert inlagd central venkateter). En PICC-line kan användas till att administrera läkemedel och vätskor samt till blodprovstagning.

För att även kunna säkerställa en venväg för svårstuckna patienter som inte behöver central infart har ett antal sjuksköterskor från akuten, medicinavdelning dagvård och anestesi/operationsenheten utbildats i att sätta PVK med hjälp av ultraljud. Detta innebär att svårstuckna patienter får en infart snabbare, behandling och vård kan initieras tidigare och patienten utsätts för färre nålstick.

KTC agerar tidigt på avvikelser och kan snabbt hjälpa till med utbildningsinsatser vid behov.

## **Medicinsk etik**

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

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

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

## **Informationssäkerhet**

HSLF-FS 2016:40 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården



### Uppföljningar enligt 3 kap. 6 § punkt 3 av större betydelse

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

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

### Genomförda riskanalyser enligt 3 kap. 5 §

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

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

Utbildningsaktiviteter har genomförts, bland annat har 168 medarbetare inom förvaltning Ängelholms sjukhus individuellt genomfört utbildningen Säker informationshantering. Utbildningen har också genomförts i grupp i samband med APT. För att öka genomförandegraden ytterligare är det önskvärt att utbildningen tas upp i samband med medarbetarsamtalen.

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

En ny (februari 2024) regional utbildning ”IT- och cybersäkerhet i Region Skåne”. 180 medarbetare inom förvaltningen har genomfört utbildningen.

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

Redovisas regionalt.

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

Resultat för Ängelholms Sjukhus:

- 16 loggkontroller genomfördes varav inga med misstanke om intrång.
- 50 procent av verksamheterna redovisade genomförda loggkontroller.

## Patienten som medskapare

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

- **Förvaltningens övergripande projekt**

*Digitalisering.* Genom att utöka tjänsterna på 1177.se skapas förutsättningar för patienten att boka sina möten, ha kontakt med vården men också tillgång till sina journaler. Inom VO rehab sker cancerrehabilitering i stor utsträckning digitalt med framgång. Under året har arbetet med videobesök, som ersätter en del fysiska besök, inletts inom öppenvården inom VO Medicin. Detta kan öka tillgängligheten för besök.

- **Patientmedverkan på ledningsnivå**

Patientrepresentant finns sedan 2019 med i förvaltningsledningen och i det för Ängelholm och Helsingborg gemensamma patientsäkerhetsrådet. Patientrepresentant är medlem i Ängelholms Sjukhus ledningsgrupp.



- **Risk och händelseanalyser**

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

- **Klagomålshantering**

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

## AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

### Öka kunskap om inträffade vårdskador

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

Patientsäkerhetsforum där samtliga verksamhetschefer och enhetschefer sitter med är ett bra forum för att sprida kunskap om inträffade händelser och patientsäkerhetsrisker.

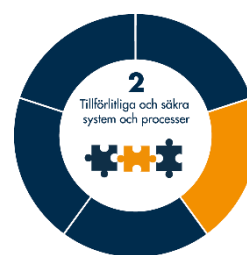
Att chefläkaren sitter med i sjukhusets ledningsgrupp ger ökad möjlighet att sprida kunskap om inträffade vårdskador på övergripande nivå.



### Tillförlitliga och säkra system och processer

Förvaltningens IT-system AvIC (som är gemensamt för hela Region Skåne) för hantering av avvikelser och klagomål är väl etablerat. Arbete i systemet sker via enhetschefer i samråd med respektive enhets KPH och KPO/KOS samt enhetschefer. De senare är del av ett effektivt nätverk för utbyte av erfarenheter och lärdomar i samarbete med förvaltningens chefsjuksköterska. Genom systematisk och regelbunden återkoppling sprids både risker och goda exempel snabbt genom KPH till de olika verksamheterna. Patientsäkerhetsenhetens veckovisa genomgång av samtliga avvikelser för att fånga allvarliga händelser är tillsammans med den dagliga genomgången av Gröna korset på respektive enhet en garanti för ett ständigt pågående arbete för att leverera en god och säker vård.

