

Lasarettet i Ystad

Patientsäkerhetsberättelse för Lasarettet i Ystad År 2024



Datum: 2025-01-23

Ansvarig för innehållet: Jonas Wrigstad (chefläkare) och Martina Lundmark (chefsjuksköterska)

Inledning

I enlighet med PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar samt att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år, finnas tillgänglig för den som vill ta del av den och den bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.



Källa:

Socialstyrelsen ”Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024”

Mallen är framtagen inom ramen för kunskapsstyrningsorganisationen, på uppdrag av den nationella samverkansgruppen (NSG) inom patientsäkerhet, 2021-09-23.

I syfte att förtydliga har mindre justeringar i inledning och bilaga genomförts, 2022-05-18.

Innehåll

SAMMANFATTNING	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	6
Engagerad ledning och tydlig styrning	6
Övergripande mål och strategier	6
Organisation och ansvar.....	6
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	7
Informationssäkerhet.....	8
Strålskydd	9
En god säkerhetskultur.....	9
Adekvat kunskap och kompetens	10
Patienten som medskapare	13
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	15
Öka kunskap om inträffade vårdskador	19
Tillförlitliga och säkra system och processer	20
Säker vård här och nu.....	21
Stärka analys, lärande och utveckling	22
Avvikelse	22
Klagomål och synpunkter	22
Öka riskmedvetenhet och beredskap	23
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	25

SAMMANFATTNING

År 2024 har, liksom de senast åren, inneburit fortsatta utmaningar för Lasarettet i Ystad gällande framför allt bemanning och vårdplatser vilket också återspeglar sig ur ett patientsäkerhetsperspektiv. Inom förvaltningen har antalet tillgängliga vårdplatser periodvis varit för lågt vilket förorsakat långa vistelsetider på akutmottagningen och överbeläggningar på vårdavdelningarna. Situationen med färre tillgängliga medarbetare och ökade vårdbehov ser ut att kvarstå och t.o.m. förvärras framöver.

För att hantera detta krävs ett förändrat arbetssätt att bedriva hälso- och sjukvård, bland annat genom Nära vård, korttidsvård och mobila team. Med syfte att skapa en samsyn om utmaningar och vägen framåt har förvaltningen under det gångna året haft en förstärkt medicinsk ledningsgrupp, som har träffats med stor regelbundenhet, för att kunna ta behövliga beslut om omställningar. Förvaltningens medarbetare och chefer har under tiden visat stor förmåga att även under stora omställningar arbeta såväl proaktivt som reaktivt för att skapa en god och säker vård. Patientsäkerhetsarbetet drivs med fokus på kontinuitet och långsiktighet inom flera olika områden där verksamheterna var för sig och i samverkan arbetat för att patientsäkerheten ska öka.

Lasarettet i Ystad anmälde 22 händelser enligt lex Maria under år 2024. Detta är en ökning med 12 st jämfört med 2023. Av de ärenden som anmäldes rörde 82 % risk för allvarlig vårdskada (jfr år 2023, 60%) och 18 % inträffad allvarlig vårdskada (jfr år 2023, 40%). Den största delen av de rapporterade händelserna, 16 st, utgjordes av patienter som blev smittade vid ett VRE utbrott på en vårdavdelning 2023. Riskförebyggande arbete sker på många olika sätt bland annat via lärande från avvikelser, kompetensutveckling för medarbetare samt informationsutbyte i olika forum och lasarettsovergripande nätverk.

Under 2023 och 2024 har Lasarettet i Ystad upprättat och implementerat ett eget ledningssystem för systematiskt patientsäkerhets- och kvalitetsarbete. Det förvaltningsövergripande patientsäkerhetsteamet med chefläkare, chefsjuksköterska och patientsäkerhetsutvecklare, stödjer förvaltningsledning och verksamheter i det strategiska och systematiska patientsäkerhetsarbetet. Ledningssystemet innefattar en struktur med kvalitets- och patientsäkerhetshandläggare på respektive verksamhetsområde samt kvalitets- och patientsäkerhetsombud på enhetsnivå. Dessa funktioner där roller och ansvar förtydligats har utarbetats i syfte att säkerställa ett patientsäkerhetsarbete med hög kvalitet. På grund av ekonomiska begränsningar är detta inte implementerat fullt ut på hela lasarettet vilket är ett mål långsiktigt.

Under 2024 har ett omfattande arbete pågått inom respektive verksamhetsområde gällande framtagning av handlingsplaner inom patientsäkerhet. Syftet med handlingsplanerna är att skapa en systematisk och långsiktig förbättring av patientsäkerheten genom att identifiera nuvarande styrkor och riskområden samt föreslå effektiva åtgärder för framtida utveckling av patientsäkerheten.

Vidare har Lasarettet i Ystad fortsatt arbetet på ett flertal plan för att skapa en god och säker vård för patienterna. Detta innefattar bland annat att implementera strukturerna som stödjer ramverket för magnetmodellen där flera delar har betydelse för att minska förekomsten av trycksår, fallhändelser, vårdrelaterade infektioner samt undernäring.

Den professionsstyrda ledningsstrukturen inom omvårdnad som samlar lasarettets specialistsjuksköterskor i Styrgrupp omvårdnad är drivande i många förbättringsåtgärder som syftar till att skapa en god och säker vård, både på enhetsnivå och övergripande. Bristande förutsättningar, framför allt i form av avsatt tid för att bedriva förbättringsarbete, är en utmaning inom många av verksamheterna. Många enheter har hög omsättning av medarbetare och chefer vilket försvårar kontinuitet och styrning långsiktigt.

Ett annat viktigt fokusområde för att stärka patientsäkerheten är att fortsätta utveckla den personcentrerade vården och patientdelaktigheten på olika nivåer. Detta kommer bland annat ske genom att aktivt inhämta patienters erfarenheter av vården via patientenkäter samt medverka i förbättringsarbete.

Urval av viktiga händelser på LiY under 2024

- En ny patientsäkerhetsorganisation där roller och ansvar förtydligas har utarbetats i syfte att säkerställa ett patientsäkerhetsarbete med hög kvalitet
- PPM Omvårdnad utfördes under v. 41
- Handlingsplaner inom patientsäkerhet har tagits fram inom respektive verksamhetsområde. Syftet med handlingsplanerna är att skapa en systematisk och långsiktig förbättring av patientsäkerheten genom att identifiera nuvarande styrkor och riskområden samt föreslå effektiva åtgärder för framtida utveckling av patientsäkerheten.
- Utbildningar inom patientsäkerhetskultur har genomförts i förvaltningsledningen, ett arbete som under 2025 kommer fortsätta ute i verksamhetsledningarna.
- Fortsatt fokus på implementeringen av ramverket för magnet vilket bidragit till ett fördjupat samarbete mellan enheterna, rekryteringsmöjligheter samt åtskilliga förbättringsarbeten på enheterna.

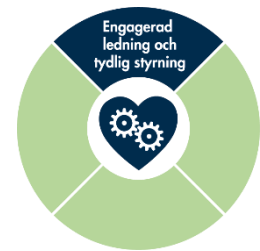
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

För att kunna nå den nationella visionen ”God och säker vård – överallt och alltid” och det nationella målet ”ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”, har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. Nedan beskrivs mål och strategier, organisation och struktur för arbetet med att minska antalet vårdskador.

Engagerad ledning och tydlig styrning

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer.

Som en del av anpassningen av den nya förvaltningsstrukturen upprättade Lasarettet i Ystad under 2023 ett eget ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, ett arbete som fortgått under 2024. Här tydliggörs grundförutsättningarna för styrning och ledning samt hur det systematiska kvalitetsarbetet är uppbyggt.



Övergripande mål och strategier

I enlighet med PSL 2010:659, 3 kap. 1 §, SOSFS 2011:9, 3 kap. 1-3 §

Lasarettet i Ystad har att förhålla sig till olika lagar, nationella föreskrifter, regionala mål, policyer och budget. Tillsammans utgör dessa en ram som reglerar förvaltningens verksamhet samt ger signaler om hur den bör inriktas för att skapa en god kvalitet. På regional nivå styr regionfullmäktige genom att besluta om mål och budget, planer, policyer och andra dokument som ger signaler samt anger inriktningen och kvaliteten för verksamheten.

