



# Patientsäkerhetsberättelse för Landstinget Västmanland

År 2015



2016-02-17

Margareta Ehnebom

Chefläkare

Landstinget Västmanland

---



---

## Innehållsförteckning

Sammanfattning	4
Övergripande mål och strategier	10
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	14
Struktur för uppföljning/utvärdering	20
Uppföljning genom egenkontroll	27
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	34
Samverkan för att förebygga vårdskador	45
Riskanalys	50
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	52
Hantering av klagomål och synpunkter	54
Sammanställning och analys	54
Samverkan med patienter och närstående	64
Resultat	66
Övergripande mål och strategier för kommande år	79
Bilagor	83

---

## Sammanfattning

Säker vård handlar till viss del om enskilda individers kunnande 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 centrala patientsäkerhetsorganisation* har sedan 2014 egen budget. Beslut är taget att det centrala patientsäkerhetsteamet blir en egen enhet under 2016 med egen enhetschef. Företrädare från teamet ingår i hälso- och sjukvårdsgruppen.<sup>1</sup> Programansvarig för det författningsstyrda sakområdet patientsäkerhet finns utsedd.

Ett *integrerat ledningssystem* för Landstinget Västmanland finns nu implementerat i så gott som alla vårdverksamheter. Ledningssystemet innehåller förutom dokument även kartlagda processer med tillhörande dokumentation som är synliga i den grafiska processbilden.

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. Återkommande works-shop med patientsäkerhets-focus hålls med förvaltningsledningarna och verksamhetschefer.

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 allvarligare avvikelser, som ej uppmärksammas, där åtgärder behöver vidtas. Under 2015 har ett systematiskt arbete påbörjats att följa upp tidigare lex Maria ärenden beträffande vidtagna åtgärder och deras effekt på patientsäkerheten.

Gemensamma händelse- och riskanalyser med flera vårdgivare involverade har genomförts för att *säkerställa patientsäkerheten i vårdens övergångar*. Ytterligare samverkan säkerställs genom nybildat nätverk mellan det centrala patientsäkerhetsteamet och samtliga kommuners medicinskt ansvariga sjuksköterskor.

Exempel på nya angreppssätt för att stärka patientsäkerheten är implementering av Gröna Korset<sup>2</sup>. Några enheter har infört bed-side-rapportering enligt SBAR. En slutenvårdsenhet har infört ett nytt sätt att dokumentera beslut under ronderna för att förhindra dubbeldokumentation.

---

<sup>1</sup> Hälso- och sjukvårdsgruppen leds av hälso- och sjukvårdsdirektören för ledning av Landstingsövergripande hälso- och sjukvårdsfrågor

<sup>2</sup> Gröna korset är en metod för att varje dag identifiera risker för eller redan inträffade vårdskador

---

Ett viktigt steg mot gemensam journal är införandet av journalsystemet Cosmic även för privata vårdcentraler. För att öka patienternas delaktighet i sin vård har e-tjänsten Journalen via 1177 införts under hösten 2015.

*Handlingsplan för trycksårsprevention* har reviderats och gjorts mer känd i verksamheten samt att antalet punkt-prevalensmätningar har utökats. Återrapportering sker till verksamheterna från mätningarna för lokal analys och förbättringsarbete. Särskild utvecklingsledare har anställts för att driva trycksårs- och fallpreventionsarbete.

*Landstingsövergripande handlingsplan för Suicidprevention* har tagits fram och fastställts för att minska självmord och självmordsförsök. Handlingsplanen omfattar nio målområden, bl. a obruten vårdkedja och kommer att implementeras under 2016.

Det centrala patientsäkerhetsteamet stimulerar lokala *utvecklingsarbeten* i patientsäkerhet genom ekonomiskt stöd och har 2015 beviljat stöd till fyra utvecklingsprojekt. Arbetena handlar om förebyggande insatser för att förhindra fall, ökad patientmedverkan samt utbildning i beslutstöd för telefonrådgivning.

För att minska riskerna med överbeläggningar och utlokaliserade patienter har en *riskanalys* genomförts och åtgärdsplan fastställts. För att minska risker under sommarmånaderna inom akutsjukvården prövades med framgång ett nytt arbetssätt.

Tidigare riskanalys hyrläkare har stor bäring i det förbättringsarbete som har pågått under året inom Landstinget för att minska riskerna med personal från bemanningsföretag. Åtgärdena 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 ges ett nyhetsbrev ”PST” ut 4 gånger per år av det centrala patientsäkerhetsteamet. (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, basala hygienrutiner och klädregler samt trycksår. Breddinförande av infektionsverktyget<sup>3</sup> har genomförts inom samtliga slutenvårdsavdelningar och specialistmottagningar på Västmanlands sjukhus.

Markörbaserad journalgranskning används på en övergripande nivå och påbörjats på kliniknivån som komplement till en mer systematisk analys av avvikelserapporterna.

---

<sup>3</sup> Infektionsverktyget är ett verktyg att identifiera vårdrelaterade infektioner samt att minska antibiotika

---

Ett viktigt led i att tydliggöra patientsäkerhetsarbetet är den enkätundersökning för att mäta *patientsäkerhetskulturen* som genomfördes i samtliga verksamheter senast 2014. Det är en enkätundersökning om personalens attityder och förhållningssätt till patientsäkerheten i sin verksamhet som följs upp med en ny mätning 2017.

- **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 avvikelserapporteringssystem är grunden för att identifiera risker för vårdskador men övergripande riskanalyser görs även vid större förändringar i verksamheten såsom vid införandet av utskrivningsavdelningar.

Granskningen på övergripande nivå av avvikelser identifierar risker som lyfts till verksamheterna för förbättringsarbeten.

Den markörbaserade journalgranskningen och infektionsverktyget är bra komplement till att identifiera risker i vården. Analys av vårdrelaterade infektioner 2015 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. Avvikelseapporteringssystemet Synergi har också öppnat för en enkelhet att hjälpa till mellan kliniker att se förbättringsområden. Totalt har 10.778 rapporter skrivits under året.

Genom att hälso- och sjukvårdspersonal rapporterar avvikelser för patienttillbud och negativa händelser har utredning enligt lex Maria kunnat säkerställas.

Exempel på personalens engagemang är larm om överbeläggningar och utlokaliserade patienter som föranlett riskanalysen om resursbristens konsekvenser. Den systematiska analysen av avvikelserapporterna har identifierat förutom fallrisker och suicidförsök även läkemedelsfel, överfylld blåsa, brister i uppföljning och brister gällande syrgasbehandling.

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.

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>4</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>5</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 *direktgång till Landstingets avvikelserapporteringssystem Synergi*. 184 ärenden har tagits omhand med förslag på bl.a 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 2015 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. Vid införandet av standardiserade vårdförlopp har patientföreningar varit delaktiga.

För att underlätta arbetet med läkemedelsgenomgång och också göra patienten

---

<sup>4</sup> IVO – Inspektionen för Vård och Omsorg.

<sup>5</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.

---

mer delaktig finns IT-stödet *senior-miniQ* kopplat 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 med klassificering och allvarlighetsbedömning inom fyra veckor, årliga patientsäkerhetsdialoger i verksamheten samt händelseanalyser vid risk för eller inträffad allvarlig vårdskada finns implementerat.

- Minskat antal allvarliga vårdskador***

De uppsatta *resultat*-målen om minskade allvarliga vårdskador har infriats. Antalet lex Maria-anmälda vårdskador fortsätter att minska samtidigt som kvoten risk för allvarlig vårdskada/inträffad vårdskada ökar. Även vid märkbaserad journalgranskning ses minskade allvarliga vårdskador.

- Minskade suicid och suicidförsök***

Arbetet med framtagande av en landstingsövergripande handlingsplan för suicidprevention har skapat engagemang och delaktighet samt ett grundligt kunskapsunderlag till det fortsatta arbetet. Suicidpreventionsutbildningen skall förstärkas med även en breddutbildning för all personal.

- Fortsatt låg frekvens vårdrelaterade infektioner***

Även låg frekvens av vårdrelaterade infektioner noteras även om inte uppsatta mål nåtts. Detta skall sättas i ett sammanhang av en stigande trend i hela riket. Antibiotika-användningen fortsätter att minska. 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.

- Målen nås för riskbedömning i Senior Alert***

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 också kunnat infrias.

- 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. E-tjänsten Journalen ger nu patienten lättare tillgång till sin journal som ger ökat patientinflytande.

- En förbättrad patientsäkerhetskultur***

Arbetet att förbättra patientsäkerhetskulturen, som skall kännetecknas av ett



---

förebyggande arbetsätt och en naturlig patientmedverkan, visade på flera positiva resultat i den nya nationella mätningen 2014 jämfört med mätningen 2011. Arbetet har fortsatt enligt upprättad handlingsplan.

#### ***Samverkan i patientsäkerhetsarbetet***

Ett förstärkt samarbete med kommunerna i det systematiska patientsäkerhetsarbetet håller på att etableras samt att både kommuner och andra vårdgivare nu medverkar i gemensamma händelse- och riskanalyser.

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 bedrivits inom ramen för tidigare överenskommelse ska fortsätta. Patientsäkerhetsöverenskommelsen<sup>6</sup> 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. Arbetet fortsätter nu enligt Nationellt Ramverk för patientsäkerhet med målet att nå den högsta nivån för patientsäkerhetsarbetet enligt SKL:s bedömning.

*Patientsäkerhetsdagen* kommer att genomföras för fjärde året i rad den 28/4 2016. 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. Denna dag är nu en tradition i Landstinget Västmanland.

- **Tillsammans gör vi vården säkrare**



---

<sup>6</sup> Överenskommelse mellan Staten och Sveriges Kommuner och Landsting om förbättrad patientsäkerhet

---

## 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>7</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. En kunskapsstyrd och evidensbaserad vård är ett stöd för att säkra kvalitet och säkerhet 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. Vården ges på rätt vårdnivå, vilket innebär högre kvalitet för patienterna samtidigt som landstingets resurser används så effektivt som möjligt.*

---

<sup>7</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 intensifiera insatserna för att komma ännu längre.

### **Landstingets övergripande mål inom patientsäkerhet**

**Resultatmål:** Antal patienter som drabbas av allvarlig vårdskada ska minska

**Processmål:** Verksamhetsplan för patientsäkerhet följs och måluppfyllelse nås enligt plan.

<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 av VRI och monitorering med hjälp av Infektionsverktyget.</li> <li>✓ Uppmärksamma vårdpersonalen på basala hygienrutiner och klädregler.</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 samverkan mellan vårdens 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, som också skall vara delaktig 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>8</sup>.
  - Primärvårdsprogrammet ställer också krav på 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.

***Under planperioden 2015-1017 kommer Landstinget Västmanland arbeta vidare med :***

- Deltagande i nationella kvalitetsregistren Senior Alert och Palliativregistret.
- Intensifiera de påbörjade insatserna för att minska frekvensen VRI och trycksår.
- Ha fortsatt fokus på förskrivningen av antibiotika och läkemedelsförskrivningen till äldre.
- Vidmakthålla och ytterligare stärka arbetet med städrutiner för en patientsäker vård.

---

<sup>8</sup> MiniQ är ett verktyg/beslutstöd vid läkemedelsgenomgång för att undvika över- eller felmedicinering.

- 
- Förberedelser för framtida certifiering mot ISO-standarden för kvalitet och patientsäkerhet.

### ***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 undvikbara fallolyckor 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 > 60% (Senior Alert)
- Andelen riskpatienter > 70 år med minst en åtgärd ska vara > 80%

### ***Focusområden***

#### *Medborgare/Patient*

- Patient & närståendes delaktighet
- Säker läkemedelsanvändning
- 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 – Avvikelseberättelse

***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

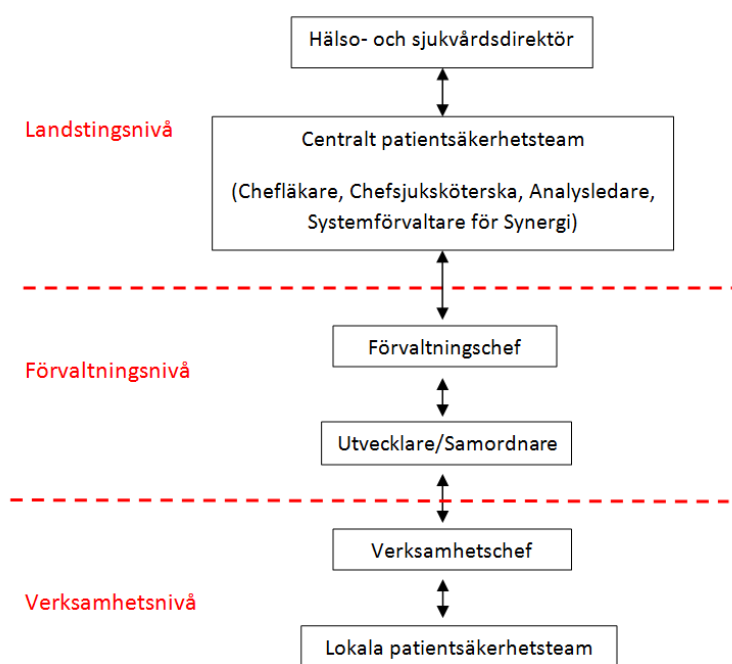
Landstingets organisation för patientsäkerhetsarbetet finns beskrivet i Landstingets *nya ledningssystem* och omfattar flera olika styrdokument.

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, vårdhygien och Strama bildar enheten för smittskydd och vårdhygien, som ingår i Centrum för hälso- och sjukvårdsutveckling under ledning av hälso- och sjukvårdsdirektören.

*Smittskydd* 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 utgår från smittskyddslagen och bedrivs genom övervakning, smittspårning, förebyggande arbete, information och utbildning.

*Vårdhygien* understödjer arbetet med att förebygga vårdrelaterade infektioner hos patienter/brukare och vårdpersonal. Målet med verksamheten är att förhindra smittspridning inom vård och omsorg så att de vårdrelaterade infektionerna blir så få som möjligt.

*Strama Västmanland* är en nätverksgrupp som har uppdraget att arbeta för en klok antibiotikaförskrivning och mot antibiotikaresistens så att antibiotika även i framtiden ska kunna fungera som effektiva läkemedel. Gruppen är även expertgrupp för infektioner i läkemedelskommitténs nätverk.

### 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 öv-

---

rigt 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 central händelseanalys ska utföras.
- att till chefläkare överlämna internutredning.



- 
- att resultatet av risk- och händelseanalys återrapporteras till enheten/ verksamheten, samt ge uppdrag till avvikelserapportörer att dokumentera beslutade åtgärder i avvikelserapporten i Synergi.
  - att följa upp de vidtagna åtgärdernas effekt.

#### Lokala patientsäkerhetsteam

Det lokala 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 avvikelserapportörer.

#### Avvikelsesamordnare

Verksamhetschef utser avvikelserapportörer 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. Vidare ingår att fortlöpande ge information/ återföring till verksamheten samt att delta i det lokala patientsäkerhetsteamet.

#### Hälso- och sjukvårdspersonal

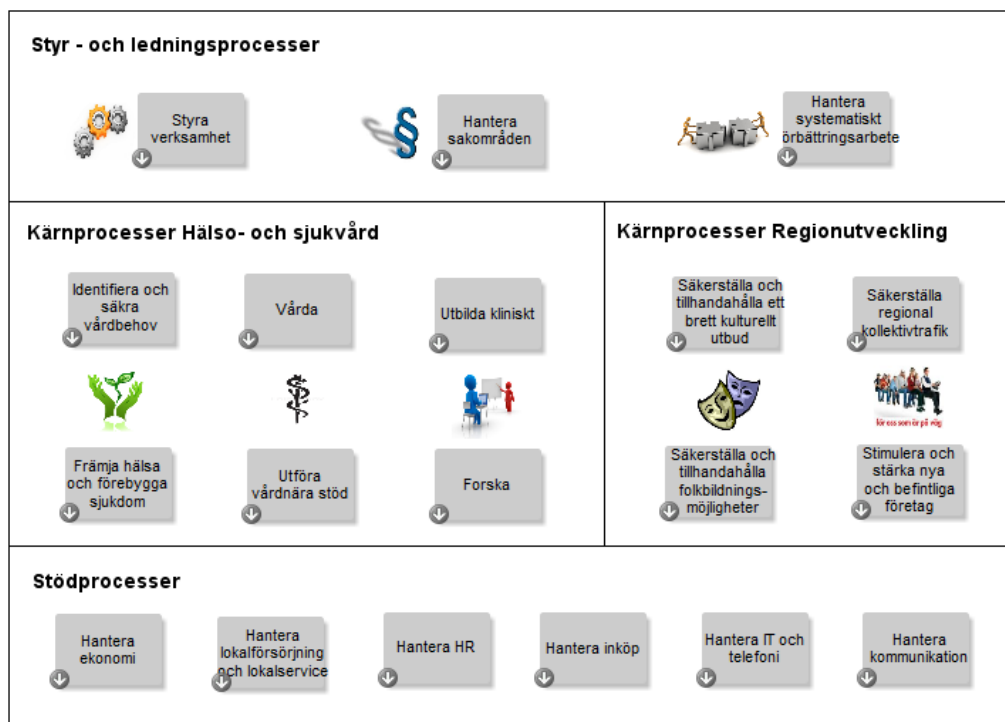
Hälso- och sjukvårdspersonal har lagstadgad skyldighet att bidra till att en hög patientsäkerhet upprätthålls. Personalen ska i detta syfte rapportera till vårdgivaren om händelser och risker i verksamheten. Vidare ingår att medverka vid framtagande, utprovning och vidareutveckling av rutiner och metoder,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

#### ***Ledningssystemet***

Ett integrerat ledningssystem för Landstinget Västmanland finns nu implementerat i så gott som alla vårdverksamheter. Det ger en samlad bild över hur landstinget styrs och leds samt landstingets arbetssätt både på övergripande nivå och lokal nivå ute i alla verksamheter. Ledningssystemet innehåller även dokumentation för stöd och kravområden. Förutom dessa dokument innehåller ledningssystemet kartlagda processer, med tillhörande kopplade dokument som är synliga i den grafiska processbilden.

Ledningssystemet är uppbyggt utifrån lagar och krav från vissa myndigheter, Socialstyrelsens författningssamling ”Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete” (SOSFS 2011:09) och standarden ”SS-EN 15224:2012”. Dessutom tas också hänsyn till andra kravdokument baserade på ISO 9001.

Ledningssystemet drivs i förvaltning med förvaltningsledare och centrala samordnare i samarbete med Utvecklingsenheten som kartlägger processer. Fokus under året har varit att försöka samordna dokument så att det skrivs fler dokument på landstingsövergripande nivå som gäller fler verksamheter. Ett nätverk finns uppbyggt med delsamordnare ute i verksamheten som har ett ansvar för att administrera dokumentationen inom sin egen verksamhet. De centrala samordnarna har regelbundna nätverksträffar (2-3 ggr/år) med delsamordnarna och sänder även ut nyhetsbrev med information om förändringar.



Arbete pågår med att tillgängliggöra landstingets ledningssystem för de privata vårdgivarna. Detta löper parallellt med införandet av gemensam elektronisk journal Cosmic.

### ***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 och fortsatt under år 2015.

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

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

---

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 genomfördes för första gången på koncernledningens möte den 21 maj 2015.

### **Instruktioner**

- *Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet; 6199-3*
- *Anmälan av leg hälso- och sjukvårdspersonal som utgör en risk för patientsäkerheten; 4313-2*
- *Avvikelsehantering; 4302-3*
  - *Schema för rapportering av avvikelser då medicinsk-teknisk utrustning är inblandad; 6730-1*
- *Dokumentation i patientjournal; 27241-1*
- *Handläggning av Lex Maria ärenden; 4312-1*
  - *Mall för internutredning vid Lex Maria; 6016-1*
- *Händelseanalys för patientsäkerhet; 4295-1*
- *Infektionsverktyget; 22531-1*
- *Läkemedelsberättelse/Utskrivningsinformation; 4299-2*
- *Markörbaserad journalgranskning; 28841-1*
- *Omvårdnadsdokumentation i patientjournal; 27129-1*
- *Patientnämndsärende – handläggning; 4013-3*
- *Patientnämndsärende – handläggning privata vårdgivare; 22247-1*
- *Risikanalys för patientsäkerhet; 4297-1*
- *Stöd till patient, anhörig och personal vid inträffad vårdskada; 3213-4*

### **Handlingsplaner**

- *Patientsäkerhetskultur; 22241-1*
- *Trycksårsprevention; 21908-2*

### **Policies och Riktlinjer**

*Riktlinje för Säkerhetsnålen*

*Det finns ett stort antal instruktioner inom vårdhygien och smittskydd som också syftar till ökad patientsäkerhet.*

---

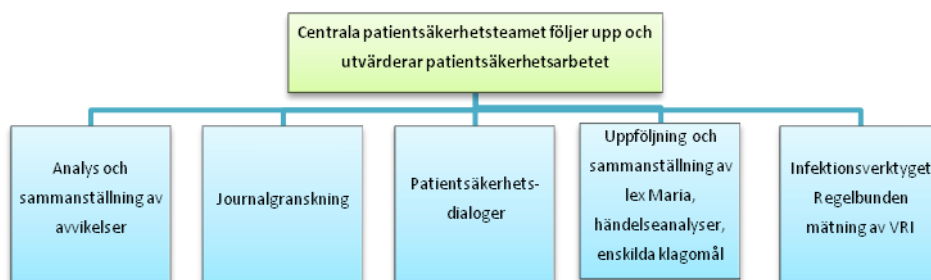
## Struktur för uppföljning/utvärdering

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 finns utarbetade.

