

# Patientsäkerhetsberättelse för Skånes universitetssjukhus 2023



Datum: 2023-02-08

Ansvarig för innehållet: Ulrika Dahlqvist, enhetschef, enhet patientsäkerhet, avdelning strategisk vårdutveckling och säkerhet

Diarienummer

# Innehållsförteckning

SAMMANFATTNING .....	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD .....	5
Engagerad ledning och tydlig styrning .....	5
Övergripande mål och strategier .....	5
Organisation och ansvar .....	6
Samverkan för att förebygga vårdskador .....	7
Informationssäkerhet .....	9
Strålskydd .....	10
En god säkerhetskultur .....	10
.....	11
Adekvat kunskap och kompetens .....	11
Core curriculum blir Kompetens och tjänstemodell .....	11
Praktisk färdighetsträning .....	13
Säker bemanning och arbetsmiljö .....	13
Patienten som medskapare .....	14
Handlingsplan ökad patientsamverkan .....	14
Forum patientupplevelse och patientsamverkan .....	14
Patient- och närstående råd .....	15
Nationell patientenkät (NPE) .....	16
Etikrådet .....	16
AGERA FÖR SÄKER VÅRD .....	16
Vårdrelaterade infektioner (VRI) .....	16
Åtgärd vårdrelaterade infektioner .....	16
Basala hygienrutiner och klädregler (BHK) .....	17
Öka kunskap om inträffade vårdskador .....	19
Aggregerad statistik .....	20
Lex Maria .....	20
Tillförlitliga och säkra system och processer .....	20
Läkemedelssäkerhet .....	21
Säker vård här och nu .....	22
Utlokalisering .....	22
Riskhantering .....	23
Stärka analys, lärande och utveckling .....	24
Avvikelse .....	26
Lärande av lex Maria/allvarliga händelser .....	28

Händelseanalyser .....	28
Klagomål och synpunkter .....	28
Öka riskmedvetenhet och beredskap .....	29
Systematiskt patientsäkerhetsarbete .....	29
Område AT/ST .....	30
<b>MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR .....</b>	<b>31</b>

## SAMMANFATTNING

Efter årsskiftet 2022 – 2023 gjordes en ny förvaltningsindelning i Region Skåne vilket innebar att alla sjukhusen blev egna förvaltningar och att lasaretten i Landskrona, Trelleborg och Ystad därmed lämnade Skånes universitetssjukvård, varvid förvaltning och sjukhus benämns Skånes universitetssjukhus (Sus).

Trenden med färre antal disponibla vårdplatser relaterat till bemanningsbrist på Sus fortsätter samtidigt som vårdbehov kvarstår, vilket resulterat i ökat antal överbeläggningar. Överbeläggningar på grund av resursbrist kan utgöra en ökad risk för patientsäkerheten. För att motverka risker sker ett kontinuerligt och långsiktigt patientsäkerhetsarbete inom en rad viktiga områden där verksamheterna var för sig och i samverkan arbetar för att patientsäkerheten ska öka. De grundläggande förutsättningarna för arbetet är en god patientsäkerhetskultur, patienternas delaktighet och ledningens engagemang.

Det totala antalet anmälningar enligt lex Maria har ökat något under 2023 vilket till stor del antas bero på en förbättrad patientsäkerhetskultur där kunskapen om avvikelser har blivit större, att medarbetare och verksamheterna därav förstår vikten av att utreda och anmäla.

Totalt anmäldes 211 händelser enligt lex Maria och den vanligaste händelsen var som tidigare år fördröjd eller felaktig behandling av allvarlig sjukdom och tillstånd, därefter följer missad eller fördröjd diagnos. I knappt hälften av fallen förelåg risk för allvarlig vårdskada, vilket tolkas som att även händelser där skada förhindrats utreds för att minska framtida risker. I syfte att sprida lärande kring vårdskador presenteras i varje nummer av tidskriften Sus Nytt, som kommuniceras ut till medarbetare i förvaltningen, en händelse som anmäls enligt lex Maria och lärande relaterat till den. Den internationella patientsäkerhetsdagen uppmärksammas varje höst och 2023 hade WHO valt temat ”patienten som medskapare”. Sus anordnade i september en patientsäkerhetsdag för alla medarbetare med föreläsningar kring detta tema.

2023 års punktprevalensmätning av vårdrelaterade infektioner (VRI) pekar mot att Sus inte når de högt uppställda målen. Under våren 2023 deltog Sus i den punktprevalensmätning som arrangeras av europeiska smittskyddsmyndigheten (ECDC) för att mäta förekomsten av VRI. Denna mätning var mer omfattande och gav viktig information om såväl förekomst av VRI som följsamhet till riktlinjer för antibiotikabehandling och -profylax. Verksamheterna arbetar nu vidare utifrån resultaten från mätningen för att minska VRI på Sus.

De årliga patientsäkerhetsdialogerna ger möjlighet till diskussioner och återkoppling mellan verksamheterna och chefläkare med patientsäkerhetshandläggare och är en viktig del i det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Under 2023 har 17 av Sus 19 verksamheter haft patientsäkerhetsdialog. Allt fler verksamhetschefer har även återupptagit patientsäkerhetsråd och/eller patientsäkerhetsronder vars syfte är att träffa medarbetare i patientnära arbete för att diskutera respektive enhets patientsäkerhetsfrågor. I vissa verksamheter deltar även patienter under del av ronderna. Patientdelaktighet, såväl för patienter att vara delaktiga i den egna vården som i utveckling av vården, är en viktig faktor för ökad patientsäkerhet. Detta uppmärksammades inte minst via WHO:s tema för året och Sus patientsäkerhetsdag. Sus kommer att fortsätta det proaktiva patientsäkerhetsarbetet med att utveckla den personcentrerade vården och patientdelaktigheten på olika nivåer.

## 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 en 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 §*

Skånes universitetssjukhus ska ha en platt och delegerande organisation och arbetar utifrån en tillitsbaserad ledningsfilosofi med fokus på verksamhetens syfte och en personcentrerad vård utifrån patientens behov. Varje beslutsnivå ska aktivt verka för att stimulera samverkan och helhetsperspektiv, bygga tillitsfulla relationer samt säkerställa förmåga, integritet och hjälpvillighet.

Skånes universitetssjukhus 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

Skånes universitetssjukhus bryter ned de övergripande regionala målen i en övergripande verksamhetsplan som beslutas av sjukhusstyrelsen. Vision, mål och strategier för sjukhusstyrelsen utgör grunden i verksamheternas arbete med verksamhetsplanering och uppföljning. På nivån närmast medarbetarna ska det finnas en plan för den aktuella arbetsenheten med tydliga mål och aktiviteter (verksamhetsplan). Verksamhetsplanen ska koppla till Sus övergripande mål och strategier. Varje verksamhetsområde förväntas såväl löpande som på årsbasis följa upp mål, aktiviteter och resultat. 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. Flertalet av aktiviteterna i planen har genomförts och en revidering gjordes därför under hösten och våren 2022-23. 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
- 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 omvårdnadsutveckling och utbildning, fortsätter arbetet med översyn av 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*

Skånes universitetssjukhus 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 Skånes universitetssjukhus följer förvaltningens linjeorganisation med stöd av resurspersoner. Varje verksamhetsområde strukturerar och organiserar patientsäkerhetsarbetet på det sätt som är bäst lämpat utifrån verksamhetsområdets förutsättningar och behov. Förvaltningschefen har det övergripande ansvaret för förvaltningens patientsäkerhetsarbete och dess ledningssystem. Chefläkare och chef för avdelning strategisk vårdutveckling och säkerhet är förvaltningsledningens representant för patientsäkerhetsfrågor och bevakar dessa frågor i förvaltningens ledningsgrupp.

Styrgrupp patientsäkerhet 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 och enhetschef för HR förvaltningsövergripande. Styrgruppen har som syfte att uppmärksamma och bevaka patientsäkerhetsrisker samt ge förslag till och planera åtgärder för att förbättra och bevara patientsäkerheten inom Skånes universitetssjukhus. 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 verksamheter.

Enhet utbildning och vårdutveckling, inom avdelning strategisk omvårdnadsutveckling, ansvarar tillsammans med chefsjuksköterska för att stödja Sus verksamheter i utvecklingen av evidensbaserad, personcentrerad och säker omvårdnad samt prevention av omvårdnadsrelaterade vårdskador.

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. Varje sjukhus har ett lokalt hygienråd, som arbetar på uppdrag av den förvaltningsövergripande styrgruppen för patientsäkerhet. För Sus Malmö/Lund återstartades detta arbete under hösten 2022. 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 och bidrar till kvalitetsutveckling och 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 perioden jan-dec 2023 har ökat med 4,3 % jämfört med 2022. Nuvarande inflöde är att betrakta som ett normalläge. Regionala rutiner för remisshantering finns och uppdateras kontinuerligt. Vid förändringar och utveckling av praxis för remisshantering finns etablerad kontakt mellan specialistvård och allmänläkarkonsult Skåne (AKO). När det finns avvikelser från praxis och tillämpningsanvisningar, tas kontakt med berörd verksamhet för möte och genomgång av rutiner.

