

# Patientsäkerhetsberättelse för Ängelholms sjukhus År 2023



Datum  
2024-02-02

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

Diarienummer  
Dnr 2024-0000145

# Innehåll

SAMMANFATTNING .....	3
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD .....	4
Engagerad ledning och tydlig styrning .....	4
Övergripande mål och strategier .....	4
Organisation och ansvar .....	4
X-matris .....	5
Samverkan för att förebygga vårdskador .....	5
En god säkerhetskultur.....	6
Adekvat kunskap och kompetens .....	6
Medicinsk etik .....	7
Informationssäkerhet .....	7
Patienten som medskapare .....	8
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	8
Öka kunskap om inträffade vårdskador .....	8
Tillförlitliga och säkra system och processer .....	9
Läkemedel .....	9
Säker vård här och nu.....	10
Förvaltningarnas risklogg och kända risker .....	10
Allvarliga vårdskador under året .....	13
Åtgärder mot vårdplatsbrist .....	13
Stärka analys, lärande och utveckling .....	14
Avvikelse .....	14
Klagomål och synpunkter .....	14
Riskanalyser .....	15
Händelseanalyser .....	15
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR .....	16
Bilaga 1. Egenkontroller kopplade till specifika mål för 2023. Resultat och analys.....	17
Bilaga 2. Egenkontroller som utförs för ökad patientsäkerhet som inte är direkt kopplade till specifika mål för 2023 .....	22
Bilaga 3. Patientsäkerhetsrisker 2023	

## SAMMANFATTNING

Under 2023 har patientsäkerhetsarbetet fokuserat på att förbättra den basala omvårdnaden, minska smittspridning och vårdrelaterade infektioner, minska läkemedelsskador samt minska riskerna för skador i vårdens övergångar.

Det systematiska arbetet med uppföljning av avvikelser har fortsatt under året. Samtliga avvikelser har värderats varje vecka för att fånga upp nya allvarliga risker på alla relevanta nivåer. Den för Ängelholms och Helsingborgs förvaltning gemensamma riskloggen har under året utgjort ett viktigt verktyg för att systematiskt kunna följa förvaltningens kända risker och vårdskador samt utvärdera pågående riskminimerande åtgärder i verksamheterna.

Förvaltningens organisation och arbetssätt kring patientsäkerhet bygger på ett nära samarbete mellan verksamheterna och chefläkare med tillhörande patientsäkerhetsorganisation.

Nära samarbete sker med Enhet för patientsäkerhet vid Helsingborgs lasarett.

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

Patientsäkerhetsforum där samtliga enhetschefer, verksamhetschefer, områdeschefeter chefläkare och representanter för KTC deltar är en framgångsfaktor, som ger korta beslutsvägar och mandat att driva ett effektivt patientsäkerhetsarbete. Nätverk av olika slag, exempelvis trycksårsnätverket, hygiennätverket och infartsnätverket ger engagerade medarbetare, som fungerar som ambassadörer för respektive specialkompetens på enheterna.

Under året har samarbetet med primärvård och kommuner intensifierats och resulterat i förbättringar avseende såväl medicinsk vård som samverkan i SVU-processen.

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

Det systematiska riskförebyggande arbetet med uppföljning av avvikelser och användning av riskloggen, som verktyg kommer att fortsätta under 2024.

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

# GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

## Engagerad ledning och tydlig styrning

### Övergripande mål och strategier

Ingen patient ska drabbas av vårdskada.

Övergripande mål och strategier för 2023 är utformade i dialog med verksamheterna. Arbetet pågår kontinuerligt och kräver långsiktighet för att uppnå önskade resultat.

Riskområden med tillhörande mål utgår från tre organisatoriska nivåer:

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

### Organisation och ansvar

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

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

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

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

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

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

Prioriteringar görs i huvudsak i patientsäkerhetsrådet.

I tabell 1 redovisas mötesstrukturen för patientsäkerhetsarbetet.



**Tabell 1.**

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

### X-matris

Under 2023 har strategi- och planeringssystemet X-matris börjat användas för verksamheternas och förvaltningens prioritering av uppgifter och uppsättning av mål.

### Samverkan för att förebygga vårdskador

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

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

Samverkan med primärvården har utvecklats positivt under året. Konsulttelefonlinjer från primärvården till specialistvården finns sedan flera år.

Under året har det startats en generell internmedicinsk dagvårdsavdelning på Ängelholms sjukhus för att möjliggöra snabba uppföljningar av patienter efter besök på akutmottagningen och efter utskrivning från slutenvård. Detta bedöms ha resulterat i säkrare hemskrivningar, tryggare patienter och ett minskat behov för akuta inläggningar i slutenvård från akutmottagningen.

De två geriatriska mobila vårdteamen knutna till Ängelholms sjukhus fungerade redan mycket bra och har under året fortsatt sitt goda arbete vilket skapat tydliga patientvinster. Beslut är fattat regionalt om att de mobila teamen från 2024 organisatoriskt ska tillhöra Primärvården och utmaningen för 2024 är att bibehålla det goda samarbetet mellan sjukhus, primärvård och den kommunala sjukvården för att ge patienterna bästa vård på rätt vårdnivå.

