

Patientsäkerhetsberättelse

Region Skåne 2020

Dnr 2021 O000506



Innehåll

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

4.6 LÄKEMEDELSSÄKERHET.....	15
4.7 BEHANDLING PÅ RÄTT PLATS OCH NIVÅ.....	16
4.8 AVVIKELSER	17
4.9 KLAGOMÅL OCH SYNPUNKTER.....	17
4.10 HÄNDELSER OCH VÅRDSKADOR	18
4.11 RISKANALYS.....	18
4.12 SUICID.....	18
4.13 PATIENTSÄKERHET UNDER PANDEMIN	18
5 MÅL OCH STRATEGIER FÖR KOMMANDE ÅR.....	19

Förord

År 2020 har inneburit stora utmaningar för Region Skåne och dess hälso- och sjukvård. Inom Region Skåne är patientsäkerheten av yttersta betydelse och under pandemin har vikten av att även i rådande läge erbjuda god och säker vård understrukits.

Regionens medarbetare och chefer har trots stora omställningar arbetat såväl proaktivt som reaktivt i sitt patientsäkerhetsarbete. Även om vissa aktiviteter har behövts skjutas upp har andra icke-covid-relaterade patientsäkerhetsarbeten kunnat utföras.

Patientsäkerhetsberättelsen är en viktig del av regionens patientsäkerhetsarbete. Den utgör inte bara en redovisning av det arbete som bedrivits inom patientsäkerhetsområdet och uppnådda resultat men sätter även en riktning för det kommande arbetet. Detta är en viktig del av organisationens lärande och det systematiska förbättringsarbetet som sällan känts mer angeläget än efter ett år som inneburit en mängd nya arbetssätt och metoder.

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

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



Pia Lundbom

Hälso- och sjukvårdsdirektör



Rasmus Havmöller

Regional chefläkare

INLEDNING

Denna patientsäkerhetsberättelse avser Region Skånes övergripande patientsäkerhetsarbete i egenskap av vårdgivare. För mer detaljer hänvisas till förvaltningarnas egna patientsäkerhetsberättelser.

1 STRUKTUR

1.1 VÅRDGIVARENS ÅRLIGA PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE

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

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

1.2 ORGANISATION OCH ANSVAR

Regionstyrelsen har det yttersta ansvaret för patientsäkerheten men ansvar för att utveckla verksamheten inklusive patientsäkerheten åligger alla medarbetare. Ledningen på alla nivåer bidrar genom att sätta mål, följa upp och analysera resultat och ge återkoppling till berörda parter. En välfungerande verksamhet i Region Skåne utövar dessutom egenkontroll för att minimera risker i verksamheten, det vill säga, följer systematiskt upp och utvärderar samt kontrollerar att verksamheten bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet. Egenkontrollen är så omfattande och görs så ofta som krävs för att verksamheten ska kunna bedrivas med hög säkerhet och god kvalitet. Det delade ansvaret innebär slutligen också att patienter och närstående görs delaktiga och att bidra till en god patientsäkerhetskultur¹.

Regiondirektören är regionens högste tjänsteman och leder verksamheten och ansvarar för att

¹ Patientsäkerhetskultur avser de förhållningssätt och attityder som en organisation och dess medarbetare har till risker. Det kan tex handla om attityder, värderingar och beteenden.

organisationens arbete bedrivs med kvalitet.

Hälso- och sjukvårdsdirektören har ett funktionsansvar för frågor som avser hälso- och sjukvårdens kvalitet och säkerhet och att arbetet samordnas och följs upp.

Vården är organisatoriskt indelad i förvaltningar där varje verksamhetschef ansvarar för patientsäkerheten och patientsäkerhetsarbetet inom sitt verksamhetsområde samt att ett fungerande ledningssystem finns. Förvaltningarna replierar mot politiska styrelser som svarar för uppföljning.

Inom förvaltningarna finns chefläkare, chefsjuksköterskor och patientsäkerhetssamordnare som stödjer patientsäkerhetsarbetet där chefläkarna även bland annat särskilt ansvarar för att allvarliga händelser uppmärksammas och utreds korrekt samt vidare rapporteras till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) i enlighet med föreskrifter om anmälan av händelser som medfört eller kunnat medföra en allvarlig vårdskada (lex Maria).

Inom Koncernkontorets Avdelning för hälso- och sjukvårdsstyrning som leds av hälso- och sjukvårdsdirektören bedrivs ett regionalt övergripande patientsäkerhetsarbete av regional chefläkare och regional chefsjuksköterska, dels genom regelbundna träffar med förvaltningarnas chefläkare och chefsjuksköterskor för informationsutbyte och för att samordna strategier, arbete och frågor rörande patientsäkerheten; och dels genom informationsutbyte med vårdhygien, Strama, den regionala läkemedelsenheten, den regionala krisberedskaps-, säkerhets- och miljöledningen och andra funktioner. Inom ramen för den regionala kunskapsstyrningen hanteras patientsäkerhetsperspektivet via två konstellationer, ett Patientsäkerhetsråd samt en regional chefläkargrupp.