Skånes universitetssjukhus och Primärvården Skåne samarbetar kring Digital specialistkonsultation. Vid digitala specialistkonsultationer deltar patient, allmänläkarspecialist och sjukhusspecialistläkare för att patienten snabbare ska komma till nästa steg i sin vård. Detta arbetssätt ökar patienternas delaktighet, trygghet, patientsäkerhet, information om nästa steg samt minskar behovet av att remittera patienter till sjukhusen, och därmed förbättras tillgängligheten. Under 2023 har ca 300 patienter fått möjlighet till digital specialistkonsultation vid sitt besök hos allmänläkare på vårdcentralen. Många uppger att kvaliteten

på remisserna blivit bättre tack vare den digitala konsultationen och vissa remisser har helt kunnat undvikas.

### Samverkan vid utskrivning

Under året har det arbetats för att ytterligare underlätta informationsöverföringen mellan slutenvård, kommunal vård/omsorg och regional primärvård. I stället för att som tidigare behöva faxa alla dokument, gällande samverkan vid utskrivning, från slutenvård till mottagarna, har det tagits fram en annan teknisk lösning.

Via befintligt journalsystem kan numera önskat dokument överföras direkt till Mina planer (IT-tjänsten för samverkan) och vidare till mottagarna. En hantering som underlättar för alla inblandade och som är mer patientsäker då det inte går att överföra något till fel mottagare vilket var en risk vid faxning.

En annan nyhet för i år är det digitala akutbladet. När patient med hemsjukvård är i behov av akutsjukvård och skickas in till akutmottagningen kan numera kommun och akutmottagningen kommunicera digitalt mellan varandra. Kommunen kan förbereda det digitala akutbladet och fylla uppgifter om patientens bakgrund och kontaktuppgifter. Under aktuelltfliken dokumenteras sedan orsaken till att patienten skickats in. Går patienten åter till kommunen kommer akutmottagningen respondera om vilka åtgärder som gjorts.

Vidare har tidigare framtagen checklista, vars syfte är att inget ska förbises kring informationsöverföringen i samband med utskrivning från slutenvård, nu reviderats.

Liksom tidigare får samtliga medarbetare inom SUS månatligen erbjudande om introduktionsutbildning gällande samverkan vid utskrivningsprocessen.

Inom verksamhetsområde neurologi, reumatologi, minnessjukdomar och geriatrik har man vidareutvecklat checklistor vid utskrivning för att minska risken att missa något i utskrivningsprocessen och arbetar mycket med dessa.

Inom varje verksamhetsområde genomförs det regelbundet årliga patientsäkerhets- och vårdhygiendialoger. Arbetet med Sus hygienråd har fortsatt och arbete pågår för att involvera fler deltagare i hygienrådet. Projektet, som ska bidra till minskad förekomst av vårdrelaterade infektioner inom Skånes universitetssjukhus, har under året fokuserat på ECDC-mätningen som genomfördes tillsammans med Vårdhygien. Utifrån resultatet från ECDC-mätningen kommer aktiviteter för att minska vårdrelaterade infektioner att genomföras tillsammans med Vårdhygien.

Sus vårdutvecklare har fortsatt sitt samarbete med Vårdhygien Skåne kring produktion av korta informationsfilmer i infektionsförebyggande syfte. Under året har film om *Handhygien och korrekt användning av handskar* producerats.



## Samverkan sårbehandling

Enhet utbildning och vårdutveckling har under året drivit ett arbete för samsyn inom sårbehandling oavsett huvudman samt utformning av en sårkonsultfunktion för Sus verksamheter. Sårkonsultfunktionen för sårkonsultfunktion startade upp 1 oktober och är organiserad under VE geriatrisk. Sårkonsulterna erbjuder alla Sus verksamheter rådgivning kring svårläkta sår och trycksår med målsättningen att öka kunskapen om faktorer som försvårar sårhäkning samt korrekt behandling för optimal sårhäkning.

## Informationssäkerhet

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §*

Uppföljning av informationssäkerheten sker dels årligen utifrån styrande dokument, dels när det inträffar väsentliga händelser som påverkar informationssäkerheten. Särskilda uppföljningar av större betydelse har skett bland annat vid otillåtna dataslagningar, vid misstanke om dataintrång avseende patientuppgifter och felaktig hantering av e-tjänstekort. Uppföljning av genomförda skyddsåtgärder vid riskanalyser har främst berört hanteringen av skyddade personuppgifter i informationssystem och nätverkssäkerhet i enlighet med informationssäkerhetspolicyn.

Riskbedömningar genomförs systematiskt ur ett informationssäkerhetsperspektiv bland annat i enlighet med lag om informationssäkerhet för samhällsviktiga och digitala tjänster (2018:1174), EU:s dataskyddsförordning (GDPR 2016/679) och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2016:40). Under 2023 har många nya tekniska lösningar implementerats och behovet av riskbedömningar ur ett informationssäkerhetsperspektiv ökar ständigt i takt med digitaliseringen. Riskbedömningar har till exempel genomförts vid införande av tjänsteplattformar för distansmonitorering, videokommunikationstjänster i operationssalar, e-tjänster för sammanhållen vårdokumentation och användandet av hälsodata för sekundära ändamål. Samtliga riskbedömningar redovisas i enlighet med informationssäkerhetspolicyn samt delges chefläkare och informationssäkerhetschef vid begäran.

Åtgärder för förbättring av informationssäkerheten har främst vidtagits av den lokala IT-kommittén som arbetar för ökad säkerhet, kvalitet och krisberedskap för IT-frågor och Informationsstyrningsrådet vid Koncernkontoret. Några åtgärder som vidtagits för att höja informationssäkerheten är till exempel tillgänglighet för telekommunikationstjänster och insatser för bättre samverkan med interna samarbetsparter. Utbildnings- och informationsinsatser har även genomförts utifrån omvärldsbevakning och vid identifierade verksamhetsbehov. Under året har särskilda utbildningsdagar arrangerats i samråd med hälso- och sjukvårdspersonal och andra säkerhetsfunktioner för att uppnå en balanserad säkerhet.

Systematiska och återkommande kontroller av hälso- och sjukvårdspersonalens åtkomst till personuppgifter om patienter görs i enlighet med föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) och gemensamma rutiner för genomförande av loggkontroller inom Region Skåne. Under perioden januari – september 2023 har 242 kontroller genomförts.

## Strålskydd

SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §

Varje år utförs en internrevision av strålsäkerheten i organisationen under ledning av den regionala Strålskyddsexpertfunktionen. Strålsäkerhetsfrågor som berör patientsäkerhet, personalsäkerhet samt skydd av allmänhet och miljö avhandlas då för samtliga verksamheter som arbetar med, eller berörs av, verksamhet med joniserande strålning. Resultaten sammanställs i en rapport tillsammans med en handlingsplan, som fastställs av Regiondirektören.

Rapporten i sin helhet finns att läsa här, den uppdateras årligen i april:

[Strålsäkerhet - Region Skånes intranät \(skane.se\)](#)

I årets internrevision kommer extra fokus ligga på hantering av strålningsrelaterade avvikelser, dels gällande rutiner för hantering av avvikelser och åtgärder och dels hur MTO-perspektivet (Människa, Teknik och Organisation) har beaktats.

Under 2023 har hittills drygt 90 strålningsrelaterade avvikelser som berör patienter anmälts i AvIC. Av dessa har flertalet berott på att rutiner ej följts och några har berott på bristande rutiner eller teknik. Ungefär 10 st. avvikelser som berör arbetsmiljö har också anmälts i AvIC. En avvikelse har anmälts till Strålsäkerhetsmyndigheten.

1 november 2023 reviderades Strålsäkerhetsmyndighetens författning 2018:5 som berör medicinska exponeringar. Förändringarna innebär att nya referensvärden har införts inom röntgendiagnostik vilket har resulterat i nya rutiner och optimeringsarbeten för att uppfylla kraven. I den reviderade författningen har det även införts förändrade och utmanande krav för adaptiv strålbehandling.

Strålsäkerhetsmyndigheten har, efter en orosanmälan, granskat region Skånes remisshantering inom odontologi. Strålsäkerhetsmyndigheten fann inga brister vid granskningen.

## 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. Alla i verksamheten, tillsammans med patienten, skapar säkerhetskulturen och en god patientsäkerhetskultur innebär att personalen kan hantera oväntade händelser utan att det leder till allvarliga följder.



Skånes universitetssjukhus arbetar med frågan bland annat genom ledningens patientsäkerhetsronder, patientsäkerhetsdialoger och medarbetarenkät 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 träffar verksamhetsområdets medarbetare i patientnära arbete enhetsvis för ett strukturerat samtal om patientsäkerhet, risker och arbetsmiljöproblem. Syftet är att främja en god patientsäkerhetskultur samt sprida kunskap om och synliggöra Sus arbete med att stärka patientsäkerheten. Därtill bidrar ronderna till kunskapsutbyte mellan ledning och medarbetare, där medarbetare ges möjlighet att lyfta de patientsäkerhetsrisker de ser i verksamheten. Enhet patientsäkerhet och chefläkare har reviderat checklistan för ronderna i samråd med styrgrupp

patientsäkerhet och Sus patient- och närstående råd. Framgent uppmanas verksamheterna att bereda möjlighet för patienter att delta under en del av ronderna.

