

Patientsäkerhetsberättelse för Helsingborgs lasarett År 2023



Datum
2024-02-02

Ansvariga för innehållet
Catharina Borna, Chefläkare
Carl Fredrik Carlson, Chefläkare
Eleni Ikonomidou, Chefsjuksköterska
Anna-Karin Strand, Chefsjuksköterska omvårdnad och vårdplatser
Johanna Thulin-Cederholm, Chefapotekare

Diarienummer
2024-0000144

Innehåll

SAMMANFATTNING	3
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	4
Engagerad ledning och tydlig styrning	4
Övergripande mål och strategier	4
Organisation och ansvar	4
Samverkan mellan vårdgivare för att förebygga vårdskador	5
En god säkerhetskultur.....	6
Adekvat kunskap och kompetens	6
Medicinsk etik	6
Informationssäkerhet	7
Patienten som medskapare	7
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	8
Öka kunskap om inträffade vårdskador	8
Tillförlitliga och säkra system och processer	8
Säker vård här och nu.....	9
Förvaltningens risklogg och kända risker	9
Allvarliga vårdskador under året	13
Åtgärder mot vårdplatsbrist	13
Stärka analys, lärande och utveckling	14
Avvikelser	14
Klagomål och synpunkter	14
Händelseanalyser	14
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	15
Bilaga 1. Egenkontroller kopplade till specifika mål för 2023. Resultat och analys.....	16
Bilaga 2. Egenkontroller som utförs för ökad patientsäkerhet som inte är direkt kopplade till specifika mål för 2023.	21
Bilaga 3. Handlingsplan för att minska vårdrelaterade infektioner Helsingborgs lasarett och Ängelholms sjukhus 2023.	
Bilaga 4. Patientsäkerhetsrisker 2023.	
Bilaga 5. Nära vård 2023 årsredovisning.	

SAMMANFATTNING

Patienternas upplevelse av sjukvården på Helsingborgs lasarett är generellt god. Enligt den nationella patientenkäten gav patienterna Helsingborgs lasarett helhetsbetyget 87/100. Helhetsbetyget belyser patientens upplevelse av vården som helhet, övergripande förväntansstyrda faktorer, upplevd effektivitet och upplevt utfall samt omhändertagande och trygghet.

Tyvärr präglas delar av vården av en ansträngd bemanningssituation vilket leder till väntetider och kvalitetsbrister. Patienternas upplevelser av vården är sämre på vårdenheter med hög belastning.

Beslut om stopp för hyrpersonal och stärkt följsamhet till arbetstidslagstiftning är i grunden bra men kommer sannolikt att få konsekvenser för tillgängligheten på kort sikt men hur och i vilken utsträckning går ännu inte att bedöma.

Patientsäkerhetsarbetet under det gångna året har fokuserat på att förbättra den basala omvårdnaden, minska smittspridning och vårdrelaterade infektioner, minska läkemedelsskador samt minska riskerna för skador i vårdens övergångar. Stort fokus har som tidigare legat på en god patientsäkerhetskultur. Medvetenheten om vikten av patientmedverkan för en förbättrad säkerhet har ökat.

Det systematiska riskförebyggande arbetet med uppföljning av avvikelser och användning av riskloggen som verktyg har fortsatt under året och kommer att fortsätta under 2024. En mer utförlig beskrivning av förvaltningens riskhantering finns i bilaga 4.

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

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

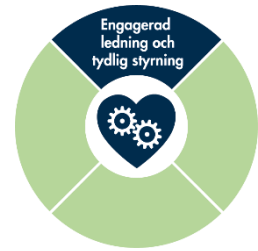
Engagerad ledning och tydlig styrning

Övergripande mål och strategier

Ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada.

Riskområden med tillhörande mål utgår från tre organisatoriska nivåer:

- Hälso- och sjukvårdsuppdraget
- Förvaltningens risklogg
- Verksamheternas egna riskområden



Organisation och ansvar

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

Verksamheternas patientsäkerhetsarbete sker med stöd av ett nätverk bestående av kvalitets- och patientsäkerhetshandläggare (KPH) och kvalitets- och patientsäkerhetsombud (KPO). Nätverket följer linjeorganisationen med en eller flera KPH per verksamhetsområde och en eller flera KPO per enhet. Nätverket har en central funktion i förvaltningens ledningssystem för patientsäkerhet när det gäller att planera, genomföra, följa upp/kontrollera samt förbättra kvalitet och patientsäkerhet. Som stöd finns också nätverk för läkemedel, hygien och etik.

Enheten för patientsäkerhet består av chefläkare, chefsjuksköterska, chefapotekare och handläggare.

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

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

Prioriteringar görs i huvudsak i patientsäkerhetsrådet.

I tabell 1 redovisas mötesstrukturen för patientsäkerhetsarbetet.

Tabell 1.

