



# Patientsäkerhetsberättelse

## Skånes sjukhus nordost 2020

2021-01-28

Sergio Padoan, ordförande, Styrgrupp patientsäkerhet, Skånes sjukhus nordost

---

---

# Innehåll

<b>PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE .....</b>	<b>1</b>
<b>Innehåll.....</b>	<b>2</b>
<b>Sammanfattning .....</b>	<b>3</b>
<b>STRUKTUR.....</b>	<b>4</b>
Övergripande mål och strategier .....	4
Organisation och ansvar .....	4
Samverkan för att förebygga vårdskador .....	5
Patienters och närståendes delaktighet .....	5
Egenkontroll.....	6
<b>PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten .....</b>	<b>8</b>
Riskanalys .....	9
Hantera och utreda ärenden som rör patientsäkerhet.....	9
Hälsa- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet .....	10
Klagomål och synpunkter .....	10
Utredning av händelser – vårdskador.....	10
Informationssäkerhet.....	11
<b>RESULTAT OCH ANALYS .....</b>	<b>13</b>
Riskområden .....	13
Vårdrelaterade infektioner .....	13
Fall och fallriskbedömningar .....	16
Undernäring och riskbedömningar.....	17
Läkemedelsrelaterade fel .....	17
Ökad säkerhet i läkemedelsanvändningen samt Minska antibiotikaförskrivningen	18
Markörbaserad journalgranskning.....	19
Analys av utredda ärenden som rör patientsäkerhet.....	21
Avvikelser.....	21
Klagomål och synpunkter .....	23
Händelser och vårdskador.....	24
Riskanalys .....	25
Nationell patientenkät .....	26
Mål och strategier för kommande år .....	27

---

## Sammanfattning

Målen för patientsäkerhetsarbetet i Skånes sjukhus nordost (SSNO) under 2020 har varit att minska förekomsten av vårdrelaterade infektioner (VRI), läkemedelsrelaterade fel, trycksår och fallolyckor. Därtill uttrycktes i verksamhetsplanen en strävan att tillämpa ett ledningssystem för patientsäkerhet, hålla en hög patientsäkerhet och en patientsäkerhetskultur samt att minska undvikbara återinskrivningar.

Under det gångna året har många av de åtgärder som planerats inte kunnat genomföras, då en så stor del av arbetet har riktats mot pandemibekämpningen.

Av planerade åtgärder mot VRI gjordes punktprevalensmätningar gällande Basala Hygien- och Klädrutiner (BHK) endast under hösten medan mätningar gällande såväl VRI- som Perifer Venkateter (PVK) och Kvarvarande kateter (KAD) ställdes in. Utbildningar i vårdhygien genomfördes som en viktig åtgärd mot pandemin.

I syfte att minska antalet läkemedelsrelaterade fel förnyades och uppdaterades föregående års åtgärdsplan för att öka säkerheten i läkemedelsanvändningen.

Trycksår och fallolyckor har som tidigare varit föremål för åtgärder på de olika verksamhetsområdena beroende på hur stor problematiken varit lokalt.

Vad gäller förekomsten av utlokaliserade patienter har pandemin tvingat förvaltningens båda sjukhus till så omfattande förändringar att en jämförelse mot mål och tidigare år inte blir meningsfull.

Följsamheten till BHK är i nivå med tidigare år, dvs. strax under angivna målnivåer.

Aktivitetsplan för att minska läkemedelsrelaterade kunde genomföras i stor utsträckning trots pandemin. Arbetet har väsentligen bestått i information, utbildningsinsatser och utarbetande av arbetsmaterial.

Andelen patienter med trycksår var högre än föregående år och högre än uppsatta mål dock försvåras jämförelsen av förändringar i mätmetodiken.

En övergripande analys av patientsäkerhetsrelaterade resultat för 2020 visar att det genomsnittliga antalet vårdskador i SSNO sammanlagt är sju om dagen. Även om detta är lite i jämförelse med antalet patientkontakter innebär varje vårdskada ett onödigt lidande för den enskilde onödiga kostnader för vården. Analysen visar också att de allvarliga vårdskadorna ofta orsakas av diagnostiska fel och bristande följsamhet till rutiner, samt utreds långsamt. Positivt är samtidigt att användningen av avvikelssystemet förbättrats och att fler riskanalyser gjorts.

Det viktigaste målet för 2021 är att implementera och utveckla ledningssystemet för patientsäkerhet för att uppnå välbehövliga förbättringar gällande att:

- Minska antalet trycksår
- Minska antalet vårdrelaterade infektioner
- Minska antalet undvikbara fallskador
- Minska antalet läkemedelsrelaterade fel
- Minska fel i vårdens övergångar
- Förbättra följsamheten till NEWS-rutinerna
- Förbättra följsamheten till prevention av undernäring.

---

# STRUKTUR

## Övergripande mål och strategier

Den omorganisation som började gälla 2019 med en styrelse och ledning för respektive sjukhus i Skånes sjukhus nordost resulterade i att övergripande mål och strategier kom att formuleras för varje sjukhus för sig. Dessa är delvis överlappande och delvis unika. I praktiken har dock det intima samarbetet mellan de två sjukhusen och den täta kontakten mellan ledningsgrupperna lett till att sjukhusledningarna påverkat och inspirerat varandra till att i mångt och mycket sträva mot samma mål. Alla chefer och medarbetare på sjukhusen skall sträva efter en hög patientsäkerhet och medverka till en god patientsäkerhetskultur. Arbetet ställer krav på långsiktighet och fokus skulle läggas på medicinska kvalitetsmått.

### Skånes sjukhus nordost – Kristianstad

Budget- och verksamhetsplanen 2020 för sjukhusstyrelsen Kristianstad angav att på CSK arbetet med patientsäkerhet skall vara fortsatt prioriterat och förutsättningarna för att minska risker ske genom att systematiskt arbete enligt sjukhusets (förvaltningens) ledningssystem för patientsäkerhet. Sjukhuset uppdrags fortsätta med definierade riskområden, enligt Socialstyrelsen och ha god följsamhet till regionens läkemedelsstrategi.

De övergripande patientsäkerhetsmålen angavs vara:

- Öka andelen medarbetare som gått patientsäkerhetsrelaterade utbildningar
- Minskat antal vårdrelaterade infektioner
- Minskat antal läkemedelsfel
- Bibehålla ett lågt antal trycksår

### Skånes sjukhus nordost – Hässleholm

Verksamhetsplan och internbudget 2020 för sjukhusstyrelsen Hässleholms sjukhus angav att patientsäkerhetsarbetet skall fortsätta prioritera patientsäkerhetsarbetet genom ett systematiskt arbete. Organisation och ansvar för patientsäkerhetsarbetet skall följa linjeorganisation med stöd av resurspersoner, och arbetet bedrivs i ett nätverk med patientsäkerhetsombud. Verksamheterna ska fokusera på ökad delaktighet för patienter och närstående samt en ökad och god patientsäkerhetskultur. Hässleholms sjukhus ska fortsatt arbeta med definierade riskområden enligt Socialstyrelsen, och ha god följsamhet till regionens läkemedelsstrategi.

De övergripande målen angavs vara:

- Minskat antal vårdrelaterade infektioner (VRI)
- Minska antal sjukhusförvärvade trycksår kategori 2-4
- Öka antalet tvärprofessionella läkemedelsgenomgångar

## Organisation och ansvar

Skånes sjukhus nordost är en av Region Skånes sjukhusförvaltningar och omfattar Centralsjukhuset i Kristianstad och Sjukhuset i Hässleholm. De två sjukhusen utgör självständiga enheter med nära samarbete. De två chefläkarna ansvarar för att leda och driva det övergripande patientsäkerhetsarbetet på respektive sjukhus. Den medicinska verksamheten är indelad i sammanlagt 13 områden, varav 11 i Kristianstad och 2 i Hässleholm. Dessa leds av var sin verksamhetschef, som är ansvarig för patientsäkerhetsarbetet inom sitt område.

---

Samordningen av patientsäkerhetsarbetet på förvaltningsnivå leds av den gemensamma styrgruppen för patientsäkerhet, som består av chefläkaren i Kristianstad (ordförande), chefläkaren i Hässleholm, samtliga medarbetare i patientsäkerhetsenheten (två kvalitets- och patientsäkerhetssamordnare, en kvalitetssamordnare, en forskningssjuksköterska och en handläggare), chefsapotekaren och chefsjuksköterskan för Hässleholms sjukhus.

Den sistnämnda stöttar förvaltningen och verksamheterna i samverkansfrågor mellan kommunen och vården.

Patientsäkerhetsombud finns på alla verksamheter som stöd till respektive verksamhetschef och som länk mellan patientsäkerhetsenheten och verksamheterna.

Styrgruppen för patientsäkerhet har regelbundna gemensamma möten med vårdhygien, där frågor rörande antibiotikaanvändning och smittskydd tas upp. Kliniskt träningscentrum styrs av en övergripande regional funktion på vars samordningsmöten en av chefläkarna i SSNO deltar.

