



# Patientsäkerhetsberättelse för Landstinget Västmanland

År 2014



2015-02-14

Margareta Ehnebom

Chefläkare

Landstinget Västmanland

---



---

## Innehållsförteckning

Sammanfattning	4
Övergripande mål och strategier	11
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	14
Struktur för uppföljning/utvärdering	20
Uppföljning genom egenkontroll	26
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	33
Samverkan för att förebygga vårdskador	41
Riskanalys	45
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	47
Hantering av klagomål och synpunkter	49
Sammanställning och analys	49
Samverkan med patienter och närstående	58
Resultat	59
Övergripande mål och strategier för kommande år	69
Bilagor	72

---

## Sammanfattning

Säker vård handlar till viss del om enskilda individers kunskaper och handlande men framför allt om organisationens och systemets förmåga att bygga in säkerhet i rutiner, processer och strukturer. Med säkrare system och god säkerhetskultur förbättras personalens förutsättningar att göra rätt i vårdarbetet.

- **De viktigaste åtgärderna som vidtagits för att öka patientsäkerheten**

*Landstingets patientsäkerhetsorganisation* har sedan 2014 egen budget samt har förstärkts med fler analysledare som organisatoriskt numera tillhör det centrala<sup>1</sup> patientsäkerhetsteamet. Företrädare från teamet ingår i hälso- och sjukvårdsgruppen.<sup>2</sup>

Landstingets linjeorganisation avseende patientsäkerhet har förtydligats avseende förvaltningsnivån samt att programansvarig för det författningsstyrda sakområdet patientsäkerhet finns utsedd.

Utvecklingsinsatsen med att komplettera *landstingets ledningssystem* med en processtruktur, är nu avslutad. Inom projektet som hanterade författningsstyrda sakområden, såsom patientsäkerhet, identifierades 39 huvudprocesser som kvalitetssäkrats och publicerats i ledningssystemet. Processerna är nu överlämnade till utsedda processägare som tillsammans med processledare har ansvaret att bedriva fortsatt förbättringsarbete i processerna.

Det centrala patientsäkerhetsteamet har fortsatt sitt *systematiska patientsäkerhetsarbete* att stödja enheterna genom patientsäkerhetsdialoger, uppföljning av avvikelser och återkoppling av händelseanalyser samt utbildning för verksamhetschefer i patientsäkerhet.

Alla avvikelserapporter granskas på övergripande nivå av chefläkare. Syftet är att visa på stöd och engagemang från högsta ledningen samt att få en god bild av det som händer i verksamheterna och även att hitta eventuella allvarigare avvikelser, som ej uppmärksammas, där åtgärder behöver vidtas .

Ett avtal har upprättats med Västerås Stad för att samverka i händelse- och riskanalyser för att *säkerställa patientsäkerheten i vårdens övergångar*. Övriga kommuner har följt efter i arbetssättet.

Exempel på andra nya angreppssätt för att stärka patientsäkerheten är fortsatt implementeringen av SBAR<sup>3</sup> som fallit mycket väl ut, där utbildningen sker ute i verksamheterna. Kommunikation enligt SBAR har också kopplats till kontroll av vitala parametrar enligt MEWS<sup>4</sup>, ett enkelt poängsystem som mä-

---

<sup>1</sup> I det centrala patientsäkerhetsteamet ingår fyra chefläkare, en chefsjuksköterska, administrativ resurs och en systemförvaltare för Landstingets avvikelssystem Synergi.

<sup>2</sup> Hälso- och sjukvårdsgruppen leds av hälso- och sjukvårdsdirektören för ledning av Landstingsövergripande hälso- och sjukvårdsfrågor

<sup>3</sup> Att kunna kommunicera på ett säkert sätt är en grundläggande förutsättning för en säker vård. Verket SBAR ger struktur åt dialogen i vården.

<sup>4</sup> MEWS modified early warning score

---

ter några av patientens fysiologiska parametrar. Ytterligare exempel är införandet av informationskort att överlämnas till patienten vid besöket för att tydliggöra vad som överenskommits.

Under 2014 har en fortsatt satsning gjorts på att utbilda *fler instruktörer i förflyttningskunskap*. Målet med utbildningen är att uppnå en god och säker förflyttning både för patient och personal. Målet är också att omvårdnaden underlättas samt att förhindra uppkomst av trycksår och fallskador. Viktigt arbete är även trycksårsombud som en del av framtagna handlingsplan mot trycksår.

Det centrala patientsäkerhetsteamet stöder ekonomiskt *utvecklingsarbeten* i patientsäkerhet i verksamheten och har 2014 beviljat stöd till 21 utvecklingsprojekt. Flera arbeten handlar om förebyggande insatser för att förhindra fall. Andra arbeten avser förbättrad kommunikation enligt SBAR, att arbeta för säkrare läkemedelshantering, ökad samverkan i vårdkedjan samt att öka patientens delaktighet i vården.

Vidare har extra medel beviljats för att starta upp ett Landstingsövergripande suicidpreventionsprojekt som syftar till att utarbeta en handlingsplan för att minska självmord och självmordsförsök.

*Risikanalyser* av hyrläkare har stor bäring i det förbättringsarbete som har pågått under året inom Landstinget för att minska riskerna med personal från bemanningsföretag. Åtgärderna omfattar tydligare upphandling, centraliserat avrop samt förbättrade rutiner avseende introduktion och uppföljning.

Landstinget Västmanland har instiftat en utmärkelse för systematiskt patientsäkerhetsarbete – ”Säkerhetsnålen” som skall delas ut en gång årligen. För att sprida aktuell information gällande patientsäkerhetsfrågor kommer ett ”Nyhetsbrev” att ges ut 4 gånger per år av det centrala patientsäkerhetsteamet. Det första numret gavs ut i december 2014. (Bilaga 4.)

- **Hur patientsäkerheten har följts upp genom egenkontroll**

Patientsäkerheten har följts upp genom jämförelser av verksamhetens resultat med uppgifter i nationella kvalitetsregister, i öppna jämförelser och genom nationella mätningar av vårdrelaterade infektioner och basala kläd- och hygienrutiner samt trycksår. Breddinförande av infektionsverktyget<sup>5</sup> har genomförts inom samtliga slutenvårdsavdelningar och specialistmottagningar på Västmanlands sjukhus.

Markörbaserad journalgranskning har införts på en övergripande nivå och påbörjats på klinisknivå som komplement till en mer systematisk analys av avvikelserapporterna.

Ett viktigt led i att tydliggöra patientsäkerhetsarbetet är den enkätundersökning för att mäta *patientsäkerhetskulturen* som genomfördes i samtliga verksamheter 2011. Det är en enkätundersökning om personalens attityder och

---

<sup>5</sup> Infektionsverktyget är ett verktyg att identifiera vårdrelaterade infektioner samt att minska antibiotika

---

förhållningssätt till patientsäkerheten i sin verksamhet som följts upp med en ny mätning 2014.

- **Hur risker för vårdskador identifierats och hanterats**

Patienternas säkerhet har högsta prioritet, och landstinget arbetar på flera sätt för att minska vårdskador. Som exempel på prioriterade områden kan nämnas:

- Vårdrelaterade infektioner
- Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler
- Fallskador
- Trycksår
- Minimering av läkemedelsfel i vårdens övergångar
- Suicidprevention

Landstingets avvikelserapporteringsystem är grunden för att identifiera risker för vårdskador men övergripande riskanalyser görs även vid större förändringar i verksamheten såsom vid införandet av slutenvårdens elektroniska journal Cosmic i primärvården samt inför upphandling av Primärvårdsakut.

Den markörbaserade journalgranskningen och infektionsverktyget kommer att bli bra komplement till att identifiera risker i vården. Analys av vårdrelaterade infektioner 2014 utifrån den sammanställning som genomförts är av värde.

- **Hur hälso- och sjukvårdspersonalen bidragit till ökad patientsäkerhet genom att rapportera risker, tillbud och negativa händelser**

Det finns ett starkt engagemang i Landstinget Västmanland och en öppenhet att rapportera risker, tillbud och negativa händelser. Avvikelseapporterings-systemet Synergi har också öppnat för en enkelhet att hjälpa till mellan kliniker att se förbättringsområden. Totalt har 8 799 rapporter skrivits under året.

Viktiga upptäckter är risker i ordinationsverktyget Pascal, som identifierats av personalen, vilka därvid kunnat åtgärdas. Andra exempel på personalens engagemang är larm om brister i den samordnade vårdplaneringen efter hem-sjukvårdsväxlingen. Den systematiska analysen av avvikelserapporterna har identifierat fallrisker och suicidförsök.

Ett annat konkret exempel är de risker som uppmärksammats i primärvård och psykiatri genom hyrläkarsystemet där en riskanalys genomförts för att kunna vidtaga åtgärder. Inom ramen för detta arbete pågår även parallellt en översyn av kompetensförsörjningen och hur familjeläkare och specialistläkare kan hjälpas åt för en säker vård. Ytterligare exempel är personalens rapportering av risker med överbeläggningar och utlokaliserade patienter som föranlett riskanalysen om resursbristens konsekvenser.

Att rapportera felhändelser och att ge förslag på förbättringar är väl inarbetat i Landstinget Västmanland men även att lära sig av det som går bra kan stärka patientsäkerheten. En vårdcentral har utvecklat rapport av ”*positiv händelse*” och implementerat detta arbetssätt inom hela den offentliga primärvården.

---

- **Hur patienter och närståendes synpunkter och klagomål som har betydelse för patientsäkerheten har hanterats**

Information finns på Landstingets Webb-sida om kontakt med vården vid synpunkter och klagomål. Primärvården mäter regelbundet i sin kundenkät om patienterna vet vart de skall vända sig med synpunkter.

Både verksamheterna och patientnämnden för in klagomål i avvikelserapporteringssystemet Synergi där de handläggs med klassificering, orsakssamband och vidtagna åtgärder för att förhindra ett upprepanande. Patientnämnden kontaktar chefläkarna direkt vid allvarligare klagomål.

För de enskilda ärenden som kommer via IVO<sup>6</sup> är Chefläkarna länken till verksamheterna och som följer upp att avvikelser skrivs in i Synergi samt att en internutredning startas och den enskilde får ett skriftligt svar om händelsen.

- **Hur patienter och närstående involveras i patientsäkerhetsarbetet**

Patienter och närståendes förslag och synpunkter tas tillvara i verksamheterna genom de förbättringsförslag som ges fortlöpande och även mer strukturerat genom kundenkäter. Patientnämnden är också en viktig ingång i patienternas medverkan i patientsäkerhetsarbetet. I lexMaria<sup>7</sup> ärenden har alltid verksamhetschefen kontakt samt att patient/närståendes erfarenhet tas tillvara vid händelseanalyser.

För att patienter och närstående lättare skall kunna lämna förslag till förbättringar finns nu en *direktingång till Landstingets avvikelserapporteringssystem Synergi*. 107 ärenden har tagits omhand med förslag på förbättrat bemötande.

Den *nationella patientenkäten* är ett viktigt instrument att fånga upp upplevelser i vården. Vi ser dock behov av att utveckla patientens medverkan i vården.

Under år 2014 har därför inriktningen varit att mer involvera patienter och närstående i patientsäkerhetsarbetet. Exempel på detta är att vi på patientsäkerhetsronderna haft frågor om patientsäkerhetsarbetet; hur både patient och närstående görs delaktiga i patientsäkerhetsarbetet. Primärvården delar ut socialstyrelsens "Min guide till säker vård" i samband med läkemedelsgenomgångarna och slutenvården har infört läkemedelsberättelse.

Reumatologen har ett väl utvecklat samarbete inom patientsäkerhetsområdet med patientföreträdare samt inom psykiatrin finns en tradition av brukarråd. Flera vårdcentraler har inbjudit till *focusgrupp* med sina patienter och träffas fyra gånger per år om patientsäkerhets & förbättringsfrågor.

---

<sup>6</sup> IVO – Inspektionen för Vård och Omsorg.

<sup>7</sup> LexMaria – skyldighet för vårdgivaren att anmäla till Inspektionen för Vård och Omsorg, IVO, om en patient i samband med vård, behandling eller undersökning inom hälso- och sjukvården drabbas av eller utsatts för risk att drabbas av en allvarlig vårdskada.

---

För att underlätta arbetet med läkemedelsgenomgång och också göra patienten mer delaktig har IT-stödet *senior-miniQ* kopplats till mina vårdkontakter. Beslutstödet *miniQ* finns integrerat till elektronisk journal *Cosmic*. Landstinget Västmanland har påbörjat arbetet att införa "*min journal på nätet*" för att ge patienten möjlighet att hålla sig informerad om sin vård.

På *Patientsäkerhetens dag* bjöds allmänheten in till dialog om en mer patientsäker vård med föreläsningar och information om förbättringsarbeten.

- **De viktigaste resultaten som uppnåtts**

- ***Säkerställd struktur samt ledningssystem för patientsäkerhet***

Viktiga steg i ett förbättrat patientsäkerhetsarbete har uppnåtts genom en etablerad *struktur* med centralt patientsäkerhetsteam förstärkt med analysledare och de lokala patientsäkerhetsteamerna ute i verksamheterna. Primärvården har även ett resultatövergripande team som arbetar systematiskt med förbättringsåtgärder utifrån erfarenheter av lex Maria-ärenden. En tydlig *process* med ett fungerande avvikelserapporteringssystem, årliga patientsäkerhetsdialoger i verksamheten samt händelseanalyser vid risk för eller inträffad allvarlig vårdskada finns implementerat.

- ***Fortsatt låg frekvens vårdrelaterade infektioner***

De uppsatta *resultat*-målen har nåtts gällande låg frekvens av vårdrelaterade infektioner och minskad antibiotikaanvändning, landstingets medverkan i kvalitetsregister har ökat och genomsyrar verksamheten genom införandet av Senior Alert. Målet om minskat antal fallskador och trycksår för äldre vid vård på sjukhus har dock ej helt kunnat infrias. Införande av läkemedelsberättelser och läkemedelsgenomgångar både inom slutenvård som primärvård är på god väg. Flera landstingsövergripande processer har kunnat slutföras och implementeras för en säkrare vård.

- ***Förbättrade rutiner vid remissförfarande***

Införandet av gemensam elektronisk journal *Cosmic* har förbättrat rutiner vid remissförfarande. Att primärvården och sjukhusvården har gemensamt journalsystem underlättar vid överförandet av information samt för säker läkemedelsanvändning.

- ***En förbättrad patientsäkerhetskultur***

Arbetet att förbättra patientsäkerhetskulturen, som skall kännetecknas av ett förebyggande arbetsätt och en naturlig patientmedverkan, visar på flera positiva resultat i den nya nationella mätningen 2014 jämfört med mätningen 2011.

- ***8:e nationella patientsäkerhetskonferensen***

Västmanlands fina resultat att vidmakthålla en låg frekvens av vårdrelaterade infektioner uppmärksammades vid den åttonde nationella patientsäkerhetskonferensen 2014. Landstingets medarbetare deltog även i två seminarier; dels från vårdhygien om städrutiner, dels från det centrala patientsäkerhetsteamet om händelseanalys över vårdgivargräns.

- ***Patientsäkerhetsöverenskommelsen***



---

Patientsäkerhetslagen<sup>8</sup> har inneburit fokus på patientsäker vård. Staten och Sveriges kommuner och Landsting (SKL) har genom en överenskommelse<sup>9</sup> enats om en prestationsbaserad ersättning för patientsäkerhetsarbetet i landstingen. Överenskommelsen syftar till att genom ekonomiska incitament och med patientens behov i centrum, uppmuntra, stärka och intensifiera patientsäkerhetsarbetet i Landstingen.

Utgångspunkten för satsningen är att:

- Minska antalet vårdskador<sup>10</sup>, en nollvision för undvikbara skador.
- En patientsäkerhetskultur som kännetecknas av patientens delaktighet och medverkan samt ett förebyggande arbetssätt.

*Landstinget Västmanland klarade samtliga fem grundkrav och sex indikatorer i Patientsäkerhetsöverenskommelsen 2014 vilket gav ett tillskott om 19 miljoner från staten till det fortsatta patientsäkerhetsarbetet i Landstinget Västmanland. Grundkraven omfattade; patientsäkerhetsberättelse, nationell patientenkät, mätning av patientsäkerhetskultur, markörbaserad journalgranskning och nationell patientöversikt (NPÖ). Indikatorerna som gav prestationsersättning om uppfyllda grundkrav innehöll; basala kläd- och hygienregler, minskad antibiotikaanvändning, säker läkemedelsanvändning, förebyggande av trycksår, kontroll på överbeläggningar samt införande och validering av data i infektionsverktyget.*

Genom ett systematiskt arbete för att minska antalet vårdskador kan kvaliteten i vården förbättras, resurser frigöras och tillgängligheten öka. Målet är att det arbete som bedrivs inom ramen för denna överenskommelse ska bli en integrerad del i landstingens ordinarie verksamhet. Patientsäkerhetsöverenskommelsen är avslutad och pågick mellan åren 2010-2014.

Landstinget Västmanland har integrerat sitt patientsäkerhetsarbete i ordinarie verksamhet och medel finns avsatta i budgeten för en fortsatt patientsäkerhets-satsning. Patientsäkerhet är ett prioriterat område i Landstinget Västmanland.

Då andra områden för överenskommelse med staten tangerar patientsäkerhetsområdet har en grupp bildats under ledning av hälso- och sjukvårdsdirektören med ansvarig kontaktperson för samtliga överenskommelser.

*Landstinget Västmanlands arbete med att förbättra patientsäkerheten har tagit stora steg framåt. I den jämförelse som Sveriges kommuner och landsting, SKL, gör är Västmanland enda landsting som tagit två kliv uppåt i rankingen mellan 2012 och 2013. SKL:s bedömning grundas på tre delar; besök i respektive landsting, upprättad patientsäkerhetsberättelse samt den nationella mätningen av vårdrelaterade infektionen, basala hygien- och klädregler samt antibiotikaanvändning.*

---

<sup>8</sup> Den 1 januari 2011 infördes en ny patientsäkerhetslag. Syftet är att göra vården säkrare och att det ska bli enklare för patienter att anmäla felbehandling. SFS-nr: 2010:659.

<sup>9</sup> I överenskommelsen fastställs grundläggande krav och indikatorer för prestationsersättning.

<sup>10</sup> En vårdskada är en skada som uppkommer till följd av vårdinsatserna eller bristen på sådana, när de borde ha gjorts mot bakgrund av patientens vårdbehov (SOSFS 2005:12).

---

Landstinget Västmanland har nu nått nivå 4 av den femgradiga skalan som innebär att vi arbetar långsiktigt och med systematik i tillämpning av angreppssätt på många områden. Mål och strategier finns kopplat till resultat och angreppssätt. Några resultat redovisas utifrån en fördjupad analys. Landstingens resultat har i vissa delar koppling till tillämpning av redovisade angreppssätt.

Tillskottet om 19 miljoner satsas på ett fortsatt starkt patientsäkerhetsarbete år 2015 som bl.a kommer att omfatta fortsatta satsningar på markörbaserad journalgranskning, använda infektionsverktyget i det systematiska förbättringsarbetet för att minska vårdrelaterade infektioner och onödig antibiotikaanvändning, förstärkt organisation i arbetet att minska trycksår, fall och undernäring, kompetenshöjande och nätverksbyggande satsningar för avvikellesamordnare, fortsatt utbildning i SBAR, en resursförstärkning i det suicidpreventiva arbetet samt att stimulera till lokala projektarbeten i linje med det övergripande patientsäkerhetsarbetet. *Allt med mål att nå den högsta nivån för patientsäkerhetsarbetet enligt SKL:s bedömning, nivå 5.*

*Patientsäkerhetsdagen* kommer att genomföras för tredje året i rad den 15/4 i Köping och 16/4 i Västerås 2015. Upplägget är på samma sätt som tidigare år för personal och allmänhet för att visa på gjorda goda insatser inom patientsäkerhetsområdet samt att stimulera till ett fortsatt patientsäkerhetsarbete. Nytt för år 2015 är att dagen genomförs på två orter med förhoppning om att fler i länet ska kunna delta.

Denna dag/ar har nu blivit en tradition i Landstinget Västmanland.

- **Tillsammans gör vi vården säkrare**



---

## Övergripande mål och strategier

### *Övergripande mål*

Landstinget Västmanland arbetar målmedvetet för att öka patientsäkerheten och successivt utveckla en säkerhetskultur, som kännetecknas av hög riskmedvetenhet och ett aktivt riskreducerande arbetssätt. Arbetet betonar systemsyn i stället för individsyn och strävar efter en lärande organisation, där rapportering av avvikelser ses som en naturlig del av förbättringsarbetet och en nödvändighet för ett framgångsrikt insättande av förebyggande åtgärder.

*Landstinget Västmanlands övergripande mål är i enlighet med de nationella:*

- Minska antalet vårdskador<sup>11</sup>, en nollvision för undvikbara skador.
- En patientsäkerhetskultur som kännetecknas av patientens delaktighet och medverkan samt ett förebyggande arbetssätt.

*Landstingsplanen* är landstingets främsta politiska styrdokument och formulerar vision, inriktning och övergripande mål för den verksamhet landstinget ansvarar för och finansierar. Hög patientsäkerhet är en förutsättning både för god vård och god ekonomi. Den som uppsöker hälso- och sjukvården i Västmanland ska känna sig trygg i att vården är säker och av god kvalitet.

*Landstinget har en nollvision vad gäller patientsäkerheten. Ingen patient ska skadas i vården. Patienter och medborgare förväntar sig att hälso- och sjukvården ska vara trygg och säker.*

*Landstinget har också en intention att leva upp till nationellt formulerade kvalitetskrav.*

De senaste åren har det skett stora framsteg i Landstinget Västmanland när det gäller patientsäkerhet. Vi arbetar vidare för en stärkt kunskapsstyrning och evidensbaserad vård genom att stödja verksamheternas anpassning till de nationella riktlinjerna. Detta är ett omfattande arbete men också ett stöd för att säkra kvaliteten i vården.

***En säker och kostnadseffektiv verksamhet av god kvalitet***  
*Med en säker och kostnadseffektiv verksamhet av god kvalitet menar vi en verksamhet som är baserad på aktuell kunskap och evidens, som är jämlik, som inriktas på det som är värdeskapande för patienten och som genomsyras av säkerhetstänkande och smidiga flöden - på att arbeta med rätt saker på rätt sätt. Detta förutsätter systematiskt kvalitets- och säkerhetstänkande såväl som ansvarstagande för en hållbar utveckling och miljö.*

---

<sup>11</sup> Med vårdskada menas lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid en patients kontakt med hälso- och sjukvården

Patientsäkerhet är ett område som landstinget kommer att fokusera särskilt på under planperioden. Att upprätthålla och förbättra den goda patientsäkerhet landstinget Västmanland uppnått är en grundpelare för att kunna ge god vård. Utmaningen nu är att inte tappa farten utan tvärtom öka och intensivfiera insatserna för att komma ännu längre.

<b>Nolltolerans mot undvikbara skador i vården</b>		
<b>MÅL</b>	<b>MÅLVÄRDE</b>	<b>STRATEGIER</b>
Inga patienter ska skadas eller avlida till följd av felbehandlingar i vården.	Antalet fallskador bland inskrivna patienter >70 år ska minska med 10% mellan år 2014-2016.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Geriatrisk riskprofilbedömning genomförs på alla inlagda patienter &gt;75 år.</li> <li>✓ Fortsatt deltagande i nationella kvalitetsregistret Senior Alert.</li> </ul>
Inga patienter ska drabbas av undvikbara vårdrelaterade infektioner i samband med vård och behandling	Vårdrelaterade infektioner (VRI) i samband med vård och behandling ska vara < 5% under planperioden 2014-2016.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Punktprevalensmätningar för att identifiera VRI och uppmärksamma</li> <li>✓ Vårdpersonalen på basala kläd- och hygienåtgärder.</li> </ul>
Begränsa utbredning av multiresistenta bakterier. (MRB)	Antal utskrivna antibiotikarecept per 1000 invånare och år skall minska varje år mellan 2014-2016.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Informationsinsatser från Läke-medelskommittén och Strama riktade mot förskrivare och allmänhet för att minska användning av antibiotika.</li> </ul>
<b>Att leva upp till nationellt formulerade kvalitetskrav</b>		
<b>MÅL</b>	<b>MÅLVÄRDE</b>	<b>STRATEGIER</b>
Medicinsk kvalitet som står sig väl i nationell jämförelse	Minst 65% av indikatorerna i öppna jämförelser ska vara i paritetet med eller bättre än riksgenomsnittet	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Medel avsätts för att stödja en anpassning till nationella riktlinjer.</li> </ul>

### ***Strategier***

- **Landstinget har en nollvision vad gäller undvikbara vårdskador.**
- Ett framgångsrikt patientsäkerhetsarbete fordrar både kontinuitet och uthållighet.
- Att synliggöra goda exempel är viktigt.
- Att mäta och följa upp resultaten är en av huvudstrategierna för att inte tappa fokus.
- Samverkan är ett nyckelord vad gäller patientsäkerhet och har bäring inom flera områden.
  - Det handlar om sam-    verkan mellan

---

dens olika nivåer och utförare samt att höja både kvalitet och säkerhet i remissystemet. Det måste råda nolltolerans för fel i remisshantering för att varken patient eller information ska kunna falla mellan stolarna.

- Det handlar om att samverka mellan kommun och landsting och ha fokus på patienten, liksom att ha dennes delaktighet i utskrivningsförfarandet. I de fall där det är aktuellt måste landstinget ha kommunernas medverkan. Här är arbetet med en sammanhållen digital patientjournal viktigt.
- Patientens delaktighet är av största vikt för att uppnå högre patientsäkerhet och god kvalitet i hälso- och sjukvården.
  - Patienter måste ges ökade möjligheter att medverka i den egna vården.
- Geriatrisk riskprofil och läkemedelsgenomgångar ökar kunskapen om patienten och ger förutsättningar för rätt vårdinsatser på rätt nivå.
  - Obligatoriska läkemedelsgenomgångar hos äldre patienter är en framgångsrik väg att minska såväl övermedicinering som felmedicinering.
  - Riskbedömning av patienter inom primärvården utvecklas, genom införandet av verktyget miniQ<sup>12</sup>.
  - I det nya primärvårdsprogrammet ställs också krav att de mest sjuka äldre ska uppmärksammas särskilt och att multisjuka /riskpatienter identifieras och tydligt markeras i journalen.

