

# Patientsäkerhetsberättelse för Lasarettet Trelleborg 2023





## Inledning

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

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

*PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 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
Engagerad ledning och tydlig styrning .....	6
<b>Övergripande mål och strategier</b> .....	6
Organisation och ansvar .....	7
Samverkan för att förebygga vårdskador .....	7
Informationssäkerhet .....	8
Strålskydd .....	8
En god säkerhetskultur .....	9
Adekvat kunskap och kompetens .....	9
Patienten som medskapare .....	10
AGERA FÖR SÄKER VÅRD .....	10
Öka kunskap om inträffade vårdskador .....	12
Tillförlitliga och säkra system och processer .....	13
Säker vård här och nu .....	14
Riskhantering .....	14
Stärka analys, lärande och utveckling .....	14
Avvikelse .....	15
Klagomål och synpunkter .....	16
Öka riskmedvetenhet och beredskap .....	16
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR .....	17

## SAMMANFATTNING

Från årsskiftet 2022 – 2023 kom Lasarettet Trelleborg att stå som en egen förvaltning inom Region Skåne från att tidigare varit en del av förvaltningen Skånes universitetssjukvård (Sus).

Patientsäkerhetsarbete vid Lasarettet Trelleborg har under året 2023 fortsatt med samma mål och långsiktighet som tidigare. Inom en rad viktiga arbetsområden (internutredningar patientsäkerhet, vårdhygien, informationssäkerhet) har en fortsatt samverkan skett mellan Lasarettet Trelleborg och Skånes universitetssjukhus (Sus) för att nå en ökad patientsäkerhet. Medarbetare vid lasarettet Trelleborg med verksamhetsövergripande uppdrag inom patientsäkerhetsområdet ingår fortsatt i nätverken för Patientsäkerhet Sus och HKP (huvudkontaktperson) AvIC (digitalt avvikelshanteringssystem). Vid lasarettet finns också medarbetare som deltar i regionalt nätverk för trycksårsprevention. De grundläggande förutsättningarna för arbetet är en god patientsäkerhetskultur och patienternas delaktighet.

Den enskilde medarbetarens engagemang och kunskap är grunden för patientsäkerhetsarbetet. Det är av största betydelse att det finns rutiner för att identifiera, analysera, bedöma händelser och åtgärda bakomliggande orsaker som kan leda till vårdskada. Arbetet är långsiktigt och brister som uppmärksammas ska leda till adekvata åtgärder vilka kontinuerligt utvärderas. Genom säkerställd återkoppling av inträffade händelser tillbaka till medarbetaren och utvärdering av vidtagna åtgärder kan verksamheten utvecklas vidare mot en högre riskmedvetenhet och minskning av antalet vårdskador.

Inom patientsäkerhetsarbetets ram ska verksamheterna strukturerat arbeta för bland annat god tillgänglighet, säker läkemedelshandling, minskad antibiotikaresistens, att förebygga suicid, undernäring, vårdrelaterade infektioner och trycksår samt sträva efter en god och säker kommunikation i vårdens övergångar.

Det dagliga patientsäkerhetsarbetet drivs av Kvalitets- och Patientsäkerhetshandläggarna (KPH) i samarbete med chefsläkare, förvaltnings-, verksamhets- och enhetschefer samt hälso- och sjukvårdsstrateg. Detta sker i form av avvikelshantering, utredningar, uppföljning av handlingsplaner.

Målet med vårt patientsäkerhetsarbete är att patienter och anhöriga ska känna sig trygga med den vård som erbjuds och uppleva sig delaktiga och välinformerade. Patienter och närståendes klagomål och förbättringsförslag är värdefull information i arbetet med att nå en bättre och säkrare vård.

## 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.

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

### 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 fokus på att bygga en tillåtande kultur som underlättar för medarbetarna att vara delaktiga.

Förvaltningen Lasarettet Trelleborg strävar efter en platt och delegerande organisation byggd på tillit, med medarbetarinflytande och tydligt mandat för verksamhetschefer och förstalinjeschefer.