Från patientnämnden skickas regelbundet sammanfattningar om klagomål riktade mot verksamheter i SSNO. Dessa hanteras av verksamheterna, när så krävs och kan bli föremål för mera omfattande utredningar oftast på initiativ från berörd chefläkare.

## **Samverkan för att förebygga vårdskador**

Förvaltning Skånes sjukhus nordost arbetar i samverkan med kommuner, den slutna vården, psykiatrin, primärvården samt privata hälsovalsenheter. Utvecklingen av effektiv vård inom nära vården sker på olika nivåer. Både på övergripande och lokal nivå sker arbetet i samverkan och följer den uppdragsbeskrivning för Delregionala samverkansorgan och Lokala samarbetsgrupper som är en del av Hälso- och sjukvårdsavtalet. Med anledning av covid-19 pandemin infördes i mars 2020 veckovis virtuella delregionala tjänstemannamöten. Detta har fortsatt året ut då ett värde ses i korta veckovisa avstämningar. 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. Gruppen består av verksamhetsnära personer från den slutna vården både somatisk och psykiatrisk, primärvården och kommunerna.

## **Patienters och närståendes delaktighet**

Den nya klagomålshanteringen med vårdgivaren som primär mottagare medför fler tidiga dialoger mellan närmaste vårdenhet och patient/närstående. I händelseanalyser i samband med allvarlig vårdskada bereds patienter och närstående möjlighet att bli involverade.

Patientråd, patientföreningar, patienter och i vissa fall närstående involveras i flera processer (exempelvis äldre-, diabetes/endokrin- och strokeprocessen samt cancerprocessen) genom inbjudan till verksamheterna och i vissa fall också arbetsgrupper samt till föreläsningar (exempelvis höftskola, KOL-skola, strokekola, Parkinsonskola, hjärtskola, reumagrupp och cancerrehabilitering). Under 2020 har mycket av detta fått anstå då pandemin omöjliggjort fysiska träffar.

---

Patientorganisationer i SSNO upptagningsområde bjuds in till brukarsamverkan på respektive sjukhus. Dessvärre har dessa möten under året fått ställas in på grund av pandemin.

I planeringen inför 2020 ingick att öka patientmedverkan i verksamhetsutvecklingsarbetet. Detta skulle bland annat ske genom att starta en patientbank. I denna kommer patienter/anhöriga finnas som har spetskompetens inom olika områden och kan därmed bidra till en bättre verksamhetsutveckling med patient- och anhörigperspektivet i fokus. Detta arbete har fått läggas på vänt då pandemin påverkat både verksamheternas möjligheter att genomföra utvecklingsarbete och patienternas möjlighet att delta vid träffar.

## **Egenkontroll**

Under det gångna året var planen att förbättra användandet av ledningssystemet för patientsäkerhet i Skånes sjukhus nordost. I ledningssystemet ingår egenkontroll som en komponent för att skapa bättre möjligheter till uppföljning och förbättring. Covid-19 har fördröjt många aktiviteter som var tänkta för att öka följsamheten till ledningssystemet. Mer om hur olika uppföljningar påverkats av covid-19 finns under resultat.

Uppföljning av mål sker utifrån uppdraget till förvaltningen som hälso- och sjukvårdsnämnden har fattat beslut om. Utöver dessa har styrelserna i Kristianstad och Hässleholm tagit fram mål för respektive sjukhus. De fastställda målen har följts upp med hjälp av nedanstående mätningar på förvaltningsövergripande nivå.

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Punktprevalensmätning Vårdrelaterade infektioner - nationell mätning	1 gång per år	SKR:s PPM-databas, <a href="https://ppm.vantetider.se">https://ppm.vantetider.se</a>
Markörbaserad journalgranskning (Kristianstad 15st och Hässleholm 10st journaler). Samtliga upptäckta skador både i de övergripande och lokala granskningarna registreras i avvikelssystemet och hanterades denna väg.	1 gång per månad	SKR:s databas Signe
Punktprevalensmätning Basala hygienrutiner och klädregler – nationell respektive regional mätning	2 gånger per år	SKR:s PPM-databas, <a href="https://ppm.vantetider.se">https://ppm.vantetider.se</a>
Punktprevalensmätning Trycksår – nationell respektive regional mätning	2 gånger per år	SKR:s PPM-databas, <a href="https://ppm.vantetider.se">https://ppm.vantetider.se</a>
Punktprevalensmätning perifer venkater – förvaltningsövergripande mätning	1 gång per år	Lokal rapport
Punktprevalensmätning KAD – förvaltningsövergripande mätning	1 gång per år	Lokal rapport
Strukturerad journalgranskning av samtliga trycksår i kategori 2-4 som uppkommit under vårdtid.	1 gång per månad	Journalgranskning
Nationell patientenkät – vid nationell mätning samt vid extra mätningar som Region Skåne valt att delta i. 2020 deltog Region Skåne i en nationell patientenkät som berör Skånes sjukhus nordost – somatisk öppen och slutenvård.	1 gång per år	Nationell patientenkät, <a href="http://www.patientkat.se">www.patientkat.se</a>

---

## PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

Åtgärder för att förbättra patientsäkerheten sker dagligen i alla verksamheter. Allt från att ledningsgrupper på olika nivåer diskuterar patientsäkerhet i planering och styrning av verksamheten till den enskilda medarbetarens möte med patienten. I den absoluta majoriteten av all vård som skapas lyckas vi skapa god patientsäkerhet. Trots detta ville vi bli ännu bättre under 2020.

Under 2020 var planen att implementera ledningssystemet i verksamheterna för att stärka det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Strukturen finns på plats dock saknas utbildning och förankring i verksamheten. Detta behövs för att få ett levande ledningssystem för patientsäkerhet.

Mycket av tiden har fått läggas på hantering av pandemin, något som gjort arbetet med ledningssystemet lidande.

Arbetet med att stärka patientsäkerheten inom förvaltningen har fortsatt genom att enhet patientsäkerhets patientsäkerhetssamordnare arbetat tillsammans med verksamheten. Verksamheten har fått hjälp med statistikuttag, risk- och händelseanalyser samt förbättringsarbeten. Vidare har verksamheterna fått hjälp med utbildning av enskilda medarbetare och grupper. Ledningsgrupperna har kontinuerligt bjudit in patientsäkerhetssamordnarna till sina olika forum, vilket också leder till att stärka patientsäkerhetsarbetet.

Förvaltningen har utbildat 14 nya händelseanalysledare för att stärka upp kompetensen om hur händelser som rör patientsäkerhet ska utredas för att hitta effektiva åtgärder som motverkar upprepning av negativa händelser.

Nedan kommer ett litet urval från de goda åtgärder som sker i ute våra verksamheter.

VO Barn har fortsatt sin dagliga genomgång av verksamheten med hjälp av Gröna korset. Liksom förra året uppfattar verksamheten att de diskussioner som dagligen förs inspirerar medarbetarna till att reflektera om frågor som berör patientsäkerhet. Även VO Obstetrik-gynekologi har i sitt nyskapade patientsäkerhetsteam fört diskussioner om gröna korset.

En stor vinst med gröna korset är att medarbetarnas reflektion och delaktighet i patientsäkerhetsarbetet får en naturlig plats i det dagliga arbetet. Och det finns ännu fler verksamheter som dagligen utvärderar olika områden som är starkt förknippade med patientsäkerhet. VO Anestesi operation och intensivvård har genom gröna korset dagligen utvärderat områden som exempelvis läkemedel, kommunikation och MIG/PIG.

Flera verksamhetsområden har anställt utbildningssjuksköterskor. VO Närsjukvård har använt resurserna till att kartlägga behov av samt planera och utföra utbildningsinsatser för sjuksköterskor på respektive avdelning samt handleda i det dagliga arbetet.

Just området utbildning speglas i de åtgärder som vidtagits i de olika verksamheterna. Exempelvis har VO Medicin arbetat med ett övergripande introduktionsprogram för nyanställda sjuksköterskor, undersköterskor och sekreterare samt en ökad följsamhet till obligatoriska utbildningar för nyanställda läkare.



VO Öron- näs- och hals har inriktat sig på mycket internutbildning med exempelvis scenarioträning.

En stor del av verksamheten har växlat över till digitala arbetssätt vid olika patientkontakter. Det initiala syftet var med pandemin i åtanke. Det är allt från en ökad mängd telefonkontakter till videomöte i olika plattformar. Många arbetssätt har varit så bra att de troligen blir permanenta.