Landstinget arbetar målmedvetet för att öka patientsäkerheten och successivt utveckla en säkerhetskultur med hög riskmedvetenhet och aktiv riskreduktion. Det allmänna säkerhetsarbetet ska upprätthålla en säker och trygg miljö för såväl medarbetare som patienter. Patientsäkerhetsarbetet skall bedrivas systematiskt.

### ***Sammanställning av samtliga detaljerade mål***

- Vårdrelaterade infektioner (VRI) ska vara < 5% under 2014-2016
- Antalet trycksador i samband med vård och behandling ska minska
- Antalet fallskador bland inskrivna patienter > 70 år ska minska med 10% till år 2016
- Andelen läkemedelsberättelser vid utskrivning från sjukhus skall 2015 vara minst 20%
- Antalet läkemedelsfel i vården ska minska
- Antalet läkemedelsgenomgångar skall öka
- Antal utskrivna antibiotikarecept ska minska för varje år
- För varje patient ska det finnas en samordning som garanterar att patientens vård och behandling ges utifrån en helhetssyn
- Andelen riskbedömda patienter >70 år ska vara > 65% (Senior Alert)
- Andelen riskpatienter > 70 år med minst en åtgärd ska vara > 80%

### ***Focusområden***

#### ***Medborgare/Patient***

- Patient & närståendes delaktighet
- Säker läkemedelsanvändning

---

<sup>12</sup> MiniQ är ett verktyg/beslutsstöd vid läkemedelsgenomgång för att undvika över- eller felmedicinering.

- 
- Suicidprevention
  - Vårdrelaterade infektioner VRI
  - Trycksårsprevention
  - Fallprevention
  - Psykiatrisk tvångsvård

#### *Process/Produktion*

- Ledningsutveckling i patientsäkerhet
- Patientsäkerhetsdialog
- Risk & Händelseanalys
- Markörbaserad Journalgranskning MJG
- Infektionsverktyget
- Kvalitetsregister – Senior Alert och Palliativregistret
- Säkra rutiner i gemensam elektronisk journal Cosmic
- Säker informationsöverföring i vårdens övergångar

#### *Medarbetare*

- Stärkt Patientsäkerhetskultur
- Strukturerad kommunikation enligt SBAR
- Utbildning i patientsäkerhet
- Synergi – Avvikelseberättande

***Certifiering mot ISO-standarden för kvalite och patientsäkerhet är också planerat under planperioden 2013-2015.***

#### ***Mål Patientsäkerhetskultur 2014-2016***

- Att högsta ledningens stöd till patientsäkerhetsarbete ska öka  
index 2011 (28), 2014 (39)
- Att minska arbetsbelastningen  
index 2011 (44), 2014 (43)
- Att skapa en förbättrad lärandeorganisation  
index 2011 (54), 2014 (56)

## **Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet**

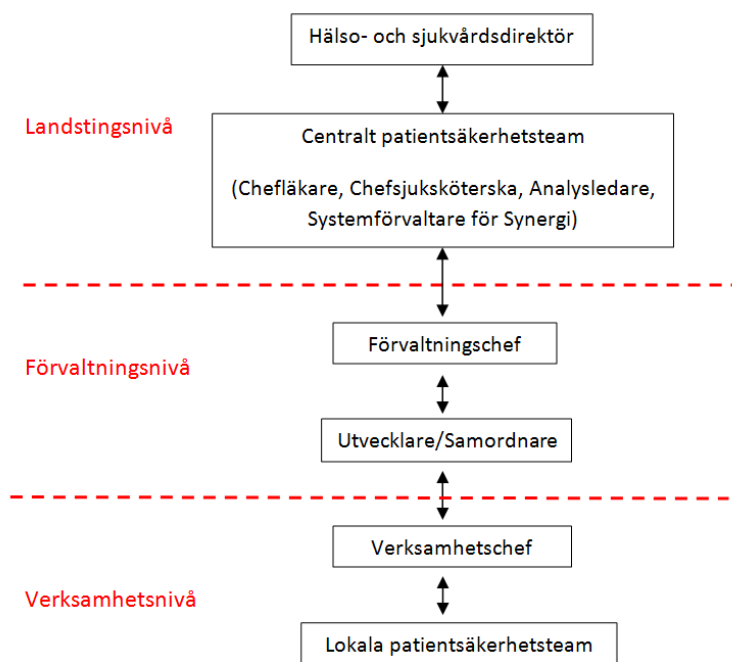
Landstingets organisation för patientsäkerhetsarbetet finns beskrivet i Landstingets *nya ledningssystem* och omfattar flera olika styrdokument.

Det centrala patientsäkerhetsteamet är underställt hälso- och sjukvårdsdirektören som biträder landstingsdirektören i planering och ledning av patientsäkerhetsarbetet.

Varje verksamhetschef har det yttersta ansvaret att säkra att verksamheten bedrivs på ett patientsäkert sätt och att samtliga medarbetare följer de av vårdgivaren utarbetade instruktionerna omfattande patientsäkerhetsarbetet.

## **Patientsäkerhetsorganisation**

## PATIENTSÄKERHETSORGANISATION



### **Landstingsnivå**

#### Centralt patientsäkerhetsteamet

Chefläkare motsvarande 2,0 tjänst samt en chefsjuksköterska säkrar och följer upp vårdgivarens ansvar för patientsäkerheten i landstinget samt stödjer verksamhetscheferna i ett förebyggande systematiskt patientsäkerhetsarbete.

Landstingets patientnära verksamheter är uppdelade på fyra chefläkare utifrån olika specialiteter.

*Chefläkare* ansvarar för att handlägga lex Maria ärenden i myndighetskontakt med IVO. Chefläkare tar del av och fördelar ”Enskilda ärenden” till respektive verksamhet. Chefläkare tar kontakt med central samordnare för analysledarna gällande fördelning av analysärenden. Chefläkare kan initiera riskanalyser.

*Chefsjuksköterska* medverkar i landstingsövergripande mål, strategier och uppföljning av patientsäkerheten. Chefsjuksköterskan medverkar i övergripande analys och åtgärdsförslag av patientsäkerheten samt initierar erforderliga åtgärder på landstingsövergripande nivå samt deltar i genomförande av dessa.

*Förvaltare av avvikelssystemet Synergi* ansvarar för verksamhetsnära förvaltning av Synergi samt ansvarar för att kvalitetssäkra data, utveckling, utbildning och stöd till verksamheterna. I teamet ingår administrativt stöd som även biträder i arbetet med Synergi.

*Analysledarna* är fem till antalet varav en arbetar heltid och har en samordnande funktion, övriga fyra arbetar 50 % (motsvarar 3.0 tjänst).

---

Analysledarna har ett ansvar att leda risk- och händelseanalysarbetet på uppdrag av chefläkare och/eller verksamhetschef, samt ge utbildning i risk- och händelseanalys inom landstinget. Vidare ingår systematisk uppföljning av gjorda analyser, planerade åtgärder samt återföring av ny kunskap till verksamheterna.

### Smittskydd, Strama och Vårdhygien

*Smittskydd* i Västmanland är en länsövergripande myndighet, som planerar, organiserar och leder smittskyddsarbetet. Verksamheten syftar till att förebygga och minska risker för spridning av smittsamma sjukdomar till och mellan människor. Arbetet sker genom övervakning, smittspårning, förebyggande arbete, information, utbildning mm.

*Strama* är en nätverksorganisation som bildades 1995 och som verkar för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens. Strama består av lokala grupper på landstingsnivå samt Stramarådet, som sedan den 1 juli 2010 är ett rådgivande organ med uppgift att bistå Smittskyddsinstitutet.

*Vårdhygien* tillhör sedan 2011 enheten för smittskydd och vårdhygien och understödjer säkrandet av optimal kvalitet i vården genom att som rådgivande expertinstans i vårdhygieniska frågor aktivt bidraga till att förebygga uppkomst och spridning av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaresistens.

### Läkemedelskommittén

Landstinget Västmanlands läkemedelskommitté är expertorgan i övergripande läkemedelsfrågor med uppgift är att verka för en behovsbaserad, medicinskt ändamålsenlig och kostnadseffektiv läkemedelsanvändning, samt att i övrigt främja användningen av rationella behandlingsmetoder i hälso- och sjukvården. Information kring läkemedel både till förskrivare och patienter är ett viktigt verksamhetsområde. Verksamheten regleras i Lag om läkemedelskommittéer (1996:1157).

### Patientnämnden

Patientnämnden är en fristående, opartisk instans för problemlösning och arbetar för att patientens rättigheter och synpunkter skall tas till vara. Verksamheten regleras i Lag om patientnämndeverksamhet (1998:1656). Patienter, anhöriga och personal som vill rådgöra om eller har synpunkter på vård och omsorg kan vända sig till Patientnämnden som verkar för goda kontakter mellan patient och personer inom hälso- och sjukvården. Patientnämndens organisationstillhörighet är från 2015 Centrum för Hälso- och sjukvårdsutveckling vilket innebär att de är underställda hälso- och sjukvårdsdirektören och har samma organisationstillhörighet som det Centrala Patientsäkerhetsteamet.

## ***Förvaltningsnivå***

### Förvaltningschef

Förvaltningschefen ansvarar för att säkerställa aktiviteter i förvaltningsplanen så att målen i landstingsplanen för patientsäkerhetsarbetet uppnås samt ska säkerställa att nödvändiga resurser avsätts till patientsäkerhetsarbete.



---

Förvaltningschefen följer upp sina verksamheters patientsäkerhetsarbete i delårs- respektive helårsbokslut.

#### Utvecklare/Samordnare

Ansvarar för att bedriva och utveckla ett systematiskt patientsäkerhetsarbete på förvaltningsnivå. Ansvarar för att initiera mätningar (VRI, BHK, trycksår), regelbundna uppföljningar av resultat från mätningarna. Initierar och medverkar i utbildningsinsatser inom patientsäkerhetsområdet. Arbetar med lednings-systemets olika delar på förvaltningsnivå samt uppföljning av avvikelser

### **Verksamhetsnivå**

#### Verksamhetschef

Verksamhetschefen ansvarar för att ta fram, dokumentera och fastställa instruktioner för hur patientsäkerhetsarbetet kontinuerligt ska bedrivas för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten.

- att regelbundet sammanställa och analysera samtliga avvikelser för ett systematiskt patientsäkerhetsarbete.
- att initiera riskanalys.
- att tillsammans med avdelningschef/motsvarande ansvara för att samtliga medarbetare på den egna enheten känner till instruktionen för risk- och händelseanalysarbete och vet hur man arbetar utifrån den.
- att till chefläkare rapportera händelser som medfört allvarlig vårdskada eller risk för sådan samt i samråd med denne besluta om händelseanalys ska utföras.
- att till chefläkare överlämna internutredning.
- att resultatet av risk- och händelseanalys återrapporteras till enheten/ verksamheten, samt ge uppdrag till avvikelssamordnare att dokumentera beslutade åtgärder i avvikelserapporten i Synergi.
- att följa upp de vidtagna åtgärdernas effekt.

#### Lokala patientsäkerhetsteam

Patientsäkerhetsteamet verkar på uppdrag av verksamhetschef. Teamet är en strategisk resurs för verksamhetsledningen att bevaka och driva patientsäkerhetsfrågor. Teamet ska minst bestå av en läkare med specialistkompetens och en sjuksköterska eller annan legitimerad medarbetare samt verksamhetens avvikelssamordnare.

#### Avvikelsesamordnare

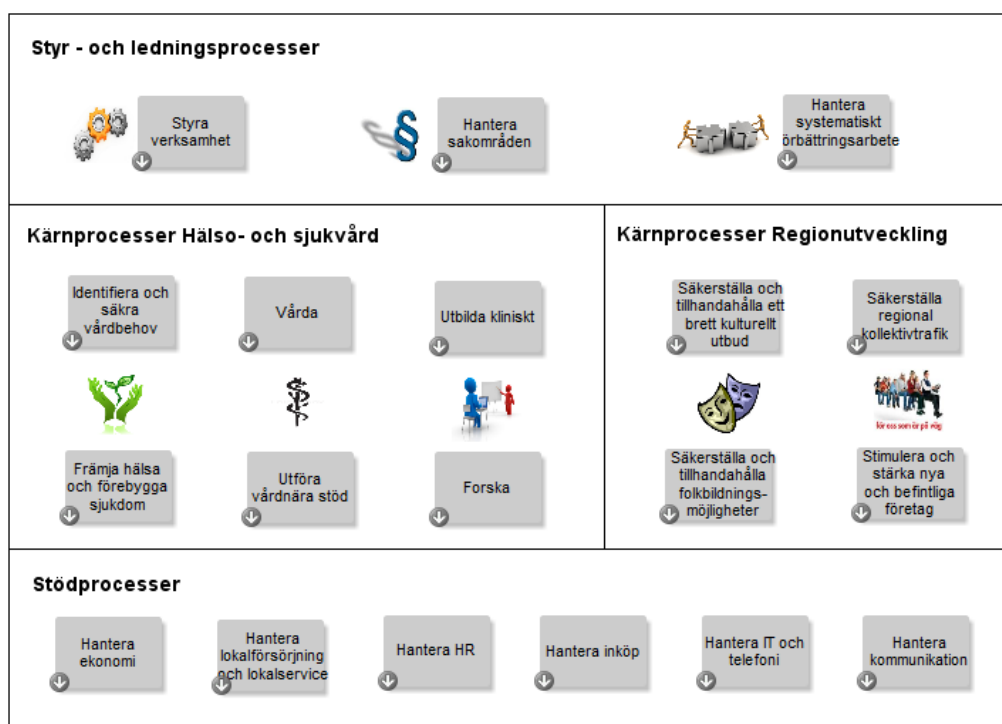
Verksamhetschef utser avvikelssamordnare för att på uppdrag ansvara för att göra en första sortering av inkomna ärenden, klassificera, ev. sekretesskydda ärende, begära övertagande av ansvar (även till annan verksamhet/enhet) samt dokumentera beslutade åtgärder. Fortlöpande ge information/återföring till verksamheten. Deltar i det lokala patientsäkerhetsteamet.

#### Hälso- och sjukvårdspersonal

Hälso- och sjukvårdspersonal har lagstadgad skyldighet att bidra till att en hög patientsäkerhet upprätthålls. Personalen ska i detta syfte rapportera till vårdgivaren om händelser och risker i verksamheten. Vidare ingår att medverka vid framtagande, utprovning och vidareutveckling av rutiner och metoder, riskhantering och avvikelshantering samt uppföljning av mål och resultat.

### **Nytt Ledningssystem**

Landstinget Västmanland bygger upp sitt nya ledningssystem utifrån Socialstyrelsens författningssamling Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2009:11) och Europastandarden EN 15224:2012 (gäller som svensk standard). Kraven i denna standard baseras på EN ISO 9001:2008 kompletterad med tolkningar och specifikationer för hälso- och sjukvård.



Instruktioner i det nya ledningssystemet är uppdaterade inom samtliga verksamheter och det gamla ledningssystemet har släckts ned. Ett nyhetsbrev ges ut för att uppmärksamma medarbetarna på viktiga nyheter.

Arbete pågår med att tillgängliggöra ledningssystemet för de privata vårdgivarna och så att medarbetarna inom landstinget kommer åt dokumenten via externa hemsidan. Detta arbete är nu integrerat med hopslagningen av laboratoriemedicins ledningssystem och det ledningssystem som finns för övriga kliniker. Förhoppningsvis är detta klart under våren 2015.

---

### ***Processorganisation till stöd för säker vård***

Att säkra patientens väg inom hälso- och sjukvården är av största betydelse. Huvudsyftet med att identifiera sjukvårdens kliniska processer är att stärka patientsäkerheten. Processerna har kartlagts för att säkra kvaliteten. I arbetet med identifieringen och kartläggning av processerna har många olika specialister deltagit till stöd för projektet. Ett 100 tal processer har identifierats. Ett fåtal av dessa har kartlagts på detaljerad nivå. För samtliga identifierade processer har processägare utsetts.

Ett stort område som omedelbart fått stöd genom den etablerade processtrukturen är cancerområdet, där identifieringen och utvecklingen av standardiserade vårdförlopp påbörjades i slutet av år 2014.

### ***Processer och Instruktioner i ledningssystemet för patientsäkerhet***

Samtliga instruktioner avseende patientsäkerhet omfattar alla verksamheter inom landstinget. Instruktionerna fastställs/godkänns av hälso- och sjukvårdsdirekören.

Utvecklingsinsatsen med att komplettera landstingets ledningssystem med en processtruktur, är nu avslutad. Inom projektet som hanterade författningsstyrda sakområden, såsom patientsäkerhet, identifierades och kartlades initialt 65 huvudprocesser med tillhörande delprocesser. Det fortsatta projektarbetet bedrevs med ambitionen att samordna arbetssätt mellan sakområdena vilket resulterade i att det till slut blev 39 huvudprocesser som kvalitetssäkrades och publicerades i ledningssystemet. Processerna är nu överlämnade till utsedda processägare som tillsammans med processledare har ansvaret att bedriva fortsatt förbättringsarbete i processerna.

Ledningens genomgång kommer att genomföras för första gången på koncernledningens möte den 21 maj.

### ***Instruktioner***

- *Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet; 6199-1*
- *Anmälan av leg hälso- och sjukvårdspersonal som utgör en risk för patientsäkerheten; 4313-1*
- *Avvikelsehantering; 4302-1*
  - *Schema för rapportering av avvikelser då medicinsk-teknisk utrustning är inblandad; 6730-1*
- *Handläggning av Lex Maria ärenden; 4312-1*
  - *Mall för internutredning vid Lex Maria; 6016-1*
- *Händelseanalys för patientsäkerhet; 4295-1*
- *Risikanalys för patientsäkerhet; 4297-1*
- *Läkemedelsberättelse/Utskrivningsinformation; 4299-1*
- *Patientnämndsärende – handläggning; 4013-2*
- *Stöd för patient, anhörig och personal vid inträffad vårdskada; 24439-1*
- *Handlingsplan för Patientsäkerhet 22241-1*

---

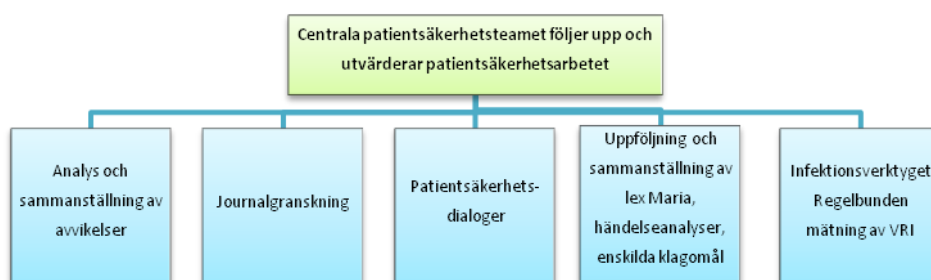
## Struktur för uppföljning/utvärdering

Beslutade åtgärder för ökad patientsäkerhet följs upp i linjen inom ramen för delårs- och årsboksluten. Verksamhetschefen rapporterar till sin resultatområdeschef som rapporterar vidare till förvaltningschefen som i sin tur rapporterar direkt till landstingsdirektören.

De kortsiktiga målen har följts upp på detta sätt i respektive förvaltning både avseende måluppfyllelse och vidtagna åtgärder för att nå de uppsatta målen. Programansvarig för patientsäkerhet har där ett särskilt ansvar att stödja och styra respektive förvaltning mot uppsatta mål.

Rutiner för högsta ledningens totala genomgång av patientsäkerhetsarbetet är utarbetade och kommer att hållas för första gången i maj 2015.

### *Det Centrala Patientsäkerhetsteamets ansvar för uppföljning/utvärdering*



Det centrala patientsäkerhetsteamet sammanträder i sin helhet en gång per månad. Chefläkargruppen sammanträder tillsammans med chefsjuksköterska, synergiförvaltare, samordnande analysledare samt administrativ assistent, en gång per vecka för att följa upp och analysera olika patientsäkerhetsfrågor. Analysledargruppen sammanträder likaså en gång per vecka då uppdrag förde-las och arbetet planeras.

Olika ansvarsområden finns fördelade per person för det övergripande patient-säkerhetsarbetet samt kopplade områden i samverkan.

Inom ramen för Patientsäkerhets-satsningen<sup>13</sup> finns även ansvariga utsedda att följa upp att arbetet följer intentionerna i de olika statliga satsningarna. Då andra områden för överenskommelse med staten tangerar patientsäkerhetsom-rådet har en grupp bildats under ledning av hälso- och sjukvårdsdirektören med ansvarig kontaktperson för samtliga överenskommelser.

---

<sup>13</sup> Överenskommelse mellan Staten och Sveriges Kommuner och Landsting om förbättrad patientsäkerhet

---

För att få en bättre kontroll över totalantalet vårdskador, antalet patienter som drabbats av undvikbara skador i vården sammanställs på en övergripande nivå:

- LexMaria-ärenden
- Patientrelaterade allvarliga händelser rapporterade i Synergi
- Markörbaserad journalgranskning
- Vårdrelaterade infektioner identifierade genom regelbunden mätning
- Trycksår, fall och undernäring

### ***Avvikelseberapportering i Synergi och Lex Maria***

Samtliga ärenden i avvikelseberapporteringssystemet sammanställs av förvaltaren för Synergi i en Årsrapport varje år. För att säkert identifiera alla allvarliga vårdskador som skall lex Maria-anmälas går en av chefläkarna, sedan hösten 2012, igenom samtliga patientrelaterade händelser och rapporterade risker varje vecka för den vecka som ligger fyra veckor tillbaka i tiden. En utvidgad analys genomförs av ansvarig chefläkare inom respektive område för kirurgiska specialiteter, medicinska, primärvård samt psykiatri som i sin tur kontaktar respektive verksamhetschef för en internutredning om inte sådan redan påbörjats.

Granskningen av samtliga avvikelser av chefläkare och den fortlöpande sammanställning som görs varje vecka innebär att mönster kan ses och rapporteras till hälso- och sjukvårdsdirektören som kan besluta om förbättringsarbeten. I enskilda ärenden kan även chefläkaren fatta beslut om åtgärder.

Årsrapporten för Synergi presenteras för Hälso- och sjukvårdsgruppen under våren för att förbättringar skall kunna initieras.

### ***Markörbaserad journalgranskning***

Västmanlands sjukhus startade med markörbaserad journalgranskning 2012 och arbetet har utvecklats under 2013-2014. Syftet med att granska journaler är att identifiera och mäta skador i vården, följa nivån på skador över tid.

Landstinget Västmanlands resultat rapporteras till den nationella databasen och omfattar föreskrivet antal journaler. Sveriges Kommuner och Landstings studie gällande markörbaserad journalgranskning omfattade 29 860 granskade slutenvårdstillfällen från perioden 2013-14. SKL beräknar att 9,1 procent av patienterna fick vårdskador (undvikbara skador).

Resultatet sammanställs av chefsjuksköterskan och presenteras för landstingsledningen vid hälso- och sjukvårdsgruppens möte för åtgärder till förbättringar

### ***Markörbaserad journalgranskning för barnsjukvården***

---

Under hösten 2014 kom handboken för markörbaserad journalgranskning ut samt erbjudan om utbildningstillfälle i markörbaserad journalgranskning under våren 2015.

#### *Markörbaserad journalgranskning för psykiatrisk vård.*

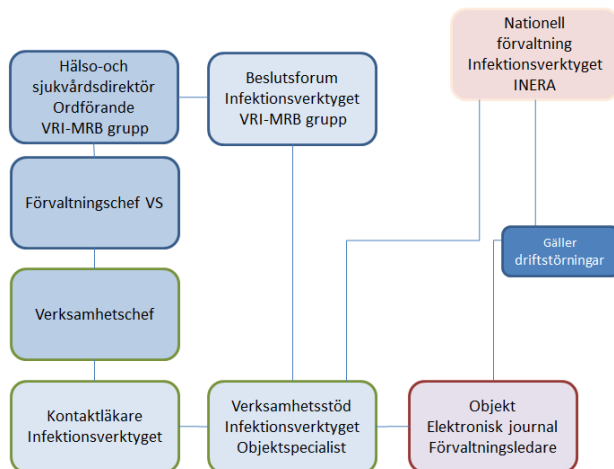
En av chefläkarna har deltagit i SKLs projektarbete med utvecklingen av markörbaserad journalgranskning för psykiatrisk vård. I årsskiftet 2014-2015 kom handboken ut och erbjudan om utbildningstillfälle i markörbaserad journalgranskning under våren 2015.

Journalgranskare inom barnsjukvård och psykiatrisk vård planeras utbildas under våren 2015 samt att starta ett granskningsarbete inom dessa verksamheter under 2015.

### **Infektionsverktyget**

Infektionsverktyget är ett nationellt IT stöd för att kontinuerligt registrera vårdrelaterade infektioner, riskfaktorer för VRI och antibiotikaordinationer kopplat till ordinationsorsak. Breddinförande av infektionsverktyget skedde i mitten av oktober 2013 på Västmanlands sjukhus.

### **Förvaltningsorganisation**



Beslutsforum för infektionsverktyget är VRI-MRB gruppen där hälso- och sjukvårdsdirektören är ordförande. I VRI-MRB gruppen sitter representanter från vårdhygien, STRAMA, patientsäkerhet, förvaltning Västmanlands sjukhus (VS) och Psykiatri, primärvård och Habiliteringscentrum (PPHV) samt kommunikation. Gruppen träffas en gång i månaden.

På varje klinik finns en kontaktläkare för infektionsverktyget utsedd av verksamhetschefen. Kontaktläkaren har som ansvar uppföljning av Infektionsverktyget på klinisknivå avseende vårdrelaterade infektioner, riskfaktorer samt antibiotikaföreskrivning. Kontaktläkaren deltar också i valideringsarbetet.