1.3 ÖVERGRIPANDE MÅL OCH STRATEGIER

Region Skånes övergripande mål för bland annat patientsäkerhet framgår av den budget och verksamhetsplan som upprättas varje år av Regionfullmäktige. Utifrån de övergripande målen i budgeten formulerar Hälso- och sjukvårdsnämnden Region Skånes hälso- och sjukvårdsuppdrag till verksamheten. Det är ett strategiskt dokument som utifrån budget anger mål, inriktning samt prioriterade områden för den offentligt finansierade hälso- och sjukvården i Region Skåne. Måluppfyllnad bedöms med hjälp av definierade indikatorer och målnivåer. I uppdraget för 2020 framgår bland annat att hälso- och sjukvården ska vara säker med det övergripande målet att minska vårdskador².

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

² Med vårdskada avses lidande, kroppslig eller psykisk eller sjukdom samt dödsfall som inträffat i samband med hälso- och sjukvård och kunde undvikits om adekvata åtgärder hade vidtagits.

Med detta avses en viljeinriktning och ett tydligt mål som regionen önskar uppnå. Ingen ska behöva drabbas av en vårdskada.

För att uppnå detta krävs exempelvis att nedanstående uppfylls:

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

2 ARBETET

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

2.1 SAMVERKAN FÖR ATT FÖREBYGGA VÅRDSKADOR

I förvaltningarna finns ett nära samarbete med Smittskydd Skåne, Patientnämnden Skåne, Vårdhygien och Strama Skåne. Arbetet samordnas på regional nivå i olika råd och kommittéer såsom Patientsäkerhetsrådet och Region Skånes hygienkommitté. Förvaltningarnas chefläkare och chefsjuksköterskor samverkar i regelbundna möte under ledning av regional chefläkare respektive regional chefsjuksköterska.

Lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård trädde i kraft 2018. Lagen ska främja en god vård för enskilda som efter utskrivning från slutna vård behöver insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den landstingsfinansierade öppna vården. Syftet med lagen är att hålla ledtiderna mellan slutna vård på sjukhus och vård i omsorg i det egna hemmet eller i särskilt boende så korta som möjligt. I enlighet med den nya lagen har nya arbetssätt införts inom den somatiska vården, primärvården och psykiatrin. Detta har lett till kortare vårdtider, mer ändamålsenlig planering för patienterna och färre fel i vårdens övergångar. Ett arbete med att ta fram digitala samordnade individuella planer (SIP) som nås via 1177 är pågående.

Det finns en väl utvecklad samverkan mellan kommuner, den slutna somatiska vården, psykiatrin, primärvården samt privata hälsovalsenheter. Denna samverkan lokalt och delregionalt har lyfts fram som en framgångsfaktor i pandemiarbetet. Andra exempel på framgångsrik samverkan är en lokal samverkansgrupp som utgår både från Hässleholm och Kristianstad är risker i vårdens övergång (RIVÖ), vars huvudsakliga uppgift är att diskutera och hantera praktiska patientnära verksamhetsfrågor för att främja en säker trygg vård för patienten i vårdens övergångar mellan den slutna vården, öppna vården och den kommunala vården. Ett annat viktigt exempel är samverkansgruppen för prehospitäl vård där företrädare för regionens ambulansdistrikt, övriga entreprenörer inom ambulansverksamheten, Region Skånes larmcentral och SOS Alarm möts.

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

2.2 PATIENTERS OCH NÄRSTÅENDES DELAKTIGHET

Ökad delaktighet och inflytande för patienterna har stor betydelse för patientsäkerhetsarbetet. Den nya klagomålshandlingen med vårdgivaren som primär mottagare medför fler tidiga dialoger mellan närmaste vårdenhet och patient och/eller närstående. I händelseanalyser i samband med allvarlig vårdskada bereds patienter och närstående i allt större utsträckning möjlighet att bli involverade. Patientråd, patientföreningar, patienter och i vissa fall närstående involveras i flera processer (exempelvis äldre-, diabetes/endokrin- och strokeprocessen) genom inbjudan till verksamheterna och i vissa fall också arbetsgrupper samt till föreläsningar (exempelvis höftskola, KOL-skola, strokeskola, parkinsonskola,

hjärtskola och reumagrupp). Pga pandemin har flera dylika aktiviteter pausats om de inte kunnat erbjudas digitalt.

Det finns flera exempel på aktiviteter syftande att öka patientcentrering och delaktighet. Inom SUS har tex beslut fattas om en Strategi för patientutvärdering. I primärvården använder man sedan något år kortet ”Tio råd för god vård” i syfte att göra patienten delaktig och säkerställa trygghet och säkerhet i samband med vårdmötet. I slutenvården används ett regionalt informationsmaterial, ”Din säkerhet i vården”, som syftar till att göra patienten delaktig i sin vård och behandling. Inom psykiatri finns inflytandestrateg som bla sammankallar de Skåneövergripande inflytanderåden där föreningsrepresentanter och ledning träffas regelbundet. Förvaltningen har även samarbete med NSPH (Nationell samverkan för psykisk hälsa). Paraplyorganisationen utför kvalitetsutvecklande arbete i verksamheten utifrån sin unika roll.