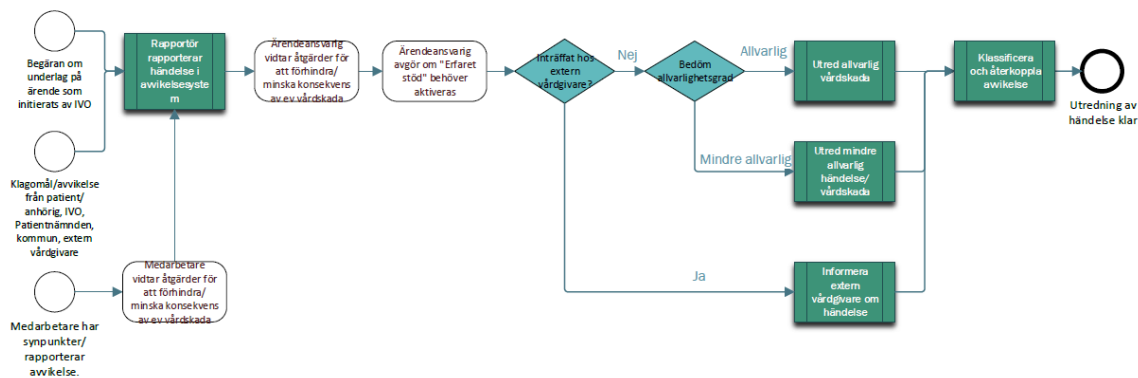
## Risakanalys

Syftet med att identifiera de risker som finns i verksamheten är att kunna förebygga vårdskador. Det arbetet kräver ett riskmedvetet förhållningssätt, samt god kännedom om den pågående verksamheten. Vårdgivaren är skyldig att fortlöpande bedöma om det kan uppstå risker i samband med förändringar som görs i verksamheten. Förändringarna kan omfatta såväl vårdprocesser som organisatoriska och fysiska förändringar. Verksamheten ska uppskatta sannolikheten för att negativa händelser ska inträffa och bedöma vilka konsekvenser som skulle kunna bli följden av förändringen.

Alla verksamheter uppmanas att initiera och genomföra riskanalyser för att på så sätt stärka patientsäkerheten. Analysarbetet utförs på enhets- och verksamhetsnivå, men också på övergripande nivå. Analysarbetet utförs av utbildade riskanalysledare inom verksamheterna eller, vid större analyser, med hjälp av förvaltningens patientsäkerhetssamordnare.

## Hantera och utreda ärenden som rör patientsäkerhet

Händelser som inträffat inom förvaltningen och som rör patientsäkerhet rapporteras sedan 2014 i det regionövergripande avvikelserapporteringsystemet AvIC. Händelserna kan vara vårdskador, risk för vårdskador, klagomål och synpunkter från exempelvis patienter/anhöriga, externa vårdgivare eller myndigheter. Målet är att samtliga händelser registreras i AvIC oavsett vem som ursprungligen initierat ärendet.



Alla händelser hanteras i samma flöde - rapporteringsfas, bedömning av allvarlighetsgrad, orsaksutredningsfas och åtgärdsfas. Enskilda allvarliga händelser följs upp i en uppföljningsfas. Samtliga ärenden klassificeras för att möjliggöra en regelbunden uppföljning på aggregerad nivå. Återkoppling via avvikelshanteringssystemet sker alltid till den som initierat ett ärende.

Händelser som upptäckts i förvaltningen men inträffat hos externa vårdgivare skickas över för fortsatt handläggning hos den externa vårdgivaren.

---

Vem som handlägger ett ärende i AvIC på verksamhetsnivå skiljer sig lite mellan verksamhetsområdena i förvaltningen. Ofta är det omfattningen av verksamhetsområdet som påverkar hur olika ärenden handläggs. Exempelvis har större verksamhetsområden utsedda personer som hanterar avvikelser av en viss karaktär, ex kommunavvikelser. Även på enhetsnivå har några enheter utsett medarbetare med särskilt ansvar att utreda avvikelser. Generellt är det oftast ansvarig chef som ansvarar för att utredningen förs framåt i AvIC.

Det finns möjlighet att ta ut aggregerad statistik från avvikelssystemet via Qlikview AvIC. Detta genom att samtliga ärenden vid avslutning klassificeras utifrån händelsens karaktär, orsak, åtgärd samt konsekvens för patienten.

#### **Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet**

All hälso- och sjukvårdspersonal har lag- och författningsstadgad skyldighet att rapportera händelser som medfört eller riskerat att medföra en vårdskada.

Förvaltningens patientsäkerhetssamordnare har påbörjat utbildning av medarbetarna i verksamheterna för att öka kunskapen gällande patientsäkerhet och rapporteringsskyldighet samt avvikelshantering. Detta har skett genom utbildningstillfällen på APT, AT-läkarintroduktion, kliniskt basår för sjuksköterskor samt workshops där avvikelshantering diskuteras.

Många enheter har även infört arbetssätt såsom ex gröna korset, där de dagligen reflekterar över händelser som inträffat under arbetspasset. Inte sällan kan denna reflektion leda till att händelser avvikelserapporteras.

#### **Klagomål och synpunkter**

Patienter och anhöriga kan föra fram sina klagomål till verksamheter via en regionalt framtagen och publicerad blankett som finns tillgänglig på [1177.se](http://1177.se).

Skriftliga klagomål från patienter och närstående tas emot av Region Skånes diarium som vidareförmedlar klagomålet till patientsäkerhetssamordnarna i Skånes sjukhus nordost.

Klagomål från patienter och anhöriga som gått direkt till IVO sänds av IVO till Region Skånes diarium. Därefter handläggs de på samma sätt som om de kommit direkt till patientsäkerhetssamordnarna. Klagomål som kommer från patient och anhörig via Patientnämnden adresseras till verksamhets- eller enhetschef. Ansvaret för att hantera samt besvara klagomålen, oavsett hur de framförts, vilar på den verksamhet som klagomålet riktats mot.

Oavsett hur klagomålet kommer till förvaltningens kännedom registreras klagomålet och utredningen dokumenteras i AvIC.

Rapporter från olika instanser gällande patientsäkerhet granskas på flera nivåer i organisationen, från förvaltningsledning till arbetsplatsträffar. Bland dessa kan nämnas rapporter från IVO, SKR och revisorer. Chefläkarna får även kvartalsrapporter över förvaltningens patientnämndsärenden. Klagomålen som kommer via patientnämnden analyseras kvantitativt och presenteras för verksamhetscheferna.

#### **Utredning av händelser – vårdskador**

Vårdskador rapporteras, utreds, åtgärdas och följs upp genom avvikelshanteringssystemet AvIC. Mindre allvarliga vårdskador utreds lokalt där de inträffat.

---

Rör ärendet en allvarlig vårdskada alternativt risk för en sådan beslutar chefläkare om en mer omfattande utredning samt om händelsen är aktuell för en anmälan enligt lex Maria. Vid allvarliga händelser sker återkoppling till berörd verksamhet och en handlingsplan tas fram.

Uppföljning av genomförda åtgärder i verksamheten av angiven person eller av chefläkaren. De som deltagit i utredningen av en allvarlig händelse får återkoppling via ansvarig verksamhetschef.

## **Informationssäkerhet**

Inga särskilda uppföljningar är gjorda under 2020 utöver de som sker fortlöpande. En konsekvensbedömning avseende dataskydd (DPIA) är påbörjad under hösten gällande generell bedömning av 1177 Vårdguidens e-tjänster. Riskanalysen för att skicka patientdata som filer via 1177 e-tjänster till invånaren är redan godkänd och klar. Med anledning av den kommande e-tjänsten där invånaren kan bifoga filer behöver det beslutas om nödvändiga och lämpliga åtgärder i tid, både vad gäller integritet och säkerhet.

I Skånes sjukhus nordost är informationssäkerhet integrerat i dataskyddsorganisationen. Informationssäkerhetsarbetet bedrivs systematiskt med de närliggande processerna dataskydd och arkiv- och informationshantering. Förvaltningens samordnare för informationssäkerhet och dataskydd har en central roll och ingår i det regionala informationssäkerhetsrådet där även dataskydd ingår. Därtill finns ett nätverk med en huvudkontaktperson (HKP) från respektive verksamhetsområde samt förvaltningsledningens stab. Verksamhetens huvudkontaktperson besitter en nyckelroll för informationsspridning på verksamhetsnivå.

Förvaltningens dataskyddsorganisation har Region Skånes mål och inriktning som utgångspunkt vid planering av förbättringsområden, informationsinsatser och utbildningar inom informationssäkerhet och dataskydd.

Incidenthantering är en återkommande del av arbetet med informationssäkerhet och dataskydd men till stor del handlar det om proaktiva arbete. I Skånes sjukhus nordost görs det genom generella nyheter på förvaltningens intranätsida, målgruppspecifika informations- och utbildningstillfällen eller också genom att stötta verksamheterna med säkra lösningar på problem som uppstår i det dagliga arbetet. Utöver ett fortlöpande stöd har det under 2020 kretsats kring distansmöte och andra digitala lösningar utifrån ett informationssäkerhetsperspektiv.

Från Skånes sjukhus nordost har 13 personuppgiftsincidenter anmälts totalt, sju incidenter i det interna ärendehanteringssystemet Ritz (ITÄ) och 6 incidenter är anmälda till Datainspektionen under 2020. Genom anmälda personuppgiftsincidenter kan vi identifiera bristande rutiner och processer vilket leder till ett kvalitetssäkrat informationssäkerhetsarbete. Vid utredning och uppföljning av inträffade personuppgiftsincidenter har det framkommit att bristande informationshantering har varit en bidragande orsak till incidenterna.

