

Patientsäkerhetsberättelse för Lasarettet i Landskrona 2023



2024-02-12

Jonas Tengsmar verksamhetschef VO Internmedicin

Lars Nilback verksamhetschef VO Planerade operationer

Anneli Brygt kvalitets- och patientsäkerhetshandläggare

Inledning

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 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	5
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	6
Engagerad ledning och tydlig styrning	6
Övergripande mål och strategier	6
Organisation och ansvar.....	7
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	8
Informationssäkerhet.....	9
Strålskydd	10
En god säkerhetskultur.....	10
Adekvat kunskap och kompetens	11
Patienten som medskapare	11
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	14
Tillförlitliga och säkra system och processer	18
Säker vård här och nu.....	18
Stärka analys, lärande och utveckling	19
Avvikelse	20
Klagomål och synpunkter	21
Öka riskmedvetenhet och beredskap	22

SAMMANFATTNING

Kort sammanfattning av året som gått till exempel viktiga åtgärder och resultat samt en blick framåt.

- Mobila Närsjukvårdsteamet i Primärvårdens regi, tillsammans med Landskrona kommun och Lasarettet i Landskrona, startade upp en pilotstudie i januari. Utfallet var lyckat. Beslut om att inkludera även Svalövs kommun har genomförts sedan den 28:e augusti. Vidare har det tagits regionalt beslut om en utvidgning av projektet med ytterligare två mobila närsjukvårdsteam, ett i sydost och ett i nordost.
- Pilot *Digital Överviktsmottagning* startade upp i januari där även överviktsmottagningen i Malmö är med i piloten. Region Stockholm har visat intresse för arbetet och var på besök till Lasarettet i Landskrona i slutet av augusti. Stockholmsteamet har redan beslutat sig för att delta i pilotprojektet med uppstart under hösten. Även Västra Götalandsregionen (VGR) har hört av sig och visat intresse.
- Ny utbildningslokal "Träningscentrum Lil" tas i bruk efter sommaren. Lokalen ska användas för all form av "hands-on"-utbildning och träning, exempelvis kopplat till HLR, brand eller venpunktion.
- Nya narkosapparater har köpts in och har installerats på operation. Vidare har sprutpumpar och syrgasflaskor bytts ut på hela sjukhuset. Samt ny övervakning på hela sjukhuset.
- Hjärtrehabiliteringen startade upp 230101 och kan nu erbjudas till alla internmedicinska patienter efter en hjärtinfarkt.
- Dietistverksamheten mot patienter på avdelningarna säkrades upp genom en nyrekrytering verksam från 230101. Ett pilotprojekt på vårdavdelning 2 startas upp 230821 med en s.k. "Omvårdnadsrund" på avdelningen; om utfallet bedöms lyckat kommer detta även att implementeras på övriga vårdavdelningar.
- Lungmottagningen har under våren påbörjat ett arbete för att startat upp en ny verksamhet för patienter med hemrespiratorer. Implementering 230801 möjliggör för Sus Lund att remittera över de lungpatienter som bor i Landskrona med omnejd och som tidigare gått på Sus Lunds lungmottagning.
- VO Internmedicins interna föreläsningar av läkare inom internmedicin har kompletterats under VT-23 med föreläsning/utbildning av medicinsk fotvårdsspecialist i ämnet "Sårbehandling", samt till HT-23 med föreläsning av dietist i ämnet "Sjukvårdsnutrition" vilket riktar sig främst till personal på vårdavdelning.
- Införande av elektroniskt lab. beställning har succesivt införts under hösten i både öppen och sluten vård, detta kan ses som ett steg i förberedelser inför kommande start av SDV.
- Ytterligare en kurator anställdes under hösten, vederbörande skall främst arbeta mot öppenvården inklusive akutmottagningen. Fokus skall vara ett stöd mot patienter och anhöriga.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

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 §

Region Skåne arbetar utifrån en tillitsbaserad ledningsfilosofi. Det betyder mindre detaljstyrning och istället fokus på att bygga en tillåtande kultur och att underlätta för medarbetarna att vara delaktiga.

Förvaltningen Lasarettet i Landskrona ska ha en platt och delegerande organisation byggd på tillit, med medarbetarinflytande och tydligt mandat för verksamhetschefer och första linjens chefer. Förvaltningens fokus är kärnverksamheten – patienterna.

Lasarettet i Landskrona har att förhålla sig till bland annat lagar, nationella föreskrifter, regionala mål, policyer och budget. Tillsammans utgör dessa en ram som reglerar förvaltningens verksamhet samt ger signaler om hur den bör inriktas för att skapa en god kvalitet. På regional nivå styr regionfullmäktige genom att besluta om mål och budget, planer, policyer och andra dokument som ger signaler samt anger inriktningen och kvaliteten för verksamheten. De övergripande målen redovisas i bilden nedan.



Bild 1. Övergripande mål för Region Skåne

Därutöver finns för sjukvården särskilt definierade uppdrag och mål som följs upp med hjälp av kvalitetsindikatorer.

Vision, verksamhetsidé, mål och strategier för sjukhusstyrelsen ska utgöra grunden i verksamheternas arbete med verksamhetsplanering och uppföljning. Verksamhetsplanen tas fram i varje verksamhet tillsammans med medarbetarna och i denna identifieras områden som väsentliga att arbeta med för att utveckla verksamheten. Det är verksamhetschefen som beslutar vilken/vilka ledningsnivåer som tar fram verksamhetsplaner.