Patientsäkerhetsdialoger är strukturerade årliga träffar mellan respektive verksamhetsområdes ledning, medarbetare med särskilt uppdrag inom patientsäkerhet, patientsäkerhetsutvecklare från enhet patientsäkerhet 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. Stort fokus läggs på att lyfta och betona positiva aspekter samt goda exempel och att chefer uppmuntrar sina medarbetare att rapportera avvikelser. Utformningen av dialogerna utvärderas regelbundet av alla medverkande och innehållet anpassas årligen för att spegla aktuella behov och verksamhetsmål. Under 2024 kommer bl.a. en genomgång av HSE-resultaten från medarbetarenkäten diskuteras under patientsäkerhetsdialogerna tillsammans med fokus på riskhantering och patientdelaktighet.

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 samt ett klimat som ger utrymme att våga prata om misstag. Resultaten visar också utvecklingsområden såsom patientdelaktighet och förmågan att anpassa verksamheten efter förändrade förutsättningar.

Urologiavdelning 11 har arbetat mycket med sina mål, vilket har haft en positiv inverkan på patientsäkerhetsarbetet. Detta arbete resulterade i 4 huvudmål; Säker omvårdnad, God arbetsmiljö, Inspirerande utveckling och Kontinuerligt patientfokus. Man valde sedan att arbeta vidare med dessa mål i form av temamånader och först ut blev temamånad "Säker omvårdnad". Under månaden genomfördes flera insatser för att belysa temat, bl.a. föreläsningar, aktivitetsstationer och tipspromenad på ämnet.

## 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.

### Core curriculum blir Kompetens och tjänstemodell

Under våren 2023 övergick Sus projekt Core Curriculum till ett regionalt projekt med namnet Kompetens och Tjänstemodell (KTM). Syftet med projekt KTM är att utveckla en generisk kompetensmodell med tillhörande tjänstestruktur baserad på invånarnas behov av kompetens. Kompetens och tjänstemodell utgör ett viktigt strategiskt arbete för att minska personalomsättningen samt ge vägar för medarbetare att utvecklas och att kunna stödja olika karriärvägar. Målet är att skapa en hållbar kompetensförsörjning utifrån verksamheternas behov.



På SUS har samtliga verksamheter påbörjat arbetet med KTM för sjuksköterskor, där fem verksamheter genomfört alla projektsteg. Modellen för sjuksköterskor omfattar strukturerade utvecklingsprogram och kompetensbedömning samt tjänstestruktur. Utgångspunkten i utvecklingsprogrammet är det livslånga lärandet, där varje fas innebär en fördjupad kunskap, färdighet, förståelse och förhållningssätt. Strukturerad kompetensbedömning ger möjlighet till nyanserad och konstruktiv återkoppling till sjuksköterskan. Genom återkoppling på genomfört arbete ges sjuksköterskan möjlighet till utveckling och ett fortsatt lärande genom hela yrkeslivet, vilket även genererar en ökad patientsäkerhet och kvalitet i vården. Inom SUS projekt Core curriculum har även pilotprojekt för arbetsterapeuter, fysioterapeuter, logoped, sjukhusfysiker arbetat fram förslag på ramverk utvecklingsprogram för dessa yrkesgrupper. Det arbetet tas vidare i det regionala arbetet med KTM.

## **Mötesplats God Vård**

Under året har föreläsningsserien Mötesplats God Vård återupptagits efter ett längre uppehåll under pandemin. Syftet är att sprida kunskap inom ämnen som berör god och säker omvårdnad. Under hösten testades även att live-sända föreläsningarna digitalt, vilket föll väl ut och kommer erbjudas vid alla kommande föreläsningstillfällen.

## **Magnet4Europe**

Inom ramen för den europeiska forskningsstudien Magnet4Europe har sjukhuset under året haft kontinuerliga digitala möten för erfarenhetsutbyte med Sus tvillingsjukhus UCI Health, som är ett certifierat magnetsjukhus i USA. Representanter från UCI Health gjorde under våren ett mycket uppskattat och givande studiebesök på Sus där de bland annat höll en workshop för magnetprojektets chefer och delprojektledare samt besökte flera av Sus magnetavdelningar.

Sus har deltagit i digitalt internationellt lärandeforum månatligen. På våren deltog deltagare från projektgruppen vid ett fysiskt lärandeforum i Oslo tillsammans med ett stort antal sjukhus i Europa och USA. Sus har ett kontinuerligt erfarenhetsutbyte i ett skandinaviskt nätverk inom ramen för Magnet4Europe samt i ett nationellt nätverk om hållbar struktur för hälso- och sjukvårdsorganisationer med fokus på magnetmodellen.

## **Magnetmodellen på Sus**

Antalet enheter som deltar i projektet Magnetmodellen på Sus har under året utökats från nio till 18. Enhet utbildning och vårdutveckling har under året stöttat dessa verksamheter i deras arbete med GAP-analys, uppföljning av omvårdnadskvalitet, patient- och medarbetarnöjdhet, utformning av handlingsplaner samt stöd i förbättringsarbetet.

För att inspirera och sprida kunskap om magnetmodellen inom hela förvaltningen arrangeras årligen en Magnetdag. Alla nya enhetschefer och delprojektledare har erbjudits en tre dagar lång förändringsledarutbildning. För att sprida goda förbättringsarbeten kopplade till magnetmodellens dragningskrafter inom hela förvaltningen, produceras kortfilmer som samlas på projektets intranätssida.

Projektgruppen har under året arbetat fram en struktur för professionsbaserad ledning inom omvårdnad. Det innebär ett delat beslutsfattande mellan sjuksköterskans kompetens i omvårdnad och det organisatoriska ledarskapet. Syftet med professionsbaserad ledning inom omvårdnad är att skapa

engagemang och mandat inom professionen. Detta genom att tillvarata klinisk kompetens, dela kunskap, bibehålla och utveckla omvårdnads kvaliteten, utifrån evidens och erfarenhet. De första omvårdnadsråden startar upp på Sus efter årsskiftet.

### **Praktisk färdighetsträning**

Practicum Clinical Skills Centre är Region Skånes regionala organisation för klinisk färdighetsträning och enheten erbjuder praktisk utbildning och träning i simulerad och verklig miljö för alla kategorier av medarbetare på Sus. Bland annat erbjuds teamträning i akut omhändertagande på vårdenhet där man genom rolltydlighet, kommunikation och beslutsfattande kan öva på patientsäkra och effektiva team.

Drygt 1000 medarbetare (sjuksköterskor och undersköterskor) på Sus har genomgått praktisk färdighetsutbildning/träning inom olika områden.

Under 2023 erbjöds även 14 utbildningsdagar för undersköterskor med mer än två år i yrket. Utbildningarna innehåller olika teman för god och säker vård, bland annat fördjupning i kirurgi och medicin. En nyhet i år var två kursdagar inom temat ”akuta situationer”.

### **Säker bemanning och arbetsmiljö**

En genomtänkt strategisk kompetensförsörjning är en förutsättning för att klara framtidens uppdrag för en god och säker vård. Ett hälsofrämjande och systematiskt arbetsmiljöarbete med engagerade medarbetare och ledare ger förutsättningar för en god kvalitet i verksamheten, vilket även leder till nöjda medborgare och en ökad patientsäkerhet.

Det systematiska arbetsmiljöarbetet är en del av det dagliga arbetet och under 2023 har många insatser gjorts för att ytterligare förbättra medarbetarnas arbetsmiljö. Core curriculum/KTM och magnetmodellen är viktiga exempel på insatser som pågår. För att stötta verksamheterna med att arbeta mer främjande och förebyggande har även pilotprojektet ”Friska arbetsplatser” påbörjats under 2023 och kommer att fortsätta till hösten 2024.

Sedan 1 oktober 2023 gäller skärpta och förtydligade regler för dygnsvila, ytterligare ett steg i det systematiska arbetsmiljöarbetet.

De förändrade reglerna för dygnsvila är en anpassning till EU:s arbetstidsdirektiv och syftar till att värna medarbetarnas arbetsmiljö.

Sedan hösten 2023 gäller hyrstopp för sjuksköterskor i särskilda fall och från 15 januari 2024 gäller hyrstoppet för dygnets alla timmar samt alla veckodagar, inklusive helger. Målet med hyrstoppet är att Region Skåne ska bli oberoende av hyrpersonal. Förändringen är ett led i att kunna erbjuda invånarna en trygg hälso- och sjukvård. Vården blir säkrare med egen personal samtidigt som kontinuiteten ökar för patienterna. En stabil bemanning ger medarbetarna en bättre arbetsmiljö och bidrar till en god teamkänsla där medarbetarna aktivt kan vara med och utveckla hälso- och sjukvården. Det kommer givetvis även vara fritt fram för inhyrd personal att söka och ta anställning i regionens verksamheter, oavsett hur länge personen arbetat som inhyrd.

Kostnaderna för inhyrning kan i stället användas till satsningar på våra egna medarbetare, kompetensutveckling och att stärka arbetsmiljön.

## Patienten som medskapare

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

Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.

*PSI, 2010:659 3 kap. 4 §*



## Handlingsplan ökad patientsamverkan

2022 fattade förvaltningsledningen beslut om en konkretiserad strategi och handlingsplan för strategin "Ökad patientsamverkan", med viljeinriktningen att Sus förvaltning 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 i samklang med verksamhetsidén: "Ett kunskapsnav som utvecklar universitetssjukvården tillsammans med patienter och närstående."