På Ängelholms sjukhus är patientsäkerhetsforum och ett lättillgängligt KTC i kombination med arbetet i Gröna korset navet i patientsäkerhetssystemet.



## Säker vård här och nu

### Förvaltningarnas risklogg och kända risker

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



Fördjupad information om förvaltningens riskförebyggande arbete finns i bilaga 1.

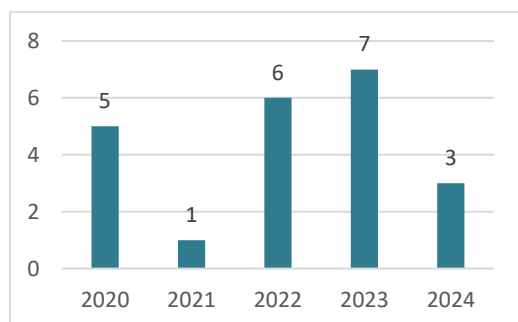
Nedan redovisas riskförebyggande åtgärder för utvalda vårdskador och riskområden.

### Vårdskador som kan kopplas till omvårdnad

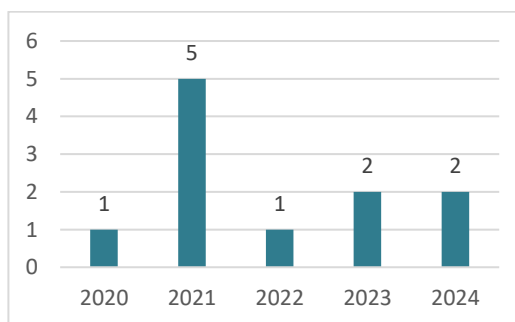
Omvårdnadsrisker till exempel trycksår, fall, tromboflebit eller överfylld blåsa har varit återkommande de senaste åren (se figur 1 och 2). Det är svårt att peka på en konkret orsak. Det är ofta en kombination av olika faktorer som påverkar utfallet. Bakomliggande orsaker kan vara säkerhetskulturen, ledningens och/eller medarbetarens engagemang och ansvar, följsamheten till rutiner, uppföljning och återkoppling. Arbetsmiljörelaterade faktorer som exempelvis arbetsbelastning, beläggningsgrad inom slutenvården och bristande kompetens påverkar omvårdnadsarbetet negativt.

Resultat från avvikelssystemet

#### Tromboflebit

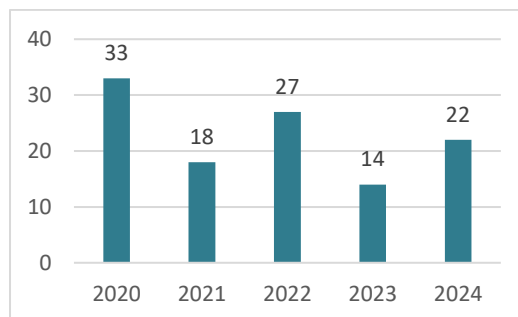


#### Överfylld blåsa

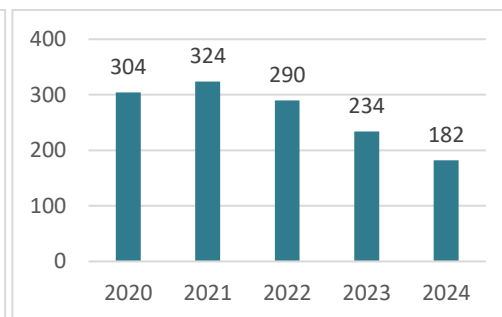


**Figur 1.** Antal patientavvikelser gällande tromboflebit och överfylld blåsa, Ängelholms sjukhus 2020–2024 (Källa: AvIC).

#### Trycksår



#### Fall



**Figur 2.** Antal nyttillkomna trycksår (exklusive kategori 1) och fall under vårdtid, Ängelholms sjukhus 2020–2024 (Källa: QV Melior Indikatorer).

På Ängelholms sjukhus sker arbete för att minska risken att utveckla trycksår, tromboflebiter och säkra följsamhet till basala hygienrutiner. Utöver punktprevalensmätningar (PPM) omvårdnad utförs lokala mätningar varannan månad. Handlingsplaner upprättas i de fall enheten inte uppnår målen i syfte att åstadkomma förbättringar.