Nivå	Typ av möte	Samman- kallande	Syfte	Deltagare	Frekvens
Förvaltning	Patient- säkerhetsråd	Bitr. Förvaltnings- chef	Beslut om prioriteringar. Uppföljning av förvaltnings- övergripande mål.	Förvaltningschef Bitr. Förvaltningschef Förvaltningschef Ängelholm Chefläkare, Chefsjuksköterska Chefapotekare, Patientrepresentanter	Var 6:e vecka
Förvaltning	KPH-möten	Chefsjuk- sköterska	Informera. Planera – kontrollera – analysera - återkoppla	KPH Chefsjuksköterska ev. Chefläkare	1ggr/mån
Verksamhet	Patientsäkerhet	KPH	Resultat på verksamhetsnivå. Planera - kontrollera – besluta. (Gröna korset, AvIC, risklogg, handlingsplaner, mål.)	VC, KPH, patientsäkerhetsansvarig läkare.	1ggr/mån
Enhetsnivå	Patientsäkerhet	KPH/KPO	Resultat på verksamhetsnivå. Planera - kontrollera – besluta. (Gröna korset, AvIC, risklogg, handlingsplaner, mål.)	KPO, KPH, EC, medicinskt ansvarig läkare	1ggr/mån

Samverkan mellan vårdgivare för att förebygga vårdskador

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

I samverkan mellan sjukhusen i nordväst, privat och offentlig primärvård samt tio kommuner har följande aktiviteter genomförts:

- Definition av gemensamma mål och målnivåer.
- Månatlig presentation av uppföljningsdata inklusive återinskrivningar och utskrivningsklara per kommun.
- Direktkommunikationslinje som komplement till avvikelshanteringen.
- Gemensam rutin för antibiotika intravenöst i kommunal öppenvård.
- Direktlinje till specialistmottagningarna för kommunens sjuksköterskor.
- Auskultation för ca 15 personer (sjukhus, hemsjukvård, hemtjänst, biståndshandläggare) har genomförts.
- Farmaceutvalidering av samtliga dospatienters läkemedelslistor (Pascal) beslutad i Helsingborg.
- Handlingsplan för att minska återinläggningar påbörjad.
- Beslut om breddinförande av Mobila team närsjukvård med planerad utrullning i nordväst senast 1 juni 2024.

Nedanstående figur får illustrera övergripande strategi och mål för samverkansarbetet:



För fördjupning se bifogad presentation i bilaga 5.

En god säkerhetskultur

Patientsäkerhet är ett brett och komplext kunskapsområde. Förvaltningen har succesivt utvecklat flera framgångsfaktorer som bidragit till ökad riskmedvetenhet och patientsäkerhet.

Resultatet från medarbetarenkäten, hållbart säkerhetsengagemang (HSE) ger en temperaturmätning på upplevelser kring patientsäkerheten på arbetsplatsen och frågan om man skulle känna sig trygg om en närstående vårdades på arbetsplatsen ger en god uppfattning om läget. Majoriteten (78 %) känner tilltro till vården, 13 % varken eller och 9 % anser att det inte stämmer. Utvecklingen går åt rätt håll om än något långsamt.

Verktyg som används och främjar patientsäkerhetskulturen listas nedan:

- **Förvaltningens risklogg**
Riskerna identifieras i avvikelssystemet och loggas om de motsvarar allvarlig vårdskada med en återupprepningsrisk minst årligen. Dessa ligger till grund för vilka förvaltningsövergripande riskområden som prioriteras. Målen med riskloggen är bland annat att öka lärandet i organisationen samt minska fokus på enskilda individer i samband med en negativ händelse vilket bidrar till en ökad patientsäkerhetskultur.
- **”Träning” av avvikelser**
Varje vecka identifieras de allvarliga riskerna i avvikelssystemet och diskuteras i patientsäkerhetsenheten. I de flesta fall återkopplas dessa till verksamheterna för diskussion om allvarlighetsgrad och undvikbarhet och för att gemensamt bedöma behovet av riskminimerande åtgärder som ligger utanför verksamhetschefens ansvar och mandat.
- **Gröna korset** är ett verktyg för att på ett enkelt och strukturerat sätt medvetandegöra dagliga risker i det patientnära arbetet. Att dagligen diskutera risker och vårdskador ökar medvetenheten om verksamhetens risker men bidrar också till en ökad och tillåtande patientsäkerhetskultur.



Adekvat kunskap och kompetens

Enhet patientsäkerhet arbetar tillsammans med förvaltningens väletablerade KPH-nätverk för ökad kunskap och kompetens inom patientsäkerhetsområdet. Det systematiska arbetet med avvikelser ligger till grund för förvaltningsövergripande förbättringsarbeten där utbildningar i exempelvis riskläkemedel och omvårdnadsrundor kan nämnas. Att arbeta med förvaltningsövergripande enhetlighet kring riskmoment i samarbete med läkemedelnätverket, omvårdnadsnätverk, samt med enhet utbildning skapar ökad patientsäkerhet och större trygghet för den enskilde medarbetaren.



Medicinsk etik

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

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

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

Informationssäkerhet

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

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

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

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

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

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

Utbildningsaktiviteter har genomförts, bland annat har 256 medarbetare individuellt genomfört utbildningen *Säker informationshantering*. Utbildningen har också genomförts i grupp i samband med APT. Uppskattningen är att ca 1000 personer totalt har genomfört utbildningen de senaste två åren. För att öka genomförandegraden ytterligare är det önskvärt att utbildningen tas upp i samband med medarbetarsamtalen.

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

Den utvärdering vårdgivaren har genomfört enligt 3 kap. 18 § av skydd mot olovlig åtkomst till datornätverk och informationssystem

Redovisas regionalt.

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

Resultat för Helsingborgs lasarett och Ängelholms sjukhus, 2022 inom parentes:

- 214 (420) loggkontroller genomfördes varav 0 (6) var misstanke om intrång.
- 53 (67) procent av verksamheterna redovisade genomförda loggkontroller.

