

Patientsäkerhetsberättelse för Centralsjukhuset Kristianstad och Hässleholms sjukhus År 2023



Inledning

Mallen är ett stöd för att skriva patientsäkerhetsberättelsen och utgår från lagkrav och följer strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. I de fall lagkrav finns görs hänvisningar under respektive rubrik. Fullständiga lagtextbeskrivningar finns i dokumentet Korsreferenslista för lagkrav kopplat till mallen för patientsäkerhetsberättelse.

Mallen utgår även från metodiken för systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

PSL 2010:659, SOSFS 2011:97 kap. 3 §

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

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

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



Källa:

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

Mallen är framtagen inom ramen för kunskapsstyrningsorganisationen, på uppdrag av den nationella samverkansgruppen (NSG) inom patientsäkerhet, 2021-09-23. I syfte att förtydliga har mindre justeringar i inledning och bilaga genomförts, 2022-05-18.

Innehåll

SAMMANFATTNING	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	5
Engagerad ledning och tydlig styrning	5
Övergripande mål och strategier	5
Organisation och ansvar.....	6
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	8
Informationssäkerhet.....	9
En god säkerhetskultur.....	10
Adekvat kunskap och kompetens	12
Patienten som medskapare	13
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	13
Öka kunskap om inträffade vårdskador	20
Tillförlitliga och säkra system och processer	22
Säker vård här och nu.....	23
Riskhantering.....	24
Stärka analys, lärande och utveckling	28
Avvikelse	28
Klagomål och synpunkter	32
Öka riskmedvetenhet och beredskap	33
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	34
BILAGA 1.....	36

SAMMANFATTNING

Året 2023 har verksamheten återgått till det normala efter pandemin och belastningen har generellt sett varit något lägre. Den kompetensbrist som präglar den svenska hälso- och sjukvården och som förvärrades av pandemin har fortsatt utgjort en stor utmaning och patientsäkerhetsrisk. Sjukhusen har trots det varit framgångsrika med att korta de köer som uppstod under pandemin, men fortfarande är väntetid till vård ett bekymmer som också påverkar patientsäkerheten. Sjukhusen har också varit framgångsrika i flera olika utvecklingsprojekt. Dessa beskrivs mer ingående i sjukhusens verksamhetsberättelser.

Från och med 2023 delades förvaltningarna i Region Skåne så att Centralsjukhuset i Kristianstad (CSK) och Hässleholms sjukhus nu utgår som två separata förvaltningar. De båda förvaltningscheferna valde att fortsätta ett nära samarbete i ledningsgrupper och med gemensamma pulsmöten gällande vårdplatsutnyttjande och daglig drift. Ur patientsäkerhetskänslighet är detta en fördel då invånarna i nordöstra Skåne är beroende av båda sjukhusen för en god och säker vård. Av denna anledning har förvaltningarna tagit beslut att skriva en gemensam års patientsäkerhetsberättelse. De båda sjukhusen har dock var sin verksamhetsberättelse.

Det är en utmaning att driva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete i en verksamhet där så mycket fokus får läggas på att upprätthålla bemanning och kompetens från dag till dag. Ändå har uppfyllelsen av de patientsäkerhetsmål som förvaltningarna satte upp varit god.

Sjukhusen bedriver sitt patientsäkerhetsarbete utifrån Nationella handlingsplanen för patientsäkerhet. Den utgör en kompass för riktningen framåt och ett ramverk att hålla sig till. De fyra patientsäkerhetsmålen är långsiktiga och desamma som 2022 och är kopplade till Nationell handlingsplan för patientsäkerhet.

Varje år utarbetas nya handlingsplaner för målen fram i dialog med verksamheterna.

Målen för 2023:

- Öka kompetensen inom systematiskt patientsäkerhetsarbete
- Öka säkerheten för inlagda patienter med sviktande vitala parametrar
- Minimera risker vid överflyttning av patienter
- Öka säkerheten i läkemedelsprocessen

Vid utvärdering av handlingsplanerna för våra mål kan vi konstatera att vi haft framgång avseende de åtgärder vi själva kunnat påverka såsom aktiviteter kopplade till det första målet. För de mål som är kopplade till den patientnära verksamheten finns en svårighet att följa utfall då adekvat data inte finns att tillgå. Dessa påverkas också i större utsträckning av en komplex problematik som vi inte själva kan påverka. Det fråntar oss inte ansvaret för att identifiera och arbeta vidare med de faktorer vi faktiskt kan påverka. I arbetet under året har ett antal sådana faktorer identifierats och vi ser fram emot att arbeta vidare med dessa. Arbetet med det fjärde målet samordnas och följs i huvudsak av enhet läkemedel, dock i samarbete med Forum patientsäkerhet, och beskrivs därför separat.

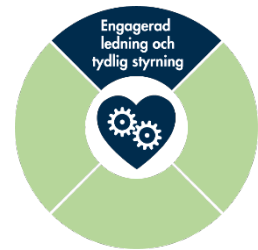
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Nedan beskrivs mål och strategier, organisation och struktur för arbetet med att minska antalet vårdskador.

För att kunna nå den nationella visionen ”God och säker vård – överallt och alltid” och det nationella målet ”ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”, har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

Engagerad ledning och tydlig styrning

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



Övergripande mål och strategier

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

Ett systematiskt patientsäkerhetsarbete är en förutsättning för en god och säker vård. 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 ska läggas på medicinska kvalitetsmått. Sjukhusens patientsäkerhetsarbete sker i linje med Socialstyrelsens nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården, Agera för säker vård. Varje verksamhets patientsäkerhetsarbete har följts upp i patientsäkerhetsdialoger vår och höst. Förvaltningarnas fyra patientsäkerhetsmål är kopplade till den nationella handlingsplanen.

Från och med 2023 är sjukhusen i nordöstra Skåne två separata förvaltningar. De båda förvaltningscheferna valde att fortsätta ett nära samarbete i ledningsgrupper och med gemensamma pulsmöten gällande vårdplatsutnyttjande och daglig drift. I verksamhetsplaner och internbudget 2022 för sjukhusstyrelserna Kristianstads och Hässleholms sjukhus angavs att patientsäkerhetsarbetet skall vara prioriterat och skall genomföras genom ett systematiskt arbete. Ur patientsäkerhetskänslighet är det nära samarbetet en fördel då invånarna i nordöstra Skåne är beroende av båda sjukhusen för en god och säker vård.

Verksamheterna ska fokusera på en ökad och god patientsäkerhetskultur och ökad delaktighet för patienter och närstående. Sjukhusen ska fortsatt arbeta med definierade riskområden enligt Socialstyrelsen och ha god följsamhet till regionens läkemedelsstrategi.

De övergripande patientsäkerhetsmålen är långsiktiga och kvarstår sedan föregående år:

- Höja medvetenheten och skärpa arbetet kring patientsäkerhet så att det genomsyrar förvaltningarnas verksamheter på alla nivåer - en god säkerhetskultur
- Förbättra säkerheten för inlagda patienter med sviktande vitala funktioner
- Förbättra säkerheten vid överflyttning av patient
- Minska läkemedelsrelaterade fel

Till vart och ett av målen har det funnits en separat handlingsplan, se bilaga, som följts upp med mätbara mål där det varit möjligt och i samband med patientsäkerhetsdialogerna. Varje åtgärd är kopplad till ett

eller flera fokusområden i den nationella handlingsplanen. Enhet läkemedel har utarbetat handlingsplanen för det fjärde målet.

Varje verksamhetschef är ansvarig för patientsäkerheten inom sin verksamhet. Många patientsäkerhetsrisker är övergripande och uppstår mellan verksamheterna. Det systematiska patientsäkerhetsarbetet på våra två sjukhus har varit spretigt och ojämnt där vissa verksamheter håller en mycket hög nivå medan andra ligger längre ner på säkerhetskulturtrappan. Det är de båda förvaltningschefernas ambition och Forum patientsäkerhets uppdrag att jämna ut och höja nivån samt likrikta arbetet i verksamheterna.

Enhet patientsäkerhet har uppdrag att vara verksamheterna behjälpliga med att utreda risker och händelser som är övergripande. Kartläggning av risker och utredning av händelser och klagomål ska ske övergripande och sammanhållet när mer än en verksamhet är involverad. Här har vi under året kommit en bra bit på väg.

Tidigare har enhet patientsäkerhet lagt ner ett stort arbete på att utveckla ett ledningssystem för patientsäkerhet. Att underhålla och utveckla ledningssystemet har tagit resurser från det mer verksamhetsnära arbetet. Det har dessutom visat sig vara svårt då Region Skåne som vårdgivare inte har ett ledningssystem på regional nivå som man på förvaltningsnivå kan utgå ifrån och inte heller något systemstöd som underlättar arbetet. Det arbete som gjorts har ändå bidragit till att jämna ut nivån på patientsäkerheten och arbetssättet är känt i båda förvaltningarna. Vi fortsätter att arbeta i linje med det och i nära dialog med verksamheterna. När förändringar och utveckling görs kommuniceras och förankras detta i förvaltningsledningarna.

Organisation och ansvar

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

Från och med 2023 förändrades förvaltningsstrukturen i Region Skåne för att följa den politiska organisationen. Ur patientsäkerhetskänseende är detta en fördel då invånarna i nordöstra Skåne är beroende av båda sjukhusen för en god och säker vård.

På CSK är den medicinska verksamheten indelad i sammanlagt 14 verksamhetsområden. Hässleholms sjukhus har tre verksamhetsområden. Dessa leds av var sin verksamhetschef som är ansvarig för patientsäkerhetsarbetet inom sitt område. De båda sjukhusen har gemensam stab där medarbetarna är fördelade på de två sjukhusen enligt en kvot, och mycket av arbetet sker fortsatt gemensamt över de två förvaltningarna. I förvaltningarnas ledningsgrupp ingår stabspersoner från båda sjukhusen och samtliga verksamhetschefer. Båda ledningsgrupperna träffas en halv dag i månaden i ett gemensamt så kallat samarbetsmöte. Syftet är att skapa enhetlighet och samsyn mellan förvaltningarna med mål att få en engagerad och tydlig styrning utifrån ett patientfokus för invånarna i nordöstra Skåne. Förvaltningarnas chefläkare och chefsjuksköterskor deltar i nationellt och regionalt nätverk för chefläkare respektive chefsjuksköterskor.

De båda sjukhusen har var sin chefläkare och chefsjuksköterska. Under hösten 2023 har chefläkartjänsten i Hässleholm varit vakant. Tidigare chefläkare har dock behållit anmälningsansvaret. De två chefläkarna ansvarar för att samordna och driva det övergripande systematiska patientsäkerhetsarbetet på respektive sjukhus. Chefsjuksköterskorna har uppdrag att driva och följa upp frågor rörande omvårdnad på respektive sjukhus. Chefläkaren i Kristianstad är enhetschef för de anställda i enhet patientsäkerhet och

sammankallande för Forum patientsäkerhet.

Forum patientsäkerhet (tidigare Styrgrupp patientsäkerhet)

De två förvaltningarnas patientsäkerhetsarbete samordnas av Forum patientsäkerhet som också driver och utvecklar det övergripande systematiska patientsäkerhetsarbetet, vilket finns formulerat i uppdragsbeskrivningen som är beslutad av båda förvaltningscheferna. Målet är att förvaltningarna CSK och Hässleholms sjukhus i god samverkan ska följa gällande lagkrav, nationella och regionala riktlinjer avseende patientsäkerhet för att upprätthålla en god och säker vård för patienten. I forum ingår chefläkare och chefsjuksköterska från de två sjukhusen, medarbetarna i enhet patientsäkerhet och sekreterare i enhet patientsäkerhet. Från och med september ingår även apotekare med patientsäkerhetsansvar. Möten sker varannan vecka under terminerna och i slutet av varje möte sker en avstämning med enheten för vårdhygien.

Enhet patientsäkerhet har vid två tillfällen per år, april och oktober, en längre genomgång på förvaltningarnas ledningsgruppsmöte, ”ledningens genomgång”, där patientsäkerhetsmål diskuteras och följs upp. Aktuella lex-Mariaärenden återkopplas också. Chefläkare och chefsjuksköterskor återrapporterar däremellan efter behov aktuella frågor rörande patientsäkerhet på förvaltningarnas ledningsgruppsmöten. Chefläkare och chefsjuksköterskor ingår i sjuhusstaberna och har en regelbunden dialog med sjukhuscheferna.

Forum läkemedel

Forum läkemedel har i uppdrag att hantera operativa läkemedelsfrågor i förvaltningarna samt förbereda underlag till förvaltningsledningarna gällande läkemedelsfrågor. Gruppen består av representanter från enhet läkemedel, chefläkare, chefsjuksköterska, representant från enhet patientsäkerhet och verksamhet. Den leds av biträdande sjukhuschef.

Enhet patientsäkerhet och kvalitet

Enheten är organiserad under staben. Den består av fyra patientsäkerhetssamordnare och två handläggare och leds av chefläkare på CSK. Varje verksamhetsområde i förvaltningarna har en patientsäkerhetssamordnare knuten till sig som agerar som kontaktperson gentemot Forum patientsäkerhet och stöttar verksamheterna i deras patientsäkerhetsarbete.