2.3 HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSPERSONALENS RAPPORTERING

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

2.4 HANTERING AV KLAGOMÅL OCH SYNPUNKTER

Klagomål från patienter och närstående kan bidra till en bättre och säkrare vård och är därför en värdefull del i arbetet med att utveckla patientsäkerheten. Från och med 1 januari 2018 gäller en ny struktur för klagomålshantering i hälso- och sjukvården. I de nya bestämmelserna är den bärande tanken att klagomål i första hand ska utredas av hälso- och sjukvården. Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har fått en förändrad roll och utövar tillsyn av verksamheter i högre grad än tidigare och har också fått ett tydligare patient- och brukarperspektiv. Patientnämndernas huvudsakliga uppgift är att hjälpa patienter och närstående att föra fram klagomål till hälso- och sjukvården, samt att årligen analysera inkomna klagomål och synpunkter. Om patienten av någon anledning inte önskar framföra klagomålet direkt till hälso- och sjukvården kan Patientnämnden också fylla en viktig funktion. Information till patienter och närstående om hur de kan framföra klagomål till vården finns publicerad på skane.se och 1177.se. Klagomål och synpunkter sammanställs och analyseras på förvaltningsnivå. Möjligheter till aggregerade analyser på regionnivå behöver dock utvecklas ytterligare.

2.5 EGENKONTROLL

En välfungerande verksamhet i Region Skåne utövar egenkontroll för att minimera risker i verksamheten, det vill säga, följer systematiskt upp och utvärdera, och kontrollerar att verksamheten bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet. De viktigaste momenten i regionens egenkontroll redovisas i tabellen nedan.

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

3 ÅTGÄRDER

En översyn har genomförts av den regionala patientsäkerhetsfunktionen 2019 i syfte att förtydliga den regionala styrningen och ledningen av patientsäkerhetsarbetet och samverka med andra regionala funktioner för hälso- och sjukvårdsstyrning inklusive kunskapsstyrningsorganisationen. Översynen resulterade i ett förtydligande av organisatorisk tillhörighet, uppdrag och mandat för den regionala patientsäkerhetsfunktionen; Staben för patientsäkerhet. Under året har även patientsäkerhetsrådet påbörjat sitt arbete på uppdrag av hälso- och sjukvårdsdirektören och regionala chefläkargruppens uppdrag tydliggjorts.

För att understryka vikten av patientsäkerhetsarbetet och högsta ledningens engagemang har den regionala chefläkaren direkt underställts hälso- och sjukvårdsdirektören och en nyinrättad tjänst som regional chefsjuksköterska tillsattes på samma nivå i början av året.

3.1 RISKANALYS

Risicanalys är en metod för att systematiskt identifiera och bedöma risker som kan leda till patientskada i samband med att större förändringar. Riskanalys bör också genomföras vid en förändring avseende teknik/utrustning, ny metodik eller om en ny organisation planeras. Att analysera risker är ett sätt att arbeta proaktivt och för att förebygga vårdskador. Alla verksamheter uppmanas att initiera och genomföra riskanalyser för att på så sätt stärka patientsäkerheten. Analysarbetet kan genomföras på enhets- eller verksamhetsnivå, men även på övergripande nivå. En inventering av regionens kompetenser för såväl risk- som händelseanalys har utförts under året. Riskanalys med fokus på patientsäkerhet kombineras i vissa fall med risk- och konsekvensanalys som har fokus på arbetsmiljön. Kombinerade riskanalyser är eftersträfvansvärt eftersom det finns starkt stöd för att patientsäkerhet och arbetsmiljö är nära samband. Syftet är att fortlöpande bedöma om det finns risker vid förändring som kan medföra brister i verksamhetens säkerhet och kvalitet. Funna risker

värderas genom sannolikhetsbedömning och konsekvensanalys. Under pandemin har ett förenklat förfarande introducerats vilket möjliggjort en effektivt och ändamålsenlig bedömning av det signifikanta antalet risker som på kort tid introducerades relaterat till den stora och snabba omställningen av hälso- och sjukvården som krävdes. Utöver riskanalyser så genomförs även riskronder, arbetsmiljöronder och inspektioner samt tillsyner av Inspektionen för vård och omsorg som får räknas in i det riskförebyggande arbetet. Inom ramen för arbetet med att utveckla Skånes digitala vårdssystem (SDV) har arbetet med riskhantering utvecklats under året och processerna tydliggjorts.

3.2 UTREDNING AV VÅRDSKADOR

Vårdgivaren är skyldig att anmäla en händelse som har medfört, eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada enligt lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg. Vårdgivaren har delegerat detta uppdrag till chefläkare i förvaltningen. Som underlag för anmälan enligt lex Maria görs en internutredning och vid behov en händelseanalys av verksamhetschefen. Beslut från IVO i lex Maria ärenden och klagomålsärenden diskuteras i Region Skånes chefläkargrupp.

3.3 INFORMATIONSSÄKERHET

Region Skånes kort- och långsiktiga mål som beslutats av Regionfullmäktige och Regionstyrelsen ligger till grund även för det arbete som bedrivs inom informationssäkerhetsområdet. Regionstyrelsen har beslutat om riktlinjer som utgår från SS-EN ISO/IEC 27001 och SS-EN ISO/IEC 27002 och som på en övergripande nivå fastställer organisation, roller och ansvar. Regiondirektören har vidare genom instruktioner beslutat om hur riktlinjerna ska tillämpas samt hur organisation, roller och ansvar på tjänstemannanivå ska utformas.

Antalet uppföljningar har varit lägre under året p.g.a. det ansträngda läget under Covid-19. Uppföljning har under året särskilt gjorts av hanteringen av skyddade personuppgifter och av höga administrativa behörigheter vilket har resulterat i uppdaterade rutiner och införande av löpande uppföljningar.

Region Skåne genomför löpande riskanalyser i olika sammanhang kopplat till informationssäkerhetsarbetet inklusive bevarande av konfidentialitet, riktighet och tillgänglighet vilka alla är avgörande för patientintegritet och patientsäkerhet.