Patienten som medskapare

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

- **Förvaltningens övergripande projekt.**

Digitaliseringsplan. Genom att utöka e-tjänsterna på 1177.se skapas bättre förutsättningar för patienten att boka tider och kontakta vården. Sedan tidigare har patienterna god tillgång till sina journaler.

- **Patientmedverkan på ledningsnivå**

Sedan 2016 har det funnits patient- och närståenderepresentation i det lokala cancerrådet som sammanträder sex gånger per år. Patientrepresentant finns sedan 2019 med i förvaltningsledningen



och patientsäkerhetsrådet. Patientmedverkan förekommer också i varierande omfattning ute i de olika cancerprocesserna men också inom övrig somatisk slutenvård och öppenvård.

- **Patientutbildningscentrum**

Patientutbildningscentrums (PUC) verksamhet har i sin metodik en specifik kompetens som är en betydande del i patientsäkerhetsarbetet. PUC erbjuder förvaltningsområdets verksamheter kvalitetssäkrat stöd för att genomföra ändamålsenliga patient-, närstående- och personalutbildningar. Ökad kunskap ger patienterna bättre förutsättningar för delaktighet i vård, behandling samt hälsofrämjande egenvård.

Samverkan mellan vårdprofessioner och patienter är en förutsättning för god vård och förbättringsarbete i hela vårdförloppet. När patientutbildningar synliggör behov och brister i vård och behandling återkopplas detta till berörd enhet vilket främjar det preventiva patientsäkerhetsarbetet.

- **Risk och händelseanalyser**

I samband med utredning av vårdskador ombeds patient och anhörig att delta med synpunkter och förbättringsförslag i syfte att skapa en säkrare vård. Att involvera patienten ger sjukvården möjlighet att anpassa vården till patientens behov och därmed erbjuda en bättre vård.

- **Klagomålshantering**

Klagomålshanteringen innebär att patienterna tidigt kommer i dialog direkt med verksamheterna vilket är bra för de enskilda patienterna.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

Öka kunskap om inträffade vårdskador

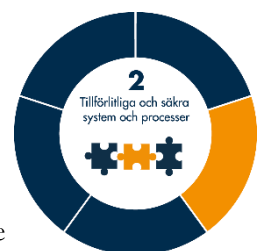
Genom ett gott och nära samarbete mellan enheten för patientsäkerhet och verksamheterna via olika nätverk sprids kunskapen om inträffade felhändelser och avvikelser. Tanken med chefläkare och chefsjuksköterska som stödpersoner och hjälpande händer i patientsäkerhetsarbetet gentemot enhets- och verksamhetschefer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



Tillförlitliga och säkra system och processer

Förvaltningens IT-system AvIC för hantering av avvikelser och klagomål är väl etablerat. Arbete i systemet sker via chefer i samråd med respektive enhets KPO och verksamhetsområdets KPH. De senare är del av ett effektivt nätverk för utbyte av erfarenheter och lärdomar i samarbete med förvaltningens chefsjuksköterska. Genom systematisk och regelbunden återkoppling sprids både risker och goda exempel snabbt genom KPH-nätverket till den egna verksamheten.

Kommunikationen är den viktigaste delen i systemet för att uppnå ökad kompetens och kunskap om den egna verksamhetens risker.



Säker vård här och nu

Förvaltningens risklogg och kända risker

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



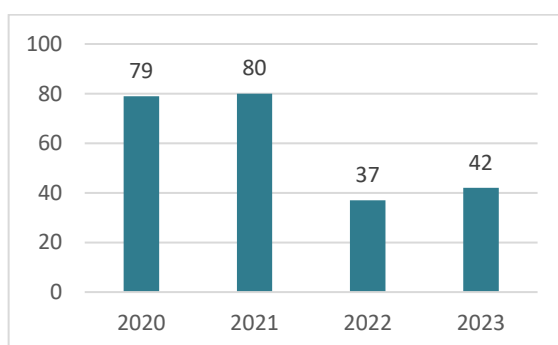
Fördjupad information om förvaltningens riskförebyggande arbete finns i bilaga 4.

Nedan redovisas riskförebyggande åtgärder för utvalda vårdskador och riskområden:

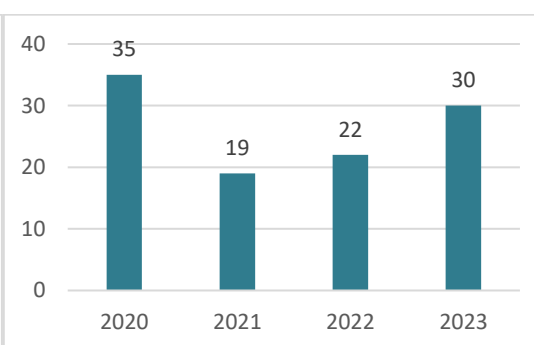
Vårdskador som kan kopplas till omvårdnad

Omvårdnadsrelaterade vårdskador som till exempel trycksår, fall, tromboflebit och överfylld blåsa har varit återkommande de senaste åren (se figur 1 och 2). Det finns flera bakomliggande orsaker till att omvårdnadsskador uppstår men arbetsmiljörelaterade faktorer som arbetsbelastning och utlokaliserade patienter påverkar omvårdnadsarbetet negativt. Till det kommer brister i säkerhetskultur samt brister i följsamhet till rutiner och bristande kompetens. En mycket lång väntetid till inläggning för sköra äldre på akutmottagningen bidrar till ökade omvårdnadsrisker och förlängd vårdtid.