Enhet läkemedel

Enhet läkemedel är organiserad på förvaltningsnivå inom Stab verksamhetsnära stöd och är gemensam för det två sjukhusen. Inom enheten finns chefapotekare, klinikapotekare, avdelningsfarmaceuter och förvaltningsövergripande läkemedelsansvarig läkare. Enhetens arbete syftar till att minimera läkemedelsrelaterade fel och att säkerställa kvalitet och patientsäkerhet i hela kedjan från ordination till utdelning till patient. Målsättningen är ”rätt från början”. Enhetschef är chefapotekaren som har uppdraget att ansvara för kvalitet och utveckling av läkemedelsförsörjning och läkemedelshantering inom förvaltningarna.

Klinikapotekarna arbetar bland annat med läkemedelsavstämning för att säkerställa att patienterna har korrekta läkemedelslistor samt med läkemedelsgenomgångar som syftar till korrekt läkemedelsanvändning. Detta sker huvudsakligen som ett stöd till läkarna. Avdelningsfarmaceuter arbetar på vårdavdelningar med, huvudsakligen, läkemedelsförsörjning och läkemedelssupport till sjuksköterskor och läkare. Detta innebär

att säkerställa att läkemedel finns tillgängliga för patienternas behandling i rätt tid, i rätt styrka, rätt mängd och rätt beredningsform. Effekten är också att sjuksköterskorna får mer tid till omvårdnadsarbetet. Förutom det vårdnära arbetet arbetar Enhet läkemedel även förebyggande genom att bland annat informera och utbilda vårdpersonal inom läkemedelsområdet. Enhet läkemedel finns även representerade i förvaltningarnas Läkemedelsforum och i Forum patientsäkerhet och chefapotekaren deltar i regionalt nätverk för chefapotekare och chefläkare.

Kliniskt träningscentrum

Kliniskt träningscentrum styrs av en övergripande regional funktion på vars samordningsmöten en av chefläkarna i Hässleholm och Kristianstad deltar. Scenarioträning är en viktig del av modern sjukvård. Praktiska, professionella färdigheter kan tränas in på ett tryggt och säkert sätt. Det är också ett bra sätt att träna team och att erbjuda möjlighet för reflektion. Ett basutbud av kurser erbjuds verksamheterna som också kan beställa egna verksamhetsspecifika scenarioövningar.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Tidigare avvikelser och Lex Maria anmälningar har synliggjort allvarliga säkerhetsrisker i samverkan mellan sjukhusen. Som en del i att åtgärda detta bildades en samverkansgrupp som bland annat utarbetade ett samverkansdokument med syfte att förebygga och minimera risker vid flytt av svårt sjuka patienter mellan de båda sjukhusen.

Sjukhusen i nordost har också en handlingsplan med syfte att vårda patienter inom rätt specialitet för att minska antalet icke medicinskt motiverade flyttar och att utlokalisering sker med närhet till rätt specialitet samt finns rutiner för informationsöverföring mellan verksamhetsområden.

I arbetet med att förebygga vårdskador är det viktigt med samverkan i vårdens övergångar och den sker på olika sätt och på olika nivåer, både inom regionen samt mellan regionen och kommunen i syfte att få en trygg och patientsäker vård för medborgarna i Skåne.

De två sjukhusförvaltningarna i nordost ingår i en samverkansstruktur som är en del av Hälso- och sjukvårdsavtalet i Skåne där man arbetar i samverkan med kommuner, den slutna vården, psykiatrin, primärvården samt privata hälsovalsenheter. Utvecklingen av effektiv vård inom nära vården sker på olika nivåer. Arbete i samverkan sker både på övergripande och lokal nivå och följer den uppdragsbeskrivning för delregionala samverkansorgan och lokala samarbetsgrupper som är en del av Hälso- och sjukvårdsavtalet. Tillika har Delregional samverkan nordost en beslutad samverkansplan med koppling till god och nära vård och man arbetar med samverkan och aktivitetsplanen på strategisk och operativ nivå.

En lokal samverkansgrupp som utgår från både Hässleholm och Kristianstad ser över risker i vårdens övergångar (RIVÖ). Gruppens huvudsakliga uppgift har varit att diskutera och hantera praktiska patientnära verksamhetsfrågor för att främja en säker trygg vård för patienter i vårdens övergångar mellan den slutna, öppna och kommunala vården. Gruppen har sedan tidigare identifierat att det finns brister i följsamheten till Lagen om samverkan vid utskrivning från den slutna vården och den Skånegemensamma rutinen. Föregående år fick förvaltningsgruppen av regelverk för Samverkan vid utskrivning (SVU) och Samordnad individuell plan (SIP) i uppdrag från Central tjänstemannaberedning att ta fram förslag på åtgärder som kunde förbättra utskrivningsprocessen. Förslagen skulle omfatta såväl åtgärder på kort som

på lång sikt och ett av förbättringsförslagen var kunskap och utbildningsinsatser. Sedan tidigare har varje organisation till ansvar att utbilda berörda medarbetare inom detta område.

På Hässleholms sjukhus och CSK finns en struktur, och det hålls återkommande utbildningar. Med anledning av de förbättringsförslag som framkommit på Skånenivå samt vad som uppmärksammats i avvikelser så genomfördes i maj och september månad vid fyra tillfällen utbildningsinsatser i Lagen om samverkan vid utskrivning med fokus på SVU processen. Utbildningen gavs till både den slutna somatiska vården, primärvården och kommunen vid samma tillfälle. Målet var att alla skulle få en fördjupad kunskap samt en ökad förståelse för varandras olika perspektiv med utgångspunkt från den gällande Skånegemensamma rutinen. Utöver utbildningsinsatserna har arbetet med koordinatörer som hanterar processen kring Samverkan vid utskrivning (SVU) och Samordnad individuell plan (SIP) i IT-stödet Mina planer intensifierats på CSK:s vårdavdelningar. Detta har lett till en förbättrad kvalitet och följsamhet i vårdens övergångar. Sedan 2019 har Hässleholm sjukhus haft koordinatörer för SVU/SIP processen som hanterar informationen i IT-stödet Mina planer med dagliga avstämningar med kommunerna Osby, Perstorp, Hässleholm samt offentlig och privat primärvård. Arbetssättet med sömlösa övergångar ger en gemensam målbild där den enskilde patientens behov står i fokus för att skapa en trygg och säker utskrivning.

Före pandemin fanns en samverkan över vårdgivargränserna ur ett medicinskt perspektiv med fokus på kvalitet/patientsäkerhet/kund. Det fanns ett stort behov av en sådan samverkan och därför återupptogs arbetet i slutet av 2023 och kommer att fortsätta framöver.

Ett annat kvalitetsarbete som pågår i samverkan med kommuner och primärvård är arbetet kring multisjuka sköra äldre på akutmottagningarna. I gruppen multisjuka sköra äldre som kommer till akutmottagningen för ohållbar hemsituation eller för vårdplanering tas kontakt med kommun och primärvård för att lösa den uppkomna situationen på bästa sätt för patienten ur ett personcentrerat perspektiv. Dessa patienter har därmed kunnat få hjälp utan att bli inlagda på sjukhus. Detta har resulterat i att äldre som tidigare kommit in med dessa frågeställningar har minskat på båda sjukhusen. På CSK har under hösten ett arbete med fokuspatienter startat, där målet är att patientens/brukarens vårdinsatser samordnas på ett för patienten/brukaren ändamålsenligt sätt samt att vårdinsatserna ges på rätt vårdnivå.

Uppdraget till VO Rehabilitering Hässleholms sjukhus för specialiserad hemrehabilitering (Sprih) har utökats till att gälla alla patienter med rehabiliteringsbehov oavsett diagnos och svårighetsgrad. Detta innovationsprojekt görs i samarbete med Hässleholms kommun och primärvården och det har givit patienterna en bättre kvalitet samt avlastat slutenvården med vårdplatser.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Målsättningen är att skapa förutsättningar för enhetliga arbetssätt och därmed höja kvaliteten och säkerheten i förvaltningarnas informationshantering och dataskyddsarbete. Vid det systematiska förbättringsarbetet har vissa områden identifierats för 2023. I följande områden har uppföljning genomförts eller är pågående:

Översyn av den obligatoriska digitala utbildningen ”Säker informationshantering”

Det är generellt sett ett lågt deltagande i utbildningen regionalt sett och så även i förvaltningarna. Under

året har en regional arbetsgrupp med samordnare från olika förvaltningar, bland annat från nordost, överlämnat ett antal synpunkter till regionala funktioner med syfte att förenkla och öka antal deltagande framgent. Ansvariga har därefter uppdaterat utbildningen med en flertal förbättringar.

Genomlysning av logguppföljning - granskning av åtkomst till patientuppgifter

Under 2023 har en genomlysning av inrapporterade och registrerade loggkontroller gällande ett journalsystem genomförts. Syftet är att kvalitetssäkra hanteringen utifrån förvaltningarnas sida sett. Sammanställning av genomlysningen är påbörjad och det ackumulerade resultatet visar på en positiv riktning.

Uppföljning av förvaltningarnas hantering av personuppgiftsincidenter

Under 2023 har totalt 34 (38) riskanalyser genomförts i samband med uppföljning av säkerhetsincidenter där bristande informationshantering har identifierats. Av dessa incidenter har 21 (37) även påverkat personuppgifter varav två med sannolik risk för den registrerades fri- och rättigheter vilket även medfört en anmälan till Integritetsskyddsmyndigheten, IMY. Jämfört med 2022, som redovisas inom parentes, innebär det en minskning av antal anmälningar totalt sett. Även anmälningarna till Integritetsskyddsmyndigheten har minskat från fem till två under 2023. Jämfört med 2022, som redovisas inom parentes, innebär det en minskning av antal anmälningar totalt sett. Även anmälningarna till Integritetsskyddsmyndigheten har minskat från fem till två under 2023.

Fokusområde för kompetenshöjning och samsyn.

Förvaltningarna har under året arbetat med ett antal fokusområden i dataskyddsorganisationens nätverk med syfte att stärka en säker hantering av information generellt samt när personuppgifter förekommer. Följande informations- och utbildningstillfälle har genomförts för vidare spridning till berörda inom respektive verksamhetsområde.

En god säkerhetskultur

En god arbetsmiljö och psykologisk trygghet för medarbetare är en grundläggande förutsättning för en god säkerhetskultur inom sjukvården. Som vårdpersonal är man tränad för akuta situationer och tillfälliga toppar men belastningen har hela året varit hög till följd av kompetensbrist och vårdplatsbrist. Personalomsättning, framför allt vad gäller sjuksköterskor, har varit hög under året och omställningen av arbetsschema till följd av nya arbetstidsregler har ytterligare påverkat bemanningen. Kronisk belastning som orsakar arbetsrelaterad och etisk stress, liksom att ständigt "släcka bränder" riskerar att påverka kulturen på ett negativt sätt vilket riskerar drabba både patienter och medarbetare. Tiden för lärande och reflektion har inte funnits i tillräcklig omfattning. Nyanställd personal har många gånger allt för tidigt fått ta ett stort ansvar. Utbildningar och introduktioner har inte kunnat prioriteras.



Samtidigt märker vi att förståelsen kring vikten av systematiskt patientsäkerhetsarbete har ökat. Ett tecken på detta är bland annat det aktiva deltagande och stora engagemang vi har i olika utbildningar och i riskanalyser. Vi tycker oss märka att det pratas patientsäkerhet mer i verksamheterna och vi ser en ökad samverkan mellan verksamheterna i patientsäkerhetsrelaterade frågor såsom ansvarsfördelning och i utredning av övergripande händelser. I våra patientsäkerhetsdialoger är uppslutningen god med aktivt och engagerat deltagande i de flesta fall.

CSK och Hässleholms sjukhus har som sitt första patientsäkerhetsmål att öka kompetensen inom systematiskt patientsäkerhetsarbete, där säkerhetskulturen är en viktig del. Huvuddelen av patientsäkerhetsenhetens eget strategiska arbete under året har varit kopplad till detta första mål. Genom våra ombud i verksamheterna möjliggörs stöd till verksamhetscheferna som är ytterst ansvariga för det arbetet.

Vårt arbete med att utjämna och skapa en enhetlig struktur för det systematiska patientsäkerhetsarbetet, som beskrivits ovan, är en viktig del i att etablera en god säkerhetskultur. Detta arbete sker genom att understödja samverkan, skapa forum för övergripande dialoger genom nätverksträffar och utbildningar och ha en nära samverkan med verksamheter kopplat till deras utvecklingsarbete.

Förvaltningarnas arbete med utbildningssjuksköterskor, som beskrivs nedan, är en annan viktig, och mer patientnära, del i arbetet med att etablera en god säkerhetskultur. Utbildningssjuksköterskan arbetar nära verksamheten och har möjlighet att fånga upp händelser i stunden, identifiera kunskapsbrister och ge hands-on-undervisning vilket hjälper nya sjuksköterskor att utveckla ett professionellt omdöme. I deras uppdrag ligger förutom att utbilda praktiskt, att också skapa forum för reflektion och samtal i syfte att bidra till en förbättrad säkerhetskultur.