### *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.

Även om Patientsäkerhetsatsningen<sup>9</sup> är avslutad utses ansvariga till övriga statliga satsningar att de följer intentionerna. Då andra områden för överens-kommelse med staten tangerar patientsäkerhetsområdet bevakar patientsäker-hetsteamet dessa och ingår i den grupp som bildats under ledning av hälso- och sjukvårdsdirektören med ansvarig kontaktperson för samtliga överens-kommelser.

---

<sup>9</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 avvikelserrapporteringssystemet 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.

### ***Uppföljning av beslutade åtgärder i lex Maria ärenden***

Tidigare lex Maria-ärenden följs upp med avsikt på beslutade åtgärder genom att analysledare går igenom ärendet med respektive verksamhetschef. Rutin finns nu införd för de ärenden som omfattat en central händelseanalys att uppföljning sker rutinmässig med involverade efter 6 månader.

### ***Markörbaserad journalgranskning***

Journalgranskning är en form av egenkontroll och syftet är att identifiera och mäta förekomsten av skador i vården. Västmanlands sjukhus startade med MJG (Markörbaserad Journalgranskning) inom somatisk slutenvård 2012. Under hösten 2015 har arbetet utvecklats att omfatta även psykiatrisk vård. Journalgranskning inom barnsjukvård har ännu inte kommit igång.

Antalet journaler som har granskats på övergripande nivå under 2015 har varit 30 journaler/månad inom somatisk slutenvård och totalt ca 30 journaler/månad

---

inom psykiatrisk vård. Inom somatisk vård är det centrala patientsäkerhetsteamet som utfört journalgranskningen. Inom psykiatrisk vård granskas hälften av journalerna av det centrala patientsäkerhetsteamet och den andra hälften av det lokala patientsäkerhetsteamet på vuxenpsykiatri.

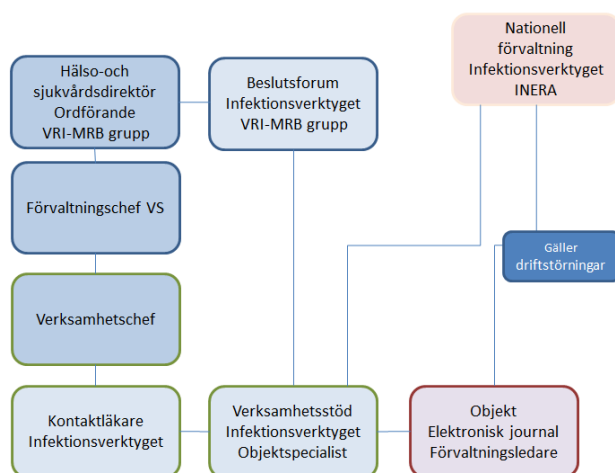
Landstinget Västmanlands resultat från (slumpmässigt urval) av journaler inrapporteras i Sveriges Kommuner och Landstings nationella databas. Nationell databas för resultat från MJG inom psykiatrisk vård är ännu inte framtagen.

Resultatet av den övergripande granskningen sammanställs, analyseras och presenteras för landstingsledningens vid möte i Hälso- och sjukvårdsgruppen där Hälso- och sjukvårdsdirektören är ordförande och förvaltningscheferna från Västmanlands sjukhus och Psykiatriförvaltningen deltar.

### ***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 ingår representanter för smittskydd, vårdhygien, Strama, patientsäkerhet, kommunikation samt de två förvaltningarna Västmanlands sjukhus respektive Psykiatri, primärvård och habiliteringsverksamhet. 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 klinisk nivå avseende vårdrelaterade infektioner, riskfaktorer samt antibiotikaföreskrivning. Kontaktläkaren deltar också i valideringsarbetet.

Chefsjuksköterska inom patientsäkerhet samt hygiensjuksköterska och hygienläkare fungerar som verksamhetsstöd till kontaktläkarna, de samverkar också

---

med förvaltningsledare för elektronisk journal. Verksamhetsstödet för infektionsverktyget stödjer kontaktläkarna med utvärdering och validering av data i verktyget. De har under 2015 fortsatt att anordna nätverksträffar för kontaktläkarna.

### ***Uppföljning genom Patientsäkerhetsdialoger***

Den centrala patientsäkerhetsenheten har ansvar för uppföljning av patientsäkerhetsarbetet genom patientsäkerhetsdialoger som kan likställas med interna revisioner. 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 patientsäkerhetsdialogerna sammanställdes enligt trafikljusmodellen och rapporterades till förvaltningschefer vid dialogmöten på förvaltningsnivån och till hälso- och sjukvårdsdirektör vid hälso-och sjukvårdsgruppens sammanträde.

De områden som omfattades av sammanställningen 2014 var:

1. Lokalt Patientsäkerhetsteam arbetar på ett systematiskt sätt
2. Rutiner för säker provsvarshandling
3. Patient och närstående görs delaktiga i patientsäkerhetsarbetet
4. Verksamheten arbetar aktivt att minska vårdrelaterade infektioner
5. Verksamheten arbetar aktivt med läkemedelsfrågor
6. SBAR används för en förbättrad kommunikation
7. Verksamheten har rutiner för fast vårdkontakt
8. Rutiner för utskrift av diktat och signering
9. Analys och åtgärd genomförs av inkomna avvikelser

Vid genomförda patientsäkerhetsronder 2015 har de enskilda resultaten 2014 kopplat till övriga enheters resultat även återkopplats på verksamhetsnivå.

#### **Checklista patientsäkerhetsdialog 2015**

1. Vem/Vilka är verksamhetens avvikelssamordnare?
2. Vilka ingår i verksamhetens patientsäkerhetsteam?
3. Hur säkerställer ni patientmedverkan i patientsäkerhetsarbetet på individnivå och på övergripande verksamhetsnivå?
4. Hur arbetar Ni för att minska vårdrelaterade infektioner?
5. Hur arbetar Ni med läkemedelsfrågor?
6. Hur arbetar Ni med SBAR för en förbättrad kommunikation?
7. Hur utses fast vårdkontakt?
8. Vilka förbättringsområden har Ni identifierat från Patientsäkerhetskulturenkäten och hur har Ni arbetat utifrån Er handlingsplan?

- 
9. Hur har arbetet bedrivits utifrån Landstingets handlingsplan mot trycksår?
  10. Hur deltar Ni i det förebyggande arbetet kring suicid och suicidförsök?
  11. Redogör för verksamhetens analys av 2014-års avvikelserapportering.
  12. Vilka är de prioriterade åtgärdsområdena för förbättringsarbete?
  13. Vilka lexMaria och Enskilda klagomålsärenden gällande vårdskada har berört verksamheten det senaste året och vilken effekt har de fått?
  14. 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 inspektionsmeddelande i Synergi inom vilka områden som förbättringar krävs.

De problemområden som enheterna lyft enligt punkt 14 har sammanställts och rapporterats till hälso- och sjukvårdsgruppen samt är ett viktigt underlag för kommande riskanalyser och förbättringsarbete.

Exempel på övergripande problem/risker:

✚ *Elektronisk journal Cosmic*

Brister i uppdatering av läkemedelslistan.

✚ *Iatrogen beroende*

Otydligt för patienten med läkemedelsberoende var hen kan få hjälp i vården.

✚ *Resursenheten*

Svårighet för verksamheterna att få vikarier från Landstingets vikarie-pool.

✚ *Hemsjukvården*

Kommunköterskan arbetar bara på ordination och har inget uppföljningsansvar.

Patientsäkerhetsarbetet på verksamhetsnivå 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 Habilitering samt på hälso- och sjukvårdsgruppens sammanträden med hälso- och sjukvårdsdirektören.

Vid patientsäkerhetsdialog 2016 kommer handlingsplanen för suicidprevention, tvångsvårdslagstiftningen och rutiner för att förebygga trycksår att följas upp samt om enheterna börjat med ”Gröna korset”.

### ***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.

- *VRI-MRB-gruppen*

VRI-MRB-gruppen (gruppen för hantering av vårdrelaterade infektioner och förekomst/smittspridning av multiresistenta bakterier) leds av hälso- och sjukvårdsdirektören och sammanträder varje månad. (Gruppens arbete beskrivs nedan under Smittskydd, vårdhygien och Strama.)

- *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.

- *Samflykt*

Hälso- och sjukvårdsdirektören är beslutsfattande i den arbetsgrupp som bildades i samband med den stor flyktingsströmmen för att upprätthålla patientsäkra rutiner för de asylsökandes hälso- och sjukvård och bevaka att ej undanträngningseffekter.

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

- *VRI-MRB-gruppen*

VRI-MRB-gruppen (gruppen för hantering av vårdrelaterade infektioner och förekomst/smittspridning av multiresistenta bakterier) leds av hälso- och sjukvårdsdirektören och sammanträder varje månad.

Gruppen består därutöver av chefläkare med ansvar för de medicinska specialiteterna, chefsjuksköterska, smittskyddsläkare, hygienläkare, hygiensjuksköterskor med inriktning mot sjukhusvård, primärvård samt kommunal vård och omsorg, kommunikatör, utvecklare från sjukhusstaben samt kvalitetsstrateg från Psykiatri, primärvård och habiliteringsverksamhet.

Vid gruppens möten redovisas fortlöpande förekomsten av multiresistenta bakterier (ESBL, ESBL<sub>CARBA</sub>, 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 nödvändiga analyser. Då diskuteras behov av förändrade strategier för att åstadkomma förbättringar.

VRI-MRB-gruppen är även forum för förvaltningsfrågor gällande infektionsverktyget. Vid behov lyfter hälso- och sjukvårdsdirektören frågor vidare till landstingsledningen i exempelvis hälso- och sjukvårdsgruppen eller koncernledning där bl.a. förvaltningschefer och landstingsdirektör ingår.

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.

- *Hygienronder*

Hygiensjuksköterska och hygienläkare har sedan 2014 utfört hygienronder i verksamheterna där också utdatorapporter från Infektionsverktyget finns med som en punkt. Två hygiensköterskor arbetar även med att implementera vårdhygieniska rutiner inom kommunal vård och omsorg.

### ***Äldrevårdsteam***

Äldrevårdsteamet (ÄVT) bildades i januari 2015 som en följd av den nationella regeringssatsningen på de mest sjuka äldre som pågick 2010-2014. ÄVT är organiserat under Vårdvalsensheten. Äldrevårdsteamets uppdrag är att arbeta övergripande med förbättringar inom äldreområdet. Detta innebär att stimulera förbättrade arbetssätt kring de äldre samt att stötta samverkan mellan olika huvudmän och aktörer för att förbättra vårdkedjan kring och kunskapen om målgruppen. Uppdraget kan delas in i fem huvudområden:

- God läkemedelsbehandling
- God demensvård
- Preventivt arbetssätt
- God vård i livets slut
- Sammanhållen vård och omsorg

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 med kompletterande journalgranskning
- Senior Alert
- Avvikelse rapporter
- Uppföljning av lex Maria
- Markörbaserad journalgranskning
- Patientsäkerhetskulturmätning
- Bemanning i primärvården
- Kvalitetsgranskning av läkemedelshandlingen

### ***Punktprevalensmätning av basala hygienrutiner och klädregler (BHK)***

Basala hygienrutiner och klädregler mäts numera minst två gånger per år som observationsstudie inom hela hälso- och sjukvården. Resultatet återkopplas i varje verksamhetsområdes delårsrapport och sammanställs på förvaltningsnivå.

*Analysen visar på vikten av att fortsätta att mäta då resultatet försämrats något med minskad mätfrekvens.*

Vårdhygien följer 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 två gånger per år samt efter behov och rapporteras nationellt. Västmanland behåller en relativt sett låg frekvens av VRI under riksgenomsnittet men betydligt högre än föregående år. Vid vårens mätning låg Västmanland på 9,2% och vid höstens lokala mätning på 6,8% långt från målet på mindre än 5%. Västmanland har tidigare deltagit i SKL:s projekt att identifiera framgångsfaktorer i egenskap av ett landsting som har lyckats minska VRI.

*Analys av flera års VRI visar på behov av förbättringar inom katetervård varför landstinget stöder innovation Catheasy<sup>10</sup> samt har tillsatt en arbetsgrupp att ta fram riktlinjer vid KAD för att minska vårdrelaterad urinvägsinfektion och sepsis. Nästa steg blir att ta fram riktlinje för centrala venkatetrar.*

---

<sup>10</sup> Catheasy är en helt ny patenterad metod för katetersättning som bygger på flödesprincipen.

## Infektionsverktyget

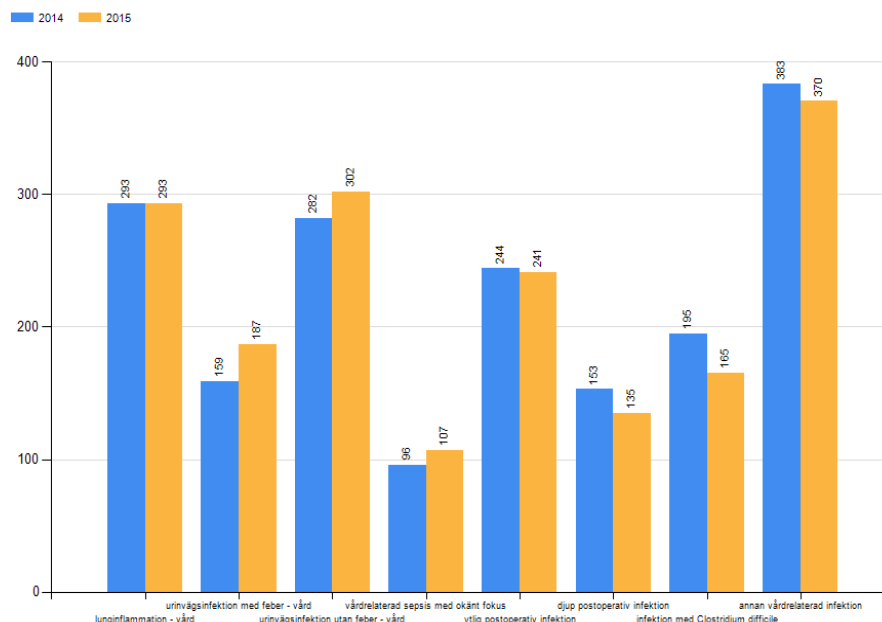
Infektionsverktyget är ett IT-stöd för lokal och regional uppföljning av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning. Infektionsverktyget infördes på två pilotkliniker; infektions- och kärldkirurgiska kliniken i maj 2013 och breddinfördes på samtliga slutenvårdskliniker och specialistmottagningar 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 klinikers förbättringsarbete men detta kräver tid, prioritering och stöd från respektive ledning. Hygienläkare har tagit fram standardrapporter för att arbetet med uppföljningen ska underlättas.

Som verksamhetsstöd för infektionsverktyget finns hygienläkare, hygienköterska och chefsjuksköterska som bjuder in till kontaktläkarmöte 2 ggr/år för att informera och stödja arbetet. Infektionsverktyget är tyvärr ej helt lätt att använda och kräver stor noggrannhet.

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.

## Antal vårdtillfällen med infektion uppdelat på diagnoser



[Vårdtillfällen] fördelat på [Infektion; Tid - år], avgränsad till [Tidsperiod: 2014-01-01 – 2015-12-31], [Organisatorisk enhet: Västmanlands sjukhus, Akutkliniken, Barn- och Ungdomskliniken...], [Infektion: Lunginflammation - vård, Urinvägsinfektion med feber - vård, ...]

*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. Förskrivningen av antibiotika i länet minskade med 4 procent från 2013 till 2014. År 2015 skedde en fortsatt men marginell minskning av receptförskrivningen till 323 recept per tusen invånare och år jämfört med 324 recept år 2014. En anledning till att utvecklingen planat ut är en brist på läkarresurs inom Strama öppenvård.

Även under 2015 är det några vårdcentraler som släpar efter och där extra insatser kommer 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. Strukturerade trycksårsmätningar har utförts under året på samtliga slutenvårdsavdelningar. Egenkontroll har skett genom journalgranskning av samtliga trycksador/trycksår vid de fyra trycksårsmätningarna. Resultat av journalgranskningen har återkopplats till chefer i hela linjen. Återkoppling till enhetschefer/trycksårsombud har skett genom dialoger i verksamheten. En ökad samverkan i vårdens övergångar har skett genom bl.a tydligare instruktioner gällande avvikelserapportering vid trycksår.

*Analys visar att Landstinget Västmanland har hög frekvens av trycksår jämfört i nationella mätningar. Flera åtgärder har vidtagits för att minska frekvensen av trycksår. Numera granskas även varje avvikelserapporterat trycksår om fall för lex Maria-anmälan för att betona det allvarliga i skadan.*

### ***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. Inträffade fallolyckor rapporteras i landstingets avvikelssystem Synergi.

Som ett stöd för vårdpersonal i att identifiera patienter med fallrisk, används riskbedömningsinstrumentet DowntonFallRiskIndex (DFRI) som utgör en del av Senior Alert. Fallförebyggande åtgärder utvärderas vid avslutad vårdtid.

ROAG (Revised Oral Assessment Guide) är ett instrument som ingår i kvalitetsregistret Senior Alert. Vårdpersonal kan genom ROAG göra en enkel bedömning av munhälsan på vårdavdelningar eller i primärvården. Detta började implementeras i LTV 2013 då man såg att munhälsan har en stark koppling till övriga områden i Senior Alert; fall, trycksår och nutrition.

Flera enheter inom landstinget har redan kommit igång bra med munhälsobedömningar, men det finns fortfarande avdelningar som är i behov av ytterligare stöd med att införa ROAG. Stödet som erbjuds från äldrevårdsteamet ÄVT består av utbildning och möjlighet till klinisk handledning av tandhygienist på avdelningen.

---

För år 2015 har 9447 riskbedömningar genomförts i Senior Alert inom slutenvården samt 337 bedömningar inom primärvården. *Detta är vikande trend över tid och jämfört med 2014 totalt 1.093 riskbedömningar färre.* För slutenvården har målrelaterad ersättning erhållits som även infördes i primärvården 2014 kopplat till M-GRP<sup>11</sup>-screening.

### ***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 avvikelse rapportering genomföras vilket identifierat brister i rapport av trycksår.

*Analysen varje vecka visar en fortsatt hög rapportering av fall och intoxicationer/suicidförsök men även vad gäller överbeläggningar.*

### ***Uppföljning av lex Maria***

En systematisk uppföljning av beslutade åtgärder i lex Maria har genomförts för sammanlagt 86 ärenden från åren 2012-2013. Arbetet fortsätter med att följa upp 2014-2015 års ärenden och är f.o.m 2016 inbyggt fortlöpande i rutinen för uppföljning.

*Analysen visar att en majoritet av beslutade åtgärder också vidtagits samt att verksamheterna tagit händelserna på stort allvar. Exempel på genomförda åtgärder är; förändrade rutiner/instruktioner för remiss- och provsvar, utbildningsinsatser som SBAR och Suicidprevention samt nya tekniska lösningar.*

### ***Markörbaserad journalgranskning***

Journalgranskning, MJG är ett komplement till avvikelse rapportering, infektionsverktyget och punktprevalensmätning för att upptäcka vårdskada. MJG genomförs månatligen på övergripande nivå utifrån ett slumpmässigt urval av journaler.

Granskning av journaler på verksamhetsnivå utifrån ett riktat urval har inte kunnat genomföras år 2015 pga en mycket ansträngd personalsituation med vakanta tjänster och inhyrd vårdpersonal, men finns som en del av egenkontrollen.

---

<sup>11</sup> M-GRP är modifierad geriatrisk riskprofil för identifiering av de "Mest sjuka äldre" inom primärvårdens verksamhetsområde.

*Analys av 2015 års markörbaserade journalgranskning skiljer sig inte från andra källor som punktprevalensmätningar och kvalitetsregister. De vanligaste skadorna är vårdrelaterade infektioner, trycksår och fallskador.*

Genom markörbaserad journalgranskning samt erfarenhet från data ur bl.a infektionsverket så ser vi att dessa verktyg är en viktig egenkontroll och kvalitetssäkring av den givna vården.