Övriga åtgärder eller förbättringar med syfte att stärka informationssäkerheten har varit att dataskyddsorganisationen arbetar systematiskt med olika tema för att stärka spetskompetensen hos huvudkontaktpersonen inom respektive verksamhetsområde. För 2020 har det fokuserats på följande tema; skyddade personuppgifter (patienter), säker informationshantering samt ökad säkerhet på nätet och mobilen. Under 2020 blev den digitala utbildningen -Säker informationshantering tillgänglig för alla medarbetare i utbildningsportalen med syfte

---

är att höja kunskapsnivån generellt i Region Skåne. Från Skånes sjukhus nordost är det redan många som har genomfört utbildningen men fler behöver gå den eftersom alla medarbetare hanterar information dagligen, ibland till och med livsviktig. Dataskyddsorganisationens mål är att samtliga medarbetare i förvaltningen genomför utbildningen då den täcker in område informationssäkerhet, dataskydd och arkiv- och informationshantering.

Säker lagring intern har blivit tillgänglig under hösten 2020. Det är en lagringsyta för sekretessbelagd information som har stöd för egenskaper såsom stark autentisering och spårbarhet av åtkomst samt möjlighet för verksamheten att själva administrera och följa upp ändring av behörigheter.

Samverkan med andra aktörer i syfte att öka informationssäkerheten har skett genom att en säkerhetsavdelning har formerats för att öka samverkan inom områden som säkerhet, kris- och katastrof, dataskydd (inkl. informationssäkerhet och arkiv- och informationshantering) samt miljö. Samverkan sker genom regelbundna avstämningar där avvikelshantering av inkomna säkerhetsincidenter är en stående punkt. Det som framkommer under avvikelshandlingens utredning ligger sedan till grund för arbetet med förebyggande åtgärder och förbättringar.

En tillhörande hemvist är skapad - Nätverket för Säkerhet, dataskydd och miljö. Syftet med hemvisten är att förenkla för verksamheterna genom att skapa en genväg till information de ofta behöver inom området för att det ska vara lätt att göra rätt. Tanken är att informationen ska vara lättillgänglig genom att samla allt som verksamheterna har behov av inom säkerhetsområdet på ett och samma ställe "en väg in". Henvisten byggs på efter hand med riktlinjer, rutiner och anvisningar inom området.

Samarbete med Avic-samordnare är påbörjat för att identifiera och kvalitets-säkra arbetet med säkerhetsincidenter i ett tidigt skede.

Samverkan med Regionservice gällande revidering av Avfallshandboken. I samband med att plomberade kärl för sekretessmaterial blev utplacerade på Centralsjukhuset i Kristianstad krävdes att nya rutiner infördes.

Vad gäller utvärdering av skydd mot olovlig åtkomst till datornätverk och informationssystem hänvisas till den regionala patientsäkerhetsberättelsen.

Totalt 2922 poster av granskningar av hälso- och sjukvårdspersonalens journalföring har inrapporterats från förvaltningen under 2020. I posterna ingår både riktade kontroller och stickprovskontroller.

---

## RESULTAT OCH ANALYS

Skånes sjukhus nordost får sitt uppdrag från hälso- och sjukvårdsnämnden samt sjukhusstyrelserna i Kristianstad och Hässleholm. Det finns mål som är regionala samt specifika per sjukhusstyrelse. Till detta har även förvaltningen tagit beslut att följa specifika områden under året.

Uppföljningen av resultat följer ovan beskrivna mål och områden.

### Riskområden

#### Vårdrelaterade infektioner

Sjukhusstyrelserna i Kristianstad och Hässleholm har som mål att minska vårdrelaterade infektioner. De mätningar som planerades för att följa detta mål är bland annat fyra punktprevalensmätningar (PPM) - vårdrelaterade infektion (VRI), basala hygienrutiner och klädregler (BHK), perifer venkateter (PVK) och kvarliggande kateter via urinröret (KAD).

Delmål - Kristianstad				
Minska förekomsten av vårdrelaterade infektioner				
Indikatorer	IDnr	Målnivå	Utfall 2020	Utfall 2019
Vårdrelaterade infektioner (ppm)	ID0025	CSK ≤6 Övriga ≤4	Genomfördes ej	8,4%
Andel medarbetare med korrekt i samtliga 4 hygienrutiner	ID0014	>90%	88,2%	87,1%
Andel medarbetare med korrekt i samtliga 4 klädregler	ID0219	100%	98,0%	97,7%
Delmål - Hässleholm				
Minska förekomsten av vårdrelaterade infektioner				
Indikatorer	IDnr	Målnivå	Utfall 2020	Utfall 2019
Vårdrelaterade infektioner (ppm)	ID0025	CSK ≤6 Övriga ≤4	Genomfördes ej	10,8%
Andel medarbetare med korrekt i samtliga 4 hygienrutiner	ID0014	>90%	82,7%	80,6%
Andel medarbetare med korrekt i samtliga 4 klädregler	ID0219	100%	94,2%	92,2%

#### Punktprevalensmätning Vårdrelaterad infektion (VRI)

Punktprevalensmätningen Vårdrelaterade infektioner är en nationell mätning som normalt sker i början av mars månad. Våren 2020 ställdes mätningen in av SKR med anledning av det rådande pandemiläget.

#### Punktprevalensmätning Basala hygienrutiner och klädregler (PPM-BHK).

Vårens nationella punktprevalensmätning basala hygienrutiner och klädregler ställdes in av SKR på grund av pandemin. Några få enheter hann genomföra PPM BHK under våren. På hösten bjöd SKR in till den nationella PPM BHK som skulle genomförts under våren. I Region Skåne genomförs normalt en regional PPM BHK på hösten men nu blev denna nationell.

Mätningen sker på samtliga mottagningar och avdelningar som träffar patienter. Mätpersoner från verksamheten observerar medarbetarnas följsamhet till fyra hygienrutiner och fyra klädregler.

Efterlevnaden till *Andel med korrekt i samtliga fyra klädregler* är i förvaltningen 97,1%. Det är en liten ökning jämfört med tidigare år och målnivån som Region Skåne har satt till 100 % är inom räckhåll. Skånes sjukhus nordost når 99 % eller högre vad gäller följsamhet till var och en av de fyra olika klädreglerna: fri från ringar, klockor och armband, med kort eller uppsatt hår, med korrekta naglar, korrekt arbetsdräkt.

Följsamheten till *Andel med korrekt i samtliga fyra hygienrutiner* är för Skånes sjukhus nordost 86,9%. Resultatet ligger på samma nivå som de senaste fyra årens mätningar och kan ställas i relation till målet som Region Skåne satt till >90%. För varje steg i hygienrutinerna gör vi rätt i mer än 90% av mätningarna.

*Desinfektion av händerna före* (91,1%) och i viss mån *desinfektion av händerna efter patientkontakt* (94,7%) är det som kan förbättras för att nå regionens mål. Däremot finns det en hög följsamhet till *användning av handskar* (97,6%) och *användning av plastförkläde* (95,8%).

Sammantaget är avsaknad av *Desinfektion av händerna före patientkontakt* den enskilda orsaken som mest påverkar det totala resultatet negativt.

Av de medarbetare som bara hade ett fel (7 korrekta steg) vid mätningen hade nästan hälften fel vid *Desinfektion av händerna före patientkontakt*.

### **Punktprevalensmätning Perifer venkateter (PPM PVK)**

Under våren 2020 var en PPM PVK inplanerad att ske samtidigt med PPM VRI. Mätningen ställdes in på grund av pandemin.

### **Punktprevalensmätning Kvarliggande kateter via urinröret (KAD).**

Under våren 2020 var en PPM KAD inplanerad att ske samtidigt med PPM VRI. Mätningen ställdes in på grund av pandemin.