Flera verksamheter i förvaltningarna har ett patientsäkerhetsråd som stöttar verksamhetschefen i att driva arbetet för en god och säker vård. I dessa råd ingår personer med roller kopplade till patientsäkerhetsarbetet, till exempel patientsäkerhetsombud, läkemedelsansvariga och medicinskt ledningsansvariga. Inför 2024 har Forum patientsäkerhet föreslagit förvaltningsledningarna att ge alla verksamheter i uppdrag att skapa ett patientsäkerhetsråd eftersom det är tydligt i patientsäkerhetsdialogerna att det bidrar till att utveckla patientsäkerhetskulturen.

Enheter inom flera av sjukhusens verksamhetsområden använder sig av Gröna korset och användningen av instrumentet ökar i förvaltningarna. Vid uppföljning i patientsäkerhetsdialoger är det tydligt att det sker i de verksamheter som också ligger högt i säkerhetskulturtrappan.

Ett personcentrerat arbetssätt är en förutsättning i en god säkerhetskultur och ett förvaltningsbeslut har tagits på att verksamheterna ska arbeta mot ett mer personcentrerat förhållningssätt. Detta var också temat på vårens chefsdag som anordnades gemensamt av de två förvaltningarna. Vid höstens dialoger framkom att flera verksamheter har påbörjat arbetet.

Patientsäkerhetsdialoger har genomförts med samtliga verksamheter under april med uppföljning under oktober. Trots att mycket fokus har legat på att upprätthålla patientsäkerheten här och nu har samtliga verksamheter strävat mot att nå patientsäkerhetsmålen och många positiva initiativ och arbeten har framförts.

Varje år genomför Region Skåne en mätning av säkerhetskulturen genom enkäten Hållbart Säkerhets Engagemang (HSE). Totalt index visar något bättre nivå än föregående år, för CSK ligger index på 80 jämfört med 77 föregående år och för Hässleholms sjukhus är index 77 jämfört med 75 år 2022. Index för Skåne totalt är 77. Det som sticker ut som förbättringsområde är fortsatt patientmedverkan, men även där har siffrorna gått åt rätt håll. Dessvärre är säkerhetskultur något som är svårt att mäta och vi får i stor utsträckning förlita oss till icke statistiska parametrar.

Adekvat kunskap och kompetens

En grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete. Inom många av sjukhusens verksamhetsområden bedriver man intern systematisk kompetensutveckling till exempel genom olika temadagar vilket bidrar till att upprätthålla kunskapsnivån i verksamheten.



Årets brist på personal har lett till att verksamheterna fått arbeta med att säkerställa att kompetensen behålls. Framtidens vårdavdelning är ett utvecklingsprojekt som drivits med framgång med uppgiftsförskjutning till andra yrkeskategorier samt utbildningar. Det har också bidragit till mindre personalomsättning och förkortad medelvårdtid. Arbetssättet sprids nu till andra avdelningar på sjukhusen och det har också uppmärksammats både regionalt och nationellt.

Patientsäkerhetsombud

Patientsäkerhetsfrågor ska integreras i det dagliga arbetet. Verksamhetschefen har det yttersta ansvaret för att verksamheten uppfyller en patientsäker och god vård. Förbättringsarbeten kring patientsäkerhet sker med chefer samt medarbetare. Varje verksamhetsområde ett utsett patientsäkerhetsombud med ett skriftligt uppdrag samt uppdragsbeskrivning. Under 2023 har tre patientsäkerhetsombudsträffar genomförts med god närvaro och stort engagemang. Dessa sammankomster har skapat en naturlig kontaktväg mellan enhet patientsäkerhet och verksamheten samt möjliggjort samverkan mellan verksamheterna i patientsäkerhetsrelaterade frågor. Till 2024 planeras att patientsäkerhetsombuden ska erbjudas riskanalysutbildning, verksamheten har då möjlighet att göra mindre riskanalyser själva.

Utredning av händelser som lett till avvikelse.

Händelser som riskerat att inträffa eller som inträffat registreras i avvikelssystemet AvIC. Verksamhetschefen är ansvarig för att avvikelserna utreds och att behövliga åtgärder genomförs. Nivån på orsaksutredningar i förvaltningarna har varierat. Detta ledde fram till att enhet patientsäkerhet under våren tog fram en utbildning i orsaksutredning i syfte att höja och utjämna nivån på utredningar av avvikelser. Metoden baseras på händelseanalysmodellen och dess olika steg. Under 2023 erbjöds sex utbildningstillfällen i orsaksutredning gemensamt för de två förvaltningarna. 66 medarbetare deltog i utbildningen och utvärderingen var positiv. Resultatet har varit mindre antal upprepade avvikelser.

Förändringsplanering

Patientsäkerhetsarbetet kräver förbättringar och förändringar på alla nivåer. Verksamheterna har möjlighet att ta hjälp av enhet patientsäkerhet för stöd i förändringsarbetet som sker genom förändringsplanering enligt Region Skånes förändringsprocess; förbered, genomför och förstärk. Flertalet av cheferna har fått utbildning i förändringsplanering.

Utbildningssjuksköterskor

Det är en stor utmaning att fortlöpande säkerställa rätt kompetens i en verksamhet med ökad vårdtyngd på grund av en mer högspecialiserad och avancerad vård av patienterna. För sjuksköterskor innebär en ökad specialisering och mer avancerad vård med komplexa vårdsituationer också ett utökat ansvar. Utbildningsenheten, gemensam för de två förvaltningarna, har sedan något år avdelningsbundna utbildningssjuksköterskor inom många verksamheter. Under 2023 var målet att samtliga vårdavdelningar

ska ha utbildningssjuksköterskor, flera av verksamheterna har dessutom kompletterat med utbildningsundersköterskor. Målet är att främja en gynnsam lärandemiljö och en trygg arbetsmiljö, att tillse kompetensutveckling hos sjuksköterskor, vilket bland annat sker genom temaveckor, och att ge sjuksköterskor möjlighet att utifrån sin erfarenhet och kompetens bedriva en patientsäker vård. De har regelbundna reflektionstillfällen på enhetsnivå.

Patienten som medskapare

PSL 2010:659 3 kap. 4 §

Klagomålshandlingen 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.

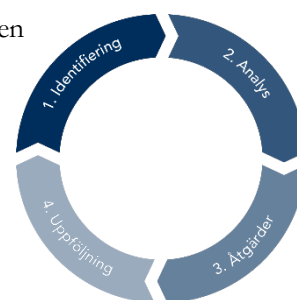


Ett referensråd bestående av medborgare från vårt upptagningsområde startades under hösten 2022, där deltagarna har en erfarenhet av att ha varit patient eller närstående. Representanterna har fått en grundläggande utbildning i hur sjukvården styrs, utbildning i patientsäkerhet samt haft dialoger med sjukhuscheferna i Hässleholm och Kristianstad. De har deltagit i arbetet med riskanalyser, planering av ombyggnation på kirurgmottagningen samt akutmottagningen på CSK och varit med i framtagandet av informationsmaterial till patienter. Utöver detta har representanterna deltagit i intervjuer av patienter som flyttat många gånger under sin vårdtid samt deltagit i arbetet med att utveckla personcentrerad vård. Ett särskilt referensråd för barn- och ungdomar har startat under 2023 där verksamhetsområde barn- och ungdom är sammankallande och de båda nätverken samverkar i frågor som bland annat handlar om utom- och inomhusmiljön på CSK.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

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



Uppföljning av mål sker utifrån uppdraget till förvaltningarna som hälso- och sjukvårdsnämnden har fattat beslut om. Styrelserna i Kristianstad och Hässleholm har 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. Europeisk mätning utförd 2023, ingen nationell mätning aktuellt år.		

Markörbaserad journalgranskning (Kristianstad 15 och Hässleholm 10 journaler).	1 ggr/månad	SKR:s databas Signe
Punktprevalensmätning Basala hygienrutiner och klädregler – nationell respektive regional mätning.	2 ggr/år	SKR:s PPM databas, https://ppm.vantetider.se
Punktprevalensmätning Trycksår – nationell respektive regional mätning.	1 ggr/år	SKR:s PPM-databas, https://ppm.vantetider.se
Nationell patientenkät – vid nationell mätning samt vid extra mätningar som Region Skåne valt att delta i.	1 ggr/år	Nationell patientenkät, www.patientenkät.se
Data/indikatorer som ingår i uppdraget från hälso- och sjukvårdsnämnd följs upp i delårsredovisning och verksamhetsberättelse.	2 ggr/år	Regional statistik i QlikView Kvalitetsapplikation

Riskområden

Vårdrelaterade infektioner

Sjukhusstyrelserna Kristianstad och Hässleholm har fortsatt uttalat följt utvecklingen av vårdrelaterade infektioner. 2023 ersattes PPM VRI av den europeiska mätningen av VRI (ECDC). ECDC-mätningen visar VRI-förekomst (avser VRI med ursprung på nuvarande sjukhus) på 10 % för CSK (24 patienter) samt 10,4 % för Hässleholm (5 patienter). Som riskfaktor för VRI kan lyftas förekomst av KAD nationellt 21,8 %, regionalt 28 % samt för CSK 25 % respektive Hässleholm 15%. Sammantaget är bedömningen att det är svårt att göra för stora antagande på denna mätning på grund av litet patienturval lokalt och resultaten bör användas med försiktighet.

Delmål - Kristianstad				
Minska förekomsten av vårdrelaterade infektioner				
Indikatorer	IDnr	Målnivå	Utfall 2023	Utfall 2022
Vårdrelaterade infektioner (ppm)	ID0025	CSK ≤6 Övriga ≤4	ECDC	5,9%
Andel medarbetare med korrekt i samtliga 4 hygienrutiner	ID0014	>90%	86,2%	83,3%
Andel medarbetare med korrekt i samtliga 4 klädregler	ID0219	100%	96,0%	96,9%
Delmål - Hässleholm				
Minska förekomsten av vårdrelaterade infektioner				
Indikatorer	IDnr	Målnivå	Utfall 2023	Utfall 2022
Vårdrelaterade infektioner (ppm)	ID0025	CSK ≤6 Övriga ≤4	ECDC	23,1%
Andel medarbetare med korrekt i samtliga 4 hygienrutiner	ID0014	>90%	84,3%	80,2%
Andel medarbetare med korrekt i samtliga 4 klädregler	ID0219	100%	94,6%	96,1%

Punktprevalensmätning Basala hygienrutiner och klädregler (PPM-BHK)

Under 2023 genomfördes två punktprevalensmätningar avseende basala hygienrutiner och klädregler. En nationellt samordnad samt en regionalt i Region Skåne. Mätningen sker på samtliga mottagningar och avdelningar som träffar patienter. Observatörer från verksamheten observerar medarbetarnas följsamhet till fyra hygienrutiner och fyra klädregler.

CSK: Efterlevnaden till *Andel med korrekt i samtliga fyra klädregler* är på CSK 96,0 %. Det är en liten minskning sedan tidigare år. CSK når fortsatt över 99 % vad gäller följsamhet till tre av de olika klädreglerna: *fri från ringar, klockor och armband*, med *kort eller uppsatt hår* samt med *korrekta naglar*. Även den fjärde klädregeln *korrekt arbetsdräkt* är i de övre skalorna på 97,3 %. Sammantaget nås ej Region Skånes högt satta mål på 100 % i samtliga fyra klädregler.

Följsamheten till *Andel med korrekt i samtliga fyra hygienrutiner* är för CSK 86,2 %. Resultatet är lite högre än förra årets mätning. En reflektion som kan göras är om tillbakagången sedan tidigare mätning beror på mer medvetna mätare i kölvattnet av pandemin eller om det är en reell tillbakagång av att göra rätt.

I samtliga steg i hygienrutinerna gör man på CSK rätt i mer än 90 % av mätningarna. *Desinfektion av händerna efter patientkontakt* (94,1 %), *Desinfektion av händerna före patientkontakt* (91,5 %), *Korrekt användning av handskar* (97,1 %) och *Korrekt användning av plastförkläde* (96,9 %).

Hässleholm: Efterlevnaden till *Andel med korrekt i samtliga fyra klädregler* är på Hässleholms sjukhus 94,6 %. Det är en liten minskning sedan tidigare år. Hässleholm når fortsatt över 99 % vad gäller följsamhet till två av de olika klädreglerna: *kort eller uppsatt hår* samt med *korrekta naglar*. *Korrekt arbetsdräkt* är i de övre skalorna på 97,5 % och *fri från ringar, klockor och armband* hamnar på 97,9 %. Sammantaget nås ej Region Skånes högt satta mål på 100 % i samtliga fyra klädregler.

Följsamheten till *Andel med korrekt i samtliga fyra hygienrutiner* är för Hässleholms sjukhus 84,3 %. Resultatet är lite högre än förra årets mätning. En reflektion som kan göras är om tillbakagången sedan tidigare mätning beror på mer medvetna mätare i kölvattnet av pandemin eller om det är en reell tillbakagång av att göra rätt. I två av stegen i hygienrutinerna gör man på Hässleholms sjukhus rätt i mer än 90 % av mätningarna. *Korrekt användning av handskar* (98,3 %) och *Korrekt användning av plastförkläde* (95,0 %). Sammantaget är avsaknad av *Desinfektion av händerna före patientkontakt* (87,2%) den enskilda orsaken som mest påverkar det totala resultatet negativt.