Region Skåne har även arbetat fram en regional handlingsplan för ökad patientsäkerhet som anger de regionalt övergripande principerna, prioriteringarna och målen för ökad patientsäkerhet. Denna plan har sedan brutits ner i en förvaltningsövergripande plan för åren 2021–2024. Under

denna tidsperiod har Lasarettet i Landskrona tillhört Sus förvaltning och har därmed varit inkluderade i aktiviteter och åtgärder. Flertalet av aktiviteterna i planen har genomförts och en revidering påbörjades därför under hösten 2023. Exempel på genomförda åtgärder:

- Enhet patientsäkerhet och chefläkarna uppdaterar stödfrågorna för patientsäkerhetsronderna samt gör i samverkan med verksamheterna en översyn av formerna för genomförandet av patientsäkerhetsronderna.
- Styrgrupp patientsäkerhet kompletteras med verksamhetschef/-er från fler verksamhetsområden i syfte att ytterligare stärka förankringen i verksamheten. Lasarettet i Landskrona ingår i styrgruppen.
- Styrgrupp patientsäkerhet kartlägger vilka informationskanaler som ska användas för olika typ av information till och från styrgruppen, samt beskriver dessa
- Arbetsgrupp för integrering av patientsäkerhets- och arbetsmiljöprocesser bestående av representanter från HR förvaltningsövergripande, Avdelning kommunikation samt Avdelning vårdutveckling och säkerhet, fortsätter arbetet bland annat med översyn av inom områdena förekommande mallar, checklistor och modeller. Arbetsgruppen rapporterar kontinuerligt till styrgrupp patientsäkerhet
- Förvaltningen inför ett eller flera patient- och närstående råd där patientrepresentanter och verksamhetsledning deltar i syfte att delge varandra information och ge möjlighet för patientrepresentanter att vara delaktiga i och ha inflytande på verksamheten.
- Enhet patientsäkerhet och chefläkarna tar fram en modell för hur patienter och närstående kan medverka i förvaltningens riskanalyser.

Organisation och ansvar

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

Lasarettet i Landskrona är indelat i verksamhetsområden (VO) med stödfunktioner organiserade i avdelningar. Varje verksamhetsområde har en verksamhetschef som har det övergripande ansvaret för verksamheten och för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Verksamhetschefen har alltid det samlade ledningsansvaret men får uppdra åt annan att fullgöra enskilda ledningsuppdrag, till exempel medicinskt ledningsansvar. Varje verksamhetsområde ansvarar för en ändamålsenlig organisering och dokumentation av det medicinska ledningsansvaret.

Organisation och ansvar för patientsäkerhetsarbetet inom Lasarettet i Landskrona följer förvaltningens linjeorganisation med stöd av resurspersoner. Varje verksamhetsområde strukturerar och organiserar patientsäkerhetsarbetet på det sätt som är bäst lämpat utifrån verksamhetsområdets förutsättningar. Förvaltningschefen har det övergripande ansvaret för förvaltningens patientsäkerhetsarbete och dess ledningssystem. Chefläkare och patientsäkerhetshandläggare är förvaltningsledningens representant för patientsäkerhetsfrågor och bevakar dessa frågor i förvaltningens ledningsgrupp. 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.

Styrgrupp patientsäkerhet (Sus) som Lasarettet i Landskrona har en representant i, sammankallas och leds av chef för avdelning strategisk vårdutveckling och säkerhet. *För övrigt består gruppen av*

chefläkare, chefsjuksköterska, verksamhetschefer, chef för enhet patientsäkerhet, medarbetare från enhet patientsäkerhet, enhetschef för HR förvaltningsövergripande samt representanter från samtliga sjukhus i förvaltningen. Styrgruppen har som syfte att uppmärksamma och bevaka patientsäkerhetsrisker samt ge förslag till och planera åtgärder för att förbättra och bevara patientsäkerheten inom Skånes universitetssjukvård. Styrgruppen driver och utvecklar förvaltningens patientsäkerhetsarbete genom ett strategiskt och systematiskt arbetssätt.

Enhet patientsäkerhet, inom avdelning strategisk verksamhetsutveckling och säkerhet, ansvarar tillsammans med chefläkarna för att stödja förvaltningsledning och verksamheter i det strategiska och systematiska patientsäkerhetsarbetet. Nätverk patientsäkerhet kommunicerar och samverkar i patientsäkerhetsfrågor i syfte att stärka och utveckla samarbetet och kunskapsutbytet inom området och att identifiera goda exempel och förbättringsåtgärder. Gruppen sammankallas och leds av medarbetare från enhet patientsäkerhet. Gruppen består av verksamhetsnära representanter från samtliga av förvaltningens sjukhus.

Vårdhygien är Region Skånes expertfunktion för arbetet med att förebygga vårdrelaterade infektioner och risken för smittspridning i vården. Enheten är organiserad under verksamhetsområdet Klinisk mikrobiologi och vårdhygien inom förvaltning Medicinsk service. Lasarettet i Landskrona har ett hygienråd.

Det regionala vårdhygieniska arbetet samordnas inom Hygienkommittén. I förvaltning Medicinsk service finns även Smittskydd Skåne som arbetar för att minska smittöverföring till och mellan människor. Smittskydd Skåne uppmärksammar och informerar om misstänkta sjukdomsfall och nya smittor. Verksamheten ansvarar även för att ge allmänheten råd och upplysningar i smittskyddsfrågor. Även Strama Skåne är knutet till samma förvaltning. Strama Skåne är ett nätverk med uppdraget att bevara antibiotika som effektivt läkemedel och minska risken för resistensutveckling.

I förvaltning Medicinsk service finns även Practicum Clinical Skills Centre som är Region Skånes regionala organisation för klinisk färdighetsträning och medicinsk simulering.

Patientnämnden Skåne tar emot synpunkter och klagomål på offentligt finansierad hälso- och sjukvård, tandvård och kommunal vård. Nämnden informerar om patientens rättigheter och om vilka andra myndigheter patienten kan vända sig eller anmäla till vid behov. Man analyserar inkomna synpunkter och klagomål som bidrar till kvalitetsutveckling och utvecklar patientsäkerhet.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Remisshantering

Totala inflödet av remisser och egen vårdbegäran under 2023 har minskat marginellt (43 stycken) jämfört med 2022. Nuvarande inflöde är att betrakta som ett normalläge. Regionala rutiner för remisshantering finns och uppdaterats kontinuerligt. När det finns avvikelser från praxis och tillämpningsanvisningar, tas kontakt med berörd verksamhet för möte och genomgång av rutiner

Samverkan vid utskrivning

Det pågår ett kontinuerligt arbete med att stärka kunskaper hos medarbetare om utskrivningsprocessen och vikten av samverkan mellan slutenvård, kommunal vård/omsorg och regional primärvård. En checklista med syfte att inget ska förbises kring informationsöverföringen i samband med utskrivning från slutenvård används på vårdavdelningarna. Under pågående omställning till Nära vård fortsätter arbetet med att öka kunskaper om personcentrerad vård och patientdelaktighet i samverkan mellan olika huvudmän och vad vi gemensamt kan göra.

