

# Patientsäkerhetsberättelse för Region Västmanland

År 2017



2018-02-27

Margareta Ehnebom

Chefläkare

Region Västmanland

---



---

## Innehållsförteckning

Sammanfattning	4
Övergripande mål och strategier	8
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	14
Struktur för uppföljning/utvärdering	20
Uppföljning genom egenkontroll	29
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	40
Samverkan för att förebygga vårdskador	58
Riskanalys	64
Informationssäkerhet	66
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	67
Hantering av klagomål och synpunkter	69
Samverkan med patienter och närstående	70
Sammanställning och analys	72
Resultat	88
Övergripande mål och strategier för kommande år	108

---

## 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.

Den granskning av patientsäkerhetsarbetet som regionens revisorer<sup>1</sup> genomfört under år 2016 visar att Region Västmanland med utgångspunkt från tidigare granskning 2010 vidtagit ett flertal åtgärder avseende styrning, uppföljning och samordning inom patientsäkerhetsområdet för att säkerställa en god intern kontroll.

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

*Program Patientsäkerhet 2017-2020* fastställdes av Regionfullmäktige i april. Programansvarig för patientsäkerhet som författningsstyrt sakområde finns utsedd och är en av chefläkarna. Det Centrala Patientsäkerhetsteamet är en organisatorisk enhet med egen verksamhetschef som också ingår i både Riskrådet och Centrum för hälso- och sjukvårdsutvecklings ledningsgrupp.

*Hygienåret* har genom ett års-hjul av aktiviteter satt fokus på olika hygienrutiner i vården.

*Regionövergripande handlingsplan för Suicidprevention* finns fastställd för att minska antalet självmord och självmordsförsök. Handlingsplanen omfattar nio målområden. Under 2017 har den arbetsplatsförlagda breddutbildningen startat upp för all vårdnära personal samt den nya tjänsten som samordnare för suicidprevention knuten till Kompetenscenter för Hälsa har kunnat tillsättas. Regionen har deltagit i projektet ”Säker Suicidprevention” i samverkan med LÖF.

*Iatrogen beroende* – av vården orsakat läkemedelsberoende har identifierats som ett viktigt förbättringsområde för att öka patientsäkerheten. En omfattande Regionövergripande processöversyn har pågått under 2017 och avslutar sitt arbete under 2018 med syftet både att minska risken för att utveckla iatrogen beroende som att förbättra omhändertagandet för de som drabbats.

*Oberoende av inhyrd personal* och tryggad kompetensförsörjningen är en huvudfråga för patientsäkerheten där flera aktiviteter pågått inom året främst inom psykiatri och primärvård.

Ett viktigt led i att tydliggöra patientsäkerhetsarbetet är den enkätundersökning för att mäta *patientsäkerhetskulturen* som genomförts i samtliga verksamheter inkluderande privata vårdgivare. Det är en enkätundersökning om personalens attityder och förhållningssätt till patientsäkerheten i sin verksamhet. Undersökningen görs vart tredje år.

---

<sup>1</sup> Revisionsrapport Patientsäkerhetsarbetet, Landstinget Västmanland LTV160775

---

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

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 som nu gjorts obligatoriskt. Återkommande workshops med patientsäkerhetsfokus hålls med förvaltningsledningarna och verksamhetschefer.

Alla avvikelserrapporter granskas på övergripande nivå av chefläkare. Syftet är att visa på stöd och engagemang från högsta ledningen samt att få en god bild av det som händer i verksamheterna och även att hitta eventuella allvarigare avvikelser, som inte redan har uppmärksammats, där åtgärder behöver vidtas. Under 2017 har det systematiska arbetet även fortsatt genom att följa upp tidigare lex Maria ärenden beträffande vidtagna åtgärder och deras effekt på patientsäkerheten.

Patientsäkerheten följs även 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.

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

Patienternas säkerhet har högsta prioritet, och regionen arbetar på flera sätt för att minska vårdskador. Regionens avvikelserapporteringssystem är grunden för att identifiera risker för vårdskador. Granskningen på övergripande nivå av avvikelser identifierar risker som lyfts till verksamheterna för förbättringsarbeten. Vid patientsäkerhetsdialogen ges möjlighet att lyfta övergripande risker för analys och åtgärd. Den markörbaserade journalgranskningen är ett bra komplement till att identifiera risker i vården. Riskanalyser görs vid större förändringar i verksamheten.

- **Hur informationssäkerheten har säkerställts**

Utifrån den informationsklassning av de ca 500 viktigaste IT-systemen och tjänsterna som gjordes år 2016 har genomförts analys för att stämma av säkerhetsnivån. Resultatet av analyserna hanteras inom regionens objektförvaltning.

Ett stort antal riskanalyser med bäring inom informationssäkerhet har genomförts. En metod för integrerad riskanalys har utarbetats för att tas i bruk under år 2018.

Ett omfattande arbete har genomförts inför ikraftträdandet den nya Data-skyddsförordningen i maj 2018.

Under året har ett antal riktlinjer och instruktioner i ledningssystemet fastställts och i vissa fall uppdaterats. Detta gäller bl.a. inom områdena offentlighet och sekretess, utlämnande av handlingar, logguppföljning samt rutiner inom HSA och SITHS.

---

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

Genom att hälso- och sjukvårdspersonal rapporterar avvikelser för patienttillbud och negativa händelser har utredning enligt lex Maria kunnat säkerställas samt övergripande händelseanalyser genomföras. Exempel på personalens initiativ är larm om brister i läkemedelsmodulen vid övergång till R8.1 i elektronisk journal Cosmic samt brister i telefonin. Vidare är det personalen som påtalat problem med iatrogen beroende och patientsäkerhetsrisker vid lagen om vård av missbrukare, LVM.

Totalt har 8484 rapporter om patientrelaterade risker, tillbud och negativa händelser skrivits under året. Till detta kommer eventuella klagomål.

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

Information finns på Region Västmanlands 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 uppreparande. Patientnämnden tar kontakt med chefläkarna vid allvarligare klagomål.

För de enskilda klagomålen som kommer via IVO<sup>2</sup> är Chefläkarna länken till verksamheterna och som följer upp att avvikelser skrivs in i Synergi samt att en utredning 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. Den *nationella patientenkäten* är ett viktigt instrument att fånga upp upplevelser i vården. 15/47 enheter har *brukarråd* samt att patientföreningar bjuds in på en övergripande nivå vid riskanalyser och andra strategiska möten. För att patienter och närstående lättare skall kunna lämna förslag till förbättringar finns en *direktgång till Regionens avvikelserapporteringssystem Synergi*. 270 ärenden har tagits omhand med förslag på b.la förbättrat bemötande och bättre information/kommunikation. Medborgardialogen har utvecklats.

*Patientnämnden* är också en viktig ingång i patienternas medverkan i patientsäkerhetsarbetet. I lex Maria<sup>3</sup>-ärenden har alltid verksamhetschefen kontakt med patient/närstående samt ansvarar för att patient/närståendes erfarenhet tas tillvara vid händelseanalyser.

---

<sup>2</sup> IVO – Inspektionen för Vård och Omsorg.

<sup>3</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.

---

*Min journal på nätet* ger patienten möjlighet att hålla sig informerad om sin vård både genom journalanteckningar men nu även röntgen och provsvar. Egen vårdbegäran möjliggör för patienten att skriva sin egen remiss.

***Vi ser dock behov av att ständigt utveckla patientens medverkan i vården.***

- **De viktigaste resultaten som uppnåtts**

Revisionsrapporten; granskning av patientsäkerheten visar att Västmanland utvecklat sitt patientsäkerhetsarbete inom många områden för att säkerställa ett systematiskt förbättrings- och kvalitetsarbete både på bredden och på djupet med engagemang inom alla verksamheter. Det finns ett ökat patientsäkerhetsmedvetande. En viktig förutsättning är en etablerad struktur samt en tydlig process för patientsäkerhetsarbetet.

*Prioriterade områden följer program för patientsäkerhet:*

- Antalet allvarliga vårdskador ska minska
- Vårdrelaterade infektioner ska minska
- Trycksår ska minska
- Läkemedelsanvändningen ska vara säker
- Suicidprevention ska förbättras
- Förbättrad patientsäkerhetskultur

I program Patientsäkerhet mäts 16 indikatorer inom 6 målområden. 11 indikatorer utvecklas åt rätt håll jämfört med föregående år och en indikator går åt fel håll. De målområden som utvecklas positivt är vårdrelaterade infektioner ska minska, läkemedelsanvändningen ska vara säker samt suicidprevention ska förbättras. Antalet lex-Maria-anmälda allvarliga vårdskador är något färre än föregående år samt att antalet suicid och oklara dödsfall är färre.

Vad gäller läkemedel har samtliga indikatorer förbättrats, fler läkemedelsberättelser, fler fördjupade läkemedelsgenomgångar samt minskad antibiotikaförskrivning i Västmanland.

***Förbättrad Samverkan i patientsäkerhetsarbetet***

Samverkan och samarbete går som en röd tråd i det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Samverkan med kommunerna sker på flera nivåer och i praktiken i nätverk med medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS). Exempel på detta är i arbetet med trycksårsprevention samt införande av beslutstödet VISAM. För att underlätta avvikelserapportering mellan vårdgivare sker kommunikation med samtliga vårdgivare numera genom avvikelssystemet Synergi.

Samverkan har även utvecklats internt med Patientnämnden genom den nya klagomålshanteringen samt i Riskrådet med annan säkerhet.

- **Tillsammans gör vi vården säkrare**

---

## Övergripande mål och strategier

### *Övergripande mål*

Region 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.

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

- Minska antalet vårdskador<sup>4</sup>, en nollvision för undvikbara skador.
- En patientsäkerhetskultur som kännetecknas av patientens delaktighet och medverkan samt ett förebyggande arbetssätt.

*Regionplanen, tidigare landstingsplanen* är Region Västmanlands främsta politiska styrdokument och formulerar vision, inriktning och övergripande mål för den verksamhet regionen 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.

*Region Västmanland har en nollvision vad gäller vårdskador. Patienter och medborgare förväntar sig att hälso- och sjukvården ska vara trygg och säker. All vård i Regionen skall vara jämlik, tillgänglig och patientsäker. Regionen har också en intention att leva upp till nationellt formulerade kvalitetskrav.*

De senaste åren har det skett stora framsteg i Region 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<sup>5</sup>***

*Med en säker och kostnadseffektiv verksamhet av god kvalitet menar vi en verksamhet som är baserad på aktuell kunskap och evidens och som genomförs av säkerhetstänkande och smidiga flöden - på att arbeta med rätt saker på rätt sätt. Detta förutsätter systematiskt kvalitets- och säkerhetstänkande såväl som ansvarsstagande för en hållbar utveckling och miljö. Vården ges på rätt vårdnivå, vilket innebär högre kvalitet för patienterna samtidigt som regionens resurser används så effektivt som möjligt.*

Patientsäkerhet är ett område som Regionen kommer att fortsätta fokusera på

---

<sup>4</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

<sup>5</sup> Landstingsplan 2016-2018



---

under planperioden. Att upprätthålla och förbättra den goda patientsäkerhet Region 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.

Ytterst styrs patientsäkerhetsarbetet av Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), Patientsäkerhetslagen (2010:659) och Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) samt Patientlagen (SOSFS 2014:821) och Patientdatalag (SOSFS 2008:355).

### **Värdegrund**

*”Region 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. Regionen ska hushålla med de gemensamma resurserna och fördela dessa efter behov.”*

### **Region Västmanland tillämpar målstyrning**

#### **Målstyrningens uppbyggnad:**

Målområde med intention	Politisk fastställt styrområde med en uttryckt viljeinriktning.
Resultatmål	Mål som mäts med hjälp av indikatorer. Är befolkningsinriktat och speglar intentionen i målområdet.
Processmål i program	Mål som mäts med hjälp av indikatorer. Är verksamhetsinriktat. Processmålen redovisas i program eller motsvarande styrdokument. Ett program är ett politiskt beslutat måldokument för ett visst område.

Sex Målområden finns fastställda med olika resultatmål till vilka är kopplade indikatorer (mått) för att följa måluppfyllelse.

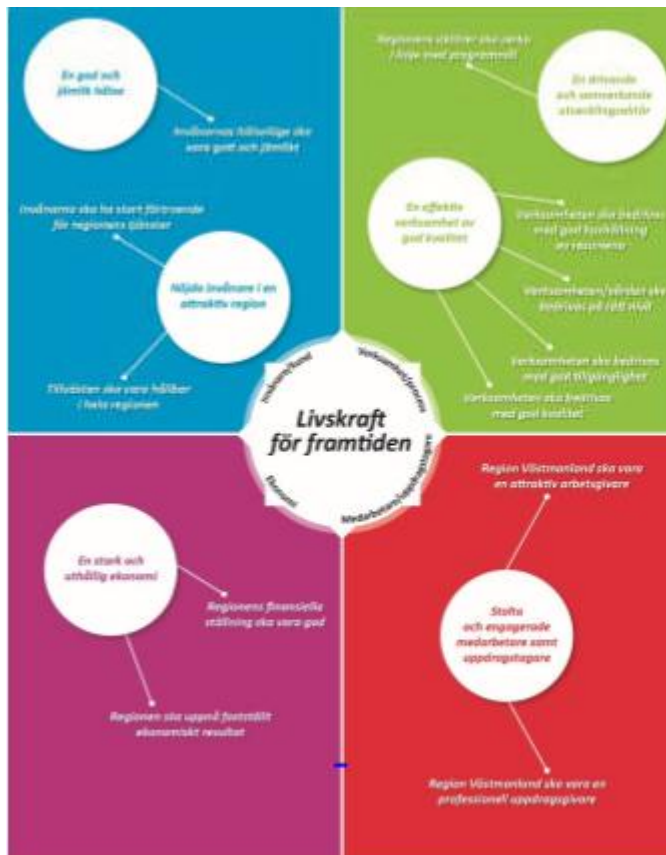
### **Region Västmanlands övergripande strategier 2017-2019<sup>6</sup>**

- **Samverkan**  
Regionen skall samverka med andra men också möjliggöra samverkan mellan andra aktörer sinsemellan.
- **Utveckling och Innovation**  
Organisationen ska fokusera på ständiga förbättringar. ”Digitalt först” är den strategiska inriktningen för smartare välfärd.
- **Hälsoinriktning**  
Sjukvården genomförs av hälsoorientering och sjukdomsförebyggande åtgärder.

---

<sup>6</sup> Regionplan 2017-2019

## Måltavla



### Målområde: En effektiv verksamhet av god kvalitet

**Intention:** Regionens verksamheter utförs effektivt med avseende på tillgänglighet, kvalitet, rätt nivå och god hushållning av resurserna.

### Utmaningar och prioriterade utvecklingsområden

- Utformningen av lokalerna måste stödja effektiva flöden, hög patientsäkerhet och en god arbetsmiljö. Behovet av slutenvårdsplatser är en viktig faktor.
- Utvecklingsarbetet med vårdprocesser.
- Omfördelning av uppgifter till bäst lämpad yrkesgrupp.
- Fortsatt suicidpreventivt arbete
- Förstärkt beroendevård särskilt för unga
- Samverkan och samarbete mellan primärvård, sjukhus och kommuner
- Tillgängligheten till vård behöver ytterligare förbättras
- Införandet av standardiserade vårdförlopp inom cancersjukvården
- Inom hälso- och sjukvården fortsätter utvecklingen av e-tjänster

### Styrande program för patientsäkerhet

#### Program Patientsäkerhet 2017-2020

Program Patientsäkerhet för RegionVästmanlands syfte är att vidmakthålla det arbete som den Nationella Patientsäkerhetsstrategin<sup>7</sup> lagt grund för och ytterligare utveckla patientsäkerheten. Programmet omfattar sex målområden för tidsperioden 2017-2020.

## Program Patientsäkerhets mål knyter an till Regionplanens resultatmål för 2017-2019

### Mål

Programmets mål		Resultatmål med indikator		Målområde
<p><i>Antalet allvarliga vårdskador ska minska</i></p> <p><i>Vårdrelaterade infektioner ska minska</i></p> <p><i>Trycksår ska minska</i></p> <p><i>Läkemedelsanvändning ska vara säker</i></p> <p><i>Suicidprevention ska förbättras</i></p> <p><i>Förbättrad patientsäkerhetskultur</i></p>	→	<p><b>Resultatmål:</b> Verksamheten ska bedrivs med god kvalitet</p> <p><b>Indikator:</b> En nollvision för undvikbara skador</p> <p><b>Måluppfyllelse enligt program Patientsäkerhet</b></p>	→	En effektiv verksamhet av god kvalitet

För målområde trycksår, suicidprevention och patientsäkerhetskultur finns separata handlingsplaner upprättade.

## INDIKATORER OCH MÅLVÄRDEN PROGRAM PATIENTSÄKERHET 2017-2020

Programmets mål	Indikator	Mål-värde
1: Antalet allvarliga vårdskador ska minska	1:1 Antalet lex Maria-anmälningar gällande inträffad vårdskada	Minska
	1:2 Kvoten risk/ inträffad vårdskada av lex Maria-anmälningar	Öka
	1:3 Avvikelse rapporter ska vara klassificerade inom 4 veckor	95%
	1:4 Patientrelaterad negativ händelse/olycka skall vara allvarlighetsbedömd inom 4 veckor	75%

<sup>7</sup> Den Nationella Patientsäkerhetsstrategin pågick mellan år 2011-2014 och finns beskrivet i rapporten På väg mot en säkrare vård ISBN: 978-91-7585-245-4

2: Vårdrelaterade infektioner ska minska	2:1 Vårdrelaterade infektioner	<5%
	2:2 Basala hygienrutiner och klädregler skall vara uppfyllda i samtliga steg	90%
3: Trycksår ska minska	3:1 Andel tryckskada eller trycksår kategori 1-4	<10%
	3:2 Andel trycksår kategori 2-4 som uppstått eller förvärrats	<3%
4: Läkemedelsanvändning ska vara säker	4:1 Andel läkemedelsberättelser	60%
	4:2 Antalet fördjupade läkemedels-genomgångar	Öka
	4:3 Antalet utskrivna antibiotika-recept per 1000 invånare	287
5: Suicidprevention ska förbättras	5:1 Antalet suicid	Minska
	5:2 Antalet suicidförsök	Minska
6: Förbättrad Patientsäkerhetskultur	6:1 Arbetsbelastning och personaltäthet	60
	6:2 Överlämning och överföring av patienter och information	70
	6:3 Antal verksamheter med brukarråd/fokusgrupp	30/47

Målvärdena är satta att uppnås senast 2020.