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

Under senare delen av året togs rutiner fram för att kunna erbjuda patienter antibiotika intravenöst även utanför sjukhus. Denna rutin togs fram i samverkan mellan kommunernas medicinskt ansvariga sjuksköterskor i kommunerna runt Ängelholms sjukhus och Helsingborgs lasarett, berörda chefläkare och förvaltningarnas chefapotekare.

Under hösten har kommunerna, offentlig och privat primärvård, samt sjukhusen i nordväst påbörjat arbetet med en gemensam handlingsplan för att minska återinläggningar.

## En god säkerhetskultur

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

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



- **Förvaltningarnas risklogg**

Riskerna identifieras i avvikelssystemet och loggas om de motsvarar allvarlig vårdskada med en återupprepningsrisk minst årligen. Dessa ligger till grund för vilka förvaltningsövergripande riskområden som prioriteras. Målen med riskloggen är bland annat att öka lärandet i organisationerna samt minska fokus på enskilda individer i samband med en negativ händelse vilket bidrar till en ökad patientsäkerhetskultur.

- **”Träning” av avvikelser**

Varje vecka identifieras de allvarliga riskerna i avvikelssystemet och diskuteras i patientsäkerhetsenheten (där nära samarbete sker mellan förvaltningarna i Ängelholm och Helsingborg). I de flesta fall återkopplas dessa till verksamheterna för diskussion om allvarlighetsgrad och undvikbarhet och för att gemensamt bedöma behovet av kompletterande riskminimerande åtgärder.

- **Gröna korset** är ett verktyg för att på ett enkelt och strukturerat sätt medvetandegöra dagliga risker i det patientnära arbetet. Att dagligen diskutera risker och vårdskador ökar medvetenheten om verksamhetens risker men framför allt bidrar till en ökad och tillåtande patientsäkerhetskultur.

### **Medarbetarenkäten, Hållbart Säkerhets Engagemang (HSE)**

Resultatet för Ängelholms sjukhus ger en temperaturmätning på upplevelser kring patientsäkerheten på arbetsplatsen. Frågan om man skulle känna sig trygg om en närstående vårdades på arbetsplatsen ger en god uppfattning om läget. Majoriteten (76 %) känner tilltro till vården, de allra flesta (94 %) svarar att de påtalar när något är på väg att gå fel och den stora majoriteten (92 %) svarar att de vågar prata om sina misstag. Detta resultat ger en grogrund för lärande av de negativa händelser som sker och ger en bild som talar för att patientsäkerhetskulturen utvecklas positivt.

## Adekvat kunskap och kompetens

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



KTC (kliniskt träningscenter) har en bärande roll i patientsäkerhetsarbetet. Arbetet med att utbilda samtliga medarbetare på Ängelholms sjukhus i proACT har fortsatt. Kursen ger sjukvårdspersonal ett verktyg för att kunna förutse, känna igen och snabbt påbörja behandling av kritiskt sjuk patient. Merparten av medarbetarna på sjukhuset har gått proACT Utbildning och via KTC sker regelbundna proACT repetitionsövningar förlagda till respektive enhet. KTC ansvarar även för utbildning avseende HLR såväl för barn som för vuxna.

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

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

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

För att ytterligare säkra kompetensen har ett introduktionsprogram för nyanställda sjuksköterskor och undersköterskor tagits fram. Likaså anordnas utbildningsdagar för undersköterskor i kompetenshöjande syfte. Årets ämnen har varit: Demenssjukdomar och kognitiv svikt, Palliativ vård, Att möta psykisk ohälsa, Vårdhygien, Smärta, Sår, Diabetes och Hjärt-kärlsjukdomar.

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

## **Medicinsk etik**

Etikrådet inom förvaltningarna (Helsingborg och Ängelholm) är nu åter fullt fungerande efter ett antal år med både pandemin och ordförandebyte. Etikombuden på respektive enhet utgör fortsatt de första och viktigaste grundstenarna i den patientnära etiken. Under vår och höst 2023 har uppskattade utbildningsdagar för etikombud och etikrådets medlemmar genomförts. Årets tema kan sägas vara patientperspektivet i etiken.

Ett antal nya ledamöter har tillkommit i rådet och detta har nu en bred representation inom förvaltningen, både inom olika vårdprofessioner och mellan förvaltningens verksamhetsområden.

Etikombuden genomför efter bästa förmåga etikronder/etikcaféer på sina enheter. Systematisk utbildning för ledamöter och etikombud planeras under 2024.

## **Informationssäkerhet**

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

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

I förvaltningarna finns en lokal rutin gällande skyddade personuppgifter som innebär att en kompletterande loggkontroll genomförs 2–3 veckor efter initial kontroll.

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

Förvaltningarnas informationssäkerhetssamordnare har utöver deltagande i de regionsövergripande riskanalyserna deltagit vid lokala riskanalyser.

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

Utbildningsaktiviteter har genomförts, bland annat har 30 medarbetare individuellt genomfört utbildningen *Säker informationshantering*. Utbildningen har också genomförts i grupp i samband med APT. Uppskattningen är att ca 120 personer totalt har genomfört utbildningen de senaste två åren. För att öka genomförandegraden ytterligare är det önskvärt att utbildningen tas upp i samband med medarbetarsamtalen.