Samverkan med Vårdhygien

Hygienronder på vårdenheterna liksom de årliga patientsäkerhets- och vårdhygiendialogerna utförs. Hygienrådet Landskrona är åter igång och har kompletterats med Regionservice. Vi tar del av arbetet som Sus vårdutvecklare har med Vårdhygien Skåne kring produktion av korta informationsfilmer i infektionsförebyggande syfte.

Samverkan sårbehandling

En sårkonsultfunktion finns stationerad på medicinmottagningen som vårdenheterna konsulterar. Sårkonsultfunktion sker med primärvården och övriga sjukvårdsförvaltningar i Region Skåne samt till viss del även inom kommunal hälso- och sjukvård.

Samverkan fallpreventivt arbete

Lasarettet i Landskrona ingår i fallnätverket Sus som är ett förvaltningsövergripande nätverk för att driva frågor och dela kunskapsutbyten om fallprevention mer effektivt. Arbeta pågår kontinuerligt för att hitta nya förebyggande verktyg och arbetsformer mot fall.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Förvaltningen grundar sitt systematiska informationssäkerhets- och dataskyddsarbete i Region Skånes riktlinjer och ledningssystemet för informationssäkerhet och datasäkerhet, vilket följs på Lasarettet i Landskrona. Förvaltningen har löpande arbetat med informationsinsatser för kontaktpersoner inom informationssäkerhet/dataskydd och riktat specifika utbildningsinsatser till verksamheter som har haft ett uttalat informations- och kunskapsbehov.

Informations- och dataskyddssamordnare finns utsedd på Lasarettet i Landskrona sedan 2019 och ingår i Sus förvaltningsnätverk. Under året har utbildningar arrangerats inom området säker informationshantering/dataskydd och skyddade personuppgifter på lasarettet.

Särskilda uppföljningar har också gjorts vid misstanke av olovlig åtkomst till patientuppgifter. Det rör sig om situationer vid särskilda händelser eller på initiativ av patient. Kontroller har även utförts exempelvis vid vård av patient med skyddade personuppgifter eller vid nödöppning av annan vårdgivares journal genom sammanhållen journalföring.

Loggkontroller och granskning av åtkomst till patientuppgifter sker i enlighet med RD beslut "Instruktioner om loggkontroll för granskning av åtkomst till patientuppgifter".

Förvaltningen har sammanställt inrapporterade loggkontroller och antal medarbetare som olovligen tagit del av patientuppgifter, för 2023 gäller:

- Antalet inrapporterade loggkontroller under 2023: 103 stycken. Inrapporterade loggkontroller år 2022: 113 stycken. Av dessa har 17 kontroller rapporterats vidare till berörda verksamhetschefer för vidare hantering.
- Antal misstänkta dataintrång som rapporterats till Integritetskyddsmyndigheten för 2023: 1 stycken.

Behoven inom digitalisering och övrig verksamhetsutveckling bedöms ha blivit mer uttalade och kraven på säkrare och mer tillgängliga IT-tjänster har ökat. För att upprätthålla och säkerställa informations-, data - och patientsäkerheten är det en förutsättning att informationssäkerhet/dataskydd integreras i förvaltningens befintliga digitaliseringsprocesser. Exempel på säkert digitalt arbete för Lasarettet i Landskrona är utvecklingen av 1177 och dess e-tjänster samt videosamtal med patienter via digitalt möte. Ett annat kontinuerligt pågående

arbete är att identifiera, medvetandegöra samt säkerställa att vi arbetar utifrån säker hantering av patientinformation, att de säkra digitala lösningar som finns används samt att patientsystemens säkra funktioner nyttjas. För att ytterligare stärka kompetensen inom ovan område så har ett antal medarbetare gått en avancerad Informations- och datasäkerhetsutbildning under 2022 som har varit lika aktuell under 2023. Ur ett säkerhetsperspektiv är detta ett mer och mer viktigt och angeläget område som vi har stort fokus på inom lasarettet.

Information har brett gått ut kring hur man ska hantera information av känsligt slag och hur denna information ska lagras på ett säkert och korrekt sätt exempelvis säkra lagringsytor”.

Strålskydd

SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §

Ge en kort sammanfattning av strålskyddsbokslutet eller hänvisa till bokslutet i länk eller bilaga.

Lasarettet i Landskrona har ingen verksamhet inom strålning.

En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur.

En god patientsäkerhetskultur är en grundläggande förutsättning för god och säker vård. Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet. Patientsäkerhetskultur omfattar vårdpersonalens gemensamma förhållningssätt och normer gällande risker och säkerhet med syftet att uppnå hög patientsäkerhet på vårdenheten. En god patientsäkerhetskultur innebär att personalen kan hantera oväntade händelser utan att det leder till allvarliga följder. Lasarettet i Landskrona arbetar med frågan bland annat genom ledningens patientsäkerhetsronder, patientsäkerhetsdialoger och enkät kring Hållbart Säkerhets Engagemang (HSE). I hela organisationen finns en ökad medvetenhet om säkerhetskulturens betydelse för att patienter inte ska drabbas av undvikbara skador. Patientsäkerhetsronder innebär att verksamhetsledningen årligen träffar verksamhetsområdets medarbetare och för ett strukturerat samtal om patientsäkerhet, risker och arbetsmiljöproblem. Därtill bidrar ronderna till kunskapsutbyte mellan ledning på olika nivåer och medarbetare. Framgent rekommenderas verksamheterna att bereda möjlighet för patienter att delta i början eller slutet av ronderna.

Patientsäkerhetsdialoger är strukturerade årliga träffar mellan respektive verksamhetsområdes ledning, medarbetare med särskilt uppdrag inom patientsäkerhet, patientsäkerhetshandläggare samt chefläkare. Patientsäkerhetskultur står i fokus vid dessa dialoger och syftar till att sätta fokus på ökad patientsäkerhet. Vid dialogerna lyfts bland annat benägenhet att rapportera avvikelser och öppenhet kring allvarliga händelser. Genomgående uppmuntrar chefer sina medarbetare att rapportera avvikelser.

Frågor gällande HSE (Hållbart säkerhetsengagemang) ingår i förvaltningens årliga medarbetarundersökning. För 2023 visar resultaten en fortsatt hög benägenhet att påtala när något är på väg att gå fel. Resultaten visar utvecklingsområden inom patientdelaktighet. Lasarettet i Landskrona visar ett sammantaget gott resultat, 84 index (0-100 index), näst högst av regionens förvaltningar.



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.