Tromboflebit

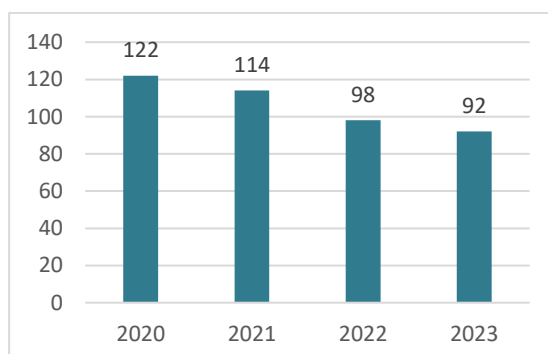


Överfylld blåsa

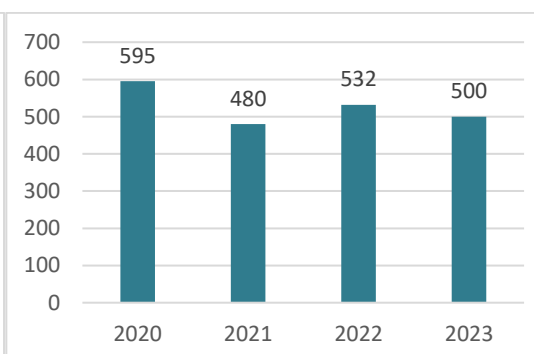


Figur 1. Antal patientavvikelser gällande tromboflebit och överfylld blåsa, Helsingborgs lasarett 2020–2023 (Källa: AvIC).

Trycksår



Fall



Figur 2. Antal nyttillkomna trycksår (exklusive kategori 1) och fall under vårdtid, Helsingborgs lasarett 2020–2023 (Källa: QV Melior Indikatorer).

Risikoförebyggande åtgärder:

En viktig åtgärd inom förvaltningen har varit implementering av omvårdnadsrundor. Grundprincip är den personcentrerade vården med ökad patientdelaktighet och ett mer personcentrerat arbetssätt med förstärkt teamsamarbete och gemensamma mål för det dagliga arbetet kring patienten. Arbetssättet innebär en målinriktad avstämning av omvårdnadsbehov varje timme utifrån ”SEUPP-konceptet”. Vid rundan förvissas man sig om att patientens personliga omvårdnadsbehov är tillfredsställda redan innan hjälp påkallas av patient. Syftet är att arbeta proaktivt och gå ifrån att åtgärda till att arbeta förebyggande.

SEUPP innebär kontroll av nedan enligt en speciell lista som signeras vid varje tillfälle:

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

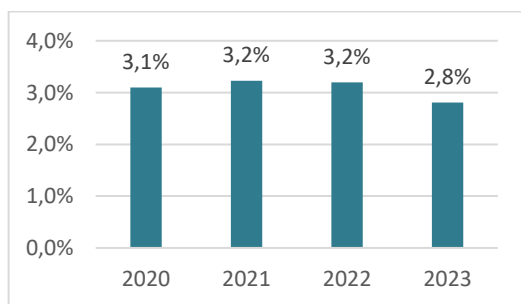
SEUPP är det viktigaste tillskottet i det förebyggande arbetet mot omvårdnadsrelaterade vårdskador.

Verksamheterna följer systematiskt upp omvårdnadsriskerna genom egenkontroll (Melior indikatorer) och lokala PPM 1–2 ggr/år. Syftet är att öka kunskapen och följsamheten till rutiner inom den egna verksamheten för att kunna åtgärda de brister som finns.

Införande av omvårdnadsledare under året tillsammans med omvårdnadsnätverket kommer att bidra till ett ökat stöd i omvårdnadsarbete.

Vårdrelaterade infektioner

Vårdrelaterade infektioner är relativt vanligt förekommande och utgörs framför allt av *post-operativa infektioner, kateterrelaterade urinvägsinfektioner och lunginflammationer.*



Figur 3. Andel vårdrelaterade infektioner, Helsingborgs lasarett 2020–2023 (Källa: Infektionsverktyget). Infektionsverktyget redovisar endast antibiotikabehandlade infektioner.

Risikoförebyggande åtgärder:

Till stöd för verksamheterna finns förvaltningens hygienråd som arbetar på uppdrag av förvaltningschefen. Hygienrådet har till uppgift att stödja verksamheternas arbete enligt nationella och regionala riktlinjer. Se handlingsplan för att minska vårdrelaterade infektioner, bilaga 3.

Som en del av det globala arbetet mot antibiotikaresistens genomför europeiska smittskyddsmyndigheten punktprevalensmätningar (ECDC) vart femte år på sjukhus i EU/EEA länder. Under våren genomförde Region Skåne denna mätning i syfte att kartlägga antibiotikaanvändningen och vårdrelaterade infektioner på sjukhus. Analys av resultaten pågår. När

analysen är klar kommer handlingsplanen för vårdrelaterade infektioner att uppdateras med eventuellt kompletterande riskminimerande åtgärder.

Läkemedelsrelaterade vårdskador

Läkemedelsrelaterade vårdskador är vanligt förekommande och förekommer i alla led: ordination, iordningställande, administrering och uppföljning.

