

Revisionsrapport

Temagranskning Patientsäkerhet Del 1: Vårdskador

Region Västmanland

Jean Odgaard,
Certifierad kommunal
revisor
Lina Zhou,
Revisionskonsult

Juni 2018

Innehåll

| | |
|--|-----------|
| Sammanfattning och revisionell bedömning..... | 2 |
| 1. Inledning | 4 |
| 1.1. Bakgrund | 4 |
| 1.2. Syfte och Revisionsfråga..... | 5 |
| 1.3. Revisionskriterier | 5 |
| 1.4. Kontrollmål | 5 |
| 1.5. Avgränsning..... | 5 |
| 1.6. Metod..... | 5 |
| 2. Iakttagelser och bedömningar | 6 |
| 2.1. Definitioner och statistik över vårdskador | 6 |
| 2.1.1. Trycksår | 6 |
| 2.1.2. Vårdrelaterade infektioner (VRI) | 7 |
| 2.1.3. Basala hygienrutiner och klädregler | 8 |
| 2.1.4. Utlokaliseringar | 9 |
| 2.2. Ledning, styrning och uppföljning | 10 |
| 2.2.1. Iakttagelser | 10 |
| 2.2.2. Bedömning..... | 14 |
| 2.3. Rutiner och riktlinjer..... | 15 |
| 2.3.1. Iakttagelser | 15 |
| 2.3.2. Bedömning..... | 15 |
| 2.4. System och metoder för att mäta | 16 |
| 2.4.1. Iakttagelser | 16 |
| 2.4.2. Bedömning..... | 17 |
| 2.5. Analyser och åtgärder..... | 17 |
| 2.5.1. Iakttagelser | 17 |
| 2.5.2. Bedömning..... | 20 |
| Bilaga 1: Förteckning intervjuer och granskade dokument | 22 |
| Bilaga 2: VRI - Framgångsfaktorer som förebygger | 23 |

Sammanfattning och revisionell bedömning

PwC har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Region Västmanland genomfört under år 2018 en temagranskning kopplat till patientsäkerhet. Denna första delrapport avser vårdskador. Revisionsfrågan som ska besvaras är om regionstyrelsens arbete med att förebygga och minska antalet vårdskador är ändamålsenligt. Granskningen har genomförts under perioden mars – juni månad 2018 genom intervjuer och dokumentgranskning.

Patientsäkerhetsarbetet måste ses i sitt sammanhang. Inom hälso- och sjukvården finns en rad utmaningar som påverkar patientsäkerhetsarbetet och antalet vårdskador. Det råder brist på vårdplatser vilket leder till överbeläggning och utlokalisering av patienter och i viss mån kortare vårdtider än önskvärt. Vidare finns utmaningar vad gäller kompetensförsörjningen. Inom flera yrkeskategorier råder det bemanningsbrist och personalomsättningen är hög vilket leder till att nya och oerfarna medarbetare skall följa rutiner och riktlinjer för patientsäkerhetsarbetet. Bemanningssituationen innebär också att tiden för den enskilde patienten minskar och att vårdpersonalen tvingas till en hårdare prioritering av sina arbetsuppgifter.

Vår sammanfattande revisionella bedömning är att regionstyrelsens arbete med att förebygga och minska antalet vårdskador inte är tillräckligt.

Granskningen visar på både styrkor och förbättringsområden. Det finns en tydlig styrning vad gäller målsättningen för patientsäkerhetsarbetet. En rad olika åtgärder har också vidtagits för att öka medvetenheten om vikten av ett patientsäkerhetsarbete. Det finns en styrning genom de rutiner och riktlinjer som är upprättade i ledningssystemet för ett strukturerat patientsäkerhetsarbete. Samtidigt konstaterar vi att de mätbara mål och indikatorer som är formulerade inom patientsäkerhetsområdet uppfylls i låg utsträckning. Resultaten från mätningarna visar att dessa inte följs i sin helhet. Vi konstaterar därmed att styrkedjan inte fungerar fullt ut.

Det finns brister i omvårdnadsarbetet med trycksårspatienter vilket visar att Regionstyrelsen inte har säkerställt arbetssätt som följer nationella riktlinjer. Det finns fortsatta brister vad gäller basala hygienrutiner.

Vår bedömning grundas i övrigt på den avstämning av kontrollmål som gjorts.

| Kontrollmål | Kommentar |
|---|-----------------|
| Sker det en styrning och uppföljning av hur verksamheten arbetar med att minska antalet vårdskador? | Delvis uppfyllt |
| Är rutiner och riktlinjer implementerade i verksamheten? | Delvis uppfyllt |
| Finns det tillförlitliga system och me- | Delvis uppfyllt |

toder för att mäta förekomst av vårdskador?

Vilka analyser har genomförts gällande vårdskador och vilka åtgärder har formulerats? Till övervägande del uppfyllt

Vidtas tillräckliga åtgärder för att minska antalet vårdskador? Ej uppfyllt

1. Inledning

1.1. Bakgrund

Patientsäkerhet definieras som *skydd mot vårdskada* i patientsäkerhetslagen. Patientsäkerhet handlar om att patienter inte ska skadas i samband med hälso- och sjukvårdande åtgärder, eller på grund av att vården inte vidtar de åtgärder som behövs med hänsyn till patientens tillstånd. Med *vårdskada* avses lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården.

Uppgifter från Socialstyrelsen visar på att över 100 000 patienter i Sverige drabbas årligen av vårdskador inom den somatiska sjukhusvården för vuxna. Det finns uppgifter som visar på att 12 procent av kostnaderna för sjukhusvård i Sverige kan kopplas till vårdskador. Den vanligaste typen av vårdskador är vårdrelaterade infektioner (VRI), som till exempel urinvägsinfektioner. Andra exempel är kirurgiska skador och skador kopplade till läkemedel. I Sverige har vårdplatserna blivit färre, samtidigt som överbeläggningar och utlokaliseringar fortsätter att öka inom den somatiska sjukhusvården. Vårdskador är dubbelt så vanliga hos utlokaliserade patienter. Mot denna bakgrund är patientsäkerhet således utifrån många aspekter ett viktigt granskningsområde för revisionen.

Av Region Västmanlands program för patientsäkerhet framgår att det övergripande målet är att minska antalet vårdskador – en nollvision för undvikbara skador. Revisorerna i Västmanland granskade *patientsäkerhetsarbetet* under våren 2016. Även om revisionsrapporten *Granskning av patientsäkerheten* visade att Västmanland utvecklat sitt patientsäkerhetsarbete inom många områden och säkerställt ett systematiskt förbättrings- och kvalitetsarbete visar aktuella uppgifter från *Vården i siffror* att det finns områden såsom trycksår och VRI där Region Västmanland behöver nå bättre resultat för att åstadkomma en god patientsäkerhet inom alla områden.

Av uppgifter från SKL framgår att de lokalmässiga förutsättningarna för en god hygien påverkar arbetet med att förebygga VRI. I landsting och på sjukhus med en lägre förekomst av VRI är städning en strategiskt viktig del. Revisorerna i Region Västmanland har utifrån en väsentlighets- och riskanalys funnit det relevant att under år 2018 granska regionstyrelsens arbete inom området patientsäkerhet. Revisorerna avser att ta ett samlat grepp kring patientsäkerhetsområdet genom att genomföra en omfattande temagranskning innehållande tre delar:

1. Vårdskador
2. Utredning och uppföljning av vårdskador, samt
3. Vårdhygien - lokalvård.

Denna rapport omfattar första delen av temagranskningen som avser Vårdskador.

1.2. Syfte och Revisionsfråga

Revisionsfråga: Är regionstyrelsens arbete med att förebygga och minska antalet vårdskador ändamålsenligt?

1.3. Revisionskriterier

Följande revisionskriterier har använts som bedömningsgrund i denna granskning:

- Hälso- och sjukvårdslagen
- Patientsäkerhetslagen
- Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete
- Socialstyrelsens föreskrifter om basal hygien i vård och omsorg SOSFS 2015:10
- Regionplan och budget 2018 – 2020
- Program Patientsäkerhet 2017 – 2020
- Styrdokument inom patientsäkerhetsområdet

1.4. Kontrollmål

Granskningen av vårdskador ska besvara följande kontrollfrågor:

- Sker det en styrning och uppföljning av hur verksamheten arbetar med att minska antalet vårdskador?
- Är rutiner och riktlinjer implementerade i verksamheten?
- Finns det tillförlitliga system och metoder för att mäta förekomst av vårdskador?
- Vilka analyser har genomförts gällande vårdskador och vilka åtgärder har formulerats?
- Vidtas tillräckliga åtgärder för att minska antalet vårdskador?