Praktisk färdighetsträning

Under 2023 har utbildningsinsatser kopplat till klinisk vårdkompetens genomförts som planerat för omvårdnadspersonal. En del enheter har gjort riktade insatser inom specifika områden med avsikt att säkra kunskap och färdigheter på bred nivå.

Utbildningssjuksköterskor och utbildningsundersköterskor har under året skapats för att öka kompetensen hos dessa yrken på vårdavdelningarna.

HLR-utbildare finns för barn- och vuxen-HLR. Ny utbildningslokal "Träningscentrum LiL" tas i bruk efter sommaren. Lokalen ska användas för all form av "hands-on"-utbildning och träning, exempelvis kopplat till HLR, brand eller venpunktion. Alltså en fullt utrustad utbildningslokal där man kan utöva praktisk färdighetsträning.

Säker bemanning och schemaläggning

Förvaltningen arbetar med schema kopplat till rullande planeringsperiod för personal- och resursschema. Denna schemaläggning ligger till grund för att kunna boka tider för patienter i god tid och är en viktig del i hierarkisk produktionsstyrning på detaljplaneringsnivå. Varje verksamhetsområde har en översiktlig produktionsplan innefattande vilka aktiviteter som måste utföras vid vilka tider under veckan, dagen och över dygnet för att skapa en god tillgänglighet och rimliga väntetider för patienterna. Den översiktliga produktionsplanen ska också innefatta utveckling, utbildning och eventuell forskning. En kapacitetsplan med rätt bemanning utifrån till exempel kompetenser skapas sedan en grund i produktionsplanen. Kapacitetsplanen schemaläggs därefter antingen med namngiven personal eller med resurser med kompetenssatt schema

Patienten som medskapare

En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.



PSL 2010:659 3 kap. 4 §

2022-03-01 fattade förvaltningsledningen, beslut om en konkretiserad strategi och handlingsplan för strategin "Ökad patientsamverkan", med viljeinriktningen att Sus förvaltning, då ingick Lasarettet i Landskrona i denna handlingsplan, i sitt arbete ska utgå från patienternas behov och använda ett personcentrerat förhållningssätt. Den fördjupade strategin och handlingsplanen innehåller definitioner, nyckelfaktorer och åtta huvudområden för en ökad patientsamverkan. Viljeinriktningen

är att i högre utsträckning utgå från patienternas behov och använda ett personcentrerat förhållningssätt.

Vården blir säkrare när den utformas och utvecklas i samråd med patienten. Kommande utmaningar vad gäller befolkningens åldersstruktur, behov, tillgänglighet och förväntningar kräver nya arbetsätt inom sjukvården. För att kunna möta utmaningarna behöver patienter och närstående involveras på ett mer systematiskt sätt än vad som sker idag och handlingsplanen innefattar åtgärder för att kunna möta det.

Ett av de fyra fokusområden i handlingsplanen handlar om att förstärka implementeringen av personcentrerad vård och synkronisera med nära vård. Under året har chefer och medarbetare genomgått utbildning via Lärportalen i patientsamverkan och personcentrerat förhållningssätt.

Forum patientupplevelse och patientsamverkan

Lasarettet i Landskrona har inget eget forum för patientupplevelse och patientsamverkan utan lasarettet har ingått i Sus förvaltnings forum för patientupplevelse och patientsamverkan som inrättades vid Sus förvaltning (då ingick LiL) under 2019 i syfte att bidra till att skapa en god och säker vårdupplevelse samt att genom samordning och utveckling av stöd bidra till ökad patientsamverkan.

Forum patientupplevelse och patientsamverkan har tagit fram handlingsplanen för ökad patientsamverkan och har bildat arbetsgrupper för att bland annat utveckla stödmaterial för personcentrerad vård och personcentrerat arbetssätt, stödmaterial för att underlätta patientsamverkan i förbättrings- och utvecklingsarbete samt stöd för digitala kommunikationsmöjligheter mellan patient och vårdgivare. Bemötande och kommunikation är en vanlig anledning till avvikelser i patientsäkerhetsarbetet och detta är ett område som forumet kommer att fortsätta arbeta med.

Patient- och närståenderåd

Ett huvudområde i handlingsplanen för patientsamverkan handlar om att inkludera patienter och närstående i förändrings-, utvecklings- och patientsäkerhetsarbete. Lasarettet i Landskrona har inget eget Patient- och närståenderåd men det planeras för ett under 2024. Patient- och närståenderådet Sus (LiL ingick i detta) startades under hösten 2021 som ett forum för samverkan kring övergripande frågor.

Nationell patientenkät (NPE)

NPE är en återkommande undersökning av patientens upplevelser inom hälso- och sjukvården. Mätningen görs årligen för akutsjukvården och vartannat år för somatiken.

Resultatet från akutmottagningen Landskrona påvisade ett mycket gott resultat då de hade det bästa resultatet av regionens akutmottagningar. Genomgång av enkätens resultat har genomförts på enheten med efterföljande diskussioner som fokuserar på hur det goda resultatet ska bibehållas och på hur mötet med patienterna kan förbättras ytterligare.

Resultatet för nationella patientenkäten inom den specialiserade somatiska vården (öppen- och slutenvård) så visar även den på ett mycket gott resultat. Dimensionspoängen är högre än genomsnittet i Region Skåne på all delar.

Dimensionspoäng

Specialiserad sjukhusvård slutet - 2023 - Vuxen

	Helhetsintryck	Emotionellt stöd	Delaktighet och involvering	Respekt och bemötande	Kontinuitet och koordinering	Information och kunskap	Tillgänglighet
■ Skåne	87.9	86.5	81.7	83.1	81.2	79.1	85.6
■ Lasarettet i Landskrona	91.4	90.4	83.8	85.5	85	83	87.5

Dimensionspoäng

Specialiserad sjukhusvård öppen - 2023 - Fysiska vårdbesök - Vuxen

	Helhetsintryck	Emotionellt stöd	Delaktighet och involvering	Respekt och bemötande	Kontinuitet och koordinering	Information och kunskap	Tillgänglighet
■ Skåne	90.2	86.5	88.8	89.9	88.3	84.7	89.2
■ Lasarettet i Landskrona	92.7	88.9	89.5	91.9	91.2	86.1	89.9

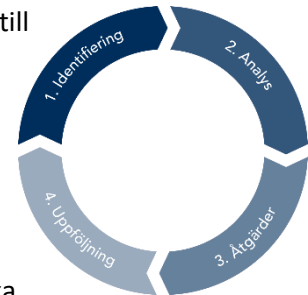
Tabell 1. Resultat NPE 2023. Källa: SKR resultat.patientkat.se

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.