I den årliga verksamhetsplanen formulerar förvaltningen egna mål som ligger i linje med de övergripande regionala målen. Efter godkännande av sjukhusstyrelsen ska denna utgöra grunden i verksamheternas arbete. Verksamhetsplanen tas fram i varje verksamhet tillsammans med medarbetarna och i denna identifieras områden som väsentliga att arbeta med för att utveckla verksamheten. Region Skåne har även en regional handlingsplan för ökad patientsäkerhet som anger de regionalt övergripande principerna, prioriteringarna och målen för ökad patientsäkerhet. Denna plan har sedan brutits ner i en förvaltningsövergripande plan för åren 2021–2024, som gäller Lasarettet i Ystad.

Lasarettet i Ystad har därefter, som ett led i att fortsätta arbeta med patientsäkerhetsfrågor systematiskt, fattat beslut om att ta fram handlingsplaner för varje enskilt verksamhetsområde där sedermera en förvaltningsövergripande handlingsplan ska tas fram baserat på dessa och gälla för kommande år. Arbetet med verksamhetsområdenas handlingsplaner har fortgått under hela 2024.

Organisation och ansvar

I enlighet med PSL 2010:659, 3 kap. 1 § och 9 §, SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 § p 1

Förvaltningen har ansvaret för den somatiska sjukhusvården vid Lasarettet i Ystad. Förvaltningschefen har det övergripande ansvaret för förvaltningens patientsäkerhetsarbete och dess ledningssystem. Förvaltningen är indelad verksamhetsområden (VO) och enheter (VE) med olika organiserade

stödfunktioner. Varje verksamhetsområde har en verksamhetschef som har det övergripande ansvaret för verksamheten och för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Verksamhetschefen har alltid det samlade ledningsansvaret, men får uppdra åt annan att fullgöra enskilda ledningsuppdrag, till exempel medicinskt ledningsansvar. Varje verksamhetsområde ansvarar för en ändamålsenlig organisering av det medicinska ledningsansvaret.

Organisation och ansvar för patientsäkerhetsarbetet inom förvaltningen följer förvaltningens linjeorganisation med stöd av resurspersoner. Varje verksamhetsområde strukturerar och organiserar patientsäkerhetsarbetet på det sätt som är bäst lämpat utifrån verksamhetsområdets förutsättningar.

Chefläkare och chefsjuksköterska är förvaltningsledningens representanter i patientsäkerhetsfrågor och bevakar dessa frågor i förvaltningens ledningsgrupp. Patientsäkerhetsteamet, vari chefläkare, chefsjuksköterska och patientsäkerhetsutvecklare ingår, stödjer förvaltningsledning och verksamheter i det strategiska och systematiska patientsäkerhetsarbetet. Patientsäkerhetsteamet har representation i de nationella chefläkar- och chefsjuksköterskenätverken, de regionala chefläkar- och chefsjuksköterskenätverken samt Skånes Universitetssjukvårds nätverk för patientsäkerhet, i syfte att stärka och utveckla samarbetet och kunskapsutbytet inom området samt att identifiera goda exempel och förbättringsåtgärder.

Förvaltningsledningen fattade 2023 beslut om en ny patientsäkerhetsorganisation inom förvaltningen där roller och ansvar under 2024 har förtydligats i syfte att säkerställa ett patientsäkerhetsarbete med hög kvalitet. Detta innefattar kvalitets- och patientsäkerhetshandläggare på verksamhetsnivå (KPH) samt kvalitets- och patientsäkerhetsombud (KPO) på enhetsnivå.

Förvaltningen har en väl utvecklad kontakt med såväl Vårdhygien som Smittskydd Skåne, båda organiserade inom annan förvaltning, för tillgång till en expertfunktion för arbetet med att förebygga vårdrelaterade infektioner och risken för smittspridning i vården.

Förvaltningen använder Patientnämnden Skåne för att ta emot synpunkter och klagomål på den somatiska hälso- och sjukvården. Nämnden informerar om patientens rättigheter och om vilka andra myndigheter patienten kan vända sig eller anmäla till vid behov. Nämndens analyser av inkomna synpunkter och klagomål bidrar fortlöpande till förvaltningens kvalitetsutveckling och patientsäkerhet.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Samverkan med primärvård, sjukhus och kommun

Samverkan med primärvård (offentlig och privat), Capio Närsjukhuset Simrishamn och kommuner sker i sedan tidigare etablerade mötesformer som delregionalt möte och samverkansgrupp med medicinskt ansvariga sjuksköterskor i syfte att vidareutveckla den nära vården och hitta former för bästa omhändertagandet av patienterna.

Samverkan mellan Lasarettet i Ystad och Capio Närsjukhuset Simrishamn utvecklas ständigt för att tillsammans kunna erbjuda en god och säker samt effektiv slutenvård. Som en del i utvecklingen av den nära vården har lasarettet fortsatt utveckla nya arbetssätt med patientens bästa i fokus såsom mobila team, arbetet med fokuspatienter, subakuta mottagningstider, dagmedicinsk behandlingsenhet och rehab-personal på akutmottagningen.

Samverkan med Vårdhygien

Hygiensjuksköterskor närvarar mycket regelbundet vid olika hygienaktiviteter på lasarettet samt utför hygienrond återkommande med 18 månaders mellanrum.

Jämlik vård

Kunskapsstyrning handlar om att utveckla, sprida och använda bästa möjliga kunskap inom hälso- och sjukvården. Målet är att bästa kunskap ska finnas tillgänglig och användas i olika vårdförlopp och i varje patientmöte. För att kunna erbjuda en god och säker vård av högsta kvalitet som ständigt ska utvecklas är det viktigt att alla medarbetare och deras chefer i linjeorganisationen har ett personligt ansvar.

Organisation och ansvar för vårdförloppen följer linjeorganisationen med stöd av de resurspersoner som har utsetts på respektive organisationsnivå.

Kunskapsstyrningsorganisationen, med flera personcentrerade sammanhållna vårdförlopp (PSVF), börjar nu nå ut i verksamheterna för att bidra till jämlik vård. Implementeringen av PSVF TIA/stroke, osteoporos och hjärtsvikt har skett inom förvaltningen och förberedelser sker för PSVF sepsis.

Informationssäkerhet

I enlighet med HSLF-FS 2016:40

Förvaltningen grundar sitt systematiska informationssäkerhets- och dataskyddsarbete på Region Skånes riktlinjer och ledningssystemet för informationssäkerhet, vilket följs på Lasarettet i Ystad.

De uppföljningar av informationssäkerheten som framgår av 3 kap. 6 § punkt 3, och som är av större betydelse:

Uppföljning av informationssäkerheten sker dels årligen utifrån styrande dokument, dels när det inträffar väsentliga händelser som påverkar informationssäkerheten. Särskilda uppföljningar av större betydelse kan bland annat ske vid otillåtna dataslagningar, vid misstanke om dataintrång avseende patientuppgifter och felaktig hantering av e-tjänstekort.

De riskanalyser som har gjorts enligt bestämmelserna i 3 kap. 5 §:

Riskbedömningar genomförs systematiskt ur ett informationssäkerhetsperspektiv bland annat i enlighet med lag om informationssäkerhet för samhällsviktiga och digitala tjänster (2018:1174), EU:s dataskyddsförordning (GDPR 2016/679) och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2016:40). Under 2024 har ytterligare tekniska lösningar implementerats och behovet av riskbedömningar ur ett informationssäkerhetsperspektiv ökar ständigt i takt med digitaliseringen. Det planerade införandet av SDV är en sådan digitalisering. Samtliga riskbedömningar redovisas i enlighet med informationssäkerhetspolicyn samt delges chefläkare och informationssäkerhetschef vid begäran.