Trycksår och riskbedömningar

För 2023 når CSK 76,6 % med andel patienter över 65 år som har riskbedömts avseende trycksår. Hässleholms sjukhus når 89,9 % med andel patienter över 65 år som har riskbedömts avseende trycksår. Det finns ytterligare arbete att göra för att nå målet för att fler än 95 % av riskpatienterna ska få en vårdplan i Melior. På CSK har 85,6 % av riskpatienterna över 65 år en vårdplan avseende trycksår och för Hässleholms sjukhus visar mätningen 83,2 %.

Delmål - Kristianstad				
Minska förekomsten av trycksår, fallolyckor, vårdrelaterade infektioner och undernäring				
Indikatorer	IDnr	Målnivå	Utfall 2023	Utfall 2022

Andel patienter 18 år och äldre med trycksår uppkomna under vårdtiden Kategori 2--4 (ppm)	ID0240	≤4	4,3%	5,8%
<i>Risikbedömning avseende trycksår</i>	<i>ID0021</i>	<i>>79,5</i>	<i>76,6%</i>	<i>76,5%</i>
<i>Vårdplan avseende trycksår</i>	<i>ID0223</i>	<i>>95</i>	<i>85,6%</i>	<i>89,5%</i>
Delmål - Hässleholm				
Minska förekomsten av trycksår, fallolyckor, vårdrelaterade infektioner och undernäring				
Indikatorer	IDnr	Målnivå	Utfall 2023	Utfall 2022
Andel patienter 18 år och äldre med trycksår uppkomna under vårdtiden Kategori 2--4 (ppm)	ID0240	≤4	0,0%	3,9%
<i>Risikbedömning avseende trycksår</i>	<i>ID0021</i>	<i>>79,5</i>	<i>89,9%</i>	<i>90,7%</i>
<i>Vårdplan avseende trycksår</i>	<i>ID0223</i>	<i>>95</i>	<i>83,2%</i>	<i>83,4%</i>

Punktprevalensmätning Trycksår

Under 2023 genomfördes en trycksårsmätning. CSK har 9,6 % sjukhusförvärvade trycksår och Hässleholms sjukhus 2,3 %. CSK når inte Region Skånes mål på 4 %. I förvaltningarna finns sårkoordinatorer som i samverkan med verksamhetsområde rehabilitering regelbundet samlar vårdmedarbetare för utbildning i trycksår och förebyggande av detta.

Fall och fallriskbedömningar

För 2023 når CSK 75,6 % avseende hur stor andel av patienterna över 65 år som har riskbedömts för fall. Hässleholms sjukhus når 89,3 % vilket innebär att målnivån där uppfylls. Under 2023 finns det totalt 328 fallincidenter journalförda i Melior för CSK samt 151 för Hässleholms sjukhus. Dessa incidenter har berört 262 unika patienter på CSK och 125 unika patienter för Hässleholms sjukhus.

CSK: De flesta fallincidenter har inträffat då patienterna förflyttat sig till eller från toaletten eller vid uppstigning från säng. Det vanligaste är att fallincidenterna sker utan att personal varit närvarande. De vanligaste orsakerna till fallen som dokumenterats är nedsatt balans, förvirring samt muskelsvaghet. De vanligaste konsekvenserna som fallincidenterna orsakat är sårskada (60), smärta (62), skallskada (7) och fraktur (3). Inga dödsfall relaterat till fall har dokumenterats. Vid 214 av fallincidenterna har patienten inga synliga skador.

Hässleholm sjukhus: De flesta fallincidenter har inträffat vid uppstigning från säng eller där patienterna förflyttat sig till eller från toaletten. Det vanligaste är att fallincidenterna sker utan att personal varit närvarande. De vanligaste orsakerna till fallen som dokumenterats är nedsatt balans, förvirring samt muskelsvaghet. De vanligaste konsekvenserna som fallincidenterna orsakat är sårskada (19), smärta (19), skallskada (7) och fraktur (1). Inga dödsfall relaterat till fall har dokumenterats. Vid 112 av fallincidenterna har patienten inga synliga skador.

Delmål - Kristianstad				
Minska förekomsten av trycksår, fallolyckor, vårdrelaterade infektioner och undernäring				
Indikatorer	IDnr	Målnivå	Utfall 2023	Utfall 2022
Riskbedömning avseende fall	ID0012	>79,5	75,6%	75,8%
Vårdplan avseende fallrisk	ID0013	>95	90,8%	91,6%

Delmål - Hässleholm				
Minska förekomsten av trycksår, fallolyckor, vårdrelaterade infektioner och undernäring				
Indikatorer	IDnr	Målnivå	Utfall 2023	Utfall 2022
Riskbedömning avseende fall	ID0012	>79,5	89,3%	90,1%
Vårdplan avseende fallrisk	ID0013	>95	87,0%	86,9%

Vidtagna åtgärder efter de 328 fallincidenterna:

	Avvikelse- rapport skriven	Blodtrycks- och puls- kontroll	Information till närstående	Läkarkontakt	Läkarundersökning	Röntgen	Sårömläggning	Suturer	Vårdplan fallprev. reviderad	Vårdplan fallprev. upprättad
CSK	156	131	24	165	47	36	40	4	73	74

Vidtagna åtgärder efter de 151 fallincidenterna:

	Avvikelse- rapport skriven	Blodtrycks- och puls- kontroll	Information till närstående	Läkarkontakt	Läkarundersökning	Röntgen	Sårömläggning	Suturer	Vårdplan fallprev. reviderad	Vårdplan fallprev. upprättad
Hässleholm	95	41	14	65	30	16	12	1	27	22

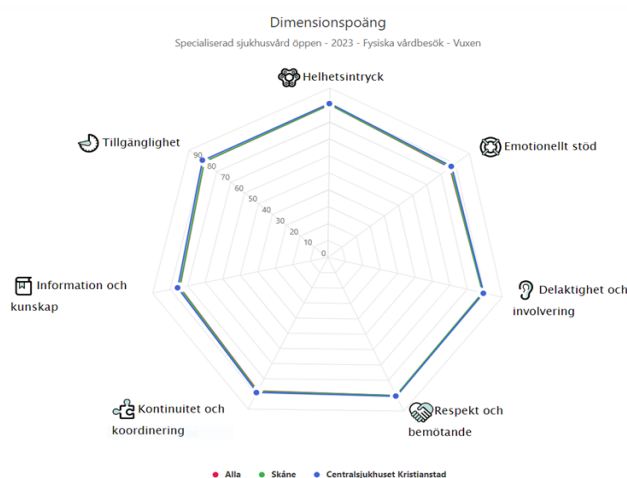
Undernäring och riskbedömningar

På CSK riskbedömdes ca 70,9 % av patienterna äldre än 18 år och på Hässleholms sjukhus 87,1 %. Av de patienter som identifierats som riskpatienter fick 83,2 % på CSK en vårdplan upprättad i journalsystemet och på Hässleholms sjukhus visar siffrorna 72,6 %.

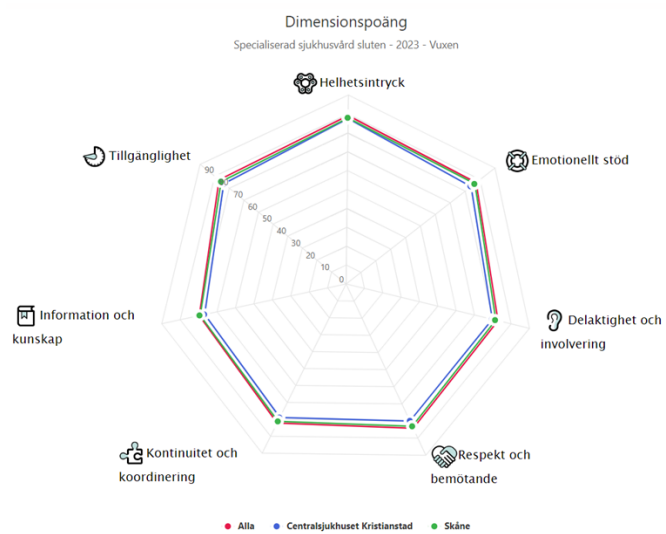
Delmål - Kristianstad				
Minska förekomsten av trycksår, fallolyckor, vårdrelaterade infektioner och undernäring				
Indikatorer	IDnr	Målnivå	Utfall 2023	Utfall 2022
Riskbedömning avseende undernäring 18 år och äldre (slutenvård)	ID0337	>79,5	70,9%	70,8%
Vårdplan undernäring 18 år och äldre	ID0338	≥95	83,2%	86,3%
Delmål - Hässleholm				
Minska förekomsten av trycksår, fallolyckor, vårdrelaterade infektioner och undernäring				
Indikatorer	IDnr	Målnivå	Utfall 2023	Utfall 2022
Riskbedömning avseende undernäring 18 år och äldre (slutenvård)	ID0337	>79,5	87,1%	87,7%
Vårdplan undernäring 18 år och äldre	ID0338	≥95	72,6%	74,3%

Nationell patientenkät

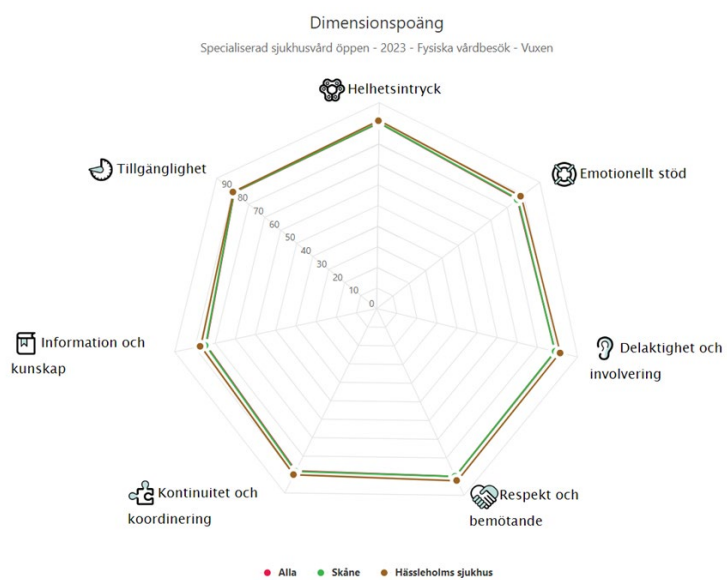
Nationell patientenkät genomfördes mars-april 2023. Enkäten vände sig till patienter som uppsökt både öppenvård och slutenvård på CSK och Hässleholms sjukhus. Utfallet för dimensionerna är enligt diagram nedan. Resultatet visas i jämförelse med nationellt och regionalt utfall.



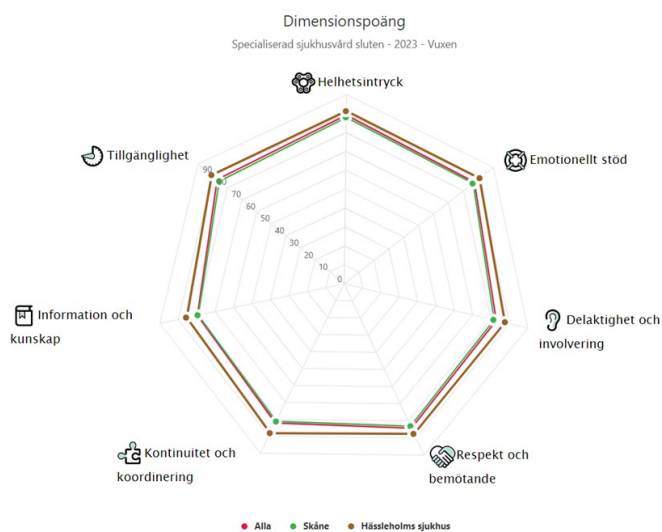
Figur 1 Utfall nationell patientenkät öppenvård CSK



Figur 2 Utfall nationell patientenkät slutenvård CSK



Figur 3 Utfall nationell patientenkät öppenvård Hässleholms sjukhus



Figur 4 Utfall nationell patientenkät slutenvård Hässleholms sjukhus

Punktprevalensmätning Aktuella läkemedelslistor

Under vecka 47 genomförde klinikapotekare runt om i Region Skåne punktprevalensmätningen Aktuella läkemedelslistor (tidigare mätningar gjordes 2017, 2018 och 2020). Vid mätningen stämde klinikapotekarna av läkemedelslistan i journalen (primärvård, slutenvård och specialistmottagning) med patienten, eller med annan person som sköter patientens läkemedelsbehandling i hemmet. Resultat från mätningen kommer att publiceras på www.vardgivare.skane.se och utgör en jämförelsegrund till kommande gemensamt journalsystem.

Öka kunskap om inträffade vårdskador

SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §
Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.



De allra flesta vårdskador upptäcks snabbt. Detta för att avvikelser koordineras centralt men också för det naturliga samarbetet mellan verksamheterna och Enhet patientsäkerhet när allvarliga händelser inträffar. Vikten av en snabb start av utredning efter en allvarlig händelse prioriteras alltid så att korrekta uppgifter ska kunna fås fram. Bearbetning av uppgifter och analys därefter medför ibland ett långvarigt arbete när det rör sig om komplexa fall med många inblandade. En mindre negativ händelse begränsad till ett verksamhetsområde utreds av en av verksamheten utsedd orsaksutredare.