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

## Patienten som medskapare

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



- **Förvaltningens övergripande projekt**  
*Digitalisering.* Genom att utöka tjänsterna på 1177.se skapas förutsättningar för patienten att boka sina möten, ha kontakt med vården men också tillgång till sina journaler. Inom VO rehab sker cancerrehabilitering i stor utsträckning digitalt med framgång.
- **Patientmedverkan på ledningsnivå**  
Patientrepresentant finns sedan 2019 med i förvaltningsledningen och i det för Ängelholm och Helsingborg gemensamma patientsäkerhetsrådet.
- **Risk och händelseanalyser**  
I samband med utredning av vårdskador ombeds patient och anhörig att delta med synpunkter och förbättringsförslag i syfte att skapa en säkrare vård. Att involvera patienten ger sjukvården möjlighet att anpassa vården till patientens behov och därmed erbjuda en bättre vård.
- **Klagomålshantering**  
Klagomålshanteringen innebär att patienterna tidigt kommer i dialog direkt med verksamheterna vilket är bra för de enskilda patienterna.

## AGERA FÖR SÄKER VÅRD

I bilaga 1 listas egenkontroller som utförs för ökad patientsäkerhet och som är kopplade till specifika mål för 2023, samt resultat och analys av dessa. Egenkontroller som inte är direkt kopplade till specifika mål återfinns i bilaga 2.

## Öka kunskap om inträffade vårdskador

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





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

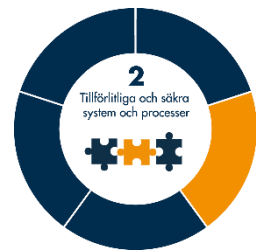
Att chefläkaren sitter med i sjukhusets ledningsgrupp ger ökad möjlighet att sprida kunskap om inträffade vårdskador på övergripande nivå.

## Tillförlitliga och säkra system och processer

Förvaltningens IT-system AvIC (som är gemensamt för hela Region Skåne) för hantering av avvikelser och klagomål är väl etablerat. Arbete i systemet sker via enhetschefer i samråd med respektive enhets KPH och KPO/KOS samt enhetschefer. De senare är del av ett effektivt nätverk för utbyte av erfarenheter och lärdomar i samarbete med förvaltningens chefsjuksköterska.

Patientsäkerhetsenhetens veckovisa genomgång av samtliga avvikelser för att fånga allvarliga händelser är tillsammans med den dagliga genomgången av Gröna korset på respektive enhet en garanti för ett ständigt pågående arbete för att leverera en god och säker vård.

Unikt för Ängelholms sjukhus är patientsäkerhetsforum och ett lätt tillgängligt Kliniskt träningscentrum, KTC. Dessa i kombination med arbetet i Gröna korset utgör det tillförlitliga navet i patientsäkerhetssystemet.



## Läkemedel

Till stöd för verksamheterna finns Läkemedelsnätverket som arbetar på uppdrag av förvaltningschefen. Läkemedelsnätverket har till uppgift att stödja verksamheternas arbete enligt nationella och regionala riktlinjer. I nätverket ingår bland annat läkemedelsansvarig läkare (LAL), cheffapotekare, chefläkare, chefsjuksköterska, farmaceuter och representanter med kunskap om journalsystem och ekonomi.

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

Läkemedelsansvariga sjuksköterskor (LASSK) och kontrollansvariga sjuksköterskor (KASSK) är organiserade i ett nätverk som deltar i möten fyra gånger per år. Fokus för LASSK/KASSK under 2023 har bland annat varit förståelse för LASSK/KASSK uppdraget, riskläkemedel och hantering av medicinska gaser.

I förvaltningen finns åtta farmaceuter som stödjer sjuksköterskor med läkemedelshandlingen och läkare med utbildningar och läkemedelsavstämningar/genomgångar.

Under året som gått har det gjorts en uppföljning på kvalitetsinventeringen av alla läkemedelsförråd. Vid första inventeringen var de vanligaste avvikelserna temperaturkontroll, hantering av narkotikaklassade läkemedel och avsaknad av brytdatum och detta hade förbättrats avsevärt vid uppföljningen.

Det finns fortfarande stort behov att förbättra processen kring läkemedelssäkerheten vid ordinationer och detta görs genom att vidareutveckla Skånemodellen och utarbeta nya riktlinjer. I stället för att fokusera på läkemedelsgenomgångar i slutenvården görs läkemedelsavstämningar för att så många inlagda patienter som möjligt har en korrekt läkemedelslista under vårdtiden.

## Säker vård här och nu

### Förvaltningarnas risklogg och kända risker

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



Fördjupad information om förvaltningens riskförebyggande arbete finns i bilaga 3.

Nedan redovisas riskförebyggande åtgärder för utvalda vårdskador och riskområden.

#### Vårdskador som kan kopplas till omvårdnad

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

På Ängelholms sjukhus sker arbete för att minska risken att utveckla trycksår, minska risk för tromboflebiter och säkra följsamhet till basala hygienrutiner. I tillägg till de punktprevalensmätningar (PPM) som sker två gånger/år sker egna mätningar varannan månad och i de fall enheten inte uppnår målen, görs handlingsplaner för att åstadkomma förbättringar.