Samtliga vårdavdelningar på sjukhuset, arbetar konsekvent med prevention såsom rätt val av madrass, lägesändringar, mobilisering, nutrition och skumförband på hälar och sacrum som komplement till alla riskpatienter. Över tid har detta sjukhusövergripande arbetssätt inneburit kraftigt minskad risk att patienter i slutenvården utvecklar trycksår.

Resultatet av PPM PVK har varit mycket bra – inga tromboflebiter kunde uppvisas på någon avdelning. Förbättringar som behövs är dokumentation efter inspektion samt märkning av infart.

Nytt för 2024 är PPM omvårdnad som innebär uppföljning av omvårdnadsrisker såsom trycksår, fallhändelser, elimination, undernäring och intravenösa infarter. Utöver omvårdnadsrisker ställs frågor direkt till patienten om upplevelser under vårdtiden. Det är en stor fördel att kunna se ett samlat resultat av omvårdnadens risker men också betydelsen av att utgå från hela patienten och inte från risken som patienten kan ha. PPM omvårdnad är inte endast en modell för uppföljning, utan lika mycket för att stärka engagemang, utveckling och lärande. Eftersom mätningen är ny för i år är det svårt att jämföra vissa parametrar över tid se bilaga 4.

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

SEUPP innebär kontroll av nedan:

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

På Ängelholms sjukhus genomförs varje kväll en så kallad NEWS-runda. Det är jourhavande narkossjuksköterska som går runt till alla avdelningar inklusive akutmottagningen och stämmer av de inneliggande patienternas tillstånd med sjuksköterskorna. Man diskuterar patienternas NEWS-poäng, om det finns patienter som riskerar att försämrats eller om det är patienter som det finns oro för.

### **Vårdrelaterade infektioner**

De mätningar som gjorts under året gällande PVK komplikationer och kateterkomplikationer har inte påvisat några vårdrelaterade infektioner för Ängelholms sjukhus. Vi vet från nationella data att vårdrelaterade infektioner är vanligt förekommande och för att minska denna risk arbetar vi kontinuerligt med att använda katetrar och infarter på rätt indikation och endast så länge de behövs.

PPM BHK visade 100% korrekt efterlevnad gällande korrekt klädregler. För hygienrutiner uppnås Region Skånes mål (>90%) på alla enheter.

## Läkemedelsrelaterade vårdskador

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

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

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

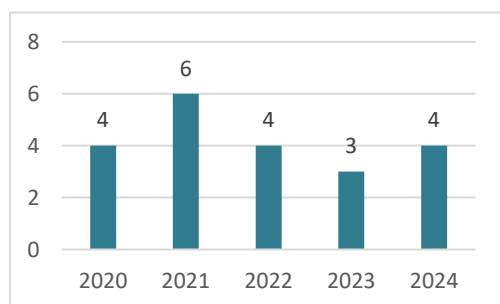
Under 2024 startades Läkemedelsmöten (4 ggr/år) där alla sjukhusets LASSK (läkemedelsansvariga sjuksköterskor), KASSK (kontrollansvariga sjuksköterskor) och försörjningfarmaceuter är inbjudna. Sammankallande är chefsjuksköterska och chefapotekare. Fokus för LASSK/KASSK under 2024 har bland annat varit att öka medvetenheten kring riskläkemedel och följsamhet till regionala riktlinjerna.

I förvaltningen finns 9 farmaceuter som samarbetar med sjuksköterskor gällande läkemedelshantering och läkare med utbildningar och läkemedelsavstämningar/genomgångar.

Det finns fortfarande ett stort behov att förbättra processen kring läkemedelssäkerheten vid ordinationer. Detta görs genom att vidareutveckla Skånemodellen (fokus på 75 år och äldre och minst 5 läkemedel) och att utarbeta nya riktlinjer som inte tar hänsyn till ålder och antal läkemedel. Under 2024 beslutades att göra läkemedelsavstämningar på alla nya patienter med prio på patienter som har öppenvårdsdos (sk Pascal). Läkemedelsavstämningar har prioriterats framför läkemedelsgenomgångar för att öka andelen korrekta läkemedelslistor för fler patienter under slutenvårdstiden och i samband med utskrivningar och vårdövergångar. Under 2024 gjordes 1841 läkemedelsavstämningar och 685 läkemedelsgenomgångar av farmaceuterna.