Alla vårdskador ska minska. De ska utredas och vara en grund för förbättringsarbetet men för de vårdskador som är allvarliga och ger patienten men för livet måste vi göra allt vi kan för att förhindra att de inträffar. Det är därför viktigt att alla risker för allvarlig vårdskada uppmärksammas, identifieras och också anmäls enligt lex Maria. Alla avvikelser skall rapporteras i Synergi och skyndsamt tas om hand.

Vårdrelaterade infektioner är ett allvarligt problem inom vården med allt fler resistenta bakterier och förorsakar stort lidande. För att minska smittspridning mäts efterlevnaden av BHK; basala hygienrutiner och klädregler.

Säker läkemedelsanvändning innebär att patienten får rätt läkemedel och ges individuell information om desamma samt att onödig antibiotikabehandling undviks. För patienter som är 75 år eller äldre och som är ordinerade fem eller fler läkemedel ska en enkel läkemedelsgenomgång erbjudas och vid kvarstående läkemedelsrelaterade problem ska även en fördjupad läkemedelsgenomgång ske. Vid utskrivning från sjukhus ska patienten få en läkemedelsberättelse som också skickas till nästa vårdgivare.

#### ***Mål Antibiotikaförskrivning***

Målet för minskad antibiotikaanvändning är satt för att genom rak minskning nå det nationella målet på högst 250 antibiotikarecept/1000 invånare år 2024.

#### ***Mål Suicidprevention***

Målet för det suicidpreventiva arbetet är att till år 2020 halvera antalet suicid

---

och suicidförsök. Målet sattes 2015 utifrån 2013 års data då antalet lex Maria – anmälda suicid var 30 och avvikelserapporterade suicidförsök 529.

**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)

**Uppföljning sker enligt mätplan**

MÅL	INDIKATOR	ÖNSKAT LÄGE	NULÄGE 2015	REDOVISAS
Verksamheten ska bedrivas med god kvalitet	• Medicinsk kvalitet: Andel utvalda sjukdomsområden (i Öppna Jämförelser) som når uppsatt målvärde	↑	71 %	År
	• Patientsäkerhet: Måluppfyllelse enligt program för patientsäkerhet	↑	-	År

**Regionen har en nollvision vad gäller undvikbara skador i vården.**

- Ett framgångsrikt patientsäkerhetsarbete fordrar både kontinuitet och uthållighet.
- Patientens delaktighet är av största vikt för att uppnå högre patientsäkerhet och god kvalitet i hälso- och sjukvården.

Regionen 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.

**Region Västmanland kommer även att fortsätta arbetet med:**

- Deltagande i nationella kvalitetsregistren Senior Alert och Palliativregistret.
- Vidmakthålla och ytterligare stärka arbetet med städrutiner för en patientsäker vård.
- Förberedelser för framtida certifiering mot ISO-standarden för kvalitet och patientsäkerhet.

---

*I verksamhetsplan för Det Centrala Patientsäkerhetsteamet uttrycks olika fokusområden:*

**Fokusområden**

*Medborgare/Patient*

- Patient & närståendes delaktighet
- Säker läkemedelsanvändning
- Systematisk Suicidprevention
- Systematisk Trycksårsprevention

*Process/Produktion*

- Infektionsverktyget
- Ledningssystemet
- Markörbaserad Journalgranskning MJG
- Synergi
- Säker informationsöverföring i vårdens övergångar
- E-Journalen

*Medarbetare*

- Patientsäkerhetsutbildning för chefer och medarbetare
- Samverkan patientsäkerhet - HR
- Stärkt Patientsäkerhetskultur
- Synergi – återkoppling av inträffade avvikelser
- Korrekt tillämpning av den psykiatriska tvångsvårdslagstiftningen

## **Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet**

Region Västmanlands organisation för patientsäkerhetsarbetet finns beskrivet i *ledningssystemet* och omfattar flera olika styrdokument.

Det centrala patientsäkerhetsteamet är underställt hälso- och sjukvårdsdirektören som biträder regiondirektören 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**

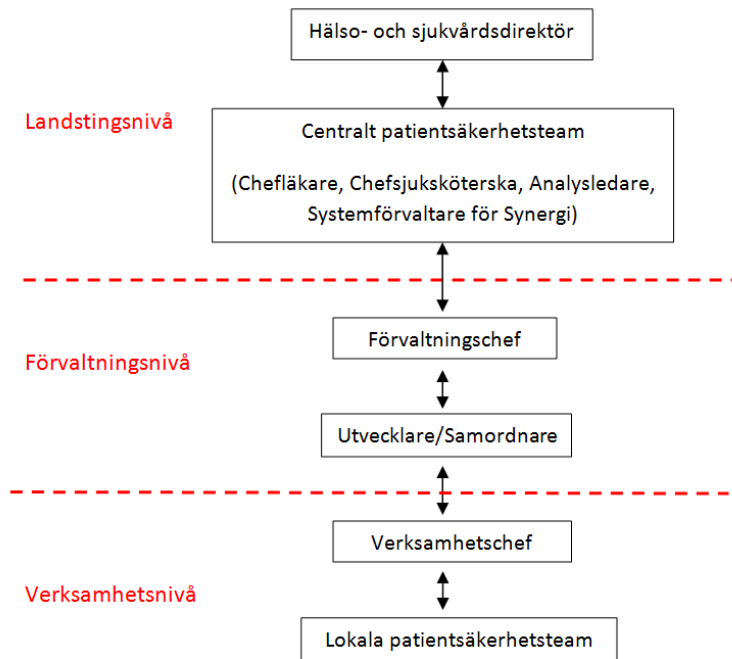
#### ***Regionnivå***

##### Centrala patientsäkerhetsteamet

Fyra chefläkare samt en chefsjuksköterska säkrar och följer upp vårdgivarens ansvar för patientsäkerheten i regionen samt stödjer verksamhetscheferna i ett förebyggande systematiskt patientsäkerhetsarbete. Regionens patientnära verksamheter är uppdelade på de fyra chefläkarna utifrån olika specialiteter. I

teamet ingår även två synergisamordnare och fem analysledare samt administrativt stöd. Under 2017 tillsattes en verksamhetschef.

#### PATIENTSÄKERHETSORGANISATION



*Chefläkare* ansvarar för att handlägga lex Maria ärenden i myndighetskontakt med IVO. Chefläkare tar del av och fördelar ”Enskilda ärenden” till respektive verksamhet. Chefläkare beslutar om central händelseanalys bör göras och kontaktar i så fall det centrala patientsäkerhetsteamets verksamhetschef för fortsatt handläggning. Chefläkare kan initiera riskanalyser och håller sig informerade om ev. riskindivider. Chefläkarna arbetar halvtid och motsvarar 2,0 tjänst

*Chefsjuksköterska* medverkar i regionövergripande mål, strategier och uppföljning av patientsäkerheten. Chefsjuksköterskan medverkar i övergripande analys och åtgärdsförslag av patientsäkerheten samt initierar erforderliga åtgärder på regionövergripande 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 speciellt i kontakten med de lokala avvikelksamordnarna.

*Analysledarna* är flera till antalet och arbetar del- eller heltid motsvarar 3.0 tjänst. Tidigare samordnaruppdrag upphörde då verksamheten fick en egen chef. Analysledarna har ett ansvar att leda risk- och händelseanalysarbetet på uppdrag av chefläkare och/eller verksamhetschef, samt ge utbildning i risk- och händelseanalys inom regionen. 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, såväl inom som utanför hälso- och sjukvården. Arbetet regleras bland annat i Smittskyddslagen (2004:168) och bedrivs genom övervakning, smittspårning, förebyggande arbete, information och utbildning.

*Vårdhygien* understödjer verksamheterna i deras arbete med att minska smittspridning i vården samt förebygga vårdrelaterade infektioner hos patienter/-brukare och vårdpersonal.

*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

Region Västmanlands läkemedelskommitté är expertorgan i övergripande läkemedelsfrågor med uppgift är att verka för en behovsbaserad, medicinskt ändamålsenlig och kostnadseffektiv läkemedelsanvändning, samt att i övrigt främja användningen av rationella behandlingsmetoder i hälso- och sjukvården. Information kring läkemedel både till forskrivare 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 Ny lag: 2017:372 lag om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården. 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 kanslis 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.

### Riskrådet

Riskrådet är en del av region Västmanlands säkerhetsorganisation. Det beskrivs som kontaktytan mellan patientsäkerhetsfrågor och arbetet med händelse- och riskanalyser, konsekvens- och sårbarhetsanalyser samt kontinuitets-



---

hantering. Rådet sammanträder fyra ggr/år och det centrala patientsäkerhets-  
teamet deltar med en representant. I rådet bereds frågor till risk-kommit-tén.

### ***Förvaltningsnivå***

#### Förvaltningschef

Förvaltningschefen ansvarar för att säkerställa aktiviteter i förvaltningsplanen så att målen i regionplanen för patientsäkerhetsarbetet uppnås samt ska säkerställa att nödvändiga resurser avsätts till patientsäkerhetsarbetet. 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 ledningssystemets 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 vårdskadeutredning utförs.
- att resultatet av risk- och händelseanalys återrapporteras till enheten/ verksamheten, samt ge uppdrag till avvikelssamordnare att dokumentera beslutade åtgärder i avvikelserapporten i Synergi.
- att följa upp de vidtagna åtgärdernas effekt.

#### Lokala patientsäkerhetsteam

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 avvikelssamordnare.

#### Avvikelsesamordnare

Verksamhetschef utser avvikelssamordnare för att på uppdrag ansvara

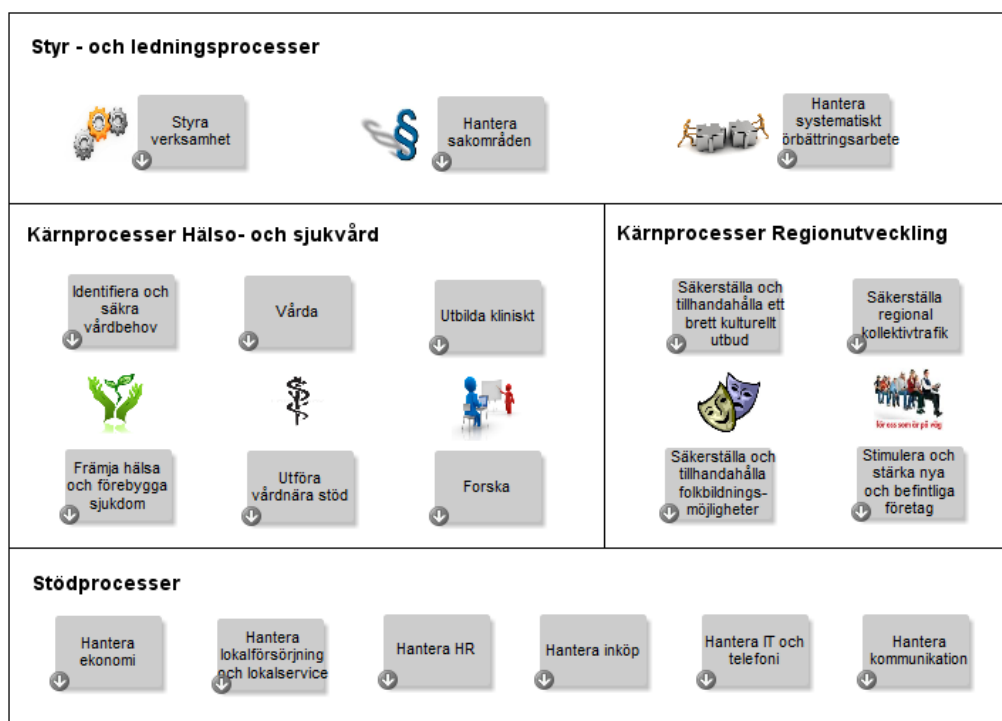
för att göra en första sortering av inkomna ärenden, klassificera, ev. sekretess-skydda ärende, begära övertagande av ansvar (även till annan verksamhet/enhet) samt dokumentera beslutade åtgärder. Vidare ingår att fortlöpande ge information/ återföring till verksamheten samt att delta i det lokala patient-säkerhetsteamet.

### 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 Region Västmanland, innehållande dokument och grafiska processer, finns implementerat i alla vårdverksamheter. Ledningssystemet finns även tillgängligt för de privata vårdgivarna. Det ger en samlad bild över hur regionen styrs och leds samt regionens arbetssätt både på övergripande nivå och på lokal nivå ute i alla verksamheter.



Ledningssystemet är uppbyggt utifrån lagar och krav från myndigheter, Socialstyrelsens författningssamling ”Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete” (SOSFS 2011:09) och standarden ”SS-EN 15224:2017”. Dessutom tas

---

också hänsyn till andra kravdokument baserade på ISO 9001.

Ledningssystemet drivs i förvaltning med förvaltningsledare och centrala samordnare. En viktig del i arbetet är att försöka samordna dokument så att det skrivs fler dokument på regionövergripande nivå som gäller fler verksamheter. Ett nätverk finns uppbyggt med delsamordnare ute i verksamheterna som har ett ansvar för att administrera dokumentationen inom sin egen verksamhet. De centrala samordnarna har, vid behov, nätverks-träffar med delsamordnarna och sänder även ut nyhetsbrev med information om förändringar.

Under året har ett stort arbete pågått med utveckling av IT-stödet för ledningssystemet så att det kan nås via mobila enheter.

### ***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. Processer har identifierats och ett antal finns kartlagda för att säkra kvaliteten. I arbetet med identifieringen och kartläggning av processerna har olika specialister från vårdverksamheterna deltagit.

Utsedda processägare tillsammans med processledare har ansvaret att bedriva fortsatt förbättringsarbete i processerna.

Utifrån det nationella införandet, som pågått sedan 2015, har standardiserade vårdförlopp införts i regionens processstruktur. Hittills har 28 vårdförlopp startat och arbete pågår med att starta upp ytterligare 3 under 2018.

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

Övergripande instruktioner avseende patientsäkerhet omfattar alla verksamheter inom Region Västmanland och även de verksamheter som har avtal med regionen. Dokumenten är godkända i ledningssystemet av hälso- och sjukvårdsdirektören eller av denne utsedd person.

Ledningens genomgång genomfördes för första gången på koncernledningens möte i maj 2015 och har sedan dess även genomförts i mars 2016 samt i mars 2017.

#### ***Instruktioner***

- *Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet; 6199*
- *Anmälan av leg hälso- och sjukvårdspersonal som utgör en risk för patientsäkerheten; 4313*
- *Avvikelsehantering; 4302*
  - *Schema för rapportering av avvikelser då medicinsk-teknisk utrustning är inblandad; 6730*
- *Dokumentation i patientjournal; 27241*
- *Enkel läkemedelsgenomgång; 34309*
- *Fördjupad läkemedelsgenomgång; 34308*

- 
- *Guide för trycksårsprofylax; 31862*
  - *Utredning och Handläggning av vårdskadeärenden inkl. Lex Maria; 4312*
    - *Vårdskadeutredning i Synergi; 39260*
  - *Hantering av klagomål 40428*
  - *Händelseanalys för patientsäkerhet; 4295*
  - *Infektionsverktyget; 22531 (Systemet dock inte i bruk sedan april 2017)*
  - *Läkemedelsberättelse/Utskrivningsinformation; 4299*
  - *Markörbaserad journalgranskning; 12651*
  - *Omvårdnadsdokumentation i patientjournal; 27129*
  - *Patientnämndsärende – handläggning; 4013*
  - *Patientnämndsärende – handläggning i primärvården; 22247*
  - *Risikanalys för patientsäkerhet; 4297*
  - *Stöd till patient, anhörig och personal vid inträffad vårdskada; 3213*

#### **Handlingsplaner**

- *Patientsäkerhetskultur; 22241*
- *Suicidprevention; 29420*
- *Trycksårsprevention; 21908*

#### **Policys och Riktlinjer**

- *SBAR – Kommunikationsverktyg; 33242*
- *Riktlinje för Säkerhetsnålen; 24087*

*Det finns dessutom 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 resultatombudschef som rapporterar vidare till förvaltningschefen som i sin tur rapporterar direkt till regiondirektören.

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.

Även om Patientsäkerhetsstrategin<sup>8</sup> är avslutad utses ansvariga till övriga statliga satsningar att de följer intentionerna. Då andra områden för

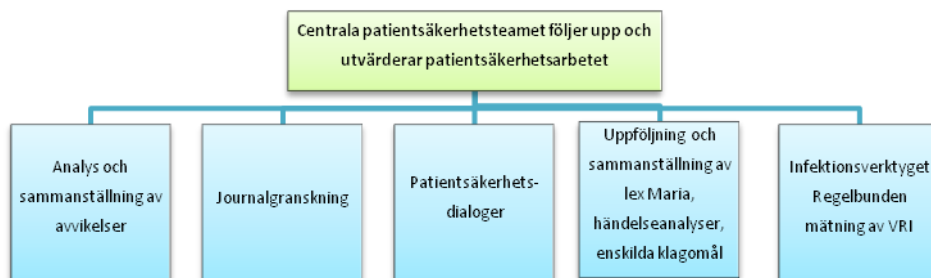
---

<sup>8</sup> Överenskommelse mellan Staten och Sveriges Kommuner och Landsting om förbättrad patientsäkerhet

---

överenskommelse med staten tangerar patientsäkerhetsområdet bevakar patientsäkerhetsteamet dessa och ingår i den grupp som bildats under ledning av hälso- och sjukvårdsdirektören med ansvarig kontaktperson för samtliga överenskommelser.