De åtgärder som har vidtagits för förbättring av informationssäkerheten enligt vad som framgår av 3 kap. 6 § 4 och som är av större betydelse:

Åtgärder för förbättring av informationssäkerheten har främst vidtagits av ledamöter i IT-kommittén som arbetar för ökad säkerhet, kvalitet och krisberedskap för IT-frågor och av förvaltningens representanter i Informationsstyrningsrådet. Utbildnings- och informationsinsatser genomförs kontinuerligt utifrån omvärldsbevakning och vid identifierade verksamhetsbehov.

Den granskning som har gjorts enligt 5 kap. 6 § av hälso- och sjukvårdspersonalens journalföring:

Systematiska och återkommande kontroller av hälso- och sjukvårdspersonalens åtkomst till personuppgifter om patienter görs i enlighet med föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) och gemensamma rutiner för genomförande av loggkontroller inom Region Skåne.

Strålskydd

I enlighet med SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §

Varje år utförs en internrevision av strålsäkerheten inom regionen under ledning av den regionala Strålskyddsexpertfunktionen. Strålsäkerhetsfrågor som berör patientsäkerhet, personalsäkerhet samt skydd av allmänhet och miljö avhandlas då för samtliga verksamheter som arbetar med, eller berörs av, verksamhet med joniserande strålning. Resultaten sammanställs i en rapport tillsammans med en handlingsplan, som fastställs av Regiondirektören.

För den nära patientverksamheten finns krav på så kallad Radiologisk ledningsfunktion (RaLF) som ska finnas för varje verksamhet där patientbestrålning ingår. RaLF ska finnas nära verksamheterna för att kunna bidra bland annat i optimering av bestrålning för att därmed öka patientsäkerheten.

För att möta kravet om systematisk hantering av strålningsrelaterade avvikelser finns en särskild rutin för dessa avvikelser. Rutinen innefattar genomgång av varje avvikelse i den regionala Strålsäkerhetskommittén med bedömning om eventuell anmälan till Strålsäkerhetsmyndigheten.

Under år 2024 år har inga strålningsrelaterade avvikelser som berör patienter anmälts i AViC. Inga avvikelser har anmälts till Strålsäkerhetsmyndigheten.

En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet. Patientsäkerhetskultur omfattar vårdpersonalens gemensamma förhållningssätt och normer gällande risker och säkerhet med syfte att uppnå hög patientsäkerhet på vårdenheten. En god patientsäkerhetskultur innebär att personalen kan hantera oväntade händelser utan att det leder till allvarliga följder. Under hösten 2024 har Lasarettet i Ystad arbetat med att ta fram en halvdagsutbildning i patientsäkerhetskultur för att öka verksamheternas medvetenhet om dess betydelse för att patienter inte ska drabbas av vårdskador. Den första halvdagsutbildningen gavs för lasarettets förvaltningsledning i slutet av året. Alla verksamheter kommer inom kort att genomgå samma utbildning. Under 2024 genomfördes ej Hållbart Säkerhets Engagemang (HSE), men kommer att genomföras under våren 2025.



Under 2024 har lasarettet även pausat de årliga patientsäkerhetsdialogerna mellan verksamhetsledningen och förvaltningens patientsäkerhetsteam då patientsäkerhetskultur nu står i fokus genom utbildningsinsatsen. Istället gör förvaltningens patientsäkerhetsteam löpande besök ute på de olika vårdenheterna på lasarettet för att i dialog med medarbetarna ha förutsättningslösa samtal om de risker för patientsäkerheten de eventuellt ser på sin arbetsplats. Här uppmantras även att ge exempel på omständigheter där medarbetarna har identifierat risker och tillsammans med närmaste chef implementerat åtgärder i syfte att öka patientsäkerheten. Vid de fåtal tillfällen då allvarliga risker har framkommit under dialogerna har dessa lyfts omgående till verksamhetschef.

Det *digitala* ”Gröna korset” används på ett flertal av förvaltningens vårdenheter. Målsättningen är att detta dagligen ska kunna visualisera risker och vårdskador samt över tid skapa en god och bättre säkerhetskultur.

Adekvat kunskap och kompetens

En grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete. Kompetensförsörjning är, och har varit under en lång tid, en utmaning för hälso- och sjukvården, nationellt, regionalt och lokalt. Lasarettet i Ystad har fortsatt en utmaning i att rekrytera, behålla och vidareutveckla den kompetens som långsiktigt behövs för lasarettets samlade uppdrag och för att säkerställa en god och säker vård.



Som en del i att möta dessa utmaningar arbetar lasarettet med att införa de strukturer och det ramverk som Magnetmodellen består av och som även innefattar den regionala Kompetens- och Tjänstemodellen.

Viktiga händelser 2024 gällande kunskap och kompetens

- Lasarettets gemensamma Utbildningsenhet, som bildades 2022, har fortsatt att vidareutvecklas för att stödja verksamheterna ur ett kompetensutvecklingsperspektiv för medarbetare, utöver det tidigare studerandeuppdraget.
- I syfte att öka kvaliteten på AT-verksamheten vid lasarettet har ett kvalitetsledningssystem implementerats för AT-verksamheten till lasarettets övriga uppföljningssystem.
- En förstärkt medicinsk ledningsgrupp med fokus på vårdplatssituationen sammanträffar med stor regelbundenhet. Syftet är att intensifiera såväl det kortsiktiga som strategiskt långsiktiga arbetet med fokus på patientflöden, kvalitet, omvårdnad och patientsäkerhet.
- Kompetens- och tjänstemodellen har implementerats för specialistsjuksköterskor på operation och anesthesi, på intensivvårdsavdelningen samt på ett flertal andra vårdenheter. Lasarettet i Ystad har deltagit som remissinstans för ett flertal program samt i utvecklandet av ett regionalt program för undersköterskor.
- Arbetet enligt ramverket för Magnet har fortskridit under 2024 med långsiktiga mål gällande ökad rekrytering av sjuksköterskor, minskad personalrörlighet, stärkt kompetensutveckling, en ökad patientsäkerhet samt ökad kvalitet på vården.
- Beslut om att inrätta en lasarettsovergripande styrgrupp för omvårdnad och professionsråd på enheterna togs under våren 2023 och detta arbete har fortsatt under 2024. Ledningsstrukturen har sitt ursprung i begreppet ”professional governance”, ett område som är grundat i forskning och en central del på magnetsjukhus. Styrgruppen samordnar och driver omvårdnadsutveckling samt fattar beslut gällande kvalitet, kompetens, och omvårdnads praktik – en del i att säkerställa en god och säker vård. I

förlängningen förväntas den evidensbaserade omvårdnaden som ges till patienterna förbättras när sjuksköterskor i högre grad får utöva autonomi inom omvårdnad och driva omvårdnadsutveckling och professionsfrågor på en hög nivå i organisationen.

Kompetens- och tjänstemodellen

Kompetens- och tjänstemodellen är en strukturerad modell för utvecklings- och karriärmöjligheter för yrkesgrupper inom Region Skåne. I modellen tydliggörs nivåbeskrivningar för roller och ansvar utifrån ny i yrkesrollen till erfaren och expertroll. Målet är att kompetens- och tjänstemodellen skall säkerställa en säker bemanning utifrån medarbetarnas erfarenhet och kompetens kopplat till patienternas och verksamhetens behov.

Under 2023 arbetades fyra program fram för sjuksköterskor allmän, anestesisjuksköterskor, operationssjuksköterskor och intensivvårdssjuksköterskor. Under 2024 har flera enheter arbetat aktivt med att implementera modellen för sjuksköterskor. Kompetens- och tjänstemodeller för barnmorskor inom BB, förlossning, gyn och ultraljudsmottagningen är i slutfasen och förväntas vara klara i början av 2024. Kompetens- och tjänstemodell för undersköterskor har påbörjats.