Förvaltningarnas mål är att alla orsaksutredare ska ha gått utbildning i orsaksutredning.

En större negativ händelse med en möjlig vårdskada som följd utreds enligt metodiken händelseanalys (LÖF). För närvarande finns på övergripande nivå 6 personer med utbildning och erfarenhet av att leda händelseanalys varav 4 är timanställda tidigare medarbetare. Uppdrag att utföra en händelseanalys ges av chefläkare eller verksamhetschef.

Allvarliga händelser utreds oftast med händelseanalysledare på övergripande nivå. Ibland är medarbetare ute i verksamheten delaktiga i analysteamet. 2023 har arbete gjorts med analysteamet för att förtydliga arbetet med händelseanalyser för ökad effektivitet och bättre kvalitet. I korthet är syftet att större utredningar av negativa händelser, till exempel med flera inblandade verksamheter, ska ske sammanhållet genom att arbetet samordnas och koordineras av enhet patientsäkerhet. Responsen har varit positiv och upplevelsen är att utredningarna håller högre kvalitet med fler effektiva åtgärder på rätt nivå.

Inför 2024 kommer analysarbetet utvecklas mot att inkludera verksamheterna mer än tidigare. I korthet är syftet att större utredningar av negativa händelser, till exempel med flera inblandade verksamheter, ska ske sammanhållet genom att arbetet samordnas och koordineras av enhet patientsäkerhet. Responsen vid försök har varit positiv med ett stort engagemang av inblandade verksamheter och upplevelsen är att utredningarna håller högre kvalitet med fler effektiva åtgärder på rätt nivå. Verksamhetschef ska kunna ha rollen som uppdragsgivare och medarbetare ska ingå i analysteamet för att arbetet ska vara väl förankrat i verksamheten och därmed få mer genomslagskraft. Dokumentation av händelseanalyser sker i programmet Nitha. Det ger en möjlighet att dela resultat med vårdgivare i hela landet och därigenom lära av varandras brister.

Under 2023 har utredningar medfört att 15 fall anmälts till IVO enligt Lex Maria, 12 i Kristianstad och 3 i Hässleholm. Enstaka utredningar utöver dessa har gjorts där man inte kunnat påvisa någon vårdskada.

Identifierade riskområden gemensamt för de flesta händelseanalyser är:

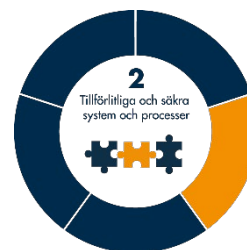
- **Rutiner och riktlinjer:** Avsaknad eller bristande kännedom om medicinska riktlinjer är ett återkommande problem. Kommer förbättras 2024 genom att åtgärder (uppdatering av rutiner / riktlinjer och att dessa kommuniceras ut i verksamheterna) följs upp som rutin vid återkoppling efter varje händelseanalys.
- **Informationsöverföring inom och mellan enheter.** Ska förbättras genom stärkande av teamfunktion med förtydligande av ansvar vid ronder och utbildning i SBAR vid rapport.
- **Patientens delaktighet i vården.** Bristande lyhördhet till information från patient och anhöriga har bidragit till inträffade vårdskador i flera analyser. Fokus kommer läggas på personcentrerad vård med information och material för diskussion i verksamheterna 2024.
- **Omgivning och organisation.** Utmaningarna inom vården idag med vårdplatsbrist, svårigheter att rekrytera personal, ekonomisk åtstramning och omsättning av chefer får följder. Utredning av vårdskada har i flera fall påvisat att organisatoriska brister bidragit till det inträffade. Under 2024 kommer dessa samband fortsatt lyftas till övergripande nivå.

Kunskapen utifrån utredningar av inträffade vårdskador sprids enligt enhet patientsäkerhets kommunikationsplan och genom enhet patientsäkerhet via olika nätverk och samverkansgrupper. En utredning av en allvarlig händelse innebär en betydande belastning inom verksamheterna. Därför har enhet patientsäkerhet tillsammans med HR-funktionen tagit fram dokumenten **stöd för chefer vid allvarlig händelse** och **stöd för medarbetare vid allvarlig händelse** och presenterat dem för verksamheterna.

Under året har enhet patientsäkerhet förstärkts med en legitimerad apotekare som delar sin tjänst mellan enhet läkemedel och enhet patientsäkerhet och kan bistå enheten och verksamheterna med utredning av händelser ur ett läkemedelsperspektiv.

Tillförlitliga och säkra system och processer

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



Läkemedelsavstämningar och läkemedelsgenomgångar

För att farmaceuter ska få genomföra läkemedelsavstämningar på sjukhusen ska man ha genomgått introduktionsutbildning enligt regional mall, under handledning av erfaren klinisk farmaceut. Processen för genomförande av läkemedelsavstämning är tydlig och arbetet, inklusive läkemedelsintervjuer, genomförs systematiskt med hjälp av beprövade instrument.

För att farmaceuter ska få genomföra läkemedelsgenomgångar på sjukhusen ska man minst ha genomgått introduktionsutbildning enligt regional mall, under handledning av erfaren klinisk farmaceut, och gärna ha en magisterexamen i klinisk farmaci. Processen för genomförande av läkemedelsgenomgångar är tydlig och arbetet, inklusive läkemedelsintervjuer, genomförs systematiskt med hjälp av beprövade instrument.

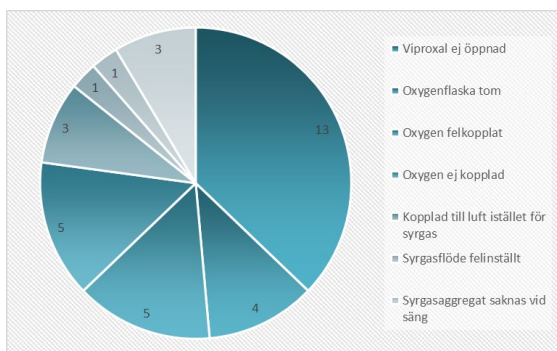
Klinikapotekarna får regelbunden kompetensutveckling via det regionala nätverket för klinisk farmaci. Regelbundna teamsmöten där verksamhetsprocesser bearbetas och diskuteras är viktiga för utvecklingen av arbetet. Utredningar som gjorts och nyheter som kan vara av vikt för alla delas i gruppen liksom patientfall och andra erfarenheter av intresse.

Avdelningsfarmaci – för förbättrad läkemedelshantering på vårdenhet

Avdelningsfarmaceuterna har under året blivit fler och bemannar nu de flesta av förvaltningarnas slutenvårdsavdelningar. Tillsammans arbetar man för att harmonisera arbetsprocesserna så att man arbetar så lika som möjligt, där så är möjligt. Skriftliga rutiner har tagits fram för att säkerställa reell kompetens om avdelningsfarmaceut har som uppgift att iordningställa och/eller överlämna läkemedel på vårdenhet.

Medicinska gaser

Under 2023 rapporterades totalt 35 avvikelser relaterade till medicinska gaser. Av dessa var 9 % (3 av 35) relaterade till att man givit luft i stället för syrgas vilket är ungefär på samma nivå som 2022. År 2023 var andelen avvikelser relaterade till att man glömt öppna ventilen på oxygenflaskan Viproxal® 37 % (13 av 35). Samtliga dessa avvikelser inträffade på CSK där den nya oxygenflaskan, Oyan®, implementerades först under hösten. I Hässleholm, som fick den nya flaskan på våren, rapporterades inga sådana avvikelser.



Figur 5 Avvikelser relaterade till hantering av medicinska gaser rapporterade i AvIC under 2023

Under 2023 har den centrala gasanläggningen genomgått en riskvärdering i enlighet med förordning om medicintekniska produkter (MDR) och en försäkran om överenskommelse har signerats av verksamhetschef för Område teknik. De lokala gaskommittéerna på de båda sjukhusen har haft regelbundna möten där deltagarna bland annat diskuterat resultat från årlig driftkontroll, farmaceutisk gasinspektion, inträffade avvikelser samt gasförbrukning och kapacitet. Årlig utbildning till gasansvariga har genomförts och informationsblad med viktig information har skickats ut vid behov.

Säker vård här och nu

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



Är vården säker idag

Sjukvård är en riskverksamhet och med en allt mer avancerad vård tillförs hela tiden nya risker samtidigt som möjlighet till behandling och bot ökar. Med en ökad riskmedvetenhet och riskminimerande åtgärder skapas förutsättningar för att hålla dessa på en låg nivå. Det speglas i den markörbaserade journalgranskningen som redovisas här nedan där, trots att siffermaterialet är litet och därmed osäkert, undvikbara skador stadigt sjunkit trots en allt mer avancerad vård.

I likhet med övriga landet brottas nordöstra Skånes två sjukhus med vårdplatsbrist sekundärt till brist på personal. Problemet förstärks av att vissa kommuner har svårt att ta emot färdigbehandlade patienter i behov av kommunal omsorg. Under perioder har detta varit ett stort problem framför allt på CSK. I perioder är antalet utlokaliserade patienter högt liksom antalet överbeläggningar.

Läkemedelshanteringen i sjukvården blir allt mer komplex och utvecklingen inom farmakologin och tekniken för läkemedelsleverans går fort. Utvecklingen påverkar arbetssätt där vi märker att man har svårt att hänga med i anpassningen till att allt fler patienter har multipla läkemedel. Införandet av farmaceuter och apotekare i sjukvården har avlastat sjukvårdspersonalen men medfört nya risker som bitvis inte har hanterats ännu. Likaså lämnar våra digitala system för läkemedelshantering mycket att önska.

Riskhantering

SOSFS 2011:9, 5 kap. 1 §, 7 kap. 2 § p 4

Sjukvården är att betrakta som en verksamhet, där risken för undvikbara skador, så kallade vårdskador, är stor. För att kunna förebygga vårdskador är det nödvändigt att identifiera de risker som finns i verksamheten och att arbeta utifrån ett riskmedvetet förhållningssätt. Detta förutsätter att det finns en god kännedom om den pågående verksamheten. Vårdgivaren har en lagstadgad skyldighet att fortlöpande bedöma om det kan uppstå risker i samband med förändringar som görs i verksamheten. Förändringarna kan röra vårdprocesser så väl som organisatoriska och fysiska förändringar. Dessa kan vara planerade eller förändringar som måste göras utifrån uppkomna situationer. Verksamheten ska uppskatta sannolikheten för att negativa händelser ska inträffa och bedöma vilka konsekvenser som kan 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.

Enhet patientsäkerhet är riskanalysledare på förvaltningsnivå samt genomför och stöttar verksamheter som saknar egna riskanalysledare. Det finns verksamheter som har egna riskanalysledare och där utför riskanalyser inom sina enheter. Riskanalyser görs med fördel tillsammans med att riskbedömning arbetsmiljö görs. Tillsammans med HR har det tagits fram en checklista som beskriver vem som har ansvar för att göra vad vid analyserna. Under 2023 genomfördes 40 riskanalyser både på verksamhetsnivå och på övergripande nivå där enhet patientsäkerhet deltagit.

Riskanalyser där enhet Patientsäkerhet varit delaktiga 2023

Ordinära riskanalyser CSK
- Flytt av bronkoskopi/EBUS-patienter från lungmottagning dagvård till mag- och tarmmottagning
- Inför sommaren 2023 på hematologiavdelning 123 med tillfälligt övertag av njurpatienter från njurmag-tarmavdelning
- Neddragning av vårdplatser inför sommaren 2023 på kardiologiavdelning 113/114
- Ombyggnation av gynekologimottagning
- Inför sommaren 2023 på gynekologimottagning
- Ombyggnation av gynekologimottagning - byggande av reception
- Riskanalys inför behovsanalys av ombyggnation av gynekologimottagning
- Ombyggnation av patientkök på urologi- och kärlavdelning
- Risk för längre väntetider och sämre tillgänglighet när barnoftalmolog slutar
- Öppna en lungobservationssal på lungavdelningen
- Inför sommaren på urologi- och kärlavdelningen
Ordinära riskanalyser Hässleholms sjukhus
- Vårda patienter nattetid på nattstängd akutmottagning
- Forth, fortsättning, fokus på fläktar

- Framskjutande av Forth, fortsättning
- Anestesisjuksköterskor arbetar 12 timmarspass under sommaren
- Ombyggnation av akutmottagningen
- Brist på kardiologer del av året
- Inför sommaren – hela sjukhuset
- Icke sjukvårdsutbildade operationsassistenter
- Anestesiläkare ersätter anestesisjuksköterskor
- Framskjutande av Forth, fortsättning
- Undersköterskor utbildas till rehab undersköterskor, utför arbetsterapeutuppgifter
- Konsekvenser av hyrstopp
- Införande av eLabs på sjukhuset
- Flytt av ortopedavdelning
- Dagoperationer av höftplastiker
- Undersköterska som vårdplatskoordinator
- Forth, arbetssätt
- Ombyggnation av rehabiliteringsavdelning
- Vård av medicinpatienter på ortopedavdelning
- Sammanslagning av medicin- och rehab avdelning
Förvaltningsövergripande riskanalyser
- Riskanalys avseende patientsäkerhet vid överflyttning av patient, SSNO, påbörjad 2022, slutförd våren 2023
- Införande av eLabs RS på CSK
- Riskanalys – Patientsäkerhetsrisk kopplat till hyrstopp för sjuksköterskor 15 januari 2024
- Korttidsboende på CSK, samarbetsprojekt mellan CSK, Region Skåne och Kristianstad kommun
- Införandet av nya måltidskonceptet
- Delning av förvaltningen
- Vårdplatser för ortopediska patienter (Hässleholms sjukhus)
Påbörjade ej slutförda innan årsskiftet
- Flytt av vårdavdelning till evakueringsavdelning på plan 13 inför byte av vårdtrumspanel
Regionala riskanalyser
- Automatisk uppdatering mot folkbokföring i Melior

Gröna Korset

Flera enheter använder sig av Gröna Korset för att bedöma patientsäkerheten i det dagliga arbetet och på så sätt hitta orsaker som kan medföra risk för vårdskada. Det rör sig om både vårdavdelningar och mottagningar, men även sekreterarenheter använder arbetssättet. Det digitala Gröna Korset har startats på flera enheter under året.