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



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

Olika ansvarsområden finns fördelade per person för det övergripande patientsäkerhetsarbetet samt kopplade områden i samverkan.

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

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

### ***Avvikelseerrapportering i Synergi och lex Maria***

Samtliga ärenden i avvikelsererrapporteringssystemet sammanställs av systemförvaltarna 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 vårdskadeutredning 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 regelbundet upp med avsikt på beslutade åtgärder genom att analysledare tar in uppgifter från respektive verksamhetschef. Resultatet sammanställs i en årsrapport som presenteras för Hälso- och sjukvårdsgruppen. Rutin finns nu även 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, implementerat 2017 inom Vuxenpsykiatri och Rättspsykiatri. Journalgranskning inom barnsjukvård har ännu inte kommit igång.

I ledningssystemet finns fastställt att övergripande ska inom somatisk slutenvård 30 journaler granskas per månad, inom barnsjukvård 10 och inom psykiatrisk vård 15 journaler per månad. Det är det Centrala patientsäkerhetsteamet som utför granskningen på övergripande nivå.

Region Västmanlands resultat från (slumpmässigt urval) av journaler inrapporteras i Sveriges Kommuner och Landstings nationella databas. Nationell databas för resultat från MJG inom psykiatrisk vård finns nu även framtagen.

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

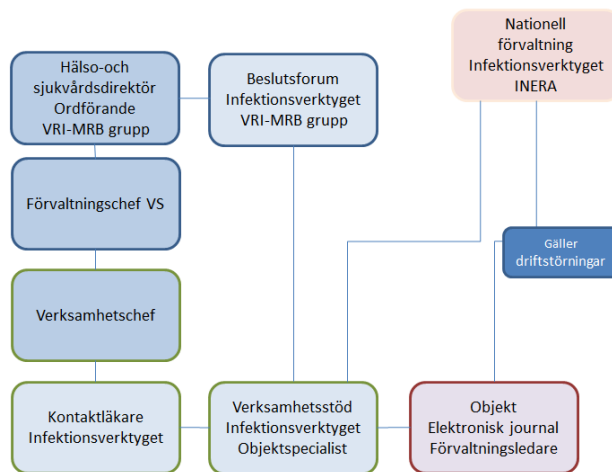
#### ***Infektionsverktyget***

Infektionsverktyget är ett nationellt IT stöd för att kontinuerligt dokumen-

tera, lagra och återkoppla information om vårdrelaterade infektioner och antibiotikaaanvändning. Syftet är att bidra till att förebygga vårdrelaterade infektioner, förbättra följsamheten till behandlingsrekommendationer och minska bruket av bredspektrumantibiotika. Breddinförande av infektionsverktyget skedde i mitten av oktober 2013 på Västmanlands sjukhus.

Inmatningen av data i infektionsverktyget har tyvärr fått avbrytas från april 2017 p.g.a. att det inte är kompatibelt med den nya Cosmicversionen R8.1. Förhoppningsvis kommer det att kunna startas upp på nytt under andra eller tredje kvartalet 2018.

### Förvaltningsorganisation



Beslutsforum för infektionsverktyget är VRI-MRB-gruppen där hälso- och sjukvårdsdirektörens medicinske rådgivare 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 har en kontaktläkare för infektionsverktyget utsetts av verksamhetschefen. Kontaktläkaren har haft som ansvar att följa upp Infektionsverktyget på klinisk nivå avseende vårdrelaterade infektioner, riskfaktorer samt antibiotikaförskrivning. Kontaktläkaren ska också delta i valideringsarbetet.

### Uppföljning genom Patientsäkerhetsdialoger

Det centrala patientsäkerhetsteamet 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 den i förväg ifyllda checklistan med enhetens verksamhetschef och lokala patientsäkerhetsteam.

---

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 2016 var:

1. Vem/Vilka är verksamhetens avvikelssamordnare?
2. Vilka ingår i verksamhetens patientsäkerhetsteam?
3. Vårdrelaterade infektioner och följsamheten till BHK?
4. Läkemedelsfrågor – rutiner för aktuell läkemedelslista?
5. Markörbaserad journalgranskning – deltagande?
6. Trycksår – uppföljning av mätningar och arbetet enligt handlingsplanen?
7. Suicid/Suicidförsök – lokala rutiner och utbildning i suicidprevention?
8. Tvångsvård – Egenkontroll och rutiner?
9. Överbeläggningar och utlokaliserade patienter – arbete enligt handlingsplan?
10. Patientmedverkan i det systematiska patientsäkerhetsarbetet?
11. Använder enheten Gröna Korset?
12. Redogör för verksamhetens analys av 2015-års avvikelserapportering.
13. Vilka är era förbättringsarbeten och prioriterade åtgärdsområden utifrån Er analys av avvikelser, risker, klagomål och synpunkter samt enskilda ärenden
14. Vilka lex Maria och Enskilda klagomålsärenden gällande vårdskada har berört verksamheten det senaste året och vilken effekt har de fått?
15. Ange tre viktiga patientsäkerhetsfrågor som Ni vill att det centrala patientsäkerhetsteamet ska lyfta inom Landstinget Västmanland.

Till 2017-års dialoger uppmanades verksamheterna att fylla i checklistan och returnera till berörd chefläkare och chefsjuksköterska i god tid före mötet. Detta syftar till ett väl förberett möte och förhoppningsvis mer tid till givande dialog kring såväl frågorna i checklistan som patientsäkerhet i allmänhet. Erfarenheterna från de verksamheter som tillämpat detta är mycket goda då mer tid har fokuserats åt själva dialogen och inte enbart rapportering av data.

Vid genomförda patientsäkerhetsronder 2017 har de enskilda resultaten 2016 kopplat till övriga enheters resultat även återkopplats på verksamhetsnivå.

Checklista patientsäkerhetsdialog 2017:

1. Vem/Vilka är verksamhetens avvikelssamordnare?
2. Vilka ingår i verksamhetens patientsäkerhetsteam?
3. Vårdrelaterade infektioner och följsamheten till BHK?
4. Läkemedelsfrågor – rutiner för aktuell läkemedelslista?
5. Trycksår – uppföljning av mätningar och arbetet enligt handlingsplanen?
6. Suicid/Suicidförsök – lokala rutiner och utbildning i suicidprevention?
7. Tvångsvård – Egenkontroll och rutiner?
8. Överbeläggningar och utlokaliserade patienter – arbete enligt handlingsplan?
9. Patientmedverkan i det systematiska patientsäkerhetsarbetet?
10. Använder enheten Gröna Korset?




- 
11. Redogör för verksamhetens analys av 2015-års avvikelserapportering.
  12. Markörbaserad journalgranskning – deltagande?
  13. Vilka är era förbättringsarbeten och prioriterade åtgärdsområden utifrån Er analys av avvikelser, risker, klagomål och synpunkter samt enskilda ärenden
  14. Vilka lex Maria och Enskilda klagomålsärenden gällande vårdskada har berört verksamheten det senaste året och vilken effekt har de fått?
  15. Ange tre viktiga patientsäkerhetsfrågor som Ni vill att det centrala patientsäkerhetsteamet ska lyfta inom Region Västmanland.

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

De problemområden *som enheterna lyfter* enligt punkt 15 sammanställs och rapporteras till hälso- och sjukvårdsgruppen samt är ett viktigt underlag för kommande riskanalyser och förbättringsarbete. Det som framkommit i samband med dialogerna har nedan klustrats i huvudområdena; betingelser och kompetensförsörjning. *Exempel på problem/risker:*

***Betingelser:***

 *Elektronisk journal Cosmic*

Läkemedelsmallar i Cosmic efterfrågas för att underlätta korrekta ordinationer samt kraftig tidsbesparing.

 *Telefoni*

Sökningar som inte fungerar, gäller framförallt verksamheter med beredskap ex specialiststandvård och ÖNH. Frågan har tagits upp i riskrådet.

 *Utskrivningsprocessen*

Rutiner och kommunikation brister med hemsjukvård och hemtjänst. Leder vid tillfällen till förlängda vårdtider.

 *Synergi*

Ökad transparens mellan verksamheterna i Synergi, efterfrågan att kunna följa ett ärende med flera aktörer inblandade. Möjligheten finns nu i uppdaterade Synergi 2015

 *Parkering*

Svår parkeringssituation vid sjukhuset i Västerås vilket har påverkat patienternas möjlighet att komma i tid till läkarbesök.

 *Lokaler*

Lokalsituation - svårt att bibehålla sekretess när patientsängarna står nära varandra. Kalla lokaler för medarbetare vilket försvårar korrekt hygien.


***Kompetensförsörjning:***

 *Kompetensförsörjning*

Hög personalomsättning, svårt att behålla medarbetare och dess kompetens.

 *Bristsituation*

Bristsituation av läkare, sjuksköterskor och medicinska läkarsekreterare påverkar patientsäkerheten.

 *Överbeläggningar*

Överbeläggningar- hög arbetsbelastning

---

### *Klinisk farmaci*

Fördel med en säkrare läkemedelshantering med hjälp av klinisk farmaci.

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

Vid patientsäkerhetsdialog 2018 kommer checklistan följa Program Patient-säkerhet 2017-2020. Dialogerna kommer även omfatta de privata utförarna.

### ***Hälso- och sjukvårdsgruppen***

*Hälso- och sjukvårdsgruppen är hälso- och sjukvårdsdirektörens ledningsforum för att styra bl.a. patientsäkerhetsarbetet. I gruppen ingår samtliga förvaltningschefer, vårdvalschef, chefen för kompetenscenter för hälsa samt personaldirektör och medicinsk rådgivare till hälso- och sjukvårdsdirektören.*

Det centrala patientsäkerhetsteamet deltar då patientsäkerhetsfrågor ska diskuteras samt finns även med i följande strategiska grupper som leds av utsedd person på uppdrag hälso- och sjukvårdsdirektören för utvärdering och analys av patientsäkerhetsarbetet.

- *Trycksårsgrupp*

Den trycksårsgrupp som bildades under ledning av tidigare hälso- och sjukvårdsdirektören med syftet att utifrån analys av trycksårsmätningar identifiera enheternas styrkor och svagheter för att kunna uppdatera den övergripande handlingsplanen med mål och lämpliga aktiviteter lades ner. Detta för att tydligare lyfta verksamheternas operativa ansvar. Chefsjuksköterskan tillsammans med representanter för VS verksamheter arbetare vidare med handlingsplaner och aktiviteter.

- *VRI-MRB-gruppen*

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

- *Analysgrupp*

En analysgrupp finns inrättad i regionen med uppdrag att genomföra analyser och ta fram rådgivande underlag gällande bl.a. Nationella riktlinjer (gapanalyser), Vården i siffror/Öppna jämförelser, nya metoder och medicinska underlag till ledningssystemet. En viktig del av arbetet är att ge förslag på åtgärder för att öka patientsäkerheten och vårdkvalitén. Analysgruppen leds av Västmanlands sjukhus medicinska stabschef som är ordförande, med stöd från Enheten för kunskapsstyrning och utbildning, EKV.

- 
- *Utvärdering av nya metoder, Health Technology Assessment (HTA)*

HTA innebär systematisk kartläggning av den vetenskapliga litteraturen för en metod eller insats i hälso- och sjukvården. Det inbegriper både nytta och risk för patienten samt en etisk och hälsoekonomisk analys. Inom Samverkansnämnden Uppsala-Örebro finns en HTA enhet (CAMTÖ<sup>9</sup>) som är en gemensam resurs för hela sjukvårdsregionen. Inom CAMTÖ finns möjlighet att genomföra en s.k. HTA rapport som innebär att en kunskapssammanställning görs av den tillgängliga evidensen för en viss metod eller behandling. Slutsatsen i rapporten utgör sedan underlag för prioritering och beslut om införande och/eller utrangering av gamla metoder. I vissa fall är evidensläget svagt och rekommendationen kan då vara ytterligare studier.

Under 2017 har nio rapporter producerats. Ingen av dessa är initierade från Västmanland. Under 2018 kommer möjligheten att genomföra s.k. snabböversikter som är mindre resurskrävande. Denna översikt kan, om evidensen är otillräcklig, resultera i en sedvanlig systematisk översikt. Ett mål för 2018 är att sprida information om HTA verksamheten inom Region Västmanland och därmed öka kunskapen om CAMTÖS resurser. Förhoppningsvis kan därmed fler förslag på HTA rapporter och snabböversikter initieras. Sjukhusbiblioteket inom Region Västmanland kommer utbilda en till två bibliotekariersom kan stödja arbetet med snabböversikter lokalt.

- *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 Onkologens verksamhetschef.

- *Överenskommelser mellan stat och SKL*

För samordning av de statliga satsningarna finns en grupp med de personer som ansvarar för var och en av överenskommelserna. Flera av dem har beröring till patientsäkerhetsområdet.

### ***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 sjukvårdsdirektörens medicinska rådgivare och sammanträder varje månad.

Gruppen består därutöver av chefläkare med ansvar för de medicinska specialiteterna, chefsjuksköterska, smittskyddsläkare, hygienläkare, hygiensjuksköterskor med inriktning mot sjukhusvård, primärvård, kommunal vård och omsorg, samt representanter från förvaltningarna Västmanlands sjukhus och Psykiatri, primärvård och habiliteringsverksamhet. Chefläkaren är sammankallande.

---

<sup>9</sup> CAMPTÖ Centre for Assessment of Medical Technology in Örebro

---

Vid gruppens möten redovisas fortlöpande förekomsten av multiresistenta bakterier (ESBL, ESBL<sub>CARBA</sub>, MRSA, VRE), smittspridningsutbrott inom den regionfinansierade hälso- och sjukvården, utfall av mätningar gällande förekomsten av vårdrelaterade infektioner respektive efterlevnaden till basala hygienrutiner och klädregler tillsammans med nödvändiga analyser. Där diskuteras även behov av förändrade strategier för att åstadkomma förbättringar.

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 regionstyrelse.

- *Hygienronder*

Hygienronder syftar till att beskriva den vårdhygieniska kvaliteten i verksamheterna samt att identifiera faktorer som ökar risken för vårdrelaterade infektioner. Dessa utförs regelbundet i alla vårdverksamheter. Vid de hygienronder som utfördes under 2017 kunde riskfaktorer för smittspridning identifieras i vissa verksamheter. Efter hygienronden åligger det verksamhetschef att i samarbete med vårdhygien åtgärda de riskfaktorer som identifierats. Detta innebär en uppföljning av utförd hygienrund.

- *Vårdhygiendialoger*

Hygiensjuksköterska och hygienläkare har under 2017 utfört två hygiendialoger inom primärvården. Dessa dialoger genomfördes som piloter inför fortsatt arbete under 2018, då fokus kommer att vidgas för att även inkludera relevanta inslag av smittskydd. Vårdhygiendialogen syftar till att tydliggöra vikten av ett proaktivt arbetssätt för att förebygga VRI samt bidra till en hög allmännivå på hygienrutiner för att bl.a. minska förekomsten av multiresistenta bakterier i vården. Vårdhygiendialogerna genomförs utifrån olika fokusområden inom det vårdhygieniska området. Vårdhygiendialoger påbörjades även inom slutenvården 2017.

- *Informationsträffar*

Smittskydd och vårdhygien anordnade under 2017 fyra informationsträffar för MAS:ar, chefer och sjuksköterskor som arbetar inom kommunal vård och omsorg i Västmanlands län. Information gavs om säsongsinfluensa, vaccinationer och vinterkräksjuka. Målsättningen med dessa informationstillfällen var att ge råd och rekommendationer för att snabbt identifiera smittsamma brukare med symptom på influensa och magsjuka samt förhindra smittspridning inom verksamheten. Syftet var även att minimera stängning av korttidsplatser på grund av smittspridning vilket oftast har en negativ påverkan på slutenvården.

### ***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 Vårdvalsenheten. 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.

### ***Vårdvalet***

Vårdvalet har ett särskilt ansvar som beställare av primärvård och privat specialistsjukvård att följa upp samtliga vårdgivares patientsäkerhetsarbete utifrån ingångna avtal och kontrakt. Vårdvalet rapporterar direkt till Regionstyrelsen.

### ***Ledarforum***

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

## **Uppföljning genom egenkontroll**

Region 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)
- PPM-trycksår med kompletterande journalgranskning
- Senior Alert
- Avvikelse rapporter
- Uppföljning av lex Maria samt genomförda centrala händelseanalyser
- Markörbaserad journalgranskning
- Patientsäkerhetskulturmätning
- Bemanning i primärvården
- Tillgänglighet - vårdgaranti

- 
- Kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen
  - Läkemedelsberättelse och fördjupad läkemedelsgenomgång
  - Antibiotikaföreskrivning
  - Föreskrivning av läkemedel till äldre

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

Basala hygienrutiner och klädregler mäts numera minst fyra gånger per år som observationsstudie inom hela hälso- och sjukvården. Resultatet återkopplas i varje verksamhetsområdes delårsrapport och sammanställs på förvaltningsnivå. Även de privata vårdgivarna omfattas.

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

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

Vårdrelaterade infektioner mäts och sammanställs två gånger per år samt efter behov och rapporteras nationellt på våren. Västmanland behåller en relativt sett låg frekvens av VRI under riksgenomsnittet men på en högre nivå än då Västmanland deltog 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 regionen stöder innovation Catheasy<sup>10</sup> samt har tillsatt en arbetsgrupp att ta fram riktlinjer vid KAD för att minska vårdrelaterad urinvägsinfektion och sepsis.*

### ***Infektionsverktyget***

Infektionsverktyget är ett nationellt IT-stöd för att kontinuerligt dokumentera, lagra och återkoppla information om vårdrelaterade infektioner och antibiotika användning, i syfte främst att stödja lokalt förbättringsarbete. Breddinförande av infektionsverktyget skedde i mitten av oktober 2013 på Västmanlands sjukhus.