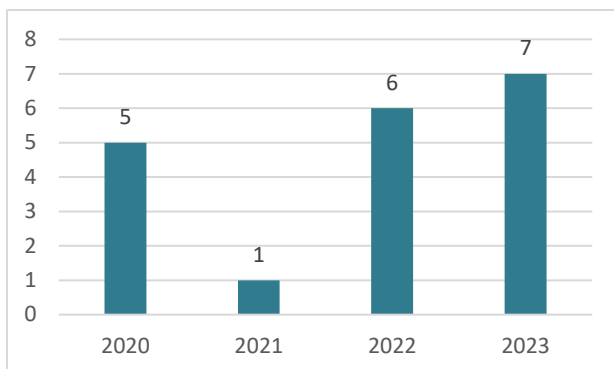
Under 2023 har de extra trycksårsmätningar som utförts visat att rehab och stroke inte hade några nytillkomna trycksår alls. Samtliga vårdavdelningar på sjukhuset, arbetar konsekvent med prevention såsom rätt val av madrass, lägesändringar, mobilisering, nutrition och skumförband på hälar och sacrum som komplement till alla riskpatienter. Över tid har detta sjukhusövergripande arbetssätt inneburit kraftigt minskad risk att patienter i slutenvården utvecklar trycksår.

Hjärtavdelningen och medicinavdelningen har i det extra trycksårsmätningarna haft enstaka patienter med nyupptäckta trycksår. I dessa fall har granskning av journalen gjorts, handlingsplaner tagits fram, diskussion har skett vid patientsäkerhetsforum och vid behov har ytterligare utbildningsinsatser gjorts för att minska risken för nya trycksår på sjukhuset.

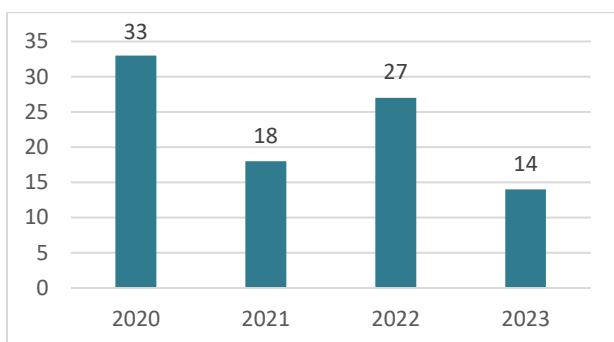
De extra mätningar som gjorts efter detta har inte påvisat några nytillkomna trycksår på avdelningarna.

Resultatet av PPM PVK har varit mycket bra – inga tromboflebiter sågs på någon avdelning. Det som kan förbättras är dokumentation efter inspektion och detta arbetar de infartsansvariga med på sina respektive avdelningar/enheter.

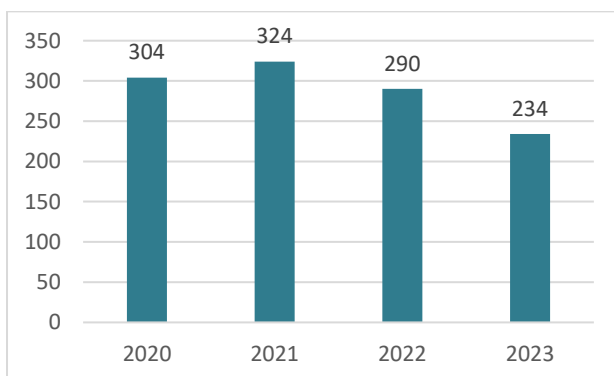
Nationella PPM BHK visade 100 % korrekt efterlevnad gällande korrekt kläd- och hygienregler på alla enheter, förutom akutmottagningen och dialysavdelningen. Handlingsplaner togs fram direkt och utbildningsinsatser och extra mätningar har gjorts efter detta med gott resultat.



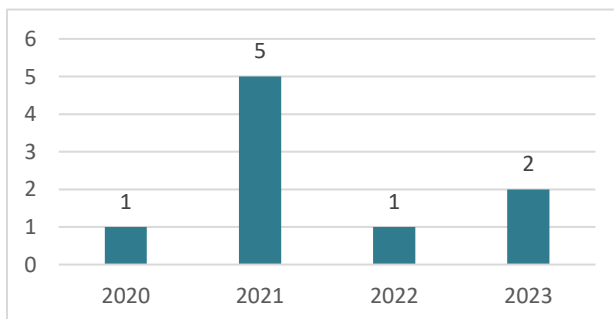
**Figur 1.** Antal patientavvikelser gällande tromboflebit, Ängelholms sjukhus 2020–2023 (Källa: AvIC).



**Figur 2.** Antal nytillkomna trycksår kategori 2–4 och A+B, Ängelholms sjukhus 2020–2023 (Källa: QV Melior Indikatorer).