1.5. Avgränsning

Granskningen avser regionstyrelsens övergripande ansvar och avgränsas vidare till arbetet med trycksår, vårdrelaterade infektioner, Basala hygienrutiner och klädregler samt utlokalisering av patienter. Granskningen avser Västmanlands sjukhus Västerås och Köping. Granskningen omfattar verksamheterna medicin, kirurgi och kvinnosjukvård.

1.6. Metod

Granskningen genomförs genom intervjuer, dokumentstudier samt analys av statistik inom området. De funktioner och dokument som har blivit intervjuade respektive granskade återfinns i bilaga 1. Granskningen har genomförts av Jean Odgaard (projektledare) och Lina Zhou, båda PwC. Granskningsrapporten har faktagranskats av berörda tjänstemän.

2. Iakttagelser och bedömningar

2.1. Definitioner och statistik över vårdskador

Vårdskada definieras i Patientsäkerhetslagen 2010:659, 1 kap. 5 § som "lidande, kroppslig eller psykisk skada, eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården". Vårdskada kan uppstå när patienten inte har fått den vård som den behöver eller på grund av den vård och behandling som denne har fått. För att det ska bedömas som en vårdskada måste ett av följande kriterier uppfyllas; utsatts för ett lidande, drabbats av en kroppslig eller psykisk skada alternativt sjukdom eller avlidit.

Enligt 3 kap. 3 § är vårdgivaren skyldiga till att utreda händelser i verksamheten som har eller hade medfört en vårdskada. Syftet är att kartlägga händelseförloppet och identifiera påverkade faktorer, detta kan i sin tur vara ett underlag för beslut om framtida åtgärder för begränsa eller hindra liknade händelser från att inträffa. Hälso- och sjukvårdspersonalen är skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls.

2.1.1. Trycksår

Trycksår är en av de vanligaste formerna av vårdskador som kan orsaka stort lidande för patienterna och som kan resultera i höga kostnader för samhället. Trycksår definieras som en lokal skada i hud eller underliggande vävnad och är ett resultat av tryck, eller tryck i kombination med skjuv¹. Tryck uppstår av personens kroppstyngd mot underlaget, som orsakas av lokal syrebrist som leder till vävnadsskada i muskelceller där ben möter muskelvävnad.

Med hjälp av bland annat metoder såsom punktprevalensmätningar (PPM) går det att mäta förekomst av trycksår. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) anordnar årligen PPM som är nationella. Mätningen är en ögonblicksbild och görs under en dag på varje avdelning under en vecka som omfattas av riskbedömning, hudbedömning, insatta förebyggande åtgärder samt journalgranskning. Trycksår kategoriseras i en skala 1–4 och de allvarligare trycksåren finns inom kategori 2–4.

SKL har tagit fram nio åtgärds paket avseende trycksår som stöd till patientsäkerhetsarbetet för landsting och kommunerna.²

2.1.1.1. Statistik för trycksår

Det totala sammanvägda resultatet från senaste nationella PPM för trycksår (mars 2018) visade att andelen patienter med ett eller flera trycksår i Sverige uppgick till 14,1 procent för år 2018 jämfört med 13,5 procent för år 2017.

Förekomst av trycksår samt en ökad risk för att få trycksår från senaste nationella PPM mätningen (mars 2018) visade på en uppgång på 2,1 procentenheter i Sverige. Andel patienter med ett eller flera trycksår inom kategori 1 till 4 uppgick till 14,1 procent, vilket är en

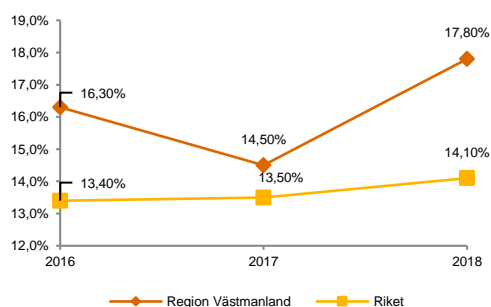
¹ Skjuv uppstår när olika vävnadslager förskjuts i förhållande till varandra, exempelvis när en persons huvudända höjs, och personen glider ned i sängen, Vårdhandboken

² SKL: Trycksår, ett åtgärds paket

ökning med 0,6 procent i jämförelse med 2017. Andel patienter som hade en allvarigare grad av trycksår, kategori 2-4, har ökat med 0,6 procent i jämförelse med 2017.

Resultatet för Region Västmanland i 2018 års nationella mätning uppgick till 17,8 procent, vilket är 3,7 procentenheter högre än riksgenomsnittet. Figur 1 visar att Region Västmanland under 2016-2018 har haft en sämre utveckling av trycksår i jämförelse med riket. Det är viktigt att poängtera att en betydande andel patienter (ca 7,8 %) bedöms ha fått trycksår utanför sjukhuset.

Figur 1: Trycksår PPM-mätningar 2016-2018



Källa: SKL

Senast genomförda lokala PPM från maj månad visar på att förekomsten av trycksår har minskat på Västmanlands sjukhus.

2.1.2. Vårdrelaterade infektioner (VRI)

Vårdrelaterade infektioner (VRI) är den vanligaste vårdskadan på svenska sjukhus och kan vara allvarliga. Socialstyrelsens definition på VRI är en infektion som uppkommer hos en person under slutna vård eller till följd av åtgärd i form av diagnostik, behandling eller omvårdnad inom övrig vård och omsorg, eller som personal som arbetar inom vård och omsorg ådrar sig till följd av sin yrkesutövning³. En VRI är en symptomgivande infektion som uppstår på grund av mikroorganismer, antingen genom smittspridning från en annan individ, eller från patientens egen kropp. De vanligaste riskfaktorerna är antibiotikabehandling, kirurgiska ingrepp och kvarliggande urinkateter.⁴ Om det sker en smittspridning av multiresistenta bakterier leder det oftast till ett bärarskap av den aktuella bakterien utan att patienten utvecklar några infektionssymptom. Ett sådant bärarskap definieras i Sverige inte som en VRI men är likväl högst oönskat.

2.1.2.1. Statistik för vårdrelaterade infektioner

Från och med år 2008 påbörjades en nationell satsning som syftade till att beskriva ett systematiskt arbete för att minska förekomst av VRI och som ett led i detta infördes PPM varje år. PPM avser förekomsten av VRI, förekomsten av riskfaktorer för VRI och följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler. Resultaten från mätningarna kan ge en indikation på hur väl vissa landsting och sjukhus har lyckats i arbetet att förebygga förekomst av VRI.⁵

³ Socialstyrelsens rapport "Utvecklingen inom patientsäkerhetsområdet 2017"

⁴ SKL 2014, "Vårdrelaterade infektioner framgångsfaktorer som förebygger"

⁵ SKL 2014, "Vårdrelaterade infektioner framgångsfaktorer som förebygger"

Senaste presenterade siffror från PPM VRI (2017) visar att i genomsnitt 8,9 procent av samtliga patienter i slutenvård i alla landsting hade en VRI. Den nationella satsningen har resulterat i minskningar av VRI, dock har resultatet stabiliserats sig på runt 9-10 procent. Några orsaker till att siffrorna inte minskar kan vara att patienternas medelålder ökar och att de behöver vård för mer komplexa sjukdomstillstånd och därmed är med vårdkrävande i kombination med att antalet vårdplatser har fortsatt att minska. Siffrorna visar att andelen VRI inte har ökat trots att patienter med vårdkrävande VRI i allmänhet har dubbelt så lång vårdtid, vilket rent teoretiskt skulle ha höjt prevalensen.

Resultatet för Region Västmanland i PPM VRI 2017 uppgick till 5,9 procent, vilket är ett resultat som ligger under riksgenomsnittet (8,9 procent) och ett av landets lägsta utfall. Den senaste mätningen (mars 2018) visade dock att andelen patienter med VRI har ökat och uppgick till 10,5 % vilket är något högre än riksgenomsnittet (8,9 procent).