Vården blir säkrare när den utformas och utvecklas i samråd med patienten. Kommande utmaningar gällande 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 handlingsplanen innefattar åtgärder för att kunna möta det.

Ett av de åtta huvudområdena i handlingsplanen handlar om att förstärka implementeringen av personcentrerad vård och synkronisera med nära vård. Under våren och sommaren togs en utbildning i patientsamverkan och personcentrerat förhållningssätt fram som lanserades till chefer i november. Implementering av personcentrerad vård sker i två steg, först utbildas cheferna och sedan medarbetarna.

[Läs mer om strategin och handlingsplanen för ökad patientsamverkan.](#)

Inom barnverksamheterna har man jobbat mycket med barnanpassade kallelser, främst inom öppenvården. För de mindre barnen är det mycket bilder, för de mellersta enklare text och för de äldre barnen/ungdomar (nästan vuxna) är det mer information, med ett språk som passar de olika åldersgrupperna.

## Forum patientupplevelse och patientsamverkan

Forum patientupplevelse och patientsamverkan inrättades vid Sus förvaltning 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. Bland forumets uppgifter ingår att:

- Verka för att Sus processer utgår från verksamhetsidén att utveckla universitetssjukvården tillsammans med patienter och närstående.
- Arbeta för att Sus processer utgår från ett personcentrerat förhållningssätt.

- Samordna stöd för utbildning och stöd till verksamheterna.
- Skapa stöd för såväl nationella som internationella samarbeten.
- Skapa stöd för datainsamling och analys av nationella såväl som lokala kvalitetsmått inom patientupplevelse och 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.

Forum patientupplevelse och patientsamverkan (PoP) har under sina verksamma år 2019 - 2023 åstadkommit en stabil grund att utgå från genom bland annat kartläggning av patient- och närståendesamverkan och -involvering på Sus. En handlingsplan för ökad patientsamverkan 2021–2025 har efter beslut tagits fram av gruppen. Planen omfattar åtta olika delbeslut och arbete enligt planen är initierat och i gång på flera områden.

Under 2024 är det dags för nästa steg i arbetet. PoP som mötesarena kommer att avvecklas och en ny konkret struktur, en förnyad sammansättning och ett förnyat uppdrag för den centrala gruppen beslutas i styrgruppen. Den nya arbetsgruppen, som utgår från avdelning strategisk omvårdnadsutveckling, får i uppdrag att fokuserat arbeta med framtagande av koncept för implementering av personcentrerad vård. I uppdraget ingår även potentiering och integrering av arbetet med Kloka kliniska val. Sus framtidsbilder och ett övergripande fokus på personcentrerade arbetssätt och patientens upplevelse kommer framåt att utgöra utgångspunkt för arbetet kring patient- och närståendesamverkan och -involvering.

Inom verksamhetsområde thorax och kärl infördes patientsäkerhetsforum under våren 2023. Planen är att samtliga enheter och både chefer och medarbetare medverkar för att tillsammans diskutera uppkomna avvikelser, markörbaserad journalgranskning, Gröna korset och hur patientsäkerhetsarbetet kan utvecklas vidare. Sista halvtimmen medverkar en patient för att även fånga deras perspektiv i patientsäkerhetsarbetet. Nästa spännande steg är att ta med sig anhörig som medskapare!

## Patient- och närståenderåd

Ett huvudområde i handlingsplanen för patientsamverkan handlar om att inkludera patienter och närstående i förändrings-, utvecklings- och patientsäkerhetsarbete. Patient- och närståenderådet Sus (Sus PNR) startades under hösten 2021 som ett forum för samverkan kring övergripande frågor. Förvaltningen har även expertråd bestående av barn och unga. I rådet lyfts ungdomarnas angelägna frågor samt frågor som vården har till dem.

Under 2023 introducerades ett digitalt stödmaterial i personcentrerad vård för all vårdpersonal och verksamhetschefer i syfte att öka det personcentrerade förhållningssättet. I materialet finns verktyg och även goda exempel lyfts fram. Ett implementeringsstöd erbjöds parallellt för att underlätta arbete ute i verksamheterna.

Verksamhetsområde hematologi, onkologi och strålning har under året utfört flera patientsäkerhetsronder där patienter också varit delaktiga. Cirka 15 patienter har deltagit hittills. Patienterna bekräftar det som verksamheten bör arbeta med samt belyser vad som är viktigt utifrån patientperspektivet.

### **Nationell patientenkät (NPE)**

NPE är en återkommande undersökning av patientens upplevelser inom hälso- och sjukvården. Enkäten ställer frågor inom sju olika områden/dimensioner; emotionellt stöd, delaktighet och involvering, respekt och bemötande, kontinuitet och koordinering, information och kunskap, tillgänglighet samt helhetsintryck. Resultaten skickas till verksamheten att använda i sitt förbättringsarbete. Resultatet för 2023 följer nästintill genomgående riksgenomsnittet och ligger på mellan 80-90 poäng, på en 100-gradig skala, i majoriteten av frågeställningarna. Tillgänglighet och helhetsintrycket får högre poäng medan frågor kring information och kunskap är de som ligger lägst.

### **Etikrådet**

I början av 2020 fattade förvaltningsledningen ett beslut om ett nytt etikråd med uppdrag att arbeta konsultativt mot den kliniska verksamheten.

Etikrådet består av en medicinetiker, filosof, på 20 %, samt åtta ledamöter från verksamheterna med 10 % arbetstid avsatt för etikrådsarbetet. Rådet leds av en av chefläkarna.

Under 2023 har rådet genomfört två olika förvaltningsövergripande seminarier, varje seminarium ges i Lund respektive Malmö. Tema för de två olika seminarierna har varit "Närstående i vården – möjligheter och utmaningar i vuxensjukvården" samt "Vad gagnar patienten och hur vet vi det?"

Vidare har rådet genomfört etikkonsultationer ute i den kliniska verksamheten samt deltagit vid utvecklingsdagar för att diskutera etikfrågor

## **AGERA FÖR SÄKER VÅRD**

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

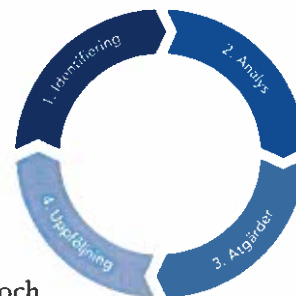
### **Vårdrelaterade infektioner (VRI)**

#### **Åtgärd vårdrelaterade infektioner**

Fortsatt nära samarbete mellan verksamheter och Vårdhygien exempelvis gällande smittspårning samt följsamhet till basala och specifika hygienrutiner och klädregler. Under våren deltog slutenvårdsenheterna i en europeisk mätning (ECDC PPM).

#### **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. Några enheter inom förvaltningen har genomfört PPM BHK månadsvis på uppdrag av verksamhetschef.

### 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%	74%	78%	80%
Klädregler	100%	92%	93%	93%

Bild 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.

### Uppföljning av åtgärd – Basala hygienrutiner och klädregler

Uppföljningen sker verksamhetsvis bland annat via patientsäkerhets- och hygiendialogerna.

## Resultat – ECDC PPM

Förekomsten av VRI på Skånes universitetssjukhus var drygt 11 % och helt i paritet med somatisk vård i övriga Sverige. Vidare analys av verksamheter som hade en högre andel VRI nationellt, regionalt och på de olika sjukhusen genomförs med syfte att verifiera resultaten och undersöka närmare i vilken grad infektionerna är undvikbara.

Liksom i övriga Sverige var användningen av KAD hög i Skåne, cirka 30% av patienterna i mätningen på SUS, vilket belyser vikten av pågående arbete med att försöka minska KAD användning. En regional sammanställning av ECDC-PPM mätningen och slutsatser från denna beräknas vara klar inom kort.

## Nyttillkomna trycksår

**Mål:** Det regionala målet är att mindre än 4 % ska ha utvecklat trycksår kategori 2-4 vid punktprevalensmätning (PPM) av trycksår.

**Resultat:** Under året har endast en PPM trycksår genomförts. Den visade att 6,4 % av patienterna som varit inlagda 24 timmar eller mer, hade utvecklat trycksår med kategori 2–4 (inklusive icke klassificerbart trycksår och misstänkt djup hudskada) under vårdtiden (jämfört med 4,4 % vid PPM 2022). Sus uppnår därmed inte det regionala målet.

Tio trycksår har anmälts enligt lex Maria under året, jämfört med fem trycksår år 2022.

**Analys av resultat:** På 36 av 61 avdelningar förekom inga nytillkomna trycksår kategori 2–4 vid årets PPM, medan några avdelningar hade ovanligt hög prevalens. Stor andel ny personal och högt vårdtryck med återkommande överbeläggningar är troliga bidragande orsaker till bristande avlastning och att de trycksårsförebyggande rutinerna inte följs fullt ut.

En bidragande orsak till ökat antal lex Maria-anmälningar gällande trycksår är att kommuner i högre grad anmäler trycksår som utvecklats på Sus och att kännedom om fler allvarliga trycksår därmed ökat. Det är fortsatt högst troligt att nytillkomna trycksår i allt för låg grad registreras i regionens avvikelssystem av Sus verksamheter.