Chefsjuksköterska inom patientsäkerhet samt hygiensjuksköterska inom vårdhygien fungerar som verksamhetsstöd till kontaktläkarna, de samverkar

---

så med förvaltningsledare för elektronisk journal. Verksamhetsstöd för infektionsverket, hygienläkare och stramaläkare stödjer kontaktläkarna med att validera data i verket. De har under 2014 anordnat nätverksträffar för kontaktläkarna.

### ***Uppföljning genom Patientsäkerhetsronder***

Den centrala patientsäkerhetsenheten har ansvar för uppföljning av patientsäkerhetsarbetet genom patientsäkerhetsronder som vi nu kallar patientsäkerhetsdialog. Dialogen genomförs inom samtliga verksamheter en gång årligen enligt utarbetad checklista. Chefläkaren för respektive område besöker verksamheten tillsammans med chefsjuksköterskan och går igenom checklistan med enhetens verksamhetschef och lokala patientsäkerhetsteam under två timmar.

Resultatet från patientsäkerhetsronderna sammanställdes enligt trafikljusmodellen och rapporterades till förvaltningschefer vid dialogmöten på förvaltningsnivån och till landstingsdirektör samt hälso- och sjukvårdsdirektör vid hälso- och sjukvårdsgruppens sammanträde.

De områden som omfattades av sammanställningen 2013 var:

1. Lokalt Patientsäkerhetsteam arbetar på ett systematiskt sätt
2. Patient och närstående görs delaktiga i patientsäkerhetsarbetet
3. Verksamheten arbetar aktivt med läkemedelsfrågor
4. Förbättringsarbeten pågår utifrån Patientsäkerhetskulturmätningen
5. Analys och åtgärd genomförs av inkomna avvikelser

Vid genomförda patientsäkerhetsronder 2014 har de enskilda resultaten 2013 kopplat till övriga enheters resultat även återkopplats på verksamhetsnivå.

#### Checklista patientsäkerhetsdialog 2014

1. Vem/Vilka är verksamhetens avvikelseransvariga?
2. Vilka ingår i verksamhetens patientsäkerhetsteam?
3. Hur arbetar Ni med att säkerställa provsvarshantering?
4. Hur arbetar Ni för att ge patient/närstående möjlighet att delta i patientsäkerhetsarbetet?
5. Hur arbetar Ni för att minska vårdrelaterade infektioner?
6. Hur arbetar Ni med läkemedelsfrågor
7. Hur arbetar Ni med SBAR för en förbättrad kommunikation?
8. Hur utses fast vårdkontakt?
9. Hur säkerställs utskrift av diktat och signering?
10. Redogör för verksamhetens analys av 2013-års avvikelserapportering.
11. Vilka är de prioriterade åtgärdsområdena för förbättringsarbete?
12. Vilka lexMaria och Enskilda klagomålsärenden gällande vårdskada har berört verksamheten det senaste året och vilken effekt har de fått?
13. Ange tre viktiga patientsäkerhetsfrågor som Ni vill att det

---

centrala patientsäkerhetsteamet ska lyfta som förbättringsarbeten inom Landstinget Västmanland.

Verksamheterna får direkt återkoppling efter dialogen genom ett inspektionsmedelande i Synergi inom vilka områden som förbättringar krävs.

De problemområden som enheterna lyft enligt punkt 13 har sammanställts och kommer att rapporteras till hälso- och sjukvårdsgruppen samt att vara ett underlag för kommande riskanalyser och förbättringsarbete.

Exempel på övergripande problem/risker:

✚ *Elektronisk journal Cosmic*

Brister i uppdatering av läkemedelslistan

✚ *Remisshantering*

Lång ledtid från att patienten varit i primärvården tills remiss kommer till specialist

✚ *Samverkan*

Behov av förbättrad kommunikationen mellan landstinget och kommun

✚ *Brist på vårdplatser*

Brist på VPL ger lång väntan på akuten.

Patientsäkerhetsarbetet på verksamhetsnivån kommer att fortsätta att följas upp enligt ovan och rapporteras till högsta ledningen genom dialogmöten tillsammans med förvaltningsledningarna för Västmanlands Sjukhus VS och PPHV Primärvård, Psykiatri och Handikappverksamheten samt på hälso- och sjukvårdsgruppens sammanträden med hälso- och sjukvårdsdirektören.

Vid patientsäkerhetsdialog 2015 kommer handlingsplanen för en förbättrad patientsäkerhetskultur, rutiner för att förebygga trycksår att följas upp samt arbetet att förebygga självmord och självmordsförsök.

### ***Hälso- och sjukvårdsgruppen***

*Hälso- och sjukvårdsgruppen är hälso- och sjukvårdsdirektörens ledningsforum för att styra patientsäkerhetsarbetet. I gruppen ingår förutom en av chefläkarna, samtliga förvaltningschefer, sjukhuschef och vårdvalschef, chef för kompetenscenter för hälsa samt personaldirektör.*

Det centrala patientsäkerhetsteamet deltar även i följande grupper som leds av hälso- och sjukvårdsdirektören för utvärderings och analys av patientsäkerhet.

- *Trycksårsgrupp*

En trycksårsgrupp har bildats under ledning av hälso- och sjukvårdsdirektören. Syftet är att utifrån analys av trycksårsmätningar identifiera enheternas styrkor och svagheter för att kunna uppdatera den övergripande handlingsplanen med mål och lämpliga aktiviteter.



---

- *Central VRI-MRB-grupp*

Gruppen för analys av vårdrelaterade infektion VRI och multiresistenta bakterier MRB leds av hälso- och sjukvårdsdirektören och sammanträder varje månad. (Gruppens arbete beskrivs under smittskydd, strama och vårdhygien nedan.)

- *Analysgrupp*

En analysgrupp finns inrättad i Landstinget att granska Öppna jämförelser och ge förslag på åtgärder att öka bl.a Patientsäkerheten. Analysgruppen leds av hälso- och sjukvårdsdirektören och är också ett medicinskt råd med uppdrag att följa upp implementeringen av nationella riktlinjer samt har mandat att ta beslut om eventuella nya metoder och läkemedel.

- *Regionalt cancerråd för Västmanland – RCC-råd*

Det lokala cancerrådet i Västmanland är kopplat till det regionala och arbetar med att följa upp och analysera vården för de cancersjuka i vilket ingår att ge en patientsäker och jämlik vård. Rådet leds av hälso- och sjukvårdsdirektören.

### ***Smittskydd, Strama och vårdhygien***

- *Smittskydd och vårdhygien*

Inom landstinget finns den s.k. *centrala VRI-MRB-gruppen* under ledning av hälso- och sjukvårdsdirektören. Gruppen består därutöver av chefläkare med ansvar för de medicinska specialiteterna, chefsjuksköterska, smittskyddsläkare, hygienläkare, de båda hygiensjuksköterskorna för sjukhusvården, utvecklare från sjukhusstaben samt kvalitetsstrateg från PPHV-staben och även en kommunikatör.

Förekomsten av multiresistenta bakterier (ESBL, ESBLcarba, MRSA, VRE), smittspridningsutbrott inom den landstingsfinansierade hälso- och sjukvården, utfall av mätningar gällande förekomsten av vårdrelaterade infektioner respektive efterlevnaden till basala hygienrutiner och klädregler tillsammans med nödvändig analys redovisas fortlöpande vid gruppens möten. Då diskuteras behov av förändrade strategier för att åstadkomma förbättringar.

Vid behov lyfter hälso- och sjukvårdsdirektören frågor vidare till landstingsledningen i exempelvis hälso- och sjukvårdsgruppen eller koncernledning där bl.a. förvaltningschefer och landstingsdirektör ingår.

- *Strama*

Utfall och analys av antibiotikaförskrivning och -förbrukning samt de strategiska aktiviteterna redovisas av smittskyddsläkare/ordförande i läkemedelskommittén vid Centrum för hälso- och sjukvårdsutvecklings måndagsmöten och vid VRI-MRB-gruppens möten. Vid behov lyfts också dessa frågor vidare till hälso- och sjukvårdsgruppen, koncernledning och landstingsstyrelse.

---

### ***Äldrevårdsteam***

Trycksår, fall och undernäring följs upp i äldreteamet som ingår i Vårdvalet. Förbättringsledare tidigare anställda inom ”mest sjuka äldre-projektet” har ett särskilt ansvar för sammanställning och analys utifrån Senior Alert och punktprevalensmätningar. Resultaten rapporteras till Vårdvalschefen som rapporterar till Hälso- och sjukvårdsdirektören så att förbättringar kan initieras.

### ***Ledarforum***

Ledarforum är *Landstingsdirektörens möte med samtliga verksamhetschefer och andra nyckelpersoner* då Landstinget Västmanlands mål och strategier processas och följs upp. Ledarforum hålls flera gånger årligen därav minst vid ett tillfälle som en heldag. Ledarforum ger både möjlighet att genom ”top-down” tydliggöra Landstingets intentioner i patientsäkerhetsarbetet men också enligt ”bottom-up” fånga upp och visa på goda exempel.

## **Uppföljning genom egenkontroll**

Landstinget Västmanland arbetar systematiskt med uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten. En sammanställning av de källor som analyseras regelbundet för en ökad patientsäkerhet är:

- PPM-BHK
- PPM-VRI
- Infektionsverktyget
- Antibiotikaföreskrivning
- PPM-trycksår
- Senior Alert
- Avvikelse rapporter
- Markörbaserad journalgranskning
- Patientsäkerhetskulturmätning

### ***Punktprevalensmätning av basala kläd- och hygienrutiner (BHK)***

Basala- kläd och hygienrutiner har mätts varje månad som observationsstudie inom slutenvården medans primärvården har använt sig av självskattning. Resultatet återkopplas i varje verksamhetsområdes månadsrapport och sammanställs på förvaltningsnivå. Mätningen visar på mycket goda resultat med måluppfyllelse av samtliga steg i BKH i 85% inom slutenvården medans primärvården har en sämre följsamhet.

*Analysen visar därför på att mer insatser krävs i primärvården där samtliga vårdcentraler deltagit i den nationella mätningen våren 2014. Insatser ges extra till primärvård och kommuner av särskilt anställd hygien- sköterska.*

---

Under 2015 sker mätning av BHK i slutenvården på frivillig basis. Vårdhygien kommer dock att följa upp BHK i samtliga verksamheter bl.a. genom hygienronder. För primärvård och psykiatri har beslutats att fortsätta regelbundna mätningar genom observationsstudier.

### ***Punktprevalensmätning av vårdrelaterade infektioner (VRI)***

Vårdrelaterade infektioner mäts och sammanställs månatligen och rapporteras nationellt. Västmanland bibehåller sitt fina resultat med låg frekvens av VRI och har deltagit i SKL:s projekt att identifiera framgångsfaktorer i egenskap av ett landstings om har lyckats.

*Analys av 2012-2013-års VRI visar på behov av förbättringar inom kateter-vård varför landstinget stöder innovation Catheasy<sup>14</sup> samt har tillsatt en arbetsgrupp att ta fram riktlinjer vid KAD för att minska vårdrelaterad urin-vägsinfektion och sepsis. Nästa steg blir att ta fram riktlinje för centrala venkatetrar.*

### ***Infektionsverktyget***

Infektionsverktyget infördes på två pilotkliniker; infektion och kärlikirurgiska kliniken i maj 2013 och breddinfördes på samtliga slutenvårdskliniker och specialismottagningar på samtliga sjukhus i Västmanland under år 2013.

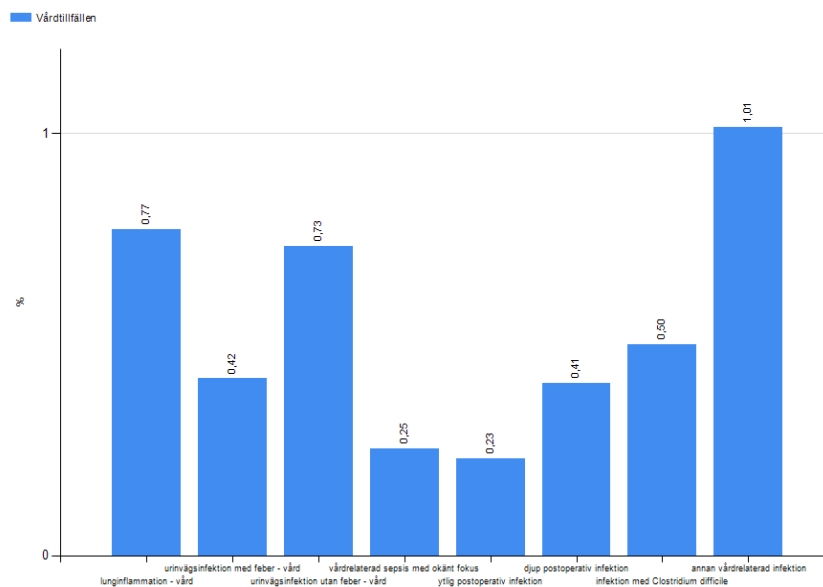
Inmatning av data i rapportverktyget har i stort sett fungerat bra sedan start. Det finns en vilja att integrera utdata från infektionsverktyget i klinikens förbättringsarbete men detta kräver tid, prioritering och stöd från respektive ledning. Hygien- och stramaläkare har tagit fram standardrapporter för att arbetet med uppföljningen ska underlättas.

Validering av riskfaktordata som förs in i journaltabeller sker månatligen på klinikerna, övrig validering som datafångst och klassificering sker vid ett tillfälle per år. Målsättning är att rapporter tas ut med regelbundenhet, analyseras på ett sådant sätt så att verksamheten systematiskt kan hitta förbättringsområden för att minska vårdrelaterade infektioner och rationalisera antibiotikaanvändningen.

Validering av data visar att infektionsverktyget behöver utvecklas på nationell nivå för att fungera optimalt. Kvaliteten av data är beroende av graden av följsamhet till fastlagda rutiner för fångst av data gällande riskfaktorer, in och utfarter i vilken utsträckning dessa dokumenteras enhetligt i journaltabeller. Hygiensköterska och hygienläkare har sedan 2014 börjat utföra hygienronder i verksamheterna där också utdatarapporter i infektionsverktyget finns med som en punkt.

---

<sup>14</sup> Catheasy är en helt ny patenterad metod för katetersättning som bygger på flödesprincipen.



[Vårdtillfällen] fördelat på [Infektion], avgränsad till [Tidsperiod: 2014-01-01 – 2014-12-31], [Organisatorisk enhet: Västmanlands sjukhus, Akutkliniken, Västmanlands sjukhus Västerås...], [Infektion: Lunginflammation - vård, Urinvägsinfektion - vård, Urinvägsinfektion med feber - vård, ...], som andel av vårdtillfällen, avgränsad till [Tidsperiod: 2014-01-01 – 2014-12-31], [Organisatorisk enhet: Västmanlands sjukhus, Akutkliniken, Västmanlands sjukhus Västerås...]

*Analys föreligger ännu ej övergripande men ovan bild visar att urinvägsinfektion dominerar följt av lunginflammation.*

### **Antibiotikaförskrivning**

Antibiotikaförskrivningen följs upp av läkemedelsenheten och återrapporteras varje månad till verksamheterna. Den minskade förskrivningen av antibiotika som förekom i länet under 2013 fortsatte under 2014. I fjol förskrevs 324 recept per tusen invånare och år jämfört med 336 recept år 2013, en minskning med 4 procent. Under 2014 nådde 15/29 vårdcentraler antibiotikamålet om mindre än 200 recept per 1000 listade och år. Landstinget uppfyllde därmed även de nationella målen om en minskad förskrivning.

*Analys visar på ett trendbrott 2013 och att denna har fortsatt under 2014 men några vårdcentraler släpar efter där extra insatser kan komma att behövas. Tillgång till diagnoskopplade förskrivningsdata är av stort värde men det krävs också en återkommande diskussion mellan vårdcentralens personal för att nå fram till en gemensam rutin för patienternas omhändertagande. En fortsatt information till befolkningen är också av värde.*

### **Punktprevalensmätning av trycksår**

Landstinget Västmanland har deltagit i de nationella mätningarna sedan 2011.

*Analys visar att Landstinget Västmanland har hög frekvens av trycksår jämfört nationella mätningar. Flera åtgärder har vidtagits för att minska frekvensen av trycksår. Bl.a. har en trycksårsgrupp bildats och en handlingsplan med syftet att minska frekvensen av trycksår, fastställts.*

---

Handlingsplanen omfattar konkreta mål och aktiviteter bl.a om avvikelserapportering samt riskanalys i Senior Alert, trycksårsombud och flera förbättringsarbeten har startats upp samt kommer att starta.

### ***Senior Alert***

Riskbedömning enligt Senior Alert avseende fall, undernäring och trycksår sker vid inläggning på sjukhus om >70 år samt inom primärvården vid identifierad geriatrisk risk-profil. Resultat/utfall gällande riskbedömda patienter och planerade åtgärder följs upp varje månad.

För år 2014 har 10.369 riskbedömningar genomförts i Senior Alert inom slutenvården samt 508 bedömningar inom primärvården. Detta är jämfört med 2013 totalt 1.431 riskbedömningar färre. För slutenvården har målrelaterad ersättning utgått som även infördes i primärvården 2014 kopplat till M-GRP<sup>15</sup>-screening. För primärvården har detta haft effekt i 200 fler riskbedömningar.

### ***Avvikelse rapporter***

All personal är skyldig att rapportera risker och felhändelser. Det är den som upptäcker händelsen som har i uppgift att skriva in ärendet i Synergi. Chefläkaren läser alla rapporterade avvikelser veckovis och kan både larma om ej omhändertagna allvarliga händelser men också vid hög frekvens av händelse såsom gjorts i år av fall och suicidförsök.

Systemförvaltaren kontrollerar regelbundet att samtliga ärenden klassificerats och att orsakssamband identifierats. Rapport tas ut månadsvis för att kunna identifiera om någon enhet brister i sin rapportering. Vid punktprevalensmätning kan en kontroll mot egen avvikelserapportering genomföras vilket identifierat brister i rapport av trycksår.

*Analys visar en hög rapportering av fall och intoxicationer/suicidförsök.*

### ***Markörbaserad journalgranskning***

Journalgranskning är ett komplement till avvikelserapportering och punktprevalensmätning att upptäcka vårdskada. Genomföres övergripande månatligen på ett slumpvist urval av journaler på samtliga sjukhus.

*Analysen av 2014 års markörbaserade journalgranskning på övergripande nivå visar att resultat från granskningen väl stämmer överens med andra källor som t.ex punktprevalensmätningar och kvalitetsregister. Analys visar på identifikation av bl.a. vårdrelaterade infektioner.*

Genom markörbaserad journalgranskning samt erfarenhet från data ur bl.a infektionsverktyget så ser vi att dessa verktyg är en viktig egenkontroll och kvalitetssäkring av den givna vården. Under 2015 riktas den övergripande gransk-

---

<sup>15</sup> M-GRP är modifierad geriatrisk riskprofil för identifiering av de "Mest sjuka äldre" inom primärvårdens verksamhetsområde.

---

ningen mot specifika vårdprocesser för att få underlag till fortsatt förbättringsarbete. Vi ser även fram emot att starta markörbaserade journalgranskning inom barnsjukvård och psykiatrisk vård.

Identifierade förbättringsområden är:

1. Förebygga vårdrelaterade infektioner
2. Förebygga trycksår
3. Förebygga fallskador

### **1. Förebygga vårdrelaterade infektioner**

Förbättrade rutiner vid användning urinkateter är ett prioriterat område som bl.a. omfattar en landstingsövergripande instruktion för katetersättning.

### **2. Förebygga trycksår**

En trycksårsgroup bildades 2013 under ledning av hälso- och sjukvårdsdirektören. Gruppen identifierade styrkor och svagheter som finns i verksamheterna. En övergripande handlingsplan togs fram under 2014 med mål och aktiviteter på enhet- klinik- och förvaltningsnivå. Handlingsplanen innehöll aktiviteter som att uppmärksamma hur trycksår uppstår, att införa trycksårsmått i slutenvården, genomföra olika utbildningsinsatser, rutiner för lägesändringar och omgivningsanpassning, förflyttningsskunnskap samt dokumentation av utförda hudbedömningar och planerade och utförda åtgärder.

### **3. Förebygga fallskador**

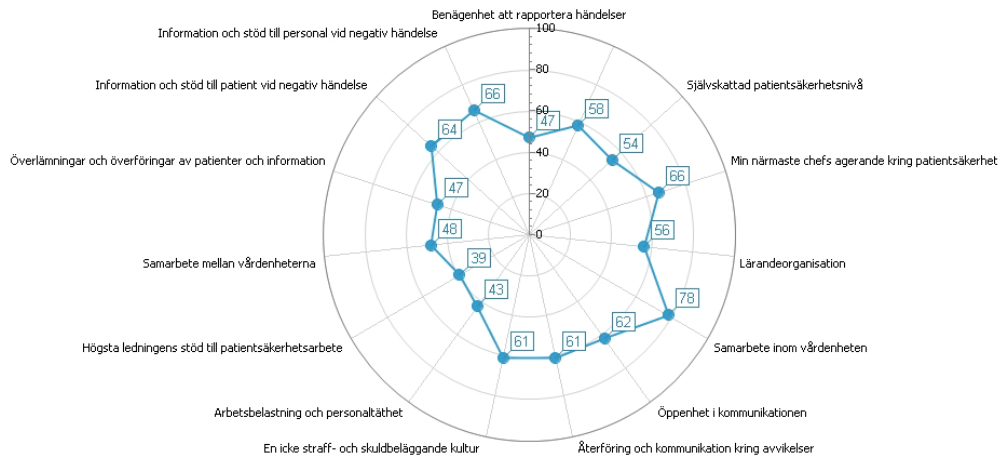
Ett flertal kliniker arbetar med utvecklingsarbeten där vårdteamet arbetar tillsammans med patienten för att ta fram rätt åtgärd till varje enskild riskidentifierad patient. Klinikerna har utformat egna handlingsplaner. Det fallförbyggande arbetet leds av en fysioterapeut som utvecklingsledare.

### ***Patientsäkerhetskulturmätning***

Ett viktigt led i att tydliggöra patientsäkerhetsarbetet är enkätundersökningen för att mäta patientsäkerhetskulturen som åter genomfördes år 2014 i samtliga verksamheter. Det är en enkätundersökning om personalens attityder och förhållningssätt till patientsäkerheten i sin verksamhet. Arbeta med att skapa landstingsövergripande handlingsplaner för förbättringsarbetet har genomförts. (Bilaga 2.)

### **Identifierade förbättringsområden**

1. Högsta ledningens stöd till patientsäkerhetsarbete
2. Arbetsbelastning och personaltäthet
3. Lärandeorganisation

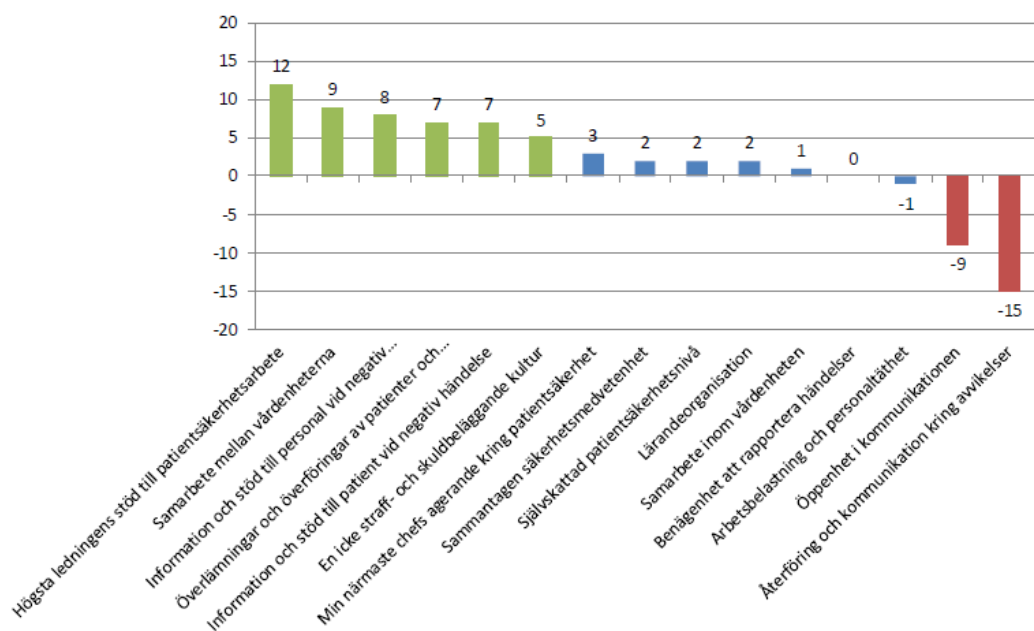


Antalet enkäter som skickades ut var 4.715 och svarsfrekvens var 57,1%

Frågor som berör en och samma aspekt av verksamheten är sammanställda till ett frågeområde och redovisas i ovan spindeldiagram.

*Landstingets Patientsäkerhetskultur visar på förbättrade resultat inom flera områden år 2014 jämfört med år 2011 men också en försämring på vissa.*

## Förändringar sedan 2011



Viktiga områden att fortsätta utveckla är rutiner för lärande, ökad chefsnärvaro och kommunikation med verksamheten. Att ge återkoppling på rap-

---

porterade händelser i avvikelssystemet Synergi och att från dessa starta förbättringsarbeten är också ett utvecklingsområde.

Krav på att delta i nationell Patientsäkerhetskulturenkät finns inskrivet i avtalen med de privata utförarna från och med 2015.

***Egenkontrollen innefattar även:***

- Hygienronder genom vårdhygiens försorg

Som är beskrivet tidigare genomförs årliga hygienronder med dokumenterade åtgärdsplaner om behov av förbättringar på enheterna.