Identifierade förbättringsområden är:

1. Förbättrade rutiner vid användning av urinkateter för att minska VRI
2. Förebygga trycksår
3. Förebygga fallskador

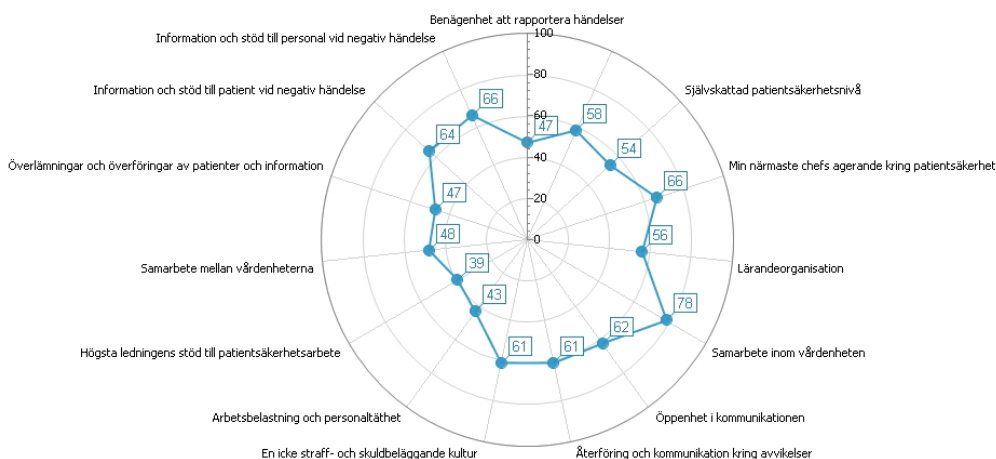
*1. En förbättrad rutin har framtagits för att minska vårdrelaterade infektioner vid användning av urinkateter. Arbetet har omfattat att uppdatera och implementera en reviderad instruktion gällande KAD insättning gällande både steril och höggradigt ren metod. De nya instruktionerna har implementerats i såväl öppen- och slutenvård. Vidare har en informationsbroschyr till patient och närstående tagits fram för att öka kunskap om egenvård som KAD bärare.*

### **Patientsäkerhetskulturmätning**

Ett viktigt led i att tydliggöra patientsäkerhetsarbetet är enkätundersökningen för att mäta patientsäkerhetskulturen som genomförts år 2011 och 2014 inom samtliga verksamheter. Nästa enkätundersökning blir 2017. Det är en enkätundersökning om personalens attityder och förhållningssätt till patientsäkerheten i sin verksamhet. Arbete med att skapa landstingsövergripande handlingsplaner för förbättringsarbetet har genomförts. (Bilaga 2.)

### **Identifierade förbättringsområden 2014**

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

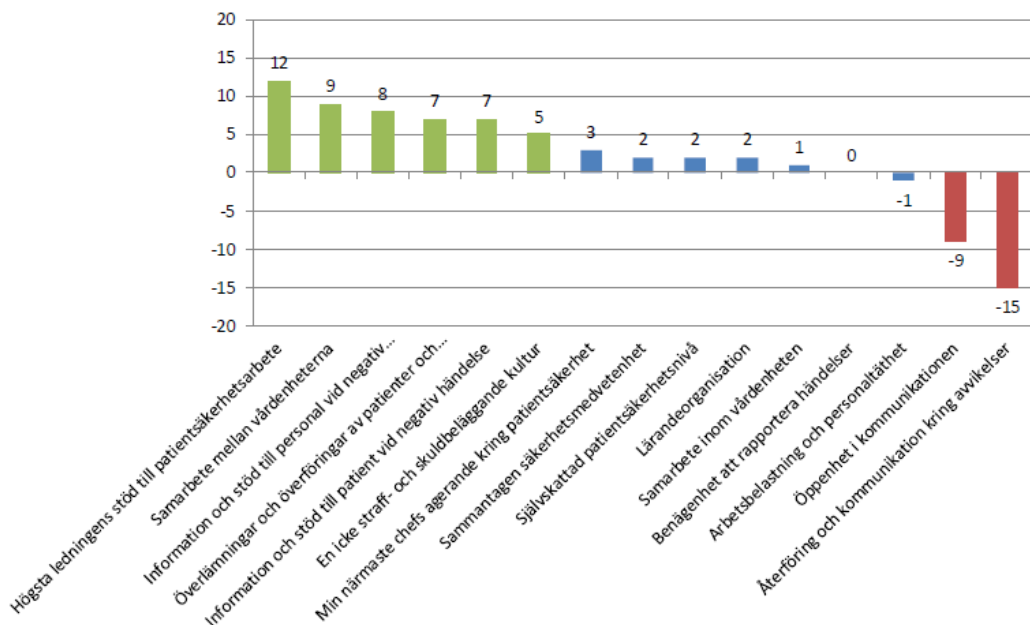


Antalet enkäter som skickades  
ut var 4.715 och svarsfrekvens var 57,1%

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 rapporterade händelser i avvikelssystemet Synergi och att från dessa starta förbättringsarbeten är också ett utvecklingsområde. Varje verksamhet har identifierat sina utvecklingsområden och arbetat utifrån dessa.

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 hygienrutiner och klädregler*
- *Jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat jämfört med tidigare resultat*
- *Inhämtande av synpunkter från revisionsrapporter*

Internrevision både avseende vård för flyktingar samt patientdatalagen har granskats under året.

- *Kvalitetsuppföljning av läkemedelshandlingen sker varje år och medicinsk-teknisk rond vart annat år*

De flesta av punkterna i den tidigare handlingsplanen ”Nystart läkemedelshandling 2013” är åtgärdade och uppföljda. (Bilaga 3) Ett fortsatt kvalitetsförbättringsarbete fortgår dock med dagens struktur för kvalitetsgranskningarna.

I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelshandling i hälso- och sjukvård SOSFS 2000:1 Allmänna råd står:

Vårdgivaren bör, som ett led i egenkontrollen enligt 5 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, se till att läkemedelshandlingen genomgår en kvalitetsgranskning minst en gång om året. (SOSFS 2012:9).

Kvalitetsgranskningen syftar till att säkerställa en för patient säker läkemedelshandling. Tjänsten kvalitetsgranskning är idag upphandlad och utförs av speciellt utbildade farmaceuter anställda hos ApoEx. Alla avdelningar och vårdcentraler med läkemedelförråd genomgår kvalitetgranskning 1 gång per år. Resultatet av granskningen presenteras i ett skriftligt protokoll inkl. sammanfattning och förslag till åtgärdsplan.

Vid årets kvalitetsgranskning görs en uppföljning av förra årets protokoll och utförda förbättringar redovisas. Vid året slut sammanställs resultaten för hela landstinget i en årsrapport som presenteras för ledningen. Speciellt uppmärksammade förbättringsområden diskuteras sedan på möten för läkemedelsansvariga sjuksköterskor som anordnas två gånger per år av Läke-medelsenheten. Teman för kvalitetsgranskningarna bestäms i dialog mellan ApoEx och Läke-medelsenheten.

- 
- *Kontroll av bemanningen i primärvården*

IVO har riktat uppmärksamhet mot de risker som inhyrd personal innebär. För den offentligt drivna primärvården där detta är ett stort riskområde genomförs månatliga kontroller av bemanningsläget avseende familjeläkare. Arbetet omfattar även kontroll utifrån ett omfattande åtgärds paket att minska risker med inhyrd personal såsom förstärkt introduktion, journalgranskning och uppföljande enkät.

## **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>12</sup> inneburit.

Patientsäkerhetsteamets verksamhetsplan är styrande till förvaltningarnas arbete där programansvarig för det författningsstyrda sakområdet patientsäkerhet håller kontakt med förvaltningarnas kontaktpersoner avseende patientsäkerhetsarbetet.

Landstingets patientsäkerhetsorganisation både utbildar men säkerställer även en egen fördjupad kompetens. Chefsjuksköterskan, en av analysledarna och två av chefläkarna har genomgått 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>13</sup>
- Patientmedverkan - en resurs för att minska fallskador på Västmanlands sjukhus.
- Patientmedverkan – tillsammans gör vi vården säkrare
- Satellitpatienten – en vårdskaderisk

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

---

<sup>12</sup> SKL Sveriges Kommuner och Landsting

<sup>13</sup> Projektet om samverkan mellan vårdgivare vid händelseanalys presenterades på den 8:e nationella patientsäkerhetskonferensen.

---

- ***Patientsäkerhetsöverenskommelsen***

Den ersättning som måluppfyllelse av tidigare överenskommelses 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 2015 och kommande år för fortsatt arbete enligt patientsäkerhetsöverenskommelsens intentioner.

- ***Nationellt Ramverk för Patientsäkerhet***

Nationellt Ramverk för Patientsäkerhet från SKL visar på tre viktiga perspektiv för en säker vård som Landstinget Västmanland tar fasta på. Dessa är att hälso- och sjukvården är patientfokuserad, kunskapsbaserad och organiserad för att skapa förutsättningar för en säker vård.



För att patientsäkerhetsarbetet ska bli framgångsrikt krävs insatser inom dessa tre perspektiv på såväl mikro-, meso- som makronivån.

- ***Särskilda satsningar i Landstinget Västmanland 2015***

*Patientfocuserad (Se även sidan 65)*

- Synergi externt på webben
- 1177 Vårdguidens e-tjänster
- E-tjänsten Journalen
- Egen vårdbegäran
- Standardiserade vårdförlopp
  
- SBAR-utbildningar
- Patientsäkerhetens dag

- 
- TERMA<sup>14</sup>-utbildning
  - Lokala utvecklingsprojekt inom socialstyrelsens identifierade riskområden

#### *Kunskapsbaserad*

- Strukturerad journalgranskning
- Infektionsverktyget
- Förstärkning av stöd för Synergi
- Utbildningsåtgärder inom patientsäkerhet
- Kompetenshöjande åtgärder och nätverksbyggande för avvikellesamordnare

#### *Organiserad*

- Cosmic – en gemensam journal
- Projekt suicidprevention
- Samordnad individuell plan

#### **1177 Vårdguidens e-tjänster**

Utvecklingen av digitala tjänster är ett sätt att öka tillgänglighet till vård och patientinflytande vilket därigenom kan öka patientsäkerheten. Vid årsskiftet 2015/2016 var 30% av Västmanlands invånare anslutna till tjänsten.

#### **E-tjänsten Journalen**

Journal via nätet infördes den 1/10 2015 med 6 månaders retroaktivitet. Patienter kan enkelt ta del av sina journalanteckningar från slutet och öppen vård med vissa undantag beslutade av Landstingsstyrelsen. Att kunna läsa sina journalanteckningar via en säker e-tjänst ökar patientsäkerheten då möjlighet ges till den enskilde patienten att kontrollera att denne har uppfattat sitt möte med vården korrekt men också att vården har uppfattat patienten rätt. Tillgången till journalanteckningar gör patienten mer delaktig i beslut som rör den egna behandlingen.

#### **Egen vårdbegäran**

Sedan den 1/10 2015 kan även patienten skriva sin egen remiss till specialistsjukvården utanför vårdcentralen. Remissen bedöms som andra remisser men patienten hänvisas alltid till rätt vårdnivå.

#### **Standardiserade vårdförlopp**

Införandet av de nationella standardiserade vårdförloppen kommer att ha stor betydelse för patientsäkerheten inom cancersjukvården. I Västmanland startade de fem första 1/10 2015 och efterföljande tretton är på gång. Samtliga aktö-

---

<sup>14</sup> TERMA är ett förhållningssätt att undvika våld i vården

---

rer i vårdkedjan har engagerats samt att patientföreträdare deltagit i hela processen vid införandet.

### ***Cosmic – en gemensam journal***

Att den vårdpersonal som vårdar patienten har tillgång till adekvat information är viktigt för patientsäkerheten. Stort arbete pågår att säkra detta då även de privata vårdgivarna/vårdcentralerna 2015-2016 övergår från tidigare elektronisk Journal III Profdoc till den gemensamma journalen Cosmic som då gäller för hela Landstingets hälso- och sjukvård. Ett omfattande arbete pågår att säkra rutiner kring behörighetstilldelning enligt patientdatalagen. Flera utvecklingsarbeten har pågått under året att säkra dokumentation genom mallar och vårdplaner.

### ***Projekt Suicidprevention***

Största delen av patientolycksfall med dödlig utgång utgörs av suicid. Under 2015 har ett omfattande projekt genomförts för att ta fram en Landstingsövergripande handlingsplan för Suicidprevention. Arbetet beskrivs i ett kunskapsunderlag dokumenterat i ledningssystemet. Handlingsplanen omfattar nio målområden som ska implementeras under 2016.

- Organisation
- Sammanhållen vårdprocess
- Folkhälsa, statistik och samordning
- Effektmål och utvärdering
- Kunskapsnätverk
- Kompetens och utbildning
- Vårdstöd
- Närstående och brukarorganisationer
- Dokumentation

### ***Samordnad individuell plan SIP***

Ett allvarligt riskområde finns i vårdens övergångar där Landstinget Västmanland under 2015 säkerställt både utbildning och tillgång till IT-stöd av SIP för personal både inom landsting som kommuner. Över 2000 personer har utbildats samt att stukturer för samverkan har etablerats.

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

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

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

Fortfarande är städning en prioriterad del av patientsäkerhetsarbetet i Landstinget Västmanland. Under 2015 har en revidering av de två nuvarande lokala städinstruktionerna påbörjats. Målet är att ena de två lokala städinstruktionerna. Arbetet utföres i samarbete mellan Vårdhygien och Städningen.

Syftet med den reviderade lokala städinstruktionen är att samtliga verksamheter i Landstinget Västmanland ska ta del av vårt huvudbudskap gällande städ-

---

ning i vården:

- ”Basala städrutiner” – grundläggande städrutiner oavsett känd smitta eller ej.
- Fokus på ”slutstädningar” – varje patient ska mötas av en ren vårdmiljö oavsett verksamhet och vem som utför städningen.
- Alkoholbaserat ytdesinfektionsmedel med rengörande effekt vid all städning av patientnära ytor och tagställen, till övriga ytor rengöringsmedel/vatten.
- Alltid mekanisk bearbetning av ytor.

Städenhetens personal har även under 2015 erbjudits kompetensutveckling i Vårdhygiens regi. Fokus har varit på repetition av tidigare utbildningsinsatser 2008 – 2014 samt att all nyanställd städpersonal har uppdaterats. Fler verksamheter har under 2015 överlåtit slutstädningar till Städenheten, ett arbete som förhoppningsvis kan utvecklas än mer.

### ***Hygienronder***

Hygiensjuksköterska och hygienläkare har sedan 2014 utfört hygienronder i verksamheterna där också utdatorapporter i infektionsverktyget finns med som en punkt. Två hygiensköterskor arbetar även med att implementera vårdhygieniska rutiner inom kommunal vård och omsorg. Besök har även gjorts på flyktingboenden.

### ***Handhygienens dag***

Handhygienens dag uppmärksammas varje år och sätter fokus på handhygien både för personal som patienter.

### ***Blåsdysfunktion***

Utbildning av förskrivare av inkontinenshjälpmedel har genomförts samt fyra temadagar om ”blåsdysfunktion ur patientsäkerhetsperspektiv”.

### ***Förbättrad rutin vid användning av urinkateter***

Tidigare instruktion för både ren och steril metod har uppdaterats.

### ***❖ 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. Sällan skadar patienten sig allvarligt men innebär ändå ett lidande.

Flera enheter inom slutenvården har bildat interdisciplinära arbetsgrupper, som med stöd av utvecklingsledare bedrivit ett strukturerat förbättringsarbete med fallpreventivt syfte. Rehabiliteringen inom medicin, kirurgi samt ortopedi har erhållit utbildning i förebyggande arbetssätt, där fallprevention ingått som en del.

Landstinget Västmanland deltog med en representant i det nationella fallkampanjarbetet ”Bättre balans” som samordnades av Myndigheten för Samhälls-

---

skydd och Beredskap (MSB). Syftet med kampanjen var att öka medborgarnas medvetenhet om fall, risker och förebyggande åtgärder. I Västmanland bildades även en lokal arbetsgrupp som samordnade aktiviteter under kampanjveckan (vecka 40) vid landstingets sjukhus, primärvårdsenheter samt i länets kommuner.

Sedan hösten 2015 medverkar Landstinget Västmanland i ett forskningsprojekt ”fallprevention med teknikstöd” tillsammans med Mälardalens Högskola, Robotdalen samt Västerås Stad.

### ***Förflyttningsinstruktörer***

Under 2015 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 förflyttning utförs i den omfattning som patienten kräver.

Instruktörerna kommer att successivt under 2016 erhålla 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***

Landstinget Västmanland har som mål att *inga trycksår ska uppkomma eller förvärras under vårdtiden*. En övergripande trycksårsgrupp bildades 2013 under ledning av hälso- och sjukvårdsdirektören. Gruppen träffas regelbundet för att arbeta strategiskt och proaktivt med trycksårsförebyggande åtgärder men också för att följa upp de landstingsövergripande resultaten. En övergripande handlingsplan togs fram under 2014 med mål och aktiviteter på micro, meso och macronivå<sup>15</sup>. Handlingsplanen har reviderats under år 2015.

Grundläggande utbildning i trycksårsprofylax, förflyttningskunskap och sårbehandling *erbjuds* regelbundet via Lärcentrum. Utbildning av instruktörer i förflyttningskunskap enligt modern arbetsteknik har skett kontinuerligt under året. Trycksårsombud finns på samtliga enheter i slutenvården. En utvecklingsledare (fysioterapeut) projektanställdes i patientsäkerhetsteamet 2014 och har under 2015 arbetat med utbildning, ordnat nätverksträffar för trycksår- och förflyttningsombud samt fungerat som coach ute på enheterna och stimulerat till förbättringsarbete. Utbildningstillfälle i trycksårsförebyggande åtgärder där även kommunen bjöds in med föreläsare från Rehabstation Stockholm samt sjukhusets sårvårdsteam. Öppet hus har hållits med teoretisk och praktisk kunskap i förebyggande behandling, förflyttningsteknik och sårvård.

---

<sup>15</sup> Med micro, meso och macronivå menas olika nivåer i hälso- och sjukvårdssystemet.

---

En informationsbroschyr är framtagen till patient och närstående om hur trycksår kan undvikas för att ge en ökad patientmedverkan.

❖ *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.

Stramaläkaren för primärvården besöker de olika vårdcentralerna för information och diskussion, helst med all personal närvarande, kring antibiotikaförskrivning och resistensproblematik.

Under 2015 förskrevs 323 antibiotikarecept per 1000 invånare och år, en marginell minskning från föregående års 324 recept.

❖ *Obligatorisk Läke-medelsgenomgång hos äldre skall öka*

MiniQ, ett IT-baserat verktyg för säker läke-medelsanvändning hos äldre har införts och används på nästan samtliga vårdcentraler samt är under införande 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 läke-medel kunnat minskas och optimeras. (Slutrapport från införandeprojektet föreligger.)

Arbete pågår att ta fram en landstingsövergripande instruktion för läke-medelsgenomgång i slutenvård och denna kommer att kopplas till instruktionen för läke-medelsberättelse.

❖ *Andelen läke-medelsberättelser skall 2015 vara minst 20%*

Läke-medelsberättelsen lämnas till patienten vid utskrivningen från slutenvård och har på så sätt medfört ett stort framsteg i ökad patientdelaktighet i läke-medelsbehandlingen. Läke-medelsberättelsen skickas även till familjeläkaren och kommunsköterskan för att säkra informationsöverföringen i vårdens övergångar.

En landstingsövergripande instruktion avseende läke-medelsberättelse finns fastställd i ledningssystemet. Efterlevandet följs även upp på kliniknivå månadsvis.

❖ *Antalet läke-medelsfel i vårdens övergångar skall minska*

Viktiga steg i säker läke-medelsanvändning har tagits i och med att elektronisk



---

journal Cosmic är införd i hela landstinget inklusive primärvården. Läkemedelsmallar har tagits fram. Ytterliggare steg kommer att tas genom versionsbyte i Cosmic till R81. Förhoppningar sätts också till införande av Nationell ordinationsdatabas – NOD.

Under år 2014-2015 har klinisk farmaci pilottestats på kirurgkliniken med mycket god effekt så att projektet permanentats och kommer att utvidgas under 2016 med flera anställda apotekare på Västmanlands sjukhus.

❖ *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 uppmärksammats under 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 omfattande utbildningssatsning är genomförd för SIP 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.

### *Nya arbetssätt av betydelse för patientsäkerheten 2015*

#### *Ny kateter-metod*

Landstinget Västmanland har ställt personal och resurser till förfogande både inom primärvård som slutenvård att kliniskt validera den nya katetersättningsmetoden Catheasy. Metoden är lindrig och smärtfri för patienten där förhoppning finns att denna skall kunna minska vårdrelaterade urinvägsinfektioner.

#### *Alternativt flöde för kirurgi&ortopediska sjukdomsfall*

Inför sommarens pressade situation med brist på sjuksköterskor att stödja ordinarie ledningsläkare på akutmottagningen formades istället ett alternativt flöde för lättare kirurgiska och ortopediska fall, kallat "Team 3". Teamet bemannades av erfarna kirurg respektive ortopedläkare och undersköterskor. Satsningen innebar en kraftig förbättring av målsättningen "högst 4 timmar på akuten" under sommarperioden.

#### *Ambulansdirigering i egen regi*

I maj 2015 startade ambulansdirigering i egen regi tillsammans med Landstinget Uppsala. Det har lett till att larmsantalet blivit bättre då operatörerna är sjuksköterskor och som därtill använder ett beslutstöd anpassat till legitimerad personal.

#### *Åtgärder att minska risker med överbeläggningar och utlokaliseringar*

Under hösten 2015, utifrån gjord riskanalys, påbörjades arbete utifrån åtgärds-

---

plan för att på olika organisatoriska nivåer genomföra patientsäkerhetshöjande åtgärder. Många åtgärder hamnar på organisatorisk mikro och mesonivå, men den stora frågan om personalförsörjning är en makrofråga. Under våren 2016 kommer Västmanlands sjukhus i sitt återkommande workshop runt PS-frågor just ta upp överbeläggnings/utlokaliseringsproblematiken.

#### ***Utvecklad samverkan med HR***

Arbetsmiljö och patientsäkerhet går hand i hand inom många områden varför en förstärkt samverkan är önskvärd. Initiativ har tagit från det centrala patient-säkerhetsteamet att medverka i introduktionsutbildningen för ny personal.