En lokal delprojektorganisation har inrättats för att stödja verksamheterna att implementera kompetens- och tjänstemodeller lokalt samt säkerställa validering, kvalitet och uppföljning inom förvaltningen. Den lokala delprojektorganisationen är lasarettets länk till regionalt programkontor för implementering av Region Skånes kompetens- och tjänstemodell.

Ramverket för Magnet

Under hösten 2022 inledde Lasarettet i Ystad ett omfattande förändringsarbete med utgångspunkt i Magnetmodellens 14 dragningskrafter som ett evidensbaserat ramverk. Målet är att skapa förutsättningar för omvårdnad av högsta kvalitet, evidensbaserade arbetssätt, interprofessionellt teamarbete samt att stärka sjuksköterskors mandat och professionsutveckling.

Många av dragningskrafterna i Magnetmodellen syftar till att förbättra patientsäkerheten genom att arbeta efter evidensbaserade riktlinjer, säkerställa rätt kompetens och erfarenhet inom teamet, fokus på det interprofessionella teamarbetet samt kvalitetsutveckling. Inom ramen för dragningskraften kvalitetsutveckling ingår att säkerställa strukturer i organisationen som skapar förutsättningar för medarbetare att delta i det systematiska förbättringsarbetet. Ett aktivt och systematiskt arbete kring patientavvikelser ska främjas samt att medarbetare medverkar i risk- och händelseanalyser i relation till förbyggande arbete mot vårdskador såsom fall, tryckskador, undernäring och vårdrelaterade infektioner. Nio enheter har slutfört sina GAP-analyser på lasarettet som har fortsatt även under 2024 där nya enheter analyserar sin verksamhet utifrån ramverket.

Rekryteringssvårigheter och långvarig resursbrist inom flera yrkeskategorier påverkar negativt, främst inom slutenvården och mest påtaglig är vakansläget för sjuksköterskor. Som en effekt av bristen på sjuksköterskor har uppbemanning av extra undersköterskor gjorts under vissa perioder. Under sommarperioden har exempelvis Kirurgi- och urologiavdelningen anställt ett antal sjuksköterskestudenter (termin fem) som stöd till ordinarie sjuksköterskor, vilka sedan samtliga tagit anställning efter sjuksköterskeexamen. På samma enhet tillämpas även ”trygga och säkra vårdteam” vilket syftar till att

stärka kontinuiteten bland medarbetare och patienter samt tillse att schemalaggningen tar hänsyn till kompetens och erfarenhet hos medarbetare.

Inom akutmottagningen har förändrat arbetssätt och förändrad bemanning i teamen genomförts på grund av för få sjuksköterskor i grundbemanningen vilket kan påverka patientsäkerheten. Lasarettets BB/förlossning har under hela året inklusive sommarmånaderna kunnat bemannas och upprätthållas tack vara en grundbemanning i balans. Det samma gäller för lasarettets öppenvårdsenheter och mottagningar.

Utbildningsinsatser under 2024 – en del i patientsäkerhetsarbetet

På Lasarettet i Ystad finns utbildningsverksamhet för samtliga vårdprofessioner och även forskningsverksamhet.

Styrgrupp omvårdnad och omvårdnadsråden på enheterna har under 2024 arbetat med särskilt fokus på nutrition. Arbetet består dels av kompetenshöjande utbildningsinsatser liksom ett närmare samarbete med lasarettets dietister som bjudits in till Styrgrupp omvårdnad. Under hösten 2024 genomfördes en ”nutritionsvecka” på LiY i anknytning till ”Malnutrition awareness week” som äger rum internationellt under början av november. Detta är en återkommande händelse för att uppmärksamma det globala problemet med sjukdomsrelaterad undernäring som många gånger uppkommer eller förvärras under sjukhusvistelser. En extern föreläsare bjöds in och utbildade medarbetare på lasarettet samt förde en diskussion på Styrgrupp omvårdnad och lasarettets dietister kring aktuella ämnen och utmaningar.

En annan återkommande utbildningsinsats är KÄK-föreläsningar (Kunskap Är Kul) som riktar sig till alla medarbetare på lasarettet med olika innehåll på föreläsningarna.

Nätverk iv infarter och sårbehandling - en del i kompetensutvecklingen

Lasarettet har under 2024 fokuserat på det preventiva arbetet mot vårdskador via kompetensutveckling av medarbetare samt de två övergripande nätverken; Nätverk sårbehandling och Nätverk intravenösa infarter.

Syftet med nätverket för intravenösa infarter är att öka kunskapen hos medarbetare gällande intravenösa infarter och därmed säkerställa att rätt infart väljs till rätt patient vid rätt tillfälle samt stärka patientsäkerheten inom området. Som deltagare i nätverket ingår det att fortlöpande sprida kunskap från nätverket och informera och utbilda medarbetare och chefer i kompetenshöjande syfte. Under våren 2024 anordnades lasarettsovergripande utbildningsdagar som gav medarbetare fördjupad kunskap inom infektionsprevention och förebyggande av komplikationer, specifikt gällande PVK och PICC-line.

Nätverket för sårbehandling arbetar på motsvarande sätt med syfte att öka kompetensen gällande olika sårdiagnoser och sårbehandling samt kunskapsspridning av ny evidens gällande behandlingsmetoder och förbandsmaterial. Inom nätverket finns även en sårkonsultgrupp som enheterna kan kontakta för konsultation vid svårålkta sår. I sårkonsultrollen ingår utbildning för medarbetare angående sårbehandling, bedömning av sår samt rekommendation till behandling.

Ökad kompetens för sjuksköterskor genom specialistutbildningar

För yrkesgruppen sjuksköterskor har lasarettet regional tilldelning och ekonomisk ersättning för tio heltidstjänster per år för vidareutbildning till specialistsjuksköterska och barnmorska. Under 2024 har 23 sjuksköterskor möjliggjorts vidareutbildningen genom utbildningslön samt 3 undersköterskor. Platserna för sjuksköterskor är attraktiva och tillsätts i huvudsak med befintligt anställda medarbetare. Lasarettet

fortsätter att särskilt prioritera platser för specialistutbildningar inom anestesi, operation, intensivvård samt även utbildningen till barnmorska.

Ökad kompetens för undersköterskor genom basprogram

Specifikt för yrkesgruppen undersköterskor har lasarettet fastställt det kliniska basprogrammet som en ordinarie del av introduktionen. Programmet består av sju moduler där innehållet bygger på både föreläsningar och praktiska övningar. Efterfrågan är stor och programmet har fortsatt 40 platser för att möta behovet med 37 inskrivna deltagare dec -24. Basprogrammet är fortsatt högt skattat i utvärderingarna. I samtliga utvärderingar angav deltagarna att utbildningstillfällena i sin helhet var mycket bra utifrån hög kvalitet och relevant innehåll.

Patienten som medskapare

I enlighet med PSL 2010:659 3 kap. 4 §

En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.



Lasarettet i Ystad har arbetat efter den handlingsplan som dåvarande förvaltningsledning på SUS fattade beslut om under 2022, *Handlingsplan ökad patientsamverkan*, med viljeinriktningen att arbetet ska utgå från patienternas behov och ett personcentrerat förhållningssätt ska användas. Den fördjupade strategin och handlingsplanen innehåller definitioner, nyckelfaktorer och åtta huvudområden för en ökad patientsamverkan. Ett av de åtta huvudområden i handlingsplanen handlar om att förstärka implementeringen av personcentrerad vård och synkronisera med Nära Vård. En av dragningskrafterna i ramverket för Magnet innefattar personcentrerad vård och flera enheter har identifierat behov av ökad kunskap och stöd i detta arbete. Som en del i kompetensutveckling för medarbetare har Minnesmottagningen, som innehar specifik kompetens gällande personcentrerad vård, fått i uppdrag att utifrån respektive enhets behov, öka kunskapen inom personcentrerad vård med fokus på utbildningsinsatser som riktar sig till teamet runt patienten. Detta kommer även på sikt öka patientens medverkan och delaktighet i sin vård. Uppdraget startade upp under hösten 2023 och har fortsatt under 2024. Utbildningen har genomförts på ett flertal enheter och utgår från forskning, litteratur och erfarenhet med fokus på patientfall, etik, kognition och kommunikation.