Exempel på genomförda eller pågående riskanalyser innefattar

- Överföring av personuppgifter till tredjeland samt riskanalys avseende röjande av sekretessbelagd information inom projektet SDV.
- Råd, stöd och utredningar inom LSS.
- Digitala gruppbesök under Covid-19.
- Produktionssystem för transfusionsmedicin och transplantationsimmunologi
- Bedömning av 1177 Vårdguidens e-tjänster om att bifoga filer via 1177:s e-tjänster
- Riskanalys avseende nytt språktolkavtal

Utöver detta har Förvaltningen Digitalisering IT och MT genomfört ett antal riskanalyser i workshopsformat. Fler än 75 sådana workshoppar med varierande komplexitet har genomförts.

I samband med pandemins första våg tillsatte Krisledningsstaben en expertgrupp som hade till uppgift att granska och analysera nya processer och system som snabbt skulle införas för att underlätta under krisen. Expertgruppen bemannades med personer med kompetens inom informationssäkerhet, dataskydd, IT-säkerhet och juridik. Arbetsformen med en särskild expertgrupp som snabbbehandlade ärenden var framgångsrik och gagnade både patientsäkerhet och patientintegritet samt ledde till högre kvalitet i de tjänster som togs i drift. Totalt hanterades 29 ärenden av expertgruppen under perioden mars – juli 2020.

Under året har ett arbete påbörjats avseende revidering av hantering av patienter med skyddade personuppgifter. En ny e-utbildning med namnet ”Säker informationshantering” introducerades också under 2020 och är inkluderad i introduktionen för nya medarbetare. Även rutiner och processer avseende anmälningar av personuppgiftsincidenter (PUI) har förbättrats avsevärt under året.

Utvärdering, uppdateringen och införande av olika skyddsåtgärder avseende skydd mot obehörig åtkomst görs löpande i samverkan med berörda intressenter. Detta har resulterat i särskilda insatser mot ransomware och phishing.

Den granskning som sker av hälso- och sjukvårdspersonalens åtkomst till patientuppgifter sker manuellt. Utveckling av mer automatiserad kontroll har inte varit möjligt på grund av tekniska begränsningar i journalsystemen. Utförda loggkontroller ska rapporteras enligt gällande instruktioner och uppföljning sker löpande under året.

3.4 FOKUSOMRÅDEN

Trots pandemi har flera regionala aktiviteter genomförts 2020 med avseende på fokusområden. Region Skåne tillhandhåller en mängd olika utbildningsmaterial till vårdpersonal, till exempel utbildningsfilmen *Läkemedel som ökar risken för fall* och E-utbildningen *Att förebygga trycksår, undernäring och fall*. Under året utfördes även en fördjupad uppföljning av andelen patienter som utvecklat trycksår orsakat av medicinteknisk utrustning. Cirka 18 % av patienterna med förvärvade trycksår hade trycksår som orsakats av medicintekniska utrustning. Mest förekommande var det att syrgasgrimma orsakat trycksår.

4 RESULTAT OCH ANALYS

Region Skånes patientsäkerhetsarbete och dess resultat bygger på ett kontinuerligt, systematiskt och metodiskt arbetssätt utifrån identifierade riskområden. Resultatet av patientsäkerhetsarbetet i Region Skåne uppvisar en tydlig trend till det bättre över tiden. Detta beror sannolikt på till exempel ett gott kunskapsläge, som finns hos medarbetarna, rörande de risker som finns inom hälso- och sjukvården och på en kulturförändring som underlättar ett mer öppet diskussionsklimat. Exempelvis har andelen vårdskador inom somatisk slutenvård minskat successivt och har mellan åren 2013-2017 mer än halverats. Resultat för patientsäkerhetsindikatorer redovisas i tabellen nedan och kommenteras i

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

Indikatorer	Målnivå	Utfall 2020	Utfall 2019
Riskbedömning avseende fall	>79,5%	80	80
Andel patienter 18 år och äldre med trycksår uppkomna under vårdtiden (ppm)	≤4%	4,6	4,5
Riskbedömning avseende undernäring 18 år och äldre (slutenvård)	>79,5%	68	68
Vårdplan undernäring 18 år och äldre	≥95%	85	84
Vårdrelaterade infektioner (ppm)	SUS ≤8% CSK/Hbg ≤6% Övriga ≤4%	Inställd pga pandemi	11
Utlokaliserade patienter	≤0,5/100	1,5	1,1
Överbeläggning	≤1/100	4	6
Överflyttning IVA patienter pga. resursbrist	≤1,5	5,7	3,1
Utskrivningsinformation läkemedel ett eller fler läkemedel	≥70%	71	70
Tvärprofessionella läkemedelsgenomgång (primärvård)	≥50%	22	24
Tvärprofessionell läkemedelsgenomgång, inkl. läkemedelsavstämning (slutenvård)	≥50%	27	24
Olämpliga läkemedel Äldre (≥75 år)	≤25 000 DDD/1000	22 100	24 735
Öppenvårdsantibiotika (vårdcentralerna)	≤320	260	313
Bredspektrum antibiotika vid urinvägsinfektion	≤10%	11	12
Penicillin V vid behandling av barn med luftvägsantibiotika	≥75%	73	75
Vårdplan avseende fallrisk	>95%	89	88
Riskbedömning avseende trycksår	>79,5%	80	79
Vårdplan avseende trycksår	>95%	86	85