Dessutom ger det centrala patientsäkerhetsteamet en återkommande 2-dagars utbildning för chefer, både nya chefer och de som sedan en tid är aktiva i chefs rollen. Introduktionsutbildningen för nyutexaminerade sjuksköterskor omfattar 20 utbildningsdagar. Syfte och mål är att stärka och stödja sjuksköterskan i arbetsledarrollen, ge trygghet i yrkesprofessionen och bidra till en ökad säkerhet för patienten. Patientsäkerhet finns som en röd tråd i hela utbildningen och en utbildningsdag handlar särskilt om patientsäkerhet.

För undersköterskor ges en basutbildning i patientsäkerhet och vårdhygien där teori och praktik ingår. Utbildningen syftar till att ge fördjupad kunskap inom patientsäkerhet och vårdhygien och ge möjlighet till reflektion tillsammans med nya/mer erfarna medarbetare. Målsättningen är att stärka undersköterskans kompetens och känsla av trygghet i vårdarbetet med fokus på patientsäkerhet.

#### ***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.

#### ***Patientsäkerhetsutbildning 7,5 HP Mälardalens Högskola***

2012 startade ett samarbete mellan Mälardalens Högskola, Landstingen Sörmland/Västmanland och Västmanlands kommuner och landsting (VKL) som resulterade i en fristående kurs i patientsäkerhet 7,5 poäng. 2015 var det fjärde året i rad. Patientsäkerhetsteamet är med och inleder kursen med en introduktionsföreläsning.

#### ***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 2015 har 4 ansökningar beviljats inom områden som fallprevention och ökad samverkan i vårdkedjan, ökad patientmedverkan samt utbildning för personal inom primärvården utifrån beslutstöd RGS webb vid telefonrådgivning. Dessa utvecklingsarbeten visar verksamheterna upp som goda exempel på pa-

---

tientsäkerhetens 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 ges nu 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.

### ***Vårdstipendiet***

Landstinget Västmanlands vårdstipendium inrättades 1997 och riktar sig till enskilda medarbetare/verksamheter som genomfört utvecklingsarbete i syfte att förbättra vården för patienten. Kriterier för 2015 års vårdstipendium var förbättringsarbete som främjar teamsamverkan där patienten finns med som en viktig medskapare.

Vårdstipendiet tilldelades Dialysmottagningen på Medicinkliniken i Västerås för deras arbete med införandet av patientutbildning riktat mot dialyskörkort.

### ***Patientsäkerhetsdagen***

Under två dagar i Köping och Västerås inbjöds alla medarbetare och medborgare att ta del av det stora arbetet för en säkrare vård, som vi bedriver i Landstinget Västmanland. Syftet med dagen är att visa hur vi arbetar med att förebygga risker och misstag, som kan leda till vårdskador. Dagarna omfattade föreläsningar i E-tjänsten journal ”via nätet”, Gröna Korset, strukturerad kommunikation (SBAR) samt förebygga trycksår och ett 20-tal utställare delade med sig av sina förbättrade arbetssätt. Patientsäkerhetens dag har blivit en uppskattad dag med ett jämt flöde av personal som besökte utställare och föreläsningar.

### ***Gröna Korset***

Gröna Korset är ett systematiskt arbetssätt som möjliggör kontinuerlig utveckling av säkerhetskultur och skapar ökad patientsäkerhet. Metoden innebär att vårdteamet dagligen identifierar och åtgärdar säkerhetsbrister.

På Landstinget Västmanlands patientsäkerhetsdag presenterades Gröna Korset

---

som metod av vårdutvecklare på Södra Älvsborgs sjukhus. Vidare fick primärvårdens ledningsgrupp och chefer Gröna Korset presenterat på den Västmanländska kvalitetsdagen. Det finns ett intresse både i öppenvård och slutenvård att implementera Gröna Korset, fysiologkliniken samt en vårdcentral är igång. Representanter från ett flertal kliniker deltog på utbildningsdagen 1 februari 2016 på Södra Älvsborgs sjukhus så förhoppningen är att fler kliniker implementerar metoden under 2016.

## **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**
- **Iatrogen beroende**
- **Strokeprocessen**
- **Höftprocessen**
- **Fotprocessen**
- **Samverkansdokument mellan primärvård & specialistsjukvård**
- **Tidig upptäckt av cancer**
- **Införande av Cosmic i primärvården**
- **Inhyrd personal**
- **Utlökaliserade patienter**

- *Hemsjukvårdsväxlingen*

Inför kommunaliseringen av hemsjukvården den 1/9 2012 genomfördes en omfattande analys för att minska riskerna. Detta resulterade i att Landstinget 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 bl. a för att kunna dokumentera kunskap om vilka hemsjukvårdspatienter som finns. Vidare har uppmärksammats oklarheter i vården av diabetes-patienterna.

- *Samordnad vårdplanering*

---

Dokumentet för samordnad vårdplanering mellan sjukhusvård, primärvård och kommun har uppdaterats med särskild hänsyn till en säker informationsöverföring gällande läkemedel. I detta arbete 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.

För att säkra och ta tillvara erfarenheter från ”Mest sjuka äldre-projektet” har ett äldrevårdsteam bildats som har uppdrag både mot slutenvård, primärvård och kommuner. För att förbättra överlämnandet har samordnad individuell plan implementerats.

- *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 som är fastställt av VKL - Västmanlands kommuner och landsting har uppdaterats under år 2015. Ett demenssamverkansråd bevakar och följer arbetet.

- *Suicidprevention*

Brister i samverkan har särskilt uppmärksammats mellan psykiatri och primärvård där omfattande förbättringsarbeten startats upp att förhindra suicid omfattande både vårdprogram, instruktion för suicid-riskbedömning samt utbildningsåtgärder till personal inom både psykiatri och primärvård. Arbetet har resulterat i ett gemensamt samverkansdokument och gemensamma utbildningar. Arbetet har växt att omfatta hela Landstinget.

- *Iatrogen Beroende*

Framför allt vid och för att förebygga iatrogen beroende krävs utvecklad samverkan för att inte patienter skall drabbas av vårdskada. Idag vet inte patienten var hen skall få hjälp. Beslut har därför tagits i hälso- och sjukvårdsgruppen att tillsätta en arbetsgrupp med företrädare för psykiatri och beroendeenhet, primärvård, smärtmottagning och några andra specialistkliniker samt företrädare från kommun och patientföreningar för att identifiera förbättringsområden till en handlingsplan.

- *Strokeprocessen*

Ett framgångsrikt processarbete 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.

- *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.

- *Samverkansdokument mellan primärvård och specialistsjukvård*

Mellan samtliga specialiteter och primärvården finns samverkansdokument som tydligt visar vårdnivå för patientens omhändertagande men också kopplade vårdprogram för korrekt vård och behandling. Även inom vissa vårdområden såsom osteoporos och sårbehandling finns detta. Iår har även tagits fram gränssnittsdocument för smärtbehandling.

Övergripande finns akutdokumentet för alla specialiteters samverkan med primärvården vid akuta sjukdomstillstånd.

- *Tidig upptäckt av cancer*

Inom ramen för ”vård på rätt vårdnivå” har ett utvecklingsarbete startat upp mellan primärvård och hudkliniken avseende fotografering av hudförändringar. Det har nu pilottestats på tre vårdcentraler och kommer att breddas under 2016.

- *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. Riskanalys hyrläkare inom primärvården gav grund för det förbättringsarbete som startat upp inom Landstinget att minska riskerna med personal från bemanningsföretag och som lyfter fram tydligare upphandling, centraliserat avrop samt förbättrade rutiner avseende introduktion och uppföljning. I åtgärds paketet ingår även journalgranskning, kontroll att journaldiktat samt en uppföljande enkät som all personal deltar i.

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

---

- *Utlokaliserade patienter*

Vid brist på vårdplatser läggs patienter på överbeläggningar eller utlokaliserat på andra specialiteters avdelningar. Detta ställer stora krav på samverkan för att patienten inte skall drabbas av vårdskada. Utifrån den riskanalys som genomförts pågår nu arbete enligt denna åtgärdsplan.

På sommaren och vid anhopning arbetar den s.k. ”fördelningsgruppen” där chefläkare medverkar för att säkerställa bästa möjliga vårdplats.

### ***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.

Detta utvecklade arbetssätt har varit mycket framgångsrikt både vid införandet av standardiserade vårdförlopp såsom remissmallar.

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

Samverkan sker främst för mest sjuka äldre där uppmärksammats brister i informationsöverföring vid utskrivning från sjukhus och behov av samverkan kring allvarlig händelse har identifierats.

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.

Landstinget har tagit initiativ till att bilda ett nätverk för patientsäkerhetsarbetet mellan medicinskt ansvariga sjuksköterskor MAS i samtliga kommuner och representanter från den centrala patientsäkerhetsteamet. Ett första möte är inplanerat i mars 2016.

Överenskommelser finns träffade mellan samtliga kommuner och landstinget både avseende missbruk och beroende, psykisk ohälsa som äldreomsorg.

### ***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 2015 har fokus legat på samverkan med Patientnämnden. En av chefläkarna arbetar halvtid som medicinsk rådgivare för Vårdvalet och deltar även vid dessa ronder.



---

Samarbetet präglas av samverkan för en jämlik och patientsäker vård. För andra året i rad genomfördes 2015 den Västmanländska kvalitetsdagen där både inspirationsföreläsning om ”Gröna Korset” gavs som att alla vårdgivare/vårdcentraler delgav sina kvalitetsarbeten. Ett exempel är tum-ekg på vårdcentralen för tidig diagnostik av förmaksflimmer.

Under 2015 kopplat till införandet av Cosmic har de privata utförarna fått tillgång till EKG taget på sjukhus vilket de offentliga vårdcentralerna haft länge. Vidare har utbildning och samverkan skett för att säkra rutiner med beslutstöd Auricula för säker antikoagulantibehandling på alla vårdcentraler i länet.

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

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

Leverantören ska 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 vara Landstinget tillhanda senast den 1 mars varje år.

I samband med revision av chiropraktorer och naprapater 2015 identifierades ett utbildningsbehov inom flera områden varför utbildningsdagar ordnats av Vårdvalet i samverkan med det centrala patientsäkerhetsteamet innehållande; grundläggande patientsäkerhet, vårdplan, dokumentation och upprättande av patientsäkerhetsberättelse. Tidigare har motsvarande utbildning genomförts för privata sjukgymnaster.

### ***Regional samverkan***

Regionala läkemedelsrådet i Uppsala-Örebroregionen har efter initiativ från Landstinget Västmanland genom samverkan mellan representanter från Uppsala-Örebroregionens läkemedelskommittéer arbetat fram *Behandlingsrekommendationer för läkemedelsbehandling av de mest sjuka äldre*. Arbetet belönades med Dagens Medicins utmärkelse Guldpillret 2014. Målsättningen med behandlingsrekommendationerna är att förbättra livskvaliteten för de mest sjuka äldre, undvika läkemedel som inte tillför något positivt vad gäller livskvalitet och att undvika vårdskador på grund av polyfarmaci och olämpliga läkemedel. Behandlingsrekommendationerna har fått stor uppmärksamhet och har fått spridning långt utanför regionen. Under 2015 har en ny upplaga tagits fram med smärre uppdateringar, och en större revidering har genomförts inför ny upplaga februari 2016.

### ***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.

### ***Tidigare genomförda Centrala Riskanalyser***

De åtgärdsplaner som skapats utifrån tidigare genomförda Riskanalyser har kvarstående effekt på patientsäkerheten. Några exempel ges nedan:

- ❖ *Hyrläkare inom RO Primärvård*
- ❖ *Provtagningsprocessen*
- ❖ *Diskmaskiner för instrument på operation*
- ❖ *Registrering av synpunkter och förbättringsförslag på landstingets hemsida för patienter och anhöriga*

Dessa riskanalyser finns att läsa i tidigare Patientsäkerhetsberättelser.

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

- ❖ *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.

---

❖ *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.

❖ *Journal via nätet*

Kopplingen mellan arbetsmiljö och patientsäkerhet har stor aktualitet vid den riskanalys avseende införandet av journal på nätet som genomfördes inför start i Landstinget Västmanland. Säkerhetsrisker identifierades och åtgärdades.

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

Målet med analysen var att identifiera de risker som kan finnas i att uppgifter saknas över vilka hemsjukvårdspatienter som finns i nuläget. Rapporten är färdigställd och överlämnad till chefsforum på VKL.

❖ *Resursbristens konsekvenser för vård och behandling inom slutenvården.*

Denna hade som syfte att identifiera patientsäkerhetsrisker i samband med slutenvård med särskilt fokus på överbeläggningar och utlokalisering. Rapporten är färdigställd och överlämnad där arbete pågår nu enligt handlingsplan.

❖ *Vård på utskrivningsavdelning*

För att kunna ta om hand medicinskt färdigbehandlade patienter på ett bättre sätt i väntan på att få komma till kommunalt boende skapas speciella avdelningar med i huvudsak undersköterskebemanning. Riskanalysen avsåg att säkerställa att inga risker i detta.

❖ *Patientsäkerhetsrisker på Akutmottagningarna*

Riskanalysen avsåg att utreda påtalade patientsäkerhetsrisker samt åtgärder med anledning av IVO:s tillsyn av akutmottagningarna

❖ *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. Exempel på detta är de riskanalyser som görs inför specialanpassningar av hjälpmedel. 16 sådana riskanalyser finns dokumenterade.

**Planerade riskanalyser 2016**

- ❖ *Hylläkarsituationen inom Psykiatri utifrån dess specifika behov*

---

❖ *Gemensam riskanalys med Västerås Stad gällande säker läkemedelsanvändning*

❖ *Införandet av ny läkemedelsmodul i Cosmic version R8.1*

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

## **Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet**

- *Instruktion för avvikelserapportering* finns i ledningssystemet fastställd av hälso- och sjukvårdsdirektören där klargöras 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 avvikelserrapporter hanteras, klassificeras och allvarlighetsbedöms
- utbilda medarbetare hur man rapporterar avvikelser
- vid behov deltar i risk - och händelseanalyser

### Samtlig personal omfattas av:

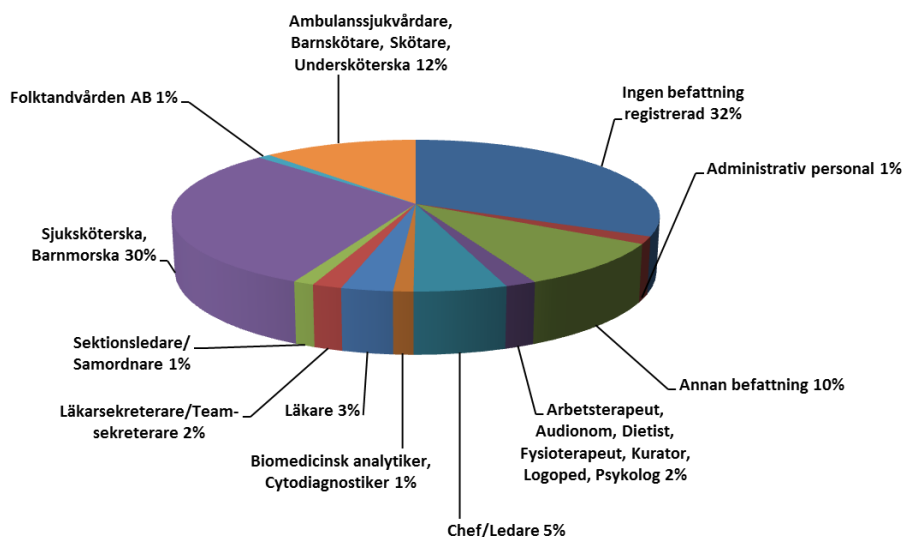
- rapporteringsskyldigheten där händelser inträffat som orsakat en vårdskada eller där risk för vårdskada föreligger. Händelsen skrivs direkt in i Synergi.

*Vid rapporterad avvikelse eller risk tas denna om hand av avvikellesamordnaren som klassificerar och allvarlighetsbedömer. Enklare ärenden handläggs omedelbart medans andra utreds i det lokala patientsäkerhetsteamet. Återkoppling sker automatisk i Synergi till rapportören samt till övriga medarbetare på arbetsplatsträff.*

*Systematisk sammanställning sker på verksamhetsnivå till patientsäkerhetsdialog och landstingsövergripande i årsbokslutet.*

*Kontakt tas omedelbart med chefläkare vid allvarlig vårdskada.*

### ***Hur patientärendena/avvikelse rapporteringen 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 har inga förändringar skett mellan yrkesgruppers benägenhet att rapportera. Det är svårt att dra några ytterligare slutsatser då befattning saknas i 31%.

*Rutiner måste säkerställas för dokumentation av rapporterade befattning.*

Framförallt rapporteras brister inom administrativa processer samt för information och kommunikation följt av rapporterade fall och fallskador men personalen är även observant på läkemedelsfel. (Se utförligare på sidan 60 i Sammanställning&analys.)

Det finns en eftersläpning i klassificeringen av ärenden vilket innebär att det är svårt att jämföra med föregående år. Glädjande kan dock noteras en minskad rapportering av patientolycksfall medans tillbuds- och riskrapporteringen har ökat. Kvoten dem emellan visar på en positiv trend. Risk och tillbud utgör 72% av rapporterade händelser mot 68% föregående år. 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 fastställdes inför 2015 och rapporter för uttag av data skapats.*

Detta har haft mycket goda effekter så att avvikelser numera tas om hand

---

snabbare i verksamheterna. Bland annat uppmärksammades brister i allvarlighetsbedömning av suicidförsök som kunde åtgärdas.

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

***Synergiansvarig sammanställer årets samlade avvikelser för Landstinget Västmanland, avseende alla områden, i en övergripande rapport varje år som diarieförs och 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. Alla verksamheter värnar och välkomnar patientsynpunkter.

För de *Externa patientsynpunkterna via webben* finns särskilda rutiner. De går



direkt till respektive verksamhet men sorteras av synergiansvarig till de andra vårdgivare som Landstinget har avtal med.

Många klagomål hanteras av *Patientnämnden* som en brygga till verksamheterna. Information och folder från Patientnämnden finns i alla väntrum. Patientnämnden kan även medverka vid möten i enskilda patientärenden.

Patientnämnden skickar månatligen en sammanställning till alla verksamheter och på aggregerad nivå till förvaltningarna. Chefläkare bevakar och håller kontakt med patientnämnden i allvarliga ärenden.

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

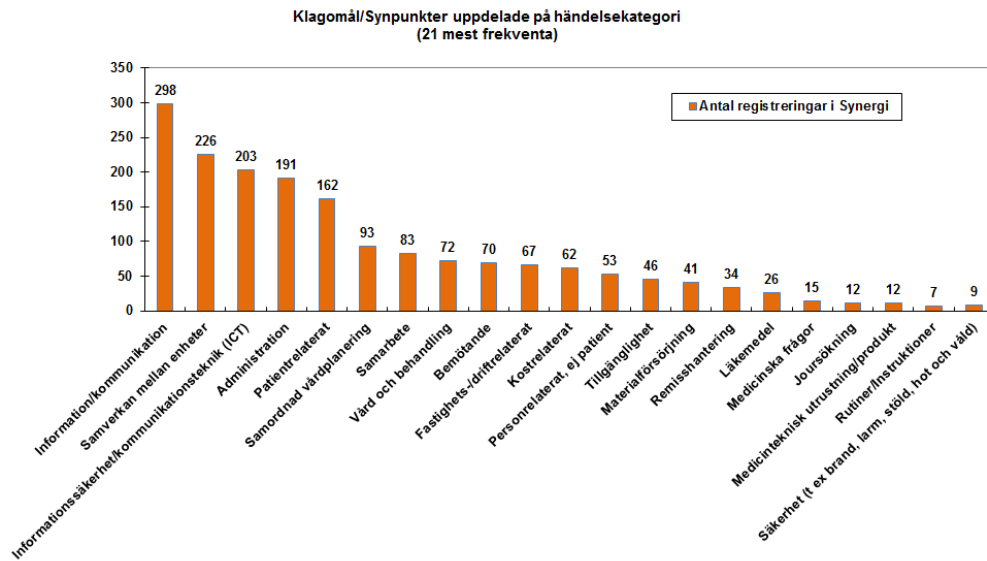
## Sammanställning och analys

- ***Klagomål och synpunkter***

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 brister i information och kommunikation dominerar följt av frågor om vård och behandling samt samverkan mellan enheter. Det är en skill-

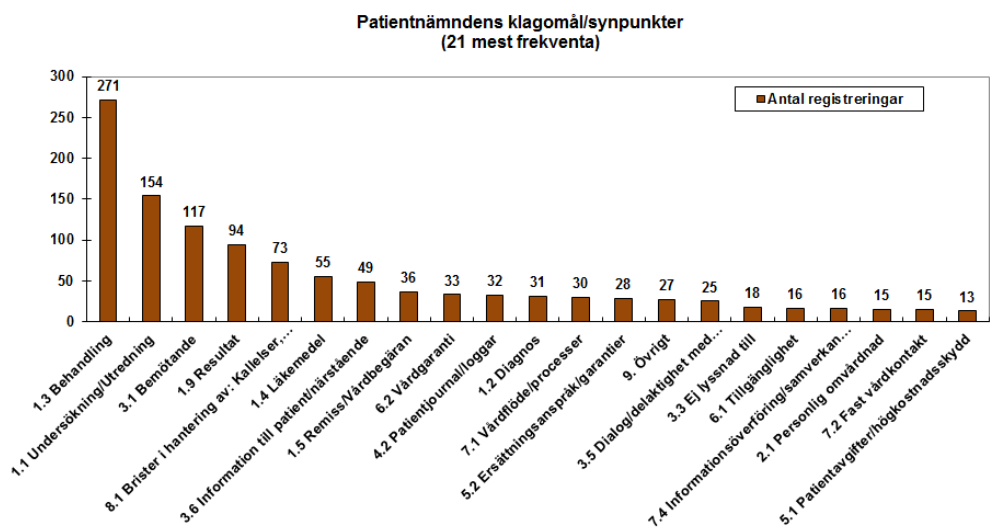
nad i vad man vänder sig direkt till verksamheten om (information/kommunikation) och vad som patient/ närstående istället kontaktar patientnämnden om (behandling) som är viktigt att beakta. Jämfört med föregående år ses en 100% ökning av ärenden direkt till verksamheterna medans antalet till patientnämnden har minskat med 12%. Detta måste ses som positivt om patienter och närstående mer kan ta en direktkontakt med den verksamhet som berörs.