Patienter och närstående är med sina perspektiv och erfarenheter värdefulla resurser i utvecklingen av god och säker vård. Verksamheterna arbetar aktivt med att göra patienten mer delaktig i sin vård och behandling. Patienters synpunkter på vården inhämtas bland annat genom den Nationella Patientenkäten, NPE, som genomförs vartannat år. Resultaten från denna diskuteras övergripande i förvaltningsledningen och planeras ingå i respektive verksamhetsområdes patientsäkerhetsdialog som kommer genomföras under 2024. Synpunkter som framkommer i NPE och via klagomål tas systematiskt tillvara och utgör grund för förbättringsarbeten. Klagomål registreras även som avvikelserapport och handläggs enligt särskild rutin.

Uppföljning av kvalitets och patientsäkerhet sker regelbundet i sjukhusledningens verksamhetsdialoger till vilka verksamhetschefen bjudit in enhetschefer och medarbetare som redovisar överenskomna

förbättringsarbete som till exempel nya arbetssätt med införande av pulsrond och gröna korset. Medarbetare berättar om utvalda kvalitetsarbeten och resultat i kvalitetsregister. Sedan år 2022 har även patienter bjudits in som delar med sig av sina upplevelser av vård och behandling. Denna form av patientdelaktighet har tillfört positiva och lärorika möten, som kan ligga till grund för kommande förbättringsarbete.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

I enlighet med SOSFS 2011:9, 5 kap. 2 §, 7 §, 8 §, 7 kap. 2 § p 2, PSL 2010:659, 3 kap. 10 §

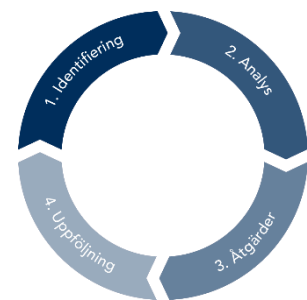
Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella och regionala uppgifter.

Beskriv strategier, mål och koppla till vilken egenkontroll för ökad patientsäkerhet som genomförts under året.

Utifrån hur ni har agerat för säker vård inom de fem nationella fokusområdena: utvärdera planerade och genomförda åtgärder och uppföljningen av dess effekter, samt beskriv planering framåt utifrån resultaten.

Ett fortlöpande förbättringsarbete, som bygger på lärande och utveckling, till exempel en förbättringsmodell, är en viktig grund för ett framgångsrikt patientsäkerhetsarbete.

Under rubriken **Agera för säker vård** kan arbetsprocessen för ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete användas genom att följa nedanstående fyra steg:



1. Identifiering

- Beskriv resultatet inom de områden som identifierats och följs (visa gärna diagram).
- Beskriv omfattning och frekvens (till exempel vårdrelaterade infektioner (VRI) följs en gång per år via punktprevalensmätning (PPM), en gång per månad via Infektionsverktyget och två gånger per år via Markörbaserad journalgranskning).

2. Analys

- Beskriv analys av och/eller resonemang kring resultat inom området, till exempel orsaker till förändring i resultatet eller koppling till patientsäkerhetsrisker.

3. Åtgärder

- Beskriv åtgärder med koppling till identifierat område. Åtgärder kan både vara i form av aktiviteter eller förändringar i struktur eller organisation.

4. Uppföljning av åtgärd

- Beskriv hur ni följt upp och återkopplat vidtagna åtgärder inom identifierat område.
- Beskriv hur kunskap och lärande har spridits till verksamheter och/eller ledning. Uppföljning och återkoppling kan till exempel göras via arbetsplatsträffar, patientsäkerhetsdialoger.

Egenkontroller

Egenkontroll av patientsäkerhetsarbetet kan, och ska företas på olika vis, bland annat för att jämföra resultat med eventuellt uppsatta mål och på så vis identifiera förbättringsområden. Verksamheterna ska kontinuerligt följa resultaten på eget initiativ till exempel i nationella kvalitetsregister, som är en viktig del i detta arbete. Utöver det sker egenkontroll i samband med verksamhetsuppföljning som sker på initiativ av förvaltningsledningen. Vidare arbetar medarbetare med resultaten från PPM-mätningarna samt patientenkäterna på enhetsnivå samt i omvårdnadsråden. I Region Skånes kvalitetsportal redovisas resultat

från mätning av kvalitetsindikatorer kopplade till hälso- och sjukvårdens uppdrag. Vid behov genomförs markörbaserad journalgranskning samt egenkontroll inom vissa specifika områden. Exempelvis har en egenkontroll initierats gällande alla patienter som fått hjärtstopp på Lasarettet i Ystad under 2024. En granskning av fallen samt markörbaserad journalgranskning kommer genomföras.

Nedanstående tabell sammanfattar de egenkontroller som genomförs. PPM trycksår har ej genomförts under 2024 då databasen upphört. Denna mätning ersätts istället av PPM Omvårdnad. Likaså har heller inte PPM BHK och markörbaserad journalgranskning genomförts under 2024 då databas upphört.

Egenkontroll	Frekvens	Ansvarig för genomförande
Punktprevalensmätning (PPM) Trycksår. Redovisas i kvalitetsportalen.	Årligen	Patientsäkerhetssamordnare
Punktprevalensmätning (PPM) vårdrelaterade infektioner (VRI). Redovisas i kvalitetsportalen.	Årligen (nationell mätning). Ersattes 2023 av den europeiska mätningen	Patientsäkerhetssamordnare
Punktprevalensmätning (PPM) Omvårdnad	2 ggr/år	
Punktprevalensmätning (PPM) Basal hygien och klädesregler (BHK). Redovisas i kvalitetsportalen.	2 ggr/år (vissa VO gör månadsvisa mätningar)	
Markörbaserad journalgranskning, sjukhusövergripande. Redovisas i SKR databas Signe.	10 slumpmässigt valda journaler/månad	
Nationell patientenkät ¹ . Ett gemensamt nationellt frågeformulär som genomförs på uppdrag av alla regioner och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR).	Enligt nationella direktiv	
Uppföljning av övriga indikatorer som definieras i uppdrag för hälso- och sjukvården ² .	2 ggr/år (T2 och årsuppföljning)	Förvaltningschef
Patientsäkerhetsberättelse	Årligen	Patientsäkerhetsteam
Patientsäkerhetsdialog	Löpande/verksamhetsenhet	Chefläkare, chefsjuksköterska
Verksamhetsdialoger	2 ggr/år/verksamhetsområde	Förvaltningschef
Läkemedelsgenomgång. Redovisas i kvalitetsportalen.	Löpande	Övergripande läkemedelsansvarig läkare
Uppföljning av tillgänglighet.	Löpande	Tillgänglighetskoordinator
Loggkontroller (Melior, NPÖ, Paraplyportalen)	Löpande	Verksamhetschef
Hållbart Säkerhets Engagemang (HSE) som en del av medarbetarenkäten	Årligen	HR chef

Tabellen visar övergripande egenkontroller på Lasarettet i Ystad.

Punktprevalensmätning av omvårdnadsindikatorer

Omvårdnadsåtgärder som utförs med god kvalitet och utefter patientens behov har stor betydelse för att vården ska vara god och säker.

Lasarettet i Ystad har under 2024 varit delaktig i utvecklingen av ett nytt regionalt uppföljningsverktyg avseende omvårdnads kvaliteten, på uppdrag av hälso- och sjukvårdsdirektören. Detta nya regionala verktyg har liknande uppbyggnad som instrumentet som användes inom ramen för Magnetmodellen.