Sedan uppdateringen av journalföringssystemet till Cosmic R8.1 i april 2017 har Infektionsverktyget ej varit kompatibelt med journalsystemet varför registrering i Infektionsverktyget ej varit möjligt. Detta har berört samtliga landsting och regioner som använder sig av Cosmicuppdateringen. Samarbete mellan de två systemleverantörerna pågår och målet är att möjliggöra nystart för Infektionsverktyget under andra eller tredje kvartalet 2018.

### ***Punktprevalensmätning av trycksår***

Region 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

---

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

---

journal-granskningen 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 Region 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**

- Fall: Downton Fall Risk Index (DFRI)
- Trycksår: Modifierad Norton skala (Mod Norton)
- Undernäring: Mini Nutritional Assessment (MNA)
- Munhälsa: Revised Oral Assessment Guide (ROAG).

På grund av den sjunkande registreringsfrekvensen i kvalitetsregister Senior Alert relaterat till att de ekonomiska incitamenten togs bort samt att tidigare registrering inte ledde till att en sammanhållen vårdplan inrättades och följdes upp började de inkluderade riskbedömningarna göras i journaltabell i stället och med stöd av inrättandet av vårdplansmodulen.

Under 2018 kommer antalet patienter med riskbedömningar, antalet patienter med risk och vårdplaner och antalet utvärderade vårdplaner att följas upp för att få en bild av den sammanhållna omvårdnadsprocessen hos patienter med risk för trycksår, fall, undernäring och försämrad munhälsa.

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.

### **Avvikelse rapporter**

All personal är skyldig att rapportera risker och felhändelser. Det är den som upptäcker händelsen som har i uppgift att skriva avvikelserapporten i Synergi. Chefläkaren läser alla rapporterade avvikelser veckovis och kan både larma om ej omhändertagna allvarliga händelser och vid hög frekvens av händelse.

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

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

---

*transporter, vid uppföljning/återbesök och bristande journaldokumentation.*

### ***Uppföljning av lex Maria och centrala händelseanalyser***

En systematisk uppföljning av beslutade åtgärder i lex Maria har genomförts för sammanlagt 86 ärenden från åren 2012-2013. Arbetet har fortsatt med att följa upp 2014-2015 års ärenden och är fr.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 (MJG)***

Sedan flera år används strukturerad journalgranskning för att mäta förekomsten av skador i vården i Sverige.

Den metod som används är Markörbaserad Journalgranskning (MJG) som är en svensk anpassning av metoden Global Trigger Tool (GTT) som i ett internationellt perspektiv används i ökad omfattning.

Metoden baseras på att man vid journalgranskning identifierar journaluppgifter, som kan indikera en skada och därefter bedömer man om en skada inträffat och om den i så fall var undvikbar, det vill säga en vårdskada. Västmanland granskar månatligen inom somatisk slutenvård 15 journaler och inom psykiatrisk vård 15 journaler som samtliga är slumpmässigt utvalda. Övergripande är det centrala patientsäkerhetsteamet som utför journalgranskningen dock utför psykiatrin merparten av sina granskningar självständigt i det lokala patientsäkerhetsteamet med valideringsstöd från det centrala patientsäkerhetsteamet.

Region Västmanlands resultat från granskningen av journaler inrapporteras i Sveriges Kommuner och Landstings nationella databas.

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

*Analys av 2017 års markörbaserade journalgranskning skiljer sig inte från andra källor som punktprevalensmätningar och kvalitetsregister. De vanligaste skadorna är vårdrelaterade infektioner, trycksår och fallskador men även överfylld blåsa har observerats.*

*Nytt är granskningen inom psykiatrin där ett skadeområde som vi sett är "förlängt sjukdomsförlopp" undergrupper enligt metoden: obehandlat sjukdomstillstånd, otillräcklig effekt, avbruten behandling, eller försämring av sjukdom. Det kan relateras till konsvenser som för tidig utskrivning med återinskrivning som följd, brister i planering vid hemgång.*

*I den lokala granskningen konstateras att vanliga skador är självmords-*



försök, självskada och biverkningar som oftast redan uppmärksammas. Fallskador som ej var kända tidigare har identifierats och åtgärder vidtagits.

Genom markörbaserad journalgranskning samt erfarenhet från tidigare data ur bl.a infektionsverktyget så ser vi att dessa verktyg är en viktiga för egenkontrollen och kvalitetssäkringen av den givna vården.

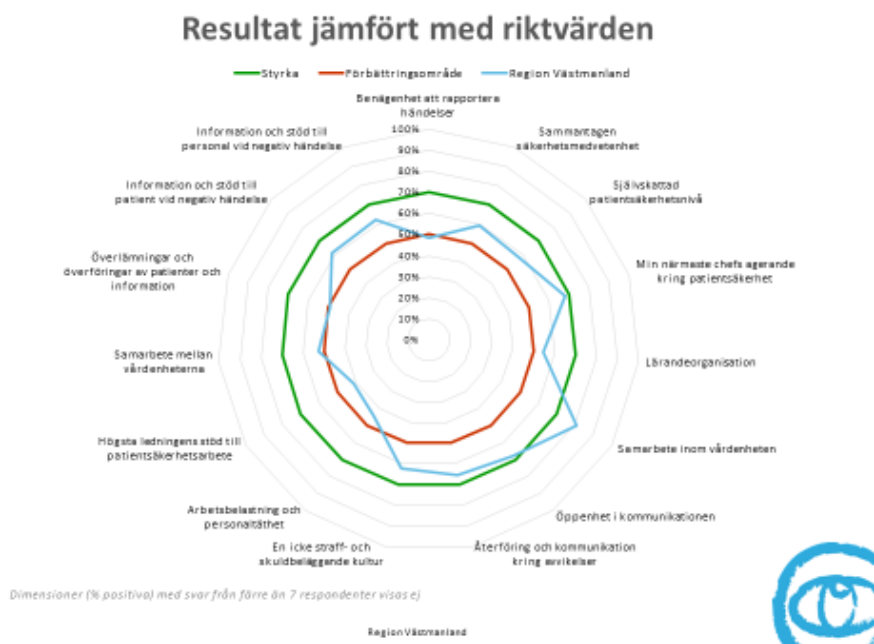
### Patientsäkerhetskulturmätning

Ett viktigt led i att tydliggöra patientsäkerhetsarbetet är enkätundersökningen för att mäta patientsäkerhetskulturen som genomförts år 2011, 2014 och 2017. inom samtliga verksamheter. Vid patientsäkerhetskulturmätningen 2017 deltog även de privata utförarna.

### Patientsäkerhetskulturmätning 2017

Patientsäkerhetskulturen är en del av organisationskulturen och präglas av rådande värderingar och normer i organisationen. Ett uttryck för kulturen i en vårdverksamhet är ledarnas och medarbetarnas attityder och förhållningssätt till patientsäkerhet. Dessa attityder och förhållningssätt återspeglar säkerhetsklimatet i en verksamhet. Den strategiska verksamhetsplaneringen har stor nytta av dessa kunskaper. Syftet med mätningen är att kartlägga styrkor och svagheter i patientsäkerhetskulturen för att tydliggöra angelägna förbättringsområden, öka insikten hos både ledare och medarbetare om de faktorer som kan påverka patientsäkerheten, studera förändringar i förhållningssätt och attityder som effekt bland annat av genomförda interventioner, jämföra enheter, yrkeskategorier etc. Patientsäkerhetskulturen undersöks genom enkätutskick via medarbetarnas mail.

Nedan presenteras sammanfattning av 2017 års resultat i Region Västmanland

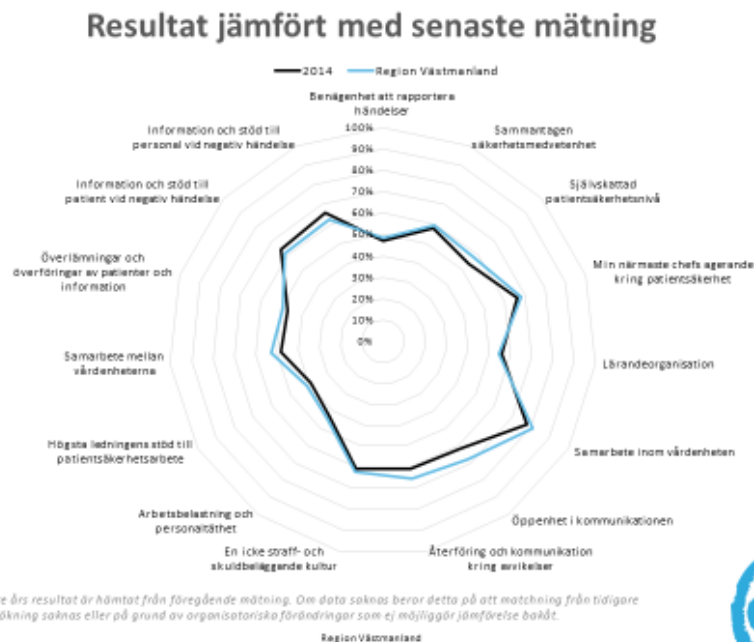


Svarsfrekvensen var 56.4% vilket kan anses som lågt och därför påverkar

tillförlitligheten i svaren. (Svarsfrekvensen 2014 var 57,1%)

Sammanfattningsvis kan beskrivas att regionens styrkeområden är samarbete inom vårdenheten, återföring och kommunikation kring avvikelser, min närmaste chefs agerande kring avvikelser, öppenhet i kommunikationen samt en icke straff- och skuldbeläggande kultur. Regionens förbättringsområden gällande patientsäkerhetskulturen är upplevelsen av högsta ledningens stöd till patientsäkerhetsarbete, arbetsbelastning och personaltäthet, benägenhet att rapportera händelser, överlämningar och överföringar av patienter och information samt samarbete mellan vårdenheterna. Skillnader från 2014 års mätning är en förbättring av gällande upplevelsen av samarbete inom vårdenheten, återföring och kommunikation av avvikelser och öppenhet i kommunikation likaså gällande den självskattade patientsäkerhetsnivån. Särskilt intressant är polarisering mellan de angränsande dimensionerna samarbete inom vårdenheten som är ett styrkeområde och samarbete mellan vårdenheterna som är ett förbättringsområde. Likaså upplevs den närmsta chefens agerande gällande patientsäkerhet som ett styrkeområde, dock upplevs den högsta ledningens stöd till patientsäkerhetsarbete som bristande.

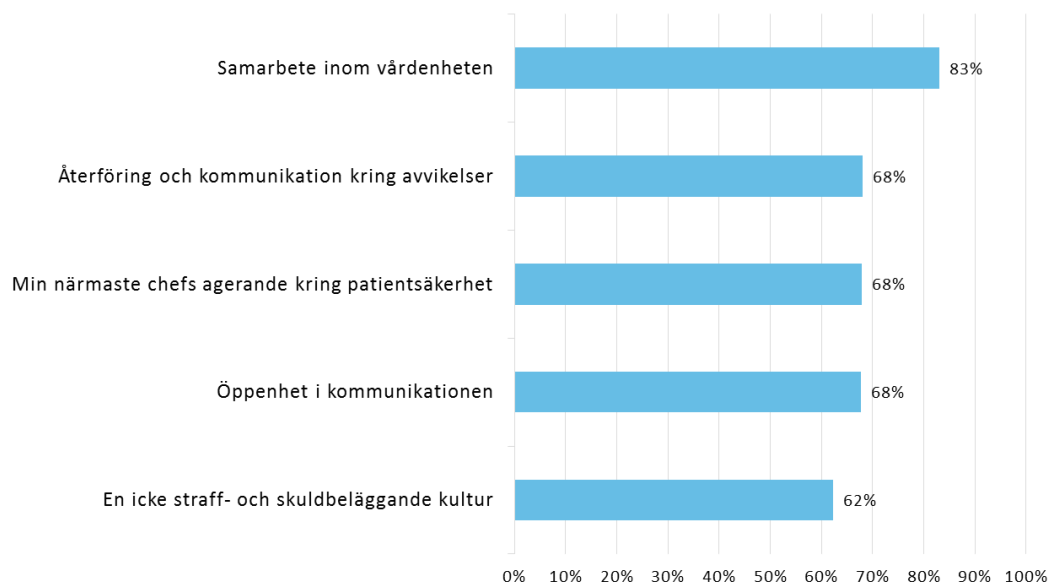
En förbättring sedan föregående mätning 2014 kan ses gällande den självskattade patientsäkerhetskulturen, öppenhet i kommunikationen, återföring och kommunikation kring avvikelser och samarbete mellan vårdenheterna. En marginell försämring sedan mätningen 2014 kan ses rörande upplevelsen av information och stöd, både till patient och anhörig samt till personal vid negativ händelse.



*Sammanfattningsvis beskrivs en bild av en förbättrad patientsäkerhetskultur. Vi behöver få ökad systematik i omhändertagandet av avvikelser som också innebär ett kvalitativt bättre omhändertagande där analysen blir tydligare och*

leder till mer effektiva åtgärder som också följs upp och utvärderas. Detta skulle sannolikt ha en positiv effekt på benägenheten av rapportera avvikelser. I den öppna frågedelen i enkäten beskrivs att avvikelssystemet upplevs som krångligt vilket även det påverkar benägenheten att rapportera. Personalen vill ha dialog med högsta ledningen, att ledningen ska vara mer synlig, och delaktig i vardagen i verksamheten, samt att personalen önskar få bli delaktig i beslut och förstå bakgrunden till de beslut som fattas. Det framkom också att det fanns en önskan att även politikerna skulle bli mer synliga, besöka verksamheterna och därigenom skaffa sig verklighetsbakgrund. Patientsäkerhetsrisker kunde enligt personalen minskas genom att ha tillräckligt med personal, att alla skulle ha tillgång till kompetensutveckling. Dubbeldokumentation och krångliga IT-system sågs som en risk för patientsäkerheten.

### Verksamheternas styrkeområden



Resultaten kommer nu att följas upp genom chefscaféer som ordnas av det centrala patientsäkerhetsteamet. Vid dessa erbjuds chefer stöd inför skrivandet av handlingsplanen för patientsäkerhetskultur.

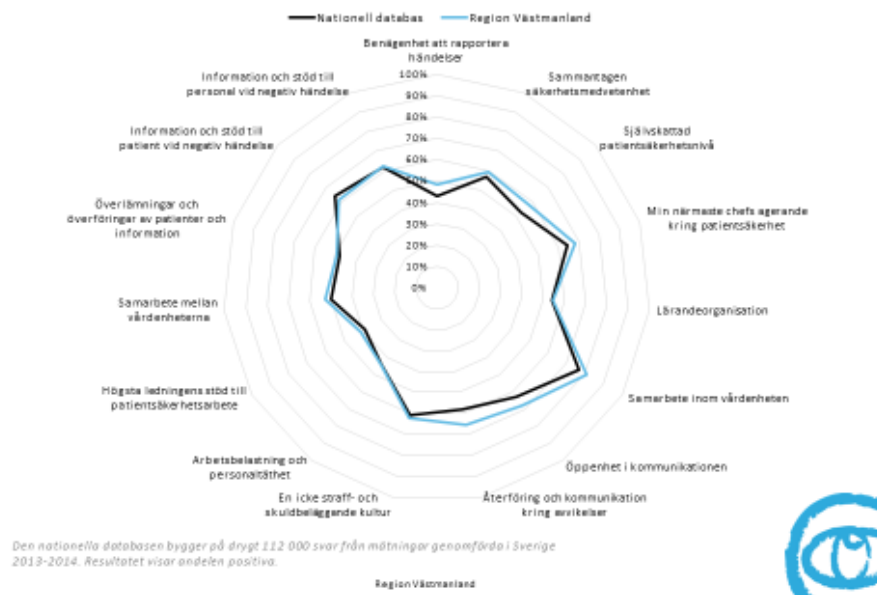
### Identifierade förbättringsområden 2017

1. Högsta ledningens stöd till patientsäkerhetsarbete 41 (39)
2. Arbetsbelastning och personaltäthet 44 (43)
3. Benägenheten att rapportera avvikelser 48 (47)
4. Överföringar och överlämningar av patienter och information 49 (47)
5. Samarbete mellan vårdenheterna 52 (48)

Dessa områden är identiska med de identifierade förbättringsområdena 2014 även om resultatet har förbättrats något inom samtliga områden. (År 2014)

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.

### Resultat jämfört med den nationella databasen



### Bemanning 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.

### Tillgänglighet - Vårdgaranti

Att få tillgång till vård vid behov är en patientsäkerhetsfråga både i akuta situationer som vid kronisk sjukdom. Samtliga verksamheter följs upp enligt nationell vårdgaranti; 0-7-90-90.

### Läkemedelsgenomgång och läkemedelsberättelse

Att följa upp fördjupade läkemedelsgenomgångar samt läkemedelsberättelser är ett viktigt led i arbetet för säker läkemedelsanvändning och informationsöverföring. Vårdvalet följer upp vårdcentralerna per tertial avseende fördjupade läkemedelsgenomgångar och det centrala patientsäkerhetsteamet följer upp klinikerna årligen avseende läkemedelsberättelse.

---

*Genomförd revision visar på att arbetet med att följa upp läkemedelsgenomgångar även inom sjukhusvård kan förbättras.*

### ***Antibiotikaförskrivning***

Antibiotikaförskrivningen följs upp av läkemedelsenheten och vårdvalet samt återrapporteras varje månad till verksamheterna. Förskrivningen av antibiotika i länet, som ökade med 2 procent från 2015 till 2016 har glädjande nog därefter under 2017 minskat med hela 8 procent, tillsammans med Uppsala den största minskningen i riket. Länet ligger nu klart under genomsnittet för riket. Framgångsfaktorer gällande det positiva resultatet har varit återkoppling av resultat efter kvalitetssäkrande journalgenomgång vid några högförskrivande mottagningar och att vårdval följer upp förskrivningsutfallet vid vårdcentralbesöken.