Ett fortlöpande förbättringsarbete, som bygger på lärande och utveckling, till exempel en förbättringsmodell, är en viktig grund för ett framgångsrikt patientsäkerhetsarbete.



Vårdrelaterade infektioner (VRI)

Lasarettet i Landskrona har i sammanställningen för arbetet med att minska vårdrelaterade infektioner förtydligat det systematiska arbetet med att förebygga vårdrelaterade infektioner.

Mål vårdrelaterade infektioner

Målet är att minska de vårdrelaterade infektionerna.

Resultat vårdrelaterade infektioner

Punktprevalensmätning vårdrelaterade infektioner (PPM VRI) genomfördes senast våren 2022. 2023 deltog Lasarettet i Landskrona i den europeiska smittskydds-myndigheten (ECDC) punktprevalensmätningar (PPM) som sker vart femte år. Mätningen koordineras av Folkhälsomyndigheten i dialog med Strama, Vårdhygien, nationell samverkansgrupp patientsäkerhet (NSG patientsäkerhet) och SKR.

I nuläget saknas tillförlitliga verktyg och metoder för fortlöpande uppföljning av VRI. Markörbaserad journalgranskning (MJG) kan ge viss information, men underlaget är litet och slutsatser kan därför inte dras. Avvikelsehanteringssystemet (AvIC) bedöms inte heller kunna utgöra underlag för tillförlitlig statistik. Det befintliga verktyget "Infektionsverktyget" kan inte användas eftersom förvaltningen av detta IT-verktyg har pausats. Det är fortfarande oklart om och hur Skånes digitala vårdssystem (SDV) kommer att kunna användas för detta syfte.

Analys av resultat vårdrelaterade infektioner

I resultatet av ECDC PPM hade LiL en(1) patient med VRI som var orsakad i kommunalvård. Ett observandum är att 28% av patienterna har urinkateter.

Åtgärd vårdrelaterade infektioner

Fortsatt nära samarbete mellan verksamheter och Vårdhygien exempelvis gällande smittspårning samt följsamhet till basala och specifika hygienrutiner och klädregler. Fokusområde på Gröna korset är patientens behov av urinkateter och perifer venkateter.

Uppföljning av åtgärd

Uppföljningen sker verksamhetsvis bland annat via patientsäkerhets- och hygiendialogerna.

Basala hygienrutiner och klädregler (BHK)

Mål – Basala hygienrutiner och klädregler

Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (BHK)

Resultat – Basala hygienrutiner och klädregler

Nationell mätning genomfördes i mars och regional mätning genomfördes i oktober.

Analys av resultat – Basala hygienrutiner och klädregler

Förvaltningens sammanlagda resultat når inte de högt ställda målen. I likhet med tidigare år är det oftast kontrollpunkten handdesinfektion före ett arbetsmoment som brister.

Följsamhet BHK	Mål	2023	2022	2021
Hygienrutiner	>90%	70%	70%	76%
Klädregler	100%	90%	94%	93%

Tabell 2. Resultat följsamhet BHK.

Åtgärd – Basala hygienrutiner och klädregler

Resultaten varierar stort mellan verksamheter och respektive verksamhetschef ansvarar för analys av resultat och att eventuella förbättringsåtgärder vidtas. Jämförelse vår och höstmätning 2023 så har förbättringar skett.

Uppföljning av åtgärd – Basala hygienrutiner och klädregler

Uppföljningen sker verksamhetsvis bland annat via patientsäkerhets- och hygiendialogerna samt via KPO-möten, träffar med kvalitets- och patientsäkerhetsombud och enhetschefer.

Trycksår

Det regionala målet för förekomst av trycksår är att andelen sjukhusförvärvade trycksår i kategori 2–4 ska vara ≤ 4 %. Under året genomfördes endast en punktprevalensmätning (PPM) av trycksår.

Resultat trycksår

Resultatet från höstens PPM visade en minskning av sjukhusförvärvade trycksår inom förvaltningen. För patienter inlagda 24 timmar eller mer hade:

- sjukhusförvärvade trycksår i kategori 1–4 minskat till 2,0 % jämfört med 4,3 % 2022
- sjukhusförvärvade trycksår i kategori 2–4 (inklusive icke klassificerbart trycksår och misstänkt djup hudskada) minskat till 0 % jämfört med 4,3 % 2022.

Förvaltningen uppnår det regionala målet. Resultatet visade även att några av förebyggande och avlastande åtgärder hade minskat för riskpatienter.

Analys av resultat trycksår

Ett gott resultat men arbetet fortsätter för att poängtera vikten av förebyggande och avlastande åtgärder för riskpatienter.

Åtgärd trycksår

Alla avdelningar ska kontinuerligt utvärdera om rutinerna fungerar väl gällande hudinspektion i samband med inskrivning samt dagligen för riskpatienter, att patienter med ökad risk identifieras i rätt tid och att alla patienter med ökad risk eller befintligt trycksår får tillräcklig avlastning och lägesändring. Alla vårdprofessioner har ett ansvar och en viktig roll i det trycksårsförebyggande arbetet.

Uppföljning av åtgärd trycksår

Uppföljning sker dagligen på Gröna korset och dialog om allvarliga händelser sker bland annat på patientsäkerhetsdialogerna och på KPO-möten.

Kontinuerlig uppföljning av fall, trycksår och undernäring

Det regionala målet för andel riskbedömda vårdtillfällen är >79,5 % och andel riskpatienter med vårdplan ska vara minst 95 % (för patienter 65 år eller äldre gällande fall och trycksår, patienter 18 år eller äldre gällande undernäring).

Resultat för riskbedömning av fall, trycksår och undernäring

Andelen riskbedömda vårdtillfällen ligger stabilt mellan 93-95%. Andel riskpatienter med en upprättad vårdplan ligger runt 87-92 % och har sjunkit något från 2021. Förvaltningen når som helhet målen gällande riskbedömningar och vårdplaner för 2023.