Det regionala verktyget pilottestades under hösten 2023 där Lasarettet i Ystad deltog med två avdelningar och 21 patienter. Lasarettet i Ystad genomförde den regionala PPM Omvårdnad under v. 41 2024 där 56

¹ <https://vardgivare.skane.se/uppdrag-avtal/uppfoljning/nationell-patientenkät/>

² <https://vardgivare.skane.se/uppdrag-avtal/uppfoljning/indikatorbiblioteket/>

patienter deltog. PPM Omvårdnad är ett uppföljningsverktyg för en punktprevalensmätning avseende omvårdnads kvalitet har utvecklats inom ramen för regionala chefsjuksköterskegruppen.

Uppföljningsverktyget rymmer frågor om intravenösa infarter, kvarliggande urinkateter, fallhändelse, trycksår och undernäring. Utöver dessa områden ställs frågor direkt till patienten om smärta, information under vårdtiden och delaktighet.

Trycksår: Särskilda åtgärder har vidtagits som fokuserar på det preventiva arbetet för att motverka trycksår samt att adekvat behandling initieras och fullföljs om ett trycksår uppstår. Vårdprogrammet för trycksår har uppmärksammats och spridits både via nätverket för sårbehandling samt via Styrgrupp omvårdnad. Inom nätverket för sårbehandling finns en sårkonsultgrupp som enheterna kan kontakta för konsultation vid svårläkta sår. En extern föreläsare med hög kompetens inom området genomförde en utbildningsdag för medarbetare gällande behandling av trycksår.

Då PPM omvårdnad utfördes hade 2 av 56 patienter (3,6 %) ett nytillkommet trycksår (oavsett kategori). Som en förebyggande åtgärd mot trycksår undersöks också användningen av lägesändringsschema. Antal och andel patienter som har svårt att ändra läge självständigt och som har lägesändringsschema var 5 av 12 motsvarande 42 %.

Antal och andel patienter med risk för trycksår som har trycksårsförebyggande åtgärder i tillräcklig omfattning var 22 patienter (73 %, de som saknade trycksårsförebyggande åtgärder i tillräcklig omfattning var 3 (10 %) och antal och andel patienter som hade trycksårsförebyggande åtgärder, men inte i tillräcklig omfattning var 5 (17 %).

Undernäring: PPM Omvårdnad som utfördes under v. 41 visade att andel och antal patienter med risk för undernäring var 36 % (20). Antal och andel patienter med risk för undernäring, där energibehovet har beräknats var 10 av 20 (50 %). Antal och andel patienter med risk för undernäring, där mat- och vätskeregistrering påbörjats var 15 av 20 (75 %).

Andel patienter med vårdplan avseende undernäring 18 år och äldre med ökad risk för undernäring enligt riskbedömning hade ökat från 85 % under 2023 till 89 % under 2024. Även riskbedömning avseende undernäring 18 år och äldre hade ökat från 76 % 2023 till 83 % 2024. Ovanstående resultat har skickats ut till respektive enhet för vidare förbättringsarbete.

Intravenösa infarter samt VRI: Den regionala riktlinjen för hantering av PVK har diskuterats, både i det lasaretsövergripande nätverket för intravenösa infarter samt i Styrgrupp omvårdnad. En återkommande lasaretsövergripande utbildningsinsats gällande PVK och PICC-line har genomförts under våren. Lasarettet ser stora fördelar för patienterna om vi kan lägga fler PICC-line varför det möjliggjorts att två sjuksköterskor till kommer utbildas inom detta. Lasarettet kommer då ha totalt fyra sjuksköterskor som kan lägga PICC-line. Omvårdnadsråd på en del enheter har haft särskilt fokus på att förebygga komplikationer vid PVK-inläggning.

PPM Omvårdnad som utfördes under v. 41 visade att antal och andel patienter med intravenös infart och som har tecken på komplikation vid minst en infart var 5 av 44, motsvarande 11 %. Med komplikation avses tecken på infektion eller tromboflebit till exempel svullnad, förhårdnad, värmeökning, ömhet, rodnad och smärta.

Antal och andel patienter med intravenös infart och som har anmärkning vid minst en infart var 35 av 44 motsvarande 80 %. Med anmärkning menas om infarten inte är korrekt och väl fixerad med ett inre högpermeabelt förband, om det finns blod eller vätska under förbandet samt om infarten inte är korrekt märkt eller saknar infartsetikett. När det gäller specifikt PVK som intravenös infart visade mätningen att antal och andel patienter med komplikation i samband med PVK var 5 av 42, alltså 12 %. Mätningen

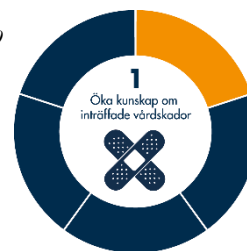
visade också att 81 % hade anmärkning vid PVK och 21 % av PVK:erna behövde egentligen avvecklas av olika anledningar (suttit mer än 72 h, tecken på komplikation eller frånvaro av behov av PVK).

Dessa mätningar behöver upprepas för att undersöka trender men data påtalar områden som kan förbättras.

Öka kunskap om inträffade vårdskador

I enlighet med SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §

Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.



Aggregerad statistik

Under 2024 har 1230 patientavvikelser rapporterats varav 684 har orsakutretts av verksamheterna. Analys har visat att de rapporterade patientavvikelserna ökat med 21,7% jämfört med föregående år och att de fyra vanligaste avvikelsetyperna som rapporteras 2024 har händelseklassificerats som Bedömning 75 st, Vård – Fall/Fallskada 60 st, Vård In/Utfart 39 st och Informationsöverföring mellan vårdaktörer – Kommun 35 st. 2023 var de 4 vanligaste avvikelserapporterna Bedömning 181 st, Vård – Fall/Fallskada 94 st, Vård – Övrigt 54 st, Behandling (ej läkemedel) – Fördröjd/Uppskjuten 53 st. Observera att händelseklassificeringen är tvingande först vid avslut.

Registrerade Patientavvikelser									
År	Inträffade	Orsakutredare tillsatt		Orsakutredning klar		Åtgärd klar		Avslutade	
2023	1011	920	91,0%	829	82,0%	772	76,4%	756	74,8%
2024	1230	898	73,0%	684	55,6%	516	42,0%	479	38,9%

Lex Maria

Vårdgivare är skyldiga att anmäla en händelse som har medfört, eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada enligt lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Detta är ett delegerat uppdrag till chefläkaren i förvaltningen. I samband med händelser som har medfört eller hade kunnat medföra allvarlig vårdskada bedömer chefläkaren om en internutredning eller händelseanalys ska genomföras. Under året har flera internutredningar och enstaka händelseanalyser genomförts inom förvaltningen. Lasarettet i Ystad anmälde 22 händelser enligt lex Maria under år 2024. Detta är en ökning med 12 st jämfört med 2023. Av de ärenden som anmäldes rörde 82 % risk för allvarlig vårdskada (jfr år 2023, 60 %) och 18 % inträffad allvarlig vårdskada (jfr år 2023, 40 %). Den största delen av de rapporterade händelserna, 16 st, utgjordes av patienter som blev smittade vid ett VRE utbrott på en vårdavdelning 2023.

Att genomföra en händelseanalys tar tid, är resurskrävande och görs därför inte av verksamheterna i den omfattning som vore önskvärt. Det finns inte alltid analysteam att tillgå direkt vilket gör att utredningen kan försenas. När de genomförs höjs dock kvaliteten på utredningen och mer omfattande förvaltningsövergripande handlingsplaner presenteras. Med en god samordning och stöd från patientsäkerhetsteamet kan kvaliteten på mer komplexa utredningar troligen höjas väsentligt när beslut tas om händelseanalys. Detta är ett av de grundläggande målen med förvaltningens implementerade patientsäkerhetsorganisation.

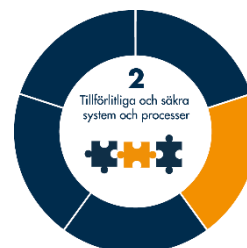
Generellt är handläggningstiden för lex Maria 2–5 månader från det att händelsen når chefläkare till dess att händelsen anmäls till IVO. Några ärenden dröjer längre vilket oftast beror kompletteringar av

internutredning/händelseanalys, begäran om förlängd svarstid eller att fler än ett verksamhetsområde är involverade. Det finns enstaka ärenden som dröjt över 12 månader. Dessa ärenden har varit komplexa, svårutredda och med flera verksamhetsområden involverade.