*Inom primärvården ses även under 2017 stora variationer gällande förskrivningen där några få vårdcentraler fortfarande ligger högt och kommer att behöva fortsatt extra uppmärksamhet.*

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.

### ***Förskrivning av läkemedel till äldre***

Västmanland har varit framgångsrika i att minska olämpliga läkemedel till äldre. Läkemedelskommittén följer upp vårdcentralernas förskrivning månatligen och rapporterar till vårdvalet samt till verksamheterna.

### ***Egenkontrollen innefattar även:***

- *Hygienrond eller hygiendialog genom vårdhygiens försorg*

Verksamheterna erbjuds möjlighet till hygienrond eller hygiendialog med dokumenterade åtgärdsplaner vid behov av förbättringar i verksamheten.

- *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. Specialistsjukvården deltar i flertalet kvalitetsregister viktiga för verksamheten. Primärvården kommer att använda PrimärvårdsKvalitet.

- *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*

Arbetet bedrivs i analysgruppen med utsedda områdesansvariga respektive

---

indikatoransvariga. Vid identifierade brister finns svårighet att avsätta erforderliga resurser vilket lyfts i Regionens budgetprocess.

- *Jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat jämfört med tidigare resultat*

Fortlöpande egenkontroll görs inom flera områden regionövergripande, på förvaltnings och på verksamhetsnivå.

- *Målgruppsundersökningar*

Några målgruppsundersökningar har ej genomförts.

- *Granskning av journaler och annan dokumentation*

Förutom vid uppföljning av lex Maria och händelseanalyser, vid markörbaserad journalgranskning genomförs en systematisk journalgranskning vad gäller nya hyrläkares arbete inom primärvården.

- *Analys av patientnämndsärenden*

Identifiering av vårdskada genomförs förutom med systematisk avvikelserapportering och markörbaserad journalgranskning också genom granskning av ärenden från patientnämnden och den externa webben.

- *Inhämtande av synpunkter från revisionsrapporter*

Internrevision både avseende vård för flyktingar samt patientdatalagen har granskats under år 2015 och för 2016 har informationsöverföring<sup>11</sup> samt läkemedel granskats. Internrevisionen avseende patientsäkerhet gav Västmanland mycket gott omdöme.

- *Kvalitetsuppföljning av läkemedelshanteringen 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 läkemedelshandling genomgår en kvalitetsgranskning minst en gång om året. (SOSFS 2012:9).

Kvalitetsgranskningen syftar till att säkerställa en för patienten säker läkemedelshandling. Resultatet av granskningen presenteras i ett skriftligt protokoll inkl. sammanfattning och förslag till åtgärdsplan.

I avtal med nuvarande leverantör av sjukhusapotekstjänster ingår årlig kvalitetsgranskning av läkemedelshandling på regionens alla enheter som

---

<sup>11</sup> LTV161265 Revisionsrapport Granskning av överföring av patientinformation.

---

hanterar läkemedel. Temat för årets kvalitetsgranskning var genomgång av instruktioner för iordningsställande och administrering av läkemedel. Totalt har 96 avdelningar/mottagningar/vårdcentraler kvalitetsgranskats vid Västmanlands sjukhus Köping, Sala och Västerås samt närområden. Samtliga enheter som granskats har fått återkoppling i form av skriftligt protokoll inklusive sammanfattning och i de flesta fall förslag till åtgärdsplan.

Följande problemområden har identifierats:

- Narkotikahandling har identifierats som ett område med stora behov av ytterligare insatser. Här kan en lösning vara införande av läkemedelsautomater för narkotika, vilket fungerat väl på de två avdelningar som sedan något år har läkemedelsautomater.
- Användning av spädningscheman som inte längre är uppdaterade/aktuella förekommer och det är otydligt vem som ansvarar för uppdatering.
- Rutiner för iordningsställande och administrering behöver ses över, framförallt i avseende på brytningsdatum och märkning av ett iordningsställt läkemedel.
- Det råder stor osäkerhet gällande hantering av läkemedelsvagnar och akutbrickor framför allt när det gäller säkerhet, städning och hållbarhetskontroll.

Sammanfattningsvis så känner de allra flesta till de centrala riktlinjer för läkemedelshandling dock finns det enheter där såväl ansvariga som övriga sjuksköterskor inte hunnit ta del av dem.

Vid årets kvalitetsgranskning görs en uppföljning av förra årets protokoll och utförda förbättringar redovisas. Vid året slut sammanställs resultaten för hela regionen i en årsrapport som presenteras för ledningen. Speciellt uppmärksammade förbättringsområden diskuteras sedan på möten för läkemedelsansvariga sjuksköterskor som anordnas två gånger per år av Läkemedelsenheten.

- *Den egna verksamhetens egenkontroll*

Flera verksamheter utvecklar även egenkontrollen i verksamheten där vuxenpsykiatri följer åtgärdskodade vårdplaner och dokumenterade suicidriskbedömningar. Primärvården startade upp i sin egenkontroll 2017 att följa förskrivningen av opioider. Detta kommer att utvecklas 2018 att omfatta alla beroendeframkallande läkemedel och omfatta hela regionen.

---

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

Patientsäkerhetsarbetet bedrivs i Region 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.

Program Patientsäkerhet 2017-2020 är styrande för förvaltningarnas arbete där programansvarig för det författningsstyrda sakområdet patientsäkerhet håller kontakt med förvaltningarnas kontaktpersoner avseende patientsäkerhetsarbetet. Dialogen skall utvecklas för att bredda arbetet under 2018. För Primärvården är Primärvårdsprogrammet med sin indikatorbilaga styrande.

Regionens patientsäkerhetsorganisation både utbildar andra och säkerställer en egen fördjupad kompetens. Två av analysledarna har gått Kvalificerad olycksutredningmetodik 7,5 hp. Tidigare Chefsjuksköterska, två av analysledarna och två av chefläkarna har genomgått utbildning i Patientsäkerhet 15 poäng på KTH eller KI.

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
- Säkrare läkemedelshantering på en operationsavdelning

Hela det centrala patientsäkerhetsteamet deltog på den internationella konferensen ”Quality and Safety” i Göteborg 2016. Nationellt pågår en utbildning för chefläkare för att tydliggöra uppdraget och bilda nätverk. Samtliga chefläkare i Västmanland har gått utbildningen och deltar i nätverket.

- ***Patientsäkerhetsöverenskommelsen***

Den ersättning som måluppfyllelse av tidigare överenskommelsens grundläggande krav och indikatorer inneburit har återinvesterats i kommande års patientsäkerhetsarbete genom ett missiv i dåvarande Landstingsstyrelsen. Eftersom överenskommelsen avslutades 2014 har det centrala patientsäkerhetsteamet säkerställt en egen budget för patientsäkerhetsarbetet från och med 2015 för fortsatt arbete enligt patientsäkerhetsöverenskommelsens intentioner.

---

<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.



---

- ***Nationellt Ramverk för Patientsäkerhet***

Nationellt Ramverk för Patientsäkerhet från SKL visar på tre viktiga perspektiv för en säker vård som Region Västmanland tar fasta på. Dessa är att hälso- och sjukvården är patientfokuserad, kunskapsbaserad och organiserad för att skapa förutsättningar för en säker vård. Dessa tre perspektiv går hand i hand och ger tillsammans förutsättningar för en hög patientsäkerhet.

Utifrån ansatsen finns olika aktiviteter uppräknade på nästa sida men det innebär inte att de inte har haft alla perspektiven som ledstjärna.



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

- ***Särskilda och fortsatta satsningar i Region Västmanland 2017***

*Patientfokuserad (Se även sidan 69)*

- Medborgardialog
- Synergi externt på webben
- 1177 Vårdguidens e-tjänster
- E-tjänsten Journalen
- Egen vårdbegäran
- Standardiserade vårdförlopp
  
- SBAR-utbildningar
- Patientsäkerhetens dag
- RESIMA<sup>14</sup>-utbildning
- Lokala utvecklingsprojekt inom socialstyrelsens identifierade riskområden

---

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

---

### *Kunskapsbaserad*

- Strukturerad journalgranskning
- (Infektionsverktyget)
- Utökning av resurser för Synergi
- Utbildningssatsningar inom patientsäkerhet
- Kompetenshöjande åtgärder och nätverksbyggande för avvikellesamordnare
- Integrerat patientsäkerhetsarbete i Riskrådet

### *Organiserad*

- Program Patientsäkerhet
- Cosmic – en gemensam journal
- Projekt suicidprevention
- Samordnad individuell plan
- Nätverk för patientsäkerhetsarbete
- Chefsutvecklingsprogram
- Införandet av Gröna Korset
- Diagnostiskt centrum
- Synergi för andra vårdgivare
- Sårcentrum

### **Medborgardialog**

Region Västmanland genomförde en invånardialog 2016 kring framtidens hälso- och sjukvård med utblick mot 2025. Över 1000 västmanlänningar har hittills tyckt till och gett sin syn på vad som är det viktigaste att fokusera på i framtiden.

### **Synergi externt på webben**

Flera ärenden kommer in varje vecka och bevakas av chefläkarna. Både förbättringsförslag och allvarliga händelser fångas upp. Genom den nya föreskriften för klagomålshantering som träder ikraft 2018 har verksamheterna förbättrats sig på att ta emot flera ärenden direkt i Synergi från patienter/medborgare.

### **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 2017/2018 var 49% av Västmanlands invånare anslutna till tjänsten vilket är en ytterligare ökning med 9% mot föregående år. Tjänsten utvecklas med webb-tidbok och nationell plattform för stöd och behandling.

---

### **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 Regionstyrelsen. 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. Under år 2016 har Journalen kompletterats med röntgenremisser, under 2017 med provsvar och i tur för 2018 står andra remisser.

### **Egen vårdbegäran**

Sedan den 1/10 2015 kan patienten skriva sin egen remiss till specialistsjukvården utanför vårdcentralen. Remissen bedöms som andra remisser men patienten hänvisas alltid till rätt vårdnivå. Journalmallar för säker vård har utformats.

### **Standardiserade vårdförlopp – varje dag räknas**

Införandet av de nationella standardiserade vårdförloppen kommer att ha stor betydelse för patientsäkerheten inom cancersjukvården och visar redan på kortare ledtider. I Västmanland startade de fem första 1/10 2015 och efterföljande tretton under år 2016. 2017 infördes ytterligare 10 vårdförlopp. Samtliga aktörer i vårdkedjan har engagerats samt att patientföreträdare deltagit i hela processen vid införandet.

Målet med SVF är att korta ledtider och skapa en jämlik och säker vård. Införandeplanen styrs genom en överenskommelse mellan Sveriges kommuner och landsting (SKL).

### **Diagnostiskt centrum**

Diagnostiskt centrum tillhandahåller en tidig, patientsäker och effektiv utredning för patienter med välgrundad misstanke för de standardiserade vårdförloppen cancer utan känd primärtumör, allvarliga ospecifika symtom som kan bero på cancer och maligna lymfom. Diagnostiskt centrum startade i augusti 2016 på medicinkliniken, Västmanlands sjukhus Västerås och pågår i projektform till och med 2018. Till verksamheten är flera olika specialiteter knutna.

### **Integrerat patientsäkerhetsarbete i riskrådet**

Från centrala patientsäkerhetsteamets sida har avvikelser av övergripande slag med bäring på säkerhet lyfts såsom problem med telefonväxeln och sökningar, brister i uppkoppling på trådlöst nätverk som rapporterats samt flera avvikelser rörande patienttransporter. Teamet har genom sin representant medverkat i uppstart av riskanalys av kontinuitetshandling som bl.a. omfattar telefoni och sökningar.

### **Cosmic – en gemensam journal**

Att den vårdpersonal som vårdar patienten har tillgång till adekvat information

---

är viktigt för patientsäkerheten. Idag har alla vårdgivare gemensam journal och utredning pågår hur även den kommunala hälso- och sjukvården skall få tillgång till viktig information då de har svårigheter att nyttja NPÖ.

Som även beskrivs i kapitlet om IT-säkerhet har Region Västmanland fattat beslut om att från den 1/3 2018 ta bort de egentillverkade sekretessgränserna i Cosmic som ej lever upp till patientdatalagen.

#### *Uppgradering till Cosmic R8.1*

Region Västmanland uppgraderade den elektroniska journalen COSMIC till en ny version i april 2017, COSMIC R8.1. I denna version levererades en helt ny läkemedelsmodul, nya översikter, ny uppmärksamhetssignal och ett nytt gränssnitt. Helt nya översikter är den s k Patientöversikten som hämtar information från flera delar av COSMIC och ger en samlad aktuell bild över patientens tillstånd inklusive en vätskebalanslista.

I COSMIC R8.1 möjliggjordes att hantera vaccinationer i systemet. Likaså förbättrades infusionshanteringen och regionen beslutade att båda delarna skulle hanteras i COSMIC.

I och med införandet av COSMIC R8.1 skulle registreringen av MEWS ske i Patientöversikten, synlig för alla. Det visade sig att akutmottagningen inte gjorde registreringen där. När funktionaliteten förbättrades så att registreringen skulle kunna göras i akutliggaren och ändå synas för alla i Patient-översikten infördes detta arbetssätt senare under hösten.

Den nya versionen av COSMIC har haft brister, dels med vissa felaktigheter, dels med brister i prestanda vilket orsakat seghet och s k klientkrascher som medför att användaren blir utkastad och får logga in igen i systemet vilket är frustrerande. Problematiken kvarstår delvis, och kraven gentemot leverantören har intensifierats.

#### **Projekt Suicidprevention**

Största delen av patientolycksfall med dödlig utgång utgörs av suicid även om tyvärr inte alla är undvikbara. Under 2015 har ett omfattande projektarbete genomförts för att ta fram en Landstingsövergripande handlingsplan för Suicidprevention. Arbetet beskrivs i ett kunskapsunderlag dokumenterat i ledningssystemet. Handlingsplanen omfattar nio målområden som har börjat implementeras under 2016. Arbetet har fortsatt 2017.

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

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

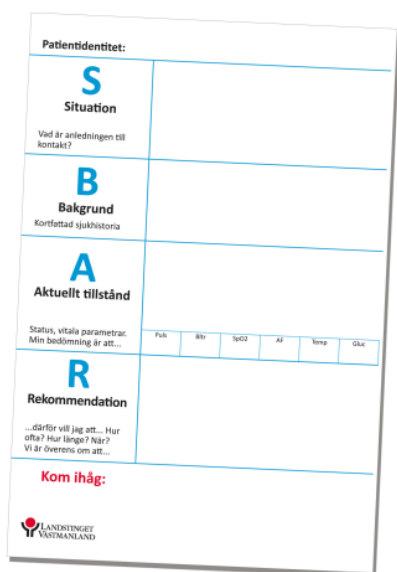
Ett allvarligt riskområde finns i vårdens övergångar där Landstinget Västmanland under 2015-2016 säkerställt både utbildning och tillgång till IT-stöd av SIP för personal både inom landsting som kommuner. Över 2000 personer har

utbildats samt att strukturer för samverkan har etablerats.


Trots detta minskar antalet patienter med SIP förutom inom HAB som ökat.

### **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. Metoden är etablerad i hela regionen.



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

Patientidentitet:	
<b>S</b> Situation Vad är anledningen till kontakt?	
<b>B</b> Bakgrund Kortfattad sjukhistoria	
<b>A</b> Aktuellt tillstånd Status, vitala parametrar. Min bedömning är att...	Puls   Blir   SpO <sub>2</sub> 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>	
	

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

Utbildningen ges främst arbetsplatsförlagd men är också integrerad i andra utbildningar på Lärcentrum såsom i utbildningar i bemötande.

SBAR används också i HLR utövande/undervisning samt ALERT utbildning, (akut omhändertagande) men också i andra utbildningar där strukturerad kommunikation och informationsöverföring sker.

### **RESIMA**

RESIMA, tidigare TERMA-utbildning inom psykiatrin behöver spridas inom hela Regionen. Stort behov finns uttalat och behöver projekteras.

### **Nätverk för Patientsäkerhetsarbete**

Genom nätverk med samtliga kommuners MAS kan patientsäkerhetsarbetet organiseras över huvudmannagräns.

### **Integrationsstrateg**

Samflykt<sup>15</sup> är avvecklat men Region Västmanland har tillsatt en Integrationsstrateg som skall samordna vården för Asylsökande, gömda och papperslösa så att omhändertagande är tillgängligt och säkert.

Asylsökande och tillståndslösa är en mycket utsatt grupp som Region Västmanland värnar särskilt. Målgruppen omfattas av all hälso- och sjukvård i lik-

<sup>15</sup> Samflykt startade som ett stabsläge under flyktingströmmen 2015 och övergick i en arbetsgrupp 2016.

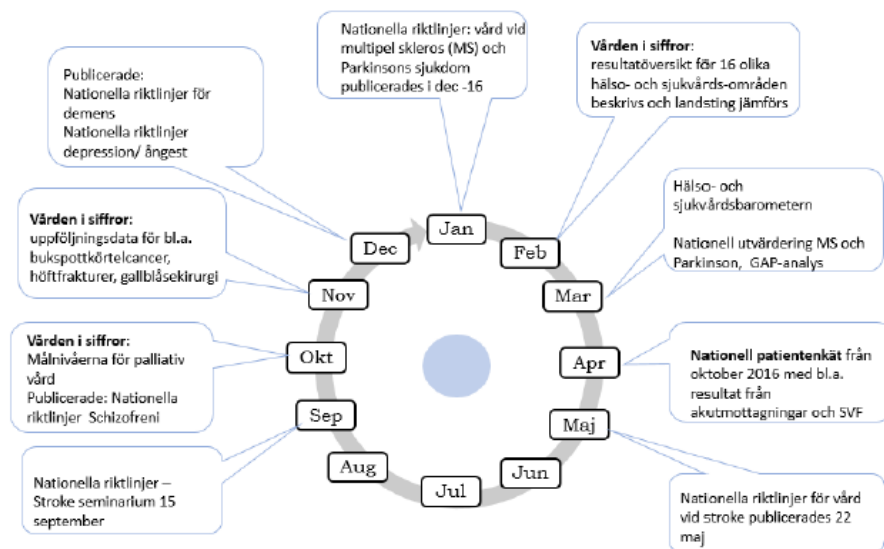
het med västmanlänningar sedan 1/1 2013. Arbetet bedrivs i nära relation till det länsövergripande<sup>16</sup> inom ramen för länsstyrelsens uppdrag.