## Syrgasavvikelser

Många läkemedelsavvikelser avser medicinska gaser (syrgas). Utebliven syrgasadministrering beror på flera faktorer exempelvis förväxling mellan syrgas och luft och felaktig hantering av syrgasflaskor. Antalet avvikelser är stabilt på en låg nivå



**Figur 5.** Antal syrgasrelaterade patientavvikelser, Ängelholms sjukhus 2020–2024 (Källa: AvIC).

### *RisKFörebyggande arbete*

Under året har arbetet fortsatt med att alla vårdplatser ska vara korrekt utrustade enligt förvaltningsövergripande beslut. Fortlöpande utbildningsinsatser i gashantering för att stärka kunskap och kompetens hos medarbetare.

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

### **Bemötande, beteenden, kommunikation**

RisKFyllda beteenden och ohövlighet är kända och väl belagda faktorer för negativ påverkan på den trygga och säkra vården. Under året har frågan uppmärksammats alltmer och arbetet med att på ett strukturerat sätt angripa problematiken fortsatt. Arbetet fortsätter under 2025.

Under året följande aktiviteter genomförts:

- Ett antal föreläsningar i förvaltningen för medarbetare och chefer, på temat hur beteenden mellan medarbetare påverkar den trygga och säkra vården.
- Arbete i det regionala chefläkarnätverket för att uppnå regional samsyn i frågorna kring individers beteenden som risk.
- Framtagande av strukturerat arbetssätt och hjälp för första linjens chefer att tidigt hantera ohövlighet och riskfyllda beteenden.

### **Allvarliga vårdskador under året**

Antalet IVO klagomål för förvaltningen uppgick till tre under 2024 (vilket är samma nivå som gällt de senaste åren). Klagomålen har utretts enligt sedvanlig rutin och ärendena har avslutats utan ytterligare åtgärder från IVO.

Enheten för patientsäkerhet har successivt flyttat fokus från ett reaktivt arbetssätt (lex Maria) till ett proaktivt (hantering av risker). Antalet lex Maria anmälningar har de senaste åren varit 0–2/år och för 2024 gjordes en lex Maria anmälan, som berörde en allvarlig vårdskada som uppkommit till följd av brännskada orsakad av värmedyna. Anmälan gjordes också till läkemedelsverket, eftersom vårdskadan orsakats av en medicinsk-teknisk produkt.

### **Åtgärder mot vårdplatsbrist**

Sedan ett flertal år finns konsulttelefonlinjer från primärvården till specialistvården. Detta fungerar bra och leder till att patienter i högre grad kan utredas på rätt vårdnivå och främjar ett gott samarbete mellan sjukhus och primärvård. Under årets senare del har också antalet tillgängliga vårdplatser ökat, genom att ytterligare vårdplatser öppnats på avdelning 1 och 2. En utökning av subakuta mottagningstider på specialistmottagningar bedöms också ha bidragit till att reducera antalet besök på akutmottagningen och minska behovet av inläggningar i slutenvård.