Förvaltningens fokus är kärnverksamheten – patienterna.

Lasarettet Trelleborg har att förhålla sig till bland annat lagar, nationella föreskrifter, regionala mål, riktlinjer 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. Under 2023 har lasarettet i sin verksamhetsplan haft tre målområden.

#### *1 Rätt vård i rätt tid*

Rätt vård i rätt tid har som övergripande mål att verksamhetens planering styrs utifrån patienternas behov och att patienterna alltid ska erbjudas ett digitalt alternativ när det är möjligt.

#### *2 Kvalitet*

Kvalitetsbegreppet är centralt och ska genomsyra hela vårdkedjan i allt från vård och arbetsmiljö till arbetet utifrån Region Skånes gemensamma värdegrund. Kvalitet och patientsäkerhet ska utgöra grunden för hur lasarettet utvecklar och bedriver sin verksamhet. Det är inom detta målområde som det största patientsäkerhetsarbetet bedrivs.

#### *3 Utveckling och attraktionskraft*

Lasarettet Trelleborg ska vara det attraktiva sjukhuset där kompetensutveckling, arbetsglädje och delaktighet står i fokus. Medarbetarna är lasarettets viktigaste tillgång

Under året har det vid lasarettet tagits fram en lokal ”Handlingsplan för ökad patientsäkerhet år 2023–2025”. Den lokala handlingsplanen har tagit fram flera åtgärdsförslag för ökad patientsäkerhet som

baseras på ett trettiotal intervjuer med chefer, nyckelpersoner och medarbetare. Socialstyrelsens nationella handlingsplan för patientsäkerhet för åren 2020 – 2024 tillsammans med regionala och förvaltningsövergripande handlingsplaner har varit utgångspunkten för detta arbete. Vid VO Akut och Medicin har det bildats en ny ”Patientsäkerhetsgrupp” vilken är tänkt att utgöra en beredningsgrupp till ett framtida ”Patientsäkerhetsråd”.

## **Organisation och ansvar**

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

Förvaltningen Lasarettet Trelleborg har haft ansvaret för den somatiska sjukhusvården vid Lasarettet Trelleborg med verksamhetsområdena VO Akut och medicin och VO Planerade operationer. Inom de båda verksamhetsområdena finns även enheterna rehabilitering och stöd (ROS), logopedverksamhet och vaccinationsmottagning.

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 uppdrag 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 Trelleborg 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. Då Lasarettet Trelleborg under året 2023 inte haft någon egen chefläkare har tjänsten köpts in från förvaltningen Skånes universitetssjukvård, (Sus). Chefläkaren därifrån har bistått förvaltningsledning och de olika verksamhetsområdena att på ett strategiskt, fortlöpande och systematiskt arbetssätt uppmärksamma och bevaka patientsäkerhetsrisker samt gett förslag till och planera åtgärder för att förbättra och bevara patientsäkerheten.

Vårdhygien är Region Skånes expertfunktion för arbetet med att förebygga vårdrelaterade infektioner och risken för smittspridning i vården. Det regionala vårdhygieniska arbetet samordnas inom Hygienkommittén. Smittskydd Skåne arbetar för att minska smittöverföring till och mellan människor.

Smittskydd Skåne uppmärksammar och informerar om misstänkta sjukdomsfall och nya smittor och ansvarar även för att ge allmänheten råd och upplysningar i smittskyddsfrågor. Strama Skåne är ett nätverk med uppdraget att bevara antibiotika som effektivt läkemedel och minska risken för resistensutveckling.

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 och bidrar till kvalitetsutveckling och patientsäkerhet i vården.

## **Samverkan för att förebygga vårdskador**

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

## **Remisshantering**

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. Vid Lasarettet Trelleborg samordnas enligt vårdgarantin remisser till externa samverkansparter främst inom ledplastik, gastroenterologi och ögonsjukvård.