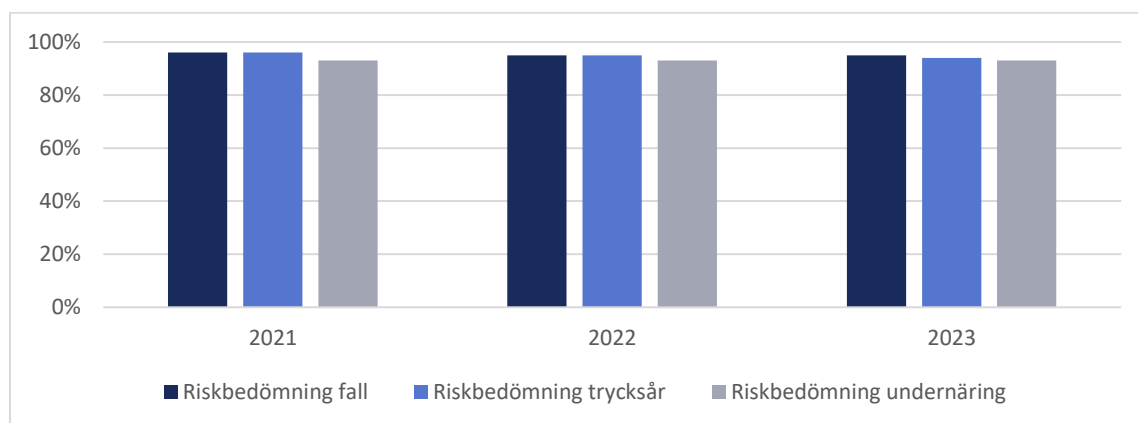


Diagram 1. Andel riskbedömda vårdtillfällen 2021–2023 (fall/trycksår - 65 år eller äldre, undernäring - 65 år eller äldre)

Analys av riskbedömning av fall, trycksår och undernäring

Förvaltningens sjukhus har genom åren haft mycket goda resultat gällande riskbedömning och vårdplan till riskpatienter och i flera år uppnått målen för riskbedömningar.

Åtgärd för riskbedömningar av fall, trycksår och undernäring

Alla avdelningar når målen men behöver fortsätta att arbeta så att alla patienter med ökad risk identifieras i rätt tid och får individuellt anpassade förebyggande åtgärder, detta görs dagligen genom Gröna korset.

Uppföljning av riskbedömningar för fall, trycksår och undernäring

Andel riskbedömda vårdtillfällen och riskpatienter med vårdplaner gällande fall, trycksår och undernäring följs kontinuerligt på enhetsnivå.

Inträffade fallolyckor

Under året 2023 dokumenterades 57 (48 unika patienter) fallolyckor inom förvaltningen, jämfört med 66 (58 unika patienter) fallolyckor 2022. Det tyder på en viss minskning.

Punktprevalensmätning av omvårdnadsindikatorer

Sus förvaltning har under året arbetat fram ett digitalt protokoll för punktprevalensmätning av omvårdnads kvaliteten. Den täcker indikatorer gällande fall, trycksår, undernäring, skötsel av in- och utfarter, hygien, smärta och patientdelaktighet. Den mätningen har LiL varit med och testat under 2023. Den kommer att fortsatt testas, utvärderas och utvecklas.

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.



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 framför allt till en ökad och tillåtande patientsäkerhetskultur. Vårdavdelningarna arbetar dagligen med prevention av trycksår, fall och nutrition utifrån regional riktlinje och nationella Vårdhandboken. Dialog förs om allvarliga händelser bland annat på KPO-möten samt patientsäkerhetsdialogerna.

Lasarettet har en god patientsäkerhetskultur genom en välfungerande patient- och kvalitetsorganisation.

Lex Maria

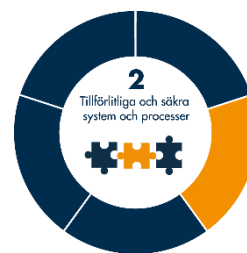
Vårdgivaren är skyldig att anmäla en händelse som har medfört, eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada enligt lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Vårdgivaren har delegerat detta uppdrag till chefläkare i förvaltningen. I samband med utredning av allvarliga händelser bedömer chefläkaren om en händelseanalys eller internutredning ska genomföras. Under året har inga händelseanalyser genomförts men flertalet internutredningar.

Lasarettet i Landskrona anmälde 6 händelser enligt lex Maria under år 2021, 1 händelse år 2022 och under 2023 anmälde 1 händelse. Antalet avvikelser som chefläkaren har bedömt, har dock minskat från 15st år 2021 till 4st år 2022, men ökat igen för 2023 med 6 händelser. Ärendet som anmälde rörde risk för allvarlig vårdskada.

Generell handläggningstid för lex Maria är 2–5 månader, från det att händelsen anmäls till chefläkare till dess att händelsen anmäls till IVO.

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.



Läkemedelssäkerhet

Förvaltningen har under året fortsatt arbetet med att öka antalet läkemedelavstämningar. Diskussion om hur arbetet kan intensifieras lokalt har förts i samtliga verksamhetsledning.

Målet är att läkemedelsgenomgångar ska genomföras för minst hälften av de multisjuka äldre (75 år och äldre med >5 läkemedel). Andelen patienter som erhållit läkemedelsgenomgång under 2023 har stigit något från 2022 men vi når ej målnivån. En farmaceut är åter anställd och det förväntas en avsevärd förbättring med genomförda läkemedelsgenomgångar och resultat.

Risken för felaktigheter i läkemedelsanvändningen är särskilt stor i vårdens övergångar. Genom att patienten och mottagande vårdinstans tillhandahålls en utskrivningsinformation halveras risken. Andelen patienter med >5 läkemedel som fått utskrivningsinformation är 93% och därmed når lasarettet målnivån.

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.



Utlokalisering

Avseende utlokaliserade patienter finns inga sådana för Lasarettet i Landskrona.

Överbeläggningar, vårdplatser utöver disponibla vårdplatser

Överbeläggningar sker när det akuta eller elektiva vårdflödet överstiger vårdplatskapaciteten, de disponibla vårdplatserna. Bedömningen är att patienten vårdas säkrare på en överbeläggningsplats på en vårdavdelning, än att vårdas kvar på akutmottagningen under en längre tid.

Gällande antal överbeläggningar når inte Lasarettet i Landskrona målnivåerna om mindre än 1 överbeläggning per 100 vårdplatser. År 2022 jämfört med 2023 har antalet överbeläggningar per hundra vårdplatser ökat, från 3,6 till 9,6. Överbeläggningarna fördelas mellan alla vårdavdelningar. Patienter skickas inte i väg till annat till följd av vårdplatsbrist så länge patienterna befinner sig på rätt vårdnivå utifrån patientens behov.