### **Trycksår och riskbedömningar**

<b>Delmål - Kristianstad</b>				
<b>Minska förekomsten av trycksår, fallolyckor, vårdrelaterade infektioner och undernäring</b>				
<b>Indikatorer</b>	<b>IDnr</b>	<b>Målnivå</b>	<b>Utfall 2020</b>	<b>Utfall 2019</b>
Andel patienter 18 år och äldre med trycksår uppkomna under vårdtiden Kategori 2-4 (ppm)	ID0240	≤4	7,2%	2,7%
<i>Riskbedömning avseende trycksår</i>	<i>ID0021</i>	<i>&gt;79,5</i>	<i>79,1%</i>	<i>78,6%</i>
<i>Vårdplan avseende trycksår</i>	<i>ID0223</i>	<i>&gt;95</i>	<i>88,1%</i>	<i>87,7%</i>
<b>Delmål - Hässleholm</b>				
<b>Minska förekomsten av trycksår, fallolyckor, vårdrelaterade infektioner och undernäring</b>				
<b>Indikatorer</b>	<b>IDnr</b>	<b>Målnivå</b>	<b>Utfall 2020</b>	<b>Utfall 2019</b>
Andel patienter 18 år och äldre med trycksår uppkomna under vårdtiden Kategori 2-4 (ppm)	ID0240	≤4	9,2%	0,0%
<i>Riskbedömning avseende trycksår</i>	<i>ID0021</i>	<i>&gt;79,5</i>	<i>92,5%</i>	<i>93,6%</i>
<i>Vårdplan avseende trycksår</i>	<i>ID0223</i>	<i>&gt;95</i>	<i>87,6%</i>	<i>85,0%</i>

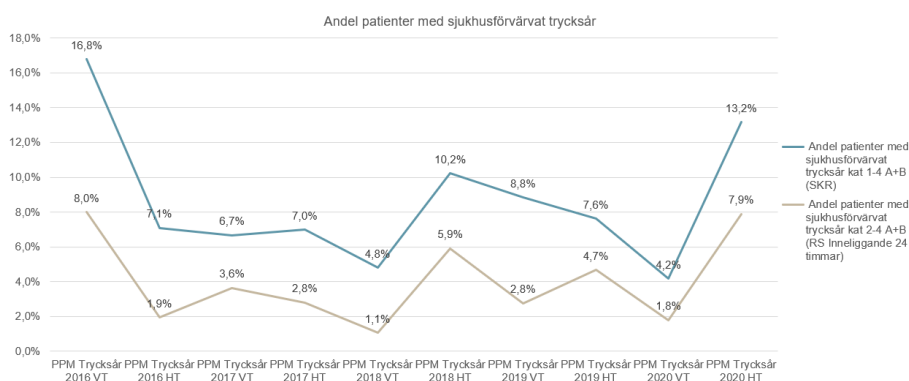
Hässleholms sjukhus har två verksamhetsområden VO Närsjukvård och VO Ortopedi där drygt 92% av patienterna över 65 år riskbedömdes för trycksår. I och med detta når förvaltningen målet (80%) med 83% riskbedömda. Även verksamheter som VO Infektion och VO Medicin Kristianstad placerar sig över målet.

### Punktprevalensmätning Trycksår

Trycksårs mätningen genomförs två gånger per år. Vårens mätning genomfördes precis innan pandemin startade. Resultaten av mätningen analyserades inte då hanteringen av pandemin prioriterades.

När den regionala mätningen genomfördes under hösten riktades ett särskilt fokus på trycksår som uppstått på grund av medicinteknisk utrustning samt patienter som vårdats isolerade på grund av covid.

Vid en genomgång av data från mätningarna ses en ökning av sjukhusförvärdade trycksår under hösten 2020. Samtidigt noteras en minskning av andelen patienter som har en riskbedömning inom 24 timmar. I analysen ses en klar ökning av kategori 1 trycksår. Något som kan hänga samman med instruktionerna att särskilt leta efter trycksår orsakade av medicinteknisk utrustning.



### Strukturerad journalgranskning trycksår

Vid strukturerad journalgranskning hittades 48 vårdtillfällen där nyttillkommet trycksår kategori 2-4 journalförts. De vanligaste lokalisationerna var häl (12), sittbensknöl (13) och rygglut (20). I journalen angivna orsaker till trycksåren var nedsatt rörelseförmåga (36), mestadels sängliggande (39) och nedsatt vätske-/näringintag (23). En enskild patient kan bedömas ha fler än en bakomliggande orsak.

I 21 av de 48 vårdtillfällena är det angivet i journalen att trycksåret är avvikelserapporterat.

Vidtagna åtgärder med anledning av de 48 vårdtillfällen med nya trycksår:

Sjukhus	Arbets eller Fysioterapeut informerad	Information till närstående	Information till patient	Läkare informerad	Sårjournal upprättad	Trycksår vårdplan reviderad	Trycksår vårdplan upprättad	Vårdplan nutrition upprättad
Skånes sjukhus nordost	5	3	30	2	36	5	24	5



Enhet patientsäkerhet har journalgranskat samtliga 48 vårdtillfällen där anteckningen nytillkommet trycksår använts. Data har samlats in och en mindre analys visar bland annat att följsamheten till regionala riktlinjer behöver bli bättre.

Medeltid innan hudbedömning är drygt 9 timmar. Något som enligt instruktionerna ska göras vid ankomst till sjukhus. Det är 44 av patienter som har en dokumenterad hudbedömning vid ankomst.

Medeltid till första riskbedömning avseende trycksår är drygt 20 timmar.

I 15 fall av de 48 granskade journalerna så är trycksåret avvikelserapporterat.

Data från journalgranskningen kommer att analyseras mer under våren 2021 då resurserna fått prioritera andra uppgifter relaterat till pga covid-19.

#### Fall och fallriskbedömningar

Delmål - Kristianstad				
Minska förekomsten av trycksår, fallolyckor, vårdrelaterade infektioner och undernäring				
Indikatorer	IDnr	Målnivå	Utfall 2020	Utfall 2019
Riskbedömning avseende fall	ID0012	>79,5	79,6%	78,1%
Vårdplan avseende fallrisk	ID0013	>95	91,5%	91,5%
Delmål - Hässleholm				
Minska förekomsten av trycksår, fallolyckor, vårdrelaterade infektioner och undernäring				
Indikatorer	IDnr	Målnivå	Utfall 2020	Utfall 2019
Riskbedömning avseende fall	ID0012	>79,5	92,7%	93,2%
Vårdplan avseende fallrisk	ID0013	>95	86,5%	83,6%

Hässleholms sjukhus har två verksamhetsområden VO Närsjukvård och VO Ortopedi där drygt 92% av patienterna över 65 år riskbedömdes för fall. I och med detta når förvaltningen målet (80%) med 83% riskbedömda. Även verksamheter som VO Infektion och VO Medicin Kristianstad placerar sig med god marginal över det regionala målet.

I Melior finns det under 2020 totalt 677 fallincidenter journalförda, som har berört 513 unika patienter. De flesta fall har inträffat då patienterna förflyttat sig till eller från toaletten eller inne på vårdsal. Fyra femtedelar av alla fallincidenterna har skett utan att personal varit närvarande.

De vanligaste dokumenterade orsakerna till fallen är nedsatt balans, förvirring och muskelsvaghet. Uppkomna konsekvenser för patienterna som orsakats av fallincidenterna har varit sårskada (121), smärta (116), fraktur (7), skallskada (5) och dödsfall (3). Två av patienterna som avlidit i samband med dödsfallen hade begränsningar i livsuppehållande behandling. Den tredje har uppmanats att påkalla hjälp från personal men avböjt. Det är oklart om det var dödsfallet som föregick fallet eller tvärtom.

I 459 av fallincidenterna har patienten inga synliga skador.

Vidtagna Åtgärder efter de 677 fallincidenterna:

Sjukhus	Avvikelse- apport skriven	Blod- trycks- och puls- kon- troll	In- form- ation till när- stå- ende	Läkar- kon- takt	Läkar- under- sök- ning	Rönt- gen	Sår- lägg- ning	Sutu- ring	Vård- plan fall- prev. revide- rad	Vård- plan fall- prev. upp- rättad
Skånes sjukhus nordost	358	173	75	328	120	97	72	3	93	70



## Undernäring och riskbedömningar

Delmål - Kristianstad				
Minska förekomsten av trycksår, fallolyckor, vårdrelaterade infektioner och undernäring				
Indikatorer	IDnr	Målnivå	Utfall 2020	Utfall 2019
Riskbedömning avseende undernäring 18 år och äldre (slutenvård)	ID0337	>79,5	70,0%	69,6%
Vårdplan undernäring 18 år och äldre	ID0338	≥95	84,4%	90,2%
Delmål - Hässleholm				
Minska förekomsten av trycksår, fallolyckor, vårdrelaterade infektioner och undernäring				
Indikatorer	IDnr	Målnivå	Utfall 2020	Utfall 2019
Riskbedömning avseende undernäring 18 år och äldre (slutenvård)	ID0337	>79,5	89,6%	91,3%
Vårdplan undernäring 18 år och äldre	ID0338	≥95	81,6%	76,4%

I förvaltningen riskbedömdes ca 75 % av patienterna äldre än 18 år. Av de patienter som riskbedömts betraktades 2366 som riskpatienter. I 83,6 % (1979) av fallen hade riskpatienterna en vårdplan upprättad.

Någon djupare analys finns inte tillgänglig varför området bör vara föremål för analys, åtgärder och uppföljning under kommande år.