- Jämförelser av verksamhetens resultat med uppgifter i nationella och regionala kvalitetsregister

Viktiga kvalitetsregister som används är förutom Senior Alert, Nationellt diabetesregister NDR, Palliativa registret och Swedem för utveckling av demenssjukvården. Flera opererande specialiteter deltar i kvalitetsregister viktiga för verksamheten.

- Jämförelser av verksamhetens resultat dels med öppna jämförelser, dels med resultat för andra verksamheter förutom de nationella mätningarna av VRI, trycksår och basala kläd- och hygienrutiner
- Jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat jämfört med tidigare resultat
- Inhämtande av synpunkter från revisionsrapporter

Internrevision både avseende av läkemedelsgenomgångar samt avseende bemötande har granskats. Kvalitetsuppföljning av läkemedelshandlingen sker varje år och medicinsk-teknisk rond vart annat år.



---

## Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet

Patientsäkerhetsarbetet bedrivs i Landstinget Västmanland på flera nivåer.

Det centrala patientsäkerhetsteamet arbetar fram en verksamhetsplan för det kommande årets patientsäkerhetsarbete. Denna följer *en röd tråd* och grundar sig på föregående års resultat av patientsäkerhetsarbetet redovisat i årsbokslut och patientsäkerhetsberättelse men följer även de kommande satsningar för en ökad patientsäkerhet som överenskommelsen mellan stat och SKL<sup>16</sup> inneburit.

Landstingets patientsäkerhetsorganisation har ytterligare förstärkts genom egen budget fr.o.m. år 2014. Beslut har även tagits att utöka analysledarna med en tjänst och organisatoriskt knyta dem mera fast till det centrala<sup>17</sup> patientsäkerhetsteamet vilket genomfördes från 1/9 2014. Chefsjuksköterskan och en av chefläkarna har avslutat utbildning i Patientsäkerhet 15 poäng på KTH.

Deras projektarbeten är:

- Hur kan samverkan förbättras vid utredning av allvarlig händelse då flera vårdgivare är involverade.<sup>18</sup>
- Patientmedverkan - en resurs för att minska fallskador på Västmanlands sjukhus.

Från teamet går nu ytterligare en av chefläkarna samt en analysledare utbildning i Patientsäkerhet 15 poäng på KTH. Nationellt pågår en utbildning för chefläkare för att tydliggöra uppdraget och bilda nätverk. Samtliga chefläkare i Västmanland deltar.

### • *Patientsäkerhetsöverenskommelsen*

Den ersättning som målpuppfyllelse av överenskommelsens grundläggande krav och indikatorer inneburit har återinvesterats i kommande års patientsäkerhetsarbete genom ett missiv i Landstingsstyrelsen. Eftersom överenskommelsen avslutades 2014 har det centrala patientsäkerhetsteamet säkerställt en egen budget för patientsäkerhetsarbetet 2014 och kommande år.

### Särskilda satsningar under 2014:

- Minskad förskrivning av antibiotika
- Strukturerad journalgranskning
- Infektionsverktyget
- Förstärkt central patientsäkerhetsorganisation med analysledare
- Förstärkning av stöd för Synergi

---

<sup>16</sup> SKL Sveriges Kommuner och Landsting

<sup>17</sup> I det centrala patientsäkerhetsteamet ingår fyra chefläkare, en chefsjuksköterska, administrativ resurs och en systemförvaltare för Landstingets avvikelssystem Synergi.

<sup>18</sup> Projektet om samverkan mellan vårdgivare vid händelseanalys presenterades på den 8:e nationella patientsäkerhetskonferensen.

- 
- Utbildningssatsningar inom patientsäkerhet
  - Kompetenshöjande åtgärder och nätverksbyggande för avvikellesamordnare
  - Analysledarutbildning
  - SBAR-utbildningar
  - Senior Alert – förstärkt stöd och organisation
  - Läkemedelsutbildning i TILDA
  - Synergi externt på webben
  - Nytt ledningssystem
  - Säkrare läkemedelsmallar i Cosmic<sup>19</sup>
  - Lokala utvecklingsprojekt inom socialstyrelsens identifierade riskområden
  - Projekt suicidprevention
  - Patientsäkerhetens dag
  - TERMA<sup>20</sup>-utbildning

### **Nytt ledningssystem**

Arbetet att säkra samtliga kärnprocesser samt inom de författningsstyrda sakområdena har varit viktiga åtgärder under året att förbättra patientsäkerheten. Detta är ett tydligt uppdrag från högsta ledningen och omfattar flera funktioner inom centrum för hälso- och sjukvårdsutveckling.

*Exempel på genomlysta kliniska processer under 2014:*

- *Hantera remiss*

Under området Kärnprocesser Hälso-och sjukvård och ”Identifiera och säkra vårdbehov” har nu processen ”Hantera remiss” kartlagts och publicerats.

- *Utbilda kliniskt*

Här återfinner ni de processer som beskriver hur klinisk utbildning av vårdens medarbetare går till.

- *Kärnprocessen ”Vårda”*

Här finns de vårdprocesser som identifierats som extra viktiga att tydliggöra. Alla processer är inte kartlagda och nedbrutna på aktivitetsnivå ännu.

- *Brösttumorprocessen*

Denna process är kartlagd och publicerad med tillhörande dokument.

### ***Patientsäkerhetsarbete enligt Landstingsplanens mål och strategier***

- ❖ *Vårdrelaterade infektioner (VRI) i samband med vård och behandling ska vara < 5 procent.*

---

<sup>19</sup> Cosmic är Landstingets elektroniska journal inom slutenvården

<sup>20</sup> TERMA är ett förhållningssätt att undvika våld i vården

---

### ***Basala städrutiner gör skillnad***

Vårdrelaterade infektioner (VRI) är ett problem i vården. Västmanlands sjukhus har kunnat visa upp låga siffror tack vare ett långsiktigt arbete med basala hygien- och städrutiner. Resistent bakterier sprids mellan patienter pga otillräckligt städade vårdtrum vid byte av patient. Flera studier visar på att städning är en viktig komponent för att minska (VRI). SKL:s studie (2014) gällande vårdrelaterade infektioner visar på att städning är en av framgångsfaktorerna till att minska (VRI).

Den nya städrutinen är en behovsanpassad ”titt-in” städning. Denna städning innebär att städpersonalen bedömer behovet av daglig städning i patientrummen. *Fokus ligger på slutstädningen*, då patienten skrivs ut. En del verksamheter har genomfört att städpersonalen tar hand om hela vådrummet, d.v.s. tar hand om patientens sängkläder och rengör förutom ”traditionell” städning även sängbord, madrass och säng mm, vilket gör att vårdpersonal får mer tid att vårda patienter. Resurserna används så ekonomiskt och effektivt som möjligt med en hög hygienisk standard.

Vårdhygien har sedan 2008 haft årlig utbildning för all städpersonal i basala hygienrutiner och klädregler. Under 2013 och 2014 har utbildningarna utvecklats till att gälla även grund- och fördjupningskunskap i mikrobiologi. Kompetensutvecklingen har under åren skett genom föreläsningar, workshops, informationstillfällen samt studiebesök. Idag är kunskapen mycket god inom städenheten i basal hygien och klädregler samt hur man förebygger smittspridning.

### ***Hygienronder***

Hygiensjuksköterska och hygienläkare har sedan 2014 börjat utföra hygienronder i verksamheterna där också utdatarapporter i infektionsverket finns med som en punkt. Den fjärde hygiensköterskan har arbetat med att implementera vårdhygieniska rutiner även inom samverkanspartners såsom kommuner.

❖ *Antalet fallskador bland inskrivna patienter > 70 år skall minska med 10% mellan år 2014-2016*

Fallskador rapporteras i avvikelssystemet Synergi. En stor del av fallen sker i samband med toalettbesök samt genom att patienten ramlar ur sängen. Införandet av kvalitetsregistret Senior Alert<sup>21</sup> både inom slutenvården som primärvården är ett viktigt förbättringsarbete att identifiera de patienter med bl.a kognitiv svikt eller undernäring som löper stor risk för fall. Vid avdelningarna för akut stroke- och neurologi samt rehabilitering har införandet varit särskilt framgångsrikt.

Geriatrisk riskprofil (GRP) har införts på akutmottagningen att särskilt uppmärksamma de mest sjuka äldre. Detta arbete har även anpassats till primärvården med implementering av modifierad GRP.

---

<sup>21</sup> Senior Alert är ett kvalitetsregister för dokumentation av risk för undernäring, trycksår och fall.

---

### ***Åtgärder att minska fallskador***

Hjälpmiddelscentrum har arbetat aktivt tillsammans med två kliniker att ta fram lämpliga hjälpmedel inom slutenvården för att förhindra fallskador. Dessa hjälpmedel har under 2014 implementeras på de slutenvårdsavdelningar som har patienter med risk för fallskador. På infektion prövas personliga larm på patienterna för att minska risken för fallskador.

### ***Förflyttningsinstruktörer***

Under 2014 har en fortsatt satsning gjorts på att utbilda fler instruktörer i förflyttningskunskap. Syftet med utbildningen är att uppnå goda kunskaper i förflyttningskunskap vilket bidrar till minskad fallskaderisk samt medvetandegör den basala omvårdnaden och risken för uppkomst av trycksår om inte förflyttnings utförs i den omfattning som patienten kräver.

Instruktörerna kommer att successivt under 2015 hålla repetitionsutbildningen (påbyggnaden) på den egna kliniken/enheten. Planeringen görs i samverkan med ansvariga inom förflyttningskunskap och Lärcentrum.

### ***❖ Antalet trycksador i samband med vård & behandling skall minska***

Genom riskbedömning enligt Senior Alert uppmärksammas och minimeras risken för trycksår. En handlingsplan är framtagen för hela Landstinget och utbildningar hålls för personalen.

### ***Arbete att minska antalet trycksår***

En trycksårsgrupp bildades 2013 under ledning av hälso- och sjukvårdsdirektören. Syftet är att utifrån analys av trycksårsmätningar identifiera enheternas styrkor och svagheter. En övergripande handlingsplan togs fram under 2014 med mål och aktiviteter på micro, meso och macronivå<sup>22</sup>.

Aktiviter som tagits fram var att uppmärksamma problemet med trycksår i verksamheterna, att införa trycksårsombud i slutenvården, genomföra olika utbildningsinsatser, rutiner för lägesändringar/omgivningsanpassning, förflyttningskunskap samt dokumentation av utförda hudbedömningar och planerade och utförda åtgärder.

### ***❖ Antalet utskrivna antibiotikarecept skall minska varje år mellan år 2014-2016***

Stora informationsinsatser har genomförts från Läke-medelskommittén och Strama riktade mot förskrivare och allmänhet för att minska förskrivningen av antibiotika. I primärvården har man använt sig av väntrum-TV med olika filmer till allmänheten samt att förskrivarstatistik tas ut varje månad till de enskilda läkarna. Varje månad återkopplas också de olika vårdcentralernas förskrivning till verksamheterna.

---

<sup>22</sup> Med micro, meso och macronivå menas ...

---

Stramaläkaren för primärvården besöker de olika vårdcentralerna för information och diskussion, helst med all personal närvarande, kring antibiotikaförskrivning och resistensproblematik. Ett stort arbete är nedlagt i att förbättra följsamheten till riktlinjer för antibiotikaanvändning där 93% av vårdcentralerna har försett sina förskrivare med en översikt av deras personliga försörjning.

Under 2014 förskrevs 324 antibiotikarecept per 1000 invånare och år, en minskning med 4% jämfört med 2013.

❖ *Obligatorisk Läkemedelsgenomgång hos äldre skall öka*

MiniQ, ett IT-baserat verktyg för säker läkemedelsanvändning hos äldre har införts och används på nästan samtliga vårdcentraler, både offentliga som privata och är under införande även inom kommunala boenden och slutenvården genom en integration till Cosmic. För den offentligt drivna primärvården har genom införandet av MiniQ för alla äldre än 75år antalet läkemedel kunnat minskas och optimeras. (Slutrapport från införandeprojektet föreligger.)

❖ *Läkemedelsberättelser skall vara införda före utgången av år 2013*

Genom ett pilotarbete 2011 inom Västmanlands sjukhus, Västerås har utformningen av läkemedelsberättelsen tagit sin form och arbetet att breddinföra den samma inom slutenvården har under året pågått. Läkemedelsberättelsen lämnas till patienten vid utskrivningen från slutenvård och har på så sätt medfört ett stort framsteg i ökad patientdelaktighet i läkemedelsbehandlingen. Läkemedelsberättelsen skickas även till familjeläkaren och kommunsköterskan för att säkra informationsöverföringen i vårdens övergångar.

En landstingsövergripande instruktion avseende läkemedelsberättelse har tagits fram under 2013 och finns fastställd i ledningssystemet. Efterlevandet följs även upp på kliniknivå månadsvis.

❖ *Antalet läkemedelsfel i vårdens övergångar skall minska*

Viktiga steg i säker läkemedelsanvändning har tagits i och med att elektronisk journal Cosmic är införd i hela landstinget inklusive primärvården. Även för de privata vårdgivarna kommer Cosmic att införas under 2015. Läkemedelsmallar har tagits fram. Ytterligare steg kommer att tas genom NOD Nationell ordinationsdatabas införande.

Under år 2014 har klinisk farmaci pilottestats på kirurgkliniken med mycket god effekt så att projektet planeras att utvidgas under 2015.

❖ *För varje patient skall det finnas en samordning som garanterar att patientens vård och behandling ges utifrån en helhetssyn*

Både Samordnad vårdplanering och Individuell plan har uppmärksammas un-

---

der året för att öka samordningen och trygga vården. Samarbete har etablerats mellan slutenvården, primärvården och den kommunala hemsjukvården för utarbetande av säkra rutiner för informationsöverföringen.

En utbildningsplan är lagd för år 2015 samt att det IT-stöd som finns för samordnad vårdplanering även kommer att tillhandahålla samordnad individuell plan.

Det strategiska beslutet från ledningen att säkra Bergslagssjukhuset i Fagersta samt samtliga vårdgivare av primärvård tillgång till den gemensamma journalen Cosmic kommer att få stor betydelse för patientsäkerheten.

### **Journal på nätet**

Detta är också ett tydligt uppdrag från högsta ledningen och omfattar fler funktioner inom centrum för hälso- och sjukvårdsutveckling. Målsättningen är att kunna breddinföra insatsen under 2015.

### **Nya arbetssätt av betydelse för patientsäkerheten 2014**

Landstinget Västmanland har ställt personal och resurser till förfogande både inom primärvård som slutenvård att kliniskt validera den nya katetersättningsmetoden Catheasy. Förhoppningen är att denna skall kunna minska vårdrelaterade urinvägsinfektioner.

### **Förstärkt organisation vid riskbedömning i Senior Alert**

En utvecklingsledare (sjuksköterska) anställdes 2011 för att stödja implementeringen av Senior alert. Under hösten 2013 förstärks arbetet med att ytterligare två utvecklingsledare sjukgymnast samt tandhygienist har anställs. Vår målsättning är att dessa professioner kommer att bidra till ett utökat stöd i arbetet med att minska trycksår samt förebygga ohälsa gällande äldres munstatus. Vi ser det som en framgångsfaktor att ha personer som aktivt stödjer det systematiska arbetet ute på klinikerna som ett komplement till riktade utbildningar i trycksårsprevention. De riktade utbildningsinsatser vi haft och erbjuder omfattar även personal inom kommunen. Vi ser samverkan som en viktig del i arbetet för att minska andelen trycksår.

### **Åtgärder för god munhälsa**

För att förbättra munhälsan har utbildning i riskbedömningsinstrumentet ROAG (Revised Oral Assessment Guide) som ingår i Senior alert, skett på sjukhusen Västerås, Köping, Sala och Fagersta samt i kommunal verksamhet.

På Västerås sjukhus har medicinklinikens Blod Mag Tarm-avdelning lyckats få mycket bra resultat efter att ha börjat arbeta systematiskt med munhälsa. Andelen riskbedömningar med minst en åtgärd ökade från noll till hundra pro-

---

cent på fyra månader.

#### ***Utvecklat samarbete med Patientnämnden***

Samarbetet har utvecklats under året med Patientnämnden både med det centrala Patientsäkerhetsteamet som med Vårdvalet och övriga verksamheter. I detta ligger kontakt vid allvarligare eller återkommande ärenden för att få till en positiv förändring.

#### ***Säker läkemedelsanvändning***

Både arbetet att öka antalet läkemedelsberättelser, antalet läkemedelsgenomgångar samt kompetenskort (Tilda) är åtgärder för att verka mot målet för säker läkemedelsanvändning.

Det centrala patientsäkerhetsteamet, läkemedelskommittén och sjukhusledningen har med hjälp av centrum för IT tagit fram en sk DUVA-rapport som möjliggör att varje klinik själva fortlöpande kan följa andel utskrivna patienter som fått en Läkemedelsberättelse. Även den centrala uppföljningen och sammanställningen har på detta sätt förenklats betydligt och följs kontinuerligt.


Riktade insatser för förbättringsarbete utifrån aktuella utdata planeras under kommande år. Fortsatt utveckling av rapportverktyget med automatisk korrigering för avlidna samt för överflyttade patienter mellan verksamheter har föreslagits. Centrum för Hälso- och Sjukvårdsutveckling ansvarar genom Centrala Patientsäkerhetsteamet och Läkemedelskommittén för central uppföljning.

Fråga om tillämpning av Läkemedelsberättelse fanns även med i checklista för patientsäkerhetsdialog med verksamheterna under år 2014. Arbeta för ökad tillämpning av Läkemedelsberättelse pågick dessutom i inom ramen för Mest sjuka äldre-överenskommelsen och det är nu genom rapportverktyg möjligt att även analysera tillämpning utifrån bl a patienternas ålder (kategorier).

Arbete pågår med att ta fram övergripande instruktion för läkemedelsgenomgång i slutenvård och denna instruktion kommer att kopplas till instruktion för Läkemedelsberättelse. Ett arbete har även påbörjats för att etablera klinisk farmaci bl a som stöd till läkemedelsgenomgångar och Läkemedelsberättelse i slutenvård.

#### ***SBAR***

Bristande kommunikation är en av de bakomliggande orsakerna till att det blir fel i vården. SBAR är ett bra verktyg för att lämna och ta emot viktigt information på ett strukturerat sätt. Sedan tre år tillbaka pågår arbete med att införa metoden i hela landstinget.

Patientidentitet:							
<b>S</b> Situation Vad är anledningen till kontakt?							
<b>B</b> Bakgrund Kortfattad sjukhistoria							
<b>A</b> Aktuellt tillstånd Status, viktiga parametrar. Min bedömning är att...	<table border="1"> <tr> <td>Puls</td> <td>Blör</td> <td>Sat</td> <td>Ar</td> <td>Temp</td> <td>Gluc</td> </tr> </table>	Puls	Blör	Sat	Ar	Temp	Gluc
Puls	Blör	Sat	Ar	Temp	Gluc		
<b>R</b> Rekommendation ...därför vill jag att... Hur ofta? Hur länge? När? Vi är överens om att...							
<b>Kom ihåg:</b>							
							

Förutom grundutbildning i kommunikation och bemötande enligt struktur SBAR på 2 halvdagar har utbildningstillfällen givits på ledningsmöten, arbetsplatsträffar inom slutenvård samt som workshops. Specifik utbildning inom SBAR har också erbjudits läkarna utöver den gemensamma grundutbildningen. SBAR används i HLR utövande/undervisning samt ALERT utbildning, (akut omhändertagande) men också i andra utbildningar där strukturerad kommunikation och informationsöverföring sker.

*SBAR anteckningsblock är framtaget för att användas som stöd vid lämnande och mottagande av information.*

Under 2014 har också en arbetsplatsbelagd information/instruktion samt utbildning gjorts för 2015.

### **Gemensamma risk- och händelseanalyser mellan Landsting och Kommuner**

Ett viktigt nytt arbetssätt för ökad patientsäkerhet i vårdens övergångar är den samverkan som utvecklats mellan Landsting och Kommuner under 2014 och som innebär att chefläkare tillsammans med medicinskt ansvarig sköterska i kommunernas hälso- och sjukvård utreder och ger underlag för att starta upp gemensamma händelse- och riskanalyser.

❖ *Att synliggöra goda exempel är viktigt*

### **Lokala utvecklingsprojekt**

Det centrala patientsäkerhetsteamet har avsatt stimulansmedel för att främja patientsäkerhetsarbetet med mål att minska antalet vårdskador. Stimulansmedel för utvecklingsprojekt är ett sätt att långsiktigt främja ett aktivt patientsäkerhetsarbete och förbättra vården i det dagliga arbetet för våra patienter inom en vårdavdelning, mottagning, vårdcentral eller liknande. Projekten ska ha en tydlig patientsäkerhetsprofil. Utvecklingsarbetet ska syfta till att öka patientsäkerheten och minska vårdskadorna.

Under 2014 har 21 ansökningar beviljats inom områden som fallprevention, SBAR, säker läkemedelshantering, ökad samverkan i vårdkedjan, ökad patientmedverkan mm. Ett flertal av dessa utvecklingsarbeten visar verksamheterna upp som goda exempel på patientsäkerhetens dag.



---

### ***Nyhetsbrev***

För att nå ut med aktuell information gällande patientsäkerhetsfrågor har ett nyhetsbrev tagits fram av det centrala patientsäkerhetsteamet. I december 2014 kom det första nyhetsbrevet ut till verksamheterna, nyhetsbrevet som planeras komma ut 4 ggr/år.

### ***Säkerhetsnålen***

I Landstinget Västmanlands nollvision gällande vårdskador har landstingsfullmäktige under hösten 2014 beslutat om att införa en utmärkelse för systematiskt patientsäkerhetsarbete – ”Säkerhetsnålen”.



Utmärkelsen är i första hand ett medel för att stimulera medarbetarna och visa uppskattning för förbättringsresultat inom patientsäkerhetsområdet och främjande av god patientsäkerhetskultur.

### ***Patientsäkerhetsdagen***

Till patientsäkerhetens dag inbjuds både personal och allmänhet. Syftet med dagen är att visa upp hur vi arbetar med att förebygga risker och misstag som kan leda till vårdskador. Dagen omfattade 5 föreläsningar och 21 utställare, föreläsarna drog fulla hus och att det var en jämn ström med personal som besökte utställarna. Särskilt uppskattat var utdelningen av SBAR anteckningsblock och SBAR/MEWS- musmattor.

## **Samverkan för att förebygga vårdskador**

Flera processer har uppmärksammats i år och under tidigare år avseende samverkan för att förebygga att patienter drabbas av en vårdskada såväl i den egna verksamheten som med vårdgrannar. Inom ramen för Landstingets övergripande Lean-arbete identifieras processer inom den egna verksamheten och genom riskanalys uppmärksammades risker inför hemsjukvårdsväxlingen.

- **Hemsjukvårdsväxlingen**
- **Samordnad vårdplanering**
- **Mest sjuka äldre**
- **Demenssjuka**
- **Suicidprevention**
- **Fotprocessen**
- **Strokeprocessen**
- **Höftprocessen**

- 
- **Tidig upptäckt av cancer**
  - **Införande av Cosmic i primärvården**
  - **Inhyrd personal**

- *Hemsjukvårdsväxlingen*

Inför kommunaliseringen av hemsjukvården den 1/9 2012 genomfördes en omfattande analys för att minska riskerna. Detta resulterade i att Landstinget tillfälligt behöll vaccination mot influensa för de äldre, utarbetade instruktioner tillsammans med kommunen för laboratorieprover samt startade gemensamma utbildningar i SBAR för en säker kommunikation. Arbetet pågår fortfarande att säkra rutiner i vårdkedjan.

- *Samordnad vårdplanering*

Dokumentet för samordnad vårdplanering mellan sjukhusvård, primärvård och kommun har uppdaterats med särskild hänsyn till en säker informationsöverföring gällande läkemedel. I detta arbetet har även ordinationsverktyget för patienter med dosdispenserade läkemedel uppmärksammats.

- *Mest sjuka äldre*

Inom ramen för statliga stimulansmedel har flera samverkansprojekt pågått under året mellan slutenvård, primärvård och kommun att trygga vården för de mest sjuka äldre både att uppmärksamma skadlig sjukhusvård för gruppen samt med hänsyn till olämpliga läkemedel. Landstinget Västmanland var ett av endast två landsting som klarade 10%-målet avseende minskad användning av olämpliga läkemedel hos äldre 2012 och fortsatt minskning 2013 vilket har kunnat minska olämpliga läkemedel hos äldre ytterligare.

För att säkra och ta tillvara erfarenheter från ”Mest sjuka äldre-projektet har ett äldre vårdsteam bildats som har uppdrag både mot slutenvård, primärvård och kommuner.

- *Demenssjuka*

Ett omfattande processarbete pågår mellan slutenvård, primärvård och kommun att göra vården för de med sviktande kognition så patientsäker som möjlig med ett vårdprogram och ett samverkansdokument där tydlighet avseende gränssnittet mellan verksamheterna uppmärksammas. Detta vårdprogram/samverkansdokument har nu fastställts av VKL - Västmanlands kommuner och landsting.

- *Suicidprevention*

Brister i samverkan har särskilt uppmärksammats mellan psykiatri, kommun och primärvård där omfattande förbättringsarbeten startats upp dels i ett sex sigmaprojekt med kommunen dels mellan primärvård och psykiatri i prevention att förhindra suicid omfattande både vårdprogram, instruktion för suicidriskbedömning samt utbildningssatsningar till personal inom både psykiatri och primärvård. Arbetet har resulterat i ett gemensamt samverkansdokument

---

och gemensamma utbildningar.

Under 2014 har planeringen för Landstingsövergripande suicidpreventionsprojekt pågått med anställning av projektledare. Suicidprevention finns med som ett prioriterat uppdrag för förvaltningarna 2015.

- *Fotprocessen*

Inom ramen för öppna jämförelser uppmärksammades en förhöjd fotamputation varför ett övergripande internt arbete startats upp på infektionskliniken att förebygga fotsår. Arbetet har utvecklats till framtagande av sårbehandlingsprogram mellan slutenvård och primärvård.