### Sårcentrum

I november startade sårcentrum upp i kärnkirurgiska klinikens regi. Enheten skall sammanföra kompetens från berörda kliniker inom området samt även involvera primärvården. Patienten skall få ett förbättrat omhändertagande och ”en väg in”.

## KUNSKAPSSTYRNING

Region Västmanland har sedan flera år haft kunskapsstyrning som ett viktigt utvecklingsområde med förbättring av strukturer för att ge stöd till kunskapsstyrningen. *Nationella riktlinjer* utgör en viktig bas för jämlik vård och därmed en viktig hörnsten inom kunskapsstyrning. Arbetet med remiss-hantering, implementering och utvärdering av Socialstyrelsens nationella riktlinjer fortgår. Nu omfattas ca 70 % av alla sjukdomar av nationella riktlinjer. Det är de s.k. folksjukdomarna – kroniska sjukdomar såsom hjärtkärlsjukdomar, diabetes, astma/kol och psykiska sjukdomar m.fl.



Årshjul för Västmanlands Sjukhus  
bevakning av kvalitetsrapporter och riktlinjer under 2017

Västmanlands sjukhus upprättar ett eget kunskapsbokslut.

Regionstyrelsen tog den 31/10 beslut att ställa sig bakom SKLs förslag på sammanhållet system för kunskapsstyrning.

<sup>16</sup>Regional överenskommelse om samarbete kring nyanländas etablering och mottagande av ensamkommande barn i Västmanlands Län 2016 - 2020. Länsstyrelsens rapportserie 2015:12.

*Nationellt Kliniskt Kunskapsstöd, NKK* för Primärvården har startat upp i en projektorganisation och kommer att implementeras under år 2018.

### ***Patientsäkerhetsarbete enligt Regionplanens mål och strategier***

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

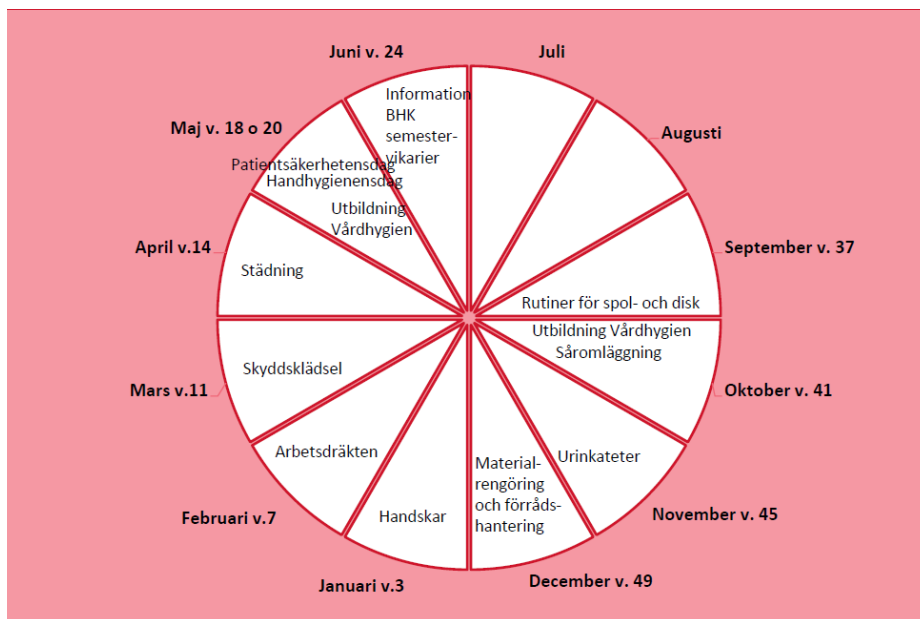
#### *Nytt VRE-utbrott kunde snabbt stoppas*

Under november och december 2017 förekom ett nytt utbrott av VRE på Västmanlands sjukhus Västerås. Utbrottet visar tydligt vikten av en hög beredskap för smittspridning av MRB inom sjukvården. Den regionövergripande åtgärdsplanen med tillhörande kommunikationsplan vid smittutbrott sattes då åter på prov i skarpt läge.

Den operativa arbetsgruppen med bred representation och ett tydligt beslutsmandat fick snabbt stopp på utbrott, som endast varade i knappt två månader. En omfattande översyn av hygienrutiner, lokaler, inventarier samt följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler har skett i berörd verksamhet. Vårdhygien har identifierat riskfaktorer för smittspridning och tillsammans med verksamheten planerat och genomfört åtgärder mot dessa.

#### ***Hygiensatsningen 2017***

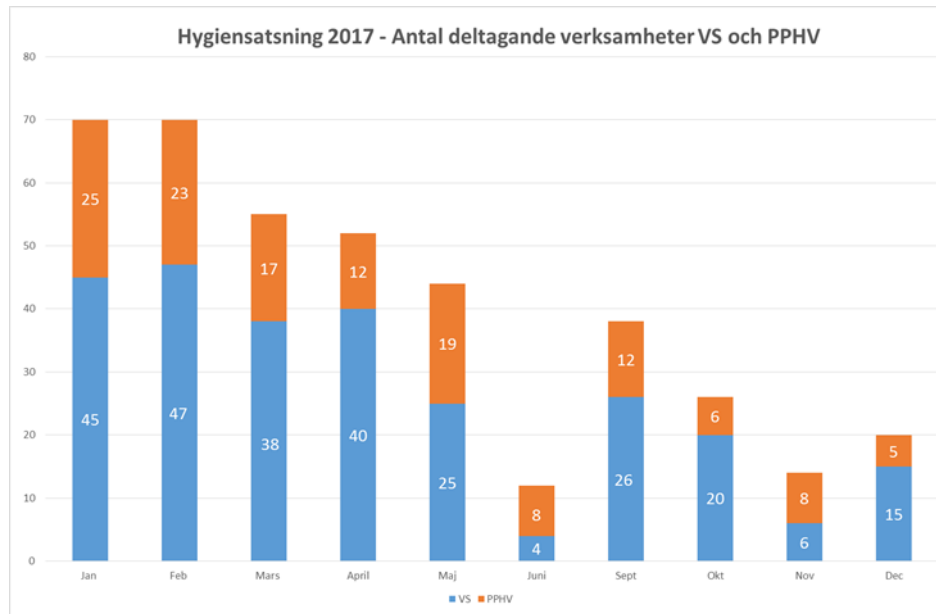
Med anledning av erfarenheterna från VRE-utbrottet 2016 har Hygiensatsning 2017 genomförts där det varje månad inom hälso- och sjukvården fokuserats på ett specifikt vårdhygieniskt tema.



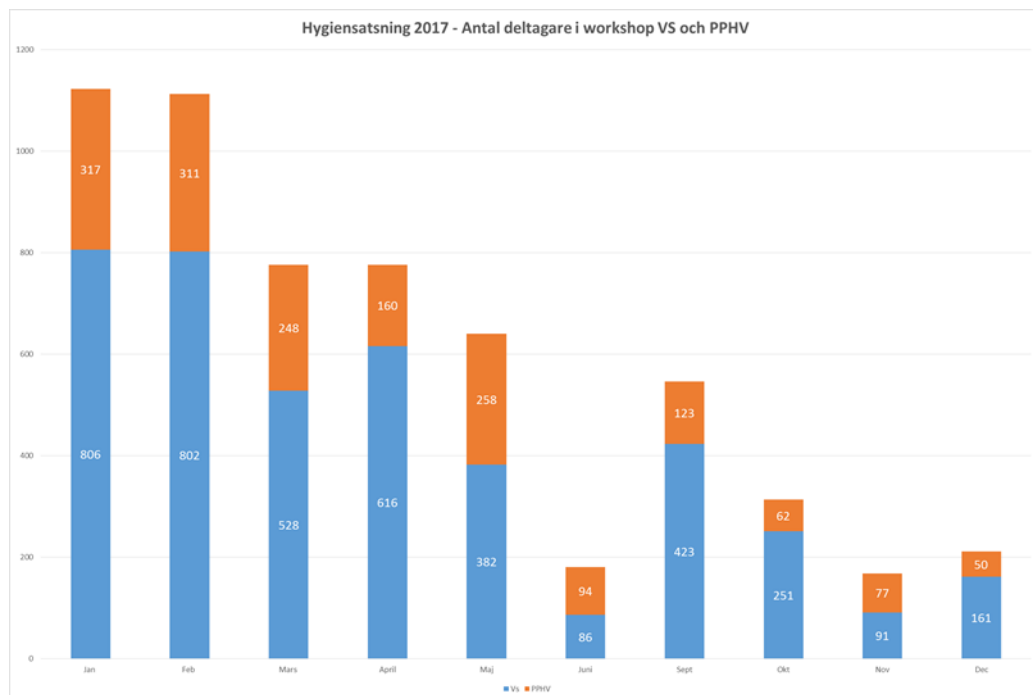
*Figur 1. Hygiensatsning 2017 – De olika vårdhygieniska fokusområdena under året.*

En sammanställning av antal deltagande verksamheter och antal deltagare i workshoparna visar att deltagandet sjönk påtagligt under perioden maj-

december. En del aktiviteter under hösten var dock inte lika aktuella för alla verksamheter.



Figur 2. Hygiensatsning 2017 – Antal deltagande verksamheter inom Västmanlands sjukhus (VS) respektive Primärvård, psykiatri och habiliteringsverksamhet (PPHV).



Figur 3. Hygiensatsning 2017 – Antal deltagare i workshop från verksamheter inom Västmanlands sjukhus (VS) respektive Primärvård, psykiatri och habiliteringsverksamhet (PPHV).



---

Filmmaterial från hygiensatsningen kommer att sammanställas till ett utbildningsmaterial.

### ***Hygienronder och vårdhygiendialoger***

Hygienronder och/eller vårdhygiendialoger har genomförts i vissa verksamheter under 2017. Arbetet fortskrider under 2018.

### ***Handhygienens dag***

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

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

Genom riskbedömning enligt modifierad Nortonskala uppmärksammas och minimeras risken för trycksår. En handlingsplan är framtagen för hela regionen och utbildningar hålls för personalen.

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

Region Västmanland har som mål att *inga trycksår ska uppkomma eller förvärras under vårdtiden*. En övergripande handlingsplan togs fram under 2014 med mål och aktiviteter på mikro, meso och makronivå<sup>17</sup>. Handlingsplanen har reviderats regelbundet.

Analys visar att Region Västmanland har hög frekvens av trycksår jämfört i nationella mätningar. Flera åtgärder har vidtagits för att minska frekvensen av trycksår. Vidare granskas även varje avvikelserapporterat trycksår med ställningstagande för lex Maria-anmälan för att betona det allvarliga i skadan. Medicinklinikens lokala patientsäkerhetsteam har under 2017 startat upp en händelseanalys med anledning av en synergi rörande trycksår inom den egna verksamheten. Händelseanalysen sker med metodstöd från det centrala patientsäkerhetsteamet.

En övergripande trycksårsgrupp bildades 2013 under ledning av hälso- och sjukvårdsdirektören, denna lades dock ner under 2017 för att istället ersättas av en mer verksamhetsnära grupp med tydligare representation från sjukvårdsförvaltningen.

*Under 2018 kommer en operativ trycksårsgrupp sammankallas av chefsjuksköterskan tillsammans med utvecklare från VS stab. Gruppen ska initiera och genomföra flertalet aktiviteter med syfte att öka genomslaget av den trycksårsförebyggande handlingsplanen.*

### ***Förflyttningsinstruktörer***

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.

---

<sup>17</sup> Med mikro, meso och makronivå menas olika nivåer i hälso- och sjukvårdssystemet.

---

En utvecklingsledare (fysioterapeut) projektanställdes i patientsäkerhetsteamet 2014 och har under 2017 fortsatt arbetet med utbildningar, ordnat nätverks-träffar för trycksår- och förflyttningsombud samt fungerat som coach ute på enheterna och stimulerat till förbättringsarbete. Tjänsten är nu permanentad inom Lärcentrum för att trygga fortsatt arbete och utbildningar.

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

#### ❖ *Antalet utskrivna antibiotikarecept skall minska för varje år*

Stora informationsinsatser har genomförts från Läkemedelskommittén 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.

Under 2017 har förskrivningen av antibiotika i länet minskat med hela 8 procent. Länet ligger nu klart under genomsnittet för riket. Framgångsfaktorer gällande det positiva resultatet har varit återkoppling av resultat efter kvalitets säkrande journalgenomgångar vid några högförskrivande mottagningar och att vårdvalet följer upp förskrivningsutfallet<sup>18</sup> vid vårdcentralbesöken. Flera vårdcentraler har kunnat minska sin förskrivning genom metodiskt förbättringsarbete.

#### ❖ *Antalet Fördjupade Läkemedelsgenomgångar ska öka*

Regionövergripande instruktion för läkemedelsgenomgång, både enkel som fördjupad har arbetats fram under året. Beslutstöd finns tillgängligt integrerat till elektronisk journal Cosmic i form av blankett eller MiniQ, ett IT-baserat verktyg för säker läkemedelsanvändning hos äldre i öppenvård.

Revisioner under året har visat på förbättringsmöjligheter bl.a genom att följa instruktioner för dokumentation samt för sjukhusvården att KVÅ-koda för att uppföljning av resultat ska vara möjligt. Geriatriken har kommit långt genom ett metodiskt arbete där idag >70% av patienterna inom Geriatrik o Medicinsk rehab får en fördjupad läkemedelsgenomgång vilket alltså är (och ska vara) en del av deras arbetssätt.

Klinisk farmaci syftar till att optimera patientens läkemedelsanvändning där den multiprofessionella läkemedelsgenomgången, tillsammans med patientintervjun, utgör en central del. Under år 2014 - 2015 har klinisk farmaci pilot-testats på kirurgkliniken med mycket god effekt så att projektet permanentats. Läkemedelsenheten har rekryterat ytterligare kliniska apotekare och bemannar delar av Medicinkliniken, Västmanlands sjukhus Västerås. Även för primärvården finns nu 2017 klinisk farmaci vid fem vårdcentraler på försök från lä-

---

<sup>18</sup> Mål för antibiotikaförskrivningen för primärvården är under 200 recept per 1000 listade. Variationen mellan vårdcentralerna är 142-242 recept per 1000 listade.

---

kemedelsenheten i samarbete med vårdvalet. Projektet skall utvärderas för att om möjligt bredd-införas i hela primärvården.

❖ *Andelen läkemedelsberättelser vid utskrivning från sjukhus ska öka*

Läkemedelsberättelsen lämnas till patienten vid utskrivningen från slutenvården och har på så sätt medfört ett stort framsteg i ökad patientdelaktighet i läkemedelsbehandlingen. Läkemedelsberättelsen skickas även till familjeläkaren och kommunsköterskan för att säkra informationsöverföringen i vårdens övergångar.

En regionövergripande instruktion avseende läkemedelsberättelse finns fastställd i ledningssystemet. Efterlevandet följs även upp på kliniknivå månadsvis.

❖ *Läkemedelsanvändningen ska vara säker*

Viktiga steg i säker läkemedelsanvändning har tagits i och med att elektronisk journal Cosmic är införd i hela regionen inklusive primärvården. Läkemedelsmallar har tagits fram. Ytterligare steg har tagits genom versionsbyte i Cosmic till R8.1. Förhoppningar sätts också till införande av Nationell ordinationsdatabas – NOD.

Läkemedelsenheten har tillsammans med Västmanlands sjukhus startat ett projekt, ”Farmaceut i Vården”. Projektet syftar till att identifiera arbetsmoment där farmaceuterna kan bidra med sin expertkunskap för en optimerad läkemedelsprocess och därmed ökad patientsäkerhet.

Att driva delar av sjukhusapoteket i egen regi är en viktig del i patientsäkerhetsarbetet. Cytostatika-tillverkning, vätskevagnshantering och läkemedelservice är exempel på de tjänster som sjukhusapotekets farmaceuter utför idag och målsättningen med drift i egen regi är att i samverkan med sjukvården utveckla de farmaceutiska tjänsterna med fokus på patientsäkerhet.

Under senare delen av året initierades även en utredning som skall belysa möjligheterna att återuppta tillverkning av sterila läkemedel vid sjukhusapoteket. En vinst med detta skulle vara att kunna erbjuda kortare ledtider och samtidigt öka möjligheterna till individuell anpassning för denna typ av läkemedel.

Tjänsten maskinellt dosförpackade läkemedel har upphandlats för att kunna erbjudas de avdelningar som vill nyttja tjänsten. Tjänsten innebär att läkemedlen till inlaggande patienter beställs från ett dosapotek och levereras i dospåsar per doseringstillfälle för 1 dygn i taget.

***Iatrogen beroende – av vården förorsakat läkemedelsberoende***

Ett viktigt arbete för säker läkemedelsanvändning har bedrivits under året i en processöversyn i samverkan och beskrivs närmare under nya arbetssätt.

- 
- ❖ *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.

#### ***Samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård***

Den 1 januari 2018 träder lagen om Samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (2017:106) ikraft. Lagen syftar till att patienter som inte längre har behov av den slutna vårdens resurser så snart som möjligt ska kunna lämna den på ett tryggt och säkert sätt.