2.1.3. Basala hygienrutiner och klädregler

En viktig insats för att undvika en vårdrelaterad infektion (VRI) samt spridning av antibiotikaresistenta bakterier är att vårdpersonalen alltid följer basala hygienrutiner och klädregler (BHK). Vården ska bedrivas med en god hygienisk standard och rutiner för vårdhygien ska finnas i verksamhetens ledningssystem som ska omfattas av arbetskläder, punktdesinfektion och städning. God handhygien i kombination med hög städkvalitet kan begränsa förekomst av VRI och en smittspridning.

Städning inom vården är en viktig åtgärd för att förhindra och begränsa spridning av resistenta bakterier. Förekomsten av vårdrelaterade infektioner är generellt lägre på de sjukhus där ledningen prioriterar städning och utbildar städpersonal inom smittspridning och vårdhygien⁶. Städning och vårdhygien kommer att behandlas separat i revisorernas temagranskning, delrapport 3.

2.1.3.1. Statistik för Basala hygienrutiner och klädregler

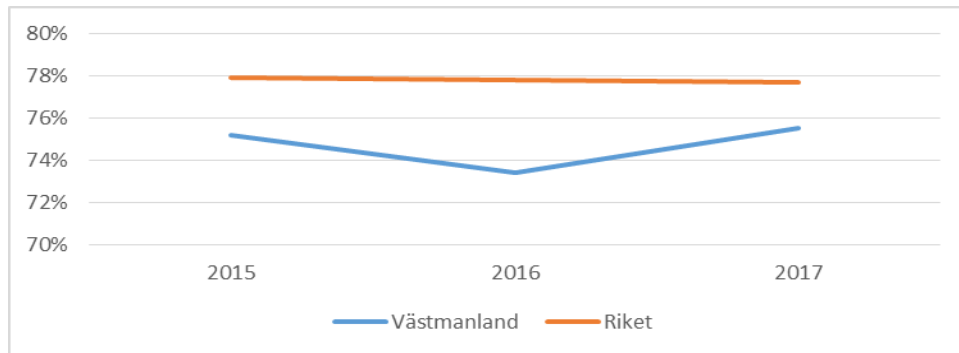
Två gånger per år genomför Region Västmanland en PPM av personalens följsamhet till hygienrutiner och klädregler. En ökad följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler resulterar i en minskning av vårdrelaterade infektioner.

Mätningen utgår från en standardiserad instruktion och ett protokoll som omfattas av observationer i åtta steg framtagen av SKL. Metoden grundar sig på observationsstudier av medarbetare i patientnära arbete, exempelvis vid omvårdnad, undersökning och behandling. Observationsstudien sker under en angiven tidsperiod som är lika för alla i Sverige. När det gäller hygienrutiner⁷ var den totala följsamheten för riket 78 procent medan Region Västmanland nådde 76 procent.

⁶ SKL 2014, "Vårdrelaterade infektioner framgångsfaktorer som förebygger"

⁷ SKL PPM, Mätning av följsamhet till hygienrutiner och klädregler, 2017

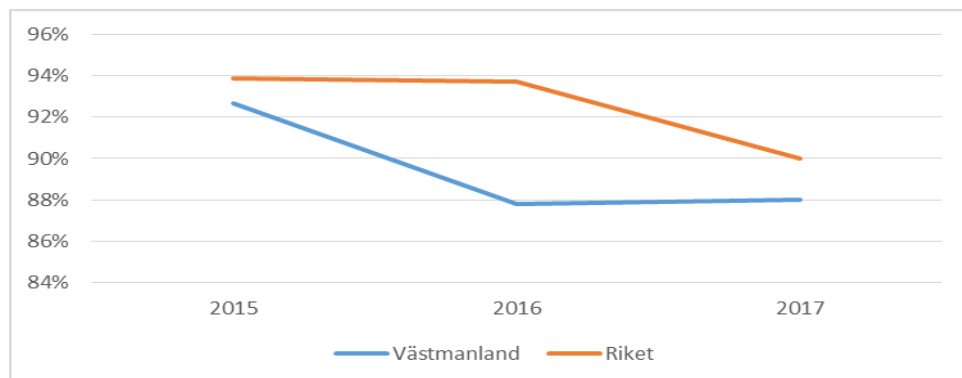
Figur 2: PPM mätning av följsamhet till hygienrutiner 2015-2017, Region Västmanland



Källa: Vården i siffror

Av figuren framgår att Region Västmanland⁸ under de tre senaste åren har nått ett resultat strax under riksnivå. De två parametrar som har påverkat Region Västmanlands utveckling negativt sedan är desinfektion både före och efter ett patientbesök.⁹

Figur 3: PPM mätning av följsamhet till klädregler 2015-2017, Region Västmanland



Källa: Vården i siffror

Av figuren framgår att Region Västmanland under de tre senaste åren har nått ett resultat strax under riksnivå även när det gäller klädregler, och når ett sämre resultat år 2017 än vad som var fallet år 2015. Västmanlands sjukhus har en hög följsamhet till klädregler med över 95 % under samtliga mätningar över tid.

2.1.4. Utlokaliseringar

Socialstyrelsens definition på en utlokaliserad patient är ”en inskriven patient som vårdas på en annan vårdenhet än den vårdenhet som har specifik kompetens och medicinskt ansvar för patienten”. Utlokalisering av patienter medför ett flertal risker såsom smittspridning, ökad infektionsrisk, felmedicinering, försenad behandling eller medicinering, och en ökad dödlighet vid vissa sjukdomstillstånd.¹⁰

⁸ Uppgifterna avser Västmanlands sjukhus, psykiatri och primärvården.

⁹ SKL PPM Mätning av följsamhet till hygienrutiner och klädregler 2011-2017

¹⁰ Socialstyrelsens rapport ”Utvecklingen inom patientsäkerhetsområdet 2017”

Utlokalisering kan medföra oklarheter och försämrade möjligheter till kontinuitet och uppföljning av åtgärder som i grunden beror på kommunikationsbrist mellan vårdenheterna. Enligt rapporten från Socialstyrelsen kunde markörbaserad journalgranskning visa på att utlokaliserade patienter löper dubbelt så hög risk för vårdskador än patienter som vårdas på disponibel vårdplats.¹¹

Överbeläggning kan uppstå när en inskriven patient vårdas på en vårdplats som inte per definition klassas som en disponibel vårdplats. Det är vårdplatser som saknar den fysiska utformning, utrustning och bemanning som i sin tur kan säkerställa patientsäkerhet och arbetsmiljö. För få antal disponibla vårdplatser kan resultera i att inskrivna patienter utlokaliseras till andra vårdenhet än den som har specifik kompetens och medicinskt ansvar för patienten.¹² I den nationella databasen "Väntetider i vården" rapporteras det kontinuerligt antalet överbeläggningar och utlokaliserade patienter.

2.1.4.1. Statistik för överbeläggning och utlokalisering

Uppgifter från "Väntetider i vården" visar på att överbeläggningarna för år 2016 uppgick till 3,7 per 100 disponibla vårdplatser i den svenska somatiska slutenvården, samma jämförelse 2017 visade på en ökning 0,71 till 4,2 för riket. Utvecklingen av överbeläggning har sedan år 2015 pekat uppåt, den årliga ökningen uppgår till 19 procent. Skillnaden mellan år 2015 och år 2018 är 35 procent.

Överbeläggning per 100 disponibla vårdplatser i Region Västmanland har sedan år 2015 ökat i genomsnitt med 57,1 procent (+4,1) i jämförelse hela riket som uppgick till 19,0 procent (+1,3). Skillnaden mellan Region Västmanland och samtliga andra landsting är som störst under 2017 med 7,2 i överbeläggning per 100 disponibla vårdplatser i jämförelse med 4,4.

Antalet utlokaliserade patienter på riksnivå uppgick till 1,5 per 100 disponibla vårdplatser år 2016 och under år 2017 till 2,18, vilket är en ökning med 47,2 procent. Region Västmanland har generellt haft ett högre genomsnitt på utlokalisering i jämförelse med riksgenomsnittet under perioden 2015-2016, förutom år 2017 då rikets utfall var betydligt högre. Under år 2017 ökade riksgenomsnittet med 47,2 procent till 2,2 antal utlokaliserade patienter per 100 disponibla vårdplatser. Av uppgifter från "Väntetider i vården" framgår att Västmanlands sjukhus Västerås har haft något färre utlokaliserade patienter än riksgenomsnittet under år 2018, per mars 2018 uppgick antalet till 2.