**Figur 3.** Antal fall under vårdtid, Ängelholms sjukhus 2020–2023 (Källa: QV Melior Indikatorer).



**Figur 4.** Antal patientavvikelser gällande överfylld blåsa, Ängelholms sjukhus 2020–2023 (Källa: AvIC).

En viktig åtgärd har varit implementering av omvårdnadsrundor, SE UPP. Grundprincip är den personcentrerade vården med ökad patientdelaktighet och ett mer personcentrerat arbetssätt med

förstärkt teamsamarbete och gemensamma mål för det dagliga arbetet kring patienten. Arbetssättet innebär en målinriktad avstämning av omvårdnadsbehov varje timme utifrån ”SEUPP-konceptet”. Vid rundan förvissas man sig om att patientens personliga omvårdnadsbehov är tillfredsställda redan innan hjälp påkallas av patient. Syftet är att arbeta proaktivt och gå ifrån att ständigt åtgärda till att arbeta förebyggande. SEUPP innebär kontroll av nedan enligt en speciell lista som signeras vid varje tillfälle:

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

Genom införandet av omvårdandsrundor kommer flera av ovan nämnda bakomliggande orsaker att beröras som till exempel kultur, engagemang och följsamhet till riktlinjer. Därför ser vi detta koncept som en av de grundläggande och viktigaste åtgärderna inom området omvårdnad.

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

Verksamheterna följer upp omvårdnadsriskerna genom egenkontroll (Melior indikatorer) och dels genom lokala PPM 1-2ggr/år i syfte att öka kunskapen och följsamheten till rutiner inom den egna verksamheten men framför allt för att åtgärda de brister som finns.

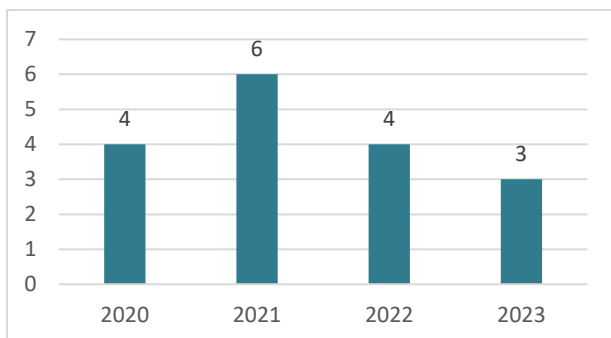
### **Vårdrelaterade infektioner**

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

### **Syrgasavvikelser**

Många läkemedelsavvikelser avser medicinska gaser (syrgas). Utebliven syrgasadministrering beror på flera faktorer exempelvis förväxling mellan syrgas och luft och felaktig hantering av syrgasflaskor.

En viktig riskminimerande åtgärd har utförts då samtliga syrgasflaskor av märket Viproxal bytts ut till syrgasflaska Oyan. Viproxal flaskan har förekommit frekvent i avvikelser och bytet förväntas minska antalet syrgasavvikelser väsentligt.



**Figur 5.** Antal syrgasrelaterade patientavvikelser, Ängelholms sjukhus 2020–2023 (Källa: AvIC).

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

Riskfyllda beteenden och ohövlighet är kända och väl belagda faktorer för negativ påverkan på den trygga och säkra vården. Under året har frågan uppmärksammats alltmer och arbetet med att på ett strukturerat sätt angripa problematiken inletts. Arbetet fortsätter under 2024.

Under året följande aktiviteter genomförts:

- Ett fyrtiotal föreläsningar i nordvästra Skåne samlade drygt 1500 medarbetare och chefer, såväl inom som utom förvaltningen, på temat hur beteenden mellan medarbetare påverkar den trygga och säkra vården.
- Inledande förvaltningsövergripande arbete tillsammans med HR-organisationen kring riskindivider och individer med oönskade beteenden.
- Arbete i det regionala chefläkarnätverket för att uppnå regional samsyn i frågorna kring individers beteenden som risk.
- Framtagande av strukturerat arbetssätt och hjälp för första linjens chefer att tidigt hantera ohövlighet och riskfyllda beteenden.

### **Allvarliga vårdskador under året**

Antalet IVO klagomål för förvaltningen uppgick till fyra under 2023 (vilket är samma nivå som gällt de senaste fyra åren), fördelat på ett klagomål vardera avseende triagering på akutmottagningen, vård på medicinmottagningen, medicinavdelningen och strokeavdelningen. Klagomålen har utretts enligt sedvanlig rutin och ärendena har avslutats utan ytterligare åtgärder från IVO.

Enheten för patientsäkerhet har successivt flyttat fokus från ett reaktivt arbetssätt (lex Maria) till ett proaktivt (hantering av risker). Antalet lex Maria anmälningar har de senaste åren varit 0–2/år och för 2023 gjordes ingen lex Maria anmälan.

### **Åtgärder mot vårdplatsbrist**

Sedan ett flertal år finns konsulttelefonlinjer från primärvården till specialistvården. Detta fungerar bra och leder till att patienter i högre grad kan utredas på rätt vårdnivå och främjar ett gott samarbete mellan sjukhus och primärvård. Tillgång till sjukhusets mobila team innebär att patienter ofta kan skötas i hemmet med god kvalitet, vilket minskar behovet av slutenvård och den för året nyinrättade generella medicinska dagvården innebär att patienter kan följas upp snart efter akutbesök eller efter hemgång från slutenvård, vilket sammantaget leder till säkrare vård med minskat behov av slutenvård. En utökning av subakuta mottagningstider på specialistmottagningar bedöms också ha bidragit till att reducera antalet besök på akutmottagningen och minska behovet av inläggningar i slutenvård.