- *Strokeprocessen*

Ett framgångsrikt process-arbete som inneburit att patienter med stroke-symtom tas om hand direkt för bedömning om trombolysbehandling skall inledas. Projektet arbetar nu för en säker rehabilitering.

- *Höftprocessen*

En akutprocess för att invånare med misstänkt höftfraktur skall tas omhand omedelbart vid ankomst till sjukhus utan fördröjning på akutmottagningen.

- *Tidig upptäckt av cancer*

Inom ramen för ”vård på rätt vårdnivå” har ett utvecklingsarbete startat upp mellan primärvård och hudkliniken avseende fotografering av hudförändringar. Ett utvecklingsarbete är även planerat med utformning av en lathund för stöd till primärvården för tidig upptäckt av cancer.

- *Införande av Cosmic i Primärvården*

Införandet av Cosmic i primärvården har uppmärksammat på förbättring av flera rutiner mellan slutenvård och primärvård. Cosmicförvaltningen har där ett särskilt uppdrag från ledningen att säkra rutiner för säker vård.

- *Inhyrd personal*

Inhyrd personal ställer stora krav på verksamheten men även samverkan med bemanningsföretagen så att introduktionen på arbetsplatsen optimeras för en säker vård.

### ***Samverkan mellan primärvård och sjukhus***

Samverkan mellan primärvård och sjukhusvård regleras genom samverkansdokument för en säker vårdkedja. En utsedd representant för primärvården, allmänläkarkonsulten, finns för alla specialiteter och områden, och deltar i detta arbete tillsammans med representant för specialiteten.

---

### ***Samverkan med kommunerna***

Samverkan sker främst med Västerås Stad där uppmärksammats brister i informationsöverföring vid utskrivning från sjukhus och behov av samverkan kring allvarlig händelse har identifierats. En arbetsgrupp träffas numera regelbundet under ledning av chefläkare för uppföljning av säker informationsöverföring till den kommunala hemsjukvårdens utförare.

En överenskommelse är träffad mellan Landstinget och Västerås stad för att tidigt kunna identifiera risker och skapa förutsättning för gemensam utredning vid inträffad händelse. Detta avtal reglerar både händelse- och riskanalys. Övriga kommuner har följt efter arbetssättet.

### ***Samverkan med de privata utförarna inom Primärvården***

Vårdvalet samverkar och följer upp de privata utförarna inom primärvården genom verksamhetsdialoger en gång per år där även patientsäkerhet finns med på agendan. Under 2014 har focus legat på avvikelserapporteringen som grund för ett systematiskt patientsäkerhetsarbete samt efterlevnad av basala kläd- och hygienrutiner. En av chefläkarna arbetar på halv tid som medicinsk rådgivare för Vårdvalet och deltar även vid dessa ronder.

Framförallt IT-relaterade problem uppmärksammades och åtgärdades vid dessa ronder såsom tillgång till sjukhusens journaldokumentation genom NPÖ samt tillgång till Janus-fönster för en säker läkemedelsförskrivning. Ytterligare har tillgång till en gemensam nationell journal inom mödrahälsovården Obstetrics säkrats för alla utförare.

Till år 2015 pågår arbete att ge de privata utförarna tillgång till EKG taget på sjukhus vilket de offentliga vårdcentralerna har samt att säkra rutiner med beslutstöd Auricula för säker antikoagulantibehandling.

### ***Samverkan med övriga privata utförare***

Leverantören ska bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och arbeta förebyggande för att förhindra vårdskador. Leverantören ska följa de rutiner för rapportering som Landstingets chefläkare beslutat om. Köparen skall även informeras om IVO beslutat att vidta åtgärd mot vårdgivaren eller dennes hälso- och sjukvårdspersonal.

Leverantören ska senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse av vilken det ska framgå hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår och vilka åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten, samt vilka resultat som har uppnåtts. Patientsäkerhetsberättelsen ska var Köparen tillhanda senast den 1 mars.

I samband med revision av sjukgymnaster 2012 identifierades ett utbildnings-

---

behov inom flera områden varför en utbildningsdag ordnades under år både år 2013 och 2014 innehållande; grundläggande patientsäkerhet, vårdplan, dokumentation och upprättande av patientsäkerhetsberättelse.

### ***Samverkan med Mälardalens Högskola***

Samverkan är inledd med Mälardalens Högskola både för två doktorandtjänster där forskningsområdet riktas mot patientsäkerhet – att förebygga vårdskador samt avseende en fristående kurs i patientsäkerhet på 7,5 högskolepoäng. De doktorandprojekt som landstinget stöder handlar dels om att utveckla det självmordsförebyggande arbetet inom psykiatrisk vård dels att utveckla metoder för att tidigt urskilja de som riskerar att bli mest sjuka äldre med omfattande vård- och omsorgsbehov

## **Risakanalys**

Risakanalys ska göras inför olika förändringar som genomförs inom en verksamhet och även på befintliga processer i organisationen som bedöms innehålla många risker. Syftet med en risakanalys är att identifiera risker och ta fram förebyggande åtgärder innan något har hänt, samt att identifiera och analysera, bedöma och åtgärda orsaker eller omständigheter som skulle kunna leda till en vårdskada. En särskild mall enligt trafikljusmodellen finns utarbetad.

Risakanalys görs även vid inträffad vårdskada för att identifiera risker och systemfel för att kunna vidtaga adekvata åtgärder. Underlag för denna bedömning är avvikelserapporter och lex Maria-anmälningar.

De centrala analysledarna har fått särskild utbildning i risakanalys och en uppdragsbeskrivning har tagits fram där uppdragsgivaren preciserar uppdraget, avgränsningar och resurser. Analysen sammanställs i en rapport.

### ***Under året uppstartade och/eller genomförda/återförda risakanalys***

#### ***❖ Hyrläkare inom RO Primärvård***

Syftet med risakanalys Hyrläkare var att identifiera risker i användandet av personal från bemanningsföretag.

Risakanalys hyrläkare har stor bäring i det förbättringsarbete som startat upp inom Landstinget att minska riskerna med personal från bemanningsföretag och lyfter fram tydligare upphandling, centraliserat avrop samt förbättrade rutiner avseende introduktion och uppföljning.

Åtgärds paketet har överlämnats till ledningen för införande i andra verksamheter t.ex för psykiatrin.

---

❖ *Öppnande av Primärvårdsakut i Västmanland*

Beslut finns i landstinget Västmanland om att öppna en primärvårdsakut. Chefläkare gav uppdraget om att göra en riskanalys ur patientsäkerhetsperspektiv då denna organisationsförändring är mycket komplex och involverar flera verksamheter.

❖ *Provtagningsprocessen*

Syftet var att identifiera risker och bakomliggande orsaker till brister vid provtagning och remissförfarande i provtagningsprocessen på vårdavdelning och mottagning. Flertalet av de risker som identifierats är bristande kunskap och informationsinhämtning hos beställaren samt hos den som tar provet och skickar det vidare för analys.

❖ *Cosmics införande i primärvården*

Övergång till gemensam journal Cosmic, som sjukhusvården, från elektronisk Journal III som använts inom primärvården sedan 1998 har ställt stora krav på att nya rutiner görs patientsäkert och även varit utmanande för arbetsmiljön.

❖ *Diskmaskiner för instrument på operation*

Riskanalysens syfte var att ligga till grund för chefläkarens beslut om eventuell lex Maria anmälan. Risken för att en patient ska drabbas av vårdskada konstaterades vara stor. Identifierade bakomliggande orsaker fanns inom teknik, bemanning, hantering av disk och sköljmedelsdunkar samt diskmaskinernas konstruktion.

❖ *Registrering av synpunkter och förbättringsförslag på landstingets hemsida för patienter och anhöriga*

Riskanalysen gjordes på uppdrag av chefläkare inför införandet av ny e-tjänst som innebär att patienter och anhöriga kan lämna synpunkter direkt till vårdande enheter via landstingets hemsida. De viktigaste riskerna som identifierades i riskanalysen var brister i sekretess och handläggning av ärenden.

❖ *Hotsituation vid vårdavdelning rättspsykiatri*

Riskanalysen initierades utifrån en händelse vid vårdavdelning inom rättspsykiatri där en hotsituation uppstod nattetid. Riskanalysen avslutades i samråd med chefläkare, utan arbete i analysteam. Utredning har också skett i samverkan med Arbetsmiljöverket med planerad uppföljning.

❖ *Gemensamt med Västerås Stad samt privat utförare: Hemsjukvård.*

Målet med analysen är att identifiera de risker som kan finnas i att uppgifter saknas över vilka hemsjukvårdspatienter som finns i nuläget. Rapporten planeras vara klar i början av Mars 2015.

❖ *Resursbristens konsekvenser för vård och behandling inom sluten-*

---

*vården.*

Denna har som syfte att identifiera patientsäkerhetsrisker i samband med slutenvård särskilt fokus på överbeläggningar och utlokalisering. Rapporten ska vara klart senast 30 april 2015.

❖ *Semesterperioden inom både VS och PPHV-förvaltningarna*

En övergripande riskbedömning/riskanalys genomföres alltid inför sommarens minskade bemanning och eventuella stängning av avdelningar.

Inom verksamheterna sker även mindre omfattande riskanalyser enligt trafikljusmodellen som ej sammanställs på den övergripande nivån.

***Planerade riskanalyser 2015***

- ❖ *Analys av påtalade patientsäkerhetsrisker samt åtgärder med anledning av IVO:s tillsyn av akutmottagningarna*
- ❖ *Hylläkarsituationen inom Psykiatri utifrån dess specifika behov*
- ❖ *Gemensam riskanalys med Västerås Stad gällande säker läkemedelsanvändning*

Kunskapsläget betonar kopplingen mellan arbetsmiljö och patientsäkerhet varför kommande riskanalyser skall beakta båda perspektiven.

Kopplingen mellan arbetsmiljö och patientsäkerhet har även stor aktualitet vid riskanalysen före införandet av journal på nätet som planeras till 2015 i Landstinget Västmanland.

## **Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet**

- *Instruktionen för avvikelserapportering* finns i nya ledningssystemet fastställd av hälso- och sjukvårdsdirektören och fastställer att alla medarbetare har reglerad skyldighet att rapportera i landstingets avvikelserapporteringssystem Synergi om olyckshändelser, tillbud, risker och klagomål som är av betydelse för patientsäkerheten

Verksamhetschefen ansvarar för att:

- den övergripande instruktionen tillämpas och att arbetet med avvikelshantering fungerar på ett tillfredsställande sätt på enheten.
- utse avvikellesamordnare och delegera ansvaret för att samordna avvikelshantering (dokumentera i Synergi, vidta åtgärder samt göra uppföljningar).
- uppmuntra till rapportering av risker och händelser.
- fortlöpande ge information/återföring till verksamhetens medarbetare om de åtgärder som vidtages för att förbättra säkerheten.

---

- granska och bedöma om avvikelser som inträffat skall hanteras i det lokala säkerhetsarbetet eller om avvikelser skall anmälas till IVO (Lex Maria) eller läkemedelsverket.

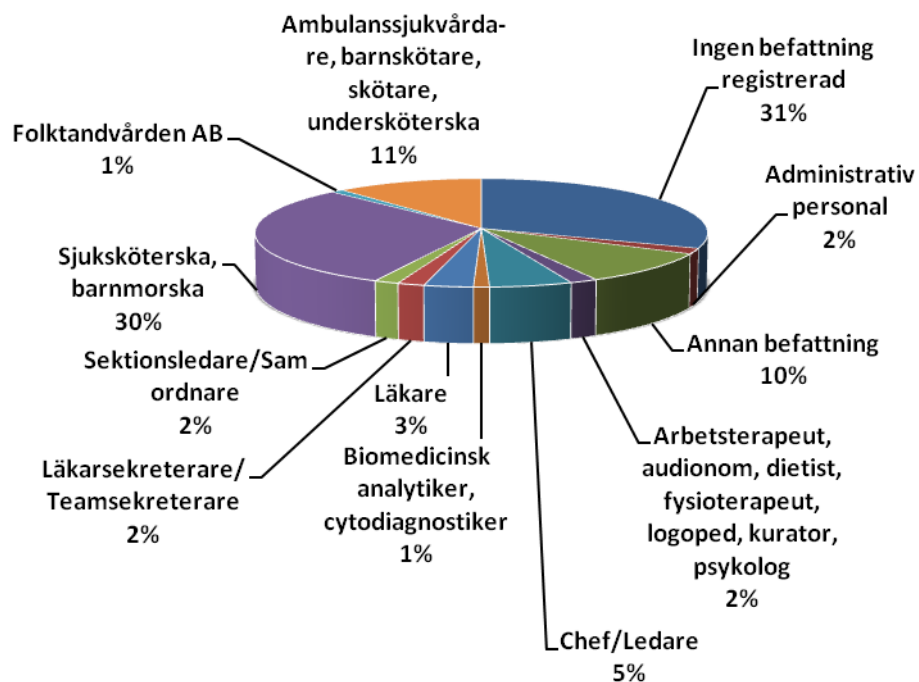
Avvikelsesamordnaren ansvarar för att:

- inkomna avvikelserapporter hanteras enligt nedanstående flödesschema
- utbilda medarbetare hur man rapporterar avvikelser
- vid behov deltar i risk - och händelseanalyser

Samtlig personal omfattas av:

- rapporteringsskyldigheten där händelser inträffat som orsakat en vårdskada eller där risk för vårdskada föreligger. Händelsen skrivs direkt in i Synergi.

***Hur patientärendena/avvikelseberättelserna är fördelade i procent bland de olika befattningarna inom Landstinget Västmanland***



Även om läkarna är betydligt färre i Landstinget än andra yrkesgrupper är det viktigt att mer engagera dem i att rapportera avvikelser/händelser och att ge förbättringsförslag för en ökad patientsäkerhet. Jämfört med föregående år kan inga slutsatser dras då där befattning saknas ökat från 8% till 31%.

*Rutiner måste säkerställas för dokumentation av rapporterade befattningar.*



---

Framförallt rapporteras brister inom administrativa processer samt läkemedel följt av brister inom information och kommunikation men personalen är även observant att rapportera fall och fallskador. (Se utförligare sammanställning& analys.)

Det finns en eftersläpning i klassificeringen av ärenden vilket innebär att det är svårt att jämföra med föregående år. Glädjande kan noteras en ökad rapportering av olyckor och tillbud särskilt avseende riskrapporteringen. Det är angeläget att avvikelserapporteringen i vården fortsätter att öka då goda system för detta bidrar till en lärande organisation. Systemfel i vården kan upptäckas, rutiner ändras och förebyggande åtgärder sätts in.

*Viktigt är att förbättra tidig klassificering och allvarlighetsbedömning av avvikelser varför processmål inom 4 veckor fastställts för 2015 och rapporter för uttag av data skapats.*

Avvikelsesamordnarna har en viktig roll i verksamheterna att biträda verksamhetschefen i sammanställning och analys av avvikelser. Deras roll har därför uppmärksamats och centralt Synergiansvarig har fått förstärkning genom projektanställning för att utbilda avvikelsesamordnarna och skapa nätverk.

Synergiansvarig sammanställer årets avvikelser för Landstinget Västmanland i en övergripande rapport varje år som delges hälso- och sjukvårdsdirektören.

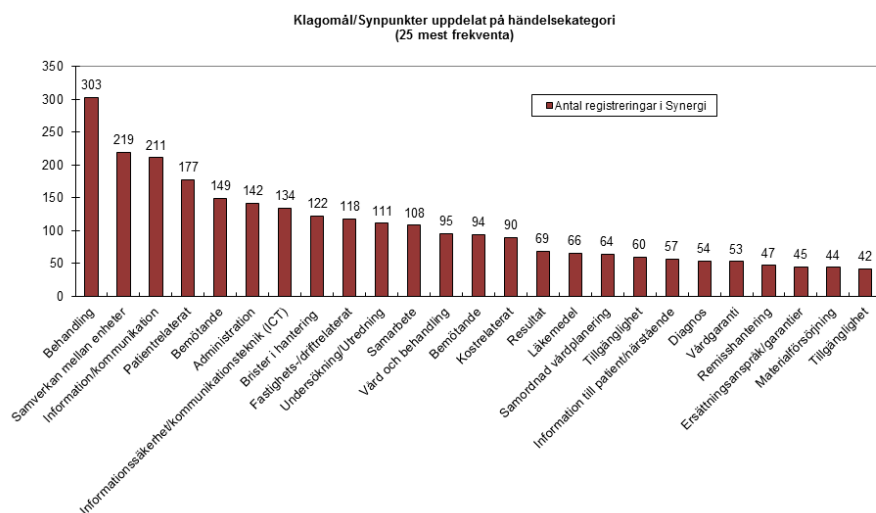
## **Hantering av klagomål och synpunkter**

Varje verksamhet har egna rutiner för hur direkta patientklagomål tas emot men för hela Landstinget gäller att också dessa skall skrivas in i avvikelserapporteringssystemet Synergi. För primärvården finns information framtagen och anslagen. Många klagomål hanteras av Patientnämnden som en brygga till verksamheterna. Patientnämnden kan även medverka vid möten i enskilda patientärenden.

För de enskilda klagomål som kommer via IVO är Chefläkarna länken till verksamheterna och som följer upp att avvikelser skrivs in i Synergi samt att en internutredning startas och den enskilde får ett skriftligt svar om händelsen.

## **Sammanställning och analys**

Den samlade bilden av klagomål och synpunkter, både de som personalen rapporterar direkt i kontakt med patient och de som rapporteras via patientnämnden visar att frågor om vård och behandling dominerar följt av brister i kommunikation och samverkan mellan enheter.



Klagomål och synpunkter direkt till verksamheten (995) från samarbetspartners (362) via patientnämnden (1416) och till IVO (141) innebär att 2.874 klagomålsärenden registrerats. Det är en ökning med 9% jämfört med föregående år genom att fler patienter tar kontakt med patientnämnden.

Enskilda klagomålsärenden till IVO samt utfärdade Lex Maria - anmälningar sammanställs fortlöpande under året. Patientnämnden rapporterar per månad. Avvikelse sammanställs på enheterna.

Varje verksamhet får rapport från patientnämnden varje månad och har även möjlighet att dra ut rapporter ur Synergi. I delårs- och årsbokslut aggregeras klagomålsärenden i respektive förvaltning samt övergripande för Landstinget.

**En viktig utmaning inför 2014 är att förbättra rutiner för samverkan genom SIP, särskild individuell plan.**

- **Lex Maria**

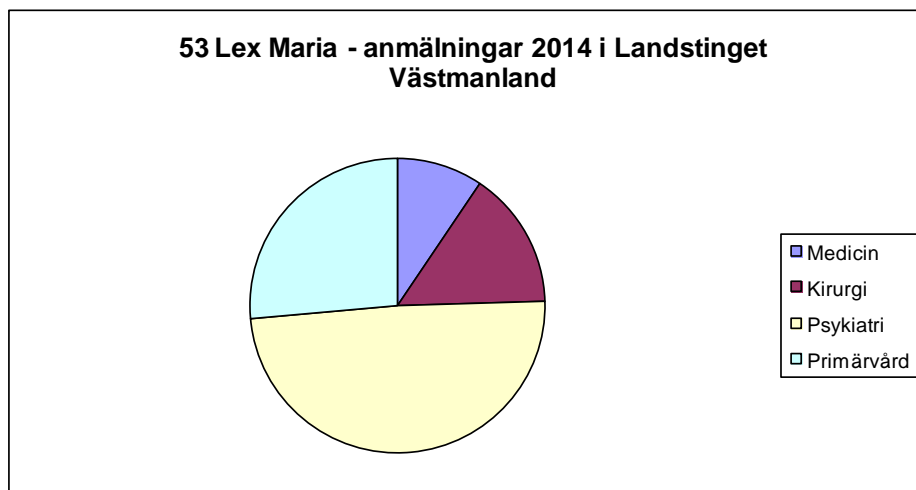
Sammanställning upprättas med uppgift om datum, berörd enhet, vad ärendet handlade, synerginummer, datum för anmälan och ansvarig chefläkare samt när och vad beslut från IVO föranleder. Totalt har 53 Lex Maria-anmälningar lämnats och för dessa har 11 mer omfattande händelseanalyser genomförts.

<i>Centrala Händelseanalyser 2014<sup>23</sup></i>
Utebliven EKG-tagning
Dödsfall efter överdos

<sup>23</sup> Centrala händelseanalyser genomförs under ledning av centrala analysledare. 2014 inkom till den centrala analysgruppen 31 ärenden varav 25 händelseanalyser och 6 riskanalyser.

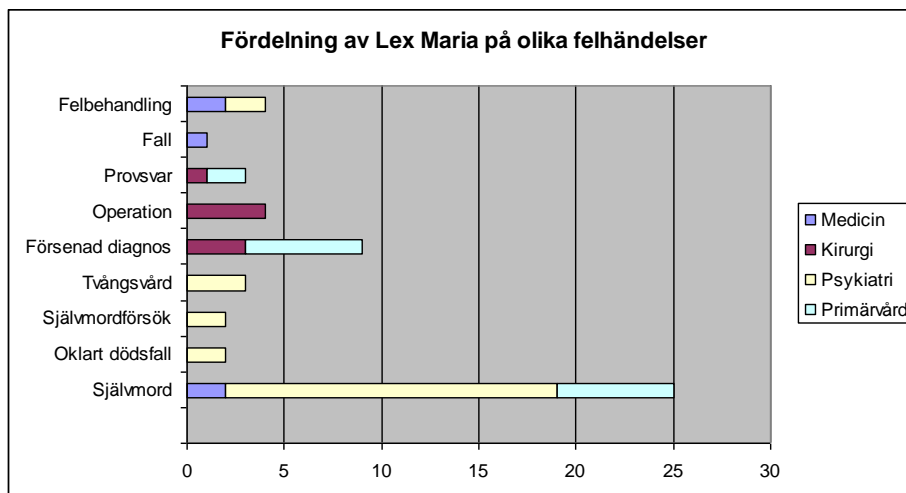
Hotsituation
Födde utan barmorska
Apodos och Pascal
Fördröjd cancerdiagnos
Amputation av stortå
Oral lösning av Keppra injiceras i.v.
Misstänkt försenad blodtransfusion
Pneumothorax till följd av sonsättning
Grav hörselskada i samband med infektion

Av de 53 Lex Maria-anmälningarna dominerar självmorden men även brister i handläggningen med försenad diagnos som följd ses framförallt inom primärvården kopplat till bristande kontinuitet genom användning av hyrläkare. Av de 53 Lex Maria var 38 inträffad allvarlig vårdskada och 15 risk för allvarlig vårdskada. Detta är en minskning jämfört med 2013<sup>24</sup>.



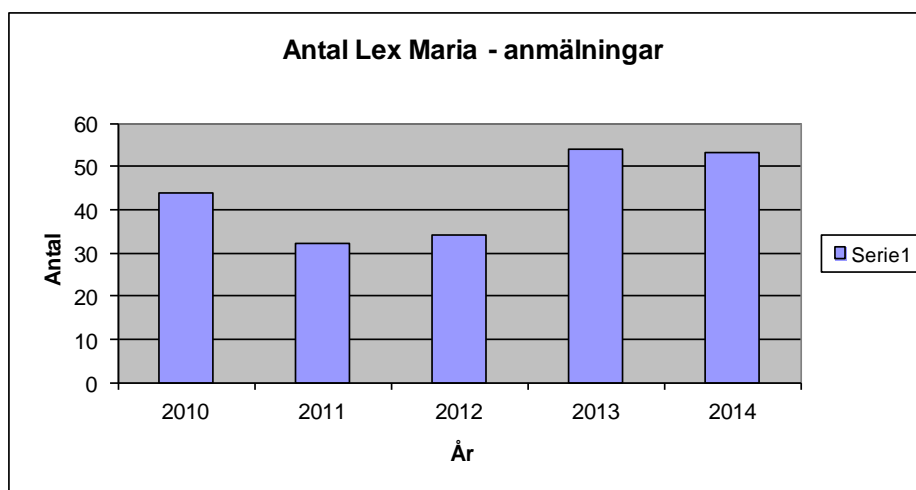
Målsättningen har under 2014 varit att tillse att alla allvarliga händelser med inträffad vårdskada eller risk för sådan skulle Lex Maria – anmälas. Granskningen av samtliga journaler har varit ett led i detta arbete.

<sup>24</sup> Av de 57 lex Maria 2013 var 45 inträffad allvarlig vårdskada och 12 risk för sådan.



Landstinget Västmanland hade tidigare fått kritik från IVO om för få anmälningar och att ej samtliga suicid som haft kontakt med vården granskades. I detta avseende noteras avsevärda förbättringar vilket innebär idag att samtliga självmord identifieras och utreds både inom slutenvård som primärvård. Rutiner finns för gemensam utredning där både primärvård och psykiatri varit delaktiga i vården.

Chefläkare deltar i internutredningsgruppens möten inom vuxenpsykiatrin.



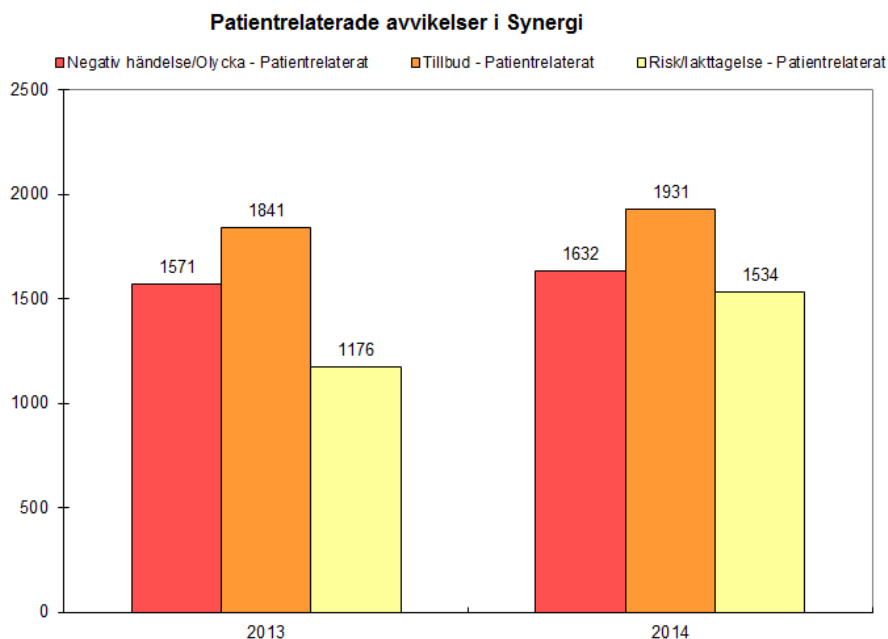
- ***Enskilda Klagomål och synpunkter till IVO***

Sammanställning upprättas med uppgift om vårdenhet, ärendets art samt beslut om åtgärder från IVO. Totalt har 140 enskilda ärenden registrerats vilket är en 40% ökning jämfört med föregående år. Främst noteras en ökning inom kirurgiska specialiteter. Redovisade ärenden omfattar medicin 16, kirurgi 54, psykiatri 25, primärvård 14 och handikapp 0 ärende. Övriga 31 ärenden berör flera verksamhetsområden och/eller vårdgivare.