Den bakomliggande orsaken till ökningen av antalet överbeläggningar tros vara bristen på personal, då man behöver justera/dra ner på antalet vårdplatser med överbeläggningar till följd. Verksamheten arbetar kontinuerligt fluktuerande med vårdplatser. Rekrytering pågår kontinuerligt av personal.

Riskhantering

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

Vårdgivare ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivare uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

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.

Digitala Gröna korset används av alla enheter i Landskrona. Det är ett bra verktyg att visualisera risker om vårdskador och kan bidra till förbättrad patientsäkerhetskultur.

Inom förvaltning genomförs riskanalyser i samband med förändringar inom verksamhetsområdena och på övergripande nivå. Under 2023 har ingen riskanalys som gäller Landskrona specifikt utan regionövergripande riskanalyser är gjorda.

Riskmedveten är god. Under 2023 har 182 risker för vårdskador registrerats i avvikelssystemet AvIC (211 för år 2022). Den vanligaste avvikelserna för patienten är fall (65). Den vanligaste åtgärden är information inom egen enhet, tas upp på APT.

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.

Förståelsen behöver öka kring hur patientsäkerheten ser ut och vilka orsaker som finns bakom vårdskador samt vilka faktorer som påverkar. Det handlar om att både förstå när det går bra och när det går fel. Det behövs ett kontinuerligt förbättringsarbete för att öka lärandet och följa upp framgångsfaktorer och risker inom hälso- och sjukvården. Patienter och närståendes synpunkter och förbättringsförslag behöver vara en del i detta arbete.

En förutsättning för utvecklingen av god och säker vård är att medarbetare och ledning tillsammans och på ett systematiskt sätt arbetar förebyggande genom att dra lärdom, både av det som går bra och det som går fel. Med utgångspunkt i detta genomförs varje år ett stort antal utbildningsinsatser på olika nivåer i förvaltningen. Under 2023 har arbetet fortsatt med att producera och uppdatera utbildningsmaterial för vårdens medarbetare, framförallt med syftet att stärka patientsäkerheten i det patientnära arbetet. Som exempel kan även nämnas patientsäkerhetsdagen 15 september med särskilt fokus på patienten som medskapare.

I slutet av 2020 formerades Sus nätverk för patientsäkerhet där Lasarettet i Landskrona ingår, som en del av förvaltningens patientsäkerhetsorganisation. Syftet med nätverket är att sprida lärande och inspiration samt att kommunicera och samverka i patientsäkerhetsfrågor inom den gamla förvaltningen. Nätverket har också en välbesökt hemvist med information kring patientsäkerhetsarbete.

En del av det systematiska patientsäkerhetsarbetet är att rapportera när något gått fel.



Avvikelser

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

Statistiken i nedanstående tabell visar en minskning av patientavvikelserna i avvikelssystemet med några få händelser men större minskning från 2021.

2021	2022	2023
350	314	306

Tabell 3. Antal patientavvikelser registrerade i QlikView. Siffrorna kan ändras eftersom systemet registrerar händelsedatum.

Rapporteringen i avvikelssystemet återspeglar troligen inte det verkliga antalet avvikelser som hanteras i verksamheterna. Verksamheterna behöver därför öka rapporteringen för att chefer ska få kännedom om och kunna utreda och åtgärda avvikelser som sker i en verksamhet. Det är också viktigt för att kunna se mönster och därmed identifiera riskområden i en verksamhet.

De vanligaste avvikelserna framgår nedan. Där framgår också den vanligaste bakomliggande orsaken och den vanligast förekommande åtgärden.

Riskområden	Bakomliggande orsaker	Åtgärder
Fall/Fallskada – 71	Patientrelaterat – nedsatt sjukdomsinsikt	Information inom egen avdelning
Vård – In/utfart – 22	Procedurer/rutiner/riktlinjer – ej följts	Information inom egen avdelning
Vård – Tillsyn/övervakning - 18	Procedurer/rutiner/riktlinjer – ej följts	Information inom egen avdelning
Informationsöverföring mellan vårdaktörer - Kommun - 16	Procedurer/rutiner/riktlinjer – ej följts	Information inom egen avdelning
Vård – Trycksår - 12	Procedurer/rutiner/riktlinjer – ej följts	Information inom egen avdelning
Vård – Övrigt - 10	Procedurer/rutiner/riktlinjer – ej följts	Information inom egen avdelning

Tabell 4. Riskområden, bakomliggande orsaker och åtgärder, för de vanligaste avvikelserna.

Avvikelserna klassificeras utifrån typ av händelse. Precis som de senaste åren visar statistiken att Fall/fallskada är den vanligaste typen av patientavvikelse. Därefter kommer In-/utfart och sedan Tillsyn/övervakning.

Händelsetypen "Vård – övrigt" kan exempelvis innehålla avvikelser om omvårdnad. Denna klassificering används även när det finns ett mer lämpligt val, exempelvis bemötande, trycksår. Här finns förbättringspotential för att få en mer korrekt övergripande statistik.

Koordinator/Ärendansvarig kan idag händelseklassificera

avvikelsen direkt och genom detta få en snabbare bild av verksamhetens avvikelser. Idag klassificeras avvikelsen oftast när de avslutas vilket ger en fördröjning av statistiken.

De senaste åren har överfylld urinblåsa noterats som riskområden och ett flertal av dessa har lett till risk för vårdskada eller vårdskada. Dessa är viktiga att följa upp för att kunna se trender och effekter av övergripande förbättringsarbete som exempelvis förändrade förvaltningsövergripande riktlinjer.

När det gäller åtgärder är den vanligaste åtgärden "Information inom egen avdelning" (att man redogör för händelsen på arbetsplatsträff, APT). Denna åtgärd tillhör de mindre effektiva när det gäller att förhindra upprepning av en händelse. Ofta behöver verksamheten gå till botten med den bakomliggande orsaken till händelsen/avvikelsen för att kunna identifiera effektiva åtgärder så upprepning kan förhindras.