2.2. Ledning, styrning och uppföljning

2.2.1. Iakttagelser

Program Patientsäkerhet 2017-2020

Av Program Patientsäkerhet framgår att Region Västmanland arbetar med att öka patientsäkerheten i hälso- och sjukvården genom att successivt utveckla en patientsäkerhetskultur där det skapas en hög riskmedvetenhet samt ett riskreducerande arbetssätt. Grunden för arbetet är att sätta fokus på en lärande organisation, där rapportering av avvikelser ska ses som en naturlig del av förbättringsarbetet.

¹¹ Socialstyrelsens rapport "Utvecklingen inom patientsäkerhetsområdet 2017"

¹² Socialstyrelsens rapport "Utvecklingen inom patientsäkerhetsområdet 2017"

Regionens övergripande mål avseende patientsäkerhet ligger i linje med de nationella målen:

- Minska antalet vårdskador, en nollvision för undvikbara skador.
- En patientsäkerhetskultur som kännetecknas av patientens delaktighet och medverkan samt ett förebyggande arbetssätt

Region Västmanland har fastställt ett patientsäkerhetsprogram för att uppnå de övergripande målen som består av sex målområden för tidsperioden 2017-2020:

Tabell 1: Mål, resultatmål och målområde

| Programmets mål | Resultatmål med indikator | Målområde |
|---|---------------------------------------|--|
| 1. Antalet allvarliga vårdskador ska minska | | |
| 2. Vårdrelaterade infektioner ska minska | | |
| 3. Trycksår ska minska | | |
| 4. Läkemedelsanvändning ska vara säker | → En nollvision för undvikbara skador | → En effektiv verksamhet av god kvalitet |
| 5. Suicidprevention ska förbättras | | |
| 6. Förbättrad patientsäkerhetskultur | | |

Källa: Program Patientsäkerhet 2017-2020 (Region Västmanland)

Programmet Patientsäkerhet 2017-2020 är ett av de fokusområden som återges i Region Västmanlands regionplan och budget för år 2018-2020. Hög patientsäkerhet är en förutsättning både för god vård och god ekonomi. För mål 3, 5 och 6 finns upprättade handlingsplaner. För varje angivet mål finns en eller flera indikatorer där det framgår målvärdet för programmets slutmål (2020).

Tabell 2: Mål (urval), indikator, målvärde och nuläge.

| Programmets mål | Indikator | Målvärde | Nuläge 2015 |
|--|--|----------|-------------|
| 2: Vårdrelaterade infektioner ska minska | 2:1 Vårdrelaterade infektioner | < 5 % | 9,2 % |
| | 2:2 Basala hygienrutiner och klädregler skall vara uppfyllda i samtliga steg | 90 % | 70 % |
| 3: Trycksår ska minska | 3:1 Andel tryckskada eller trycksår kategori 1-4 | < 10 % | 22 % |
| | 3:2 Andel trycksår kategori 2-4 som uppstått eller förvärrats | < 3 % | 10 % |

Källa: Program Patientsäkerhet 2017-2020 (Region Västmanland)

Uppföljning av Program Patientsäkerhet sker årligen och rapporteras i enlighet med patientsäkerhetslagen i Region Västmanlands Patientsäkerhetsberättelse vilken tillställs Regionstyrelsen.

Av intervjuerna framgår det att verksamheterna har tagit del av programmet och känner väl till innehållet och dess målsättningar. På Västmanland sjukhus har detta program resulterat i en förvaltningsplan som på övergripande nivå är gemensamt för hela sjukhuset. Under målsättningen *Säker vård* anges indikatorer och målsättningar för indikatorer avseende BHK, trycksår och utlokaliserade patienter. På verksamhetsnivå finns verksamhetsplanen konkretiserad med de gemensamma indikatorerna med verksamhetsanpassade målsättningar, samt indikatorer och målsättningar som är specifika¹³ för verksamheten. Såväl förvaltningsplan som verksamhetsplaner är kortfattade och tydliga där det framgår nuläge, uppföljning månadsvis/kvartalsvis, målbild för innevarande år och målsättningen för år 2020.

Region Västmanlands patientsäkerhetsorganisation

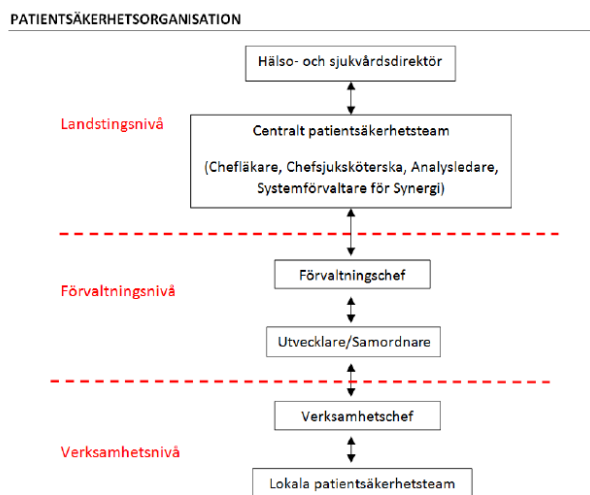
Region Västmanlands patientsäkerhetsorganisation består av i tre nivåer; Regional nivå, förvaltningsnivå och verksamhetsnivå i enlighet med figur 3 nedan.

Regional nivå

Hälso- och sjukvårdsdirektören ansvarar för planering och ledning avseende patientsäkerhetsarbetet på regionövergripande nivå.

Det centrala patientsäkerhetsteamets uppdrag är att säkra och följa upp patientsäkerheten i regionen och fungera som stöd till verksamhetscheferna i ett förebyggande systematiskt patientsäkerhetsarbete. Teamet består av fyra chefläkare som har olika ansvarsområde och kompetens, chefsjuksköterska, analysledare och systemförvaltare för Synergi¹⁴. Teamet uppges ha ett granskande tillsynsuppdrag gentemot verksamheten.

Figur 3: Region Västmanlands patientsäkerhetsorganisation



Källa Patientsäkerhetsberättelse för Region Västmanland 2017

Enheten för smittskydd och vårdhygien ingår i Centrum för hälso- och sjukvårdsutveckling, som leds av hälso- och sjukvårdsdirektören. Sedan år 2011 har en grupp i landstinget/regionen bildats för att hantera vårdrelaterade infektioner och förekomst/smittspridning av multiresistenta bakterier, den så kallade VRI-MRB gruppen som träffas månatligen. Gruppen ansvarar bland annat för strategiskt arbete med att hantera VRI och förekomst/smittspridning av resistenta bakterier, följa efterlevnad av vårdrutiner, följa upp mätningar av PPM samt hålla de strategiska plandokumenterna aktuella gällande hantering av smittutbrott och epidemier.

Förvaltningsnivå

Förvaltningschefens uppdrag är att säkerställa aktiviteter i förvaltningsplanen så att dessa ligger i linje med målen i regionplanen. Utvecklare/Samordnare ansvarar för att bedriva och utveckla ett systematiskt patientsäkerhetsarbete som innebär att initiera mätningar, uppföljning av mätningar, arbeta med ledningssystemet och följa upp avvikelser.

¹³ Kvinnokliniken följer exempelvis andel kejsarsnitt och andel sfinkterrupturer.

¹⁴ Region Västmanlands avvikelssystem för Hälso- och sjukvård

Verksamhetsnivå

Verksamhetschefen har det yttersta ansvaret för att verksamheten bedrivs på ett patientsäkert sätt och att samtliga medarbetare följer de av vårdgivaren utarbetade instruktionerna omfattande patientsäkerhetsarbetet. Till sin hjälp har verksamhetschefen det lokala patientsäkerhetsteamet som är en strategisk resurs för att bevaka och driva patientsäkerhetsfrågor inom verksamheten. Av intervjuer framgår att dessa har något olika uppdrag och fungerar något olika. På verksamhetsnivå finns även hygienombud, trycksårsombud och förflyttningsombud.