**Åtgärd:** Alla enhetschefer fick snabb återkoppling om resultat och eventuella tydliga förbättringsområden. Dialog har därefter förts med enhets- och områdeschefer för de avdelningar med ovanligt hög prevalens. Åtgärder har vidtagits på enhetsnivå, till exempel utbildningsinsatser och extra uppföljning.

Till våren har trycksårssjuksköterska bjudits in att föreläsa på Sus huvudhandledardag för undersköterskor. En kortfilm om trycksårsprevention har producerats som ska användas som ett APT-material på alla avdelningar för reflektion kring hur de trycksårsförebyggande rutinerna fungerar och kan utvecklas vidare.

**Uppföljning av åtgärd:** De två avdelningar med högst prevalens deltog för snabb uppföljning i den pilot av PPM omvårdnad som genomfördes i november. Inga nytillkomna trycksår förekom då på någon av avdelningarna. Uppföljning för hela sjukhuset kommer ske nästa år i samband med införandet av PPM omvårdnad. Dialog om allvarliga händelser sker bland annat vid patientsäkerhetsdialogerna.

## Prevention av fall, trycksår och undernäring

**Mål:** 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:** Andelen riskbedömda vårdtillfällen har sjunkit något under 2023, se bild 3. Andel riskpatienter med en upprättad vårdplan ligger fortsatt runt 85–90 %. Sjukhuset når som helhet inte målen gällande riskbedömningar och vårdplaner för 2023, men flertalet avdelningar gör det.

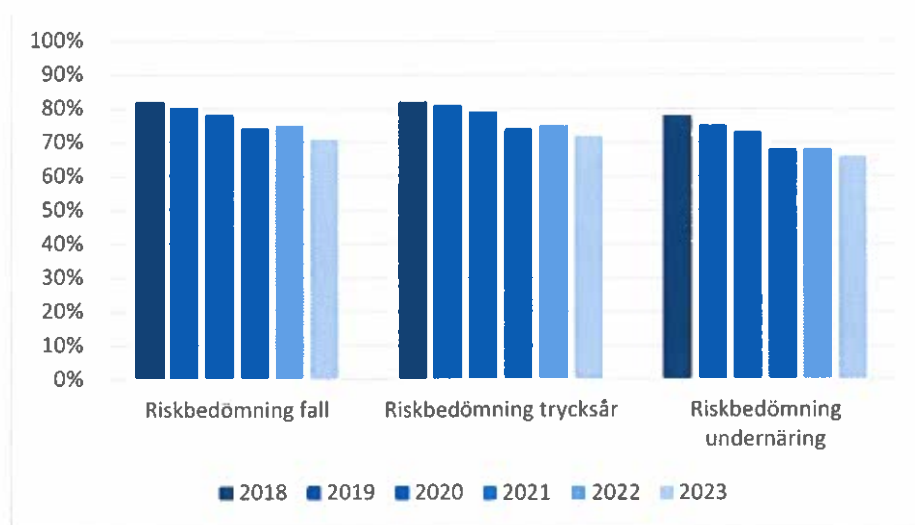


Bild 3. Andel riskbedömda vårdtillfällen 2018-2023 (fall/trycksår - 65 år eller äldre, undernäring - 18 år eller äldre)

En majoritet av Sus avdelningar har goda resultat. Mål gällande riskbedömningar uppfylls av

- 29/57 gällande fallriskbedömning
- 29 av 57 gällande riskbedömning trycksår
- 19/57 gällande bedömning av risk för undernäring

**Analys av resultat:** Sus resultat är inte en generell försämring av det förebyggande arbetet utan påverkas av att några enskilda avdelningar under året ändrat arbetssätt och försämrat sina resultat.

**Åtgärd:** Alla avdelningar som inte når målen behöver utvärdera sina lokala rutiner och arbetssätt så att alla patienter med ökad risk identifieras i rätt tid och får individuellt anpassade förebyggande åtgärder.

**Uppföljning av åtgärd:** Andel riskbedömda vårdtillfällen och riskpatienter med vårdplaner gällande fall, trycksår och undernäring följs kontinuerligt på enhetsnivå via uppföljning i QlikView. Resultaten diskuteras årligen i styrgrupp patientsäkerhet.

#### Inträffade fallolyckor

Under året dokumenterades 1641 fallolyckor inom förvaltningen, jämfört med 1763 fallolyckor 2022.

Under samma period är 737 fallincidenter inrapporterade i AvIC, vilket motsvarar 45 % av fallen. Det är en minskning jämfört med 2022 då 59 % av fallincidenterna var inrapporterade i AvIC.

#### Punktprevalensmätning av omvårdnadsindikatorer

Sus protokoll för punktprevalensmätning (PPM) av omvårdnads kvalitet har vidareutvecklats och används nu för att mäta omvårdnads kvalitet fyra gånger per år på samtliga enheter inom projektet Magnetmodellen på Sus. En modifierad variant har även utvecklats och införts inom de operations- och uppvakningsavdelningar som ingår i magnetprojektet. Magnetavdelningarna identifierar genom PPM omvårdnad sina förbättringsområden för god och säker omvårdnad.

Under året har enhet utbildning och vårdutveckling tillsammans med det regionala chefsjuksköterskenätverket utvecklat motsvarande PPM omvårdnad. En pilot genomfördes i november och arbetet för ett regionalt införande kommer fortsätta 2024.

#### Öka kunskap om inträffade vårdskador

*SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLJ-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

Under 2023 har 350 av de cirka 1 200 händelser som anmäls i AvIC varje månad bedömts och klassificerats. Detta presenteras månadsvis på intranätet med en kort text om slutsats för senaste månaden samt även i styrgrupp patientsäkerhet där den aggregerade statistiken diskuteras med verksamheterna. Härigenom kan man se övergripande trender och återkommande händelser som är svårt att uppmärksamma på verksamhetsnivå.

Analysen av de händelser som anmälts visar att de vanligaste händelserna som rapporteras gäller framför allt läkemedel och därefter fall, klagomål från patient/närstående samt dokumentation (oftast att det saknas anteckning). Problem med sjukresor är också en vanligt förekommande avvikelse.

## 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.

Skånes universitetssjukhus anmälde 180 händelser enligt lex Maria under år 2020, 210 händelser år 2021 och 177 händelser 2022. 2023 anmälde 211 händelser. Detta är en ökning med 19% för år 2023 jämfört med 2022. 47 % anmälde som risk för allvarlig vårdskada och 53% anmälde som allvarlig vårdskada, vilket är en marginell förändring sedan föregående år.

Antalet avvikelser som bedömdes av chefläkaren var 460 2022 och 351 2023 på Sus. 74 av dessa bedömdes kunna avslutas utan anmälan enligt lex Maria.

Den vanligaste händelsen var som tidigare är fördröjd eller felaktig behandling av allvarlig sjukdom och tillstånd, därefter följer missad eller fördröjd diagnos. Kvarliggande perifer venkateter är en händelse som har inneburit en risk för allvarlig vårdskada i flera fall. Tryckskador, felaktig läkemedels- och syrgashantering, händelser med kvarglömt operationsmaterial och andra händelser i samband med operation var också vanligt.

De bakomliggande orsakerna till vårdskador eller risk för vårdskada har i de flesta fall varit brister relaterat till tillämpning av olika verksamhetsrutiner. Även brister i bemanning var en relativt vanlig bakomliggande orsak, liksom brister i kommunikation och information/dokumentation.

## 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 bevakas.

Inom Sus förvaltning finns flera olika metoder och modeller för verksamhetsutveckling. För såväl projekt- som processororienterad verksamhetsutveckling finns fastställda modeller och mallar där både kvalitetsutveckling, analysverktyg och invånarinvolvering lyfts som väsentliga delar<sup>1</sup>.



<sup>1</sup>[Verksamhetsutveckling - Region Skånes intranät \(skane.se\)](https://www.skane.se/regionen/verksamhetsutveckling)

## Läkemedelssäkerhet

### Ökad säkerhet i läkemedelsanvändningen

Under året har Sus arbetat med läkemedelssäkerhet ur flera olika aspekter. En sådan är läkemedelsavstämningar som är en metod för att säkra att patientens läkemedelslista är aktuell. Brister i att hålla läkemedelslistorna uppdaterade är en patientsäkerhetsrisk. Att det finns avsevärda brister i läkemedelslistorna är ett välkänt problem. I slutenvård identifieras avvikelser i läkemedelslistan hos 75% av patienterna. För att komma till rätta med de inaktuella läkemedelslistorna har farmaceuter anställts för att arbeta i akutflödet med att genomföra läkemedelsavstämningar. Även till vårdavdelningar har under perioden anställts avdelningsfarmaceuter i syfte att förbättra läkemedelshandlingen.

De kliniska farmaceuterna på Sus bidrar till ökad patientsäkerhet och ökad kvalitet i patienternas läkemedelsbehandling genom att genomföra läkemedelsgenomgångar. De stöttar också de juniora läkarna i det dagliga arbetet på avdelningen, dels med patientrelaterade frågor, dels med läkemedelsrelaterade frågor av mera allmän karaktär.