Markörbaserad journalgranskning

Vid CSK och Hässleholms sjukhus genomförs varje månad granskning av totalt 25 journaler (CSK 15, Hässleholm 10) utifrån SKR:s modell för Markörbaserad journalgranskning (MJG). Riktlinjen är att granskningen ska ske minst 30 dagar efter att patienten skrivits ut från det aktuella vårdtillfället. Således ingår inte hela 2023 års granskning i materialet.

Urvalet på 180 resp. 120 patienter per år ger en uppfattning om frekvensen och skadepanoramats på sjukhusnivå. Dessvärre är en jämförelse med tidigare år väldigt osäker eftersom SKR inte kräver att 2023 års inrapportering är klar förrän i april 2024. Således kan en säker jämförelse för 2023 göras först i mitten av 2024.

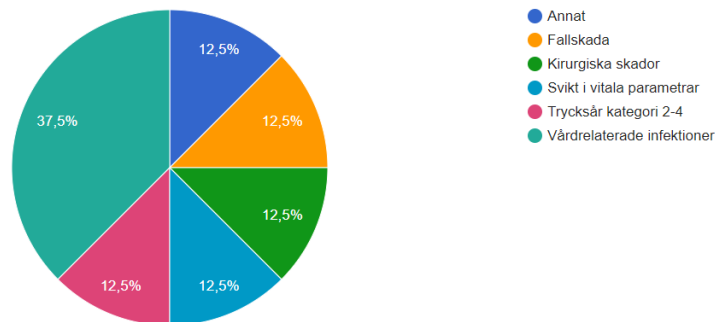
Antal och andel unika patienter med skada

	Antal unika patienter som granskats	Antal unika patienter med minst en skada	Andel unika patienter med minst en skada
CSK			
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	180	15	8,3%
2021	181	18	9,9%
2022	180	11	6,1%
2023*	120	8	6,6%
Hässleholm sjukhus			
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	120	20	16,6%
2021	120	14	11,6%
2022	119	5	4,2%
2023*	80	7	8,7%

*2023 avser data från januari-augusti

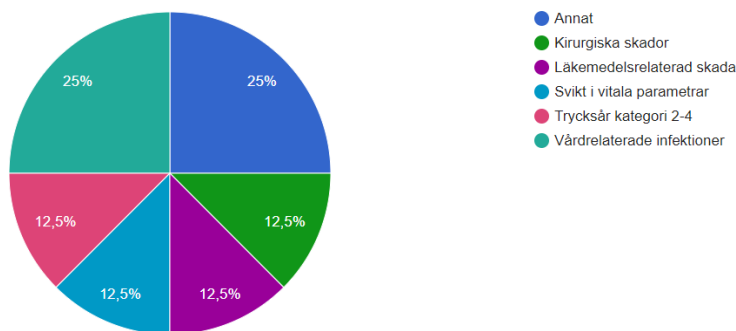
Den vanligast förekommande skadan är vårdrelaterade infektioner. Fördelningen mellan de olika typerna av skador under 2023 januari till augusti framgår nedan.

Andel skador per skadegrupp av totala antalet skador, Centralsjukhuset Kristianstad, från 2023-01 till 2023-08



Figur 6 Andel skador per skadegrupp av totala antalet skador, CSK

Andel skador per skadegrupp av totala antalet skador, Sjukhuset i Hässleholm, från 2023-01 till 2023-08



Figur 7 Andel skador per skadegrupp av totala antalet skador, Hässleholms sjukhus

Leveransproblem av läkemedel

Under året har det varit betydande problem med många och långa restsituationer för vanligt förekommande läkemedel. Då dessa leveransproblem kan leda till inadekvat eller försenad behandling är det viktigt att snabbt hitta lämpliga ersättningspreparat och säkerställa lagerhållningen av dessa. Detta hjälper avdelningsfarmaceuter, i dialog med ordinerande läkare och apoteksleverantör, till med utifrån information om rådande och förväntade restsituationer. Om rekommenderat ersättningspreparat ej är registrerat i Sverige kan avdelningsfarmaceut även stötta vid licensansökan. Förvaltningsövergripande läkemedelsansvarig läkare ansöker om förvaltningsövergripande licenser i de fall då regionala licenser inte finns eller hunnits med.

Stärka analys, lärande och utveckling

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



Avvikelser

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

Avvikelser som rör patientsäkerhet hanteras enligt det regionala regelverk som finns för Region Skåne. Varje verksamhetsområde har en patientsäkerhetssamordnare som verkar på enhet patientsäkerhet. Alla avvikelser som registreras på CSK och vid Hässleholms sjukhus koordineras av enhet patientsäkerhet.

Många verksamheter som har en god kultur att skriva avvikelser har särskilda roller utsedda att hantera och utreda avvikelser i avvikelssystemet. Patientsäkerhetssamordnarna stödjer verksamhetens medarbetare i deras hantering och utredning av enskilda händelser.

I och med att patientsäkerhetssamordnare koordinerar samtliga avvikelser i förvaltningen identifieras de avvikelser som rör fler än ett verksamhetsområde och dessa kan ges möjlighet att lyftas i Forum för patientsäkerhet. På så sätt kan planering, utredning och åtgärder vidtas på en övergripande nivå för att minska systemfel där olika verksamheter ansvarar för olika delar av patientens vård. Via chefläkare och chefsjuksköterskor kopplas identifierade risker med den regionala riskloggen. Avvikelser har även lyfts i olika samverkansforum eller specialistgrupper som upprättats exempelvis Enhet läkemedel samt sårkoordinatorer.

Allvarliga avvikelser utreds som händelseanalyser. Sedan 2023 finns en orsaksutredningsutbildning baserad på modellen för händelseanalys, utbildningen har lett till grundligare och bättre orsaksutredningar i AvIC och att färre händelseanalyser har varit aktuella. En grundlig orsaksutredning där man identifierar en kortare startsträcka innan analys av allvarliga händelser startar.

Under 2022 inleddes ett regionalt arbete med att ta fram ett nytt avvikelssystem. Förvaltningen har bistått med synpunkter på hur ett regionalt avvikelssystem kan bistå verksamheterna på bästa sätt. Detta arbete har fortsatt under 2023.

Registrering av avvikelser

Analys av registrerade avvikelser försvåras av att förvaltningen (SSNO) delades upp på två förvaltningar i avvikelssystemet AvIC, siffrorna blir inte exakt jämförbara med tidigare år då tidigare uttagssätt inte är känt. Nedanstående korta sammanställning inkluderar enbart patientsäkerhetsavvikelser (Pnt-) och baseras på de fasta klassificeringsval som finns i AvIC. Man kan välja flera orsaker och åtgärder per avvikelse. I sammanhanget kan nämnas att det ej blir tvingande att klassificera en avvikelse förrän den avslutas. De som är öppna är med andra ord ej klassificerade och det finns en risk för en eftersläpning med data för 2023.

CSK

På CSK registrerades 1964 avvikelser under året, en ökning med 20 % mot 2022. Av dessa händelseklassificerade 19 % som *vårdrelaterade*, 13 % gällde *informationsöverföring* och 11 % handlade om *läkemedel*. 38 % av avvikelserna var orsakade av *Process/rutin/riktlinje*, 23 % är klassificerade att bero på

organisationen och 18 % beror på *information/kommunikation*. 48 % av åtgärderna benämns som *information/kommunikation*. 19 % åtgärdas med *utbildnings och kompetensinsatser*. *Process/rutin/kommunikation* är den tredje vanligaste åtgärden (16 %). Konsekvenserna bedömdes i 32 % att *händelsen inte lett till någon konsekvens för patienten*, i 26 % av avvikelserna angavs *risk för vårdskada* och i 20 % ledde händelsen till *förlängd vårdtid*.

Hässleholms sjukhus

I Hässleholm registrerades 885 avvikelser 2023, en ökning med 26 % jämfört med föregående år. Precis som på CSK var majoriteten av händelserna klassificerade som *vårdrelaterade* (25 %), följt av *bedömning* (17 %) och 12 % handlade om *informationsöverföring*. Vid orsaksklassificeringen var *Process/rutin/riktlinjer* vanligast (31 %) följt av *information/kommunikation* med 23 % och *patient relaterat* (19 %). Vanligaste åtgärden var *information/kommunikation* (40 %), *Utbildning/kompetens* stod för 15 % av åtgärderna och *ingen åtgärd* för 14 %. Främsta konsekvensbedömningen var att händelsen inte lett till någon konsekvens för patienten (30 %), i 25 % av avvikelserna noterades en risk för vårdskada medan 13 % bedömdes ha lett till förlängd vårdtid.

Vid båda sjukhusen ses att händelser som inte lett till någon konsekvens ändå har registrerats, de flesta av dessa fall handlar om fallavvikelser utan skador. Under 2023 infördes sårkoordinatorer och det har skapats en för kännedomsgrupp, dock kan deras arbete analyseras och utvärderas först till kommande år.

Enhet patientsäkerhet

I förvaltningarna har verksamheterna fått stöd av enhet patientsäkerhet i att hantera avvikelser så att de blir utredda och åtgärdade. Något som har lett till goda resultat då det endast är ett fåtal äldre avvikelser som är outredda i AvIC. En viss eftersläpning kommer alltid att visas eftersom utdata visas när händelsen inträffade och ej när den registrerades. Flera verksamheter tar hjälp av patientsäkerhetssamordnare för regelbundna uttag av antal samt typ av avvikelser, även utbildningsenheten får ta del av inträffade avvikelser per enhet. De används bland annat av flera verksamheter som grund för scenarioträningar.

Modellen *Avvikelser för lärande* har funnits inom förvaltningarna CSK och Hässleholms sjukhus under några år och sedan 2023 inkluderas samtliga verksamhetsområden och består av workshops som baseras på avvikelser, orsaksutredningar och baseras på upprepade händelser inom flera verksamhetsområden.

Samverkan

Primärvården och kommunerna står för de allra flesta av samverkans avvikelserna som riktats mot CSK och Hässleholms sjukhus. I dessa avvikelser händelseklassificeringar är *informationsöverföringar* de vanligaste förekommande. Innehållsmässigt är de vanligaste händelseklassificeringarna *informationsöverföring mellan vårdgivare som upplevs brista* samt de medicinska bedömningarna.

Hjärtstoppgranskning

Redan 2022 påbörjade enhet patientsäkerhet med hjälp av HLR-samordnare en journalgranskning av samtliga vårdtillfällen där en patient fått ett hjärtstopp. Syftet med granskningen var, utöver att utvärdera HLR-kunskapen hos personal, att få en bild av vården när multisjuka, oftast äldre patienter, är inläggande. Följer man vitalparametrar som man ska? Har man tillräcklig utrustning och bra rutiner för att övervaka patienter när det behövs? Finns medvetenhet om rätt insatser på rätt vårdnivå i det patientnära arbetet?

Denna granskning fortsatte 2023, mera i närtid. Parametrar i granskningen är bland annat **följsamhet till**

NEWS enligt Region Skånes riktlinjer, **bevittnat/obevittnat hjärtstopp** och beslut om **behandlingsbegränsningar**. Resultaten av granskningen presenterades för verksamheterna redan efter granskningen 2022. Granskningen 2023 kommer efter sammanställning kommuniceras ut till verksamheterna med ytterligare följdfrågor och en mall för egen granskning av hjärtstopp i verksamheterna. Enhet patientsäkerhet påbörjar tillsammans med läkare från slutenvården och Etiska Rådet ett arbete kring hur och när behandlingsinriktningar, behandlingsbegränsningar och vårdnivå tas upp för diskussion och kommuniceras.

Avvikelse relaterade till läkemedelshandling

Enhet läkemedel har regelbundet samlat in och analyserat avvikelser relaterade till läkemedel varefter åtgärder och uppföljning planerats i samråd med Läkemedelsforum och Enhet patientsäkerhet.