Kunskapen om inträffade vårdskador ska spridas till berörda verksamheters medarbetare och varje utredning innehåller en handlingsplan för detta. En konstruktiv dialog med förvaltningens kommunikator har fortsatt under 2024 för att förbättra kommunikationen om inträffade vårdskador ut till medarbetare.

Tillförlitliga och säkra system och processer

Genom att inkludera systematiskt patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen kan både de reaktiva och proaktiva perspektiven på patientsäkerhet bejakas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.



Lasarettet arbetar aktivt för att skapa en säker, sammanhållen, tillgänglig och jämlik vård genom regelbunden samverkan med andra vårdaktörer. Några av lasarettets slutenvårdsavdelningar, exempelvis Kirurgi- och Urologiavdelning 1 har fokuserat extra på att etablera rutiner för en tillförlitlig och säker process gällande samordning och informationsdelning vid utskrivning från slutenvård till öppenvård eller från slutenvård till hälso- och sjukvård i kommunal regi. Detta säkerställs genom en särskilt utbildad sjuksköterska som har till uppdrag samordna och planera utskrivning för patienter inklusive upprättande av SIP och säkra aktuella läkemedelslistor och behandlingsordinationer samt samverka gällande vilken typ av information mottagande enhet eller vårdgivare behöver för att kunna agera patientsäkert.

Vidare arbetar lasarettet via ansvarsgrupper, omvårdnadsråden, Medicinsk forum och Styrgrupp Omvårdnad för att kontinuerligt se över rutiner och processer för specifika diagnoser, patient- och riskgrupper, rutiner för läkemedelshantering samt rutiner för delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter. Dessa system och processer involverar även specialistsjuksköterskorna på lasarettet som på olika avdelningar har ett övergripande omvårdnadsansvar och arbetar för att ta fram och revidera kunskapsunderlagen enligt den senaste evidensen. Under 2024 har detta arbete försvårats på grund av ekonomiska åtstramningar vilket resulterat i färre medarbetare samt mindre administrativ tid vilket är en förutsättning för att kunna säkerställa evidensbaserade och säkra vårdprocesser.

Utöver säkra vårdprocesser pågår också ett arbete för att minska riskmoment och ett aktivt förebyggande arbete med syfte att minska vanliga och allvarliga vårdskador. Detta sker exempelvis via kompetensutvecklingsaktiviteter, scenarieövningar enligt CRM, de förvaltningsövergripande nätverken samt det preventiva arbetet ute på enheterna i form av riskbedömningar och omvårdnadsåtgärder.

Ökad säkerhet i läkemedelsanvändning

Regional rutin för ordination och läkemedelshantering i Region Skåne som baseras på Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel (HSLF-FS 2017:37) är känd på Lasarettet i Ystad. På en stor del av avdelningarna finns även en lokal läkemedelshanteringsrutin.

Lasarettet har under många år framgångsrikt arbetat med läkemedelsgenomgångar och läkemedelsavstämningar med stöd av farmaceuter. Farmaceuterna är knutna till de olika enheterna vilket möjliggör ett nära dagligt samarbete med både sjuksköterskor och läkare i patientteamet samt patient. Lasarettet har tagit initiativ till gemensam workshops om förbättring av Mina planer och utskrivningsprocessen med primärvård och kommun där även rätt läkemedelslista ingår.

Säker vård här och nu

Hälso- och sjukvården präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation. Förutsättningarna för säkerhet förändras snabbt och det är viktigt att agera på störningar i närtid.



Vårdplatser och bemanning

En god arbetsmiljö och en säker bemanning är exempel på faktorer som bidrar till att skapa en säker vård här och nu. Ett omställningsarbete och en utfasning av bemanningslösningar har inletts på lasarettet, detta som en del i att på sikt säkerställa yrkeskompetens och kunskap om patientsäkerhet samt öka kontinuiteten i vården.

Det har över tid skett en gradvis förflyttning av normen gällande patientsäkerhet och vårdkvalitet där man inte ser de lika gradvis ökade riskerna som uppstår vartefter förflyttningen sker från ett tänkt normaltillstånd (ex vårdplatser och bemanning) vilket slutligen leder till allvarliga vårdskador (Vaughan; 1996 och Rasmussen; 1997).

Bristen på sjuksköterskor har under 2024 lett till överbeläggningar, hög arbetsbelastning och tidsbrist för att tillgodose patienternas behov. Detta kan i vissa fall ha orsakat en försämrad kvalitet på vården och ökad risk för felbedömningar, felbehandlingar och vårdskador. Gällande patienter med behov av högre vårdnivå har bristen på resurs- och kompetens lett till att patienter i vissa fall inte fått möjlighet till rätt övervakning och därmed risk för vårdskador.

Vetenskapliga studier har vid upprepade tillfällen visat att en förlängd vistelsetid på akutmottagningar är förenat med både ökad risk för avvikelser, förlängd vårdtid och mortalitet (Boulin;2020, Oberlin; 2020 och Teissandier et al., 2023). En högre sjukskötersketäthet är nära sammankopplat till bättre vårdresultat inklusive lägre mortalitet och minskade fall av vårdrelaterade infektioner (Aiken et al., 2014). Kortsiktigt riskerar de ekonomiska åtgärkningarna och bristande bemanning att ytterligare förstärka den vetenskapligt beskrivna exitspiral som uppstått nationellt där sjuksköterskor börjar lämna en viss verksamhet (Selberg & Mulinari, 2022).

Lasarettet arbetar aktivt för att öka kunskapen om patientsäkerhet hos medarbetare och chefer samt involvera patienter och närstående i patientsäkerhetsarbetet. Vidare samarbetar chefer och ledare på lasarettet för att skapa förståelse och samverka kring variationer och störningar som uppstår som i sin tur innebär en risk för patientsäkerheten. Exempel på en sådan variation är vårdplatsläget och bemanningen där samverkan består av lasarettsovergripande dagliga vårdplatsmöten, en förstärkt medicinsk ledningsgrupp som träffas varje vecka samt utarbetade rutiner och eskaleringsplaner vid svår brist på vårdplatser.

Det dagliga patientsäkerhetsarbetet

För att lyckas i det dagliga patientsäkerhetsarbetet är ett stort fokus teamarbete, intraprofessionellt lärande samt ett icke-hierarkiskt samarbete. Praktiskt innebär detta dagliga avstämningar inom teamet, utbildning, övningar och workshops för att främja samarbete och kommunikation mellan olika professioner, säkra överlämningar via SBAR, uppföljningar och utvärderingar i det dagliga arbetet samt rollbeskrivningar som inkluderar ansvar för säkerhet på alla nivåer.

Stärka analys, lärande och utveckling

Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvården. När resultaten används för att förstå vad som bidrar till säkerhet, hållbarhet, önskvärd flexibilitet och goda resultat, kan verksamheten utvecklas så att kvaliteten och säkerheten ökar och risken för vårdskador minskar.



Patientsäkerhetsteamet bedömer att förvaltningens förståelse behöver öka kring vad patientsäkerhet är, hur patientsäkerhet skapas, hur patientsäkerheten ser ut och vilka bakomliggande orsaker som finns till vårdskador. Det handlar om att både förstå när + varför det går bra och när + varför det går mindre bra. Det behövs ett kontinuerligt förbättringsarbete för att öka lärandet och följa upp både identifierade framgångsfaktorer och risker. Patienter och närståendes synpunkter behöver integreras i detta arbete. En förutsättning för denna utveckling är att medarbetare och ledning på ett systematiskt och strategiskt sätt arbetar förebyggande genom att dra lärdom, både av det som går bra och det som går mindre bra. Med denna utgångspunkt har det även under 2024 genomförts olika utbildningsinsatser på olika nivåer inom förvaltningen.