Lärande av lex Maria/allvarliga händelser

Som vårdgivare har Lasarettet i Landskrona ett ansvar att informera sina medarbetare om händelser som anmälts enligt lex Maria i syfte att skapa ett ökat lärande. För att nå ut med information om inträffade händelser tas dessa upp på KPO-möten och ledningsgrupp. KPO samt enhetschefer tar de vidare till sina enheter. De beskrivna händelserna kan användas som underlag för dialog och lärande i verksamheterna. Under året har händelse om läkemedelshantering anmälts enligt lex Maria.

Händelseanalyser

Genomförda händelseanalyser bidrar till lärande och ökad patientsäkerhet. Inga händelseanalyser att utförts i förvaltningen under 2023 men flera internutredningar.

Klagomål och synpunkter

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

Alla klagomål som berör patientsäkerheten är avvikelser och ska rapporteras i avvikelssystemet. Här presenteras de avvikelser som verksamheten har registrerat under "Initierat av Annan" och "Extern Region Skåne".

Klagomål/synpunkter är viktiga för att systematiskt följa patienter/närståendes upplevelser av vården. Klagomål skiljer sig ofta ifrån de avvikelser som vårdpersonal registrerar i avvikelssystemet. De berör den enskilda patientens/närståendes upplevelse av vården och ger ett perspektiv som vården inte kan få på något annat sätt. Patientklagomålen är därför värdefulla källor att använda i förbättringsarbetet på enheterna.

Registrerade klagomål har dock ökat under år 2023 till 31. År 2022 var det 18 klagomål registrerade i avvikelssystemet.

Chefläkare och patientsäkerhetsutvecklare tar del av alla klagomål och kommunavvikelser som inkommer via diariet.

De flesta (25 st) kommer från kommunerna och handlar om informationsöverföring, läkemedelshantering, Mina planer.

Klagomål	Antal 2021	Antal 2022	Antal 2023
Lasarettet i Landskrona	25	18	31

Tabell 5. Registrerade klagomål.

Markörbaserad journalgranskning (MJG)

Enligt beslut från Sveriges kommuner och regioner (SKR) sker månadsvis markörbaserad journalgranskning på slumpvis utvalda journaler på sjukhusövergripande nivå på samtliga sjukhus inom förvaltningen.

Enligt en nationell rekommendation har antalet slumpvis utvalda journaler som granskas är 10 journaler per månad.

Granskningsresultaten rapporteras löpande in i en nationell databas. På verksamhetsnivå tillämpas journalgranskning både enligt slumpvisa och riktade urval.

En förvaltningsövergripande grupp bestående av metodutbildade läkare och sjuksköterskor har regelbundet digitala träffar där man tillsammans gör bedömningar av uppkomna skador/vårdskador. En utsedd representant från Skånes universitetssjukvård ingår i en regional grupp för MJG som leds och sammankallas av regional chefsjuksköterska. Arbetsgruppen ska verka för en ökad vårdkvalitet genom att stärka och utveckla kvaliteten och användandet av Markörbaserad journalgranskning inom Region Skåne.

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.



Systematiskt patientsäkerhetsarbete

Ett välfungerande och tydligt strukturerat systematiskt patientsäkerhetsarbete är en förutsättning för att bibehålla, utveckla och byta erfarenheter om den goda och säkra vården i en stor och komplex förvaltning. Enhet patientsäkerhet Sus och chefläkare utgör stöd till respektive verksamhetsområdes patientsäkerhetsorganisation och bidrar med utbildningsinsatser, generella eller riktade, vid behov. Som exempel kan nämnas lärarledd introduktionsutbildning i systematiskt patientsäkerhetsarbete och utbildning av AT-läkare. Utbildningsportalen finns en utbildning om hur en avvikelserapport registreras och hanteras. För introduktion i patientsäkerhet hänvisar förvaltningen till utbildningen som tagits fram av Socialstyrelsen.

Område AT/ST

AT läkare finns de som tillhör Landskrona som går på operation 1 vecka under sin utbildning.

Det finns också de som kommer från Sus och följer med urologen resp. kirurgen.

ST läkare på urologen kommer från både Helsingborg och Sus de är här 6 månader i slutet av sin utbildning. De arbetar både på operation och på mottagningen.

ST kirurgi är också i Landskrona både på operation och mottagningen men inte på samma vis som urologen.

I Landskrona anställdes år 2023, 12 AT-läkare. Alla AT-läkare får ett utbildningspaket som bland annat innehåller följande:

- praktiska övningar (tex akutrumskurs, HLR-utbildning, undersökningsteknik, handhavande av noninvasiv ventilation)
- samarbete med andra yrkeskategorier (praktisk övning i akutrumsarbete)
- teoretiska delmoment (tex lagstiftning kring psykiatrisk tvångsvård, diabetesbehandling, medicinsk etik)

AT-läkarna arbetar under handledning och en god handledning är en förutsättning för trygg och säker utveckling av yrkeskompetensen inför erhållande av legitimation.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Region Skånes mål och uppdrag för hälso- och sjukvården fastställs i december 2023. I budgeten prioriteras tillgänglighet och att korta vårdköer som bland annat uppstått under covid-19 samt utvecklingen av den nära vården.

Lasarettet i Landskronas förvaltningsledning har tagit fram vision, verksamhetsidé, mål och strategier. De övergripande målen är:

- Vi ger en god och säker vård av hög kvalitet i rätt tid, i samråd med patienter och anhöriga.
- Vi arbetar för ett framgångsrikt införande av SDV, Skånes digitala vårdssystem.
- Vi möter framtidens behov och samverkar för att utveckla relevanta vårdprocesser.
- Tillsammans skapar vi en attraktiv arbetsplats med bra arbetsmiljö och goda utvecklingsmöjligheter.
- Vi använder våra resurser på bästa sätt och strävar efter en långsiktigt hållbar ekonomi.

Lasarettet i Landskrona har särskilt lyft fram några processer som är avgörande för förmågan att möta de utmaningar som vården står inför.

- Ökad patientsamverkan
- Kompetenta, stolta och engagerade medarbetare
- Ekonomi i balans
- Utvecklad nära vård
- Systematisk och transparent prioritering
- Ökad digitalisering

Förvaltningens sjukhus kommer att följa förvaltningens handlingsplan för ökad patientsäkerhet även under kommande år.

Egenkontroller sker i nationella register och i det regionala indikatorbiblioteket. När ett IT-stöd införs för ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, kan egenkontrollerna på ett mer överskådligt sätt knytas till verksamhetens processer och risker.