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

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

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

I förvaltningen finns drygt 35 farmaceuter som stödjer sjuksköterskor med läkemedelshanteringen och läkare med utbildningar och läkemedelsavstämningar/genomgångar.

Försörjningsfarmaceuterna iordningsställer läkemedel till patienter som väntar på inläggning på akutmottagningen och detta görs alla dagar i veckan. En ny läkemedelsinstruktion för hantering av läkemedel för patienterna på eftervårdsavdelningen (EVA) har tagits fram.

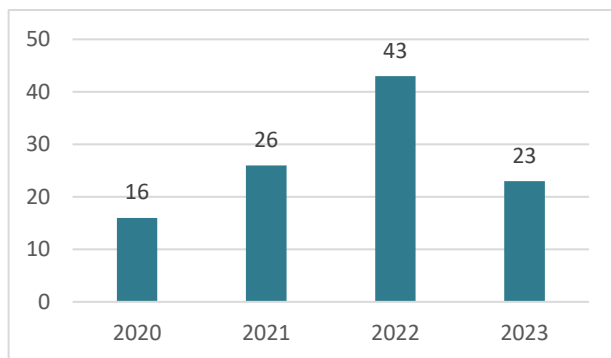
En kvalitetsinventering av alla läkemedelsförråd (56 st.) har gjorts och återkopplats till LASSK, enhetschef och verksamhetschef. De vanligaste bristerna gällde temperaturkontroll, hantering av narkotikaklassade läkemedel och avsaknad av brytdatum.

Det finns fortfarande stort behov att förbättra processen kring läkemedelssäkerheten vid ordinationer. Detta görs genom att vidareutveckla Skånemodellen (fokus på 75 år och äldre och minst 5 läkemedel) men också genom att utarbeta nya riktlinjer som inte tar hänsyn till ålder och antal läkemedel.

Läkemedelsavstämningar har prioriterats framför läkemedelsgenomgångar för att öka andelen korrekta läkemedelslistor under slutenvård och i samband med utskrivningar och vårdövergångar. Under 2023 gjordes 1638 läkemedelsavstämningar.

Utebliven syrgasadministrering

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



Figur 4. Antal syrgasrelaterade patientavvikelser, Helsingborgs lasarett 2020–2023 (Källa: AvIC).

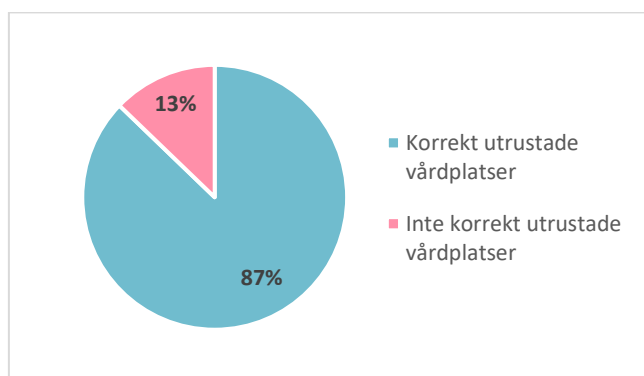
Risikoförebyggande åtgärder:

Under året har så kallade gasronder införts. Syftet med gasronderna är att öka kunskapen om medicinska gaser och därmed förhindra vårdskador. Målet är att alla vårdplatser ska vara korrekt utrustade enligt förvaltningsövergripande beslut samt att alla medarbetare ska ha tillräckliga kunskaper i gashantering.

I gasronden ingår bland annat. inspektion av vårdplatser, lokalt gasförråd, tryckvakt, skyltning samt syrgas/luft på akutvagn. Gasronden avslutas med en dialog och diskussion om förbättringsåtgärder tillsammans med gasombud och enhetschef. Gasronden genomförs av lokal gaskommitté och enheten för patientsäkerhet.

Gasronder genomfördes på sammanlagt 18 slutenvårdsenheter. Tolv vårdenheter uppvisade 100 % korrekt utrustade vårdplatser.

Vid uppföljande gasrond på de sex vårdenheter som initialt inte nådde målet var sammantaget 85 % av vårdplatserna korrekt utrustade.



Figur 5. Resultat gasronder på förvaltningsnivå.

En viktig riskminimerande åtgärd har utförts under senare delen av 2023 då samtliga syrgasflaskor av märket Viproxal bytts ut till syrgasflaska Oyan. Viproxal flaskan har förekommit frekvent i avvikelser och bytet förväntas minska antalet syrgasavvikelser väsentligt.

Bemötande, beteenden, kommunikation

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

Under året följande aktiviteter genomförts:

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

Allvarliga vårdskador under året

Ännu ett år har präglats av en extrem brist på vårdplatser. Detta har lett till en mycket hög belägningsgrad på vårdavdelningarna och en oacceptabel situation på akutmottagningen i Helsingborg.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har sedan 2022 ett pågående tillsynsärende av akutsjukvården på Helsingborgs lasarett. Tillsynsärendet är ännu inte avslutat då denna summering skrivs.

Förvaltningen anmälde en händelse enligt lex Maria som inte fanns registrerad i riskloggen sedan tidigare. Det gällde behandling med blodfettssänkande läkemedel (rosuvastatin) vid samtidig njurfunktionsnedsättning. Händelsen har diskuterats med Läkemedelsverket och har bedömts som sällsynt. Detta innebär att den inte uppfyller kriterierna för att loggas som en generisk risk i riskloggen. Utbildningsmaterial om riskläkemedel som skickas ut årligen till samtliga läkare har uppdaterats med säkerhetsinformation om rosuvastatin med anledning av händelsen.