## **Samverkan med Vårdhygien**

Hygiensjuksköterska från Vårdhygien finns tillgänglig vid Lasarettet Trelleborg utifrån lasarettets behov av konsultation, rådgivning och information (kartläggning, hygienrund, utbildning, ombyggnationer m.m.). Hygiensjuksköterska deltar vid lasarettets patientsäkerhetsdialoger.

Samverkan med Närsjukvården, kommun och primärvård, privata aktörer och ASIH sker genom regelbundna nätverksträffar i olika mötes-forum. De olika forumen har träffar ett par gånger per termin eller vid behov.

## **Informationssäkerhet**

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §*

Lasarettet Trelleborg får stöd i sitt informationssäkerhetsarbete genom samverkan med Skånes universitetssjukvård, Sus, där det finns informationssäkerhetsspecialist och Dataskyddssamordnare. Lasarettet har en dataskyddskontaktperson som deltar i dataskyddsorganisationens nätverksmöten, tar del av utskick samt finns till hands vid PUI (personuppgiftsincidenter). Gruppen arbetar kontinuerligt med att förbättra informationssäkerhet såväl som informationsstyrning. Under 2023 rapporterades 8 PUI händelser i vårdgivarens avvikelshanteringssystem.

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

## **Strålskydd**

*SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §*

Röntgenenheten vid Lasarettet Trelleborg tillhör förvaltningen Skånes universitetssjukvård, Sus vilken varje år utför internrevision av strålsäkerheten vid enheten tillsammans med regionala Strålskyddsexpertfunktionen. Resultatet sammanställs i en årlig rapport (april) tillsammans med en handlingsplan.

Lasarettet Trelleborgs operationsenhet följer de regionala rutinerna ”Strålsäkerhetskompetens” och ”Strålsäker patientbestrålning”. Vid enheten finns det krav på att alla medarbetare som arbetar vid enheten (anestesi- och operationspersonal) ska kunna visa att de har den kompetens och lämplighet som behövs för de arbetsuppgifter som påverkar strålsäkerheten. Detta säkerställs genom obligatoriskt deltagande i grundläggande strålskyddsutbildning. För operationspersonalen finns det ytterligare utbildning inom strålskydd och röntgen.

I samband med utbildningsdag har representanter från olika företag gått igenom sina MT-tekniska produkter med operationspersonalen.

Inga strålningsrelaterade avvikelser har under året anmälts i AvIC för Lasarettet Trelleborg.



## En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. 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 Trelleborg arbetar med frågan bland annat genom dialogmöten kring vårdhygien och patientsäkerhet och enkäten Hållbart Säkerhets Engagemang (HSE).

Patientsäkerhetsdialoger är strukturerade årliga träffar mellan respektive verksamhetsområdes ledning, medarbetare med särskilt uppdrag inom patientsäkerhet, patientsäkerhetshandläggare från enhet Patientsäkerhet Skånes universitetssjukvård Sus 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.

Ute på våra vårdenheter sammanstrålar medarbetarna (tvärprofessionellt) dagligen eller veckovis för gemensam avstämning (Gröna Korset, pulsmöten) och dialog kring identifierade risker eller inträffade händelser i det dagliga arbetet. Avvikelse skrivs för de händelser och tillbud där risk för vårdskada eller vårdskada identifierats. Kartläggning av händelseförlopp och utredning av bakomliggande orsaker påbörjas ofta inom några få arbetsdagar. Vid allvarliga händelser och tillbud har enhetschef (EC) dialog direkt med verksamhetschef (VC) och medicinskt ledningsansvarig (MLA) för bedömning om akuta åtgärder skyndsamt behöver vidtas.

Inträffade händelser eller uppmärksammade brister diskuteras i ett lärande syfte och för att gemensamt identifiera förebyggande åtgärder. En viktig del i lärandet är uppföljning och utvärdering av de åtgärder och handlingsplaner som tagits fram. Fick åtgärden avsedd effekt eller har någon ny risk eller brist uppstått till följd av den vidtagna åtgärden? Uppdatering av handlingsplaner och fortsatt uppföljning innebär ett stort lärande.