### Klagomål och synpunkter direkt till verksamheten



Klagomål och synpunkter direkt till verksamheterna (1800) varav från patient/närstående 91 och från personalen 1275 medans för 434 ärenden saknas uppgift. Sammantaget med de via patientnämnden (1245) och till IVO (103) innebär att 3.148 klagomålsärenden registrerats.

### Klagomål och synpunkter via Patientnämnden



Detta är en ökning med 10% klagomålsärenden jämfört med föregående år vilket innebär att den ökande trenden från tidigare år fortsätter.

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

***Viktiga utvecklingsområden är en fortsatt användning av SBAR för att förbättra information och kommunikation samt den förbättring av samverkan som SIP, särskild individuell plan ger.***

- ***Lex Maria***

Sammanställning upprättas med uppgift om datum, berörd enhet, vad ärendet handlade, synerginumner, datum för anmälan och ansvarig chefläkare samt när och vad beslut från IVO föranleder. Totalt har 48 Lex Maria-anmälningar lämnats och för dessa har 11 mer omfattande händelseanalyser genomförts\*.

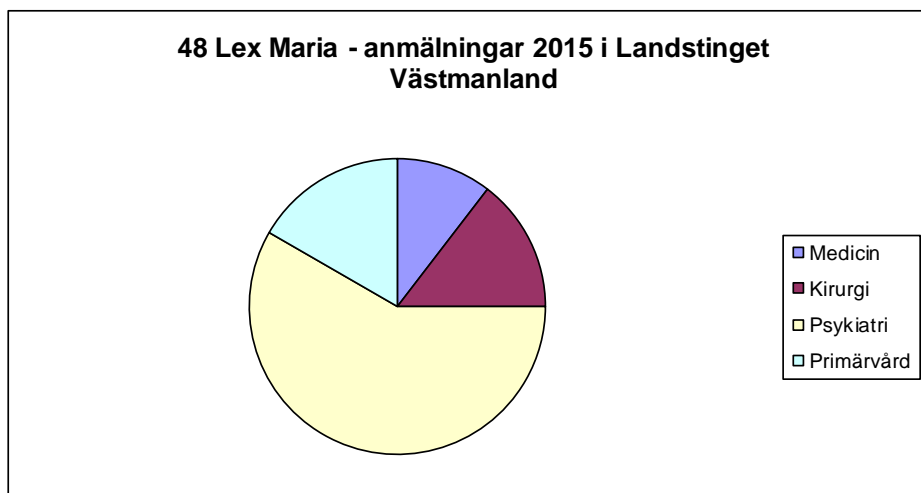
<i>Centrala Händelseanalyser 2015<sup>16</sup> rapporterade till NITHA</i>
Suicid**
Försenad behandling av lungmetastas*
Diagnostik och behandling av allvarlig infektion*
Akuta bukbesvär*
Kärlskada efter klämskada*
Förväxling av blodtransfusion*
Utsättning av Trombyl
Trauma akuten*
Bristande vårdkedja
PK-Povtagning – gemensamt med annan vårdgivare
Samverkan mellan enheter – dödsfall i hemmet
Kortisonutlöst diabetes*
Bristande handläggning av höftfraktur*
Sjuktransport istället för ambulanstransport*
Dödsfall i samband med LPT-vård*
Bristande omhändertagande på akuten
Personstöd i samband med suicidförsök*

*\*Händelseanalyser kopplade till årets lex Maria-ärenden. Övriga har inte lett till lex Maria eller omfattar tidigare ärenden\*\*.*

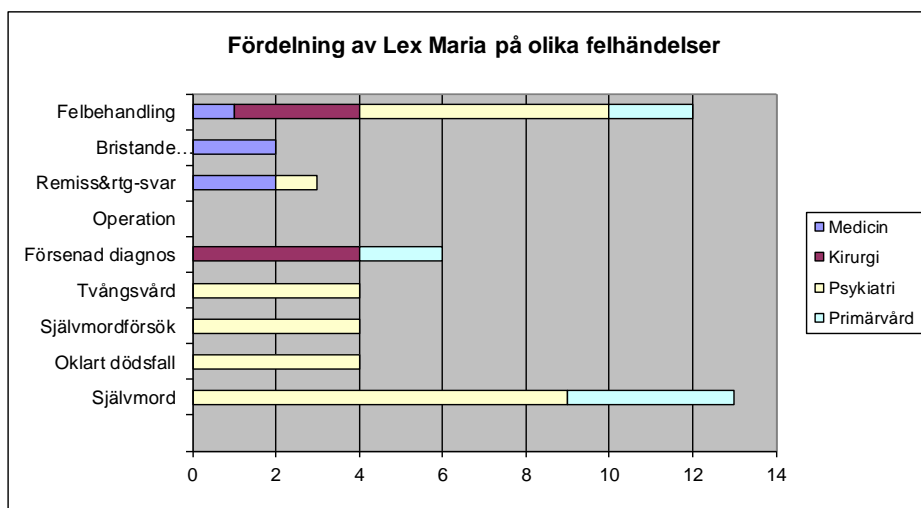
<sup>16</sup> Centrala händelseanalyser genomförs under ledning av centrala analysledare. 2015 inkom till den centrala analysgruppen 16 nya ärenden varav 11 händelseanalyser och 5 riskanalyser.



Av 48 Lex Maria-anmälningar dominerar suicid men även brister i behandling och försenad diagnos ses. Av de 48 lex Maria var 31 inträffad allvarlig vårdskada och 17 risk för allvarlig vårdskada. Detta är en minskning av antalet allvarlig vårdskada jämfört med 2014<sup>17</sup> framförallt genom färre suicid. Däremot ses en ökning av anmälda risker för allvarlig vårdskada.



Målsättningen har under 2015 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.



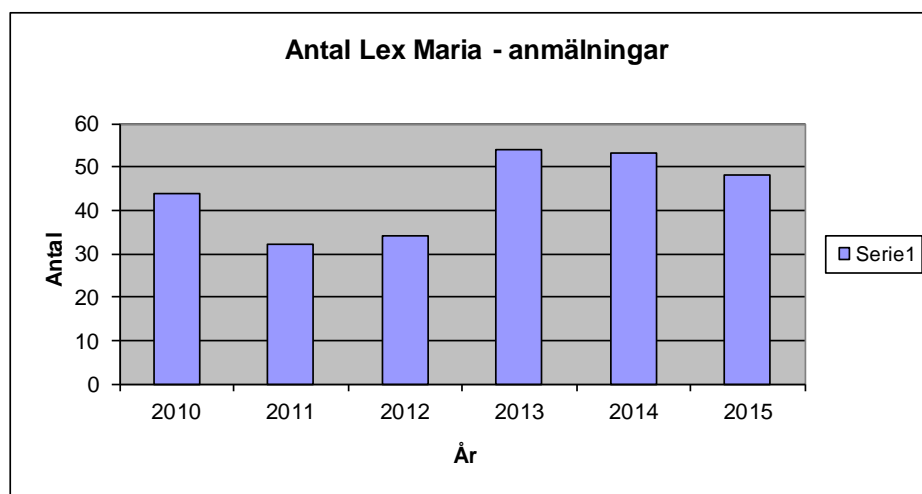
Landstinget Västmanland har tidigare fått kritik från IVO om för få anmälningar och att ej samtliga suicid som haft kontakt med vården granskades. I detta avseende noteras avsevärda förbättringar vilket innebär idag att samtliga

<sup>17</sup> Av de 53 lex Maria 2014 var 38 inträffad allvarlig vårdskada och 15 risk för sådan.

---

självord 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.



Målet är en 0-tolerans för allvarlig vårdskada. En långsam minskning ses efter 2013. Vad gäller anmälda lex Maria noteras även en procentuellt ökat rapportering av risk för allvarlig vårdskada i relation till inträffad allvarlig vårdskada

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

Sammanställning upprättas med uppgift om vårdenhet, ärendets art samt beslut om åtgärder från IVO. Totalt har 103 enskilda ärenden registrerats vilket är en 25% minskning jämfört med föregående år. Främst noteras en minskning inom kirurgiska specialiteter. Redovisade ärenden omfattar medicin 13, kirurgi 34, psykiatri 25, primärvård 9 och handikapp 0. Övriga 22 ärenden berör flera verksamhetsområden och/eller vårdgivare. Dessutom tillkommer 15 ärenden avslutade av IVO utan utredning.

- ***Avvikelse rapporter i Synergi***

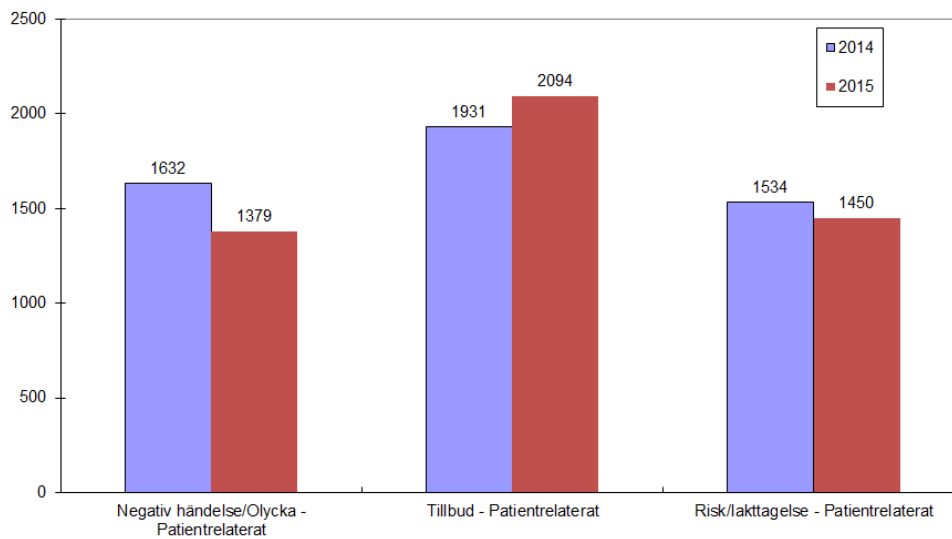
Avvikelse rapporteringen i Synergi<sup>18</sup> omfattar alla oönskade händelser och risker men här redovisas bara patientrelaterade sådana även om arbetsmiljöbrister också påverkar patientsäkerheten.

Bilden på nästa sida visar minskat antal patientrelaterade händelser och risker 4923 med en minskning inom både negativ händelse, olycka som upptäckt risk medan rapporterade tillbud ökat.

---

<sup>18</sup> Synergi är Landstingets avvikelse rapporteringssystem för alla avvikelser både de som omfattar patienter som personal och redovisas i en särskild årsrapport.

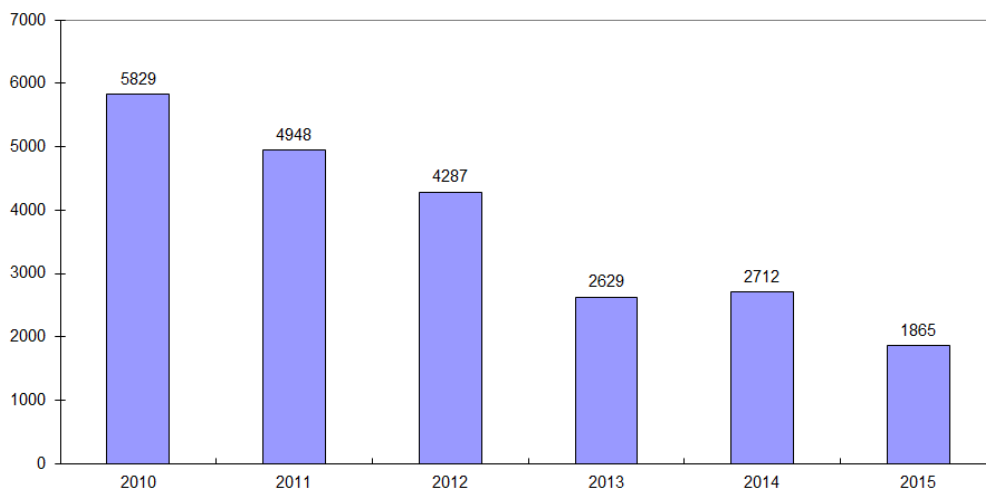
## Patientrelaterade avvikelser



Till detta kommer 3148 ärenden som klassats som klagomål (från både patienter och personal) samt 2707 preanalytiska (lab) avvikelser.

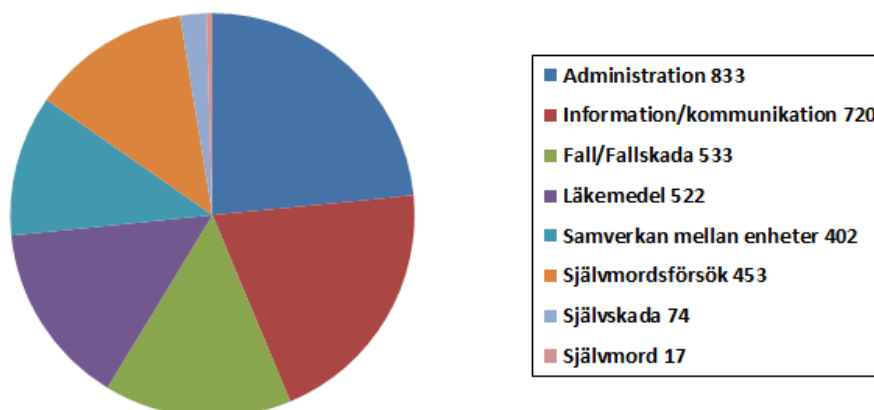
De preanalytiska laboratorierelaterade avvikelserna har kraftigt kunnat minskas genom ett omfattande förbättringsarbete på flera nivåer och där genomförd riskanalys haft betydelse. Flertalet av de risker som identifierades var bristande kunskap och informationsinhämtning hos beställaren samt hos den som tog provet och skickade det vidare för analys. Dessa brister har kunnat åtgärdas.

## Laboratoriehändelser



Av de 4923 patientrelaterade händelserna och påvisade riskerna rapporterade i Synergi dominerar brister inom administrativa arbetsprocesser (833) precis som föregående år men i 10% mindre omfattning. Många av de administrativa patientavvikelserna omfattar journaldiktering och remisshantering. Brister i läkemedelsprocessen har minskat med 30%.

## Patientrelaterat Händelsekategori

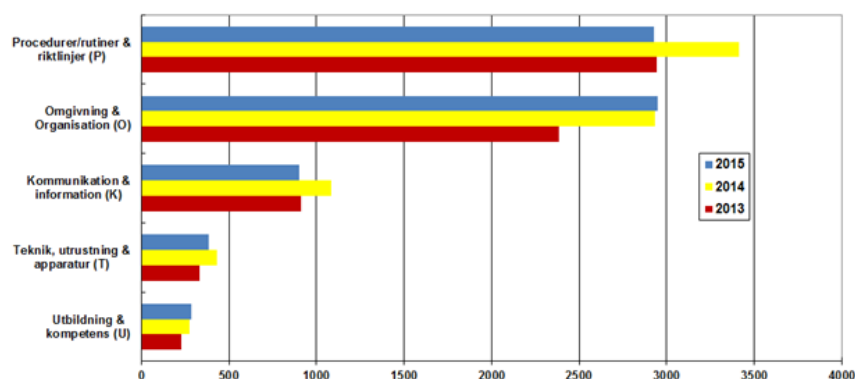


*De fem mest frekventa samt självmord, självmordsförsök och självskada.*

Utrustning och Medicinsk-tekniska produkter har varit involverade i händelsen i 241 ärenden vilket är en minskning med 20% mot 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. Generellt anges ofta avsteg från rutiner och instruktioner som orsak i hela landstinget. Varje avvikelse kan ha en eller flera orsaker.

### Orsakskategorier till avvikelser



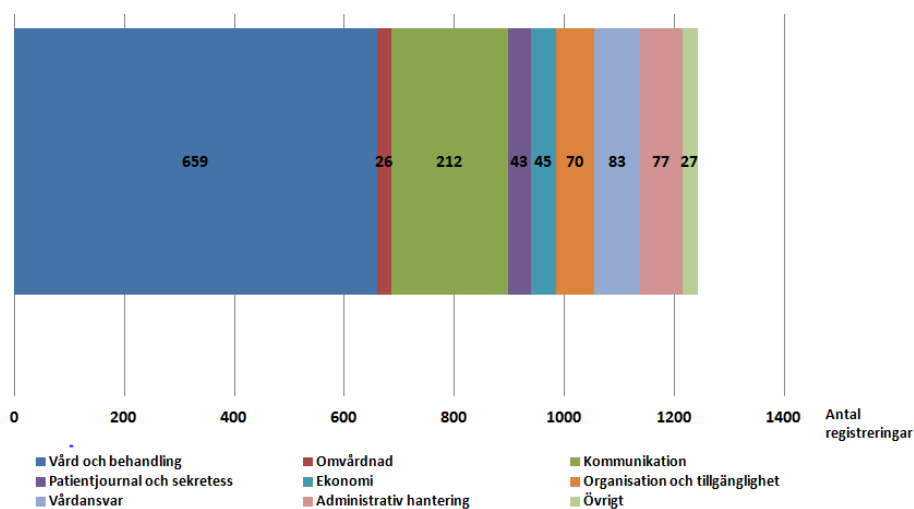
- **Patientnämndsärenden**

Antalet kontakter med patientnämnden har minskat under 2015 till 1240 registrerade ärenden. 2014 var den summan 1435 och 2013 var det 1086 stycken.

Analys av orsaker kan vara att patienter är mer pålästa och känner till sina rättigheter, vet vad de vill och ställer krav samt söker information via patientnämnden och dess olika informationsinsatser.

En verksamhet som har många klagomål/synpunkter registrerade behöver inte innebära att verksamheten har extra många missnöjda patienter, det kan tyda på att personalen är duktig på att informera.

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



### Antal ärenden i Patientnämnden år 2015 redovisade per område

2015 liknar tidigare år på så vis att den främsta orsaken till att patienter vänder sig till patientnämnden är ärenden som rör vård och behandling. Efter det kommer synpunkter på kommunikation och bemötande som orsak. Patienten känner sig inte lyssnad till, det brister i dialog och delaktighet med patient och anhörig. Ärenden gällande synpunkter på omvårdnad har minskat drastiskt.

Brister i information gör att patienter kontaktar patientnämnden. 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. Vårdgarantifrågor och aktuella väntetider är också kontaktorsaker. I nuläget väntar patienten på en kallelse och när det närmar sig tre månader kontaktar patienten vården och får då information som aktuell väntetid och att åtgärden kommer att dröja.

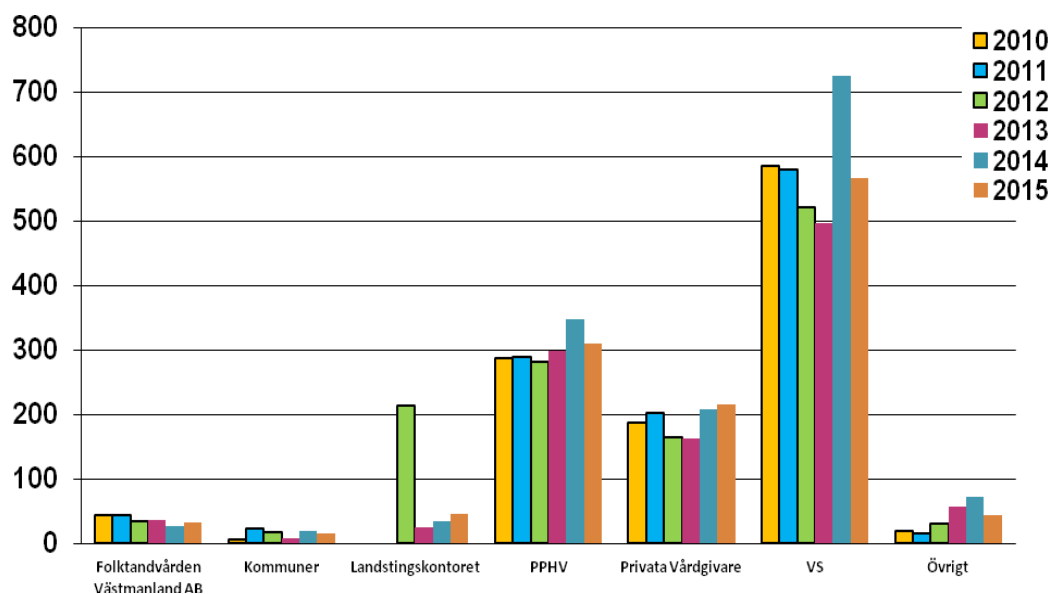
Något som uppmärksammats under året genom patientberättelser och samtal är de problem som drabbar patienter som vårdas över flera kliniker, men inte

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. Patienten upplever att ingen sammanhållning eller gemensam planering sker kring olika undersökningar/provtagningar/läkarbesök vilket leder till att patienten ofta måste besöka sjukvården vid flera tillfällen istället för att försöka ”hålla ihop allt” runt patienten och på så sett påskynda utredning och definitivt underlätta för patienten.