---

- **Avvikelsesrapporter i Synergi**

Avvikelsesrapporteringen i Synergi<sup>25</sup> omfattar alla oönskade händelser och risker men här redovisas bara patientrelaterade sådana även om arbetsmiljöbrister också påverkar patientsäkerheten.



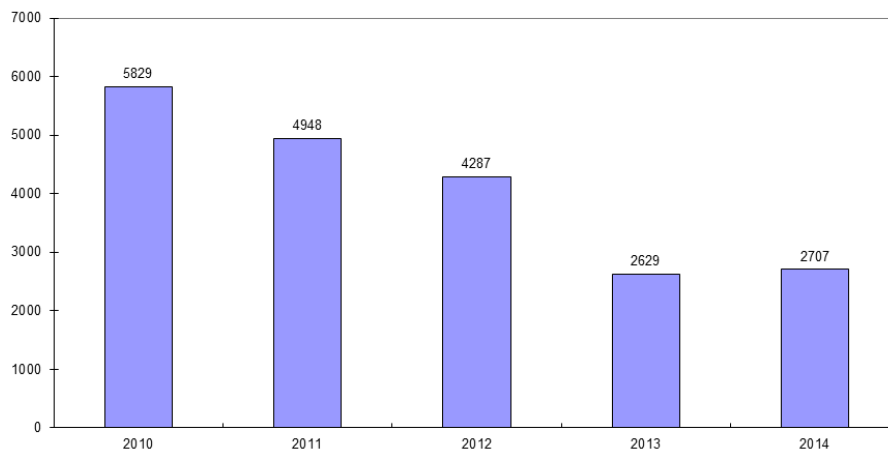
Bilden visar ökat antal patientrelaterade händelser och risker 5097 med en ökning inom både negativ händelse, olycka som upptäckt risk men procentuellt en förskjutning mot upptäckt av risker. Till detta kommer 2874 ärenden som klassats som klagomål (från både patienter och personal) samt 2707 preanalytiska (lab) avvikelser.

De preanalytiska laboratorierelaterade avvikelserna har kraftigt kunnat minskas genom ett omfattande förbättringsarbete på flera nivåer och där genomförd riskanalys haft betydelse.

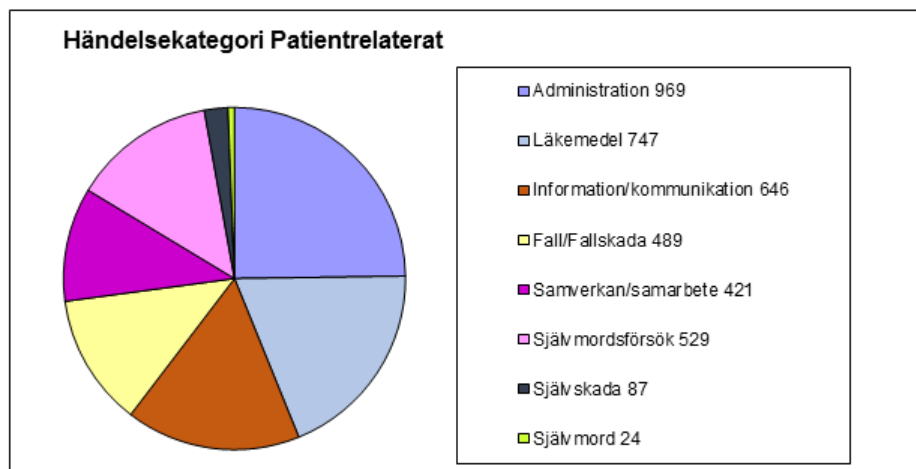
---

<sup>25</sup> Synergi är Landstingets avvikelserapporteringssystem för alla avvikelser både de som omfattar patienter som personal och redovisas i en särskild årsrapport.

#### Laboratoriehändelser



Av de 5117 patientrelaterade händelserna och påvisade riskerna dominerade brister inom administrativa arbetsprocesser (969) där framförallt avvikelser handlar om remiss-hantering (159) och vårddokumentation (146). Brister i läkemedelsprocessen som ökat med 25% är alarmerande.



Utrustning och Medicinsk-tekniska produkter har varit involverade i händelsen i 298 ärenden och kliniska laboratoriehändelser är 180 stycken. Fördelningen är jämförbar med föregående år.

Brister i varuförsörjningen har uppmärksammats och förbättrade rutiner för avvikelserapportering i Synergi har säkerställts. Patientsäkerheten har satt igång en process som ska leda fram till bättre upphandlingar där verksamheternas erfarenheter/synpunkter före, under och efter upphandling tas tillvara.

---

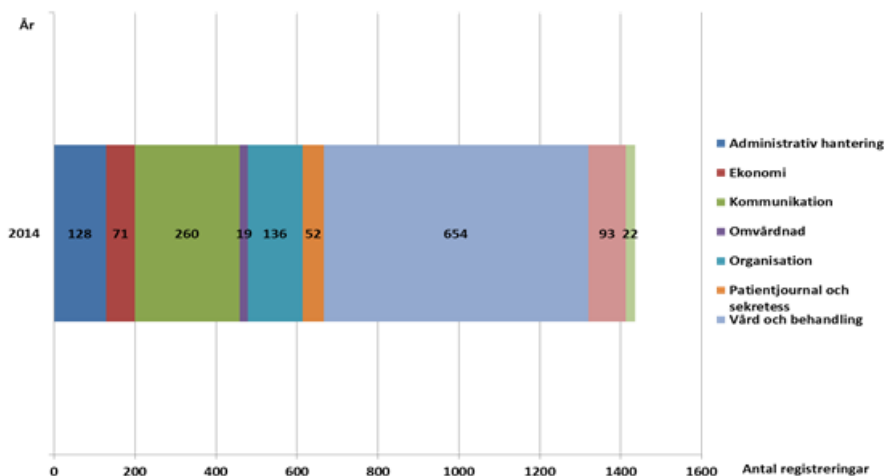
- **Patientnämndsärenden**

Ett trendbrott noteras att antalet patienter som kontaktat patientnämnden ökat. Totalt 1416 ärenden registrerades 2014, jämfört med 1086 år 2013 och 1261 år 2012. Analys av patientnämndsärenden omfattar både vilka delar av verksamhetens som berörts såsom vad ärenden handlat om och dess allvarlighetsgrad. Framförallt är det ärenden som berör vård och behandling som ökat.

Ärenden som berör tillgängligheten till vården, både till besök och i telefon är ständigt återkommande ärenden. Patienten får ofta ringa under flera dagar för kontakt med rådgivande sjuksköterska. Patienten vill få information om aktuell väntetid, gärna i samband med läkarbesöket. I nuläget väntar patienten på en kallelse när det närmar sig tre månader kontaktar patienten vården och får då information om aktuell väntetid och att åtgärden kommer att dröja.

Detsamma gäller när det vid besök beslutas att en remiss ska skickas till annan verksamhet. Patienten får själv ringa till mottagande enhet för att kontrollera om remissen mottagits, om inte hänvisas patienten att själv ringa tillbaka till remitterande enhet för att stöta på att remiss skickas.

Nämnden har också under året uppmärksammat svårigheter vid receptförnyelse, patienten får kontakta vården ett flertal tillfällen för att få förnyade recept.



### Antal ärenden i Patientnämnden år 2014 redovisade på område

2014 liknar tidigare år på så vis att den främsta orsaken till att patienten vänder sig till patientnämnden är ärenden som rör vård och behandling. Efter det kommer synpunkter på bemötande och kommunikation som orsak. Patienten känner sig ej lyssnad till, det brister i dialog och delaktighet med patient och anhörig samt att information till patient och anhörig är försummad.

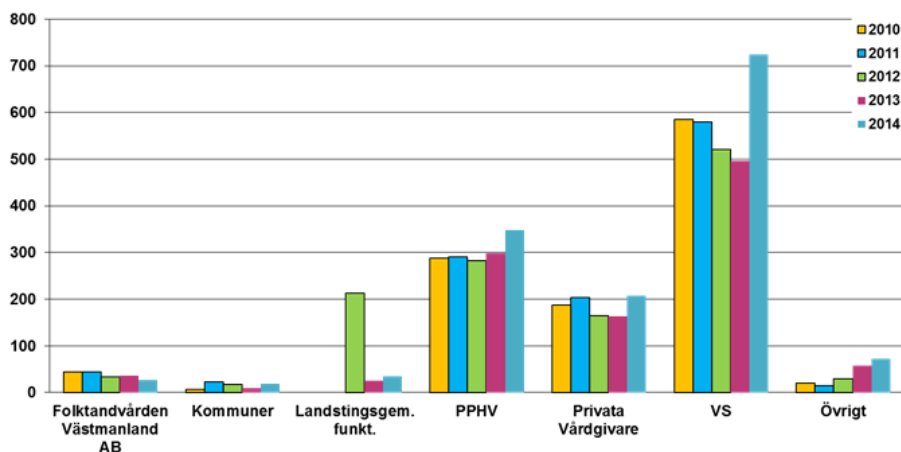
---

Orsaken till detta kan vara korta besökstider, läkaren hinner inte alltid informera så patienten känner sig trygg i situationen och får svar på alla frågor.

Något som uppmärksammats under året genom patientberättelser och samtal är de problem som drabbar patienter som vårdas över flera kliniker, men inte har någon klinik som är sammanhållande eller har det övergripande ansvaret för patienten. Ett stort ansvar läggs i dessa fall på patienten att själva informera övriga verksamheter.

Patienter med så kallade udda diagnoser är en patientgrupp som ofta far illa i sjukvården, slussas runt mellan verksamheterna men upplever att ”ingen” vill ha denna patientgrupp. Familjeläkaren är den som ska hålla ihop vården kring patienten, men med hög omsättning av läkare i primärvården är det ofta något som brister.

Hyrläkare inom främst primärvård och psykiatri är något som drabbar patienter som behöver en långvarig och regelbunden kontakt med ansvarig läkare. Vid ständigt nya läkarkontakter brister det ofta i uppföljning kring sjukskrivning, provsvar, röntgensvar, fortsatt planering, remisser som inte skrivs mm.



### Ärenden per förvaltning/verksamhet

Fördelningen av ärenden mellan verksamheterna är i enlighet med tidigare år. Framförallt ses en ökning av ärenden som berör Västmanlands sjukhus (VS).

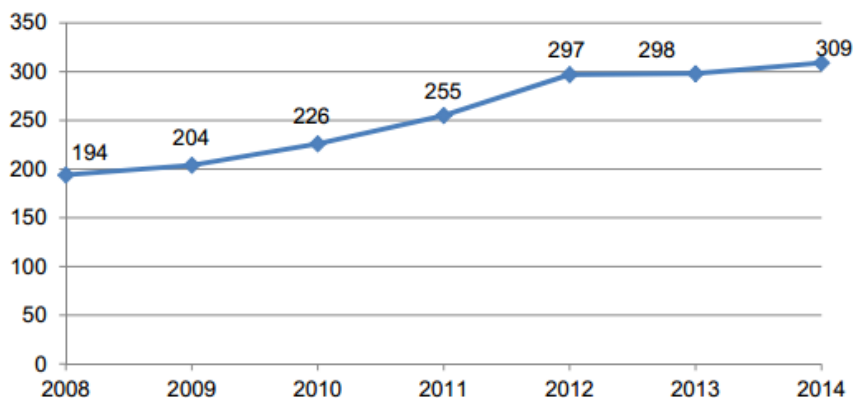
- **Patientförsäkringen LÖF**

Förra året tog Patientförsäkringen LÖF (Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag) emot 309 skadeanmälningar som handlade om Landstinget Västmanland. 75 % av anmälningarna i Landstinget Västmanland de senaste åren har handlat om sjukhusvård. 12 % handlar om primärvård och 8 % om tandvård.



Följande tabeller visar anmälningar till Patientförsäkringen LÖF för patienter som vårdats inom Landstinget Västmanland

**Antal anmälda skador hos patientförsäkringen 2008-2014\* för Landstinget Västmanland**



\*Antalet anmälda skador är det faktiska antal anmälningar som inkom respektive år.

En skadeanmälan ska göras av en patient som anser sig ha drabbats av en skada under sin vårdtid. För att få ersättning från patientförsäkringen måste skadan ha gått att undvika. Nationellt har i genomsnitt har cirka 37 % av skadeanmälningarna ersatts 2014.

De flesta patienter som drabbas av en vårdskada önskar att sjukvården lär sig av sina misstag, så att inte fler drabbas av samma sak. Varje sjukhus får information om sina skadeanmälningar hos Patientförsäkringen LÖF och får därmed möjlighet att ändra sina rutiner och system så att skadan inte ska hända igen.

#### **✚ SAMLAD BEDÖMNING AV KLAGOMÅL**

Även om patientklagomål ökat till Patientnämnden och Enskild anmälan till IVO är fler, har antalet undvikbara allvarliga vårdskador minskat jämfört med 2013. Det måste ses som ett gott tecken på att patientsäkerhetsarbetet ger positiv effekt. Medborgarna är informerade och uppmuntrade att anmäla skador så att händelser kan utredas och förbättringar kan komma till stånd innan det sker något mer allvarligt.

- ✓ *Den samlade bedömningen utifrån Lex Maria, analys av ärenden från IVO, Centrala händelseanalyser och Patientnämndsärenden är att brister i vård- och behandling kan få ödesdiga konsekvenser men kan förbättras genom en god personalförsörjning, förbättrad kontinuitet samt att patientens delaktighet säkerställs.*
- ✓ *Klagomål avseende vård och behandling har ökat kraftigt men inträffad allvarlig vårdskada har minskat jämfört med tidigare år.*

---

## Samverkan med patienter och närstående

Att patienter och närståendes förslag och synpunkter tas tillvara i verksamheterna har varit ett fokusområde vid årets patientsäkerhetsdialog. De flesta enheter har goda rutiner för den individuella delaktigheten med har svårare att få till medverkan i det bredare patientsäkerhetsarbetet.

Reumatologen har ett väl utvecklat samarbete inom patientsäkerhetsområdet med patientföreträdare samt inom psykiatrin finns en tradition av brukarråd. Flera vårdcentraler har inbjudit till *focusgrupp* med sina patienter och träffas fyra gånger per år om patientsäkerhets&förbättringsfrågor.

Inom rättspsykiatrin har brukarna varit med om att följa upp sina vårdplaner och finns med i avdelningens patientråd. Inom barnmedicin har närstående varit med att utveckla rondsystemet.

***Krav på brukarråd/focusgrupp kommer att ställas på samtliga verksamheter i planeringen för patientsäkerhetsarbetet 2015.***

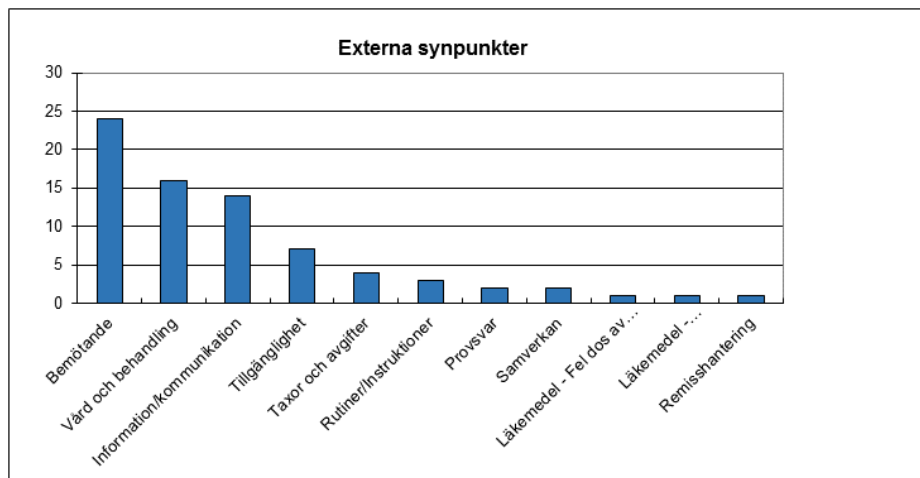
Den *nationella patientenkäten* är ett viktigt instrument att fånga upp upplevelser i vården. Verksamheterna arbetar för att ta tillvara förbättringsförslagen. *Patientnämnden* är också en viktig ingång i patienternas medverkan i patientsäkerhetsarbetet. I LexMaria ärenden har alltid verksamhetschefen kontakt samt att patient/närståendes erfarenhet tas tillvara vid händelseanalysen.

På *Patientsäkerhetsdagen* var ett av temana patientmedverkan där både personal som patienter bjöds in till dialog och föreläsningar samt att ”Min guide till säker vård” delades ut till medborgarna. Senior-miniQ för delaktighet vid läkemedelsgenomgång visades.

Patient/närstående inbjödes att *deltaga i riskanalyser* genom sina patientföreningar och kunde på sätt medverka i riskanalys primärvårdsakut.

För att patienter och närstående lättare skall kunna lämna förslag till förbättringar öppnades en *direktgång till Landstingets avvikelserapporteringssystem* Synergi under våren 2014. Under året inkom 107 förslag som tas om hand och återkopplas till patient/närstående om ej önskemål om anonymitet.

Status, Vanlig	Antal registreringar
Registrerat	32
Under behandling	5
Godkänt	4
Avslutat	66
	107



Flest ärenden omfattar bemötande. Inkommande ärenden är i stigande.

Landstinget har under 2014 utrett planerat för patienter att ta del av sin *journal "på nätet"* med pilot för ett breddinförande 2015. Utifrån individperspektivet ges vid strukturerad *läkemedelsgenomgång* möjlighet till patientmedverkan genom symptomskattning och "Min Guide till säker vård". Ett enklare kort har utarbetats inom primärvården för information om fortsatt vård och behandling.

Arbete har startat upp i Landstinget att säkerställa intentionerna i den Nya Patientlagen om patientens delaktighet och valfrihet i vård och behandling. Information har gått ut till samtliga medborgare.

## Resultat

***Landstinget Västmanland klarade samtliga fem grundkrav och sex indikatorer i Patientsäkerhetsöverenskommelsen 2014 vilket gav ett tillskott om 19 miljoner från staten till det fortsatta patientsäkerhetsarbetet i Landstinget.*** Grundkraven omfattade; patientsäkerhetsberättelse, nationell patientenkät, mätning av patientsäkerhetskultur, markörbaserad journalgranskning och nationell patientöversikt (NPÖ). Indikatorerna som gav prestationsersättning om uppfyllda grundkrav innehöll; basala kläd- och hygienregler, minskad antibiotikaanvändning, säker läkemedelsanvändning, förebyggande av trycksår, kontroll på överbeläggningar samt införande och validering av data i infektionsverktyget.

### ***Strukturmått***

Landstingets *centrala patientsäkerhetsteam* är etablerat med fyra chefläkare, en chefsjuksköterska, administrativ resurs och en synergiansvarig samt med fem centrala analysledare. *Läkemedelskommittén* är en viktig del i strukturen samt att lokal *Stramagrupp* finns etablerad. För implementeringen av de Nationella riktlinjerna finns en särskild avdelning för God Vård. *Analysgruppen* arbetar med öppna jämförelser.

Nytt ledningssystemet har införts och ett omfattande arbete har avslutats att flytta över och kvalitetsgranska tidigare instruktioner inom hela Landstinget. Processmodulering pågår för kärnprocesser medans arbetet avslutats för författningsstyrda sakområden. Ledningens genomgång är planerad maj 2015.

*Gemensam elektronisk journal Cosmic* är införd i hela landstinget samt kommer att införas för de privata utförarna av sjukhusvård och primärvård under 2015-2016.

På *Lärcentrum*<sup>26</sup> finns regelbundna utbildningar i patientsäkerhet men även riktad utbildning i säker läkemedelsanvändning och suicidprevention. All personal skall genomgå utbildning i hjärt-lungräddning varje år vilket nåddes i cirka 40% med en variation om 0-100% mellan de olika verksamheterna. AT-läkarna får A-HLR-utbildning i introduktionsveckan samt som en repetitionsutbildning ett år senare inför primärvårdsplaceringen.

#### Genomförda utbildningar 2014

A-HLR utbildning	205
Barn A-HLR utbildning	60
Barn HLR - Instruktörsutbildning	8
Barn HLR utbildning	170
D-HLR	31
S-HLR - Instruktörsutbildning	32
S-HLR utbildning	1073
Vuxen HLR med hjärtstartare	344
Vuxen HLR med hjärtstartare - Instruktörsutbildning	0
Totalsumma	1923
Patientsäkerhet för verksamhetschefer	
Avvikelse rapportering/Händelse- eller riskanalys	84
Strålsäkerhet/Gasutbildning eller Medicinsk Teknik	64
Alert – Akuta livshotande händelser	211
Akut omhändertagande för Primärvården	47
SBAR*	114
Team-arbete/Team-träning	
Förflyttningsskick**	257
Förflyttningsskick - Instruktörsutbildning	21
Läkemedel	
Suicidprevention	120

<sup>26</sup> För en komplett information om Lärcentrums verksamhet och för personalen genomgåna utbildningar hänvisas till Lärcentrums verksamhetsberättelse 2014.

---

\*SBAR under 2014 har förutom de ordinarie tillfällena på en halvdag x 2 även haft arbetsplatsförlagd information/ utbildningen till samtliga verksamheter. Både inom sjukhusvården som primärvården har man på den egna arbetsplatsen under tex. APT, utbildningsdagar tagit del av information/utbildning om SBAR . Läkarna har haft egna informations/utbildningstillfällen på läkarmöten. Samtliga har emottagits väl. Enheten/kliniken arbetar därefter själva fram en struktur att hålla sig i. Material har tillhandahållits från Lärcentrum och patientsäkerhetsteamet.

\*\*Förflyttningkunskap, under 2014 har utbildning till instruktör kunnat erbjudas ( ca 20) för att stärka omvårdnaden för patienten och ytterligare förhindra att skador uppstår såsom trycksår o fall samt för personalens säkerhet utifrån arbetsmiljöaspekter. Instruktörernas roll är tänkt att hålla repetitionsutbildningar på den egna enheten/kliniken samt att tillsammans med ombuden hela tiden uppdatera material etc. men också påvisa så fel/brister ej uppstår. Grundutbildningen kommer som tidigare hållas på Lärcentrum och inom KTC

I Lärcentrum ingår Kliniskt Tränings Centrum (KTC). Under år 2014 har Lärcentrum kompetensen för att utbilda andra att bli instruktör i medicinsk simulering. Det har under året genomförts två utbildningstillfällen där medarbetare från avdelningar utbildats för att bli instruktörer i medicinsk simulering. Det har exempelvis medfört att teamutbildning med patientscenario genomförts på diabetes- njuravdelningen vid ett flertal tillfällen.

Det övergripande syftet med att möjliggöra medicinsk simulering vid KTC och/eller på klinik är att stärka kommunikation och reflektion i det vardagliga arbetet via scenario och/eller färdighetsträning. Genom att flera olika yrkesgrupper övar i team och färdigheter tillsammans, med stöd av utbildningsmodeller/ simuleringsdocka, blir även roller och ansvar tydliga.

Avvikelse kan ligga som grund för hur ett scenario utformas. Utbildning i Akut omhändertagande för slutenvården är en heldagsutbildning där syftet är att bli förberedd inför mötet med en akut sjuk patient. Utbildningen utgår ifrån att deltagarna undersöker och behandlar patient enligt ABCDE-metoden. Deltagarna arbetar i team och får förståelse för sin egen roll i teamet.

Kompetenskort TILDA är ett webb-baserat verktyg för utbildning och kunskapstest och har bl.a använts för säker läkemedelshantering. I dagsläget finns 2180 licenser i landstinget.

Chefläkare har deltagit i utbildning av sommarvikarier för psykiatri för att säkerställa god vård och patientsäkerhet.

### ***Processmått***

*Patientsäkerhetsronder* har genomförts på samtliga enheter under året av den chefläkare som har ett särskilt uppdrag inom verksamhetsområdet tillsammans med chefsjuvsköterskan. Det innebär att chefsjuvsköterskan besökt samtliga kliniker medan respektive chefläkare sett sitt område uppdelat på primärvård, psykiatri, medicinska specialiteter och kirurgiska+diagnostiska specialiteter.

En sammanställning av patientsäkerhetsronderna har genomförts enligt trafikljusmetoden och många förbättringsförslag har kunnat tas om hand.