## 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.



### **KTM (kompetens och tjänstemodell)**

Målet med kompetens och tjänstemodellen (KTM) är att skapa förvaltningsgemensamma strukturer för professionell utveckling och kontinuerligt lärande. Syftet är att öka förutsättningarna för en god och säker vård och bidra till att göra Lasarettet Trelleborg till en attraktiv arbetsplats. Verksamhetsområdena har kommit olika långt i utveckling och implementering av modellen. För närvarande är det enbart Operationsenheten vid lasarettet som genomfört samtliga steg.

### **Introduktionsutbildning nyanställda**

Under 2023 implementerades en strukturerad introduktion för nya medarbetare vid Lasarettet Trelleborg. Den första introduktionsdagen syftar till att informera om våra verksamheter och den vård vi bedriver men även stärka kompetensen inom HR, IT, patientsäkerhet, hygien, brand, säkerhet och miljöarbete. Därefter följer fortsatt introduktion anpassad utifrån respektive vårdenhet.

### **Resursteam**

Sedan 2019 har Lasarettet Trelleborg ett eget resursteam. Under 2023 har resursteamets uppdrag förtydligats och utökats med flera nya arbetsområden.

### **Säker bemanning och hälsofrämjande schemaläggning**

Varje verksamhetsområde har en översiktlig plan 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 planen ska också innefatta forskning, utveckling och utbildning. En kapacitetsplan med rätt bemanning utifrån till exempel kompetenser skapas sedan med grund i produktionsplanen. Kapacitetsplanen schemaläggs därefter antingen med namngiven personal eller med resurser med kompetenssatt schema. Utgångspunkten för arbetstidens förläggning är verksamhetens behov. Arbetstidens förläggning har även betydelse utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv.

## **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 §*

### **Ökad samverkan med patient och närstående**

Vården blir säkrare när den utformas och utvecklas i samråd med patienten. Kommande utmaningar vad gäller befolkningens åldersstruktur, behov, tillgänglighet och förväntningar kräver nya arbetssätt inom sjukvården. För att kunna möta utmaningarna behöver patienter och närstående involveras på ett mer systematiskt sätt än vad som sker idag och handlingsplan innehållande åtgärder för att kunna möta detta upprättas. Implementering av patientsamverkan och personcentrerat förhållningssätt behöver stärkas och synkroniseras med Nära vård.

### **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.

## **AGERA FÖR SÄKER VÅRD**

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

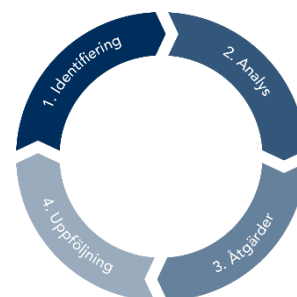
Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella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

Beskriv strategier, mål och koppla till vilken egenkontroll för ökad patientsäkerhet som genomförts under året.

Utifrån hur ni har agerat för säker vård inom de fem nationella fokusområdena: utvärdera planerade och genomförda åtgärder och uppföljningen av dess effekter, samt beskriv planering framåt utifrån resultaten.

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

Under rubriken **Agera för säker vård** kan arbetsprocessen för ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete användas genom att följa nedanstående fyra steg:



### Basala hygienrutiner och klädregler (BHK)

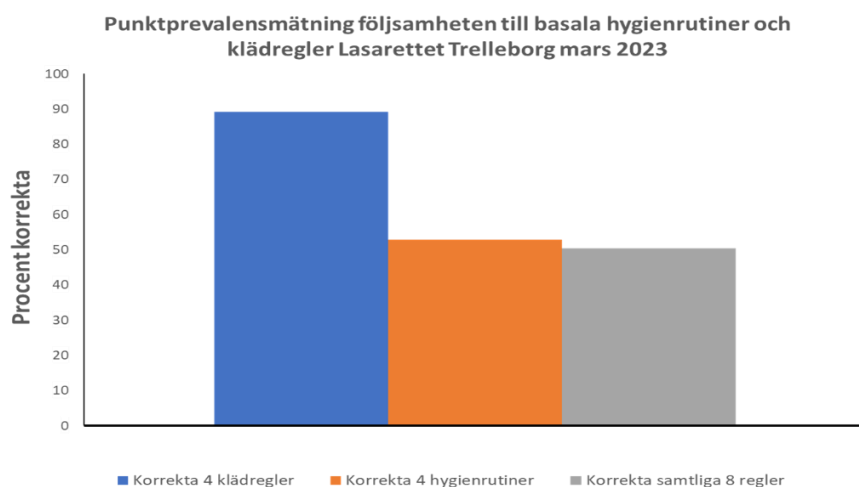
**Mål** – Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (BHK)