Av intervjuerna med verksamheterna framgår att samtliga är väl införstådda med hur patientsäkerhetsorganisationen är uppbyggd. Terminsvis genomförs en workshop med förlängt sjuhusledningsmöte på Västmanlands sjukhus där chefläkare och patientsäkerhetsteam deltar. Årligen sker det en patientsäkerhetsdialog mellan verksamheterna (inkl. lokala patientsäkerhetsteam) och det centrala patientsäkerhetsteamet för att beröra patientsäkerhetsfrågor som är aktuella för verksamheten. Det framgick av intervjuerna att företrädare för verksamheterna efterfrågar fler konkreta åtgärder/förslag som är riktade till varje enskild verksamhet samt ett forum för att ta del av flera goda exemplen, istället för att ”uppfinna hjulet själv”. Detta skulle, enligt intervjuade, troligtvis stärka det lokala patientsäkerhetsarbetet ytterligare genom att arbeta med redan väletablerade metoder. Av intervjuerna framgår också att kvaliteten på patientsäkerhetsdialogmötena påverkas av i vilken utsträckning verksamheterna har förberett sig och tagit fram underlag. Månatligen genomförs enhetschefsmöten där resultat från patientsäkerhetsmätningar diskuteras.

Av granskningen framkommer vidare att det finns lite olika syn på huruvida chefsläkarfunktionen skall vara organiserad på regionnivå eller förvaltningsnivå. Förespråkare för nuvarande organisation hävdar nyttan av att patientsäkerhetsorganisationen är oberoende och inte finns i linjeorganisationen.

Patientsäkerhetskultur

Patientsäkerhetskulturmätningar sker i hela landet och initierades under den nationella patientsäkerhetsstrategin 2011-2014. Patientsäkerhetskulturen mäts genom enkäter och avser värderingar, attityder och beteenden som påverkar patientsäkerheten på en arbetsplats. Utifrån mätningarna går det att utläsa kulturen som präglas på verksamheterna, både ledarnas och medarbetarnas attityder och förhållningssätt till patientsäkerhet. Syftet är att kartlägga styrkor och svagheter för att utforma och tydliggöra förbättringsinsatser som i sin tur ska leda till att skapa en ökad förståelse och insikt för patientsäkerheten.

Region Västmanland genomförde enkätundersökningen under 2011, 2014 och 2017. Den senaste mätningen resulterade i ett antal förbättringsområden:

- upplevelsen av högsta ledningens stöd till patientsäkerhetsarbete
- arbetsbelastning och personaltäthet
- benägenhet att rapportera händelse
- överlämningar och överföringar av patienter
- information samt samarbete mellan vårdenheterna

Våra iakttagelser baserade på intervjuerna är att ledningens engagemang varierar. Många har en stor tillit till sin närmaste chef beträffande patientsäkerhetsarbete men har svårt

att ta ställning till den högsta ledningens stöd inom området. Det framgick av intervjuerna att det finns en kultur där resultatet av mätningen upplevs vara någon annans problem och där ingen vill ta ansvar för resultatet. Patientsäkerhetsarbetet uppges fungera om det finns ett brett och lokalt engagemang. Företrädare från centralt patientsäkerhetsteam anger att det har varit svårt att få deltagande från verksamhetscheferna vad gäller grundläggande patientsäkerhetsutbildning.

Det har tidigare funnits målrelaterade ersättningar baserat på resultat inom patientsäkerhetsområdet (exempelvis kvalitetsregistret Senior alert). Denna styrning uppges ha givit negativa effekter, dvs när ersättningen tas bort genomförs inte aktiviteten med samma frekvens.

SKL har tagit fram en studie i syfte att identifiera de faktorer som hänger samman med en lägre förekomst av vårdrelaterade infektioner. Resultatet av studien presenteras i form av åtta framgångsfaktorer och redovisas närmre som bilaga i rapporten (Bilaga 2). Som framgångsfaktorer lyfts att VRI ses som oacceptabla i hela ledningen – från profession till högsta regionledning och att medarbetarna regelbundet nås av ett tydligt och konsekvent budskap där det förebyggande arbetet betonas samt att resultat återkopplas regelbundet.

2.2.2. Bedömning

Sker det en styrning och uppföljning av hur verksamheten arbetar med att minska antalet vårdskador?

Vi bedömer att kontrollmålet *delvis* är uppfyllt.

Vi bedömer att den övergripande *styrningen* till övervägande del är väl fungerande. Region Västmanland har genom Program Patientsäkerhet 2017-2020 tydligt angivit mål för att minska antalet vårdskador. Målen är konkretiserade genom mätbara indikatorer och det finns en uppfattning om nuläget och konkretiserade målvärden för år 2020. Inom Västmanlands sjukhus är indikatorer och lokala målsättningar angivna på förvaltnings- och verksamhetsnivå.

Det finns en organisation för patientsäkerhet som stödjer verksamheternas arbete med att minska antalet vårdskador. Av granskningen framgår att verksamheterna efterfrågar mer konkreta verktyg, stöd och åtgärder för att nå målsättningen. Vi menar att detta är en brist där åtgärder behöver vidtas för att stärka verksamheterna.

Av genomförd patientsäkerhetskulturmätning framgår att ledningens stöd till patientsäkerhetsarbetet är ett utvecklingsområde. I granskningen framhålls vikten av att verksamheterna tar ansvar för sitt eget resultat. Det finns signaler om att ledningens engagemang varierar vilket får effekt på de resultat som uppnås på verksamhetsnivå.

Vi bedömer att *uppföljningen* av arbetet med att minska antalet vårdskador i många delar fungerar väl. Resultat från mätningar rapporteras regelbundet. Det genomförs årsvisa dialogen med verksamheterna kring patientsäkerhet vilka har utvecklats positivt över tid.

Uppföljning av Program Patientsäkerhet sker årligen och rapporteras i enlighet med patientsäkerhetslagen i Region Västmanlands Patientsäkerhetsberättelse vilken tillställs Reg-

ionstyrelsen. Patientsäkerhetsberättelsen är idag omfattande till innehåll och vi bedömer att den behöver ses över vad gäller utformning.

Det finns en styrning genom de rutiner och riktlinjer som är upprättade i ledningssystemet för ett strukturerat patientsäkerhetsarbete. Resultatet från mätningarna visar att dessa inte följs i sin helhet. Vi konstaterar därmed att styrkedjan inte fungerar fullt ut.

2.3. Rutiner och riktlinjer

2.3.1. Iakttagelser

Patientsäkerhetsarbetet finns beskrivet i Region Västmanlands ledningssystem som även innehåller en rad olika styrdokument såsom övergripande instruktioner, handlingsplaner, riktlinjer och rutiner. Samtliga dokument i ledningssystemet är godkända av hälso- och sjukvårdsdirektör eller av denne utsedd person. Dokument som finns i ledningssystemet uppdateras kontinuerligt.

Av intervjuer framgår att verksamheterna uppfattar att det finns rikligt med rutiner och riktlinjer i ledningssystemet, och att dessa är bra och välskrivna. Dock upplevs det att ledningssystemet i sig är svårnavigerat vilket försvårar sökningar i systemet. En del verksamhets- och avdelningschefer hämtar regelbundet hem den senaste uppdaterade versionen för att sedan implementera denna i verksamheten där samtliga i personalgruppen får ta del av rutinen. Sedan finns det verksamhets- och avdelningschefer som har andra arbetssätt och som sällan är inne i ledningssystemet och därför inte ger personalen samma förutsättningar att få ta del av informationen. Detta resulterar i olika nivåer på kunskap eller engagemang hos personalen, vilket kan försvåra arbete med att öka patientsäkerheten.

På Medicinkliniken Västerås har rutiner anpassats lokalt för respektive avdelning för att skapa en bättre förankring. Inför sommarperioden sker en genomgång av de viktigaste dokumenten med vikarier.

Av granskningen framgår att avvikelshanteringssystemet Synergi inte används fullt ut. Av intervjuerna framgår att det förekommer fler händelser/avvikelse än vad som i praktiken registreras i avvikelshanteringssystemet. Således ger inte antalet registrerade avvikelser i Synergi en korrekt bild vad gäller förekomst av avvikelser på Västmanlands sjukhus.

2.3.2. Bedömning

Är rutiner och riktlinjer implementerade i verksamheten?

Vi bedömer att kontrollmålet *delvis* är uppfyllt.