## Stärka analys, lärande och utveckling

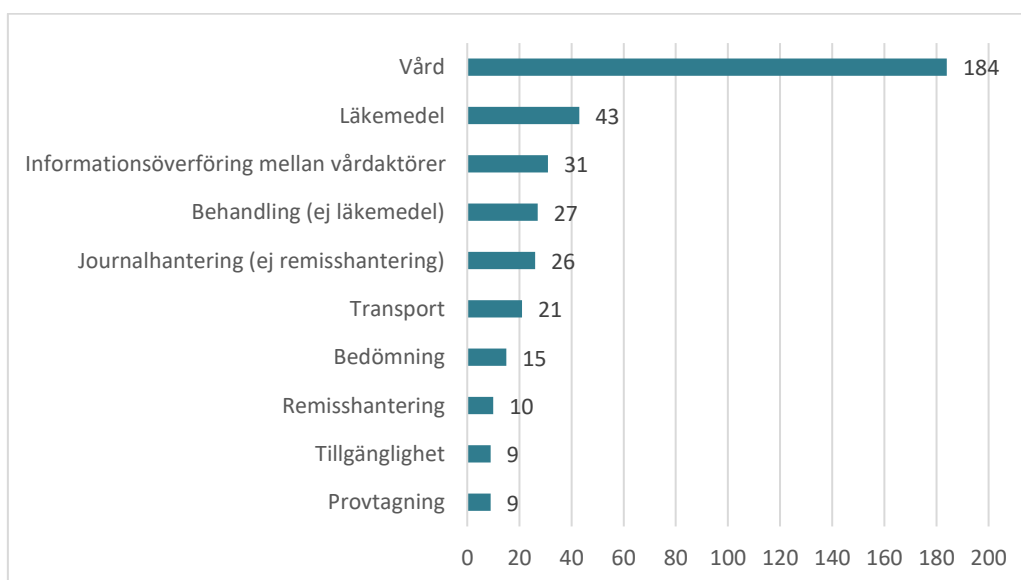
### Avvikelser

Risker för vårdskada samt händelser som har eller kunnat medföra en vårdskada rapporteras i AvIC, ett gemensamt avvikesystem som alla medarbetare har tillgång till. Allvarliga risker dokumenteras i förvaltningarnas risklogg.



Handläggare vid Enhet för patientsäkerhet tar del av samtliga avvikelser. Chefläkare och chefsjuksköterska får alla allvarliga patientavvikelser för kännedom och chefapotekare får alla läkemedelsrelaterade avvikelser för kännedom. Antalet avvikelser i absoluta tal varierar över tid och är beroende av ett flertal faktorer såsom rapporteringsvilja, förståelse för systemet och en faktisk ökning eller minskning av antalet händelser. I stället för att fokusera på absoluta tal och volymer koncentreras arbetet med avvikelser på kvalitativa aspekter av uppkomna felhändelser. Avvikelser kan ofta länkas till och hittas i förvaltningarnas risklogg. Där framgår också riskminimerande åtgärder kopplade till varje, sedan tidigare, känd risk. Nya risker uppstår emellanåt, till exempel vid införande av nya arbetssätt. Vid dessa tillfällen krävs en noggrann analys och utredning varefter organisationen kan stärka sitt lärande.

I figur 6 redovisas de tio vanligast förekommande övergripande kategorierna för händelseklassificering av de patientavvikelser som inträffat på sjukhuset i Ängelholm under 2023. Flera kategorier kan användas för att klassificera en avvikelse. Vård är den mest frekvent förekommande kategorin, följt av läkemedel och informationsöverföring mellan vårdaktörer. Fall/fallskada är den största underkategorin till den övergripande kategorin vård. Andra betydande underkategorier är in/utfart, trycksår och tillsyn/övervakning.



**Figur 6.** De tio vanligast förekommande övergripande kategorierna för händelseklassificering av patientavvikelser som inträffat på Ängelholms sjukhus 2023 (Källa: QlikView AvIC).

### Klagomål och synpunkter

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

Klagomålen utreds inom respektive verksamhet. För varje enskilt klagomål görs det en bedömning av hur klagomålet ska hanteras beroende på allvarlighetsgrad. Processer och rutiner för klagomålshantering finns beskrivna i ledningssystem för patientsäkerhet.

Klagomålsprocessen inom förvaltningen är väl förankrad och känd inom alla verksamheter. En viktig del i processen är att informera och förenkla för patienten/närstående i de fall ett klagomål rapporteras. Ett ankommet klagomål ska bekräftas till patient inom 24 timmar (inom en arbetsdag). En klagomålsutredning ska återkopplas till patient med en förklarande text om händelsen inom fyra veckor från det klagomålet registrerats.

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

**Tabell 2.** Antal klagomål utifrån vem som framfört det till vården, Ängelholms sjukhus 2020–2023 (Källa: AvIC).

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

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

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

## Risicanalyser

Risicanalys gällande övergång till 11 timmars dygnsvila för läkare har genomförts under året.

## Händelseanalyser

Under året har två händelseanalyser utförts gällande vård av en patient med KOL på medicinavdelningen, och gällande en nasogastrisk sond som inte hamnat på avsedd plats. Denna senare har lett till utbildningsinsatser och förändrade riktlinjer för handhavande av och nysättning av nasogastrisk sond.

## MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Patientsäkerhetsarbetet för 2024 fokuserar fortsatt på att bli mindre reaktivt och mer proaktivt. Patientinvolveringen och personcentrering måste öka för att minska risken för vårdskador och öka kvaliteten på vården. Sjukhusledningens fokus på personcentrerad vård stämmer väl in i denna strategi.

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

Under 2024 kommer förvaltningen att fokusera på utbildning och arbete gällande sepsis och fortsatt arbete för att förebygga vårdrelaterad infektion och trycksår kommer att fortsätta.

Fortsatt gäller att:

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

### Kompetensförsörjning

Rätt kompetens på rätt plats i rätt tid kommer alltid att vara grundstenen i modern sjukvård.

Problematiken vi ser nu och i framtiden kretsar kring just detta förhållande. Att kunna tillgodose den enskilde patientens behov av adekvat kompetens i samtliga kontakten med sjukvårdens alla nivåer.

Kompetensförsörjningen har således en framträdande plats i förvaltningens arbete med den trygga och säkra vården i ty det är med den enskilde medarbetarens engagemang, medmänsklighet och kompetens det börjar.

### Utbildning och pedagogik

Generellt kommer 2024 fortsatt att bjuda såväl nya som gamla utmaningar på det pedagogiska området. I fråga om lex Maria och avvikelser kommer vår enhet verka för att förenkla, förtydliga och avdramatisera patientsäkerhetsarbetet dels genom uppsökande verksamhet dels genom erbjudande av stöd och hjälp gentemot enhets- och verksamhetschefer.

Särskild utbildningssatsning gällande sepsis sker på Ängelholms sjukhus under 2024 som ett led i projektet ”Säker sepsis”.

### Handlingsplaner

Förvaltningen följer två handlingsplaner inom patientsäkerhetsområdet, ”Handlingsplan för ökad patientsäkerhet på Skånes Sjukhus Nordväst” samt ”Handlingsplan för att förebygga vårdrelaterade infektioner”. Båge har uppdaterats under det gångna året. Under hösten har kommunerna, offentlig och privat primärvård samt sjukhusen i nordväst påbörjat arbetet med en gemensam handlingsplan för att minska återinläggningar.

I handlingsplanerna specificeras de olika aktiviteter som under 2022 till 2024 på olika sätt kommer att vara i centrum för arbetet och utgöra underlag för förvaltningens mål och strategier på patientsäkerhetsområdet.

\*\*\*



## Bilaga 1. Egenkontroller kopplade till specifika mål för 2023. Resultat och analys.

Indikatorer säker vård [ID NR]	Omfattning	Källa	Målnivå 2023	Strategi/Åtgärd	Utfall 2023 [2022]	Analys
Återinskrivning inom 30 dygn Ängelholms sjukhus*  *Ersätter ID0091	Månadsvis	QlikView			15,8 % (jan-nov) [15,7 %]	Att minska andelen patienter som blir återinlagda inom 30 dagar är komplext och ofta behöver samverkan mellan olika aktörer inom specialistvården, primärvården och kommunen förbättras för att så ska kunna ske. Ett flertal aktiviteter har startat under året för att andelen ska minska
Utskrivningsinformation ett eller fler läkemedel [ID0306]	Månadsvis	QlikView	≥ 70 %	Följsamhet till regionala riktlinjer för utskrivningsinformation.  Fickfolder till stöd och hjälp för läkare och vårdpersonal.	93,6 % [92,2 %]	Målet nås och resultatet är i ett Skåneperspektiv mycket bra.
Tvärprofessionell läkemedelsgenomgång, inkl. läkemedelsavstämning (slutenvård) för patienter 75 år och äldre [ID0015]	Månadsvis	QlikView	> 50 %	Följsamhet till Skånemodellen för läkemedelsgenomgångar.  Regionala riktlinjer för läkemedelsavstämning. Det finns fortfarande ett stort behov att förbättra processen kring läkemedelssäkerheten för ordinationer. Detta görs genom att vidareutveckla Skånemodellen och de regionala riktlinjerna.	19,0 % [17,7 %]	Målet nås inte.  Fokus under 2023 precis som tidigare år har varit att så många inläggande patienter som möjligt har en korrekt läkemedelslista under sin vårdtid och för att kunna möjliggöra detta görs läkemedelsavstämmningar.

Indikatorer säker vård [ID NR]	Omfattning	Källa	Målnivå 2023	Strategi/Åtgärd	Utfall 2023 [2022]	Analys
Riskbedömning avseende undernäring för patienter 18 år och äldre (slutenvård) [ID0337]	Följs upp kontinuerligt	QlikView	> 80 %	Fortsatt arbete med omvårdnadsrundor Daglig styrning och kontroll tex genom GK Adekvat kunskap och kompetens: <a href="#">God vård e-utbildning</a>	89,0 % [91,1 %]	Målet nås.
Vårdplan avseende undernäring för patienter 18 år och äldre med ökad risk för undernäring enligt riskbedömning [ID0338]	Följs upp kontinuerligt	QlikView	> 95 %	Se ovan	89,8 % [87,3 %]	Målet nås inte, men andelen patienter som riskbedöms ökar successivt över tid
Följsamhet till regler för basal hygien vid patientnära arbete [ID0014]	PPM BHK genomförs två gånger per år. Deltagandet är obligatoriskt för samtliga verksamheter som bedriver patientnära arbete.	QlikView PPM BHK resultat För de verksamheter som gör egna mätningar redovisas resultat inom enheten.	≥ 90 %	Information via Vårdhygien. Obligatoriska utbildning för all personal. Hygienronder var 18:e månad. Nationella och lokala PPM BHK.	90,7 % (vår) [87,1 %] 92,7 % (höst) [96,5 %]	Målet nås