**Resultat** - Nationell mätning genomfördes i mars. Regional mätning genomfördes i oktober. Lokal mätning genomfördes i december

**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.

**Åtgärd** - Lokal handlingsplan hygien har under året tagits fram innehållande olika utbildningsåtgärder i basala hygienrutiner (obligatoriska utbildningar i Lärportal föreläsningar, film, hygien stående punkt på APT, fokusmånad Gröna Korset, genomgång med hygienombud).

**Uppföljning** - Resultaten uppvisar fortfarande en negativ trend. Orsakerna till att följsamheten har försämrats är fortfarande oklart. Vidare diskussioner kommer att drivas mellan enhetschefer, KPO och KPH. Lokala mätningar under hösten 2023, efter implementering av framtagen lokal handlingsplan, visade att följsamheten till basala hygienrutiner förbättrats något.



SKR genomförde under våren 2023 den sista nationella punktprevalensmätning (PPM) av följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler inom vård och omsorg. Från 2024 upphör de nationella mätningarna. Arbetet fortsätter vid lasarettet genom lokala mätningar.

## Trycksår

**Mål** - Region Skåne har en nollvision gällande vårdskador och trycksår är i de flesta fall en vårdskada som hade kunnat undvikas med rätt förebyggande insatser. Det regionala målet för förekomst av trycksår är att andelen sjukhusförvärvade trycksår i kategori 2–4 ska vara  $\leq 4\%$ . Under året genomfördes punktprevalensmätning (PPM) av trycksår under september månad.

För ökad måluppfyllelse och ett bra preventivt arbete är det viktigt att hälso- och sjukvårdspersonalen har tillgång till hjälpmedel och rätt kompetens.

**Resultat** - Årets PPM trycksår visade bland annat att andelen patienter som varit inläggande 24 h eller mer med:

Sjukhusförvärvade trycksår kategori 1–4 var 8,1% (n=3) jämfört med 19,4 % (n=7) i september 2022 och 23,4 % (n=11) ytterligare ett år tidigare vid PPM trycksår september 2021.

Sjukhusförvärvade trycksår kategori 2–4 var 8,1% (n=3) jämfört med 13,9 % (n=5) i september 2022 och 10,6 % (n=5) ytterligare ett år tidigare vid PPM trycksår september 2021.

**Analys av resultat** - Målet att andelen patienter som under vårdtiden utvecklar trycksår kategori 1–4, inklusive kategori ”Misstänkt djup hudskada” och ”Icke klassificerbart trycksår” ska vara  $<4\%$  uppnås inte av Lasarettet Trelleborg 2023 och arbetet med att fortsatt minska antalet trycksår behöver prioriteras.

**Åtgärd** - 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.

En viktig del i det förebyggande arbetet är att genom information och instruktion involvera patienten i vad riskbedömningen visat och hur patienten själv kan vara delaktig i förebyggandet av trycksår.

**Uppföljning** - Uppföljande punktprevalensmätning avseende trycksår planeras under år 2024. Dialog om allvarliga händelser sker bland annat på patientsäkerhetsdialogerna.

## Vårdrelaterade infektioner VRI

Vart femte år genomför Europeiska smittskyddsmyndigheten (ECDC) punktprevalensmätningar för vårdrelaterade infektioner (ECDC-PPM) vilken genomfördes för första gången i Sverige våren 2023. Resultatet presenteras i Region Skånes regionala patientsäkerhetsberättelse.