Vi bedömer att det finns tillräckliga rutiner och riktlinjer inom patientsäkerhetsområdet. Av granskningen framgår att en del verksamheter har brutit ner rutinerna lokalt på avdelningsnivå. Det upplevs vara svårt att hitta rutinerna i ledningssystemet.

Av de mätningar som genomförs inom patientsäkerhetsområdet framgår att det finns brister. Av detta kan vi dra slutsatsen att rutiner och riktlinjer inte är fullt ut implemente-

rade i verksamheten. Exempelvis används inte avvikelshanteringssystemet Synergi enligt de anvisningar som är framtagna.

2.4. System och metoder för att mäta

2.4.1. Iakttagelser

Årligen medverkar Region Västmanland i ett antal nationella punktprevalensmätningar (PPM) som SKL samordnar i syfte för att följa patientsäkerhetsarbetet både lokalt och nationellt. Västmanland sjukhus initierar egna mätningar utöver de nationella mätningarna, dock kan det skilja det sig från verksamhet till verksamhet beroende på behovet. Av intervjuer med företrädare från Enheten för smittskydd och vårdhygien framhålls att mätresultaten är behäftade med viss osäkerhet och har sitt värde främst som instrument för lokalt förbättringsarbete i verksamheten.

Trycksår

Varje år genomförs fyra mätningar av trycksår inom Västmanlands sjukhus, varav en är nationell mätning. Utöver detta genomför Medicinkliniken och Kirurgkliniken (avd 8) extra mätningar månadsvis.

Region Västmanland följer de instruktioner och anvisningar för mätning som är nationellt framtagna. Mätningarna är att betrakta som en "självskattning" och görs av personal på samma avdelning. Av intervjuerna framgår att bedömningarna av trycksårets karaktär kan skilja från person till person. Mätningarna kan genomföras av olika individer vid de olika mätningstillfällena, vilket innebär att det inte finns någon kontinuitet och leder till att resultatet och bedömningarna kan bli olika från gång till gång.

Vårdrelaterad infektion

Region Västmanland följer de instruktioner och anvisningar för mätning som är nationellt framtagna. Mätningarna är att betrakta som en "självskattning" och PPM genomförs av en sjuksköterska och en ansvarig läkare. Mätningen genomförs under en valfri dag på varje avdelning under en angiven tidsperiod och omfattar samtliga patienter som är inskrivna aktuell dag. Det är den läkare som tjänstgör den dag som mätningen genomförs, vilket i praktiken innebär att det är olika personer vid varje mätningstillfälle.

"Infektionsverktyget", kopplat till journalsystemet, är ett nationellt IT-stöd för att dokumentera, lagra och återkoppla information om VRI. Verktyget ska fungera som stöd i arbetet för att förebygga VRI, och genom att förbättra följsamheten till behandlingsrekommendationerna bidra till en minskad användning av bredspektrumantibiotika. Av våra intervjuer framgår att verktyget har använts i verksamheterna för att ge en överblick över VRI läge och antibiotikabehandlingar. Sedan april 2017 är dock Infektionsverktyget stängt för inmatning pga att det är inkompatibelt med den senaste uppgraderingen av journalsystemet. Det finns förhoppningar om att verktyget skall kunna öppnas igen under år 2018 efter att detta och andra problem åtgärdats.

Basala hygienrutiner och klädregler (BHK)

Det finns åtminstone ett hygienombud på varje avdelning/mottagning där deras uppdrag är att bistå enhetschefen/motsvarande i dennes uppgift att se till att samtliga medarbetare följer BHK. Det är hygienombuden som, utifrån nationellt framtagna instruktioner och riktlinjer, genomför PPM avseende BHK genom observationsstudie under en angiven tid.

Av intervjuerna framgår det att det är avdelningens egna hygienombud som granskar sina kollegor på avdelningen, vilket är att betrakta som en självgranskning. För att ge en rättvisande bild menar många att det krävs fler mätningar med regelbundna uppföljningar.

Utlokalisering

Antal utlokaliserade patienter rapporteras månatligen inom Västmanland sjukhus utifrån en given instruktion. Då det råder vårdplatsbrist arbetar Västmanlands sjukhus i första hand med överbeläggningar i syfte för att minska förekomst av vårdskador som kan inträffa i samband med utlokalisering. Utlokalisering av patient sker då inget annat alternativ är möjligt.

2.4.2. Bedömning

Finns det tillförlitliga system och metoder för att möta förekomst av vårdskador?

Vi bedömer att kontrollmålet *delvis* är uppfyllt.

Region Västmanland följer de nationella anvisningar som finns vad gäller punktprevalensmätningar inom patientsäkerhetsområdet. Det finns en del brister och betänkligheter vad gäller mätmetoden. Punktprevalensmätningar avser en specifik dag eller specifikt tillfälle vilket för att tillfälliga eller slumpmässiga skillnader kan få stor inverkan på resultaten. Resultaten måste därför tolkas med försiktighet.

Mätningarna är idag organiserade i form av självgranskning, dvs det är medarbetare på avdelning som granskar och rapporterar om brister vad gäller kollegor och egen verksamhet. Region Västmanland följer i nuläget den nationella mätmetod som är anvisad. För att undvika risk för en jävsituation kan man överväga annan organisation av arbetet. Enligt vår bedömning behövs en utveckling på detta område.

2.5. Analyser och åtgärder

2.5.1. Iakttagelser

Resultaten från de nationella mätningarna analyseras centralt, och bryts sedan ned på verksamhetsnivå. Resultatet ska ägas av verksamheten som också tar fram åtgärdsplaner med stöd av det centrala patientsäkerhetsteamet. Av intervjuerna framgår att det upplevs vara svårt att hinna med analys och åtgärdsarbetet. Patientsäkerhetsteamerna uppges i varierande utsträckning ha tid och förutsättningar för att genomföra sitt uppdrag. Det uppges vara önskvärt att få mer stöd i form av vägledning, få ta del av goda exempel som finns i regionen, skapa förutsättningar i form av enhetlighet av arbetssätt som i sin tur kan implementeras regionövergripande. Det framhålls också i intervjuer att själva mätningen tar tid och kraft från arbetet med att åtgärda bristerna i verksamheten. Det uppges pågå ett strukturerat patientsäkerhetsarbete som dock inte återspeglas i resultaten.

Riskbedömning av patient är centralt för att förebygga att vårdskador inträffar. Av intervjuer framgår att verksamheterna i begränsad utsträckning använder kvalitetsregistret Senior alert för ändamålet. Riskbedömningar på individnivå sker istället i journaltabell. Ett större fokus har lagts på att upprätta en vårdplan för patienten. Av intervjuer framgår att i arbetet med riskbedömning enligt Senior alert fokuserades det för mycket på check-listan och själva registreringen i kvalitetsregistret och mindre på patienten och de åtgärder som identifierades. Det uppges vara en utmaning att genomföra riskbedömning bero-

ende på vårdplatsituationen och företrädare från Kirurgkliniken framhåller att riskbedömningar på individnivå är ett förbättringsområde.

Det genomförs inte bara riskbedömningar på individnivå. Inför sommaren tas de viktigaste rutinerna och riktlinjerna fram och görs tillgängliga för alla. Patienterna involveras genom att de tar del av ett informationsmaterial, ”Din säkerhet på sjukhuset”, vid ankomst till vårdavdelning.

Trycksår

Åtgärder för att minska förekomsten av trycksår har vidtagits på olika nivåer. En handlingsplan för trycksår har tagits fram och reviderats. År 2018 har utnämnts till ”Trycksårspreventionens år” av Västmanlands sjukhus. En åtgärd som kommer att genomföras under år 2018 är att ombudsorganisationen kommer att stärkas och att ombuden ges utbildning inom förbättringskunskap. En utvecklingsledare inom Lärcentrum har fortsatt arbetat med utbildningar, ordnat nätverksträffar för trycksår- och förflyttningsombud samt fungerat som coach ute på enheterna och stimulerat till förbättringsarbete. Ett sårcentrum har inrättats på Västmanlands sjukhus. Sårcentrum är ett samarbete mellan sex kliniker där läkare, sjuksköterskor och undersköterskor arbetar i team. Sårcentrum är också ett kompetenscentrum för sår dit andra verksamheter kan vända sig för rådgivning och utbildning. Det pågår också ett arbete med att upprätta dokument som beskriver lägsta utrustningsnivå på en vårdavdelning gällande vilka hjälpmedel som ska finnas. Fortsatt satsning på madrassinköp har inneburit att nästan 100 % av sjukhussängarna nu har trycksårspåbyggande madrasser.