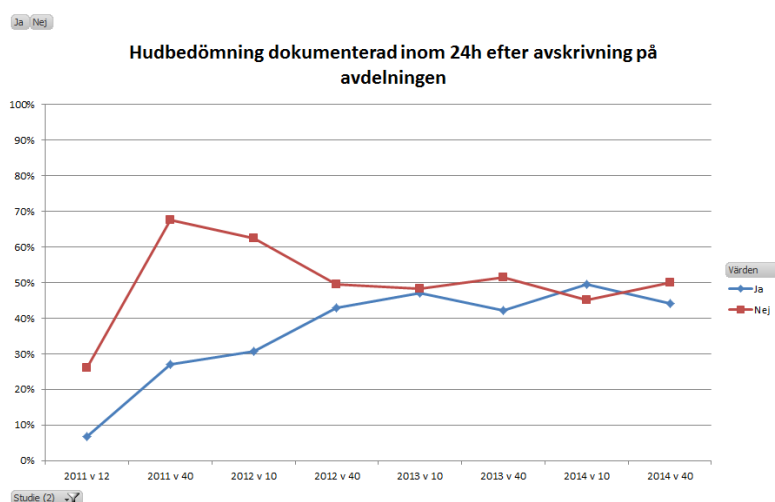
*Hygienronder* är etablerade och genomförs årligen inom samtliga verksamheter, även de privata och inom kommunal verksamhet.

*Händelse & Riskanalyser* har genomförts under ledning av centrala analysledare; 11 händelseanalyser av lex Maria-ärenden som har förts in eller kommer att föras in i Nitha<sup>27</sup> samt 7 övergripande riskanalyser men ute i verksamheterna görs även egna analyser på enklare ärenden även om ingen sammanställning finns på dem. Verksamheten är positiv och angelägen att delta i analyserna. Kulturen i att vända från "syndabock" till systemfel har förbättrats rejält.

Händelseanalys med central analysledare görs i de Lex Maria-ärenden som kräver en större genomlysning, om flera enheter är involverade i händelsen och/ eller andra omständigheter som innebär att en extern utredning utanför enhetens egna interna utredning krävs.

Rutin för händelse- och riskanalys där flera vårdgivare är involverade finns implementerad samt inskriven i avtalen med de privata utförarna.

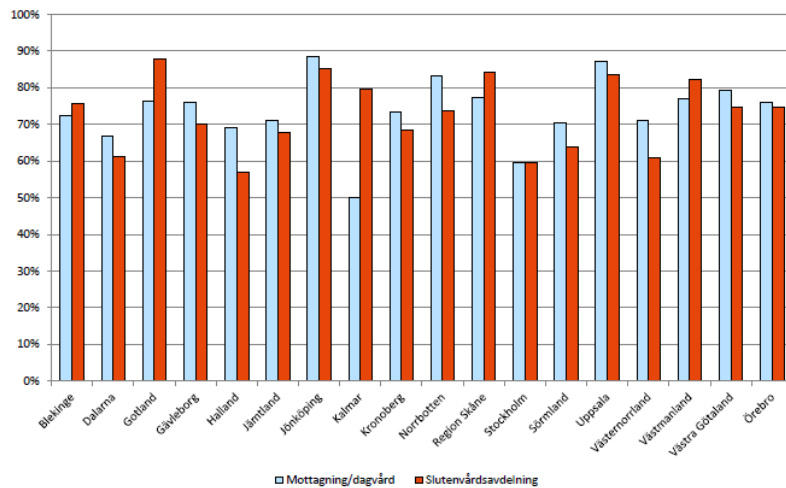
Riskanalys enligt *Senior Alert* är infört på samtliga kliniker och inom primärvården och redovisas månatligen. Viktigt är uppmärksamhet mot trycksår förutom fall och undernäring. Att hudbedömning görs inom 24 timmar efter inläggning är i stigande.



De nationella mätningarna av *vårdrelaterade infektioner (VRI)* samt *följsamhet till grundläggande hygienrutiner och klädregler* har legat till grund för månatliga mätningar inom landstingets verksamheter. Andelen korrekta hygien- och klädregler är över 80% inom slutenvård och över 75% inom mottagning/primärvård.

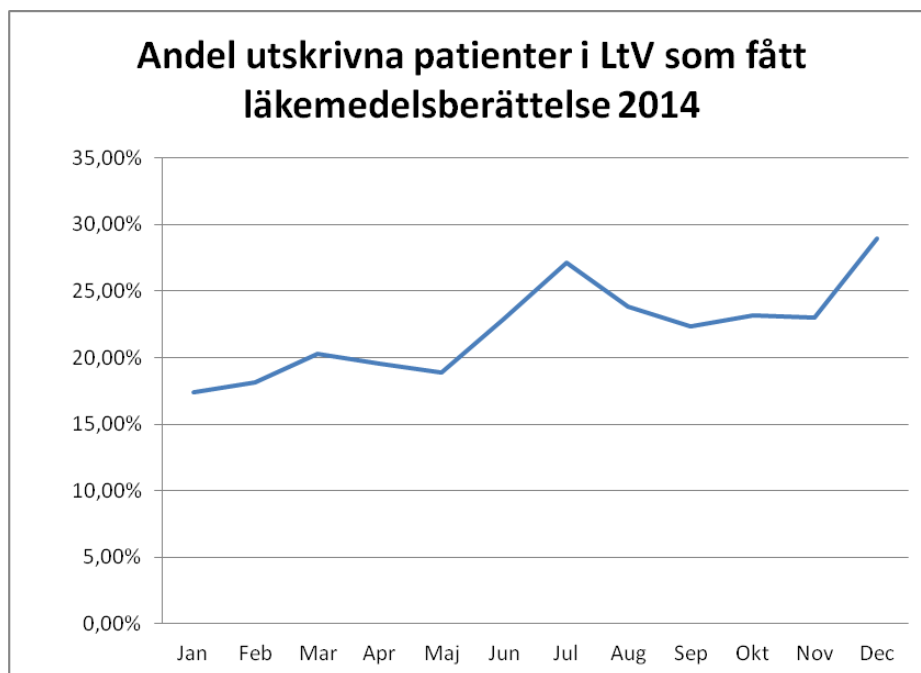
<sup>27</sup> Nitha är ett nationellt IT-stöd för händelseanalyser.

Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (sju steg) efter verksamhet VT 14



Navigation icons: Save, Print, Home, Back, Forward, Page 9 / 12, Zoom in/out, Share. Logo: Sveriges Kommuner och Landsting

Gällande *infektionsverktyget* så infördes det på två pilotkliniker infektion och kärllkirurgiska kliniken i maj 2013 och breddinfördes senare under året på samtliga slutenvårdskliniker och specialistmottagningar i länet. På samtliga kliniker finns kontaktläkare för *infektionsverktyget* utsedda.

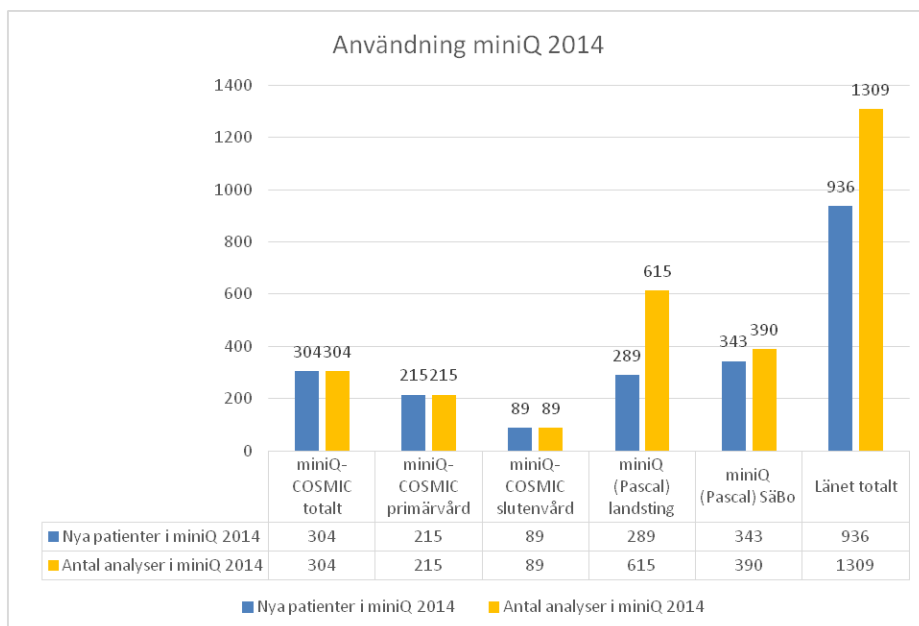


Användningen av *Läkemedelsberättelse* har fortsatt att öka och 2014 har andelen utskrivna patienter som fått *Läkemedelsberättelse* ökat till totalt ca 22% att jämföra med 2013 då motsvarande siffra var drygt 12%. Landstinget Väst-

manland har därmed redan passerat det tidigare uppsatta preliminära målvärdet på 20% för år 2015 som sattes i samband med införandet 2012.

I september 2014 hade 79% (30 av 38) av alla avdelningar inom slutenvård tillämpat den aktuella instruktionen. Det föreligger en stor spridning mellan olika kliniker där man ser den största tillämpningen framför allt inom medicinska specialiteter, men undantag finns. Flera kliniker (t ex Infektionskliniken och Medicinkliniken i Västerås) har Läkemedelsberättelse som fokusområde gällande patientsäkerhet.

*Antalet läkemedelsgenomgångar* i primärvården är stabila på nästan 7.000 genomförda analyser. Användningen av beslutstödet miniQ omfattar även slutenvården.



Gällande *vårdplan i Cosmic* så har det pågått ett intensivt arbete med att implementera vårdplansmodulen i Cosmic på ett stort antal av landstingets Västmanlands slutenvårdskliniker. Kontaktpersoner på klinikerna har hållt i utbildningen av det nya arbetssättet och en e-utbildning är framtagen i vårdprocessen. Syfte med vårdplansmodulen är att identifierade omvårdnadsbehov dokumenteras, mål samt planerade och utförda åtgärder synliggörs tydligare.

### **Resultatmätt**

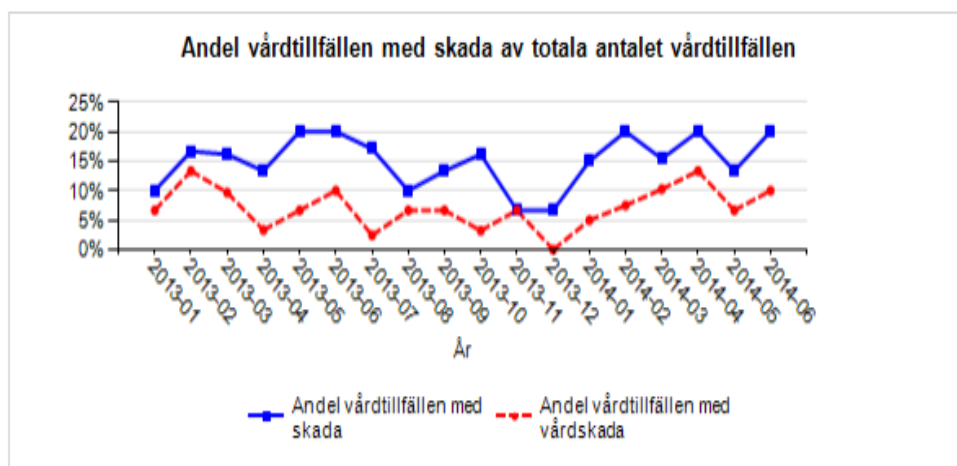
*Antalet Lex Maria* ärenden omfattande patienter som drabbats av allvarlig vårdskada eller utsatts för sådan risk anmäldes i 53 fall varav 38 var inträffad allvarlig vårdskada. I relation till antalet behandlade patienter blir andelen mycket låg men varje inträffad allvarlig vårdskada är en tragedi för den enskilde, anhöriga och involverad personal.



- ✓ Antal inträffade allvarliga vårdskador 38 varav 25 självmord

#### **Rapport från Västmanlands sjukhus, Västerås 2013-2014**

- ✓ Andel vårdtillfällen med skada 15,1
- ✓ Andel vårdtillfällen med vårdskada 7,0



På kliniknivå har tre kliniker granskat journaler, kirurgkliniken, medicinkliniken i Västerås och Köping.

- Journalgranskningen på Medicinkliniken i Västerås av avlidna patienter visade att 87% av dödsfallen var väntade, 80% av patienterna kom från eget boende, i 65 % hade patient och eller närstående erhållit ett brytpunktsamtal. Skada/vårdskada i ovanstående journalgranskning var i form av UVI, trycksår, fall och blåsoverfyllnad.
- Journalgranskningen på Medicinkliniken i Köping av patienter som drabbats av trycksår, med syfte att se vart trycksåren hade uppstått och vilka åtgärder som vidtagits. Granskningen visade att flertalet patienter hade trycksår vid inläggning och dessa patienter hade vårdats på flera ställen och därmed många vårdtillfällen. Journalgranskningen visade på brister gällande dokumentation av planerade och vidtagna åtgärder. Där vårdplan upprättats var det betydligt tydligare vad som planerats och vilka åtgärder som vidtagits.
- Journalgranskningen på Kirurgkliniken i Västerås av patienter som drabbats av blödande magsår. Syftet var att följa skriftlig vårdplan vid inskrivning, ordinerad övervakning, fasta, upptransfundering vid behov samt farmakologisk och endoskopisk behandling.

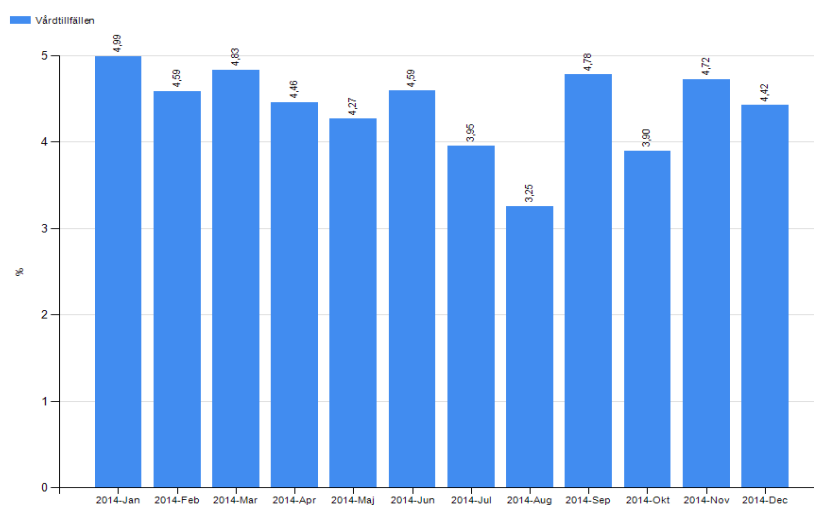
Negativa händelser/olycksfall rapporterade i Synergi är 1632, något högre än föregående år. Tillbudna och riskerna har även de ökat i antal.

- *Självmorden* som rapporterats har minskat från 30 till 25
- *Självmordsförsöken* är oförändrade med 529 rapporterade

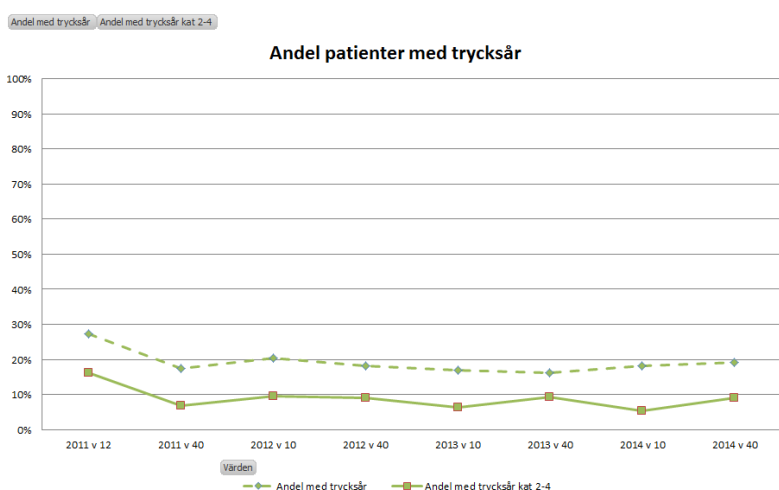
- *Fallskador* är oförändrade 489 (dubblerades mellan 2012-2013)
- *Läkemedelsfel* har ökat kraftigt från 592 rapporter till nu 747
- *Remisshantering* minskat från 265 till nu 159
- *Samverkan mellan enheter* har rapporterade brister minskat något 442 (Till detta tillkommer patientklagomål på bristande samverkan)

*Vårdrelaterade infektioner (VRI)* mäts genom infektionsverktyget. Infektionsverktygets siffror kan inte jämföras med den tidigare månatliga punktprevalensmätningen men Västmanland bibehåller sin låga frekvens av VRI under 5 %.

### Resultat: Västmanlands sjukhus slutenvård 2014

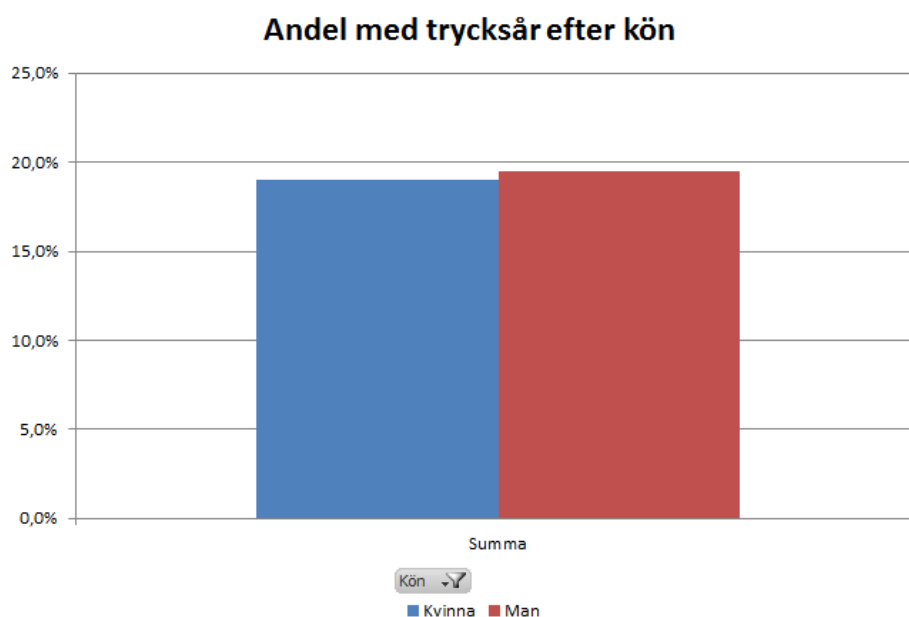


För trycksår var resultatet sämre med förekomst av trycksår vid mätningen i vecka 10 2014 om 18,1 % men betydligt lägre 5,4 % avseende trycksår kategori 2-4. Många patienter 84,8 % får tryckavlastande madrass men färre 7,6 % får tryckreducerande dyna i stol och 38,1 % får hälavlastning. Antalet rapporterade trycksår i Synergi var bara 72 vilket är en grav underrapportering.



Utvecklingen över tid gällande tryck- sår i slutenvård Västmanland

Några könsskillnader föreligger emellertid ej.



Antalet rapporterade fallskador för inneliggande patienter > 70 år mätt med antalet rapporterade negativa händelser var under 2014 i princip oförändrat på 131 st jämfört med 128 st år 2013 trots ett omfattande arbete med fallriskprevention enligt Senior Alert. Antalet rapporterade tillbud 163 ökade något under 2014. Att endast kvantitativt följa antal negativa händelser och tillbud är dock otillräckligt. Dessa data måste kompletteras med kvalitativ granskning av allvarlighetsgrad och bedömning av huruvida händelserna varit undvikbara (vårdskada) eller ej. En översiktlig kvalitativ granskning av allvarlighetsgrad påvisar att endast en tredjedel av de drabbade patienterna de facto drabbats av skada och endast en tiondel av allvarligare skada (11 st fraktur, 2 st blödning under skallbenet, sk subduralhematom). Andel vårdskador av dessa är ännu ej analyserat. Fortsatt analys av data planeras som grund för fortsatt uppföljning under planperioden. En fallskada är Lex Maria – anmäld i år.

### **Måluppfyllelse**

*Landstinget Västmanlands övergripande mål att minska antalet vårdskador har infriats inom de flesta områden:*

- *Allvarliga vårdskador har minskat inklusive självmorden*
- *Vårdrelaterade infektioner understiger 5%*
- *Allvarliga fallskador få trots många tillbud*
- *Trycksårsfrekvens hög men låg för de allvarligaste; grad 2-4*

-Trycksårsgruppen arbetar aktivt att med att implementera handlingsplanen och förflyttningsinstruktörer har utbildats.

- *Säker läkemedelsanvändning på god väg*

-Samtliga mål/aktiviteter i handlingsplanen för ”nystart läkemedelshantering

---

2013” är genomförda förutom rutiner för uppföljning av betydande avvikelser.

-Antalet läkemedelsberättelser har överträffat målen samt att antalet läkemedelsgenomgångar är på en stabil hög nivå.

-Antibiotikaanvändningen har minskat.

Äldresatsningen på att minska onödiga läkemedel har haft stor betydelse. Där har det regionala samarbetet ”äldre & läkemedel” varit särskilt framgångsrikt. Dosavvikelser har följts upp och klinisk farmaci har pilottestats inom kirurgi.

➤ *God patientsäkerhetskultur*

*Inom samtliga identifierade förbättringsområden vid analys av 2011 års patientsäkerhetskulturmätning har ett positivt resultat uppnåtts i mätningen 2014*

- *som högsta ledningens stöd,*
- *samarbete mellan vårdenheter samt*
- *överlämning/överföring av kommunikation.*

I patientsäkerhetskulturenkäten 2011 sågs ett positivt klimat ute på enheterna medan högsta ledningens stöd måste bli bättre samt att patienternas delaktighet måste förbättras. Arbetet att stödja verksamheterna har intensifierats och fokus på patienter och närståendes medverkan i patientsäkerhetsarbetet har genomsyrat Landstinget Västmanland på alla nivåer under år 2014. Resultatet av patientsäkerhetskulturenkäten 2014 visar att högsta ledningens stöd förbättrats samt att stödet till patient och närstående förbättrats vid allvarlig händelse.

Allvarliga vårdskador, mätt som lex Maria-ärenden har minskat genom ett framgångsrikt patientsäkerhetsarbete. Viktig del i detta har varit åtgärder att minska risker med hyrläkare.

Landstinget Västmanland uppnådde målen i Landstingsplanen för minskade vårdrelaterade infektioner och minskad antibiotikaanvändning men klarade ej målet om färre fallskador. Allvarliga fallskador är dock få och bara en fallskada bedömdes om undvikbar och lex Maria-anmälades.

Även om målet för vårdrelaterade infektioner uppnåddes innebär ändå detta varje månad 30 onödiga infektioner som skapar lidande. Landstinget Västmanland var med i SKL:s projekt som ett Landstings om lyckats och arbetar nu vidare för att bli ännu bättre.

Det totala antalet avvikelserapporter för år 2014 är 8799. I detta ingår även patientklagomål och lab-fel. Rapporteringsbenägenheten är mycket god. Samarverkan har förstärkts med andra vårdgivare genom gemensamma risk & händelseanalyser.

Anslutningen till utbildning i SBAR som ses som strategiskt viktigt i en säker kommunikation inom och mellan enheter har ökat och en fortsatt satsning kommer att ske 2015. Även anslutningen till utbildning i HLR har förbättrats.

---

## Övergripande mål och strategier för kommande år

Att upprätthålla och ytterligare förbättra den goda patientsäkerhet landstinget Västmanland uppnått är en grundpelare för att kunna ge god vård.

De övergripande målen ligger fast att:

- Minska antalet vårdskador<sup>28</sup>, en nollvision för undvikbara skador.
- En patientsäkerhetskultur som kännetecknas av patientens delaktighet och medverkan samt ett förebyggande arbetssätt.

Samverkan är ett nyckelord vad gäller patientsäkerhet och har bäring inom flera områden. Patienternas delaktighet är av största vikt för att uppnå högre patientsäkerhet och patienterna måste ges ökade möjligheter att medverka i den egna vården.

Medverkan i patientsäkerhetsarbetet från patient och närstående kommer att underlättas genom införandet av Journal på Nätet. Under 2015 kommer även invånarna att erbjudas Egen vårdbegäran dvs möjligheten att utfärda sin egen remiss.

Viktigt för samverkan i patientsäkerhetsarbetet är den gemensamma journalen Cosmic som kommer att vara införd i all verksamhet 2015. De privata utförarna kommer även att erbjudas samverkan i avvikelserapporteringen genom Synergi och fortsatta gemensamma händelse- och riskanalyser.

Arbetet att utveckla och stödja enheternas patientsäkerhetsarbete kommer att fortsätta och utifrån analysen av år 2014 års patientsäkerhetsdialog tas en ny checklista fram för år 2015:s rond. Kommunikationsverktyget SBAR är beslutat för hela Landstinget och utbildning ges även 2015. Arbetet fortsätter att informera samtliga verksamhetschefer för att kunna bygga in det som ett naturligt verktyg i den vardagliga kommunikationen.

Introduktionsutbildningen för nya chefer har lyfts till koncernledningen att utbildning i patientsäkerhet måste göras obligatoriskt under första året. För nya medarbetare planeras en obligatorisk e-utbildning i patientsäkerhet.

En work-shop planeras om patientsäkerhet för samtliga verksamhetschefer inom Västmanlands sjukhus två gånger per år med start våren 2015.

Analys av avvikelserapporteringen visar på brister i registreringen. Medarbetarna behöver mer kunskap om vad som ska rapporteras och hur ärendet ska följas samt återkopplas till berörda. Detta kommer att prioriteras 2015.

---

<sup>28</sup> Med vårdskada menas lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid en patients kontakt med hälso- och sjukvården

---

Ett viktigt arbete är att fortsätta stödja enheterna i lokala utvecklingsprojekt för ett förbättrat patientsäkerhetsarbete främst enligt de nationella åtgärdsplanerna. Beviljade projekt 2012-2014 har haft stor betydelse i det systematiska förbättringsarbetet och visar på ett mycket starkt engagemang att utveckla patientsäkerheten också ute i verksamheterna. För år 2015 har medel till 30 projekt avsatts i budget.

Dessutom har en ny utmärkelse instiftats för det systematiska patientsäkerhetsarbetet ”Säkerhetsnålen” som skall delas ut första gången år 2015.