Egenkontroll sker vid lasarettet även inom områdena fallprevention, undernäring, KAD (kvarliggande urinkateter) och handhavande av PVK (perifer venkateter). Under år 2024 planeras ökat fokus på läkemedelshantering.

## 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.



## Aggregerad statistik

Analys av registrerade avvikelser genomförs fortlöpande och visar att de vanligaste avvikelserna utifrån orsak berör procedurer/rutiner /riktlinjer och information/kommunikation. Patientavvikelserna är främst inrapporterade från vårdavdelningarna och akutmottagningen.

### **Lex Maria**

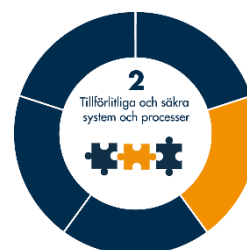
Vårdgivaren är skyldig att anmäla en händelse som har medfört, eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada enligt lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Vårdgivaren har delegerat detta uppdrag till chefläkare i förvaltningen. I samband med utredning av allvarliga händelser bedömer chefläkaren om en händelseanalys ska genomföras. Under året har flera händelseanalyser genomförts som har berört båda verksamhetsområden inom förvaltningen och i vissa fall även flera förvaltningar.

Under 2023 rapporterades totalt 15 Lex Maria ärende vid Lasarettet Trelleborg. Fyra ärenden berörde fallolyckor och sex ärenden berörde bedömning och diagnos. De bakomliggande orsakerna till uppkomna vårdskador eller riskerna för vårdskada har i de flesta fall varit brister relaterat till tillämpning av olika verksamhetsrutiner. Även brister i utbildning/kompetens, kommunikation och information/dokumentation har förekommit.

Generell handläggningstid för lex Maria är 2–4 månader från det att händelsen anmäls till chefläkare till dess att händelsen anmäls till IVO. Några ärenden dröjer upp mot 6–8 månader men det beror då oftast på behov av komplettering av internutredning eller att flera verksamhetsområden och förvaltningar är involverade. Under året har flera chefer på alla ledningsnivåer samt medarbetare med nyckelroller i utredningsarbetet och enhetschefer vid berörda enheter slutat vid förvaltningen vilket lett till förlängda handläggningstider. Under hösten har nyrekrytering skett av chefer och KPH (Kvalitets- och patientsäkerhetshandläggare).

### **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 bejaskas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.



### **Läkemedelssäkerhet**

Det finns idag två kliniska farmaceuter och två avdelningsfarmaceuter vid lasarettet. De kliniska farmaceuterna arbetar med att ta fram underlag till läkemedelsavstämningar och läkemedelsgenomgångar samt introducera nyanställda läkare för genomgång av rutiner vid in- och utskrivning. Det finns ett behov om att utöka läkemedelsavstämningar. Genomgång av läkemedelsavvikelse har gjorts för att tillvara ta de kunskaper och slutsatser som kan dras efter en avvikelse. Resultatet har vilket lett till initiering av förbättringsarbete med uppdrag att analysera nuläget avseende läkemedelshandtering inom slutenvården och vid vårdens övergångar.

## 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

Vid utlokalisering är intentionen att utlokalisera patienten i slutet av vårdförloppet och inte i den akuta fasen. Patienter som befinner sig i slutet på vårdförloppet ska utses och flyttas externt (utlokaliseras) för att frigöra vårdplats för den akuta patienten, som behöver vård inom rätt specialitet. Med utlokaliserad menar vi patienter som ligger på någon av lasarettets andra vårdavdelningar än den vårdavdelning som patienten är inskriven vid. Under året förekom det vid lasarettet utlokaliserade patienter. Nuvarande registreringsrutin gör att vi statistiskt inte kan säkerställa helt tillförlitliga siffror vilket vi strävar efter att nå framöver.