Trycksårsmätningen och avvikelser i Synergi följs upp och analyseras på central nivå och på verksamhetsnivå. Detta för att ha ett riktat förbättringsarbete i syfte att minska antal vårdskador hänförligt till trycksår. Baserad på intervjuerna görs det på central nivå men det varierar på verksamhetsnivå, vilket till stora delar beror på arbetsbelastningen ute i vården.

När en patient skrivs in på avdelningen görs en hudbedömning samt riskbedömning av patienten som regel inom 24 timmar. Av intervjuer framgår att detta behöver genomföras betydligt tidigare och inom 8 timmar. Syftet med detta är att redan i ett tidigt skede identifiera trycksår för att minimera risken för förekomst av vårdskada genom att sätta in rätt åtgärder i rätt tidpunkt. Iakttagelser som har identifierats med hjälp av intervjuerna är att det brister vad gäller dokumentationen av både riskbedömningen och åtgärder.

Av intervjuerna framgår att vid hög beläggning behöver vårdpersonalen prioritera hårdare och dessvärre försvinner då fokus på trycksår. Avvikelser av trycksår rapporteras sporadiskt i regionens avvikelssystem, Synergi, det innebär att det finns ett bortfall och antalet avvikelser gällande trycksår blir då inte rättvisande.

Trycksårsombuden har en betydande roll i verksamheten för att arbeta förebyggande med trycksår. Det finns nätverk där trycksårsombuden träffas 4 gånger per år. Ett flertal verksamheter inom Västmanlands sjukhus har infört ”Gröna Korset”¹⁵ för att uppmärksamma trycksår och dela erfarenhet och kunskap med varandra. Av intervjuerna framhålls av

¹⁵ Gröna korset är en enkel visuell metod för medarbetare i sjukvården att dagligen identifiera risker och vårdskador i realtid. Metoden skapar ett underlag för riktat systematiskt förbättringsarbete som ökar patientsäkerheten samt stärker patient-säkerhetskulturen.

flera att förekomsten av trycksår speglar kvaliteten på omsorgen. Det uppges också finnas en koppling mellan förekomst av trycksår och bemanningsproblem och hög omsättning på vård- och omsorgspersonal. Färre vårdplatser och ett högt tryck på verksamheten medför också att basal omvårdnad påverkas.

Av intervjuerna framhålls att verksamheten är bra på att identifiera riskpatienten och relativt bra på att ge åtgärdsförslag, men sämre på att utföra åtgärderna och att följa upp. Det behövs ett tvärprofessionellt team och trycksår är ett område som traditionellt sett inte har så hög status. Trycksår är ett kunskapsområde där vården kan bli bättre på att föreslå åtgärder.

Av granskningen framgår att det finns goda exempel på Västmanlands sjukhus. Medicinkliniken framhålls som ett gott exempel. För att nå goda resultat krävs ett lokalt engagemang från ledning. På medicinkliniken Västerås uppmanas läkarna att lyfta frågan kring trycksår i samband med rond.

Vårdrelaterad infektion

Analysarbete avseende VRI från mätningar och avvikelser från Synergi sker på en centralnivå. Som tidigare angetts har Region Västmanland haft en positiv utveckling kring VRI. Detta uppges bero på god ledning och styrning samt ett bra arbete och god samverkan med vårdhygien och smittskydd.

Av intervjuer framhålls att när smittutbrott uppträder testas hur det praktiska smittskyddsarbetet fungerar operativt. Vid flera utbrott under senare år har smittan kunnat begränsas på sjukhuset. Bland annat inträffade ett utbrott av VRE¹⁶ under vintern 17/18 som begränsades till 16 patienter. Andra sjukhus i Sverige fick betydligt större spridning.

Under år 2017 genomfördes *Hygiensatsning 2017*. Detta var en satsning på vårdhygien, där regionen arbetade riktat med att förbättra vårdhygien och förändra kulturen för att integrerat som en del av personalens vardag. Satsningen genomfördes genom workshops där det varje månad inom hälso- och sjukvården har fokuserats på ett specifikt vårdhygieniskt tema.

Det framkom vid intervjuerna med verksamhetsföreträdarna att det görs inga direkta insatser kring VRI på verksamhetsnivå förutom ett aktivt arbete med basala hygienrutiner och klädregler för att undvika smittspridning. Det framhölls att hygienrutiner sviktar vid hög belastning. Av intervjuer framkom också att det kan vara problematiskt att diskutera VRI sammantaget utan att beröra de olika vårdrelaterade infektioner som det avser. Dessa infektioner räknas likvärdigt i PPM men får olika konsekvenser för såväl den enskilde patienten som vården i stort.

Basala hygienrutiner och klädregler

Vid varje verksamhet finns hygienombud vars uppgift är att bistå enhetschefen/motsvarande i dennes uppgift att se till att personalen på avdelningen följer basala hygienrutiner samt klädregler. Utöver det genomförs hygienronder i syfte att stärka arbetet inom verksamheten och för att identifiera faktorer som kan öka risken för en VRI.

¹⁶ Resistent tarmbakterier

Baserad på informationen från intervjuerna och resultaten från mätningar framgår det att Västmanland sjukhus har ett antal brister som de måste arbeta vidare med, därav bland annat sprita händerna både före och efter patientbesök och bättre städrutiner i stort.

Av intervjuerna framgår att detta är ett område som kräver kontinuerligt arbete. Avgörande för att nå uppsatta mål uppges vara frågor som patientsäkerhetskulturen i verksamheten, kompetensförsörjning och vårdplatsituationen.

Av intervjuerna med Smittskydd och vårdhygien framgår att om resultatet vid PPM för BHK är lägre än 80 procent bör verksamheten upprätta en handlingsplan. Detta sker inte.

Utlokalisering av patienter

På Västmanlands sjukhus finns det en så kallad Fördelningsgrupp som sammankallas när en överbeläggningssituation uppstår enligt instruktion och har i uppdrag att samordna vid överbeläggning eller utlokalisering. Syfte med gruppen är att fördela de befintliga vårdplatserna på ett sätt som sätter vården och patientsäkerhet i fokus.

Under år 2017 utökades antalet vårdplatser på Västmanlands sjukhus vilket innebar att antalet överbeläggningar och utlokaliserade patienter minskade något.

Det framkom under intervjuerna att vården är hårt pressad vilket medför tidsbrist hos personalen för att hinna med samtliga patienter samt att en del patienter skickas hem för tidigt för att kunna frigöra fler antal vårdplatser till de mest akuta. Risken för vårdskada uppges vara stor vid hög beläggning. Av intervjuerna framgår att de patienter som blir utlokaliserade bör vara medicinskt färdigbehandlade och i väntan på utskrivning från sjukhuset. Det förekommer dock att utlokaliserade patienter hamnar på fel vårdavdelning redan vid inskrivning. Av intervjuerna framgår också att arbetet med de utlokaliserade patienterna har förbättrats. Tidigare fanns det risk att de inte omfattades av rond. Det pågår ett arbete med att se över organisationen gällande vårdplatskoordinatorernas organisation. Syftet med förändringsarbetet är att färre patienter hamnar fel från början. Det sker ingen särskild mätning av förekomst av vårdskador hos utlokaliserade patienter.

2.5.2. Bedömning

Vilka analyser har genomförts gällande vårdskador och vilka åtgärder har formulerats?

Vi bedömer att analys av förekomst av vårdskador *till övervägande del* har genomförts.

Analys har genomförts på övergripande nivå vilken återfinns i patientsäkerhetsberättelsen. Det finns också en analys vad gäller punktprevalensmätningar på Västmanlands sjukhus. Det som saknas är en tillräcklig analys på verksamhets- och avdelningsnivå. I den kliniska vardagen tillsätts inte tillräckligt med tid och resurser för att arbeta praktiskt med förbättringar.

Av granskningen framgår att en rad olika åtgärder inom Region Västmanland har vidtagits för att minska antalet vårdskador. Det bedrivs ett omfattande arbete med att öka medvetenheten om vikten av patientsäkerhetsarbete.

Vidtas tillräckliga åtgärder för att minska antalet vårdskador?