## Läkemedelsrelaterade fel

Delmål - Kristianstad				
Ökad säkerhet i läkemedelsanvändningen				
Indikatorer	IDnr	Målnivå	Utfall 2020	Utfall 2019
Utskrivningsinformation läkemedel ett eller fler läkemedel	ID0306	≥70	69,6%	70,1%
Tvärprofessionell läkemedelsgenomgång, inkl. läkemedelsavstämning (slutenvård)	ID0015	≥50	63,8%	64,5%
Minska antibiotikaförskrivningen				
Bredspektrum antibiotika vid urinvägsinfektion	ID0049	≤10	44,4%	40,7%
Penicillin V vid behandling av barn med luftvägsantibiotika	ID0050	≥75	51,6%	59,6%
Delmål - Hässleholm				
Ökad säkerhet i läkemedelsanvändningen				
Indikatorer	IDnr	Målnivå	Utfall 2020	Utfall 2019
Utskrivningsinformation läkemedel ett eller fler läkemedel	ID0306	≥70	60,7%	58,1%
Tvärprofessionell läkemedelsgenomgång, inkl. läkemedelsavstämning (slutenvård)	ID0015	≥50	34,2%	29,5%
Minska antibiotikaförskrivningen				
Bredspektrum antibiotika vid urinvägsinfektion	ID0049	≤10	63,3%	59,9%
Penicillin V vid behandling av barn med luftvägsantibiotika	ID0050	≥75	0,0%	57,1%

## Ökad säkerhet i läkemedelsanvändningen samt Minska antibiotikaförskrivningen

Aktivitetsplanen för att minska läkemedelsrelaterade har haft huvudfokus på information, utbildningsinsatser och utarbetande av arbetsmaterial gällande olika delar av läkemedelsprocessen. Stöd för ordination vid in- och utskrivning riktat till läkare har tagits fram i form av sammanfattande dokument för utbildning av nyanställda läkare. Utbildning i läkemedelssystemen är obligatorisk och genomförs enligt det regionalt beslutade innehållet (Melior, Pascal). Antalet utbildningstillfällen har utökats och följs upp månatligen.

Meliorutbildning för nyanställda sjuksköterskor är obligatorisk. Utbildningen genomförs i ett tidigt skede av den kliniska tjänstgöringen. Antalet utbildningstillfällen om läkemedelssystemen har erbjudits i SSNO vid fem tillfällen/månad.

Årlig webbaserad egenkontroll, kvalitetsgranskning av läkemedelsordination och läkemedelshantering har genomförts av verksamheterna. Lokala instruktioner för läkemedelsordination och läkemedelshantering har antagit av enheterna med det Regionala dokumentet som grund. Läkemedelsavstämningar av patienters läkemedelslistor och tvärprofessionella läkemedelsgenomgångar har genomförts på utvalda vårdavdelningar av klinikapotekarna. Förvaltningens läkemedelsnätverk med partner i NO Skåne har fortsatt arbetet att hantera gränssnittsfrågor om läkemedel och läkemedelsinformation. Slutenvårdsnätverken med läkemedelsansvariga sjuksköterskor och läkemedelsansvariga läkare har erhållit regelbundna informationstillfällen. Ett förvaltningsövergripande arbete om arbetsmiljöaspekterna på hantering av toxiska läkemedel har genomförts. Utbildning för avdelningarnas gasombud har genomförts och planeras fortsätta regelbundet för att säkerställa kompetensen på enheterna.

CSK följer den nationella målsättningen att minska användningen av antibiotika och har minskat användningen av bredspektrumantibiotika vid urinvägsinfektioner till den lägsta nivån på tre år och enligt samma målsättning ökat användningen av penicillin V vid behandling av barn med antibiotikakrävande luftvägsinfektioner.

### Överbeläggning och utlokalisering

Delmål - Kristianstad				
Minska överbeläggning, utlokalisering samt överflyttning av patienter				
Indikatorer	IDnr	Målnivå	Utfall 2020	Utfall 2019
Utlokaliserade patienter	ID0010	≤0,5/100	0,2	0,3
Överbeläggning	ID0128	≤1/100	3,0	6,6
Överflyttning IVA patienter pga. resursbrist	ID0136	≤1,5	2,7%	1,4%
Delmål – Hässleholm				
Minska överbeläggning, utlokalisering samt överflyttning av patienter				
Indikatorer	IDnr	Målnivå	Utfall 2020	Utfall 2019
Utlokaliserade patienter	ID0010	≤0,5/100	0,1	0,0
Överbeläggning	ID0128	≤1/100	5,5	14,9

Patienter i slutenvård ska erbjudas vårdplats på korrekt vårdnivå och förflyttning ska endast ske av medicinska skäl. Antalet överbeläggningar inom förvaltningen har minskat under 2020 och överbeläggningarna var som högst i januari och februari månad. Färre elektiva operationer har genomförts på grund av den rådande pandemin och det har varit ett minskat söktryck framförallt under våren på vår akutmottagning. CSK har en fortsatt låg nivå då det gäller utlokaliserade patienter. Följsamhet till handlingsplaner och en god koordinering bidrar till detta resultat.

Gällande överflyttningar av IVA patienter pga resursbrist ligger vi under det nationella målet som finns framtaget på < 2 %. Totalt har under 2020 16 patienter flyttas från CSK pga resursbrist, dvs. 2,65 % utav vårdtillfällena. Merparten av överflyttningarna har skett i mars och november-december. Utifrån detta och kunskapen över belastningen på intensivvården på grund av covid-19 kan slutsatsen dras att merparten av överflyttningarna har samband med covid-19.

### Markörbaserad journalgranskning

Förvaltningen genomför varje månad granskning av 25 journaler (CSK 15, Hässleholm 10) utifrån SKR:s modell för Markörbaserad journalgranskning (MJG).

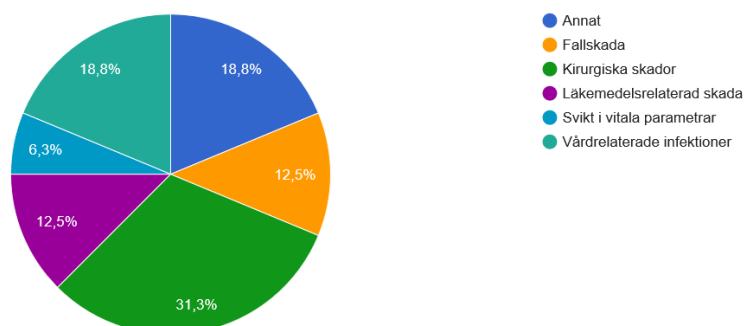
Urvalet på 300 patienter ger en uppfattning om frekvensen och skadepanorammat på förvaltningsnivå och sjukhusnivå. Vid en granskning av resultaten har förvaltningen en andel av patienter med skada som är något högre än de nationella resultaten. Andelen kan påverkas av urvalets storlek på antal journaler som granskas samt variation i vårdtid. Vid granskning rapporteras avvikelser på de vårdskador som identifieras.

	Antal unika patienter som granskats	Antal unika patienter med minst en skada	Andel unika patienter med minst en skada
<b>Centralsjukhuset Kristianstad</b>			
2015	179	24	13,4%
2016	178	18	10,1%
2017	180	19	10,6%
2018	180	11	6,1%
2019	180	19	10,5%
2020*	150	12	8,0%
<b>Sjukhuset i Hässleholm</b>			
2015	120	19	15,8%
2016	120	9	7,5%
2017	120	22	18,3%
2018	120	10	8,3%
2019	120	17	14,2%
2020*	100	16	16,0%

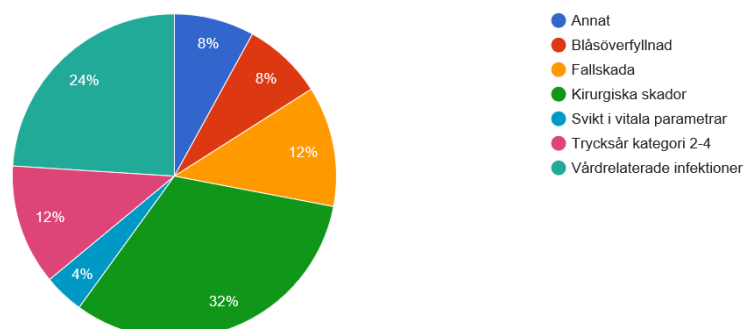
\*2020 avser data från januari-oktober

Fördelningen av de patienter som har skador är enligt diagram nedan. Ett förslag till förbättring är att återkommande under året använda data från MJG i arbetet mot vårdskador.

Andel skador per skadegrupp av totala antalet skador, Centralsjukhuset Kristianstad, från 2020-01 till 2020-12



Andel skador per skadegrupp av totala antalet skador, Sjukhuset i Hässleholm, från 2020-01 till 2020-12



Under 2020 har även nationell granskning av patienter med Covid-19 (ICD-kod U07.1) som huvud eller bidiagnos genomförts. Urvalet har gjorts med samma metod som MJG men med slumpvis urval inom diagnosgruppen. Granskningen har omfattat patienter inom slutet somatisk vård som vårdats under tiden 2020-03-01 – 2020-06-30. Målet var att förvaltningen skulle granska 13 journaler per månad (CSK 8 och Hässleholm 5) under det aktuella tidsintervallet. Totalt granskades 31 (CSK 29 och Hässleholm 2) journaler inom förvaltningen. Anledningen till att antalet granskade journaler inte uppgick till det fastställda antalet var att få journaler hade ICD-kod U07.1 som huvud- eller bidiagnos och vilket var förutsättningen för att sökning. En annan anledning var den strategi som förvaltningsledningen valt, att i möjligaste mån hålla Hässleholms sjukhus fritt från Covid-19 smittade patienter, för att på så sätt begränsa smittspridningen. Således har endast ett fåtal patienter med diagnosen vårdats där.