### 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.

Det är verksamheternas ansvar att planera för såväl det elektiva som det förväntade akuta vårdflödet. Det råder en vårdplatsbrist och flertalet avdelningar har vårdplatsneddragningar i förhållande till fastställda vårdplatser, relaterat till främst bemanning. Eskaleringsplan för både infektionsvårdplatser och den totala vårdplatskapaciteten är framtagen.

### 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.

Vid lasarettet Trelleborg genomförs riskanalyser i samband med större förändringar inom verksamhetsområdena och på övergripande nivå. Under 2023 har riskanalys genomförts bland annat vid införande av eLAB RS (elektronisk portal för beställning av provanalyser), vårdform vid EVA (eftervårdsavdelning), operation av nya patientgrupper, hyrstopp och Trombolyslarm.

## 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 och kunskap kring hur patientsäkerheten ser ut och vilka bakomliggande orsaker som finns bakom vårdskador samt vilka faktorer som påverkar behöver öka. Vilka är den egna enhetens specifika riskområden och vilka riskområden är vanligt förekommande inom alla vård specialiteter. Det behövs ett ökat lärande och uppföljning av framgångsfaktorer om risker inom hälso- och sjukvården. Patienter och närståendes synpunkter och förbättringsförslag behöver vara en del i detta arbete.

## **Avvikelser**

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

Under året som gått har det i avvikelshanteringssystemet AvIC registrerats 833 avvikelser varav 674 patientavvikelser (jmf 674/478 år 2022). De flesta avvikelserna identifieras och skrivs på vårdavdelningarna. De mest förekommande avvikelserna gäller fall, händelser relaterat till omvårdnadsarbetet och läkemedelshantering. Den vanligaste föreslagna åtgärden är information och kommunikation.

En del av det systematiska patientsäkerhetsarbetet är att rapportera när något gått fel. Avvikelserna klassificeras utifrån typ av händelse. 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. Statistik inhämtas från avvikelssystemet tillsammans med månadsrapporter från Patientnämnden vilka sedan analyseras tillsammans för att se trender och mönster.

Patientsäkerhet är en stående mötespunkt på ledningsmöten, APT (arbetsplatsträff) och i olika forum där patientsäkerhetsfrågor och vårdutveckling diskuteras. Patientsäkerhetskulturen är ett prioriterat utvecklingsområde tillsammans med ökad återkoppling av de insikter och lärdomar som fås genom utredda avvikelser.

## **Lärande av lex Maria/allvarliga händelser**

Som vårdgivare har Lasarettet Trelleborg ett ansvar att informera sina medarbetare om händelser som anmälts enligt lex Maria i syfte att skapa ett ökat lärande. De beskrivna händelserna kan användas som underlag för dialog och lärande i verksamheterna. Under året har flera händelser med fall och fördröjd diagnos anmälts enligt lex Maria.

## **Händelseanalyser**

Genomförda händelseanalyser bidrar till lärande och ökad patientsäkerhet. Analyser genomförs på såväl verksamhetsnivå som på förvaltningsövergripande nivå. I de fall analyser genomförs på övergripande nivå gäller det komplicerade händelser eller då flera verksamhetsområden är involverade.

## **Markörbaserad journalgranskning (MJG)**

Enligt modell från Sveriges kommuner och regioner (SKR) har markörbaserad journalgranskning skett på 10 /månad slumpvis utvalda journaler inom förvaltningen. Granskningsresultaten har löpande rapporteras in i en nationell databas. Från årsskiftet har MJG upphört efter beslut från SKR om att inte längre upprätthålla databasen. Arbete pågår om hur lasarettet ska säkerställa MJG framöver.

## 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. Klagomål och förbättringsförslag är viktiga för att systematiskt kunna följa patienter/närståendes upplevelser av vården. Klagomål skiljer sig ofta ifrån de avvikelser som vårdpersonal registrerar i avvikelssystemet. Klagomålen 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. Synpunkter som kommer från patient/närstående utreds och hanteras på samma vis som internt rapporterade händelser.