Tillskottet om 19 miljoner har återinvesterats i ett fortsatt starkt och uthålligt patientsäkerhetsarbete 2015 som bl.a kommer att omfatta satsningar på märkbaserad journalgranskning, infektionsverktyget att minska vårdrelaterade infektioner samt onödig antibiotikaförskrivning, flera utbildningar inom läkemedelsområdet samt att stimulera till fler lokala projektarbeten i linje med det övergripande patientsäkerhetsarbetet. Arbetet att stödja enheterna i läkemedelsgenomgång och läkemedelsberättelse måste intensifieras.

Patientsäkerhets dag kommer att genomföras för tredje året i rad 2015 den 15/4 i Köping och 16/4 i Västerås. Upplägget är på samma sätt som tidigare är för personal och allmänhet för att visa på gjorda goda insatser inom patientsäkerhetsområdet samt att stimulera till ett fortsatt patientsäkerhetsarbete. Denna dag har nu blivit en tradition i Landstinget Västmanland.

Som ett viktigt led i att gå vidare med det systematiska patientsäkerhetsarbetet till nivå 5 är att kunna nå ut till medarbetarna på ett lätt sätt med information och återkoppling. Nyhetsbrevet är ett led i detta. En framtida önskvärd strategi är att kunna sända detta via TV-monitörer ute i verksamheterna. Idén är lyft till högsta ledningen och kommunikationsdirektören.

Ledningssystemet måste ständigt utvecklas med ytterligare rutiner för patientsäkerhetsarbetet bl.a. skall instruktion för patientsäkerhetsberättelse upprättas. Dessutom ska rutiner arbetas fram för uppföljning från Apoteket, både av avvikelser samt att extern granskning via Apoteket överlämnar sina resultat till Landstinget Västmanland. Detta ska hanteras via Läke-medelsenheten.

En av de stora patientsäkerhetsfrågorna är en tryggad personalförsörjning. Inom delar av sjukvården ses kompetensförlust pga stor personalomsättning medan inom andra delar är svårighet att ersätta kommande pensionsavgångar. Att minska riskerna med överbeläggningar och utlokaliserade patienter är en strategisk fråga.

Ett program för Patientsäkerhetsarbetet skall läggas fast för den fortsatta inriktningen flera år framåt. Detta skall politiskt förankras under 2015 och är ett led i den högsta ledningens styrning av patientsäkerhetsarbetet. Detta kommer att ta fasta på långsiktiga resultatmål att:

- Bibehålla vårdrelaterade infektioner <5%
- Minska trycksår grad 2-4 till <5%
- Några allvarliga fallskador skall ej förekomma
- Antalet suicid och suicidförsök skall halveras

- 
- Patientmedverkan skall stärkas
- Ett led i stärkt patientinflytande är breddinförandet av ”Journal på nätet” där fler delar än journalen skall göras tillgängliga såsom provsvar och remisser.

***Även skarpa mål och uppdrag finns formulerade för år 2015:***

- Under 2015 görs analyser och projektformuleringar utifrån standardiserade Synergirapporter på tre nivåer; verksamhet, förvaltning samt koncernnivå.
- Vid utgången av 2015 ska 100% av berörda VC genomgått modulutbildningen i patientsäkerhet. Initiativ har tagits av det centrala patientsäkerhetsteamet att se över hela introduktionsutbildningen för nya chefer och att göra modul i patientsäkerhet obligatorisk under det första året som chef.
- Vid utgången av 2015 ska MJG (markörbaserad journalgranskning) användas som ett verktyg för vårdskadeidentifiering inom såväl sjukhusförvaltningen som PPHV.
- Under 2015 kommer upphandling och introduktion av personal från bemanningsföretag vara minutiöst kontrollerad så att vården är säker.
  - Antalet vårdskador skall minska
  - Avvikelser skall vara klassificerade och allvarlighetsbedömda inom fyra veckor
  - Suicidprevention är prioriterat
  - Verksamhetsplan för Patientsäkerhet skall följas

Verksamhetsplan 2015 bifogas i Bilaga 1.

## Bilaga 1

Landstinget Västmanland	
<p><b>Vision</b></p> <p>"Det hälsofrämjande landstinget bidrar till ett gott liv för alla. Alla som behöver ska ha tillgång till en vård av hög kvalitet. Invånarna är delaktiga med tilltro till en levande demokrati."</p> <p>Landstinget har en nollvision vad gäller vårdskador.</p>	<p><b>Värdegrund</b></p> <p>"Landstinget Västmanland ska alltid utgå från att alla människor är lika värda och ska bemötas med respekt.</p> <p>Alla människor ska ges förutsättningar för god livskvalitet. En viktig faktor för livskvalitet är samverkan mellan alla involverade parter.</p> <p>Landstinget ska hushålla med de gemensamma resurserna och fördela dessa efter behov."</p>
Centrala patientsäkerhetsteamets uppdrag	
<p>Övergripande uppdrag är att säkra och följa upp vårdgivarens ansvar för patientsäkerheten samt att upprätta övergripande instruktioner inom patientsäkerhetsområdet. Att verka för en säkerhetskultur som kännetecknas av hög riskmedvetenhet och aktivt riskreducerande arbetssätt samt att verka för ett systematiskt förebyggande patientsäkerhetsarbete. Att systematiskt utvärdera, återkoppla och initiera förbättringsåtgärder baserade på avvikelserapportering och riskinventering på landstingsövergripande nivå. Att kontinuerligt informera och förankra i Hälso- och sjukvårdsledningen planerade och pågående aktiviteter samt att vara en resurs i samband med upprättande av kravspecifikationer vid upphandling av hälso- och sjukvårdsverksamhet samt vid uppföljning av verksamheterna. Tillämpa Socialstyrelsens föreskrift och allmänna råd om anmälningskyldighet enligt lex Maria samt vara ett stöd till verksamhetschefen i samband med lex Maria- och enskilda ärenden. Att på uppdrag genomföra risk- och handelseanalyser.</p>	
Långsiktiga strategier 2015-2017	Övergripande mål
<p>Att verka för ett systematiskt patientsäkerhetsarbete för att upprätthålla och förbättra patientsäkerheten. Arbetet betonas av systemsyn istället för individsyn och strävar efter en lärande organisation.</p> <p>Stödja samverkan i Hälso- och sjukvården både inom landstinget och med andra vårdgivare. Att mäta och följa upp resultat samt förbättra metoder för uppföljning och utvärdering, synliggöra goda exempel. Fokus på ökad patientdelaktighet.</p>	<p>Att vara drivande och stödjande för en patientsäker vård:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inga patienter ska skadas eller avvilda till följd av felbehandlingar i vården.</li> <li>- Förbättra det suicidpreventiva arbetet</li> <li>- Inga patienter ska drabbas av trycksår, allvarliga fallskador eller undvikbara vårdrelaterade infektioner.</li> <li>- Begränsa utbredningen av multiresistenta bakterier.</li> <li>- En patientsäkerhetskultur som kännetecknas av patientens delaktighet och medverkan samt ett förebyggande arbetssätt.</li> </ul>

Verksamhetsplan Patientsäkerhet 2015



Perspektiv	Medborgare/ Patient	Process/ Produktion	Medarbetare	Ekonomi
<b>Fokusområde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patient och närståendes delaktighet</li> <li>• Säker läkemedelsanvändning</li> <li>• Suicidprevention</li> <li>• Vårdrelaterade infektioner</li> <li>• Trycksårprevention</li> <li>• Allvarliga fallskador</li> <li>• Korrekt tillämpning av psykiatrisk tvångsvårdslagstiftning</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Senior Alert</li> <li>• Infektionsverktyget</li> <li>• Överbeläggningar och utlokaliserade patienter</li> <li>• Ledningssystemet</li> <li>• Risk- och handelseanalys</li> <li>• Markörbaserad journalgranskning</li> <li>• Systematisk avvikelshantering i Synergi</li> <li>• Informationsöverföring i vårdens övergångar</li> <li>• Patientsäkerhet – HR</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utbildning i patientsäkerhet</li> <li>• Stärkt patientsäkerhetskultur</li> <li>• Basala hygienrutiner och klädregler (VRI)</li> <li>• Säker kommunikation</li> <li>• Information om patientsäkerhetsarbete och återföring av resultat</li> <li>• VRI förorsakade av infarter</li> <li>• Adekvat dokumentation vid tvångsvård</li> <li>• Information om patientsäkerhetsfrågor</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Budget för kommande års patientsäkerhetsarbete</li> </ul>
<b>Aktiviteter 2015</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stödja utvecklingsprojekt som främjar patient och närståendes delaktighet</li> <li>• Fortsatt stöd i användande av läkemedelsberättelse</li> <li>• Säkerställa övergripande instruktioner för läkemedelsgenomgång</li> <li>• Skapa handlingsplan för suicidprevention</li> <li>• Trycksårsmätning kvartalsvis</li> <li>• Analys av allvarliga fallskador</li> <li>• Säkerställa eftersamtal med patient efter varje tvångsåtgärd</li> <li>• Stödja journalgranskning avseende tvångsvård.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stödja nyttjande av kvalitetsregistren Senior Alert och infektionsverktyget som del av det systematiska förbättringsarbetet.</li> <li>• Utföra riskanalys avseende överbeläggningar och utlokaliserade patienter.</li> <li>• Landstingsövergripande instruktioner som berör patientsäkerhet.</li> <li>• Medverka i markörbaserad journalgranskning</li> <li>• Uppföljning av genomförda åtgärder efter handelse- eller riskanalys.</li> <li>• Initiera åtgärder/förbättringar vid upprepad och/eller allvarliga händelser rapporterade i Synergi</li> <li>• Stödja verksamheterna i hantering av Synergi</li> <li>• Stödja utveckling av säkra system för informationsöverföring</li> <li>• Initiera samverkan med HR gällande kompetensförsörjning, patientsäkerhetsutbildning etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adekvata utbildningar: SBAR, suicidprevention, patientsäkerhet, Terma-utb, psykiatrisk tvångsvård m.m.</li> <li>• Stimulera e-utbildningar och kunskapsstöd i Tilda.</li> <li>• Stödja upprättandet av handlingsplaner från patientsäkerhetskulturmätningen</li> <li>• Stödja övergripande instruktion för KAD.</li> <li>• Med vårthygien arbeta för färre VRI i samband med infarter.</li> <li>• Följa upp vårthygiens analys av hygienrönder.</li> <li>• Informationsblad 4 ggr/år</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bevaka behovet av åtgärder och utveckling inom patientsäkerhetsområdet</li> <li>• Uppföljning av ekonomiskt utfall avseende det centrala patientsäkerhetsteamets budget</li> </ul>

Verksamhetsplan Patientsäkerhet 2015



## Bilaga 1



---

## Bilaga 2

Handlingsplan 2014 utifrån Patientsäkerhetskulturenkätmätningen 2014

# Handlingsplan 2014 patientsäkerhetskultur

## Förbättringsområde 1 Högsta ledningens stöd till patientsäkerhetsarbete

**Resultat:** Index för 2011 var 28 och har 2014 ökat till 39.

**Mål:**

Patientsäkerhetsarbetet genomsyrar hela linjen. Att högsta ledningens personliga engagemang är en väsentlig del i patientsäkerhetsarbetet.

Ett optimalt ledarskap som präglas av ökad chefsnärvaro

Åtgärder	Åtgärda senast:	Ansvarig:
Sjukhuschef Västmanlands sjukhus och förvaltningschef Primärvård, Psykiatri och Habiliteringsverksamhet för genomför patientsäkerhetsronder ”Walk Rounds*” årligen.	December 2016	Sjukhuschef/förvaltningschef
Att stärka stödet till chefer i deras roll som arbetsledare	December 2016	Sjukhuschef/förvaltningschef

\* Walk Rounds metoden är utvecklad i USA och presenteras av IHI (Institute of Healthcare Improvement). Ronden möjliggör för den högsta ledningen att synliggöra sitt engagemang och ansvar i patientsäkerhet. Genom att högsta ledningen samtalar med chefer och medarbetare om säkerhetsrisker i vården möjliggör en ömsesidig dialog och lärande.

## Förbättringsområde 2 Arbetsbelastning och personaltätthet

**Resultat:** Index för 2011 var 44 och har 2014 minskat till 43.

**Mål:**

Integrerat patientsäkerhets- och arbetsmiljöarbete för att skapa en hög patientsäkerhet och samtidigt skapa en hälsofrämjande arbetsplats för våra anställda. Att arbeta långsiktigt och systematiskt för att behålla, attrahera och rekrytera en personalstyrka som är anpassad till verksamhetens behov. Minska inhyring av läkare och sjuksköterskor. Optimal bemanning

Åtgärder	Åtgärda senast:	Ansvarig:
----------	-----------------	-----------

Översyn av arbetsuppgifter, ansvar och befogenheter för att kunna fördela uppgifter mellan olika kompetenser.	December 2016	Förvaltningschef
Se över bemanning och kompetens på arbetsplatserna så att denna blir optimal. Organisera och omfördela arbetsuppgifter så att arbetsbelastning minskar Samtliga medarbetare ska ha en individuell kompetens –och utvecklingsplan	December 2016	Förvaltningschef, verksamhetschef, enhetschef

### Förbättringsområde 3 Lärandeorganisation

**Resultat:** Index för 2011 var 54 och har 2014 ökat till 56.

**Mål:**

Att Lex Maria ärenden kommuniceras till berörda verksamhetschefer och att förslagna/vidtagna åtgärder följs upp och sprids i Landstingets verksamheter.

Avvikelsehantering är en del av förvaltningens och klinikens egenkontroll och underlag för kvalitetsarbete. Att resultat från avvikelserapporter samt olika mätningar analyseras, återkopplas och åtgärdas.

En ökad kompetensutveckling hos vårdpersonal och chefer. Gränsöverskridande tydliga och säkra rutiner (ledningssystemet)

Åtgärder	Åtgärda senast:	Ansvarig:
Uppföljning av klinikers handlingsplaner gällande planerade åtgärder vid Lex Maria.	December 2016	Chefläkare/Analysledare i det centrala patientsäkerhetsteamet.
Informationsspridning av resultat från egenkontroller som markörbaserad journalgranskning, infektionsverktyget trycksårsmätning mm inom Landstinget.	December 2016	Centrala patientsäkerhetsteamet.
Avvikelser klassificeras inom 4 veckor, och kommuniceras på efterföljande APT/läkarmöte för att få in synpunkter och förbättringsförslag som sedan åtgärdas.	December 2015	Verksamhetschef, enhetschef
Årligen anordna patientsäkerhetens dag där medarbetare och medborgare inbjuds för att ta del av föreläsningar och utställningar av goda säkerhetsarbeten. Att goda exempel på medarbetares förbättringsarbeten synliggörs för att visa hur Landstinget arbetar med att förebygga risker och misstag.	December 2016	Hälso-och sjukvårdsdirektör/Centrala patientsäkerhetsteamet
Att riktlinjer /instruktioner som finns i ledningssystemet Centuri blir kända och efterlevs.	December 2016	Verksamhetschef, enhetschef

## HANDLINGSPLAN FÖR NYSTART LÄKEMEDELSHANTERING 2013

### Bakgrund:

Föregående års kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen har vid extern granskning visat att det är många enheter inom landstinget som inte lever upp till gällande författningskrav och vars följder riskerar att påverka patient-säkerheten. För att komma tillrätta med detta föreslås följande samverkande aktiviteter:

### 1. Spridning av information om status och behov av åtgärder

- a. Medverkan på avdelningschefsmöten inom olika kliniker i syfte att kort förmedla status, risker och förankra behov av aktiviteter som kan ge hjälp, stöd och struktur.
  - i. Kort presentation om status och risker
  - ii. Ta fram enkel vägledning om relevanta krav utifrån författning
    1. Betona ansvarsfördelning inkl. läkarnas ansvar
  - iii. Ställa krav på lokala åtgärder utifrån befintliga protokoll för 2012
  - iv. Presentera förslag på stöd/aktiviteter för att underlätta
- b. Etablera ett nytt forum för möten mellan läkemedelsansvariga sjuksköterskor (klinikvis) i syfte att ha en kanal för information och erfarenhetsutbyte. Möte 2 ggr/år.
- c. Översyn av hur lätt det är att hitta relevant information på PULS om läkemedel

### 2. Ökad kompetens inom lä-

### kemedelshantering

- 
- a. Färdigställa "Läkemedelshanteringsinstruktion"
    - i. Seminarium/infoträff för att uppmärksamma de nya riktlinjerna
      - 1. Egna avsnitt om narkotika, hållbarhet och hur man hittar info på PULS
      - 2. Visa framtagna mallar för redovisande dokument t ex kontroll av kylskåpstemperatur och hållbarhetsbevakning
        - *För läkemedelsansvariga sjuksköterskor (träff 1)*
    - b. E-learning kurs Läkemedelshantering – genom TILDA
      - *För alla sjuksköterskor*

### 3. Kvalitetssäkring

- a. **Intern kvalitetssäkring – lokalt kvalitetsarbete**
  - i. Säkerställa att läkemedelshantering blir en del av ledningssystemet inkl. mallar för rutiner och redovisande dokument - koppla detta till information om nya riktlinjer
  - ii. Säkerställa att läkemedelsansvariga sjuksköterskor vet vad ett ledningssystem är och har tillräcklig datorvana för att kunna visa kollegor hur de ska hitta information
  - iii. Ev. ta fram ett underlag för egeninspektion
- b. **Kvalitetssäkring av extern part (Vårdapoteket)**
  - i. Ta fram ett förslag för hur och i vilken mötesform kommande kvalitetsgranskningar ska genomföras för att ge störst möjligt nytta för verksamheten
  - ii. Planera för tema inom kvalitetsgranskning 2013-2014 t ex riskläkemedel, hållbarhet av läkemedel el. kassation av läkemedel
  - iii. Införa ett mandat för granskande part att följa upp enheter med stora brister

## Bilaga 4

### NYHETSREV 2014

FRÅN CENTRALA PATIENTSÄKERHETSTEAMET



## Tillsammans gör vi vården säkrare!

Det centrala patientsäkerhetsteamet vill med detta nyhetsbrev nå ut till verksamheterna med aktuell information om patientsäkerhetsfrågor. Nyhetsbrevet kommer ut 4 ggr /år.

### Central patientsäkerhetsorganisation

Från och med 1 september 2014 ingår fem analysledare i det centrala patientsäkerhetsteamet. Vårt mål med den nya organisationen är att fler centrala händelse- och riskanalyser ska kunna göras samt att uppföljning av åtgärder och spridning av ny kunskap ska bli bättre.

### Vad är en händelseanalys?

Händelseanalys är en systematisk utredning av en negativ händelse. Händelseförloppet rekonstrueras och syftet med utredningen är att få förståelse för varför en patient kommit till skada eller kunde ha skadats. Därigenom kan åtgärdsförslag tas fram som är riktade mot de bakomliggande orsaker som framkommit i utredningen. Målet är att förhindra att liknande händelser inträffar igen.

<http://puls.ltv.se/symfoni/ltv.nsf/pages/risk-och-handelseanalys>

### Analysledarnas uppdrag

Analysledarna leder utredningsarbetet. Intervjuar inblandade i händelsen, både personal och patient/närstående, samt arbetar i team med representanter från berörd verksamhet. Händelseanalysen presenteras i en rapport som överlämnas till uppdragsgivaren vilket ofta är verksamhetschefen. Det är också verksamhetschefen som tar beslut om vilka åtgärder som ska vidtagas.

### Patientsäkerhetsöverenskommelsen

Tack vare ett fantastiskt patientsäkerhetsarbete från medarbetare och chefer klarade Landstinget Västmanland 2014 de fem grundläggande kraven samt samtliga sex indikatorer från överenskommelsen mellan staten och SKL (Sveriges kommuner och landsting).

Överenskommelsen har satt fokus på patientsäkerhet och gett oss kunskap om var, hur och varför vårdskador uppstår. Vi har genomfört många förbättringar men mycket återstår för att göra vården säker.

### Patientsäkerhetens dag 15 April i Köping och 16 April i Västerås

Patientsäkerhetens dag har blivit en tradition och nästa år kommer den också till Köping. Vi bjuder in alla medarbetare och chefer att ta del av det stora arbetet som pågår för att göra vården säkrare. Ni som vill delta som utställare och dela med er av era framgångsfaktorer hör av er till Rosie-Marie Fridholm chefsjuksköterska [rosie-marie.fridholm@ltv.se](mailto:rosie-marie.fridholm@ltv.se)

### Så ska trycksår och fallskador minska!

Trycksår är en vårdskada som orsakar stort lidande för patienten och höga kostnader för verksamheten. Landstinget Västmanland har en hög andel patienter med trycksår jämfört med riket.

*Detta ska vi ändra på. De allra flesta trycksår är möjliga att undvika om adekvata åtgärder sätts in.*

En landstingsövergripande handlingsplan för att minska trycksårsförekomst är framtagen.

Handlingsplanen är riktad till medarbetare och chefer i vårdens samtliga nivåer.

<http://bedningssystemet/anonym/ViewItem.aspx?regno=21908>

### Västmanlands sjukhus deltar i studie om trycksår

Studien, initierad av SKL, genomförs av fyra forskare. Intervjuer har genomförts med olika yrkesgrupper enskilt och i fokusgrupp. Västmanlands sjukhus är ett av de sjukhus som gjort mindre förbättring över tid. Publicering av rapport och återkoppling till deltagande landsting/regioner kommer att ske i början av 2015.

### Fallskador kan minskas genom rätt åtgärder!

Fallskador förebyggs bäst genom riskbedömning, att utreda bakomliggande orsaker samt att individanpassa åtgärderna.

Pernilla De Flon Forsberg, fysioterapeut och utvecklingsledare, arbetar med att stötta slutenvårdsverksamheterna på VS i det förebyggande arbetet med trycksår och fallprevention. Kontakta gärna Pernilla på tfn 75243, alternativt:

[pernilla.de.flon.forsberg@ltv.se](mailto:pernilla.de.flon.forsberg@ltv.se)



### Fortsatt fokus på vårdrelaterade infektioner (VRI)

Landstinget Västmanland har landets lägsta andel VRI. Detta är vi stolta över! Nu går vi vidare med åtgärder för att ytterligare minska de vårdrelaterade infektionerna. 2015 kommer arbetet att inriktas på infarter av olika slag med rutiner, riktlinjer och följsamhet till dessa.

### Plastbit från PVK fick opereras bort

Den upptäcktes vid återbesök efter en slutenvårdsvistelse på Västerås sjukhus. Plastbiten verifierades med ultraljud. Lärdom: En utdragen metalldare får aldrig återföras, då det finns risk för att katetern skärs av.

<http://www.vardhandboken.se/Texter/Perifer-venkateter/Inlaggning-och-avlagssnande/>



### Markörbaserad journalgranskning visar att vårdskadorna minskar

SKL:s studie omfattar 29 860 granskade slutenvårdstillfällen från perioden 2013-14. Antalet patienter som avlider eller får bestående men av vårdskador är avsevärt lägre än vid tidigare beräkningar. Trots denna positiva trend visar studien att 9,1 procent fick vårdskador (undvikbara skador). Merkostnader för extra vård dagar till följd av vårdskador uppskattas till 8 miljarder kr per år. Allt går dock inte att mäta i pengar, för patienten innebär vårdskadan ett extra lidande.

### Självorden ökar

Självorden ökar i Sverige för tredje året i rad, Västmanland är särskilt utsatt. Av 54 lex Maria-anmälningar 2013 gällde 30 självmord. Vårdgivaren ska lex Maria-anmäla alla självmord rörande patienter som inom 4 veckor före självmordet haft kontakt med hälso- och sjukvården.

### Kompetensutveckling suicidprevention

Landstinget Västmanland erbjuder, via Lärcentrum, internutbildning i suicidprevention. Utbildningen är öppen för alla vårdgivare, inklusive kommunerna. Omfattning, en heldag samt en halvdag. Utbildningen ger verktyg för suicidriskbedömning. En "sticka" som har tagits fram med Suicidstegen och SAD person scale delas ut.

[http://puls.ltv.se/symfoni/ltv\\_nm.nsf/lupgraphics/Suicidsticka.pdf?Stile/Suicidsticka.pdf](http://puls.ltv.se/symfoni/ltv_nm.nsf/lupgraphics/Suicidsticka.pdf?Stile/Suicidsticka.pdf)

### Handlingsplan för att minska självmord

Landstinget Västmanland vill minska antalet självmord. En landstingsövergripande handlingsplan för det suicidpreventiva arbetet ska därför tas fram under 2015. Claes Swedenborg psykolog har fått uppdrag som projektledare att arbeta fram planen. Arbetet kommer att ske tillsammans med en styr- och arbetsgrupp.

### Så här arbetar patientnämnden

Patientnämnden är en fristående opartisk instans. Hit kan patienter och anhöriga som vill rådgöra eller har synpunkter på vård och omsorg vända sig. Handläggarna ser till att synpunkterna blir omhändertagna och att rätt instans blir informerad om dessa. Inkomna synpunkter kan bidra till förbättringar i hälso- och sjukvård och tandvård. Patientnämnden deltar i möten mellan vården och patienten när patienten vill att nämnden finns med som ett stöd. Patientnämnden har till uppgift att utse stödpersoner till tvångsvårdade patienter inom den psykiatriska vården. Föreskrifter om stödperson finns även i smittskyddslagen.

### Patientnämnden besöker gärna arbetsplatser

Nämnden besöker gärna arbetsgrupper för att informera om sin verksamhet och vad den kan bidra med. Man kan t.ex. ge information om vårdgarantin, försäkringar, Inspektionen för vård och omsorg (IVO) mm.

<http://puls.ltv.se/symfoni/ltv.nsf/pages/patientnamndens-kansli>



### Tävling!

Senast 31 januari vill vi ha era förslag.

Hjälpa oss att hitta ett lämpligt namn till vårt informationsblad. Skicka in era förslag till Carina Bolander Blomberg [Carina.bolander.blomberg@ltv.se](mailto:Carina.bolander.blomberg@ltv.se)

Nästa informationsblad planeras komma ut i mars 2015!