Vi bedömer att kontrollmålet *ej är uppfyllt* och att tillräckliga åtgärder *inte* har vidtagits för att minska antalet vårdskador.

Av Program Patientsäkerhet framgår att det finns en nollvision för undvikbara skador. Till grund för vår bedömning ligger det faktum att det finns brister såväl i omvårdnadsarbetet med trycksårspatienter som brister i efterlevnad av basala hygien- och klädrutiner, vilket visar att Regionstyrelsen inte har säkerställt arbetssätt som följer nationella riktlinjer. De punktprevalensmätningar som genomförs visar att resultaten från Region Västmanland är sämre än riksnivå och fortfarande långt ifrån målvärdet som är angivet i patientsäkerhetsprogrammet. Vi bedömer att det förebyggande arbetet kan utvecklas vad gäller riskbedömningar på individnivå. Det finns en ambition om att riskbedömning bör ske inom 8 timmar. Riskbedömningar sker idag på olika sätt och vid olika tidpunkt.

När det gäller hanteringen av smittspridning visade utbrottet av VRE under hösten 2017 att det har funnits en god beredskap. Vad däremot gäller VRI-förekomsten har den ökat under våren 2018.

När det gäller utlokaliserade patienter sker ett arbete för att i möjligaste mån handlägga patienten inom sin specialitet, trots att detta kan medföra en överbeläggning. Av vår granskning framgår dock att det förekommer att utlokaliserade patienter hamnar på fel vårdavdelning redan vid inskrivning.

2018-06-12

Tobias Bjöörn

Uppdragsledare

Jean Odgaard

Projektledare

3. ***Bilaga 1: Förteckning intervjuer och granskade dokument***

Följande funktioner blev intervjuade inom ramen för granskningen:

- Hälso- och sjukvårdsdirektör
- Enheten för smittskydd och vårdhygien; smittskyddsläkare, överläkare vårdhygien och hygiensjuksköterska
- Det centrala patientsäkerhetsteamet; Chefläkare, Chefsjuksköterska och chef för det centrala patientsäkerhetsteamet
- Västmanlands sjukhusledning; Planering och utvecklingschef, Medicinsk stabschef och Sjukhusdirektör
- Verksamhetschef och enhetschefer samt lokalt patientsäkerhetsteam (*läkare och övrig vårdpersonal*) på Kvinnokliniken
- Verksamhetschef och enhetschefer samt lokalt patientsäkerhetsteam (*läkare, vårdutvecklare och övrig vårdpersonal*) på Medicinkliniken Västerås
- Verksamhetschef och enhetschefer samt lokalt patientsäkerhetsteam (*läkare och sjuksköterska*) på Kirurgkliniken
- Enhetschefer på Medicinkliniken Köping

Förteckning över granskad dokumentation.

- Patientsäkerhetsberättelse för Region Västmanland, 2017
- Program Patientsäkerhet 2017-2020
- Regionplan och budget 2018-2020
- PPM trycksår, Västmanland sjukhus (Powerpoint) och Medicinkliniken
- PPM VRI, Västmanland sjukhus (Powerpoint)
- PPM VRI 2016-2017
- Verksamhetsplan 2018, Västmanlands sjukhus
- Verksamhetsplan 2018, Västmanlands sjukhus Köping
- Verksamhetsplan 2018, Kirurg-, Medicin- och Kvinnokliniken
- Uppdragsbeskrivningar Patientsäkerhetsteam
- Instruktioner för avvikelshantering
- Instruktion mätning basala hygienrutiner
- Instruktion överbeläggning
- Plan vid extraordinär vårdplatsbrist
- Stöd till personal, anhörig, patient vid allvarlig vårdskada
- Trycksårsprevention
- Handläggning och utredning av vårdskador
- Uppdragsbeskrivning VRI-MRB gruppen, Region Västmanland
- Åtgärdsplan samt kommunikationsplan vid vårdrelaterade smittutbrott,

Bilaga 2: VRI - Framgångsfaktorer som förebygger

SKL har tillsammans med 16 landsting och regioner genomfört en studie publicerad år 2016 i syfte att identifiera de faktorer som hänger samman med en lägre förekomst av vårdrelaterade infektioner. Resultatet av studien presenteras i form av åtta framgångsfaktorer som är baserade på en fördjupad analys av data från mätningar samt ett hundratal intervjuer. De åtta framgångsfaktorerna sammanfattas i tabellen nedan:

Tabell: Sammanfattning av framgångsfaktorer för att minska förekomsten av vårdrelaterade infektioner.

| Del av Organisationen | Framgångsfaktor | Beskrivning | Vid landsting och sjukhus med lägre förekomst av VRI beskrivs: |
|-----------------------|--|--|--|
| Alla nivåer | Vårdrelaterade infektioner ses som oacceptabla | I hela organisationen – från profession till högsta landstingsledning – finns en utbredd kultur där VRI ses som något oacceptabelt som kan och ska undvikas. Medarbetarna ser en tydlig koppling mellan sitt eget agerande och risken för spridning av smitta och uppkomsten av vårdrelaterade infektioner | >> Utbrett engagemang och ansvarskänsla för att förebygga VRI >> Uppmärksamhet kring betydelsen av proaktivt arbete med VRI |
| Mikro Professionen | Hygienriktlinjer ses som självklara | Rutiner och riktlinjer för förebyggande av VRI ses som självklara av samtliga, och kulturen tillåter och uppmuntrar konstruktiva påminnelser. | >> Följsamhet till rutiner för att minska infektionsrisk ses som en viktig del i allas arbete >> Öppenhet och acceptans för att påminna varandra om rutiner och uppmärksamma eventuella avsteg |
| | Riskbedömningar ger proaktivt arbetssätt | Utöver att följa etablerade hygienrutiner identifierar vårdpersonalen även situationer med hög risk för infektion och anpassar åtgärder och planering för att minimera infektionsrisker. | >> Personalen identifierar risksituationer och tar initiativ för att minska infektionsriskerna |
| Meso Operativ ledning | Goda lokalmässiga förutsättningar skapas | De lokalmässiga förutsättningarna bidrar till en minskad risk för smittspridning och infektion. | >> Ett medvetet arbete under en längre tid med att skapa goda lokalmässiga förutsättningar för att förebygga VRI, exempelvis en stor andel enkelrum med tillhörande toaletter, minskad mängd textilier, "spritbara" möbler eller instrument som bara används till en patient |
| | Konsekvent budskap och regelbunden återkoppling | Medarbetarna nås regelbundet av ett tydligt och konsekvent budskap där vikten av att förebygga VRI betonas samt en regelbunden återkoppling av resultat. | >> Konsekvent budskap kring vikten av att förebygga VRI >> God utbildning, kompetensutveckling och lättillgänglig information >> Strukturerad återkoppling av resultaten från mätningarna av VRI |

| | | | |
|---------------------------------------|--|--|--|
| | | | samt basala hygienrutiner och klädregler, kopplat till tydliga krav på förbättring |
| | Städning ses som en viktig del | Ledningen ser städning som en strategiskt viktig och prioriterad del i arbetet med att förebygga VRI, och detta reflekteras i städningens utformning och frekvens. | >> Frekvent kvalificerad städning >> God utbildning i hygien och smittspridning för lokalvårdare |
| Makro Landsledning och stödfunktioner | Vårdhygien och verksamheter samarbetar lätt | Ett nära och aktivt samarbete finns mellan verksamheterna och en Vårdhygien som är närvarande, känner ägarskap för resultat, och har fokus på genomförbarhet. | >> Vårdhygien upplevs som närvarande av verksamheterna och skapar praktiskt tillämpbara lösningar >> Vårdhygien har hög status och finns representerad i nätverk och forum som arbetar med prevention av VRI samt på ledningsnivå |
| | Fokuserad ledning som agerar via adekvata kanaler | Den högsta ledningen agerar aktivt via adekvata kanaler för att minska förekomsten av VRI | >> Engagerat och långvarigt fokus från högsta ledning, med god insyn i frågorna, samt återkoppling av resultat kopplat till tydliga krav på förbättring >> Strukturer som bidrar till att föra ut ledningens fokus på VRI till verksamheterna inklusive involvering av Vårdhygien |

Källa: Vårdrelaterade infektioner – Framgångsfaktorer som förebygger, SKL