Avvikelser

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

Förvaltningens patientsäkerhetsutvecklare tar del av samtliga avvikelser. Chefläkare och chefsjuksköterska får kännedom om alla allvarliga avvikelser. Antalet avvikelser i absoluta tal varierar över tid och är beroende av ett flertal faktorer såsom rapporteringsvilja, personalomsättning och därmed förståelse för systemet samt en faktisk ökning eller minskning av antalet oönskade händelser. Fokus för patientsäkerhetsteamet är inte på de absoluta talen utan istället ett arbete med de kvalitativa aspekterna av uppkomna oönskade händelser. I några fall har det beslutats om samlade internutredningar när det har uppmärksammat ett antal liknande händelser inom ett verksamhetsområde, ex kvarglömda pvk'er och skötsel av cvk'er.

Internutredningar och Händelseanalyser

Genomförda internutredningar och händelseanalyser bidrar till lärande och ökad patientsäkerhet efter allvarliga vårdskador eller risk för allvarliga vårdskador. Utredningar och analyser genomförs på såväl verksamhetsnivå som på förvaltningsövergripande nivå. I de fall händelseanalyser genomförs på övergripande nivå gäller det komplicerade händelser eller då flera verksamhetsområden är involverade.

Klagomål och synpunkter

I enlighet med SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §, 3 a § och 6 §, 7 kap. 2 § p 6

Klagomål från patient och närstående mottages via särskild blankett, e-post, brev, via Patientnämnden eller via IVO. Chefläkare och patientsäkerhetsutvecklare tar del av alla klagomål och kommunavvikelser som inkommer via diariet. Det är troligt att det finns ett visst mörkertal i registreringen av inkomna klagomål då de som inkommer via andra vägar enligt ovan troligen inte alltid registreras i avvikelssystemet. Klagomålen utreds inom respektive verksamhetsområde. En klagomålsutredning kan visa sig vara komplex och ha en hög allvarlighetsgrad vilket föranleder kontakt med chefläkare för ställningstagande till anmälan enligt lex Maria. Processer och rutiner för klagomålshandlingen finns beskrivna i ledningssystem för patientsäkerhet. Klagomålsprocessen inom förvaltningen är väl förankrad. En viktig del i processen är att informera patienten och/eller närstående. Ett mottaget klagomål ska bekräftas till patient snarast. En klagomålsutredning ska återkopplas till patient och/eller närstående skriftligt inom fyra veckor från det klagomålet registrerats.

Inkommande klagomål/synpunkter 2024	Antal
Från IVO	9
Från Patientnämnden	27
Från Patient	8
Från Närstående	10
Totalt	54

Vid registrering av klagomål i AvIC ska uppgift om vem som framfört ärendet till vården anges: patient, närstående, patientnämnden eller IVO. Patientnämndens sätt att klassificera klagomål skiljer sig från det som används i AvIC. I vissa fall visar det sig vid klagomålsutredningen att det finns naturliga förklaringar till händelsen och den bakomliggande orsaken visar sig vara missförstånd eller dålig kommunikation mellan patient/närstående och medarbetare. I andra fall är det dock en oönskad händelse i samband med vård och behandling. Det är inte ovanligt att klagomålen innehåller flera delar, som sammantaget visar på systembrister.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

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

Ett fungerande och strukturerat systematiskt, men också strategiskt, patientsäkerhetsarbete är en förutsättning för att bibehålla och utveckla en god och säker vård i en stor och komplex förvaltning. Patientsäkerhetsteamet utgör här ett stöd till respektive verksamhetsområdes patientsäkerhetsorganisation.

Under 2024 har förvaltningens nya övergripande patientsäkerhetsorganisation implementerats där roller och ansvar förtydligats i syfte att säkerställa ett patientsäkerhetsarbete med hög kvalitet. Förvaltningens ledningssystem för patientsäkerhet, som reviderats under 2023, har implementerats. Som en del i arbetet



för att minska risken för allvarliga vårdskador kommer en struktur för utbildningsaktiviteter inom patientsäkerhet tas fram som riktar sig till medarbetarna och kopplas till de olika faserna i Kompetens- och Tjänstemodellen. Verksamheterna ska arbeta för att skapa goda förutsättningar för medarbetare att delta i det systematiska och strategiska förbättringsarbetet. Arbetet ska vara proaktivt och i ett lärandesyfte.

Med avsikten att öka förståelsen för risk i både vardagliga och kritiska vårdssituationer har regelbundna simuleringsövningar för att träna kommunikation fortsatt under 2024 på intensivvårdsavdelningen. Simuleringsövningarna, som sker enligt konceptet CRM (Crew Resource Management) har fått ett mycket positivt internt genomslag och engagerar nu både hela verksamhetsområdet och förvaltningen. CRM är en del av CEPS, Concept for Patient Simulation, som har funnits inom förvaltningen under mycket lång tid. Konceptet, som ursprungligen kommer från flyg- och rymdindustrin, har som mål är att optimera teamets prestation via användande av alla tillgängliga resurser, såväl människor som utrustning och information. Den övergripande tanken är att öka förståelsen i samtliga personalkategorier för hur bristande kommunikation, både i större och mindre skala, på ett betydande sätt ökar risken för allvarliga vårdskador i såväl vardagliga som kritiska skeenden under vårdtiden.

Sedan tidigt under våren 2023 har förvaltningen inrättat en förstärkt medicinsk ledningsgrupp, F-MLG, för att strategiskt arbeta med fokus på patientflöden, kvalitet, omvårdnad och patientsäkerhet med målet att optimera och säkra vården vid Lasarettet i Ystad. Gruppen har sammanträffat med stor regelbundenhet under året för att öka riskmedvetenheten och ha en beredskap för kommande påfrestningar ffa inom förvaltningens personal- och vårdplatssituation.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Verksamhetsplanen beskriver mål, inriktning och strategier där vissa prioriterade områden återfinns inom patientsäkerhetsområdet, exempelvis;

- Tillvarata patienter och anhörigas synpunkter för att utveckla och förbättra vården
- Fortsätta arbetet med att införa de strukturer som stödjer magnetmodellen
- Användningen av standardiserade vårdplaner ska öka
- Patientsäkerhetsorganisationen och lasarettets ledningssystem för patientsäkerhet ska fortsätta att implementeras
- Det regionala verktyget PPM Omvårdnad ska fortsätta att implementeras för att mäta omvårdnads kvaliteten som en del i det systematiska patientsäkerhetsarbetet
- Verksamheten och schemaläggning ska planeras utifrån patientens behov av rätt kompetens och kontinuitetsdriven vård
- Främja integrering av forskningsresultat i klinik vilket leder till evidensbaserad vård och systematisk kvalitetsutveckling
- Att via simulering enligt konceptet Crew Resource Management (CRM) fortsätta implementera ett strukturerat och hållbart interprofessionellt samarbete mellan vårdenheter och verksamhetsområden vid Lasarettet i Ystad för att skapa en god och säker vård för patienterna
- Fokus på det interprofessionella teamarbetet där professionernas kunskapsområde är jämbördiga och patientens vårdbehov är styrande
- Införa Kompetens- och tjänstemodellen förvaltningsövergripande för sjuksköterskor samt starta upp arbetet för undersköterskor
- Fokusera på de respektive verksamhetsområdenas handlingsplaner för ökad patientsäkerhet för att sedermera revidera den förvaltningsövergripande handlingsplanen för kommande år
- Fortsätta en nyligen påbörjad utbildning inom patientsäkerhetskultur för alla verksamhetsområden inom förvaltningen

Lasarettet i Ystad har fortsatt en utmaning i att rekrytera, behålla och vidareutveckla den kompetens som långsiktigt behövs för att säkerställa en god och säker vård. Faktorer som påverkar möjligheten att lyckas med långsiktig och hållbar kompetensförsörjning är en god och hållbar arbetsmiljö, ett aktivt medarbetarskap, ett närvarande och erfaret chefskap samt ett kontinuerligt lärande genom kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.