Bland övriga insatser för att öka säkerhet i läkemedelsanvändningen kan nämnas följande:

- Under året har utbildning i metod för läkemedelsavstämning samt utbildning i iordningsställande genomförts. Nyanställda avdelningsfarmaceuter ska genomföra utbildningarna för att ha rätt kompetens och för att kunna utföra arbetet med hög kvalitet.
- Riktade föreläsningar i ämnen som rör läkemedelssäkerhet, säkerställande av en god läkemedelsbehandling till äldre och andra läkemedelsrelaterade frågor som kan påverka patientsäkerheten erbjuds alla AT-läkare på Sus.
- Fortsatt arbete med sjukhusövergripande genomgångar av läkemedelsavvikelser. Detta arbete görs för att tillvarata de kunskaper och slutsatser som kan dras efter en avvikelse. Resultatet kommuniceras till läkemedelsansvariga läkare och sjuksköterskor och föranleder i flera fall rutinändringar och riktad utbildning.
- Under året har översyn av lagernivåer inom intensivvården för ökad robusthet genomförts och flera andra ökningsplaner planerats.
- Vårdgivaren ska enl. SOSFS 2017:37 säkerställa att hanteringen av läkemedel i verksamheten regelbundet genomgår en extern kvalitetsgranskning. På Sus och lasaretten i Landskrona, Trelleborg och Ystad ansvarar från 2023 Område läkemedel på Sus för denna kvalitetsgranskning och en del i granskningen är ett underlag till egenkontroll som ger verksamheten ett hjälpmedel för att själva fånga upp avvikelser mot gällande författningar och rutiner och därefter upprätta en åtgärdsplan. Egenkontrollen genomfördes under perioden oktober-december 2023 i form av en elektronisk enkät på vårdenheter som hanterar läkemedel. Enkäten skickades ut till 228 enheter och 206 enheter besvarade enkäten, vilket motsvarar ca 90 % svarsfrekvens. En skriftlig sammanställning av egenkontrollerna för respektive verksamhetsområde har skickats till verksamhetschefen och utvalda vårdenheter kommer besökas av apotekare från Område Läkemedel Sus för kvalitetsgranskning av läkemedelshandling.

### Minska onödig antibiotikaförskrivning

Sus medverkar i ett regionalt och nationellt nätverk (STRAMA) vars åtgärder syftar till att understödja rationell antibiotikaanvändning och minska effekterna av antibiotikaresistens. Arbetet baseras på ett 10-punktsprogram som väl överensstämmer med Sus fokusområden. Bland dessa punkter ingår att förebygga smittspridning i vård och omsorg, att använda antibiotika rationellt, att optimera infektionsdiagnostik och

att genom förebyggande arbete minska behovet av antibiotika. I arbetet ingår sammanställning och analys av regionala data avseende antibiotikaresistens och antibiotikaanvändning, återrapportering av dessa data i dialog med verksamheter med stor antibiotikaanvändning, samt aktivt deltagande i utveckling av behandlingsriktlinjer rörande infektionsbehandling och antibiotikaprofylax.

## 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 i närtid på störningar.



## Utlokalisering

En *utlokaliserad patient* är en inskriven patient som vårdas på annan vårdenhet än den som har specifik kompetens och medicinskt ansvar för patienten. Utlokaliserade patienter har större risk att drabbas av vårdskador. När utlokalisering sker är arbetssättet vid Sus därför att i första hand utlokalisera patienten i slutet av vårdförloppet och inte när patienten befinner sig i den akuta fasen av sjukdomsförloppet. Patienter som befinner sig i slutet av vårdförloppet ska utses och flyttas externt (utlokaliseras) för att frigöra vårdplats för den akuta patienten, som behöver vård inom rätt specialitet. Om utlokalisering sker i den akuta fasen, är det alltid ett medicinskt beslut att patienten kan vårdas utanför sin tillhörande vårdenhet. Patienten placeras på en vårdenhet som har likartad patientklientel där kompetensen finns hos vårdpersonalen. Patienten rondas av patientansvarig läkare inom sin tillhörande medicinska specialitet.

Utlokalisering förekom år 2023 i medeltal med 1,5 per 100 vårdplatser på Sus, en minskning från 1,7 för Sus jämfört med 2022.

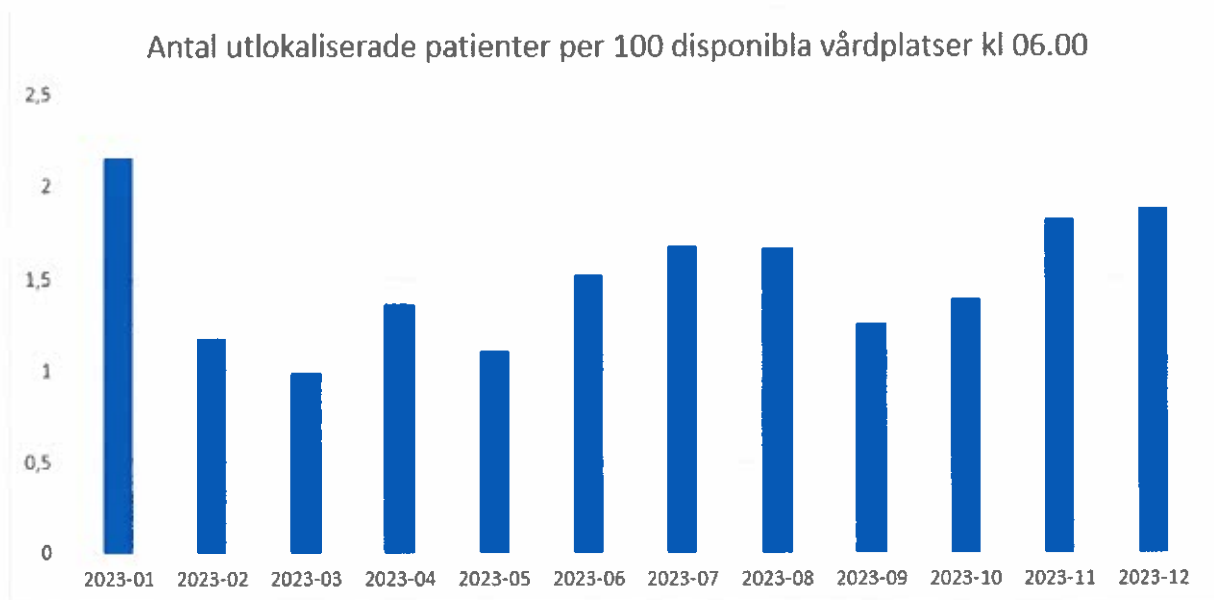


Bild 4. Observera att december inte är fullgånget och kan påverka belärsresultatet lite.

## Överbeläggningar, vårdplatser utöver disponibla vårdplatser

Överbeläggning är när en inskriven patient vårdas på en vårdplats som inte uppfyller kraven på en disponibel vårdplats. En disponibel vårdplats definieras som en vårdplats i slutenvård, med fysisk utformning och bemanning som säkerställer patientsäkerhet och arbetsmiljö. Bedömningen är att patienten vårdas säkrare på en överbeläggingsplats på en vårdavdelning, än att vårdas kvar på akutmottagningen under en längre tid.

Det råder vårdplatsbrist och flertalet avdelningar har vårdplatsneddragningar i förhållande till fastställda vårdplatser, relaterat till främst bemanning. Antalet disponibla vårdplatser har minskat med ca 50 jämfört med 2022 och ökning av antalet överbeläggningar från 6,5 till 8 per 100 vårdplatser har skett. En överbeläggingsplan har upprättats för samtliga vårdavdelningar på Sus som bedriver slutenvård inom vuxensomatiken, för att klara flödena med en jämn fördelning inom alla verksamheter. Planen reviderades under hösten 2023 för att ta höjd för ökat förväntat inflöde av patienter i samband med infektionssäsongen och alla verksamheter har angett var ytterligare överbeläggningar kan tas emot utifrån fysiska förutsättningar och kapacitet.

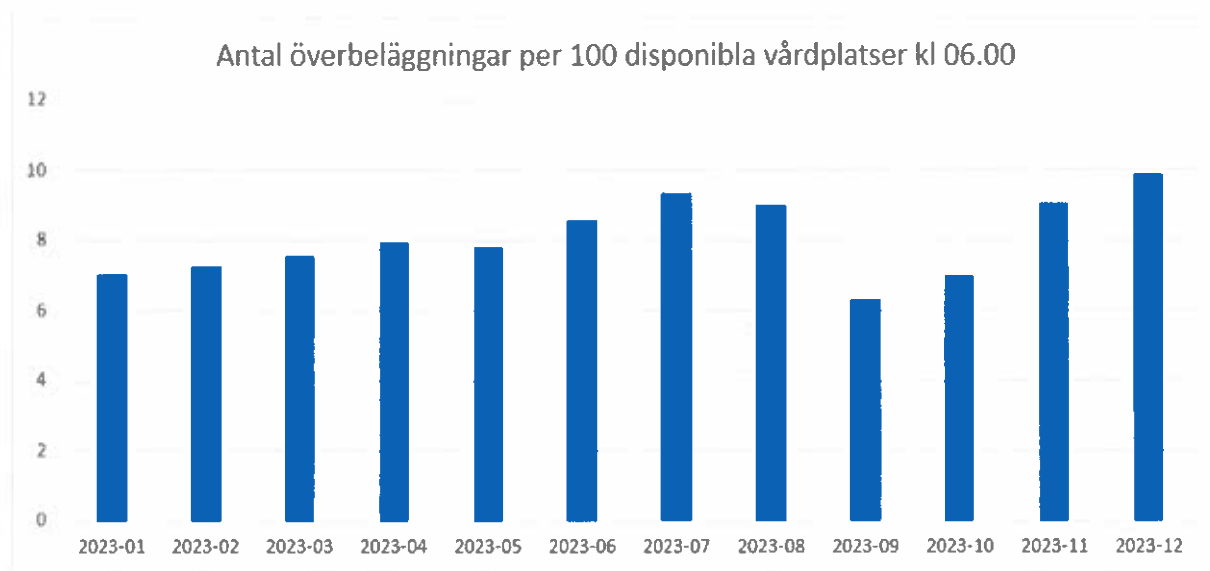


Bild 5. Observera att december inte är fullgånget och kan påverka belärsresultatet lite.