Övriga anmälda händelser gällde samtliga kända generiska risker (vårdrelaterad infektion, försenad diagnostik av testistorsion, förväxling av läkemedel, medicinsk bedömning av utlokaliserad patient).

Åtgärder mot vårdplatsbrist

Flera åtgärder har under året vidtagits, påbörjats eller prövats för att möta bristen på vårdplatser. Ett fortsatt samarbete med primärvården och kommunerna har genererat nedgång av sökande till lasarettets akutmottagning samt underlättat samarbetet kring patienternas planerade hemgångar.

Arbetet med Mina planer har utvecklats under året genom avsatta resurser och sammanhållen organisation, tillsammans med kommuner och primärvård. Samsyn och bättre kvalitet för patienten i hemgångsprocessen har förbättrats.

Vidare har konsulttelefonlinjer från primärvården till specialistvården införts med gott resultat. En utökning av subakuta mottagningstider på specialistmottagningar bedöms också ha bidragit till att reducera antalet besök på akutmottagningen och minska behovet av inläggningar i slutenvård.

En beslutad sjukhusövergripande eskaleringsplan som styrs av vårdplatsbehovet har införts under året. Eskaleringsplanen ger en jämnare belastning för samtliga avdelningar och bidrar till att patienterna på ett bättre sätt kan koordineras till rätt specialitet.

Under året har sju EVA-platser permanentats som ett komplement för att avlasta akutmottagningsplatser. Samtliga specialiteter har tillgång till dessa EVA-platser.

Stärka analys, lärande och utveckling

Avvikelser

Risker för vårdskada samt händelser som har eller kunnat medföra en vårdskada rapporteras i AvIC. Avvikelserna utreds i verksamheterna men sammanställs och analyseras även på förvaltningsnivå. Generiska risker dokumenteras i riskloggen.



Klagomål och synpunkter

Klagomålen utreds inom respektive verksamhet. För varje enskilt klagomål görs det en bedömning av hur klagomålet ska hanteras beroende på allvarlighetsgrad.

Antal klagomål har ökat den senaste tiden vilket kan bero på ökad registrering i AvIC, ökad medvetenhet hos patienter men också på grund av ökade väntetider och belastning på akutmottagning/slutenvård (se tabell 2).

Framfört av	2020	2021	2022	2023
Patient	74	57	61	80
Närstående	45	28	33	46
Patientnämnden	38	49	39	89
IVO	13	15	24	23
Totalt	170	149	157	238

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

Brister i bemötande och kommunikation till patient eller närstående förekommer ofta i klagomålen. Det är inte ovanligt att klagomålen innehåller flera delar; att hänvisas vidare, bristande tillgänglighet, lång väntetid, uppskjuten behandling med mera beskrivs ofta tillsammans med dåligt bemötande samt bristande eller utebliven information. Varje verksamhetsområde har välfungerande rutiner för att tillsammans med KPH, sammanställa och sprida kunskap gällande verksamhetens klagomål men framför allt analysera och genomföra förändringsarbete för att möta patienternas behov och synpunkter.

Händelseanalyser

Sjukhuset har genomfört en större händelseanalys under året. Händelsen gällde ett brandtillbud på Helsingborgs lasarett.

Fler mindre händelseanalyser har genomförts på verksamhetsnivå.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Patientsäkerhetsarbetet för 2024 fokuserar fortsatt på att bli mer proaktivt och mindre reaktivt. Patientinvolvering och personcentrering måste öka för att minska risken för vårdskador och öka kvaliteten på vården.

Det viktigaste målet för det kommande året är att minska beläggingsgraden på vårdavdelningarna vilket i sin tur kommer att generera en lägre belastning på akutmottagningen i Helsingborg. Tillgängligheten till utredning och behandling för livshotande tillstånd måste säkerställas.

Fortsatt gäller att:

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

Kompetensförsörjning

Rätt kompetens på rätt plats i rätt tid kommer alltid att utgöra grunden i sjukvården.

Kompetensförsörjningen är den viktigaste åtgärden för att kunna erbjuda en trygg och säker vård. Den enskilde medarbetarens engagemang, medmänsklighet och kompetens är avgörande för framgång.

Handlingsplaner

Förvaltningen följer två handlingsplaner inom patientsäkerhetsområdet; handlingsplan för ökad patientsäkerhet samt handlingsplan för att förebygga vårdrelaterade infektioner. Under hösten har kommunerna, offentlig och privat primärvård samt sjukhusen i nordväst påbörjat arbetet med en gemensam handlingsplan för att minska återinläggningar.

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

Teambaserade ronder

Temabaserade ronder blir ett etablerat verktyg för att förbättra vården inom följande riskområden:

- Vårdrelaterade infektioner: **Hygienronder** genomförs sedan flera år var 18:e månad men deltagarna utvidgas nu med chefläkare och chefsjuksköterska.
- Gashantering: **Gasronder** genomfördes första gången 2023 och kommer nu att ske 1 gång/år och oftare vid behov.
- Läkemedel: **Läkemedelsronder** kommer att återupptas med början under våren 2024.
- **Omvårdnadsronder**: Startar under våren 2024 och kommer att ske i samarbete med verksamhetens medarbetare, KPO, KPH och enhetschef.