Indikatorer säker vård [ID NR]	Omfattning	Källa	Målnivå 2023	Strategi/Åtgärd	Utfall 2023 [2022]	Analys
Följsamhet till regler för arbetskläder vid patientnära arbete [ID0219]	Se ovan	Se ovan	100 %	Se ovan	99,2 % (vår) [96,6 %] 98,2 % (höst) [99,1 %]	Målet nås inte, men ligger mycket nära 100%. Stort arbete görs för följsamhet till BHK rutiner och fortsatt arbete planeras 2024. I ett Skåneperspektiv är resultatet av PPM BHK mycket bra.
Fallriskbedömning för patienter 65 år och äldre [ID0012]	Följs upp kontinuerligt	QlikView	> 80 %	Fortsatt arbete med omvårdnadsrundor  Daglig styrning och kontroll tex genom GK  Adekvat kunskap och kompetens: - <a href="#">God vård e-utbildning</a>	93,9% [94,2 %]	Målet nås.
Vårdplan avseende fallrisk ska upprättas för patienter 65 år och äldre med ökad fallrisk enligt fallriskbedömning [ID0013]	Se ovan	QlikView	> 95 %	Fortsatt arbete med omvårdnadsrundor  Adekvat kunskap och kompetens: - <a href="#">God vård e-utbildning</a>	94,5 % [93,4 %]	Detta bedöms som ett bra resultat.

Indikatorer säker vård [ID NR]	Omfattning	Källa	Målnivå 2023	Strategi/Åtgärd	Utfall 2023 [2022]	Analys
Riskbedömning avseende trycksår för patienter 65 år och äldre [ID0021]	Följs upp kontinuerligt	QlikView	> 80 %	<p>Implementering av omvårdnadsrundor</p> <p>Daglig styrning och kontroll till exempel genom GK</p> <p>Adekvat kunskap och kompetens:  <a href="#">Att förebygga trycksår, undernäring och fall inom slutenvården</a></p> <p>Följsamhet till riktlinjer och vårdprogram:  <a href="#">Regional riktlinje för prevention av trycksår</a>  <a href="#">Vårdprogram för trycksår</a></p> <p>Inventering och kvalitetsgranskning av madrass enligt <a href="#">regional riktlinje</a></p>	94,0 % [94,3 %]	Målet nås.
Vårdplan avseende trycksår för patienter 65 år och äldre med ökad risk för trycksår enligt riskbedömning [ID0223]	Se ovan	QlikView	> 95 %	Se ovan	89,4 % [89,9 %]	Resultatet är relativt bra och arbetet för att förebygga trycksår fortgår

Indikatorer säker vård [ID NR]	Omfattning	Källa	Målnivå 2023	Strategi/Åtgärd	Utfall 2023 [2022]	Analys
Andel slutenvårdade patienter 18 år och äldre som har utvecklat trycksår kategori 1–4 under vårdtiden	PPM trycksår genomförs två gånger per år. Om PPM mätningen visar trycksår kategori 2 eller mer utförs lokala mätningar endast av respektive avdelning	QlikView PPM trycksår resultat	?	Se ovan	9,5 % (höst) [3,2 %] Ingen mätning under våren	Målet nås inte, men återkommande görs extra mätningar och över tid ses en mycket tydlig nedgång i risk att utveckla trycksår under slutenvård.
Andel slutenvårdade patienter 18 år och äldre som har utvecklat trycksår kategori 2–4 under vårdtiden [ID0240]	PPM trycksår genomförs två gånger per år Lokala mätningar – se ovan	QlikView PPM trycksår resultat	≤ 4 %	Se ovan	4,8 % (höst) [1,6 %] Ingen mätning under våren	Målet nås inte, men över tid ses en mycket tydlig nedgång i risken att utveckla trycksår kategori 2–4 under slutenvård. I flertalet extra mätningar har antal patienter som utvecklat trycksår varit noll, vilket är mycket glädjande
Komplikationer relaterade till perifer venkateter (PVK)	Lokal PPM PVK genomförs två gånger per år	Förvaltnings-specifik PPM AvIC	0 %	Implementering omvårdnadsrundor Daglig styrning och kontroll tex genom GK Adekvat kunskap och kompetens: <a href="#">Att förebygga tromboflebit i samband med PVK</a> <a href="#">God vård e-utbildning</a> Följsamhet till Regional riktlinje: <a href="#">Regional riktlinje för hantering av perifer venkateter (PVK) för vuxna</a>	0 % (höst) [0 %] Ingen mätning under våren	Målet nås med ett mycket bra resultat

## Bilaga 2. Egenkontroller som utförs för ökad patientsäkerhet som inte är direkt kopplade till specifika mål för 2023

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