## Riskhantering

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

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

Gröna korset används av allt fler verksamheter på Sus och enhet patientsäkerhet har agerat kontaktperson och stöd vid uppstart och utveckling i flera fall. Gröna korset är ett bra verktyg att visualisera risker om vårdskador och kan bidra till förbättrad patientsäkerhetskultur. Under 2024 planeras för framtagande av en digital utbildning i Gröna korset där verksamheter från Sus kommer vara med och bidra med erfarenheter och kunskap.

Gröna korset upplevs som väldigt välfungerande och kommer spridas inom verksamheten (barnkirurgi och neonatal). Vi upplever att patientsäkerhetskulturen avseende hur man pratar om avvikelser och händelser förbättras med Gröna korset. Skapar möjlighet till direkt feedback, ökad förståelse och engagemang.

Sus har som intention att genomföra riskanalyser i samband med större förändringar inom verksamhetsområdena samt på övergripande nivå. Exempel på riskanalyser som genomförts under 2023 är avseende vård av allvarligt sjuka barn på barnavdelning i Malmö, inför projekt bröstcancercentrum och vid namnbyte från Sus-TiB till Sus-Bf. Inför den planerade flytten till Nya Sjukhuset Malmö (NSM) har ett flertal riskanalyser genomförts.

Flera mallar för förenklad riskanalys utifrån definierade generiska områden, som till exempel flytt av avdelning, läkemedelshantering och riskbedömningar, har tagits fram under 2023. Enhet patientsäkerhet tillsammans med chefläkare ger årligen riskanalysledarutbildning. Våren 2024 kommer ytterligare 12 medarbetare från Sus att vara klara för att leda riskanalyser.

Patienter med samtidig somatisk och psykiatrisk sjukdom har ökad risk för vårdskador. Enhet patientsäkerhet samverkar med förvaltning psykiatri rehabilitering och hjälpmedel för att öka samarbetet och förbättra omhändertagandet av gemensamma patienter. Det har bland annat lett till framtagande av suicidpreventivt material i form av en affisch, "Våga fråga-Rädda liv", för medarbetarna att använda på enheterna. Den har uppmärksammats inom övriga sjukvårdsförvaltningar och kommer att tas över och användas även regionalt.

På medicinavdelningarna har man haft återkommande problem med överfyllda blåsor men dessa avvikelser har nu minskat avsevärt, bland annat genom utbildnings-insatser och nya rutiner för blåsskanning. Även bättre information och påminnelser via Apt, veckobrev och pulsmöten har ökat medvetenheten och kunskapen hos personalen.

## 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 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, framför allt med syftet att stärka patientsäkerheten i det patientnära arbetet.

I slutet av 2020 formerades Sus nätverk för patientsäkerhet, som en del av förvaltningens patientsäkerhetsorganisation. Syftet med nätverket är att sprida lärande och inspiration samt att kommunicera och samverka i patientsäkerhetsfrågor inom förvaltningen. Under 2023 har fyra både digitala och fysiska nätverksträffar arrangerats. Nätverket har också en välbesökt hemvist med information kring patientsäkerhetsarbete.

En del av det systematiska patientsäkerhetsarbetet är att rapportera när något gått fel. Ansvar för att avvikelser och klagomål utreds, åtgärdas och följs är verksamhetschefens och av denne utsedda personer.

Den internationella patientsäkerhetsdagen uppmärksammas varje år och temat för årets patientsäkerhetsdag var patient som medskapare för en säker vård. Sus anordnade i september en patientsäkerhetsdag med föreläsningar kring detta tema där drygt 200 medarbetare från förvaltningen deltog

### **Markörbaserad journalgranskning (MJG)**

Enligt beslut från Sveriges kommuner och regioner (SKR) sker månadsvis markörbaserad journalgranskning på slumpvis utvalda journaler på sjukhusövergripande nivå. Inom Skånes universitetssjukhus granskas 30 journaler/månad från slutenvårdstillfällen (somatisk vuxenvård).

Granskningsresultaten rapporteras löpande in i en nationell databas. För resultat från den sjukhusövergripande granskningen, se bild 6 på nästa sida.

På verksamhetsnivå tillämpas journalgranskning både enligt slumpvisa och riktade urval.

Skånes universitetssjukhus har under året fortsatt sitt systematiska arbete med markörbaserad journalgranskning. En 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 universitetssjukhus ingår i en regional grupp för MJG som leds och sammankallas av regional chefsjuksköterska. Arbetsgruppen skall verka för en ökad vårdkvalitet genom att stärka och utveckla kvaliteten och användandet av Markörbaserad journalgranskning inom Region Skåne.

MJG Sus januari-juni 2023		
Totala antalet journaler som granskats för respektive sjukhus.	Antal journaler där vårdskada identifierats.	Antal vårdskador fördelat per skadetyyp. Rapportera VRI och Kirurgisk komplikation i gemensam grupp.
Skånes universitetssjukhus: 180	Vårdskada: 21  Skada: 22	Blåsoverfyllnad: 6 Trycksår kategori 2-4: 3 Fallskada: 1 VRI (UVI, pneumoni, sepsis, övrig): 7 Annat (hudskada eller yttlig kärlskada, övrigt): 8 Läkemedelsrelaterad skada: 1 Svikt i vitala parametrar: 2  Läkemedelsrelaterade skador: 1 VRI och kirurgiska skador: 22 Annat (övrigt): 3

Bild 6. MJG 2023

## Avvikelser

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

En del av det systematiska patientsäkerhetsarbetet är att rapportera när något gått fel. Statistiken i nedanstående tabell visar en ökning av patientavvikelserna i avvikelssystemet med cirka 300 händelser.

2021	2022	2023
9 094	10 047	10 359

Skånes universitetssjukhus är en stor förvaltning med ett stort antal vårdtillfällen och mottagningsbesök. Rapporteringen i avvikelssystemet representerar inte det verkliga antalet avvikelser som hanteras i verksamheterna på Sus. 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 händelseklassificeringarna av patientavvikelser framgår nedan. Där framgår också den vanligaste bakomliggande orsaken och den vanligast förekommande åtgärden.

Riskområden	Bakomliggande orsaker	Åtgärder
Fall/Fallskada – 775	Patientrelaterat – nedsatt sjukdomsinsikt	Information inom egen avdelning
Bedömning – 693	Information/kommunikation – Felaktig/Ofullständig	Information inom egen avdelning
Vård – Övrigt – 576	Procedurer/rutiner/riktlinjer – ej följts	Information inom egen avdelning
Vård – In/utfart – 475	Procedurer/rutiner/riktlinjer – ej följts	Information inom egen avdelning

Journalhantering (ej remisshantering) – utebliven dokumentation - 445	Procedurer/rutiner/riktlinjer – ej följts	Information inom egen avdelning
Informationsöverföring mellan vårdaktörer, verksamhetsområde – Eget – 398	Felaktig/ofullständig	Information inom egen avdelning
Informationsöverföring till patient/närstående - 394	Information/kommunikation – Felaktig/ofullständig	Information till patient/närstående

Bild 7. Riskområden, bakomliggande orsaker och åtgärder, för de vanligaste avvikelserna. Hämtat från QlikView

Avvikelse klassificeras utifrån typ av händelse. Till skillnad från den aggregerade statistiken, som visar att läkemedel är den vanligast händelsen, så visar QlikView att Fall/fallskada den vanligast när det gäller patientavvikelse. En avvikelse kan ha mer än en klassificering.

Händelsetypen "Vård – övrigt" kan exempelvis innehålla avvikelser om hjälpmedel, bemanning eller 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.

Den aggregerade statistiken klassificeras av en och samma person och patientavvikelse av olika ärendansvariga.

Koordinator/Ärendansvarig kan idag händelseklassificera avvikelserna direkt och genom detta få en snabbare bild av verksamhetens avvikelser. Idag klassificeras avvikelserna oftast när de avslutas vilket ger en fördröjning av statistiken.

De senaste åren har kvarglömda perifer venkateter (PVK) noterats som riskområden och ett flertal av dessa har lett till risk för vårdskada eller vårdskada.