4.1 TRYCKSÅR

Trycksår orsakar stort lidande för patienten. För att identifiera förekomsten av trycksår genomför Region Skåne årligen två kvalitetsuppföljningar genom att identifiera patienter som har trycksår och som riskerar att utveckla trycksår. Trots pandemin har mätningarna kunnat genomföras. Sedan den första mätningen, våren 2012, har andel patienter med trycksår minskat kontinuerligt. Vid en analys av allvarliga trycksår som har uppkommit inom vår egen vårdkedja så framkommer att även dessa har minskat. Det regionövergripande målet är mycket ambitiöst satt; att patienter med allvarliga trycksår (kategori 2-4) ska vara lägre än fyra procent. Med ett resultat för Region Skåne på 4,6 % (jfrt 4,5 % 2019) uppnås detta inte men flera av sjukhusen klarar målet.

Nyttillkomna trycksår ska registreras i avvikelssystemet. Under år 2020 rapporterade vårdpersonal drygt 500 händelser som händelseklassificerats som trycksår.

4.2 VÅRDRELATERADE INFEKTIONER

Vårdrelaterade infektioner (VRI) är tillsammans med trycksår en av de största riskerna mot patientsäkerheten inom hälso- och sjukvården. Region Skåne följer det nationella mönstret och det har totalt sett inte skett någon minskning av vårdrelaterade infektioner under de senaste åren. Andelen vårdrelaterade infektioner har minskat från drygt elva procent sedan mätningarna startade (2008), och har de senaste åren legat på i stort sett oförändrad nivå mellan nio och tio procent. Årets punktprevalensmätning VRI ställdes in pga pandemin.

För att minska risken för vårdrelaterade infektioner är följsamheten av basala hygienrutiner och regler för arbetskläder (BHK) viktig. Regional PPM BHK genomfördes under hösten med goda resultat (Följsamhet till regler för basal hygien vid patientnära arbete 86% och Följsamhet till regler för arbetskläder vid patientnära arbete 93%).

4.3 FALL

Ett fall eller en fallhändelse innebär att en person oavsiktligt hamnar på golvet eller marken, oavsett om personen skadar sig eller inte. Region Skåne uppnår målnivån för indikatorn Riskbedömning avseende fall och delmålet för Vårdplan avseende fallrisk (Tabell). Inträffade fall och fallskador ska registreras i avvikelssystemet. Under år 2020 rapporterade vårdpersonal sammanlagt 2 212 händelser som klassificerats som ”fall/fallskada”.

4.4 NUTRITION

Mat och näring är en viktig patientsäkerhetsfråga. Det finns starka samband mellan sjukdomsrelaterad undernäring och komplikationer, förlängda vårdtider, nedsatt funktion, försämrad livskvalitet samt dödlighet. Ett gott näringstillstånd ger förutsättningar för att förebygga sjukdom, återvinna hälsa samt för att övrig behandling ska ha bästa möjliga effekt. Genom att så tidigt som möjligt identifiera patienter med ökad risk samt sätta in förebyggande och behandlande åtgärder kan de negativa effekterna minska. Ett aktivt tvärprofessionellt arbete på alla vårdnivåer och över huvudmannagränser krävs för ett framgångsrikt arbete med att identifiera, förebygga och behandla undernäring.

Andelen personer med risk för undernäring är hög i den slutna vården, 22 procent av riskbedömda personer från 18 års ålder respektive 27 procent från 65 års ålder, har ökad risk för undernäring. Andelen är oförändrad jämfört med 2019. Region Skåne når inte upp till delmålet för riskbedömning avseende undernäring hos vuxna patienter inom slutenvård. Variationen inom och mellan förvaltningarna är stor. Delmålet för upprättad vårdplan hos patienter med ökad risk uppnås.

Region Skåne har som första region i Sverige fastställt en regional riktlinje gällande riskbedömning av undernäring hos barn och ungdomar inom slutenvård. Riktlinjen implementeras successivt, dock med varierande takt i de olika förvaltningarna. Under 2020 har 27 procent riskbedömts.

4.5 ÄNDAMÅLSENIG ANTIBIOTIKABEHANDLING

Den ökande antibiotikaresistensen är starkt sammankopplat med överförskrivning av antibiotika. Strama (Samverkan mot antibiotikaresistens) arbetar för att minska risken med

överförskrivning av antibiotika och vill bidra till en mer patientsäker vård. Pandemin har haft stor påverkan, med kraftiga minskningar, på antalet uthämtade antibiotikarecept i alla regioner under året. I Skåne ses stora minskningar framförallt under april och maj. Trots att antal uthämtade antibiotikarecept tagit sig ner till 260 antibiotikarecept per 1 000 invånare ligger Skåne högst vid en jämförelse mellan regionerna. Antalet antibiotikarecept per 1 000 invånare för 2020 uppvisar en minskning med 20 procent i Skåne. Minskningen är procentuellt störst hos barn och unga och det är framförallt antibiotika som ofta används vid luftvägsinfektioner som minskar.