Avvikelse identifieras:

- av klinikapotekare vid läkemedelsavstämning och läkemedelsgenomgång
- av avdelningsfarmaceuter i det dagliga arbetet på avdelning
- genom egenkontroll av läkemedelshandlingen som genomförs på enheterna
- genom avvikelshanteringssystemet
- i dialog med vårdpersonal och genom nätverk med fokus på läkemedel (läkemedelsansvariga läkare och sjuksköterskor, läkemedelsnätverk mm)

Åtgärder för att förbättra patientsäkerheten gällande läkemedel omfattar bland annat:

Läkemedelsavstämningar och Läkemedelsgenomgångar

- Läkemedelsavstämningar genomförs på akutmottagningen CSK, vardagar kl. 9-16, med syfte att i ett tidigt skede säkerställa en korrekt läkemedelslista för patienter som läggs in på sjukhuset.
- Läkemedelsavstämning genomförs inför elektiv operation på VO Ortopedi i Hässleholm i syfte att säkerställa en korrekt läkemedelslista och minska riskerna för patienterna i samband med operation.
- Läkemedelsavstämningar av patienters läkemedelslistor och tvärprofessionella (fördjupade) läkemedelsgenomgångar genomförs på utvalda vårdavdelningar (neurologi, kardiologi, medicin och neurologi-rehab samt, om möjligt, infektion, kirurgi och AVA) samt remitterade patienter.
- Kvarvarande läkemedelsrelaterade problem (LRP) kan remitteras till primärvården.

Informationsinsatser

- Regelbundna nätverksmöten och informationstillfällen med ansvariga inom läkemedelsområdet (läkemedelsansvariga ssk och läkare, enhetschefer, kontrollansvariga ssk, gasansvariga ssk, läkemedelsnätverk nordost samt läkemedelsgrupp på VO Barn CSK).
- Månadens läkemedelsinformation, med olika identifierade riskområden varje månad, har skickats ut till ansvariga inom läkemedelsområdet och lagts på enhet läkemedel Hemvist.
- Enhet läkemedel Hemvist uppdateras regelbundet med översiktlig information/nyheter, utbildningar, länkar, dokument mm relaterade till läkemedel och läkemedelshandling.

Utbildningsinsatser

- Läkare (inklusive AT-läkare) och sjuksköterskor har utbildats i läkemedelssystemen (Melior läkemedelsmodul och Pascal) och sjuksköterskor har utbildats i praktisk läkemedelshandling.
- Gasansvariga sjuksköterskor har utbildats i hantering av medicinska gaser.
- Utbildningsinsatser kring läkemedels säkerhet har genomförts i flera läkargrupper och AT-läkare har utbildats i Läkemedel och äldre.

- Undersköterskor med delegering att hantera läkemedel har fått utbildning i Melior läkemedelsmodul och praktisk läkemedelshantering.
- Läkemedelsansvariga sjuksköterskor (LASSK) har fått introduktion till uppdraget.

Instruktioner och rutiner

- Instruktionsfilmer för förbättrade rutiner vid iordningställande av antibiotika har publicerats i Lärportalen.
- Information om PiD Jourdos och avdelningsfarmaceuternas arbete har delgivits SVU-koordinatorer på CSK.

Uppföljning av åtgärder

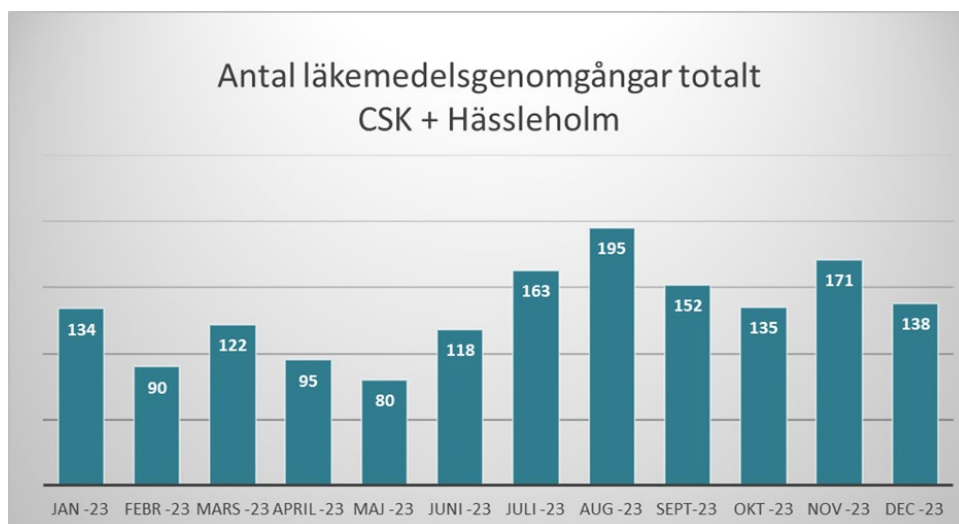
Antalet patienter som erhållit läkemedelsavstämning respektive tvärprofessionell läkemedelsgenomgång inom förvaltningarna CSK och Hässleholms sjukhus följs upp månadsvis.



Figur 8 Antal läkemedelsavstämningar totalt CSK + Hässleholm

Antal läkemedelsavstämningar	jan-23	febr-23	mars-23	april-23	maj-23	juni-23	juli-23	aug-23	sept-23	okt-23	nov-23	dec-23	2023
Centralsjukhuset Kristianstad	198	169	243	173	184	209	225	270	226	235	283	200	2615
Hässleholms sjukhus	90	51	121	98	148	102	75	71	98	98	120	102	1174
Totalt	288	220	364	271	332	311	300	341	324	333	403	302	3789

Figur 9 Antal läkemedelsavstämningar uppdelat CSK + Hässleholm



Figur 10 Antal läkemedelsgenomgångar totalt CSK + Hässleholm

Antal läkemedelsgenomgångar	jan-23	febr-23	mars-23	april-23	maj-23	juni-23	juli-23	aug-23	sept-23	okt-23	nov-23	dec-23	2023
Centralsjukhuset Kristianstad	61	59	104	89	67	90	98	132	113	90	123	78	1104
Hässleholms sjukhus	73	31	18	6	13	28	65	63	39	45	48	60	489
Totalt	134	90	122	95	80	118	163	195	152	135	171	138	1593

Figur 11 Antal läkemedelsgenomgångar uppdelat CSK + Hässleholm

Antalet läkemedelsavstämningar som görs på akutmottagningen, CSK, följs upp månadsvis.

Antal läkemedelsavstämningar	jan-23	febr-23	mars-23	april-23	maj-23	juni-23	juli-23	aug-23	sept-23	okt-23	nov-23	dec-23	2023
Akutmottagningen CSK	128	103	134	83	116	132	130	150	121	144	144	123	1508

Figur 12 Antalet läkemedelsavstämningar som görs på akutmottagningen CSK

Antalet läkemedelsavstämningar som görs inför elektiv ortopedi, Hässleholms sjukhus, följs upp månadsvis.

Antal läkemedelsavstämningar	jan-23	febr-23	mars-23	april-23	maj-23	juni-23	juli-23	aug-23	sept-23	okt-23	nov-23	dec-23	2023
Ortopediavdelning preop Hässleholm			50	60	75	17			32	22	28	14	298
Anestesi- och operationsavdelning Hässleholm					27	17			12	11	7	12	86
Totalt antal LMA inför planerade operationer			50	60	102	34			44	33	35	26	384

Figur 13 Antalet läkemedelsavstämningar som görs inför elektiv ortopedi, Hässleholm

Lärlarled utbildning i Melior läkemedelsmodul och aktuell läkemedelslista för läkare är obligatorisk för nyanställda läkare. Varje månad rapporterar verksamheterna in antalet nyanställda läkare (totalt 77 på CSK och Hässleholm tillsammans enligt rapportering) och antalet läkare anmälda till utbildningen (totalt 46 på CSK och Hässleholm tillsammans enligt rapportering). Att antalet läkare som anmäls till utbildningen är lägre än antalet nyanställda kan till exempel bero på att de gått utbildningen på annat sjukhus i regionen. Enhet läkemedel sammanställer antalet läkare som gått utbildningen (totalt 33 på CSK och 20 i Hässleholm). Även AT-läkarna (totalt 38 under 2023) har fått utbildning i läkemedels säkerhet, Melior läkemedelsmodul och aktuell läkemedelslista. Utbildning i Melior läkemedelsmodul är även obligatorisk för nyanställda sjuksköterskor men detta rapporteras inte in på samma sätt som för läkare. Under 2023 har totalt 19 sjuksköterskor gått utbildningen på CSK och 15 på Hässleholms sjukhus.

Klagomål och synpunkter

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

Med klagomål menas de ärenden som kommer från externa parter och som har klagomål eller synpunkter på vår verksamhet. Ett klagomål kan leda till att vårdskador upptäcks eller kan förebyggas. Den klagande kan vara patient, anhörig eller andra vårdgivare. Det inkommer även ärenden via Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Klagomål kommer via diariet till en funktionsbrevlåda som hanteras av enhet patientsäkerhet. Klagomålen och synpunkterna registreras i AvIC samt koordineras till berörd verksamhet. Om den klagande är patient eller anhörig får denne ett skriftligt bekräftelsebrev att klagomålet är emottaget. Varje verksamhet/enhet har ansvar för att utreda, åtgärda och besvara klagomålen.

Vanligaste orsaken till klagomål från patient och anhöriga gäller *bedömningar och behandling*. Här handlar det både om tid till bedömning/diagnos, att man tycker sig fått fel bedömning eller behandling. Andra vanligt förekommande klagomålskategorier är: *Bemötande, otrevlig, otydlig eller bristande kommunikation samt brister i tillgänglighet med väntan på operation eller svårighet att komma i kontakt med vården*. Klagomål från patient och anhörig kommer även in via Patientnämnden och IVO. Synpunkter från andra vårdgivare, såsom kommuner och privata vårdgivare, rör sig i de flesta fall om hantering av utskrivningsprocessen i Mina planer, uteblivna epikriser eller brister i läkemedelslistan/ordination.

Antal inkomna klagomål och synpunkter 2023

	Patient	Anhörig	Patient- nämnden	IVO	Kommun	Privat vårdgivare
Centralsjukhuset Kristianstad						
	19	27	16	8	180	41
Hässleholms sjukhus						
	11	6	6	3	88	10

Källa: AVIC

Öka riskmedvetenhet och beredskap

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



Den snabba utvecklingen av sjukvården kräver nya arbetssätt inom många områden, allt ifrån styrning till det patientnära arbetet. Anpassningar sker hela tiden men liksom i övriga samhället finns en tendens att förändrat arbetssätt till följd av utvecklingen släpar efter. För att öka takten i förändrat arbetssätt är riskanalyser av stor vikt, liksom en utvecklad samverkan och likriktning av arbetssätt.

Scenarioträning är oerhört viktigt både vad gäller kompetenshöjning i praktiska arbetsmoment och för att träna teamarbete och samverkan. Därför följs verksamheterna avseende detta som en del av patientsäkerhetsmål två. För att ytterligare understödja scenarioverksamheten har en närmare samverkan mellan enhet patientsäkerhet och Kliniskt träningscenter etablerats.

Läkemedelshantering är ett annat exempel på ett område där snabb utveckling sker och där nya risker kontinuerligt måste övervakas och hanteras. Det är ett av skälet till att enhet patientsäkerhet har förstärkts med en apotekare på 50 % och att läkemedelskompetens, som beskrivits ovan, tillförts i det patientnära arbetet. Förvaltningarnas utbildningssjuksköterskor bidrar också till att tillse att kompetens och praktiska färdigheter säkerställs i det patientnära arbetet.

Den allt mer avancerade sjukvården och de allt fler multisjuka patienterna kräver nya arbetssätt med bättre och närmare samverkan mellan medarbetare, olika specialiteter och mellan olika vårdgivare. Det kräver också att vi arbetar mot en nära vård med ett personcentrerat arbetssätt och med ett effektivt utnyttjande av befintliga resurser. Möjligen har detta arbete fått skjuts av erfarenheterna av pandemin då vi ser en intensiv utveckling. Som exempel kan nämnas hemsjukvårdsteam.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Utmaningar

En spännande medicinsk och digital utveckling sker samtidigt med stora omvärldsutmaningar som också påverkar vården. Våra system och arbetssätt behöver anpassas till den högintensiva och komplexa verksamhet som vården är idag.

Kompetensbrist är en stor utmaning som idag tär på medarbetare och chefer som gör sitt yttersta för att upprätthålla en god och säker vård. En modernisering av arbetssätt har visat sig vara framgångsrik både vad gäller att överbrygga kompetensglapp och när det gäller att skapa en god arbetsmiljö. Det är en spännande utmaning där vi kan göra mycket på det lokala planet med till exempel med förändrat arbetssätt i slutenvården där utvecklat teamarbete, moderniserat rondarbete och kompetensväxling är exempel på sådant som pågår. De lokala projekt som gjorts avseende förnyat arbetssätt har varit framgångsrika men utmaningen är utveckla och sprida vidare.

En utmaning för vården är den växande gruppen multisjuka sköra äldre och sjukvårdens bristande förmåga att ställa om till nära vård, vilket innebär att man i stället skickas till specialistvården för att exempelvis behandla en lättare infektion. Detta kan kopplas till patientsäkerhet då den gruppen ofta blir kvar längre på våra akutmottagningar i väntan på en vårdplats och där saknas de resurser att arbeta med förebyggande vård för exempelvis trycksår, nutrition, fall och samt att ge basal omvårdnad. Man har heller inte de resurser som krävs för att det ska bli en säker läkemedelsprocess, vilket är nödvändigt då många i gruppen har flera olika läkemedel, så kallad polyfarmaci.