KPH-nätverket fyller 10 år

Förvaltningens nätverk av kvalitets- och patientsäkerhetshandläggare och ombud har bestått i 10 år trots de organisationsförändringar som genomförts i nordvästra Skåne. Nätverket har genom åren skaffat sig en bred och djup kompetens inom patientsäkerhetsområdet och utgör sedan flera år navet i förvaltningens patientsäkerhetsarbete. Den 21/5 firas 10-årsjubileum!

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

Indikatorer säker vård [ID NR]	Omfattning	Källa	Målnivå 2023	Strategi/Åtgärd	Utfall 2023 [2022]	Analys
Utlokaliserade patienter [ID0010]	Dagligen inom slutenvårdens samtliga verksamhetsområden	QlikView	< 0,5/100 vpl	Regionalt IT-stöd. Regional samordning av vårdplatser. Daglig styrning i Helsingborg. Förbättringsprojekt ”Akuta somatiska flödet”.	3,0 [4,5]	Målet nås inte men antalet utlokaliserade patienter har minskat vilket är positivt.
Överbeläggning [ID0128]	Dagligen inom slutenvårdens samtliga verksamhetsområden	QlikView	< 1/100 vpl	Se ovan	20,2 [14,0]	Målet nås inte Det föreligger en kraftig ökning av beläggningsgraden 2023 vs 2022, en stor andel av ökningen vårdas på akutmottagningen i väntan på vårdplats på avdelningen. Neddragning av vårdplatser på Ängelholms sjukhus får också effekter på Helsingborgs lasarett. Alternativa vårdformer har inte skalats upp i tillräcklig omfattning för att kompensera för brisen på vårdplatser.
Återinskrivning inom 30 dygn Helsingborgs lasarett* *Ersätter ID0091	Månadsvis	QlikView	< 12 %	En gemensam handlingsplan med kommuner och primärvård ska tas fram under 2025. Utökning av mobila team under senare delen av 2024.	13,6 % (jan-nov) [13,2 %]	Många patienter återinläggs inom 30 d och ca 40 % av dessa bedöms som undvikbara återinläggningar (baserat på journalgenomgång oktober 2021). Avgörande för framgång är tillgänglighet till läkarstöd för den kommunala primärvården. Förvaltningen har beslutat att tillämpa ett utfallsmått på återinläggningar som speglar den egna verksamhetens förmåga att undvika återinläggning vilket gör att jämförelse med ID0091 inte kan göras.

Indikatorer säker vård [ID NR]	Omfattning	Källa	Målnivå 2023	Strategi/Åtgärd	Utfall 2023 [2022]	Analys
Överflyttning av IVA patienter på grund av resursbrist [ID0438]	Dagligen	QlikView	< 2 %	Fyra intermediärvårdsplatser är nu i drift.	1,6 % [3,5 %]	Målet nås.
Utskrivningsinformation ett eller fler läkemedel [ID0306]	Månadsvis	QlikView	≥ 70 %	Följsamhet till regionala riktlinjer för utskrivningsinformation. Fickfolder till stöd och hjälp för läkare och vårdpersonal.	60,5 % [62,0 %]	Målet nås inte men de flesta verksamheterna uppvisar en hög måluppfyllelse. VO Barn tillämpar inte detta och VO Ortopedi använder sig av en alternativ utskrivningsinformation.
Riskbedömning avseende undernäring för patienter 18 år och äldre (slutenvård) [ID0337]	Följs upp kontinuerligt	QlikView	> 80 %	Fortsatt arbete med omvårdnadsrundor Daglig styrning och kontroll tex genom GK Adekvat kunskap och kompetens: God vård e-utbildning	65,7 % [65,7 %]	Målet nås inte. Anledningen kan vara utlokaliserade, överbeläggningar och eller okunskap samt brist på dagliga planering/uppföljning av omvårdnadsarbetet.
Vårdplan avseende undernäring för patienter 18 år och äldre med ökad risk för undernäring enligt riskbedömning [ID0338]	Följs upp kontinuerligt	QlikView	> 95 %	Se ovan	78,9 % [83,9 %]	Målet nås inte. Anledningen kan vara utlokaliserade, överbeläggningar och eller okunskap samt brist på dagliga planering/uppföljning av omvårdnadsarbetet

Indikatorer säker vård [ID NR]	Omfattning	Källa	Målnivå 2023	Strategi/Åtgärd	Utfall 2023 [2022]	Analys
Följsamhet till regler för basal hygien vid patientnära arbete [ID0014]	PPM BHK genomförs två gånger per år. Deltagandet är obligatoriskt för samtliga verksamheter som bedriver patientnära arbete.	QlikView PPM BHK resultat För de verksamheter som gör egna mätningar redovisas resultat inom enheten.	≥ 90 %	Information via Vårdhygien. Obligatoriska utbildning för all personal. Hygienronder var 18:e månad. Nationella och lokala PPM BHK.	73,8 % (vår) [78,0 %] 75,2 % (höst) [73,1 %]	Målet nås inte. Bristerna bedöms inte bero på kompetensbrist utan snarare på bristande ledning och kultur.
Följsamhet till regler för arbetskläder vid patientnära arbete [ID0219]	Se ovan	Se ovan	100 %	Se ovan	94,8 % (vår) [94,9 %] 96,2 % (höst) [95,1 %]	Målet nås inte. Se ovan
Fallriskbedömning för patienter 65 år och äldre [ID0012]	Följs upp kontinuerligt	QlikView	> 80 %	Fortsatt arbete med omvårdnadsrundor Daglig styrning och kontroll tex genom GK Adekvat kunskap och kompetens: - God vård e-utbildning	73,8 % [74,7 %]	Målet nås inte. Anledningen kan vara utlokaliserade, överbeläggningar och eller okunskap samt brist på dagliga planering/uppföljning av omvårdnadsarbetet
Vårdplan avseende fallrisk ska upprättas för patienter 65 år och äldre med ökad fallrisk enligt fallriskbedömning [ID0013]	Se ovan	QlikView	> 95 %	Se ovan	86,8 % [87,9 %]	Målet nås inte. Se ovan