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.

Hyr läkare 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 samt remisser som inte skrivs.

Patienter känner sig kränkt vid samtalet ”fem frågor om din hälsa” och framför allt frågor som gäller övervikt. Samtalet utgår ifrån Socialstyrelsens nationella riktlinjer.



### Ärenden per förvaltning/verksamhet

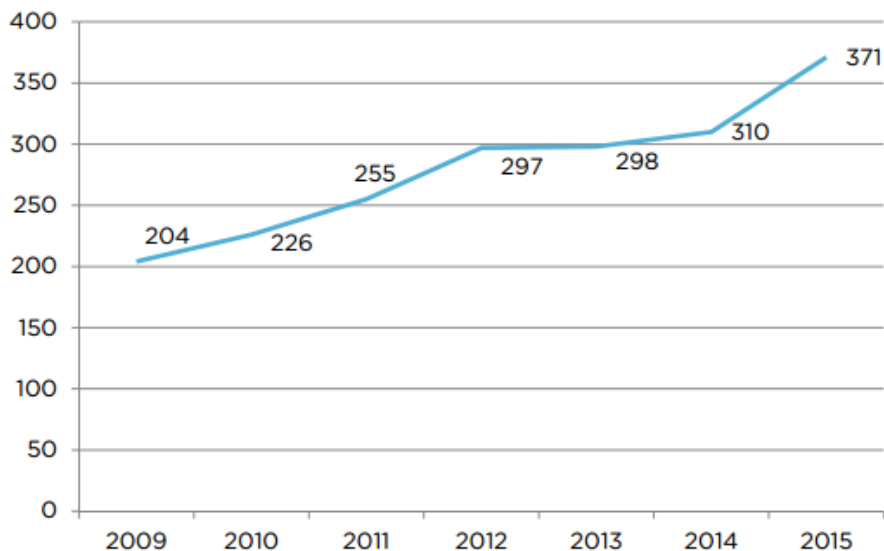
Fördelning av ärenden är i enlighet med tidigare år. Framförallt ses en minskning av ärenden som berör Västmanlands sjukhus (VS).

- **Patientförsäkringen LÖF**

Förra året tog Patientförsäkringen LÖF (Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag) emot 371 skadeanmälningar som berörde Landstinget Västmanland. Ökningen på 20% jämfört med 2014 är högre än den nationella på 9%.

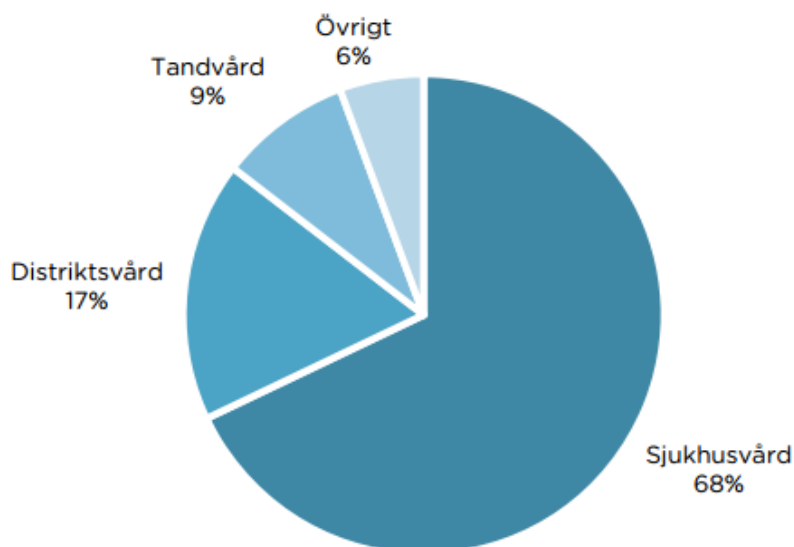
**3.1 Antal anmälningar hos Löf 2009-2015 \* för Landstinget Västmanland**

\* = Antalet anmälningar är det faktiska antal 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 cirka 40 % av skadeanmälningarna ersatts 2015.

**Anmälningar uppdelade efter verksamhetsområde för Landstinget Västmanland**



68 % av anmälningarna i Landstinget Västmanland tillhörde sjukhusvård och

---

17 % primärvård vilket är en förskjutning mot primärvård jämfört med 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 direkt till verksamheterna har de minskat till Patientnämnden och för Enskild anmälan till IVO samt att antalet undvikbara allvarliga vårdskador minskat jämfört med 2014. Detta 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 ödesdigra 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.

Exempel på nya arbetssätt för patientmedverkan är barnkliniken's överrapportering enligt "beside handover" samt medicinkliniken's "teachback" en metod där patienten återberättar informationen från läkaren/sjuksköterskan.

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. Senior-miniQ finns för delaktighet vid läkemedelsgenomgång via webben.

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 rättspsykiatri har brukarna varit med om att följa upp sina vårdplaner och finns med i avdelningens patientråd. Vid suicidpreventionsutbildningen deltar närstående representant. Inom barnmedicin har närstående varit med att utveckla ovan rondsystem.

***Krav på brukarråd/focusgrupp har ställts på samtliga verksamheter i planeringen för patientsäkerhetsarbetet 2016.***

Den *nationella patientenkäten* är ett viktigt instrument att fånga upp upplevelser i vården. Verksamheterna arbetar för att ta tillvara förbättringsförslagen. Vårdvalet har tagit del av samtliga 634 öppna svar och ställt frågor till verksamheterna vid brister.

På *Patientsäkerhetsdagen* var temana kommunikation där både personal som patienter bjöds in till dialog och föreläsningar samt information om min Journal via nätet. "Min guide till säker vård" delades också ut till medborgarna.

Patient/närstående inbjudes att *deltaga i riskanalyser* genom sina patientföreningar och kunde på sätt medverka i riskanalys primärvårdsakut. Vid centrala *händelseanalyser* är patient/närstående alltid delaktiga. I LexMaria ärenden har alltid verksamhetschefen kontakt samt att patient/närståendes erfarenhet tas tillvara vid händelseanalysen.

Vid införandet av *standardiserade vårdförlopp* deltar samtliga patientföreningar med flera representanter. Deras synpunkter har varit särskilt värdefulla i att säkerställa en god och patientsäker vård som beaktar patientperspektivet.

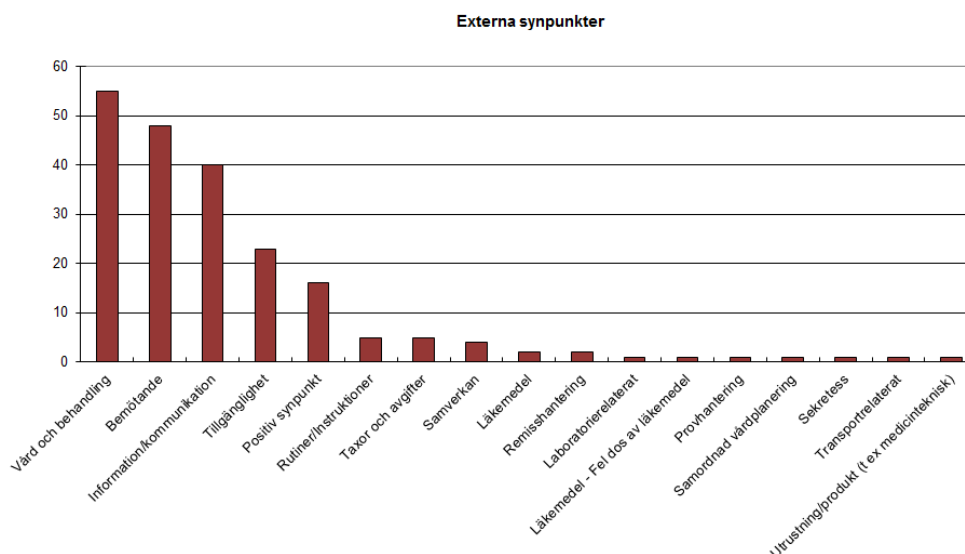
*Vårdstipendiet* tilldelades Dialysmottagningen på Medicinkliniken i Västerås för deras arbete med införandet av patientutbildning riktat mot dialyskörkort. Syftet med utvecklingsarbetet var att öka patientens delaktighet i vård och behandling genom att ge patienten möjlighet att självständigt sköta sin dialysbehandling. Patienterna har genom utbildning som resulterat i dialyskörkort fått ökad kunskap om dialysbehandlingen, ökat trygghet, ansvar, frihet, kroppskännedom och möjlighet att påverka sin vård och behandling.

*Patientnämnden* är också en viktig ingång i patienternas medverkan i patientsäkerhetsarbetet.

Som komplement till Patientnämnden finns på Landstingets hemsida möjlighet för patienter och närstående att lämna sina synpunkter och förbättringsförslag direkt till den berörda enheten. Det är viktigt att få både patienter, närstående och personalen synpunkter när vi ska arbeta med förbättringar i verksamheterna.

Flest ärenden omfattar vård och behandling, följt av bemötande och information/kommunikation.

## Patienter/närståendes synpunkter via webben



Denna *direktgång till Landstingets avvikelserapporteringssystem* i Synergi öppnades under våren 2014. Under år 2015 inkom 184 förslag vilket är dubbelt så många som 2014. De tas om hand av respektive verksamhet och återkopplas till patient/närstående om ej önskemål om anonymitet. Chefläkare läser även samtliga synpunkter varje vecka och lyfter dem i behövlig ordning.

I Riskanalysen som gjordes på uppdrag av chefläkare inför införandet av den nya e-tjänsten identifierades risker såsom brister i sekretess och handläggning av ärenden. Det bevakas nu genom den noggranna granskningen av chefläkare som både säkerställer att allvarliga ärenden utreds samt att eventuella personuppgifter tas bort i ärendet.

Landstinget har under 2015 breddinfört att patienter kan ta del av E-tjänsten *Journalen "via nätet"*. Under 2016 kommer samtliga medborgare även de listade hos andra vårdgivare ges denna möjlighet. I nuläget kan bara patienten läsa journalanteckningar men under 2016 kommer även provsvar och remissens gång tillgängliggöras. Detta ses som mycket viktigt i patientmedverkan.

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. Egen vårdbegäran kan ses som ett led i detta.

## Resultat

***Landstingets patientsäkerhetsarbete håller en mycket hög nivå och arbetet är inriktat på att ingen patient skall drabbas av vårdskada.***

För år 2015 ses en minskning av allvarlig vårdskada (lex Maria) främst genom färre anmälda suicid. Värdefullt är också att kvoten risk för allvarlig vårdskada

---

da/inträffad vårdskada har ökat.

***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 hygienrutiner och klädregler, minskad antibiotikaanvändning, säker läkemedelsanvändning, förebyggande av trycksår, kontroll på överbeläggningar samt införande och validering av data i infektionsverket.

***Arbetet har fortsatt i samma anda och följer nu Nationellt Ramverk för Patientsäkerhet omfattande:***

- ***Patientfokuserad***
- ***Kunskapsbaserad***
- ***Organiserad***

Landstinget Västmanland involverar patient/närstående i vård och behandling både på individnivå såsom vid vård och behandling som systemnivå såsom vid utveckling av processer och vid utbildningar av personalen. Landstinget arbetar utifrån evidens och kunskapsstyrning, integrerar patientsäkerhet i arbetsmiljö och e-hälsa samt analyserar fortlöpande risker i vården. Landstinget har en väl utvecklad organisation och ledningssystem samt arbetar för att patienten skall känna att alla som är involverade i vården har tillgång till nödvändig och adekvat information.

### ***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.

*Ett integrerat ledningssystem* för Landstinget Västmanland finns implementerat i så gott som alla vårdverksamheter. Ledningssystemet innehåller förutom dokument även kartlagda processer med tillhörande dokumentation som är synliga i den grafiska processbilden. När det gäller vårdprocesser så har ett 60-tal blivit identifierade och 7 stycken är kartlagda och publicerade. Ett arbete med standardiserade vårdförlopp har påbörjats inom 5 cancerområden.

*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>19</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 35% med en variation om 0-100% mellan de olika verksamheterna. Utbildning och organisation har därför setts över. AT-läkarna får A-HLR-utbildning i introduktionsveckan samt som en repetitionsutbildning ett år senare inför primärvårdsplaceringen.

### Antal deltagare i utbildningar (patientsäkerhet) 2015

A-HLR utbildning	220
Barn A-HLR utbildning	35
Barn HLR - Instruktörsutbildning	6
Barn HLR utbildning	75
D-HLR	0
S-HLR - Instruktörsutbildning	31
S-HLR utbildning	1140
Vuxen HLR med hjärtstartare	241
Vuxen HLR med hjärtstartare - Instruktörsutbildning	1
Totalsumma	1749
Patientsäkerhet för verksamhetschefer	17
Avvikelse rapportering/Händelse- eller riskanalys	16
Strålsäkerhet/Gasutbildning eller Medicinsk Teknik	96
Alert – Akuta livshotande händelser	155
Akut omhändertagande för Primärvården	7
SBAR*	23
Team-arbete/Team-träning	
Förflyttningkunskap**	224
Förflyttningkunskap - Instruktörsutbildning	10
Läkemedel	
Suicidprevention	21

\*SBAR: under 2015 har förutom de ordinarie tillfällena på en halvdag x 2 även haft arbetsplatsförlagd information/utbildning. 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 2015 har utbildning till instruktör kunnat erbjuda 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

<sup>19</sup> För en komplett information om Lärcentrums verksamhet och för personalen genomgångna utbildningar hänvisas till Lärcentrums verksamhetsberättelse 2015.

---

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)*. Sedan 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 2415 licenser i landstinget.

Under 2015 togs kontakt med personaldirektören för att informera om patientsäkerhetsarbetet och behovet av utbildningsinsatser. Som ett resultat av detta så deltog en chefläkare i diskussionerna kring det nya utbildningsprogrammet för nya chefer. Chefläkare medverkar nu även regelmässigt vid introduktionsdag för nyanställd personal. Sedan tidigare föreläser chefsjuksköterskan för nyanställda sjuksköterskor under deras introduktion. E-utbildning i patientsäkerhet behöver skapas för breddutbildning. Initiativ är tagna för att få med patientsäkerhet inom ST-läkarutbildningen inom den del som kallas "common trunc". Chefläkare deltar i utbildning av sommarvikarier för psykiatri för att säkerställa god vård och patientsäkerhet.

#### **Antal deltagare i utbildningar (synergi) 2015**

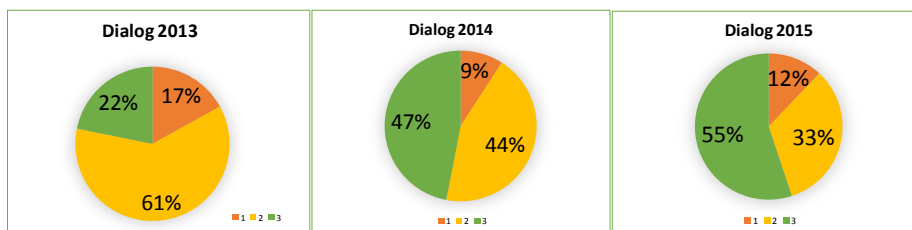
Lärlärd utbildning	Antal deltagare	Antal utbildningstillfällen
Synergi – Grundutbildning	45	7
Synergi – Egenkontroller/Inspektionsledning	20	3
Synergi – Registrering av skyddsronder	32	5
Synergi – Steg 1 Rapporter/Utdata	11	3
Personalutbildning/information	109	9

Enskilda utbildningar	37	27
Synergi (del i chefsutbildning)	39	6
<b>Totalt</b>	<b>293</b>	<b>60</b>
E-utbildningar (målgrupp alla medarbetare)	189	

### **Processmått**

*Patientsäkerhetsronder* har genomförts på samtliga enheter under året av den chefläkare som har ett särskilt uppdrag inom verksamhetsområdet tillsammans med chefsjuksköterskan. Det innebär att chefsjuksköterskan 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. En sammanställning över tid visar även att verksamheterna rör sig mot målet.



*Hygienronder* är etablerade och genomförs årligen inom samtliga verksamheter, även de privata och inom kommunal verksamhet. *Kvalitetsgranskning av läkemedelshandlingen* genomförs årligen i landstingets verksamheter samt *medicin-teknisk rond* vartannat år.

*Händelse & Riskanalyser* har genomförts under ledning av centrala analysledare; 17 händelseanalyser som har förts in eller kommer att föras in i Nitha<sup>20</sup> samt 3 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.

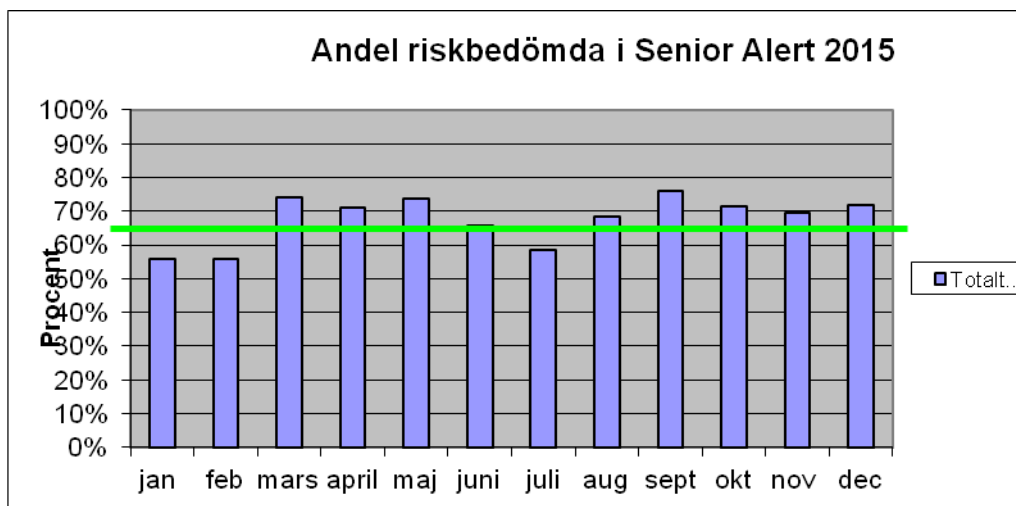
<sup>20</sup> Nitha är ett nationellt IT-stöd för händelseanalyser.

### *Klassificera och allvarlighetsbedömda avvikelser i Synergi*

För att säkerställa att samtliga felhändelser snabbt tas om hand, utreds och åtgärdas följs verksamheternas arbete med klassificering av avvikelser upp samt allvarlighetsbedömning av desamma. För perioden januari-november har 83% (8306/9991) av avvikelser klassificerats och 43% (629/1110) av patientolycksfall har allvarlighetsbedömts inom fyra veckor. Klassificering av avvikelser visar stabila värden varje månad samt att allvarlighetsbedömningen visar en positiv trend mot uppsatta mål. Förvaltning Primärvård, Psykiatri och Rehabilitering klarar allvarlighetsbedömningen i 57% medans Västmanlands sjukhus bara klarat att allvarlighetsbedöma patientolycksfall inom 4 veckor i 28%.

System för *E-hälsa* finns etablerat. Vid årsskiftet 2015/2016 hade 30% av invånarna i Västmanland ett inloggningskonto på 1177 Vårdguiden. 31/12 2015 hade 15.399 Västmanlänningar loggat in i *Journalen* varav 6.642 redan loggat in innan breddinförandet 1/10 2015 troligen genom att läsa sin journal i från Uppsala.

Risicanalys enligt *Senior Alert* är införd på samtliga kliniker och inom primärvården och redovisas månatligen. Totalt gjordes 9447 riskbedömningar för fall, trycksår och undernäring under 2015 på vårdavdelningar. 7845 av dessa påvisade en eller flera risker. 57% hade risk för fall, 23% risk för trycksår och 70% risk för undernäring. 6945 (88%) fick minst en åtgärd planerad för att förebygga skada och 6486 fick dessa åtgärder uppföljda.



12 % av de inlagda patienterna över 70 år på Västmanlands sjukhus fick en riskbedömning enligt ROAG under perioden januari-augusti. Målsättningen för planperioden är att 45% skall få en munhälsobedömning.