Materialet som utgör underlag för granskningen av det specifika urvalet av patienter med diagnosen Covid-19 (ICD-kod U07.1) är så litet att beräkning av andelen skador inte är meningsfull. Det går inte heller att dra några slutsatser av resultatet.

	Antal unika patienter som granskats	Antal unika patienter med minst en skada
<b>Centralsjukhuset Kristianstad</b>		
Mars	5	1
April	8	3
Maj	8	0
Juni	8	0
<b>Sjukhuset i Hässleholm</b>		
Mars	0	0
April	0	0
Maj	2	0
Juni	0	0

## Analys av utredda ärenden som rör patientsäkerhet

### Avvikelser

Skånes sjukhus nordost har det senaste tre åren legat på ett snitt om drygt 1400 patientavvikelser. Antalet skrivna patientrelaterade avvikelser har succesivt ökat medan antalet färdighanterade dvs avslutade avvikelser sjönk 2019. Förklaringen till detta bör vara att enheten för patientsäkerhet 2019 påbörjade arbetet med att fokusera på att minska andelen äldre outhärliga avvikelser. Arbetet innefattade även att identifiera återkommande avvikelser. Åtgärder gjorda på dessa avvikelser har inte haft önskvärd effekt. I de fall det var frekvent återkommande på en enhet valde man att utreda på senare likande händelser och lämna den ursprungliga avvikelserna utan åtgärd. Detta med motiveringen av arbetsinsats mot nytta samt att rutiner, riktlinjer och förutsättningar ändrats för verksamheten sedan händelsen inträffat. En annan felkälla till ansamlingen av äldre avvikelser kan vara bristen i avvikelsesystemet som gör att avvikelser inte automatiskt kommer över till ny ärendansvarig när den tidigare slutar. Detta innebär en risk att avvikelserna förblir outhärliga.

Enheten för patientsäkerhet ser positivt på det ökade antalet skrivna avvikelser och fokuserar på outhärliga ärenden som återkommer trots åtgärd.

År	Inträffade totalt	Orsaksutredning klar	Åtgärd klar	Avslutade	Andel avslutade
2014	442	441	441	441	99,8
2015	1153	1153	1151	1152	99,9
2016	1219	1219	1215	1215	99,7
2017	1424	1418	1415	1417	99,5
2018	1939	1913	1906	1901	98,0
2019	1823	1724	1697	1682	92,2
2020	1979	1569	1479	1416	71,9

Under slutet av 2019 fördelades verksamheterna upp mellan medarbetare på enheten för patientsäkerhet. Deras roll är inte att utreda händelser men att vara hjälpliga med hantering av systemet, flagga upp för återkommande avvikelser eller allvarliga händelser som en observerats. De har även möjlighet att identifiera och jämföra händelser mellan verksamheter. De noterar byten av ärendansvariga vilket bör minska risken för kvarliggande avvikelser.

Bristande kunskap om att registrera, koordinera, klassificera samt allmänt hantera avvikelser i AViC på vissa enheter har identifierats av enhet patientsäkerhet. Detta kan ha påverkat analyser av avvikelser. Riktade utbildningsinsatser har getts till alla nya ärendansvariga samt efter önskemål från verksamheterna. Dessa insatser har både varit med enskilda individer samt i Workshops-format och får utvärderas under kommande år. Antalet upprepade avvikelser samt allvarliga händelser ligger till grund för mål för enhet patientsäkerhet.

2020 präglades mycket av pandemin. Verksamheterna har fått omstrukturera och prioritera om. Det har inte alltid funnits tid till att registrera eller hantera avvikelser. Detta kan vara orsaken till en sjunkande andel hanterade avvikelser.

Nedanstående sammanställning är baserad på vad som är klassificerat vid uttag i januari 2021. Vid samma tillfälle togs motsvarande värden ut för 2019 som jämförelse. SSNO.

#### Händelseklassificering 2020 och 2019:

År	Inträffade totalt	De tre vanligaste händelseklassificeringarna		
2019	1823	Vårdrelaterade 25 %	Informationsöverföring mellan vårdaktörer 18 %	Läkemedelsrelaterade 11 %
2020	1979	Vårdrelaterade 26 %	Informationsöverföring mellan vårdaktörer 15 %	Läkemedelsrelaterade 7 %

Notering: under 2020 tillkom valet ”Covid-19” under händelseklassificering vilket kräver ytterligare ett val. Denna händelseklassificering förekom i 5 % av avvikelserna.

I den övergripande händelseklassificeringen ”Vård” är den absolut vanligaste avvikelserna *Fall/fallskada* (15 % mot 11 % 2019). Vid en analys av orsakerna till detta framkommer att det oftast beror på bristande sjukdomsinsikt hos den enskilde patienten. Åtgärder som vidtas kan vara att avdelningar infört komfortronder där regelbunden tillsyn och hjälp till patienten minskar antal fall. Andra åtgärder är utbildning av personal samt tekniska lösningar för att tidigt få larm när patienten reser på sig.

Avvikelser som är relaterade till informationsöverföring är oftast brister i kommunikationen med kommunal sjukvård. Det kan vara avsaknad av ordinationer, utskrivningsmeddelande eller kommande planering för patienten. Det förekommer också avvikelser som visar på brister i inkommande information till förvaltningen från kommuner. Ett projekt för att hantera uppkomna risker i vårdens övergångar (RIVÖ) har funnits i flera år. Ett arbete har inletts för att utöka kommunikationsmöjligheten mellan slutenvård och intrahospitalvård.

### Orsaksklassificering 2020 och 2019:

År	Inträffade totalt	De tre vanligaste klassificeringarna		
2019	1823	Procedurer/rutiner/ riktlinjer 33 %	Omgivning/organisat- ion 22 %	Information och kommu- nikation 22 %
2020	1979	Procedurer/rutiner/ Riktlinjer 30 %	Information/ Kommunikation 18 %	Patientrelaterade 16 %

De flesta enheterna har befintliga procedurer, rutiner och riktlinjer men i 73% av fallen har man av någon anledning valt att inte följa rutinen och det har skrivits en avvikelse. Det behövs en djupare analys inom berörda enheter för att identifiera varför dessa avsteg har gjorts. Är dessa rutiner kända, lättillgängliga, ingår de i introduktionen?

### Åtgärdsklassificering 2020 och 2019:

År	Inträffade totalt	De tre vanligaste klassificeringarna		
2019	1823	Information/ Kommunikation 17 %	Ingen åtgärd 16 %	Utbildning / Kompetens 15 %
2020	1979	Information/ kom- munikation 56 %	Utbildning/ Kompetens 18 %	Ingen åtgärd 9 %

Den vanligaste åtgärden (67 %) är ”information inom egen enhet”. Utvärdering om hur denna information skett bör utvärderas på respektive enhet.

### Klagomål och synpunkter

Med klagomål menas de ärenden som kommit från externa parter och som har klagomål eller synpunkter på vår verksamhet. Ett klagomål kan leda till att vårdskador upptäcks. För att kunna klassificera vem som initierat ett ärende i avvikelssystemet AvIC krävs flera delsteg som är förvillande. Detta leder till svårigheter att ta ut statistik på ursprung av klagomålen för att de inte registrerats på rätt sätt. IVO:s och patientnämndens ärenden är exempel på ärenden som finns i AvIC men inte kategoriserats rätt i detta system. Under föregående år har förvaltningen förtydligat hur ärenden som kommer från externa parter ska dokumenteras i AvIC. Arbeta med att undvika dubbeldokumentation i form av pappershantering har också påbörjats.

---

Majoriteten av externa avvikelser kommer från kommunen och handlar om bristande kommunikation och följsamhet till överenskomna utskrivningsrutiner. Vid genomläsning av de klagomål som inkommit från patienter eller anhöriga som registrerats i AViC och framkommit vid sökning på klagomål hittas följande:

Vanligaste orsaken till klagomål gäller *bedömningar och diagnoser*. Här handlar det både om tid till bedömning/diagnos, att man tycker sig fått fel bedömning eller diagnos. Andra vanligt förekommande klagomålskategorier är: *Beaktande, felaktigheter i journalen, otrevlig, otydlig eller bristande kommunikation, organisationsbrister, fördröjd eller felaktig behandling*.

I kategorierna felaktig bedömning/diagnos samt fördröjd eller felaktig behandling har flertalet Lex Maria anmälningar skett efter inkommet klagomål. Hanteringstiden varierar mellan de olika verksamheterna, enhet patientsäkerhet bevakar detta.

#### **Händelser och vårdskador**

Under det gångna verksamhetsåret har utredningar av händelser, vårdskador och allvarliga händelser genomförts som händelseanalyser. Händelseanalyserna har sitt ursprung både i rapporterade lex Maria-anmälningar och externa klagomål. De analyser som påbörjats/genomförts på förvaltningsnivå omfattar händelser som har berört mer än en verksamhet och de berör både medicinska och omvårdnadsmissigheter.