Antal antibiotikarecept totalt från alla förskrivare per 1000 listade patienter och senaste tolv månadersperiod är också en kvalitetsindikator för skånska vårdcentraler och under 2020 är gränsen satt till högst 310 recept per 1000 listade. Under 2020 klarade 90 procent av vårdcentralerna målet. Andel bredspektrumantibiotika av antibiotika som ofta används vid urinvägsinfektion bör hos kvinnor 18 till 79 år gamla vara låg. Resultatet för alla förskrivare i Skåne blev 11 procent bredspektrumantibiotika, i primärvården var andelen så låg som 7 procent vilket innebär att målnivån uppfylldes väl i primärvården. Vidare ses att Skåne nu ligger under rikssnittet. Andel ”vanligt penicillin”, penicillin V, av antibiotika som ofta används vid luftvägsinfektion hos barn 0 till 6 år bör vara hög. Resultatet för alla förskrivare i Skåne blev 73 procent, i primärvården var andelen 81 procent och målet uppfylldes väl i primärvården.

Arbete, enligt handlingsplan av Strama, med en ökad följsamhet till behandlingsrekommendationerna samt att skapa förutsättningar för ansvarsfull användning av antibiotika har fortsatt. En viktig del, i arbetet, har varit informationsinsatser och utbildningar till såväl vården som allmänheten dock i mindre omfattning pga pandemin. Stramas uppsökande verksamhet med informationsmöten på hälsovalenheter och sjukhuskliniker har påverkats av covid-situationen med restriktioner och omställningar. Ett successivt införande av digitala möten samt övergång till digitala fortbildningar har skett under året. Rapporter om antibiotikaförbrukningen och om det aktuella antibiotikaresistensläget i Skåne samt *Riktlinjer för intravenös antibiotikabehandling i Nära Vård – rekommendationer från Strama Skåne* har publicerats.

4.6 LÄKEMEDELSSÄKERHET

Brist på överblick av patientens alla läkemedel är en patientsäkerhetsrisk och kan leda till försämrad livskvalitet, onödiga sjukhusinläggningar och samhällsekonomiska kostnader. I Region Skånes förbättringsarbete för säker läkemedelsanvändning är det viktigt att berörda verksamheter arbetar med kompetenshöjning inom bl. a. läkemedelsavstämning (aktuell läkemedelslista), läkemedelsgenomgång och utskrivningsinformation. Under året har den återkommande kvalitetsmätningen, PPM Aktuella läkemedelslistor, gjorts för att på ett strukturerat och standardiserat sätt följa förekomst av diskrepanser i vårdens läkemedelslistor över tid. Målsättningen för denna mätning var att få en nulägesbeskrivning inför övergång till gemensamt journalsystem (SDV) samt att jämföra med tidigare genomförda mätningar.

Totalt har det genomförts ca 9 000 läkemedelsgenomgångar i slutenvården, vilket inkluderar patienter inom Skånemodellen samt remisspatienter. Remisspatienter är de som läkare bedömer är i behov av läkemedelsgenomgång och som inte ingår i Skånemodellen.

Ett mål är att läkemedelsgenomgångar ska genomföras för 50 procent av de multisjuka äldre. Andelen patienter vilka under 2020 har erhållit läkemedelsgenomgång, enligt Skånemodellen, i slutenvård är 27 procent (4 174 läkemedelsgenomgångar), vilket är en ökning mot 2019. Utöver dessa så har det genomförts läkemedelsgenomgångar på remisspatienter fördelade med, drygt 4 600 st. inom somatiken och ca 230 s.t inom psykiatrin, och antalet har ökat mot 2019 både inom somatiken och psykiatrin.

I primärvården har det under 2020 genomförts 5 441 läkemedelsgenomgångar, varav 3 429 (63 %) i offentlig primärvård. Detta motsvarar uppskattningsvis 22 procent av målpopulationen på årsbasis. Antalet genomförda läkemedelsgenomgångar är i jämförbar nivå med 2018 men lägre än 2019. En bidragande orsak till att mål inte nås i primärvården är att genomförda genomgångar inte alltid registreras med KVÅ-kod, vilken används vid uttag av data. Antalet läkemedelsgenomgångar, både i slutenvård och öppenvård, har påverkats av att annat arbete har fått prioriterats under pandemin så som hjälp med iordningställande av läkemedel och annan läkemedelshantering på avdelningar som t.ex. IVA, Infektion samt covid-avdelningar på sjukhusen.

Användningen av potentiellt olämpliga läkemedel hos äldre i Skåne har minskat under 2020 jämfört med 2019. Behandlingstrycket med olämpliga läkemedel till äldre ska enligt uppsatt mål inte överstiga 24 000 DDD per 1000 invånare som är 75 år eller äldre. Siffran blev 22 100 i Skåne för 2020. Sett över längre tid och jämfört med genomsnittssiffror för hela landet uppvisar Region Skåne en mer uttalad minskning. Bakgrunden till den skånska nergången kan vara det strukturerade arbetet för att minska förskrivningen av olämpliga läkemedel till äldre. Årligen tas en Skånelista innehållande specifika rekommendationer för äldre fram. Utbildningsinsatser genomförs kontinuerligt om läkemedel och äldre. Att läkemedelsgenomgångar genomförs bidrar till en minskning av förskrivningen av olämpliga läkemedel.

Risken för felaktigheter i läkemedelsanvändningen är särskilt stor i vårdens övergångar. Genom att patienten och mottagande vårdinstans tillhandahålls en utskrivningsinformation så halveras den risken. Målet för 2020 var att andel patienter, med ett eller fler läkemedel som erhöll utskrivningsinformation från slutenvård, skulle uppgå till minst 70 procent. Andelen patienter vilka under 2020 har erhållit utskrivningsinformation är 71 procent (totalt 85 021).