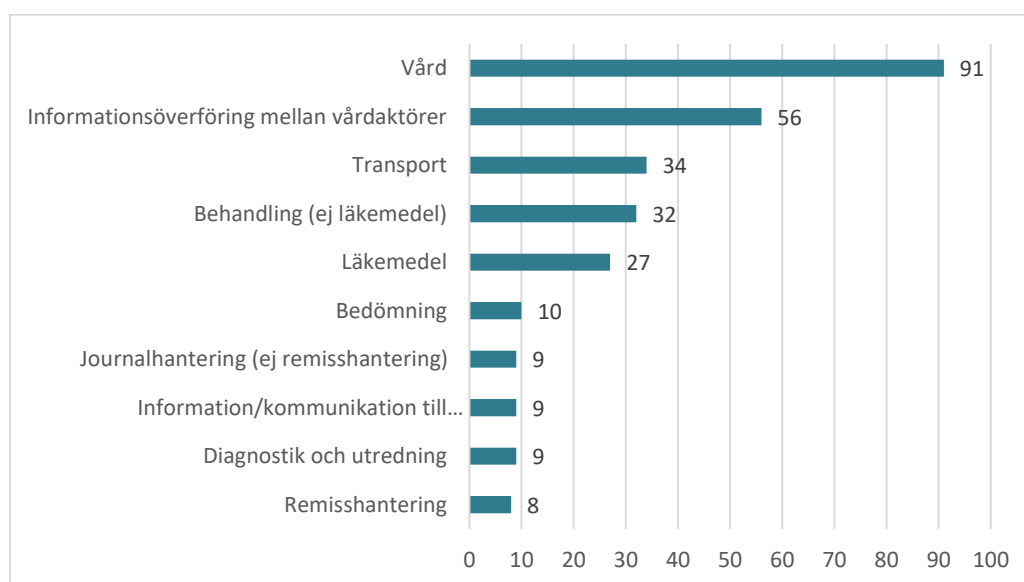
## Stärka analys, lärande och utveckling

### Avvikelser

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



I figur 6 redovisas de tio vanligast förekommande övergripande kategorierna för händelseklassificering av de patientavvikelser som inträffat på sjukhuset i Ängelholm under 2024. Flera kategorier kan användas för att klassificera en avvikelse. Vård är den mest frekvent förekommande kategorin, följt av informationsöverföring mellan vårdaktörer. Fall/fallskada är den största underkategorin till den övergripande kategorin vård. Andra betydande underkategorier är in/utfart, trycksår och tillsyn/övervakning.



**Figur 6.** De tio vanligast förekommande övergripande kategorierna för händelseklassificering av patientavvikelser som inträffat på Ängelholms sjukhus 2024 (Källa: QlikView AvIC).

### Klagomål och synpunkter

Klagomål mottas vanligtvis via blankett (Synpunkter och klagomål på vården), e-post eller brev. Vissa klagomål inkommer, som tidigare, via patientnämnden och andra direkt via IVO.

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

Vid registrering av klagomål i AvIC ska uppgift om vem som framfört ärendet till vården anges: patient, närstående, patientnämnden eller IVO (tabell 2). Antal klagomål inom förvaltningen från patient och närstående ligger lågt vilket delvis skulle kunna bero på okunskap gällande registrering av inkomna synpunkter.

**Tabell 2.** Antal klagomål utifrån vem som framfört det till vården, Ängelholms sjukhus 2020–2024 (Källa: AvIC).

Framfört av	2020	2021	2022	2023	2024
Patient	3	3	1	5	2
Närstående	2	0	2	2	1
Patientnämnden	2	1	0	7	12
IVO	0	0	0	3	3
<b>Totalt</b>	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>17</b>	<b>18</b>

Antal klagomål till IVO har varit mellan 3–6/år under de senaste åren och antalet patientnämndsärenden har brukat vara 5–10/år.

Brister i bemötande och kommunikation till patient eller närstående förekommer ofta i klagomålen. Det är inte ovanligt att klagomålen innehåller flera delar exempelvis bedömning, bristande tillgänglighet, lång väntetid, uppskjuten behandling. Dessa beskrivs ofta tillsammans med dåligt bemötande samt bristande eller utebliven information.

Verksamhetsområdena har välfungerande rutiner för att, sammanställa och sprida kunskap gällande verksamhetens klagomål och att analysera, samt genomföra förändringsarbete för att möta patienternas behov och synpunkter.

### **Riskanalyser**

Under året har ingen riskanalys utförts

### **Händelseanalyser**

Under året har en händelseanalys utförts som led i utredning inför Lex Maria anmälan. Denna berörde användandet av värmedynor i samband med dialys. En patient drabbades av en allvarlig undvikbar vårdskada till följd avbrännskada orsakad av värmedyna. Konsekvensen av händelseanalysen blev dels anmälan enligt Lex Maria och dels att verksamheten upphört med användningen av berörd värmedyna.



## MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Patientsäkerhetsarbetet för 2025 fokuserar fortsatt på att bli mindre reaktivt och mer proaktivt. Patientinvolveringen och personcentrering behöver öka för att minska risken för vårdskador och öka kvaliteten på vården. Sjukhusledningens fokus på personcentrerad vård stämmer väl in i denna strategi.

Det viktigaste målet för det kommande året är att minska beläggningsgraden på vårdavdelningarna och säkra tillgänglighet till mottagningsbesök.

Under 2025 kommer förvaltningen fortsatt att fokusera på arbetet med att identifiera omvårdnadsrisker och förebygga vårdskador. Fortsatt utbildning avseende ProACT och klinisk fördjupningsutbildning av sjuksköterskor på vårdavdelningar planeras. Särskilt fokus på korrekt läkemedelsbehandling under slutenvård och i samband med vårdens övergångar är ytterligare ett exempel på riktade satsningar inför 2025.

Fortsatt gäller att:

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

### Kompetensförsörjning

Rätt kompetens på rätt plats i rätt tid kommer alltid att vara grunden i modern sjukvård. Kompetensförsörjningen har en framträdande plats i förvaltningens arbete med den trygga och säkra vården, eftersom det är med den enskilde medarbetarens engagemang, medmänsklighet och kompetens det börjar.

### Utbildning och pedagogik

Särskild utbildningssatsning gällande fördjupningsutbildning av sjuksköterskor på vårdavdelningar sker på Ängelholms sjukhus under 2025, som ett led både i kompetensutveckling, men också ur ett behålla perspektiv

### Handlingsplaner

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

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

\*\*\*

## Bilaga 2. Egenkontroller kopplade till specifika mål för 2024. Resultat och analys.

Indikatorer säker vård [ID NR]	Omfattning	Källa	Målnivå 2024	Strategi/Åtgärd	Utfall 2024 [2023]	Analys
Återinskrivning inom 30 dygn Ängelholms sjukhus*  *Ersätter ID0091	Månadsvis	QlikView			14,5% (jan-nov) [15,8%]	Att minska andelen patienter som blir återinlagda inom 30 dagar är komplext och ofta behöver samverkan mellan olika aktörer inom specialistvården, primärvården och kommunen förbättras för att så ska kunna ske. Ett flertal aktiviteter har startat under året för att andelen ska minska
Utskrivningsinformation ett eller fler läkemedel [ID0306]	Månadsvis	QlikView	≥70%	Följsamhet till regionala riktlinjer för utskrivningsinformation.  Fickfolder till stöd och hjälp för läkare och vårdpersonal.	95,0 [93,9%]	Målet nås och resultatet är i ett Skåneperspektiv mycket bra.
Tvärprofessionell läkemedelsgenomgång, inkl. läkemedelsavstämning (slutenvård) för patienter 75 år och äldre [ID0015]	Månadsvis	QlikView	>50%	Följsamhet till Skånemodellen för läkemedelsgenomgångar.  Följsamhet förvaltningens beslut om läkemedelsavstämningar på alla nyinlagda patienters läkemedelslistor	21,4 % [22,0%]	Målet nås inte när det gäller Skånemodellens inklusionskriterier.  1841 läkemedelsavstämningar och 685 läkemedelsgenomgångar har gjorts av farmaceuter

Indikatorer säker vård [ID NR]	Omfattning	Källa	Målnivå 2024	Strategi/Åtgärd	Utfall 2024 [2023]	Analys
Riskbedömning avseende undernäring för patienter 18 år och äldre (slutenvård) [ID0337]	Följs upp kontinuerligt	QlikView	>80%	Fortsatt arbete med omvårdnadsrundor Daglig styrning och kontroll tex genom GK Adekvat kunskap och kompetens: <a href="#">God vård e-utbildning</a>	89,6% [89,0%]	Målet nås.
Vårdplan avseende undernäring för patienter 18 år och äldre med ökad risk för undernäring enligt riskbedömning [ID0338]	Följs upp kontinuerligt	QlikView	>95%	Se ovan	87, % [89,8%]	Målet nås inte, men andelen patienter som riskbedöms ökar successivt över tid
Följsamhet till regler för basal hygien vid patientnära arbete [ID0014]	Nationell PPM BHK ej genomförd under 2024					