Händelseanalyserna rör:

- Fördröjd operation av humerusfraktur
- Nätverksavbrott
- Sen upptäckt av hypoglykemi
- Fördröjd diagnos av sepsis i samband med Ileus
- Missade höga NEWS värden
- Protesinfektioner
- Dödsfall under förlossning
- Upprepade anafylaktiska reaktioner vid antibiotikabehandling
- Dödsfall efter överflyttning mellan enheter

De genomförda händelseanalyserna har lett till handlingsplaner som till största del åligger verksamheterna att genomföra. Under året har verksamheterna genomfört åtgärder såsom information på olika professionsnivåer, utbildningar och framtagande av utbildningsmaterial, som är relaterat till händelseanalyserna och de åtgärdsförslag som tagits fram av analysteamerna



---

## Risikanalys

Under 2020 genomfördes riskanalyser både på verksamhetsnivå och på övergripande nivå. Dels genomfördes riskanalyser inför ordinära förändringar, dels inför förändringar som helt varit riktade mot omställningar som gjorts med anledning av pandemin.

### Ordinära riskanalyser

- |  |
|--|
| - Intraoperativ ERCP   |
| - Ombyggnation av sterilförråd på Centraloperation Centralsjukhuset i Kristianstad         |
| - Tillfälligt minskat öppethållande på akutmottagningen i Hässleholm                       |
| - Utökad uppdrag om primära ledplastiker vid Hässleholms sjukhus                           |
| - Lokalbyte för minnesmottagningen   |
| - Flytt av Medicinsk akutvårdsavdelning 071 till plan 11 - avdelning 113/114 Sommaren 2020 |
| - Infusion av Ilomedin på medicinmottagning  |
| - Installation av nytt kallelsesystem på plan 11   |

### Risikanalys avseende omställningar avseende pandemin

- |   |
|---|
| - Öppnande av vårdavdelning 072 och 061 för vård av Covid-19 patienter  |
| - Förändrad vårdform på vårdavdelning 072   |
| - Förändrat arbetssätt VO Akut, Centralsjukhuset Kristianstad   |
| - Hävt besöksförbud inom Skånes sjukhus nordost   |
| - Låsning av medicinmottagningens entré, Centralsjukhuset Kristianstad  |
| - Vård av medicinpatienter på ortopedavdelningen i Hässleholm   |
| - Tillfälligt insatt provtagningsbil i Hässleholm   |
| - Rehabilitering av tillfrisknade Covid-19 patienter på Hässleholms sjukhus   |
| - Tillgång till och kunskap kring skyddsutrustning  |
| - Stängning av ortopedisk vårdavdelning på Hässleholms sjukhus  |
| - Tillfälligt förflyttning av personal  |
| - Tillfällig omfördelning av personalresurser   |
| - Ändrad rutin för triagering av patienter med misstänkt smitta/sjukdom orsakat av Corona-virus vid Hässleholms sjukhus |
| - Omfördelning av patienter till våningsplan 5 och 8  |
| - Öppnande av vårdavdelning 063-064 för vård av Covid-19 patienter  |
| - Öppnande av vårdavdelning 064 för infektionspatienter   |

I enhet patientsäkerhet är de genomförda riskanalyserna en del i ledningssystemet. Samtliga riskanalyser finns tillgängliga i Region Skånes dokumentportal och kan på så sätt vara till hjälp för andra verksamheter som behöver göra liknande förändringar.

Den ökade stödet som Enhet patientsäkerhet kunnat ge verksamheterna efter den uppdelning som gjordes under föregående år, har sannolikt lett till ökad systematik avseende arbetet med riskanalyser.

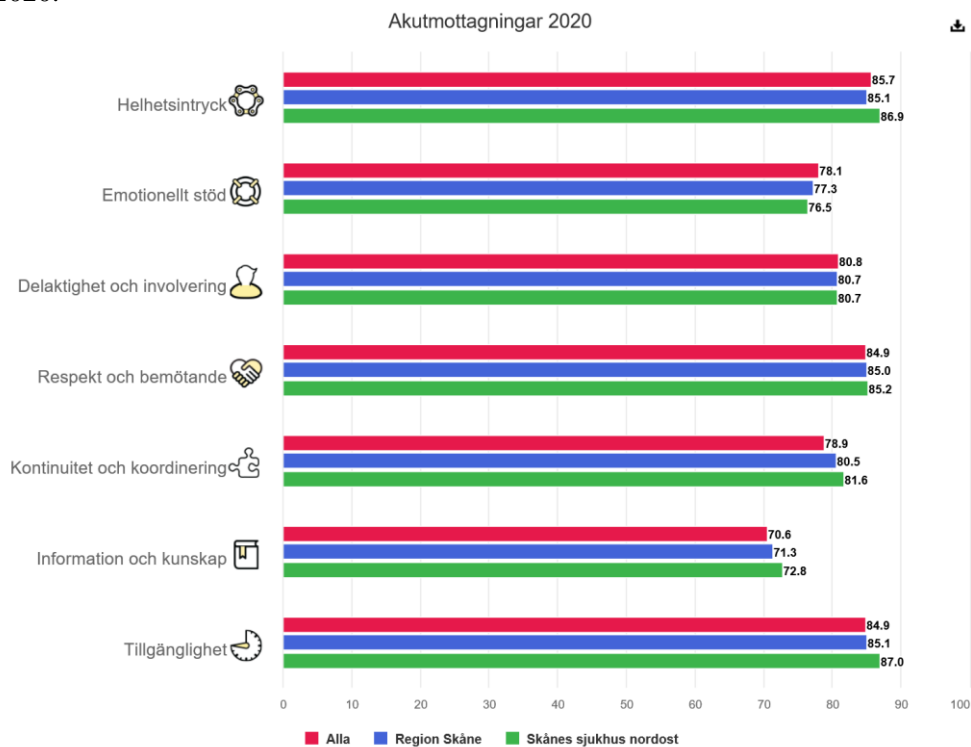
I slutet av föregående verksamhetsår var en utbildning av riskanalysledare inplanerad. Till denna utbildning hade ett tiotal medarbetare anmält sig. Tyvärr fick utbildningen ställas in ett par veckor innan kursstarten med anledning av det rådande läget med pandemin.

## Nationell patientenkät

Den nationella patientenkäten (NPE) där frågorna ställs till patienter som haft vårdkontakt i somatisk öppen- eller slutenvård ställdes in på grund av covid-19. En ny enkät med samma målgrupp är planerad att genomföras under våren 2021.

Den nationella patientenkäten som vände sig till patienter som besökt akutmottagning genomfördes under slutet av 2019. Resultaten presenterades under första delen av 2020.

En mindre analys visar att akutmottagningarna i nordost står sig väl i förhållande till riket och Region Skåne. I sex av de sju dimensionerna har Skånes sjukhus nordost i princip samma eller bättre värde än riket och Region Skåne. I helhetsintrycket ses en ökning 85,9 till 86,9 mellan mätningarna 2019 och 2020.



---

## Mål och strategier för kommande år

De patientsäkerhetsrelaterade resultaten för Skånes sjukhus nordost under 2020 är i nivå med föregående år så långt som jämförelser låter sig göras pga covid-19-pandemin. Jämför man med tidigare år ser man dock ingen påtaglig förbättring. Även om patientsäkerheten på längre sikt tenderar att förbättras enligt resultat från markörbaserade journalgranskningar är förbättringspotentialen fortfarande stor inom många områden. Samma mätmetod visar att vi i genomsnitt tillfogar våra patienter sammanlagt sju vårdskador varje dag. Även om den helt övervägande delen av patienterna därmed inte skadas och har stor nytta av vården, betyder detta ett antal patienter drabbas av ett undvikbart lidande och vården av onödiga kostnader.

Då mycket av resultaten är beroende av kunskapen om och följsamheten till rutiner behöver fokus sättas på utbildningsinsatser och information till medarbetarna. Vi behöver också förbättra analyserna gällande kända riskområden för vårdskador i syfte att på ett bättre sätt identifiera orsakssamband och därmed kunna vidta effektiva motåtgärder.

Ett viktigt fokus för 2021 blir att implementera och utveckla ledningssystemet för patientsäkerhet. Därmed förväntas välbehövliga förbättringar kunna göras i systematiken för patientsäkerhetsarbetet. De områden som har störst förbättringspotential rör trycksår, vårdrelaterade infektioner, fallskador, läkemedelsrelaterade fel, fel i vårdens övergångar, diagnostiska fel och brister i övervakning, samt undernäring.

Under hösten 2020 påbörjades det arbete som ledde till identifieringen av ovan uppräknade riskområden. Arbetet har fortsatt med utvecklingen av övergripande handlingsplaner och uppföljningsmetoder, vilka skall brytas ner och konkretiseras på VO-nivå. Tyvärr har så mycket av energin behövt läggas på att arbetet försinkats men vi har gott hopp om en positiv utveckling på sikt.