4.7 BEHANDLING PÅ RÄTT PLATS OCH NIVÅ

Andel överbeläggningar minskade medan utlokaliserade patienter ökade under 2020. Detta är sannolikt relaterat till pandemin och den stora omställningen av vårdplatser som skett.

Bristen på vårdplatser varierar mellan olika verksamheter och är i huvudsak betingad av brist på sjuksköterskor.

Antalet överflyttningar mellan intensivvårdsavdelningar pga resursbrist ökade jämfört föregående år vilket är ett direkt resultat av den kraftiga belastningen på intensivvården under året samt en medveten strategi att periodvis styra de mest komplexa Covid-fallen till SUS.

4.8 AVVIKELSER

Sammanställning och analys av avvikelser görs i huvudsak på förvaltningsnivå. Avvikelser diskuteras regelbundet i chefläkargruppen.

Under år 2020 rapporterades i regionen strax under 18 750 patientavvikelser till avvikelssystemet AvIC. Cirka 5000 avvikelser avser händelseklassificeringen ”vård”, och utgör den enskilt största gruppen (Diagram 1).

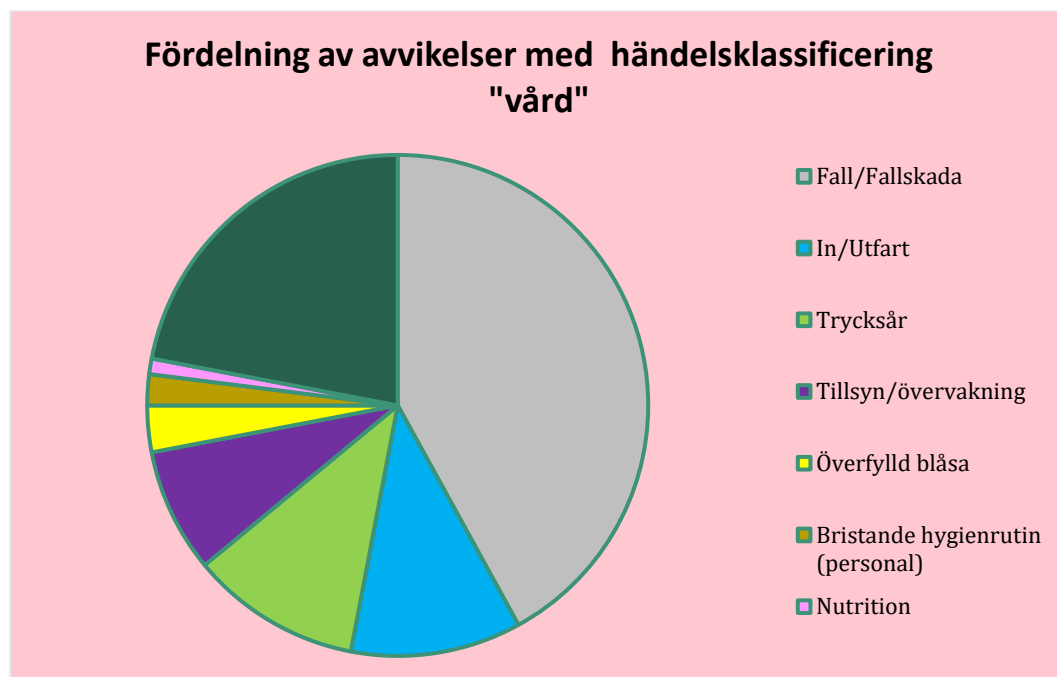


Diagram 1. Fördelning av vårdavvikelser 2020. Källa: QlikView AvIC.

4.9 KLAGOMÅL OCH SYNPUNKTER

Klagomål och synpunkter sammanställs och analyseras på förvaltningsnivå. Det finns ett behov av utveckling av rapporteringssystem för uppföljning på aggregerad nivå.

För 2020 registrerades på övergripande nivå 1094 i avvikelshanteringssystemet (Diagram 2).

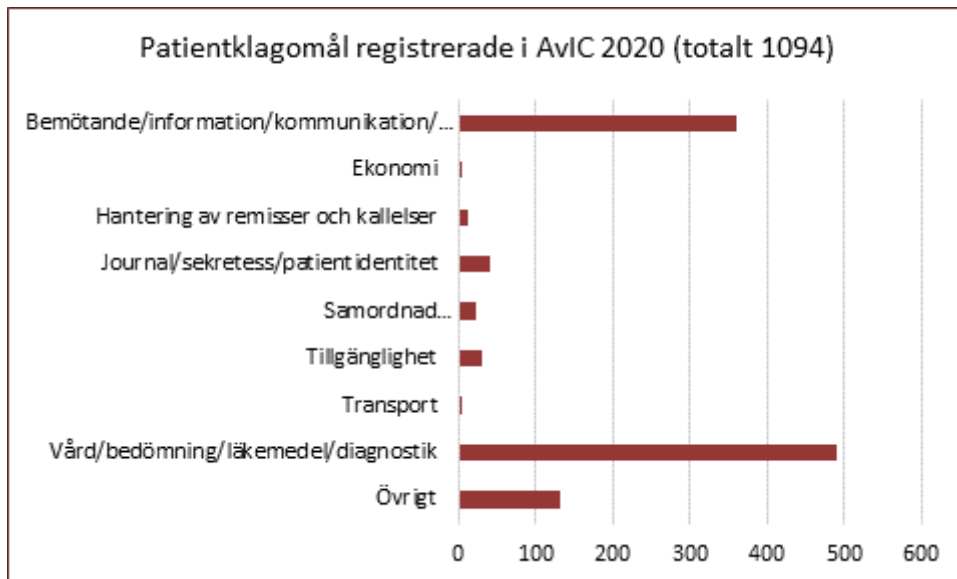


Diagram 2. Fördelning av patientklagomål 2020 per kategori. Källa: AvIC.