## Patientnämnden

Sammanfattande rapport hämtas varje månad från Patientnämnden. Där kan vårdgivaren ta del av alla synpunkter och klagomål som framförts på verksamheten. I rapporten sammanfattas även de synpunkter och klagomål som kommit till Patientnämndens kännedom från anmälare som önskat vara anonyma eller som inte efterfrågat något svar tillbaka från vårdgivaren.

Under 2023 (jan- nov) registrerade Patientnämnden 63 inkommande synpunkter som berörde Lasarettet Trelleborg där områdena vård och behandling, kommunikation och tillgänglighet var vanligast förekommande. Detta var en minskning av antalet inkomna synpunkter med drygt 10 % sedan året innan.

## Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

Under året tog lasarettet emot 3 patientklagomål från IVO där två av ärenden var för vårdgivarens kännedom och fortsatt hantering av vården och ett ärende där IVO begärde ett yttrande.

## 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.

Systematiska händelseanalyser genomförs vid allvarlig vårdskada eller då det funnits risk för sådan. Där det anses befogat görs anmälan till IVO enligt Lex Maria.

Det proaktiva arbetet inom området patientsäkerhet har utvecklats genom implementering av riskanalyser tidigt i processen innan beslut om förändring tas om förändrat arbetssätt eller behandling av nya patientgrupper. Under 2023 har 14 riskanalyser initierats vilket är en dubblering sedan föregående år. Riskanalyserna ligger som viktigt underlag inför de beslut som sedan tas. En förflyttning från ROKA till riskanalys har skett under de senaste åren.



Under året har uppföljning av handlingsplaner kopplade till tidigare händelseanalyser och internutredningar utvärderats och vid behov reviderats. Exempel på detta är åtgärder för att minska fallhändelser inom slutenvården och brister i intern remisshantering.

Egenkontroll utförs i form av PPM mätningar, journalgranskning och uppföljning från kvalitetsregister.

KPH deltar vid introduktion av nya medarbetare. KPH ansvarar för att upprätthålla, stödja och utbilda ett nätverk för KPO (kvalitets- och patientsäkerhetsombud som arbetar ute på enheterna i nära samarbete med sina enhetschefer). Patientsäkerhetsorganisationen är under utveckling vid lasarettets båda VO. Ett mål är att tillsätta KPO inom samtliga enheter. Dessa ska hantera patientsäkerhetsfrågor på varje enhet och driva utveckling och förbättringsprojekt på uppdrag av enhetschef och i samarbete med KPH.

## **MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR**

Lasarettet Trelleborg står inför en stor utvecklingsresa för att klara av sitt uppdraget med att hålla vårdplatser öppna och fortsatt öka sina operationsvolymerna. Under år 2024 kommer det skapas ett tredje verksamhetsområde dit nuvarande mottagningsverksamheter lyfts över. Genom att skapa ett tredje och något mindre verksamhetsområden ges både chefer och medarbetare bättre möjligheter att fokusera på den framtida utvecklingen, samtidigt som man kan förbättra det närvarande ledarskapet.

Mottagningsverksamheterna har en oerhört viktig roll i omställningsarbetet till Nära vård vilket kräver ett ökat fokus. Det tredje verksamhetsområdet kommer att behöva utveckla arbetssätt för att i högre utsträckning än idag kunna avlasta slutenvården samtidigt som produktionen för den specialiserade öppenvården bibehålls. Satsningar på förändringsarbete och utveckling kommer ske inom digitalisering, mobila team och kompetensförsörjning.

Lasarettet Trelleborgs organisation för patientsäkerhet och ledningssystem för det systematiska och fortlöpande kvalitets- och patientsäkerhetsarbete kommer genomlysas och förbättras med målet att nå en förvaltningsövergripande organisation med hög kompetens inom området.

Lasarettet har under året upplevt en vändande trend där medarbetare spontansökt efter lediga tjänster och inom vissa enheter finns det nu en god bemanning och hög kompetens. Kommande år kommer arbetet med KTM (kompetens och tjänstemodellen) som en karriärmöjlighet att fortsätta.