När det gäller åtgärder är den vanligaste åtgärden "Information inom egen avdelning" (att man redogör för händelsen på arbetsplatsträff). Denna åtgärd tillhör de mindre effektiva när det gäller att förhindra upprepning av en händelse. Chef läkarna och enhet patientsäkerhet har obligatoriska regelbundna utbildningar för verksamhetsledning om avvikelserutredning, lex Maria och klagomål där verksamheterna utbildas i hur utredningar bäst görs och vikten av att bakomliggande orsaken till händelsen/avvikelsen noga utreds för att kunna identifiera effektiva åtgärder för att förhindra upprepning.

Nytt avvikelssystem planeras under andra halvan av 2024, information och hjälp med testning sker via nätverksträffar med huvudkontaktpersonerna (HKP) för AvIC.

På IVA inom verksamhetsområde IPV Lund, har verksamheten införskaffat en dator som enbart används för att skriva avvikelser. På så sätt säkerställer man att det alltid finns en dator ledig för avvikelserapportering

## Lärande av lex Maria/allvarliga händelser

Som vårdgivare har Sus 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 skriver enhet Patientsäkerhet och chefläkarna i varje nummer av Sus Nytt under rubriken ”Patientsäkerhet – lärande av händelser”. De beskrivna händelserna kan användas som underlag för dialog och lärande i verksamheterna.

Sus har det senaste åren haft fler avvikelser gällande perifer venkateter (PVK) som har lett till lex Maria anmälningar. Det kan vara kvarglömd PVK när patienten skrivs ut, men även händelser där hanteringen av PVK lett till allvarliga systeminfektioner hos patienten. Sus har arbetat för att säkerställa hantering av venösa infarter av olika slag, bland annat har ett beslutsstöd för val av venös infart för vuxna patienter tagits fram. En referensgrupp bestående av medarbetare från olika verksamheter har granskat materialet och styrgrupp patientsäkerhet har fastställt.

Antalet journaldokumenterade fall ser ut att ha minskat under 2023 men samtidigt ser man en minskning av inrapporterade fallincidenter i AvIC i proportion till antalet (45% inrapporterade 2023 mot 59% 2022). I dialoger med verksamheterna har vikten av att anmäla även risk för vårdskada diskuterats och i de verksamheter där fallrisken kan anses högre, har man arbetat mycket med fallpreventiva åtgärder.

Många verksamheter har infört flera fallpreventiva åtgärder, som exempelvis extra komfortrundor för att förhindra att patienter går upp självständigt, nattbelysning, sänglarm, öppna dörrar och placering av patienter med hög fallrisk nära expeditionen m.m.

## Händelseanalyser

Fördjupade händelseanalyser bidrar till lärande och ökad patientsäkerhet. Analyser genomförs på såväl verksamhetsnivå som på förvaltningsövergripande nivå. I de fall händelseanalyser genomförs på övergripande nivå gäller det komplexa händelser, ofta då flera verksamhetsområden är involverade.

## 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 ”Extern Region Skåne”.

Klagomål/synpunkter är viktiga för att systematiskt följa patienter/närståendes upplevelser av vården. Klagomål skiljer sig ofta från 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.

Det är troligt att det finns ett mörkertal i registreringen av inkomna klagomål. Klagomålen registreras inte alltid i avvikelssystemet utan blir endast hanterade i verksamheten. I AvIC finns 2023 - 1 158 registrerade klagomål och externa avvikelser. 2022 var motsvarande siffra 963.

Chefläkare och patientsäkerhetsutvecklare tar del av alla klagomål och de externa avvikelser som inkommer via diariet och Patientnämnden, 2023 var det – 663 klagomål och 380 externa avvikelser. 71 klagomål och 34 externa avvikelser ledde till en internutredning.

Under 2023 handlade klagomålen från patient/närstående mest om ”vård och behandling” såsom missade/fördröjda/felaktiga diagnoser, men även om ”bemötande/kommunikation/delaktighet”. Det fanns också ett stort antal klagomål gällande tillgänglighet.

Inom akutsjukvården arbetar man kontinuerligt med bemötande och kommunikation på alla enheter. I huvudsak genom personlig återkoppling till berörda medarbetare men även genom att nyanställda sjuksköterskor och undersköterskor får handledning i bemötande.

## 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 och chefläkare utgör stöd till verksamheternas patientsäkerhetsorganisationer och bidrar med utbildningsinsatser, såväl generella som riktade. Som exempel kan nämnas introduktionsutbildning i systematiskt patientsäkerhetsarbete, utbildning av AT-läkare och ST-läkare, utbildning på Malmö högskola samt halvdagsutbildning inom ramen för Kliniskt basår. Varje verksamhetsområde erbjuder regelbundet utbildning gällande lex Maria- och klagomålsprocessen. I Lärportalen finns utbildning om hur en avvikelse rapport registreras och hanteras, (Avvikelsehantering och roller). För introduktion i patientsäkerhet hänvisar förvaltningen till utbildningen som tagits fram av Socialstyrelsen. [Socialstyrelsen utbildning](#)

## Kontinuitetsplanering

Sjukvårdens robusthet är avgörande för upprätthållande av säker vård i alla lägen. Vår förändrade omvärld har medfört en tydligare insikt i att beredskapen i vården måste stärkas för att klara av att hantera de behov som uppstår under framtida kriser och höjd beredskap.

Under 2023 har kunskapshöjande insatser genom att utbilda 200 medarbetare i ämnet kontinuitetsplanering och inspirera dessa till att i större utsträckning arbeta med kontinuitetsplanering i sin verksamhet utförts. Även en uppdaterad och förtydligad information för hur man skapar en lokal driftstörningspärm för kontinuitetsplanering har tagits fram.

Gashantering har identifierats som ett område där det behövs extra fokus. Särskilda riktade utbildningsinsatser för gashantering kommer därför att genomföras.

Rakelenheter kommer att införas på 21 utvalda verksamheter för att öka redundansen vid driftstörningar kopplat till telefoni samt vid eventuella beredskapshöjningar.

### **Område AT/ST**

På Sus Lund/Malmö anställdes år 2023 drygt 70 AT-läkare. Alla AT-läkare får ett utbildningspaket som bland annat innehåller följande:

- praktiska övningar (tex akutrumskurs, HLR-utbildning, undersökningsteknik, handhavande av noninvasiv ventilation)
- utveckling av ett sunt förhållningssätt till yrket och självomhändertagande genom kuratorsledda reflektionsgrupper och moment i samarbete med psykologiska institutionen på Lunds universitet
- samarbete med andra yrkeskategorier (praktisk övning i akutrumsarbete)
- teoretiska medicinska delmoment (tex lagstiftning kring psykiatrisk tvångsvård, diabetesbehandling, medicinsk etik)

AT-läkarna arbetar under handledning. En god handledning är en förutsättning för trygg och säker utveckling av yrkeskompetensen inför erhållande av legitimation. Sus satsar därför på att utbilda alla läkare i handledning. Under AT ges en grundkurs i handledning via medicinska fakultetens enhet för medicinsk pedagogik (MedCUL). För att ytterligare stimulera och utöka tryggheten och förmågan att fungera i rollen har vi under andra halvåret 2023 expanderat introduktionen till AT-tjänsten från 1,5 till två veckor. Påbyggnadskurser byggs successivt upp för ST-läkare och specialister. Område AT ST bidrar med kurser inom ramen för ST-utbildningen rörande de allmänna kurs- och kompetensmålen för specialiseringstjänstgöringarna inom respektive specialitet.

## MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Region Skånes mål och uppdrag för hälso- och sjukvården fastställdes i november 2023 i *Region Skånes verksamhetsplan och budget 2024 med plan för 2025-2026*<sup>2</sup>. I budgeten har ett antal insatsområden identifierats för det nödvändiga omställningsarbetet: Övergripande styrnings och strukturfrågor, bemanning och kompetensförsörjning, verksamhet och produktion, inköp och materialfrågor samt administration och IT-stöd. Målet är bättre ekonomi och större tillgänglighet till vård och behandling. Alla förvaltningar och verksamheter i Region Skåne måste bidra till att uppnå dessa mål.

Sus förvaltningsledning har tagit fram vision, verksamhetsidé, mål och strategier. De övergripande målen är;

- Medicinska resultat av högsta kvalitet
- Rätt vård i rätt tid
- Framstående forskning, utbildning och utveckling
- Nöjda patienter och närstående samt allmänhetens förtroende

Sus förvaltningsledning har särskilt lyft fram följande strategier som är avgörande för förmågan att möta de utmaningar som vården står inför;

- Starka forskningsmiljöer och ökad integration mellan forskning, utbildning och vård
- Ökad patientsamverkan
- Kompetenta, stolta och engagerade medarbetare
- Ekonomi i balans
- Utvecklad nära vård
- Systematisk och transparent prioritering
- Ökad digitalisering

Arbetet under 2024 ska fortsätta i enlighet med handlingsplan för patientsäkerhet 2021–2024 (som uppdaterades första kvartalet 2023), vilken harmonierar med de regionala och nationella handlingsplanerna för patientsäkerhet. Under hösten 2024 ska en ny handlingsplan tas fram.

*Hand 2024-02-09*



Björn Ekmehag  
Förvaltningschef  
Skånes universitetssjukhus  
205 02 Malmö

<sup>2</sup> [Region Skånes VP 2024 \(skane.se\)](https://www.skane.se/region-skånes-verksamhetsplan-och-budget-2024-med-plan-för-2025-2026)