4.10 HÄNDELSE OCH VÅRDSKADOR

Negativa händelser sammanställs och analyseras på förvaltningsnivå. Identifierade riskområden analyseras och diskuteras på regional nivå. Antalet upprättade lex Maria-anmälningar 2020 uppgår till 355 st. Antalet anmälda ärenden till Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag (LÖF) för patienter som vårdats i Region Skåne uppgick 2020 till 1967 st.

Markörbaserad journalgranskning är en viktig källa för att följa utvecklingen av patientsäkerhetsarbetet i Sverige och metoden har använts sedan 2013.

I Region Skåne granskades 600 journaler under året inom den somatiska vården. I 57 av journalerna har sammanlagt 62 vårdskador påvisats. Inom vuxenpsykiatrisk och rättspsykiatrisk vård har sammanlagt 179 journaler granskats. I 6 av journalerna kunde totalt 6 vårdskador identifieras.

4.11 RISKANALYS

Sammanställningar och exempel på riskanalyser lämnas i förvaltningarnas patientsäkerhetsrapporter.

4.12 SUICID

De vårdnära suiciden minskade jämfört föregående år och Region Skåne uppvisar fortsatt rikslåga nivåer. För detaljer hänvisas till patientsäkerhetsberättelsen för Psykiatri och habilitering.

4.13 PATIENTSÄKERHET UNDER PANDEMIN

Eftersom regionen fortsatt befinner sig i pandemins andra våg är det för tidigt att utvärdera hur patientsäkerheten har påverkats. Det man dock kan konstatera är att i samband med den för Skåne lindriga första vågen genomfördes ett omfattande proaktivt patientsäkerhetsarbete

med bla förenklade riskanalyser, utbildningsinsatser och införande av check-listor. Utöver detta har särskilda snabbspår inrättats för lex Maria-hantering för att påskynda tillvaratagande av erfarenheter. Samverkan mellan regionens chefläkare har intensifierats med veckoatliga pulsmöten och samverkan mellan regional chefläkare, Smittskydd och vårdhygien gentemot kommunernas medicinskt ansvariga sjuksköterskor har likaledes utvecklats avseende pandemirelaterade frågor.

Det är helt uppenbart att den stora omställningen som skett för att säkra omhändertagandet av ett ökat inflöde av akuta patienter eller patienter i behov av isolering har inneburit att patientsäkerhetsrisker har introducerats. Det är bla relaterat till omfördelning av personal och behov av snabb kompetenshöjning hos medarbetare. Även om analys pågår är en preliminär bedömning att verksamheterna hanterat denna utmaning på ett bra sätt och att förhållandevis få allvarliga vårdskador inträffat trots rådande läge. Denna bild gäller även för klagomålshantering. De trycksår som är relaterade till medicinteknisk utrustning är dock ett viktigt område att fortsatt uppmärksamma och arbeta förebyggande kring som nämnts tidigare i rapporten.

Region Skåne har under pandemin tydliggjort vikten av god och säker vård, individuella bedömningar och medicinska prioriteringsordningar även under kris. Även om den högst prioriterade vården kunnat upprätthållas och vi ännu inte observerat generellt negativa effekter inom tex cancervården är det viktigt att påpeka att det skett en signifikant undanträngning av vård som kunnat anstå. Detta redovisas i särskilda rapporter från regionens Normaliseringsprocess. Vilken eventuell effekt detta kan ha på patientsäkerheten är för tidigt att bedöma men en viktig fråga framåt.

5 MÅL OCH STRATEGIER FÖR KOMMANDE ÅR

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

- Patientsäkerhet kommer fortsatt att vara av högsta prioritet inom alla verksamheter.
- Satsningen på kunskapsstyrningsorganisationen intensifieras ytterligare.
- En regional handlingsplan för ökad patientsäkerhet fastställs och implementeras vilket inkluderar upprättandet av motsvarande planer på förvaltningsnivå.
- En god patientsäkerhetskultur är en förutsättning för att kunna erbjuda säker vård. Denna bygger i sin tur på en god arbetsmiljö och en vårdmiljö av god hygienisk standard.
- Uppdatering av verktyg för tidig identifiering av patienter med risk för försämring.
- Fortsatt regionalt utvecklingsarbete avseende sepsis.
- Chefer och medarbetare ska ha kunskap om rutiner för att kunna identifiera, analysera, bedöma och åtgärda orsaker som kan leda till vårdskada. Vidtagna åtgärder ska följas upp för att se så de har haft avsedd effekt.
- Patienten och närstående ska ses som viktiga aktörer och involveras i det systematiska patientsäkerhetsarbetet.

- Klagomålshantering och hanteringen av patienters och närståendes synpunkter behöver utvecklas.
- Vårdrelaterade infektioner (VRI) är den vanligaste vårdskadan och arbetet med att minska VRI bör fördjupas.
- Antalet disponibla vårdplatser behöver öka.
- Ett ökat fokus på kliniska risker kopplade till digitalisering inom ramen för Skånes digitala vårdmiljö (SDV).