Under 2017 har ett stort förberedande arbete genomförts. Bland annat har en överenskommelse om betalningsansvar och villkor för detta tecknats mellan länets kommuner och regionen. En arbetsgrupp med representanter för regionen och kommunerna har utarbetat gemensamma riktlinjer utifrån lagen som varje part ska omsätta till rutiner i verksamheterna. I regionen har bland annat nya rutiner för läkemedel, läkaransvar och hjälpmedel vid vårdens övergångar tagits fram.

Det pågår ett projekt att ta fram ett nytt IT-stöd (Cosmic Link) som stöder den nya lagen. Det nya IT-stödet kommer att bli det kommunikationsverktyg som båda huvudmännen använder för informationsöverföring.

Under 2018 kommer förankringsarbetet och framtagande av rutiner och arbets-sätt att fortsätta parallellt med att parterna arbetar efter lagens intentioner så långt det är möjligt med tanke på att det befintliga it-stödet Prator inte stödjer den nya processen. Under hösten 2018 planeras en utbildningsinsats och under senare delen av hösten är planen att länet kan börja jobba enligt lagen fullt ut.

#### ***Nya arbetssätt av betydelse för patientsäkerheten 2017***

##### ***Hygienåret***

Specifika satsningar har pågått månatligen under hygienåret 2017 med filmer, utskick som en del i ett arbete att stimulera och stötta verksamheterna i att arbeta strukturerat med olika hygienområden på arbetsplatsträffar under året. Deltagande i hygiensatsningen har varit gott och en tendens till förbättring av BHK sågs under året. Habiliteringen blev årets hygienföredöme 2017, utifrån deras aktiva arbete med att förbättra hygienrutinerna.

##### ***Suicidprevention***

Vuxenpsykiatrien har tagit fram kompetenskort självmordsprevention kopplat till deras lokala vårdprogram självmordsnära patienter-vård och uppföljning. Arbetssättet skall implementeras inom hela PPHV-förvaltningen under 2018. Vuxenpsykiatrien deltar i pilotprojekt "Säker Suicid-Prevention" som finansieras via LÖF i samarbete med ett antal professionella yrkesorganisationer.

Utökade vårdplatser vuxenpsykiatrien med självinläggningsplatser kommer att införas under 2018.

---

Regionövergripande har en metod för breddutbildning i Suicidprevention för all personal utarbetats som bygger på en webb-utbildning i PSYK-E-BAS. Verksamhetschef och nyckelperson från varje enhet deltar i en upptaktsutbildning och genomför sedan på den egna arbetsplatsen en utbildningsinsatsning med all sin personal. Konceptet genomförs 2017-2018 och ska utvärderas för att sedan upprepas vart tredje år.

#### ***Förstärkt kompetens – att identifiera gemensamma utvecklingsbehov***

Ett utvecklingsarbete som Lärcentrum bedrivit under året tillsammans med representanter från VS och Primärvården och några kommuner i länet syftar till att hitta en modell för att i samverkan identifiera gemensamma kompetensutvecklingsbehov för medarbetare inom vård och omsorg. Utvecklingsarbetet har utmynnat i en modell som ska testas.

#### ***Morbidity and Mortality (M&M) - konceptet***

Sedan flera år använder sig Kirurgkliniken av det så kallade Morbidity and Mortality (M&M) -konceptet för att lära sig av komplicerade fall i vården. Tre till fyra patientfall diskuteras vid särskilda läkarmöten en gång per månad. Dessa möten präglas av öppenhet och förutsättningslös diskussion kring undvikbarhet, kvalitet och utveckling. Som exempel kan nämnas att icke förväntade dödsfall inom kliniken granskas och diskuteras gällande handläggning, kvalitet och möjlighet att vidta riskreducerande åtgärder.

#### ***Vidtagna åtgärder utifrån nya föreskrifter från SoS och IVO***

Den första september trädde två nya föreskrifter i kraft, en från Socialstyrelsen om vårdgivarens systematiska patientsäkerhetsarbete och en kompletterande föreskrift från IVO om anmälan enligt lex Maria. Föreskrifterna reglerar bl a hur vårdgivaren ska utreda händelser som har medfört eller hade kunnat medföra vårdskada. Föreskrifterna ersätter den tidigare föreskriften om anmälan enligt lex Maria och harmoniserar nu med innehållet i Patientsäkerhetslagen. Det centrala patientsäkerhetsteamet har med anledning av de nya föreskrifterna reviderat tidigare lex Mariainstruktion, tagit fram en ny instruktion om hur vårdskadeutredning ska dokumenteras i avvikelssystemet Synergi samt påbörjat en informations- och utbildningsinsatsning till vårdverksamheterna gällande utredning av vårdskador.

#### ***Klinisk farmaci***

Läkemedelsrelaterade problem (LRP) är vanliga i vården och felaktigheter i läkemedelsbehandlingen, såsom över/underdosering och förskrivning av olämpliga läkemedel, kan i många fall vara en orsak till läkemedelsorsakad sjuklighet, fallskador och sjukhusinläggning. Särskilt utsatta är äldre, multisjuka patienter med en komplex och omfattande läkemedelsanvändning.

Brister i kommunikation mellan olika vårdnivåer avseende läkemedelsanvändning är välkänt och kan utgöra risker när patienten flyttar mellan olika vårdformer/vårdnivåer. För en säker vård krävs därför att läkemedelslistan är korrekt och komplett, och att läkemedelsbehandlingen är anpassad för den äldre patienten.

Syftet med klinisk farmaceutisk kompetens på vårdavdelning är att bidra till ökad kvalitet och säkerhet för patienterna genom en optimerad läkemedelsanvändning. Tanken med klinisk farmaci är ett konsultativt, systematiskt och etiskt arbete med läkemedelsfrågor i vårdteamet och med patienten med

inriktning på att identifiera, lösa och förebygga LRP. Klinisk farmaci innebär att arbeta kliniskt med patienter och i konsultation med främst läkare, till skillnad från avdelningsfarmaceut som kan arbeta med t.ex. läkemedelsförsörjning och olika typer av iordningsställande, främst i samarbete med sjuksköterska.

I patientsäkerhetsprojektet på två kirurgiska akutavdelningar 2015-16, utfördes läkemedelsgenomgångar hos 192 äldre patienter med i snitt 10,2 läkemedel/patient. Resultaten visade att mer än hälften av patienterna (57%) hade minst ett överföringsfel och följaktligen en inkorrekt läkemedelslista vid inskrivning. Totalt hade varje patient i genomsnitt 5,3 LRP, vilket visar vikten av strukturerade läkemedelsgenomgångar för att optimera äldres läkemedelsbehandling. Av alla LRP blev 42% prioriterade att framföras till läkare/sjuksköterska för åtgärd. Det faktum att 85% av framförda LRP blev åtgärdade direkt eller remitterade vidare, samt att de flesta läkarna ansåg samarbetet givande och önskade en förlängning, understryker att en förbättring för patienten kan uppnås genom samverkan i team. För att arbeta resurseffektivt är det viktigt att fokusera på patientgrupper med särskild risk, samt på de viktigaste och mest förekommande LRP och läkemedelsgrupperna.

Patientsäkerhetsprojektet har nu övergått till en permanent lösning på kirurgkliniken. Diskussioner inleddes med Medicinkliniken och under våren 2017 kom klinisk farmaci att introduceras och utvärderas inom ramen för en randomiserad multicenterstudie. Under 2017 startade även klinisk farmaci upp i primärvården främst för äldreboenden.

### *Iatrogen beroende*

En förvaltningsövergripande processöversyn startade upp under år 2017 kring iatrogen – av vården förorsakat läkemedelsberoende som kommer att få stor betydelse för patientsäkerheten.

**Att tänka på kring beroendeframkallande läkemedel**

**Vid förskrivning:**

- Överväg annan behandling
- Gör riskbedömning, läkemedelsplan och uppföljning i Cosmic, se sökord Beroendeframkallande läkemedel
- Kontrollera läkemedelsförteckning i NPÖ eller Pascal (samtycke)
- Informera patient om riskerna med läkemedlet, dela ut patientinformation och patientkontrakt, se Cosmic
- Förskriv minsta förpackning, kort tid

**Vid misstanke om substansbrukssyndrom/läkemedelsberoende:**

- Gör riskbedömning i Cosmic, se sökord Beroendeframkallande läkemedel
- Diagnostisera enligt baksidan av denna lathund
- Informera patienten och lämna patientinformation, se Cosmic/1177

**Riskbedömning:**

<p><b>LÅG RISK</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alder &gt; 45 år</li> <li>- Ingen anamnes eller hereditet för beroendesjukdom</li> <li>- Ingen psykiatrisk samjuklighet</li> <li>- Stabil social situation</li> <li>- Specifik orsak till smärttillstånd</li> <li>- Välmotiverad och villig till deltagande i aktiv rehabilitering</li> </ul> <p><b>MEDEL RISK</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alder &lt; 45 år</li> <li>- Tidigare depression eller ångestsjukdom</li> <li>- Hereditet för beroendesjukdom</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidigare beroendesjukdom</li> <li>- Spridd smärtbild i tre kroppsregioner</li> <li>- Svårigheter med coping och acceptans</li> </ul> <p><b>HÖG RISK</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Äldre tonåringar och unga vuxna</li> <li>- Pågående psykiatrisk sjukdom</li> <li>- Pågående beroendesjukdom</li> <li>- Neuropsykiatriskt tillstånd framförallt om obehandlat</li> <li>- Instabil emotionell eller antisocial personlighetsstörning</li> <li>- Utsatt psykosocial situation</li> <li>- Smärta i alla fyra kroppsregioner</li> <li>- Mycket hög smärtskattning</li> <li>- Bristande motivation till rehabilitering</li> <li>- Stor brist på coping och acceptans</li> </ul>
---	---

För mer information se "Förskrivning, uppföljning och utsättning av beroendeframkallande läkemedel" dok nr 40883 i Region Västmanlands ledningssystem.

*Syftet är att minska risken för att patienter ska utveckla ett vårdorsakat läkemedelsberoende samt att förbättra omhändertagandet vid ett utvecklat sådant.*

Flera åtgärder har vidtagits inom ramen för processöversynen såsom att informationsläkare kommer att stödja verksamheterna i dessa frågor samt att verktyg utvecklats för diagnos av substansbrukssyndrom, riskbedömning och varningsmarkering i elektronisk journal Cosmic.

### *Jourcentralen flyttades till sjukhuset*

För att minska belastningen på akutmottagningen och förbättra ledtiderna för de svårast sjuka flyttades primärvårdens jourmottagning i Västerås in på sjuk-

---

huset i april 2016. Samtliga patienter sorteras av erfarna sjuksköterskor till jourmottagningen eller till akutmottagningen där triagering sker. Verksamheten har utvärderats under år 2017.

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

Under hösten 2015, utifrån gjord riskanalys, påbörjades arbete utifrån åtgärdsplan 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 2017, på de återkommande workshop runt PS-frågor som hålls med Västmanlands sjukhus ledning, togs just upp överbeläggings/utlokaliseringsproblematiken och var även en fråga på patientsäkerhetsdialogen.

### ***Forum för etiska reflektioner inom psykiatri***

Utifrån avvikelser i Synergi som kategoriserades under rubrikerna bristande kommunikation, bristande samverkan och brister i planeringen av patientens vård utarbetade Vuxenpsykiatrien våren 2017 ett förbättringsförslag med fokus på vårdens interna övergångar.

Förslag att tillskapa forum för etiska reflektioner samt att väva in etiken i alla sammanhang lyfts fram. Många rent konkreta förslag framkommer om hur förbättra information till patienter och anhöriga samt hur få en bättre samverkan mellan den öppna och slutna vården. Ronder ska kunna vara gemensamma, användande av videokonferenser, kollegiala dialoger mm. Fokus i arbetet inom Vuxenpsykiatrien ska vara: vad är bäst för den här patienten? Vad är patientens behov gällande samverkan?

### ***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 patientsäkerhetsteamet att medverka i introduktionsutbildningen för ny personal.

Det centrala patientsäkerhetsteamet ger dessutom en återkommande 2-dagars utbildning för chefer, både nya chefer och de som sedan en tid är aktiva i chefsrollen. Introduktionsutbildningen för nytexaminerade 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.

❖ *ATT SYNLIGGÖRA GODA EXEMPEL ÄR VIKTIGT*

***Patientsäkerhetsdagen***

Under en dag i Västerås inbjöds alla medarbetare och medborgare att ta del av det stora arbetet för en säkrare vård, som vi bedriver i Region Västmanland. Syftet med dagen är att visa hur vi arbetar med att förebygga risker och misstag, som kan leda till vårdskador. Dagarna omfattade föreläsningar med fokus på årets tema vårdhygien 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.

***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. Dessa utvecklingsarbeten visar verksamheterna upp som goda exempel på patientsäkerhetens dag.

Under 2017 har stimulansmedel till 6 verksamheter beviljats:

- Vuxenpsykiatri - kompetenskort för suicidprevention
- Kirurgavdelning 7 - coachfunktion för sjuksköterskor i den kliniska vården.
- Vuxenpsykiatri - trygga övergångar i vården
- Operationskliniken - trycksårsombud
- Ätstörningsenheten - kartläggning av kunskapsunderlag gällande hetsättningsstörning
- Primärvården - utbildning i samtalsprocessen för sjuksköterskor i telefonrådgivning

***Säkerhetsnålen***

Säkerhetsnålen har instiftats av Region Västmanland och är en utmärkelse för insatser inom patientsäkerhetsområdet. Utmärkelsen riktar sig till en vårdavdelning, mottagning, vårdcentral eller liknande som genomfört ett dokumenterat utvecklingsarbete som på ett tydligt sätt bidrar till att reducera antalet vårdskador och främjar en god patientsäkerhetskultur.

Sammanlagt inkom nio förslag till centrala patientsäkerhetsteamet som efter bedömning kallade 3 möjliga pristagare till intervju. Alla 3 berättade om, i sig olika, genomförda projekt/förändringsarbeten av mycket hög klass. De genomförda arbetena torde alla bidra till en förbättrad patientsäkerhet och minskat antal vårdskador. Priset är inte delbart och valet av vinnare har inte varit



enkelt. Förslag till vinnare lämnades till Regionstyrelsen som fattar det formella beslutet.

Priset delades ut 2017 för andra gången. Säkerhetsnålen delades ut på Regionfullmäktige den 27 september. Förutom äran belönades vinnarna med 30. 000.

### **Vinnare av 2017 års Säkerhetsnål var Kirurgavdelning 6 för arbetet med ständiga förbättringar**



Motivering: Kirurgavdelning 6 har med ett tydligt och medvetet ledarskap som grund, och med uthållighet, arbetat med ständiga förbättringar. Genom ett synsätt som genomsyras av att patientsäkerhet och att arbetsmiljö är en förutsättning för varandra, ges medarbetare möjlighet att utvecklas och fördjupas i sina kunskaper och arbeta strukturerat med relevanta åtgärder. Exempelvis genom ”Gröna korset” och standardvårdplaner görs teamet medvetet om patientsäkerhetsrisker vilket leder till en säkrare vård, alltid med den informerade och delaktiga patienten som partner.

### **Utvecklingsstipendium för Vård och Utbildning**

Region Västmanlands vårdstipendium inrättades 1997 och riktar sig till enskilda medarbetare/verksamheter som genomfört utvecklingsarbete i syfte att förbättra vården för patienten.

Detta har nu övertagits av EKU och heter Utvecklingsstipendium för Vård och Utbildning. Stipendiet delades år 2017 ut till:

1. Barnkliniken avdelning 64 vid Västmanlands sjukhus Västerås för projekt ”Implementering av Pediatric Early Warning Score” (PEWS), belönas med 30 000 kronor.
2. Bröstenheten kirurgi och mammografi vid Västmanlands sjukhus Västerås för projekt ”Bröstundersökning utförd av mammografisjuksköterska – Är det patientsäkert?”, belönas med 15 000 kronor.
3. Huvudhandledargruppen och enhetschef Leila Usoyan på Hjärtavdelningen vid Västmanlands sjukhus Västerås för projekt ”Patientfokuserad handledning, peer learning och studentsal”, belönas med 15 000 kronor.

### **Vårdvalets kvalitetspris 2017**

Vårdvalet instiftade två kvalitetspriser 2017 om vardera 25.000 kr att användas för deltagande på SFAM<sup>19</sup>Nationella kvalitetsdag.



Vårdvalets kvalitetspris 2017 tilldelades Kolsva för: Avvikelse rapportering i vardagen med Gröna Korset och Läkargruppen: Granskning av antibiotikaanvändning och provtagningsrutiner vid akut media otit 1-12 år, akut bronkit och tonsillit.

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.

### **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.

## **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. I överenskommelser mellan kommuner och region har behov av samverkan belysts avseende missbruk och beroende samt även i stort inom området psykisk ohälsa.

*Nedan följer några områden där behov av samverkan har identifierats*

- **Hemsjukvårdsväxlingen**
- **Samordnad vårdplanering**
- **Mest sjuka äldre**

<sup>19</sup> SFAM Svensk Förening för Allmänmedicin

- 
- **Demenssjuka**
  - **Suicidprevention**
  - **Iatrogen beroende**
  - **Strokeprocessen**
  - **Höftprocessen**
  - **Fotprocessen**
  - **Hjärntumörprocessen**
  - **Tidig upptäckt av cancer**
  - **Inhyrd personal**
  - **Utlökaliserade patienter**
  - **Hjälpmedel**
  - **Gemensam elektronisk journal**

- *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. En manuell rutin testas nu på fem pilotvårdcentraler. Vidare har uppmärksammats oklarheter i vården av diabetes-patienterna. Målet att starta ett mobilt hemsjukvårdsteam i Västerås har ej kunnat genomföras, ej heller att koppla varje vårdcentral till ett mindre antal hemsjukvårdsutförare.