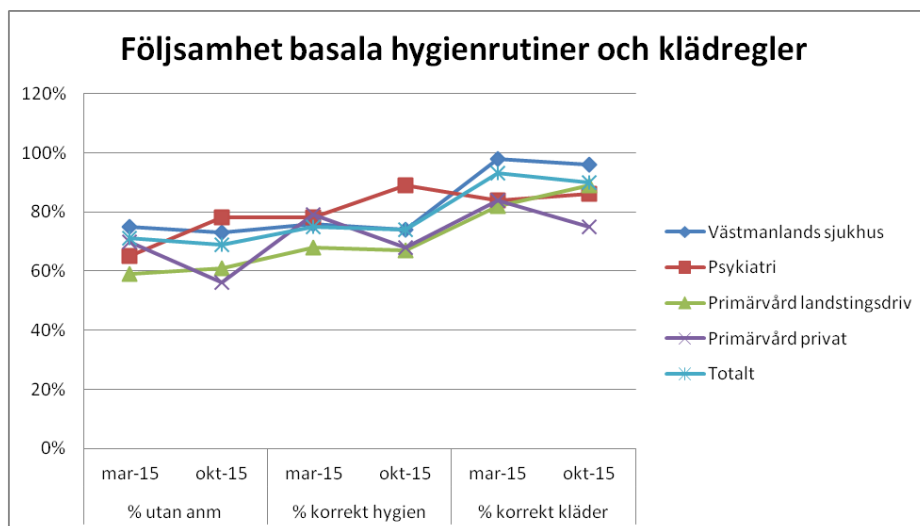
Av alla som riskbedömdes erhöll 69% en eller fler förebyggande åtgärder som följdes upp. De fallförebyggande åtgärder som oftast använts är antihalksockar och larm/tillsyn. Trots en god följsamhet i att riskbedöma patienter finns brister gällande dokumentation, att omgående upprätta vårdplan i patientjournalen med förebyggande, effektiva åtgärder samt uppföljning av dessa.

Genom ett strukturerat förbättringsarbete på kirurgens tre vårdavdelningar samt inom akutgeriatrisk verksamhet har personalen erhållit en ökad riskmedvetenhet samt förbättrad kommunikation mellan yrkesgrupperna. På Onkologavdelningen har man bl a köpt in rörelselarm och på Infektionsavdelningen har man infört ett trådlöst larmsystem som medför en ökad trygghetskänsla hos patienterna samt skapar en säkrare miljö med färre sladdar.

Under fallkampanjveckan ”Bättre balans” arrangerades många olika aktiviteter i länets alla kommuner, vid vårdcentraler och på sjukhusen. Omkring 3000 medborgare deltog i fallförebyggande träning, föreläsningar och tipspromenader. Drygt 13 000 exemplar av MSB’s informationsmaterial delades ut.

Vad det gäller primärvården registrerades 337 riskbedömningar under 2015 (både offentliga och privata). 222 av dessa visade på risk inom ett eller flera områden. 56% hade risk för fall, 1% risk för trycksår och 24% risk för undernäring. 132 av de med risk fick minst en åtgärd planerad och 216 fick även en uppföljning under året.

De nationella mätningarna av *vårdrelaterade infektioner (VRI)* samt *följsamhet till grundläggande hygienrutiner och klädregler* har legat till grund för mätningar inom landstingets alla verksamheter. Andelen korrekta hygien- och klädregler är genomsnittligt 70% i landstinget; nära 80% inom slutenvård och vid 60% inom mottagning/primärvård.



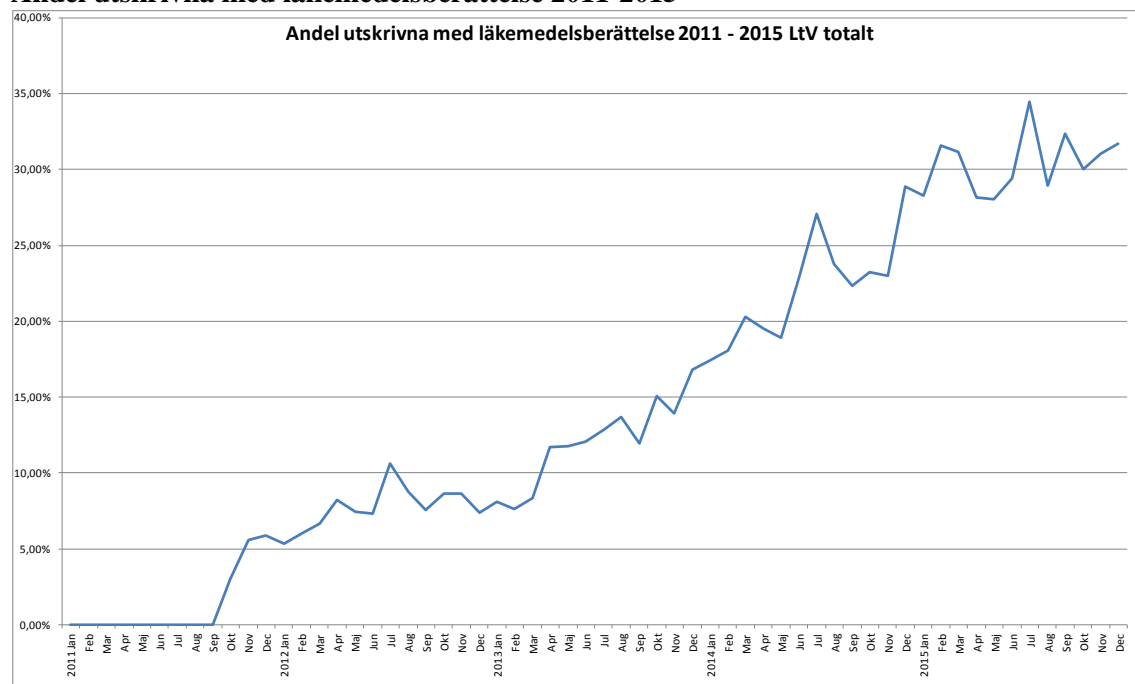
Gällande *infektionsverktyget* så infördes det på två pilotkliniker infektion och kärlkirurgiska kliniken i maj 2013 och breddinfördes senare under året på samtliga slutenvårdskliniker och specialistmottagningar i länet. På samtliga kliniker finns kontaktläkare för infektionsverktyget utsedda.

*Antalet fördjupade läkemedelsgenomgångar* i primärvården är 6.484 genomförda analyser varav 1.773 på landstingets egna vårdcentraler som utgör c:a 40% av primärvården. Antingen används blankett från läkemedelskommittén eller beslutstödet miniQ. Antalet är någon % lägre än föregående år.



Användandet av *läkemedelsberättelse* vid utskrivning från slutenvård ökar stadigt. År 2015 fick i medeltal 30% av samtliga patienter en läkemedelsberättelse/ utskrivningsinformation vid utskrivning. År 2014 var motsvarande siffra 22%. Tidigare preliminära målvärde för 2015 (20%) passerades redan år 2014. Fortfarande ses betydande spridning mellan olika kliniker men ett ständigt förbättringsarbete pågår.

### Andel utskrivna med läkemedelsberättelse 2011-2015



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 48 fall varav 31 var inträffad allvarlig vårdskada. Det är sju färre allvarliga vårdskador än föregående år. 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.

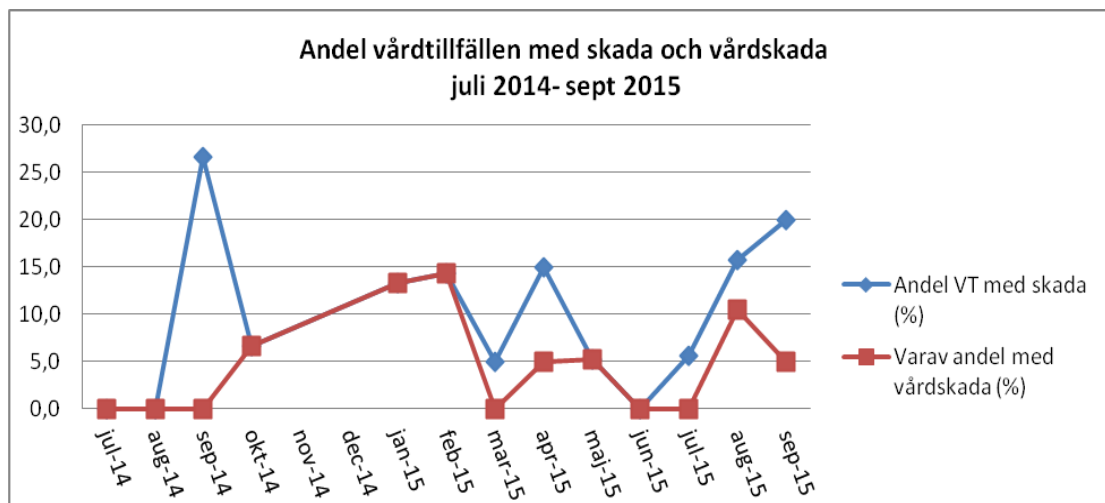
- Antal inträffade allvarliga vårdskador 31 varav 13 suicid<sup>21</sup>

<sup>21</sup> Eftersom *lex Maria*-anmälan kan dröja två månader blir ej under året i Synergi rapporterade händelser helt i överensstämmelse med antalet *lex Maria*.

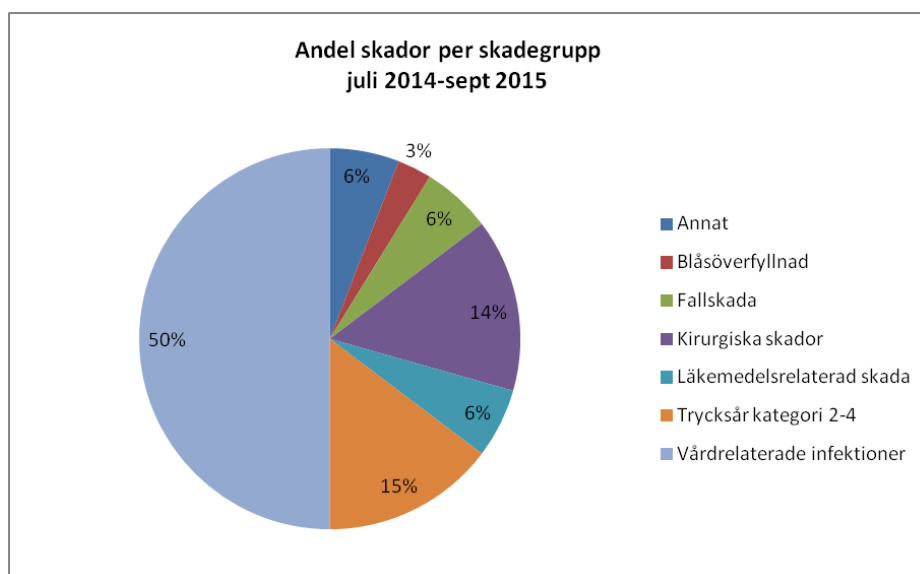
Markörbaserad journalgranskning på övergripande nivå visar att andelen skador är betydligt lägre 2015 än motsvarande period föregående år och andelen vårdskador något lägre.

#### Rapport från Västmanlands sjukhus 2014-2015

- ✓ Andel vårdtillfällen med skada 15,1% år 2014 och 12,4% år 2015
- ✓ Andel vårdtillfällen med vårdskada 7,1% år 2014 och 6,7% år 2015



Skadepanoramat är välkänt och omfattar vårdrelaterade infektioner och trycksår men även kirurgiska skador noteras som behöver djupare analyseras. Någon klinikgranskning har ej genomförts år 2015.



#### Öppna jämförelser Strokesjukvård

I öppna jämförelser uppvisar Landstinget Västmanland mycket goda resultat gällande akut strokesjukvård. Man kan särskilt lyfta fram att vi förbättrat

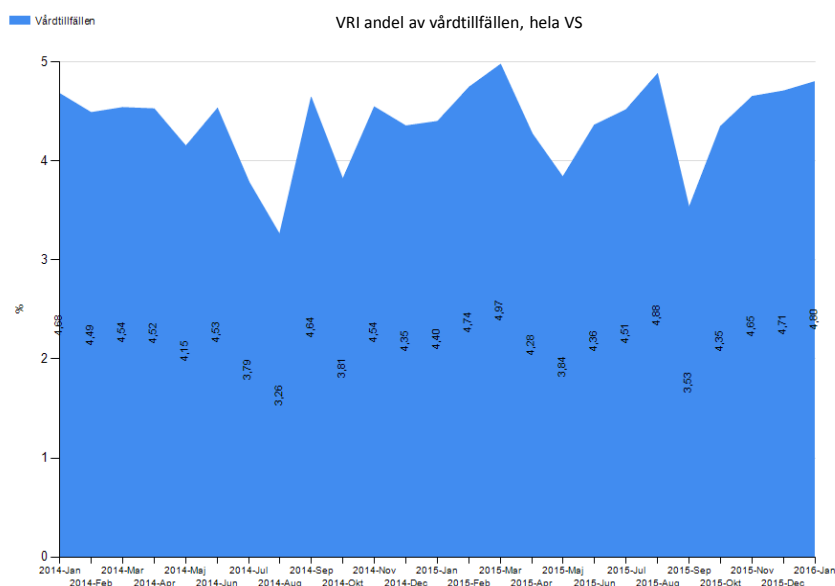
resultat när det gäller antikoagulantia till flimmerpatienter med stroke. Men vi slår oss inte till ro med detta. För fortsatt goda siffror gällande akut strokevård krävs att vi är väl med i fortsatt underhåll av och utveckling av trombolys- och trombektomikedjorna. Rehabiliteringen efter stroke kan t ex förbättras och det krävs fortsatt arbete med rökstopp efter stroke samt i viss mån med uppföljning gällande blodtrycksbehandling.

*71% av indikatorerna i öppna jämförelser var lika eller bättre än riket.*

Negativa händelser/olycksfall rapporterade i Synergi är 1379, 15% lägre än föregående år.

- *Självorden* som rapporterats har minskat från 25 till 17
- *Självordsförsöken* har minskat från 529 till 453 rapporterade
- *Fallskador* har minskat från 131 till 124 medans rapporterade fall har ökat från 489 till 533
- *Läkemedelsfel* har minskat kraftigt från 747 till 522
- *Samverkan mellan enheter* har rapporterade brister minskat från 442 till 402 (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 relativt låga frekvens av VRI under riksgenomsnittet men något högre än föregående år.

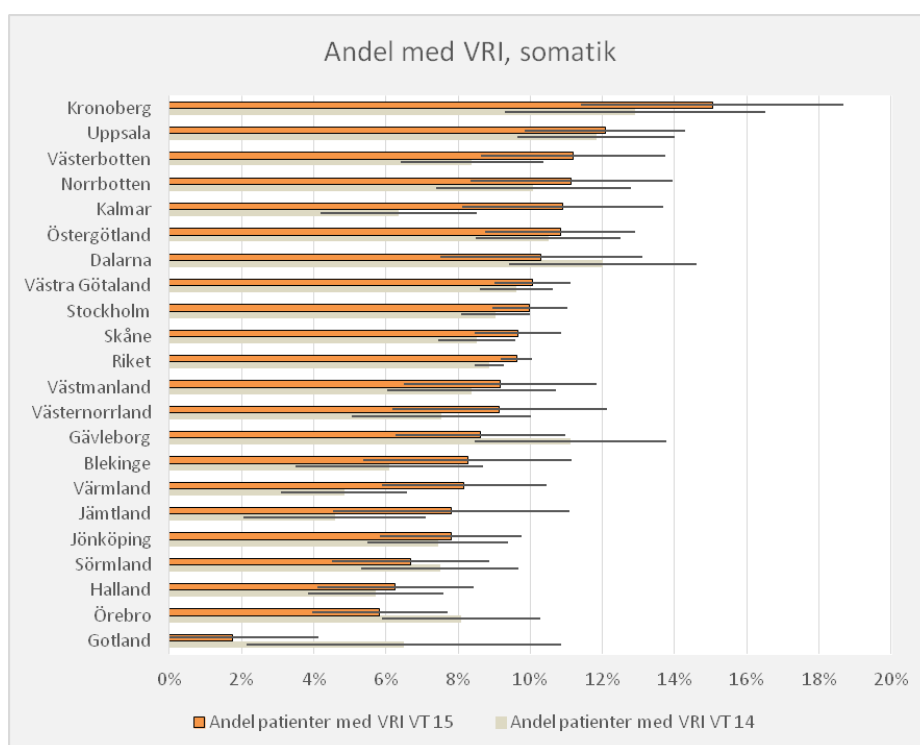


:[Vårdtillfällen] fördelat på [Tid - år - månad], avgränsad till [Infektion: Lunginflammation - vård, Urinvägsinfektion med feber - vård, ...], [Tidsperiod: 2014-01-01 - 2016-01-31], [Organisatorisk enhet: Västmanlands sjukhus, Akutkliniken, Västmanlands sjukhus Västerås...], som andel av Vårdtillfällen, avgränsad till [Tidsperiod: 2014-01-01 - 2016-01-31], [Organisatorisk enhet: Västmanlands sjukhus, Akutkliniken, Västmanlands sjukhus Västerås...]

Totala VRI förekomsten inom Västmanlands Sjukhus, VS visar ingen tydlig ökning eller minskning från jan 2014 och framåt, ej heller om man ser på enskilda kliniker. Däremot ses över tid en viss minskning av clostridium difficile infektioner inom VS. Andelen vårdtyg med riskfaktor har minskat under

senaste året men det är oklart vad denna minskning står för.

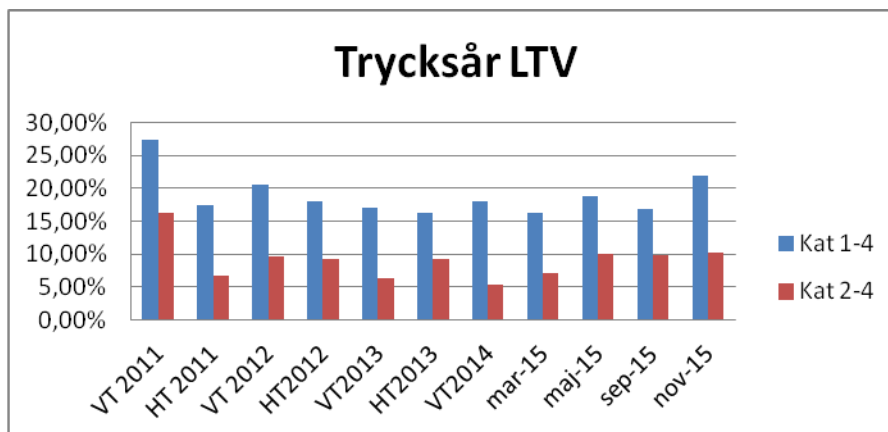
Vid vårens nationella punktprevalensmätning låg Västmanland på 9,2% långt ifrån målet på <5% medans den egna punktprevalensmätningen på VS hösten 2015 var 6,8%.



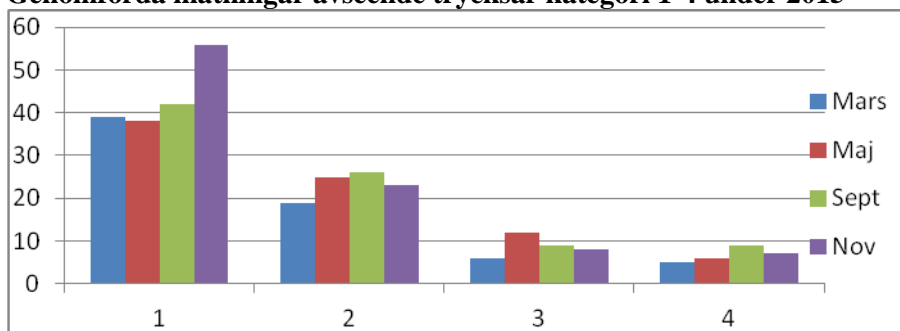
### Trycksår

Under 2015 genomfördes fyra trycksårsmätningar på samtliga slutenvårdsavdelningar. Andel tryckskada/trycksår kategori 1-4 har inte minskat till önskad målnivå <10%. Journalgranskningen visar att adekvata omvårdnadsåtgärder inte alltid sätts in direkt vid tryckskada och trycksår samt att det finns brister i dokumentation i form av vårdplaner. Hälften av patienter med trycksår kategori 3 och 4 har sår vid inläggning på sjukhus. Fortsatt satsning på madrassinköp har gett resultat 90% av sjukhusängarna har nu trycksårsförebyggande madrasser. 60% av slutenvårdspatienter har fått en risk- och hudbedömning genomförd och dokumenterad i Cosmic inom 24 timmar vid beslut om inläggning. 224 deltagare har genomfört grundutbildningen i förflyttningsteknik under 2015 och 10 deltagare har genomfört instruktörsutbildningen. Sammanlagt 93 deltagare har genomgått utbildning via Lärcentrum i att förebygga och behandla sår.

I sårbehandlingsprogrammet mellan primärvård och specialistsjukvård uppmärksammas även trycksår.



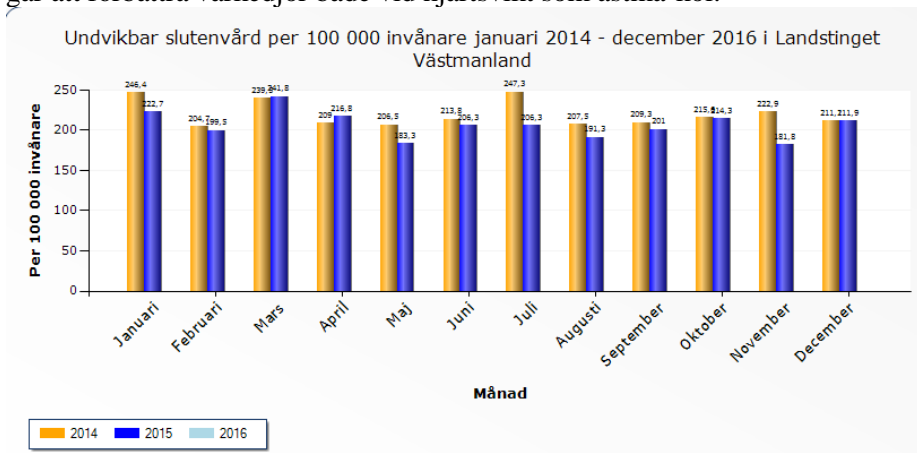
### Genomförda mätningar avseende trycksår kategori 1-4 under 2015



Antalet rapporterade fallskador för inneliggande patienter > 70 år mätt med antalet rapporterade negativa händelser var under 2015 bara något mindre 124 mot 131 år 2014 och 128 st år 2013 trots ett omfattande arbete med fallriskprevention enligt Senior Alert. Fall rapporteras i hög utsträckning men är sällan allvarliga. Inga fallskador ledde till lex Maria-anmälan 2015.