Ytterligare en utmaning i dagens sjukvård och inom patientsäkerheten är kopplade till de mjuka värdena. Det handlar om frågor som gäller kultur, bemötande och patientinvolvering. Det handlar om att omvandla ett traditionellt hierarkiskt system med stort fokus på den enskildes kunskap till ett modernt system som kan hantera den komplexitet som sjukvården idag präglas av. De multisjuka patienterna utmanar den traditionella ”klinikstrukturen” där patienter riskerar att hamna mellan stuprören. De etiska frågorna behöver lyftas och professionella rum för dialog och reflektion måste skapas. Detta är områden som inte så enkelt låter sig mätas utan systematisk uppföljning måste ske i dialog. Likväl måste stort fokus läggas här.

Förvaltningschefernas beslut att fortsätta ett nära samarbete trots delningen av förvaltningen har inneburit utmaningar som dock genom en etablerad samverkansstruktur har kunnat hanteras under 2023. Under 2024 kommer CSK att få en ny förvaltningschef, under våren kommer före detta biträdande sjukhuschef att vara tillförordnad medan rekrytering pågår.

SKR har under 2023 lagt ner sitt patientsäkerhetsarbete vilket är en utmaning, tex vad gäller uppföljning av kvalitet eftersom PPM-mätningar och markörbaserad journalgranskning då försvinner. Arbete pågår att skapa en regional PPM-mätning omvårdnad som ska sjösättas under 2024. Det är oklart om och i så fall hur markörbaserad journalgranskning kommer att fortsätta i någon form regionalt eller nationellt. Dialog pågår inom våra två förvaltningar om och hur vi kan använda instrumentet för att följa vårt lokala arbete. Under 2026 kommer det nya journalsystemet att införas på våra två sjukhus vilket kommer att bli en utmaning. Under 2025 kommer ett nybildat Forum SDV att påbörja det lokala arbetet med implementeringen och de verksamhetsförändringar som kommer att krävas. Eftersom våra två förvaltningar är sist ut kommer vi förhoppningsvis att kunna dra nytta av lärdomarna från de andra förvaltningarna.

Mål och strategier

Ett intensivt arbete för att möta kompetensförsörjningen pågår både regionalt och på förvaltningsnivå och detta arbete måste fortsätta. Som exempel kan nämnas fortsatt arbete med att implementera och utveckla framtidens vårdavdelning. Sjukhusens arbete med utbildningssjuksköterskor/undersköterskor kommer att fortsätta utvecklas som ett led i att behålla kompetens.

Arbetet med personcentrerad vård kommer att fortsätta i båda förvaltningarna som har "Personcentrerat arbetssätt" som verksamhetsmål och detta kommer även att genomsyra arbetet inom patientsäkerhetsmålen.

Förvaltningens patientsäkerhetsmål inför 2024:

- Öka kompetensen inom systematiskt patientsäkerhetsarbete
- Öka säkerheten för ineliggande patienter med sviktande vitala funktioner
- Minska riskerna vid in-och utskrivningar samt vid flyttning av patient mellan vårdavdelningar
- Öka säkerheten i läkemedelsprocessen

När det gäller det systematiska patientsäkerhetsarbetet kommer vi att fortsätta att fokusera på att höja kvaliteten i våra orsaksutredningar genom utbildning och genom att samverka i utredningar. Det är ett icke patientrelaterat arbete som, om vi ska hålla hög kvalitet, måste involvera dem som arbetar närmast patienterna. Att göra det med kvalitet genom att höja kompetensen i orsaksutredning och att vid behov använda händelseanalys som instrument ger gedigna och verksamhetsförankrade utredningar som underlättar kopplingen till adekvata åtgärder och utvecklingsarbete. Samverkan i övergripande utredningar som hålls ihop av enhet patientsäkerhet har provats och har varit uppskattat. Vi ser också att detta arbetssätt bidrar till horisontellt samarbete och att mjuka värden såsom etik, personcentrering och patientsäkerhetskultur, så detta kommer att utvecklas vidare. Forum patientsäkerhet avser att fortsätta och utveckla vårt övergripande arbete kopplat till avvikelser där vi ser en stor vinst i att vi kan tidigt agera och sätta in stöd där det behövs, koppla ihop kompetens och understödja samverkan.

En förutsättning för att upprätthålla god patientsäkerhet är ett engagemang i läkarkåren. I våra två förvaltningar är de flesta verksamhetschefer icke läkare och har medicinskt ledningsansvariga som stöd. Forum patientsäkerhet har upplevt att man saknar en kontaktyta mot den medicinska professionen på ett övergripande plan. Ett initiativ till ett medicinskt patientsäkerhetsråd togs 2023. Under hösten hölls ett möte med medicinskt ledningsansvariga läkare och responsen var positiv. Förvaltningsledningarna har beslutat att ett sådant medicinskt patientsäkerhetsråd ska inrättas under 2024.

Eftersom patientsäkerhet måste genomsyra all verksamhet inom hälso- och sjukvård kommer målarbetet avseende patientsäkerhet framöver att knytas till förvaltningarnas mål i stället för att lyftas uti separata patientsäkerhetsmål och då följas upp i dialog med verksamheterna med koppling till den nationella handlingsplanen.

Läkemedel

Arbetet med hantering av risker kopplade till läkemedel måste fortsätta. Utvecklingen går snabbt, nya läkemedel och system för att hantera läkemedel tillkommer och vi kan förvänta oss fortsatta bristsituationer gällande läkemedel under 2024.

För att nå målet med korrekta läkemedelslistor och förbättrad informationskontinuitet planeras utbildningsinsatser till läkare i hur läkemedelsavstämning ska genomföras, följas upp och dokumenteras korrekt. För att säkerställa kvaliteten i läkemedelshandlingen och öka läkemedelskompetensen bland vårdpersonal planeras bland annat införande av avdelningsfarmaceut på IVA samt utbildnings- och informationsinsatser.

För att säkerställa rätt och säker lagerhållning och minskad kassation planeras införande av läkemedelsautomater under 2024, fortsatt arbete i Robusthetsprojektet enligt Regeringens tilläggsöverenskommelser (TÖK 1 och 2), översyn och ombyggnation av läkemedelsförråd på IVA, kris- och katastroföberedelser, införande av elektronisk hållbarhets- och kassationsuppföljning samt förberedelser inför införande av Framtidens läkemedelsförsörjning och övertag av läkemedels- och vätskevagnsservice i egen regi 2025.

BILAGA 1.

Patientsäkerhetsmål 1: Öka kompetensen inom systematiskt patientsäkerhetsarbete

Åtgärd	Syfte/mål (Varför?)	Genomförande (Vad?)	Tidplan (När?)	Ansvarig	Uppföljning	Status
Utbildning för orsaksutredare Fokusområde 1, 2	Förbättra kvalitet och ledtider för utredning av avvikelser rörande patient-säkerhet	Enhet patientsäkerhet tar fram utbildning. Utbildning till målgrupp ombud, orsaksutredare och chefer	Vår 2023 Höst 2023	Enhet patient-säkerhet	Fem utbildningar genomförda. Enkät visar goda omdömen	Pågående
Öka kompetensen inom systematisk patientsäkerhet hos medarbetare. Fokusområde 3,4	Ge medarbetare grundläggande kompetens inom systematisk patient-säkerhet genom att använda Socialstyrelsens utbildning "Säker vård" eller genom andra kompetenshöjande insatser inom området.	Översyn per verksamhetsområde Enhet patient-säkerhet erbjuder stöd till verksamheterna med utbildning i "Säker vård" text på APT. Tar upp i PS-dialoger med verksamheterna	2023-2024	Verksamhetschef Enhet patient-säkerhet	Ej genomfört Verksamheterna uppfattar utbildningen för omfattande	Avslutat
Fokusmånad "Systematisk patient-säkerhet" Fokusområde 3,4	Ge stöd och verktyg för att arbeta med kompetenshöjande insatser inom patient-säkerhet i den egna verksamheten.	Planering under 2023 Genomförande 2024	2024	Forum patientsäkerhet med stöd av kommunikation, utbildningsenhet och enhet läkemedel	Fokusmånader inplanerat under 2024	Pågående

Patientsäkerhetsmål 2: Öka säkerheten för inläggande patient med sviktande vitala parametrar

Åtgärd	Syfte/mål (<i>Varför?</i>)	Genomförande (<i>Vad?</i>)	Tidplan (<i>När?</i>)	Ansvarig	Uppföljning	Status
<p>Tillse att verksamheten uppfyller utbildningskraven för HLR enligt målbeskrivning för hjärt-lungräddning inom Region Skåne</p> <p><i>Fokusområde 3,4</i></p>	<p>Alla som vistas på sjukhuset ska i händelse av hjärtstopp erhålla adekvat omhändertagande.</p> <p>100% av sjukhusets medarbetare ska genomgå HLR-utbildning enligt målbeskrivning.</p>	<p>Verksamheterna ska ha HLR-instruktör med adekvat tid för sitt uppdrag och möjlighet att utföra utbildningar enligt målbeskrivning</p> <p>Undersöka möjlighet till återkommande övergripande utbildningstillfällen för att täcka in personal som anställs mellan verksamheternas egna utbildningstillfällen</p>	2023	<p>Verksamhetschef</p> <p>Enhet patientsäkerhet/ HLR-team</p>	<p>Målet ej uppnått</p> <p>Saknar möjlighet till att mäta måluppfyllelse</p>	Pågår
<p>Varje verksamhet kartlägger sitt behov av scenarioträning och utarbetar en plan för genomförande</p> <p><i>Fokusområde 3,4</i></p>	<p>Att höja kompetensen och skapa ett fungerande teamarbete i akuta situationer för ett tryggt och säkert omhändertagande av patient med sviktande vitala funktioner.</p> <p>Inom de verksamheter där scenarioträning är relevant ska en utarbetad plan för genomförande finnas.</p>	<p>Översyn per verksamhetsområde</p> <p>Arbetet ska utformas utifrån verksamhetens specifika behov och utifrån inträffade händelser, till exempel hjärtstopp</p> <p>Samverkansdialog mellan Practicum och enhet patientsäkerhet.</p>	2023	<p>Verksamhetschef</p> <p>Enhet patientsäkerhet</p>	<p>PS-dialog:</p> <p>Ökat antal enheter genomför scenario.</p> <p>Saknar möjlighet att mäta måluppfyllelse</p>	
<p>NEWS</p> <p><i>Fokusområde 3</i></p>	<p>Öka följsamheten till NEWS-rutinen.</p>	<p>Varje verksamhet utarbetar en handlingsplan för hur man förbättrar följsamhet till NEWS</p> <p>Följs genom journalgranskningar av hjärtstopp</p>	2023	Verksamhetschef	<p>Bättre följsamhet vid uppföljningsdialoger</p> <p>Färre NEWS-relaterade avvikelser</p>	
<p>Journalgranskning intrahospitala hjärtstopp</p>	<p>Att skapa ett systematiskt lärande och identifiera förbättringsområden utifrån patienter som sviktat i vitala</p>	<p>Markörbaserad journalgranskning av alla intrahospitala hjärtstopp</p>	2023	Enhet patientsäkerhet	Genomfört	Pågår

Fokusområde 4	funktioner och drabbats av hjärtstopp	Händelser som faller ut avvikelseanmäls och lämnas till verksamheten för utredning Sammanställning lämnas kvartalsvis ut till verksamheterna Identifierade systematiska brister kartläggs, kommuniceras och lämnas till adekvat nivå för åtgärd		Verksamhetschef Enhet patientsäkerhet Enhet patientsäkerhet	Aktivitetsplan utarbetad inför 2024	
----------------------	---------------------------------------	---	--	---	-------------------------------------	--

Patientsäkerhetsmål 3: Minska risker vid överflyttning av patienter

Åtgärd	Syfte/mål (<i>Varför?</i>)	Genomförande (<i>När?</i>)	Tidplan (<i>När?</i>)	Ansvarig	Uppföljning	Status
Fokusområde 2 Införa checklista vid flytt av patient	Underlätta för medarbetare att ta rätt beslut utifrån de olika rutindokument som finns och att överblicka att de åtgärder som ska vidtas vid flytt är genomförda.	Förslag utarbetat Remiss till vårdplatsforum för genomgång och förslag till beslut	Våren 2023		Genomfört Checklistan beslutad av FV-ledningarna Implementeras under 2024	
Fokusområde 3 Vårda patienten inom rätt specialitet för att minska antalet vårdplatsrelaterade flyttar	Minska antalet icke medicinskt motiverade flyttar och att utlokalisering sker med närhet till rätt specialitet.	Uppdrag till vårdplatsforum – utarbeta förslag utifrån vad som framkommit i riskanalys från 2022	2023		Vid uppföljning i dialog upplevelse av färre vårdplatsrelaterade flyttar	
Fokusområde 2 Rapporteringsrutin	Att det finns en likvärdighet i hur vi rapporterar och dokumenterar flytt av patient.	Lyfta den riktlinje som finns i alla olika forum	2023	Enhet patientsäkerhet	Pågående	