Indikatorer säker vård [ID NR]	Omfattning	Källa	Målnivå 2024	Strategi/Åtgärd	Utfall 2024 [2023]	Analys
Följsamhet till regler för arbetskläder vid patientnära arbete [ID0219]	Nationell PPM BHK ej genomförd under 2024					
Fallriskbedömning för patienter 65 år och äldre [ID0012]	Följs upp kontinuerligt	QlikView	>80%	Fortsatt arbete med omvårdnadsrundor Daglig styrning och kontroll tex genom GK Adekvat kunskap och kompetens: - <a href="#">God vård e-utbildning</a>	94,1% [93,9%]	Målet nås.
Vårdplan avseende fallrisk ska upprättas för patienter 65 år och äldre med ökad fallrisk enligt fallriskbedömning [ID0013]	Se ovan	QlikView	>95%	Fortsatt arbete med omvårdnadsrundor Adekvat kunskap och kompetens: - <a href="#">God vård e-utbildning</a>	96,1% [94,5%]	Målet nås.

Indikatorer säker vård [ID NR]	Omfattning	Källa	Målnivå 2024	Strategi/Åtgärd	Utfall 2024 [2023]	Analys
Riskbedömning avseende trycksår för patienter 65 år och äldre [ID0021]	Följs upp kontinuerligt	QlikView	>80%	<p>Implementering av omvårdnadsrundor</p> <p>Daglig styrning och kontroll till exempel genom GK</p> <p>Adekvat kunskap och kompetens:  <a href="#">Att förebygga trycksår, undernäring och fall inom slutenvården</a></p> <p>Följsamhet till riktlinjer och vårdprogram:  <a href="#">Regional riktlinje för prevention av trycksår</a>  <a href="#">Vårdprogram för trycksår</a></p> <p>Inventering och kvalitetsgranskning av madrass enligt <a href="#">regional riktlinje</a></p>	94,0% [94,0%]	Målet nås.
Vårdplan avseende trycksår för patienter 65 år och äldre med ökad risk för trycksår enligt riskbedömning [ID0223]	Se ovan	QlikView	>95%	Se ovan	92,0% [89,4%]	Resultatet är bra men arbetet för att förebygga trycksår fortgår

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

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

## Bilaga 4 PPM omvårdnad

Indikatorer säker vård [ID NR]	Omfattning	Källa	Målnivå 2024	Strategi/Åtgärd	Utfall 2024 [2023]	Analys
Andel slutenvårdade patienter 18 år och äldre som har utvecklat trycksår kategori 1–4 under vårdtiden	PPM omvårdnad med start hösten 2024 Ska genomföras 2 ggr/år	PPM omvårdnad		Se ovan	6,4% [10,8%]	Återkommande görs extra mätningar och över tid ses en mycket tydlig nedgång i risk att utveckla trycksår under slutenvård.  Resultaten blir missvisande i procentform eftersom antalet är lågt.  Tre av 47 patienter hade trycksår varav 1 patient kategori 1 och 2 patienter kategori 2.
Andel slutenvårdade patienter 18 år och äldre som har utvecklat trycksår kategori 2–4 under vårdtiden	PPM omvårdnad med start hösten 2024 Ska genomföras 2 ggr/år	PPM omvårdnad	≤4%	Se ovan	4,3% [5,4%]	Se ovan
Komplikationer relaterade till intravenösa infarter	PPM omvårdnad med start hösten 2024 Ska genomföras 2 ggr/år	PPM omvårdnad	0%	Implementering omvårdnadsrundor  Daglig styrning och kontroll tex genom GK  Adekvat kunskap och kompetens: <a href="#">Att förebygga tromboflebit i samband med PVK</a>  <a href="#">God vård e-utbildning</a>  Följsamhet till Regional riktlinje: <a href="#">Regional riktlinje för hantering av perifer venkateter (PVK) för vuxna</a>	17% [0%]	Målet nås inte  4 av 23 patienter hade komplikation. Samtliga var kopplat till PVK. Resultatet blir svårvärderat eftersom det rör sig om få patienter totalt sett. Återkommande PPM undersökningar av PVK planeras som uppföljning