### Undvikbar slutenvård

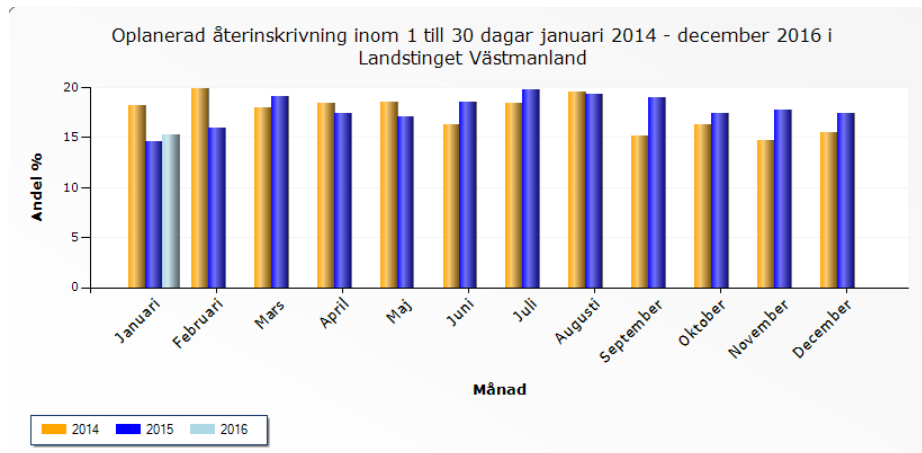
När det gäller undvikbar slutenvård ses en minskning sedan 2014. Arbete pågår att förbättra vårkedjor både vid hjärtsvikt som astma-kol.



### Oplanerad återinskrivning

När det gäller oplanerad återinskrivning ses ingen tydlig trend som pekar

i rätt riktning.



### ***Måluppfyllelse***

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

- *Allvarliga vårdskador har minskat inklusive självmorden*
- *Självmordsförsöken har minskat*
- *Allvarliga fallskador få trots många tillbud*
- *Allvarliga trycksår grad 2-4 <10%*
- *Vårdrelaterade infektioner nära målet på <5%*
- *Säker läkemedelsanvändning på god väg*
  - *Antalet läkemedelsberättelser har överträffat målen samt att antalet läkemedelsgenomgångar är på en stabil hög nivå.*
  - *Antibiotikaanvändningen har minskat.*
- *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 vårdenheterna samt*
- *överlämning/överföring av kommunikation.*

I patientsäkerhetskulturen 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 patientsäkerhetskulturen 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 samt arbete om suicidprevention.

Även om målet för vårdrelaterade infektioner inte uppnåddes år 2015 håller Västmanland en hög nivå på basala hygienrutiner och klädregler samt har mycket goda städrutiner så förutsättningar finns inför 2016. Landstinget Västmanland var med i SKL:s projekt som ett Landstings om lyckats och arbetar nu vidare för att hålla denna position..

Det totala antalet avvikelserapporter för år 2015 är 10.778. I detta ingår även patientklagomål och lab-fel. Rapporteringsbenägenheten är mycket god. Samverkan har förstärkts med andra vårdgivare genom gemensamma risk & händelseanalyser.

- *Klassificering av avvikelser inom 4 veckor >80%*
- *Allvarlighetsbedömning av patientolycksfall inom 4 veckor i stigande*

Processmått för klassificering och allvarlighetsbedömning av avvikelser har haft en mycket god positiv effekt i att avvikelser nu tas om hand och utreds.

## Övergripande mål och strategier för kommande år

Att upprätthålla och ytterliggare 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>22</sup>, en nollvision för undvikbara skador.
- En patientsäkerhetskultur som kännetecknas av patientens delaktighet och medverkan samt ett förebyggande arbetssätt.

Landstingets patientsäkerhetsarbete kommer att utgå från det Nationella Ramverket för Patientsäkerhet omfattande; patientfokuserat, kunskapsbaserat och organiserat patientsäkerhetsarbete.

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 utveckling av e-tjänsten Journal med ytterligare innehåll

---

<sup>22</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

---

förutom journaldokumentation även tillgång till provsvar och remissgång. På systemnivå bidrager patient och närstående i verksamheternas fokusgrupper.

Viktigt för samverkan i patientsäkerhetsarbetet är den gemensamma journalen Cosmic som kommer att vara införd i all verksamhet 2016. De privata utförarna kommer även att erbjudas samverkan i avvikelserapporteringen genom Synergi samt att arbetet fortsätter med gemensamma händelse- och riskanalyser. Det gemensamma nätverket för patientsäkerhetsfrågor mellan landstinget och kommunerna är etablerat.

Arbetet att utveckla och stödja enheternas patientsäkerhetsarbete kommer att fortsätta och utifrån analysen av år 2015 års patientsäkerhetsdialog tas en ny checklista fram för år 2016:s rond. Regelbundna ”work-shops” hålls 1-2 gånger per år både för verksamhetschefer på Västmanlands sjukhus som för Psykiatrins chefer och i primärvården både för verksamhetschef och medicinska rådgivare.

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. Flera breddutbildningar kopplade till patientsäkerhet är beslutade såsom förflyttningsteknik att förhindra fall och trycksår samt suicidprevention.

Handlingsplanen för Suicidprevention implementeras under 2016.

Kommunikationsverktyget SBAR är beslutat för hela Landstinget och arbetet fortsätter att informera samtliga verksamhetschefer för att kunna bygga in det som ett naturligt verktyg i den vardagliga kommunikationen

Fler verksamheter har implementerat ”Gröna Korset” vilket ökar engagemang i avvikelserapportering och analys. Att säkerställa allvarlighetsbedömningen av avvikelser inom 4 veckor är ett viktigt utvecklingsområde 2016.

Ett viktigt arbete är att fortsätta stödja enheterna i lokala utvecklingsprojekt för ett förbättrat patientsäkerhetsarbete främst enligt de nationella åtgärdsplanerna. Beviljade projekt 2012-2015 har haft stor betydelse i det systematiska förbättringsarbetet och visar på ett mycket starkt engagemang att utveckla patientsäkerheten också ute i verksamheterna. För år 2016 har medel till 25 projekt avsatts i budget.

Dessutom har en ny utmärkelse instiftats för det systematiska patientsäkerhetsarbetet ”Säkerhetsnålen” som skall delas ut första gången år 2016.

Patientsäkerhets dag kommer att genomföras för fjärde året i rad 2016 den 28/4 i Västerås. 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. Denna dag är nu 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-monitorer 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 Läkemedelsenheten.

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.

Hyrläkarfrågan har särskild aktualitet utifrån behov av fast läkarkontakt i primärvården med kontinuitet. Även om risken för vårdskada kan minimeras genom noggrann kontroll och rutiner krävs krafttag mot själva fenomenet samt även ett strukturerat förbättringsarbete inom psykiatrin.

Ett program för Patientsäkerhetsarbetet skall läggas fast för den fortsatta inriktningen flera år framåt. Detta skall politiskt förankras under 2016 och är ett led i den högsta ledningens styrning av patientsäkerhetsarbetet. Detta kommer att ta fasta på långsiktiga resultatmål att:

- Behålla vårdrelaterade infektioner <5%
- Minska trycksår grad 2-4 till <5%
- Några allvarliga vårdskador orsakade av fall får ej förekomma
- Antalet suicid och suicidförsök skall halveras till år 2020
- Patientmedverkan skall fortsätta stärkas

Viktigt att höjd tas i budget för det fortsatta arbetet 2017 avseende betalningsansvarslagen, klagomålsutredningen, ny författning avseende läkemedelshandling samt ny författning avseende utredning av vårdskador som sammantaget kommer att kräva tillskott av resurser för ett fortsatt starkt patientsäkerhetsarbete.

### ***Även skarpa mål och uppdrag finns formulerade för år 2016:***

- Under 2016 görs analyser och projektformuleringar utifrån standardiserade Synergirapporter på tre nivåer; verksamhet, förvaltning samt koncernnivå.
- Vid utgången av 2016 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 2016 ska MJG (markörbaserad journalgranskning) användas som ett verktyg för vårdskadeidentifiering inom såväl sjukhusförvaltningen som PPHV.
- Under 2016 kommer upphandling och introduktion av personal från bemaningsföretag vara minutiöst kontrollerad så att vården är säker.

- 
- Antalet vårdskador skall fortsätta att minska
  - Avvikelser skall vara klassificerade och allvarlighetsbedömda inom fyra veckor
  - Alla verksamheter har fokus eller brukarråd
  - Suicidprevention är prioriterat med implementering av handlingsplan
  - Verksamhetsplan 2016 för Patientsäkerhet skall följas

Verksamhetsplan 2016 bifogas i Bilaga 1.

Landstinget Västmanland	
<b>Vision</b> "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." Landstinget har en nollvision vad gäller vårdskador. Källa:	<b>Värdegrund</b> "Landstinget Västmanland ska alltid utgå från att alla människor är lika värda och ska bemötas med respekt. Alla människor ska ges förutsättningar för god livskvalitet. En viktig faktor för livskvalitet är samverkan mellan alla involverade parter. Landstinget ska hushålla med de gemensamma resurserna och fördela dessa efter behov." Källa:
Centrala patientsäkerhetsteamets uppdrag	
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 avvikelseberättelser 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 föreskrifter gällande utredning av vårdskador och anmälningskyldighet enligt lex Maria samt vara ett stöd till personal, patienter och anhöriga i samband med vårdskador, lex Maria- och enskilda ärenden.	
Långsiktiga strategier 2016-2018	Övergripande mål
Verka för ett systematiskt patientsäkerhetsarbete för att upprätthålla och förbättra patientsäkerheten. Arbetet betonar systemsyn och strävar efter en lärande organisation. Stödja samverkan mellan vårdens olika nivåer och vårdgivare. Mäta och följa upp resultat samt förbättra metoder för uppföljning och utvärdering, synliggöra goda exempel. Verka för ökad delaktighet för patienter och närstående i vården.	Drivande och stödjande för en patientsäker vård: - Mål enl. landstingsplan <b>Inga patienter ska skadas eller avlida till följd av felbehandlingar i vården.</b> - Mål enl. landstingsplan <b>Ej behålla undvikbara vårdrelaterade infektioner &lt;5%</b> - Trycksåren ska minska till <10% år 2016 - Halvera antal suicid till år 2020 - Förbättrad patientsäkerhetskultur. - Förbättrad avvikelshantering

Verksamhetsplan Patientsäkerhet 2016



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>• Systematisk suicidprevention</li> <li>- KAD</li> <li>- trycksårsprevention</li> <li>- fallskadeprevention</li> <li>• Korrekt tillämpning av den psykiatriska tvångsvårdslagstiftningen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infektionsverktyget</li> <li>• Följa upp åtgärdsförslag för överbeläggningar och utlokaliserade patienter</li> <li>• Ledningssystemet</li> <li>• Risk- och händelseanalys</li> <li>• Markörbaserad journalgranskning</li> <li>• Synergi</li> <li>• Säker informationsöverföring i vårdens övergångar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patientsäkerhetsutbildning för chefer och medarbetare</li> <li>• Patientsäkerhet – HR</li> <li>• Stärkt patientsäkerhetskultur</li> <li>• Basala hygienrutiner och klädregler</li> <li>• Strukturerad kommunikation – SBAR</li> <li>• Återkoppling av inträffade avvikelser</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Säkra ekonomin för kommande års patientsäkerhetsarbete</li> </ul>
<b>Aktiviteter 2016</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utveckla och stödja:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- aktiviteter på individ och systemnivå för ökad patientdelaktighet</li> <li>- läkemedelsberättelser</li> <li>- läkemedelsgenomgångar</li> <li>• Implementera handlingsplan för suicidprevention</li> <li>• Implementera instruktion och patientinformation för KAD användning</li> <li>• Initiera och följa upp trycksårsmätning</li> <li>• Säkerställa vårdskadautredning vid allvarlig fallskada/trycksår</li> <li>• Säkerställa utbildning i tvångsvårdslagstiftning</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Samtliga identifierade riskpatienter ska erhålla en vårdplan</li> <li>• Nyttjande av kvalitetsregister: Senior Alert, Infektionsverktyget och överbeläggningar ska användas som en del i verksamhetens systematiska förbättringsarbete</li> <li>• Verksamheten ska utföra markörbaserad journalgranskning</li> <li>• Följa upp förvaltningarnas patientsäkerhetsarbete</li> <li>• Systematiskt analysera avvikelser i Synergi landstingsövergripande</li> <li>• Stödja verksamheterna i hantering av Synergi</li> <li>• Stödja utveckling av säkra system för informationsöverföring</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adekvata utbildningar via lärcentrum – SBAR, suicidprevention, patientsäkerhet, Terma-utb mm.</li> <li>• Samtliga sjuksköterskor som hanterar läkemedel ska genomgå kunskapsstest i Tilda</li> <li>• Verksamheterna ska använda utdatarapporter i Infektionsverktyget</li> <li>• Verksamheterna ska upprätta handlingsplaner från patientsäkerhetskulturmätningen</li> <li>• Övergripande instruktion för KAD ska färdigställas och implementeras</li> <li>• Adekvat dokumentation vid tvångsvård</li> <li>• Uppföljning av basala hygienrutiner och klädregler</li> <li>• Planera för samverkan med HR i patientsäkerhetsfrågor</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bevaka behovet av åtgärder och utveckling inom patientsäkerhetsområdet</li> <li>• Verksamheten ska avsätta medel (tid) för de lokala patientsäkerhetsteam, avvikelsesamordnarna och medarbetarnas kompetensutveckling</li> <li>• Stimulera utvecklingsprojekt inom patientsäkerhetsområdet</li> </ul>

Verksamhetsplan Patientsäkerhet 2016



## 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 personaltäthet

**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. Organiserar och omfördelar 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.
Avvikelse 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 läkemedelshantering**

- 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

NYHETSRESEN NR 4, 2015

FRÅN CENTRALA PATIENTSÄKERHETSTEAMET



### PST... Tillsammans gör vi vården säkrare!

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

**Skäptrytt föreskrift om Basal hygien inom vård och omsorg från 1 januari 2016**  
Den nya föreskriften innebär att endast två typer av arbetsdräkt godkänns i Landstinget. Kortärmad arbetsdräkt vid vårdarbete som tillhandahålls av arbetsgivaren eller så kan privat arbetsdräkt användas i administrativt arbete utan patientkontakt. Värmjackor tillåts inte arbetsdräkten och får aldrig användas i patientnära arbete. Kortärmad undertröja kan bäras under arbetsdräkten. Underarmar och händer ska vara fria från armbandsur, smycken, bandage, förband och stödskenor/motsvarande. Vid frågor, kontakta vårdirigenten, SOSF 2015.10 (M och S)



**Risker vid högdos steroidbehandling**

Lena Ottosson Bixo överläkare vid medicinmottagningen endokrinologi, informerar om vad som är viktigt att tänka på vid insättning av högdos steroidbehandling. Kortisonbehandling medför minskad immunitet och kan ge höga blodsockervärden även hos personer utan känd diabetes.

Vid insättning av högdos steroidbehandling ska blodsockret mätas och gärna även HbA1c. Vid kraftigt förhöjt p-glukos är behandling med blodsockersänkande tabletter sällan tillräckligt. Ofta krävs tillägg/övergång till insulin. Steroiddos, doseringsställe och behandlingstid påverkar effekten på blodsockret. Flewa doseringsstifflöden dagligen kan ge förhöjt blodsocker över hela dygnet. Vid morgondosering av kortison ses de högsta blodsockervärdena på eftermiddagen. Fastevärdens påverkas i betydligt mindre omfattning och kan ibland vara helt normala.

Om en patient har diabetes och ska få behandling med högdos steroid bör patienten ha kontakt med sin ordinarie diabetesmottagning innan start, med noggrann uppföljning av blodsockret. Ofta krävs betydande ökning av insulininsuliner. Vid sådant kortison dos var beredd på att även insulindoserna behöver sänkas.

För ytterligare information se <http://www.diabetesnaboliken.se/insulin/28-anslys-farmaka-som-paverkar-blodsockret/tillagg-diabetesbehandling-vid-kortisonbehandling-i-hogdos-26381502>

**Internationella trycksårsdagen 19 november**

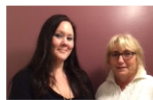
Vi uppmärksammar dagen med följt hus för personal mellan 12:00 - 15:00 i Lushallen på Västmanlands sjukhus. Mobila sårvårdsteamet, station med tryckavlastning, lägesanföring och frågesport.

**Resultat av trycksårsdagen i november**  
Årets sista månad visar att trycksårsdagskonsten är fortsatt hög på våra sjukhus och vid journalgranskning kan man se att många av kategori 1-2 skadorna uppkommer på sjukhusen. Endast ca hälften av riskpatienterna och patienter som redan har trycksår får en vårdplan med åtgärder upprädd i journalen. Målsättningen är fortsatt att komma under 10% förekomst, och framförallt, att inga trycksår uppkommer eller förvärras under vårdtiden. Den övergripande handlingsplanen för trycksårprevention kommer också att revideras. **De kan göra skillnad!**



LANDSTINGET VÄSTMANLAND  
www.lv.se

**Synergi vårt avvikelse-system**  
Landstingets avvikelsehanterings-system, Synergi, är en grund för systematiskt förbättringsarbete inom alla verksamheter. Synergi omfattar avvikelser, riskbedömningar, analyser, förbättringsförslag, revisioner och egenkontroller inom Landstinget Västmanland.



Elin och Lena  
Vår Lena 5/10/15

Vad gör Synergi för våra patienter?  
Vi tillhör Landstingets centrala patientsäkerhetsteam. Vi håller i support och ger olika utbildningar i Synergi på Lärocentrum. Vi besöker även verksamheterna och ger information och stöd. Utöver detta hjälper vi till med att ta fram mallar för rapporter och statistik på alla nivåer i landstinget. Vill ni att vi kommer till er verksamhet är ni varmt välkomna att höra av er!

**Synergi från patient ledde till bättre information i samband med lumbalpunktion**  
Stroke- och neurologisektionen har tagit fram ett informationskort med egenvärdeklipp med viktig information som lämnas till patienter som genomgår lumbalpunktion. Synergi med följande syfte: att patienter som inte mår bra efter undersökningen och som saknade information om vad som kunde hända och vad man själv kan göra för att lindra besvären. Enheten startade med anledningen av detta ett förbättringsarbete som ledde fram till ett nytt informationskort.

**Foreskrifterna om utredning av värdsador återkallas**  
Socialstyrelsen har beslutat att återkalla föreskrifterna om utredning av värdsador som skulle ha börjat gälla vid årsskiftet. Foreskrifterna har av BL och Etikkravverket kritiserats för att vara otydliga och inambära ett arbete för stort utredningsansvar. Socialstyrelsen kommer nu att se över hur regelverket kan förtydligas så att utredningsansvaret kan delas på ett mer ändamålsenligt sätt. Målet är att reviderade regler ska börja gälla under våren/försommaren 2016. Tillvidare fortsätter de tidigare föreskrifterna om anmälningsskyldighet enligt lex Maria att gälla.

**När får jag gå in i journalen?**  
Det är frågan som många ställer sig i olika situationer i vården. En säker och korrekt hantering av patientuppgifter är viktigt och det finns nu en ny utbildning via kompetensplattformen som behandlar frågor som handlar om just detta "Hantering av patientuppgifter".

Landstinget har dirigerat en riktlinje som "Åtkomst till patientuppgifter i journal" (19747) där mer information finns att tillgå.

**Gröna Korset**  
Kolsva värdecentral är först ut att börja använda gröna korset för att identifiera risker och värdsador i realtid. Gröna korset som visuellt patient säkerhetsmetod har utvecklat på Södra Älvsborgs sjukhus och är implementerat på hela deras sjukhus i Borås. 2015 erhöll de Europeiskt kvalitetspris för sitt arbete. De anordnar den 2 februari 2016 en utbildningsdag samt studiebesök. Vid intresse kontakta [kallert@kolsva.se](mailto:kallert@kolsva.se)



Gröna korset används också på fysiologiska kliniken i Västerås som en metod i arbetsmiljöarbetet.

**Patient säkerhets dag 28 april 2016**  
Patient säkerhetsdag anordnas nästa år den 28 april i Lushallen Västerås. Tema för nästa år kommer att vara patientcentrerad vård med fokus på patientens delaktighet och teamansvar. 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 bjuder vi er till Rosie Marie Fridholm chefsjukvårdsköterska [rosie-marie.fridholm@lv.se](mailto:rosie-marie.fridholm@lv.se)

**God Jul och GOTT NYTT ÅR!**

LANDSTINGET VÄSTMANLAND  
www.lv.se