Indikatorer säker vård [ID NR]	Omfattning	Källa	Målnivå 2023	Strategi/Åtgärd	Utfall 2023 [2022]	Analys
Riskbedömning avseende trycksår för patienter 65 år och äldre [ID0021]	Följs upp kontinuerligt	QlikView	> 80 %	<p>Fortsatt arbete med omvårdnadsrundor</p> <p>Daglig styrning och kontroll t.ex. genom GK</p> <p>Adekvat kunskap och kompetens: Att förebygga trycksår, undernäring och fall inom slutenvården</p> <p>Följsamhet till riktlinjer och vårdprogram: Regional riktlinje för prevention av trycksår Vårdprogram för trycksår</p> <p>Inventering och kvalitetsgranskning av madrass enligt regional riktlinje</p>	73,7 % [74,3 %]	<p>Målet nås inte.</p> <p>Anledningen kan vara utlokaliserade, överbeläggningar och eller okunskap samt brist på dagliga planering/uppföljning av omvårdnadsarbetet</p>
Vårdplan avseende trycksår för patienter 65 år och äldre med ökad risk för trycksår enligt riskbedömning [ID0223]	Se ovan	QlikView	> 95 %	Se ovan	80,3 % [83,0 %]	<p>Målet nås inte.</p> <p>Se ovan</p>

Indikatorer säker vård [ID NR]	Omfattning	Källa	Målnivå 2023	Strategi/Åtgärd	Utfall 2023 [2022]	Analys
Andel slutenvårdade patienter 18 år och äldre som har utvecklat trycksår kategori 1–4 under vårdtiden	PPM trycksår genomförs två gånger per år. Om PPM mätningen visar trycksår kategori 2 eller mer utförs lokala mätningar endast av respektive avdelning	QlikView PPM trycksår resultat		Se ovan	11,6 % (höst) [13,4 %] Ingen mätning under våren	Målet nås inte. Anledningen kan vara utlokaliserade, överbeläggningar och eller okunskap samt brist på dagliga planering/uppföljning av omvårdnadsarbetet Lokala mätningar redovisas inte här.
Andel slutenvårdade patienter 18 år och äldre som har utvecklat trycksår kategori 2–4 under vårdtiden [ID0240]	PPM trycksår genomförs två gånger per år Lokala mätningar – se ovan	QlikView PPM trycksår resultat	≤ 4 %	Se ovan	6,8 % (höst) [7,5 %] Ingen mätning under våren	Målet nås inte. Anledningen kan vara utlokaliserade, överbeläggningar och eller okunskap samt brist på dagliga planering/uppföljning av omvårdnadsarbetet
Komplikationer relaterade till perifer venkateter (PVK)	Lokal PPM PVK genomförs två gånger per år	Förvaltnings-specifik PPM AvIC	0 %	Fortsatt arbete med omvårdnadsrundor Daglig styrning och kontroll tex genom GK Adekvat kunskap och kompetens: Att förebygga tromboflebit i samband med PVK God vård e-utbildning Följsamhet till Regional riktlinje: Regional riktlinje för hantering av perifer venkateter (PVK) för vuxna	0,6 % (höst) [0,5 %] Ingen mätning under våren	Målet nås inte. En tromboflebit av totalt 158 PVK

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

Egenkontroll	Omfattning	Källa och ev. resultat
Hygienronder	Var 18:e månad samtliga verksamhetsområden	Protokoll, Vårdhygien
Avvikelser	Kontinuerligt Allvarliga generiska risker loggas i en risklogg.	Avvikelsesystemet Risklogg Resultat och analys under rubriken ”Avvikelser”
Patientens klagomål och synpunkter	Kontinuerligt.	Patientnämnden, IVO, diariet, avvikelsesystemet Resultat och analys under rubriken ”Klagomål”
Markörbaserad journalgranskning (sjukhusövergripande)	15 journaler/månad (slumpvis urval, samtliga berörda verksamhetsområden)	SKR:s databas, Signe
Loggkontroller	Enligt Region Skånes instruktion en gång per månad inom samtliga verksamheter. Personal ska slumpmässigt väljas ut varje månad för kontroll. Ett riktmärke är 10 % av personalen. Personal som slumpats fram ska granskas under minst 24 timmar.	Logg, journalsystem
Verksamhetsspecifika kvalitetsregister	Förvaltningen deltar i ett stort antal kvalitetsregister	Värden i siffror samt via resp. register
Gröna Korset	Ingår i det dagliga arbetet Sammanställs varje månad inom varje enhet och VO	Analog/Digitalt Grönt Kors
Säker vård		X-matrisen