- *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. Riktlinjerna omarbetas nu inför att lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvård träder ikraft 1/1 2018.

- *Mest sjuka äldre*

Inom ramen för statliga stimulansmedel har flera samverkansprojekt pågått under åren 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 som kommuner. Arbetet i år har bedrivits genom ett flertal utbildningar både avseende patientsäker palliativ vård samt vårdpreventivt arbetssätt.

---

Egenvårdsintygen har setts över.

- *Demenssjuka*

Ett omfattande processarbete pågår mellan slutenvård, primärvård och kommun att göra vården för de med sviktande kognition så patientsäker som möjlig genom det länsövergripande gemensamma vårdprogrammet där tydlighet avse-ende gränssnittet mellan verksamheterna uppmärksammas. Ett demenssamverkansråd bevakar och följer arbetet. Utifrån de nya nationella riktlinjerna har utbildning i RUDAS-S<sup>20</sup> genomförts.

### *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 utbildningssatsningar till personal inom både psykiatri och primärvård. Arbetet har resulterat i ett gemensamt samverkansdokument och gemensamma utbildningar. Arbetet har växt att omfatta hela Region Västmanland.

- *Iatrogen Beroende*

Framför allt vid utvecklat men även 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. Ett regionövergripande processarbete har därför pågått under året med företrädare för psykiatri och beroendeenhet, primärvård, smärtmottagning och några andra specialistkliniker samt företrädare från kommun och patientföreningar för att identifiera förbättringsområden.

- *Strokeprocessen*

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

- *Höftprocessen*

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

- *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 samt planering för ett Sårcentrum.

---

<sup>20</sup> RUDAS (The Rowland Universal Dementia Assessment Scale) är ett mångkulturellt kognitivt bedömningsinstrument utvecklat för funktioner som minne, visuospatial orientering, förmåga att utföra viljemässiga rörelser och handlingar (praxis), visuokonstruktion, omdöme och språk.

---

- *Hjärntumörprocessen*

Inom ramen för regionens processarbete har ett omfattande arbete genomförts att säkra samverkan för patienter med misstänkt eller konstaterad hjärntumör.

- *Tidig upptäckt av cancer*

Inom ramen för ”vård på rätt vårdnivå” pågick ett utvecklingsarbete 2016 mellan primärvård och hudkliniken avseende fotografering av hudförändringar. Efter att ha pilottestats på tre vårdcentraler har det breddinförts och ingår nu i SVF, standardiserade vårdförlopp.

- *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 Regionen 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.

Nu pågår ett omfattande nationellt arbete för regioner/landsting att säkerställa oberoende av inhyrd personal som Västmanland följer.

- *Utlokaliserade patienter*

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

På sommaren och vid vårdplatsbrist arbetar den s.k. ”fördelningsgruppen” där chefläkare medverkar för att fördela befintliga vårdplatser och minimera risker

- *Hjälpmedel*

Hjälpmedelscentrum arbetar proaktivt för att informera om förebyggande egenvård och om hjälpmedel för att möta såväl personers behov som förskrivares och vård- och omsorgspersonals kompetensbehov. Stöd till utveckling av hjälpmedelspotential för kvarboende och vård och omsorg i hemmet samt för införandet av nya hjälpmedel och välfärdsteknik.

Innovationsteamet har tagit fram en process för implementering av nya hjälpmedel. Samarbetet med Region Västmanland, Västerås Science Park och Mälardalens högskola fortgår och information ges om nya hjälpmedel till bland annat förskrivare, intresseorganisationer och innovatörer.

47 studiebesök i utställning har genomförts. På hjälpmedelsdagen visades kognitiva hjälpmedel på Stadsbiblioteket. Hjälpmedelscentrum deltog också på seniormässor samt i den nationella fallpreventionsveckan.

---

- *Gemensam elektronisk journal*

Gemensam elektronisk journal Cosmic ställer krav på samverkan mellan verksamheterna för att fungera optimalt och patientsäkert.

### ***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.

Samverkansdokumenten visar tydligt vårdnivå för patientens omhändertagande men också kopplade vårdprogram för korrekt vård och behandling. Även inom vissa vårdområden såsom osteoporos, smärtbehandling och sårbehandling finns detta. Övergripande finns akutdokumentet för alla specialiteters samverkan med primärvården vid akuta sjukdomstillstånd. Arbete pågår nu inom ramen för NKK, Nationellt Kliniskt Kunskapsstöd att överföra de lokala texterna till de nationella kunskapsdokumenten.

Detta utvecklade arbetssättet för samverkan mellan primärvård och sjukhusvård har varit mycket framgångsrikt både vid införandet av standardiserade vårdförlopp såsom vid utarbetande av remissmallar för säker informationsöverföring.

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

Samverkan sker främst för de 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 Regionen 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 och deltar i det gemensamma arbetet utan avtal.

Regionen har tagit initiativ till att bilda ett nätverk för patientsäkerhetsarbetet mellan medicinskt ansvariga sjuksköterskor MAS i samtliga kommuner och representanter från det centrala patientsäkerhetsteamet. Tre möten har hållits under 2017 med fokus på förbättrad informationsöverföring, trycksårsprevention samt beslutsstöd.

Överenskommelser finns mellan samtliga kommuner och regionen både avseende missbruk och beroende, psykisk ohälsa som äldrevård.

---

### ***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 2017 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 och samarbete för en jämlik och patientsäker vård. För fjärde året i rad genomfördes 2017 den Västmanländska kvalitetsdagen där både inspirationsföreläsning om ” Collaborative Care Model” Ett evidensbaserat arbetssätt för bättre samverkan mellan psykiatri och primärvård och ”Interprofessionell samverkan – grunden till bra astma/KOL-vård” gavs samt att alla vårdgivare/vårdcentraler delgav sina kvalitetsarbeten. 12 olika kvalitetsarbeten presenterades, två exempel är ”Strukturerat omhändertagande av patienter med psykisk ohälsa” samt ”Multidisciplinärt omhändertagande av patienter med astma/KOL.

### ***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 Regionens chefläkare beslutat om. Regionen 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 Regionen tillhanda senast den 1 mars varje år.

### ***Regional samverkan***

Regionala läkemedelsrådet i Uppsala-Örebroregionen har efter initiativ från Region 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. Ny utvidgad upplaga har tagits fram 2017.

Regional samverkan sker inom samtliga specialiteter och har fått ny aktualitet genom etableringen av nationell Kunskapsstyrning, NKS.

---

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

Samverkan är etablerad med Mälardalens Högskola både genom de tidigare två doktorandtjänsterna, där forskningsområdet riktades mot patientsäkerhet – samt avseende en fristående kurs i patientsäkerhet på 7,5 högskolepoäng. De doktorandprojekt som Regionen har stött handlade 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. Under 2017 disputerade båda doktoranderna. En eventuell fortsatt finansiering av doktorander eller kliniska lektorat kommer diskuteras under 2018.

Enheten för kunskapsstyrning och utbildning, EKV driver ett projekt i samverkan med MDH och Uppsala universitet med syfte att utveckla lärandemiljöerna för studenter som genomför sin praktik inom Region Västmanland. Projektet består av fyra delprojekt som handlar om att införa klinisk undervisningsavdelning (KUA) inom psykiatrin, vidareutveckla simuleringsträning på KUA ortopedi (fördjupad SBAR träning), utveckla och rekommendera tvärprofessionell handledarutbildning inom primärvården samt app-utveckling där studenter och vårdpersonal kommer kunna träna på hur läkemedel är organiserade i läkemedelsrummen samt särskilja biverkning av läkemedel och symptom hos patienter med psykos.

Övrig samverkan för att skapa en för arbetsgivaren relevant vårdutbildning och praktik sker via MDH:s branschråd och Uppsala universitets programkommitté.

## **Risikanalys**

Risikanalys 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 riskanalys 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.

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

De centrala analysledarna har fått särskild utbildning i riskanalys 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*
- ❖ *Vård på utskrivningsavdelning*
- ❖ *Patientsäkerhetsrisker på Akutmottagningarna*
- ❖ *Läkemedelshantering på operation*
- ❖ *Öppnande av Primärvårdsakut i Västmanland*
- ❖ *Cosmics införande i primärvården*
- ❖ *Journal via nätet*
- ❖ *Gemensamt med Västerås Stad samt privat utförare: Hemsjukvård.*
- ❖ *Resursbristens konsekvenser för vård&behandling inom slutenvård*

Dessa riskanalyser finns att läsa i tidigare Patientsäkerhetsberättelser.

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

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

Inför uppgraderingen genomfördes en riskanalys utifrån patientsäkerhetsperspektiv avseende övergången till den nya läkemedelsmodulen. Omfattande utbildning erbjöds via e-Learning och övningsuppgifter i Lek och Lär miljö kompletterat med workshops efter införandet.

Åtgärdsförslag från riskanalysen handlade dels om utbildning, dels om likriktat arbetssätt och om upprättande av instruktioner, åtgärder som är vidtagna.

- ❖ *Kontaktcenter - telefoni*

Patientsäkerhetsdialogerna identifierade ett stort behov av åtgärder gällande personsök och larm. Bland annat hade man fått in 52 avvikelser gällande journalsökning och 22 avvikelser gällande Kalix 24. Vid beredskap i hemmet har det varit svårigheter att nå den nationella mobilen.

- ❖ *Verksamhetsövergång sjukhuset i Fagersta*

Riskanalys genomfördes utifrån flera perspektiv med en tydlig åtgärdsplan för att minimera patientsäkerhetsrisker.

- ❖ *Semesterperioden inom både VS och PPHV-förvaltningarna*

En övergripande riskbedömning/riskanalys genomförs 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 2018***

- ❖ *Trygg och säker utskrivning från sjukhus*
- ❖ *Papperslös provtagning*
- ❖ *Användningen av ultraljudsdiagnostik av hjärta*
- ❖ *Digitaliserad Cytostatika-ordination*

Kunskapsläget betonar kopplingen mellan arbetsmiljö och patientsäkerhet.

*Region Västmanland har tagit fram ett nytt arbetssätt för riskanalyser där primärt samtliga perspektiv beaktas. Denna nya metodik skall införas under 2018 och är ett av skälen till att inte flera riskanalyser startat under 2017.*

## **Informationssäkerhet**

Under år 2017 har regionrevisorerna (genom PwC) granskat regionens IT-säkerhet. Den övergripande bedömningen var att regionen har en adekvat styrning och kontroll av IT-säkerheten. De konstaterade att det finns plats för många förbättringar och ytterligare säkerhetsåtgärder, men baserat på regionens storlek och verksamhet är nuvarande nivå tillfredsställande.

### ***Genomförda Riskanalyser***

*Under år 2017 har följande riskanalyser genomförts med direkt bäring på informationssäkerheten:*

- Verksamhetsövergång sjukhuset i Fagersta
- Ambulansdirigering i egen regi
- Webbplatsen regionvastmanland.se
- Nytt biblioteksdatasystem
- Evenemangskalender
- IdP Autentiseringstjänst
- Verktyg för endoskopiundersökningar på Kirurgkliniken
- IT-stödet Privera
- Nya Kommunikationsplatsen

En metod för integrerad riskanalys har utarbetats för att tas i bruk under år 2018. Förutom att anta en gemensam metodik i regionen kommer metoden ge stöd i uppföljning av identifierade risker på ett mycket bättre sätt än tidigare.

---

## ***Vidtagna åtgärder för förbättring av informationssäkerheten***

Utifrån informationsklassning av de ca 500 viktigaste IT-systemen och tjänsterna har genomförts analys för att stämma av säkerhetsnivån. Resultatet av analyserna hanteras inom regionens objektförvaltning.

Under året har ett antal riktlinjer och instruktioner i ledningssystemet fastställts och i vissa fall uppdaterats. Detta gäller bl.a. inom områdena offentlighet och sekretess, utlämnande av handlingar, logguppföljning samt rutiner inom HSA och SITHS.

Ett omfattande arbete med styrning av behörigheter i huvudjournalssystemet Cosmic har genomförts. I Cosmic har även tidigare införda sekretessgränser kring vissa kliniker tagits bort, vilket medför att de patientsäkerhetsrisker som uppmärksammats med dessa bortfallit.

Ytterligare förbättringar i rutinerna kring logguppföljning har vidtagits. För närvarande hanteras loggar från fem system i en central, delvis automatiserad lösning. En teknisk anslutningsdokumentation har tagits fram för att underlätta för andra system i regionen att ansluta sig till den centrala logghanteringen.

Ca 2000 medarbetare har genomgått e-utbildning om offentlighet och sekretess. Informationssäkerhetssamordnaren har deltagit vid ett mycket stort antal arbetsplatsträffar och informationsmöten. En omfattande informationsinsats har genomförts kopplat till ikrafträdandet av den nya Dataskyddsförordningen i maj 2018.

För hjälpmedelshanteringen har arbete påbörjats med säker digital kommunikation för att ersätta fax samt införa SITHS-inloggning i webSesam och i Sesam. Inloggnings säkerheten kommer att förbättras. För att öka informations säkerheten har en anpassning beställts av behörighetsstyrning i webSesam.

## **Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet**

- *Instruktion för avvikelserapportering* finns i ledningssystemet fastställd av hälso- och sjukvårdsdirektören där klarläggs att alla medarbetare har reglerad skyldighet att rapportera i regionens 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 avvikelshanteringen fungerar på ett tillfredsställande sätt på enheten.
- utse avvikellesamordnare och delegera ansvaret för att samordna avvikelshanteringen (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:

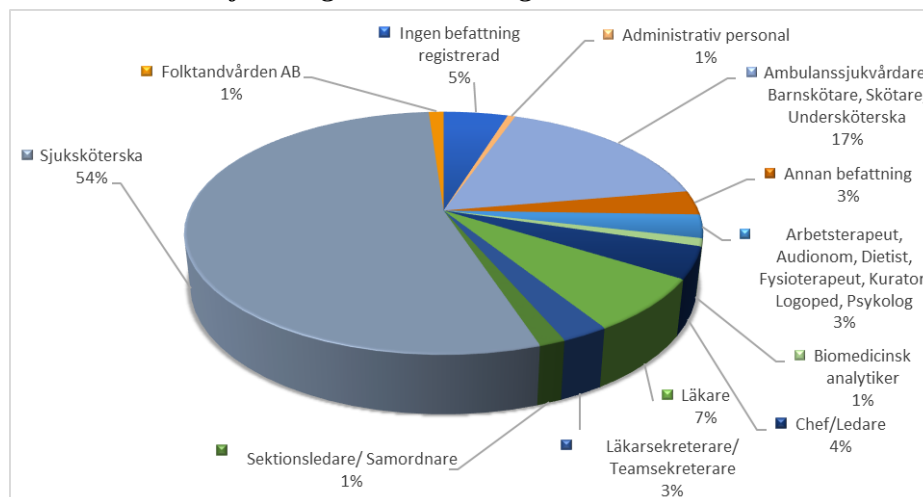
- rapporteringsskyldigheten där händelser inträffat som orsakat en vårdskada eller där risk för vårdskada föreligger. Händelsen rapporteras via avvikelssystemet Synergi.

*Vid rapporterad avvikelse eller risk tas denna om hand av avvikelsesamordnaren som klassificerar och allvarlighets-bedömer. Enklare ärenden handläggs omedelbart medan 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 regionövergripande i årsbokslutet.*

*Kontakt tas omedelbart med chefläkare vid allvarlig vårdskada.*

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



Registrering av ingen befattning har kunnat minska från 25% till 5%. Detta förklarar troligen den ökande rapporteringen som ses inom alla yrkesgrupper. Särskilt stor är ökningen från yrkesgruppen sjuksköterska/barnmorska som ökat från 34 till 54%. Även om läkarna är betydligt färre i regionen än andra yrkesgrupper är det viktigt att mer engagera dem i att rapportera avvikelser/händelser och att ge förbättringsförslag för en ökad patientsäkerhet.

---

Framförallt rapporteras brister inom information och kommunikation samt för administrativa processer följt av rapporterade fall och fallskador men personalen är även observant på läkemedelsfel. (Se utförligare på sidan 72 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 ökad rapportering med 2% men bekymmersamt att riskrapporteringen minskat. 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. (Se utförligare på sidan 72 i Sammanställning&analys.)

*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. Allvarlighetsbedömning kommer nu till 2018 att göras tvingande genom inställning i Synergi.

Avvikelsesamordnarna har en viktig roll i verksamheterna att biträda verksamhetschefen i sammanställning och analys av avvikelser. Deras roll har därför uppmärksammats, en uppdragsbeskrivning tagits fram samt att tjänst för centralt Synergiansvar utökats för att ges möjlighet att utbilda avvikelsesamordnarna och skapa nätverk.

***Synergiansvarig sammanställer årets samlade avvikelser för Region 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 Regionen 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



LANDSTINGET  
VÄSTMANLAND

direkt till respektive verksamhet men sorteras av synergi-ansvarig till de andra vårdgivare som Regionen har avtal med. Ingång finns även genom 1177 Vårdguiden.

Många klagomål hanteras av *Patientnämnden* som en brygga till verksamheterna. Information och folder från Patientnämnden finns i alla väntrum.

---

Pati-entnämnden kan även medverka vid möten i enskilda patientärenden. Patientnämnden skickar statistik till verksamheterna efter önskemål. Alla klagomål sammanställs vid årets slut på aggregerad nivå, resultatet presenteras i Patientnämndens årsberättelse. Chefläkare bevakar och håller kontakt med patientnämnden i allvarliga ärenden.

Inför 2018 har nya rutiner och instruktioner tagits fram utifrån ny lag om klagomålshantering.

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 vårdskadeutredning startas och den enskilde får ett skriftligt svar om händelsen.

## **Samverkan med patienter och närstående**

Att patienters och närståendes förslag och synpunkter tas tillvara i verksamheterna har varit ett fokusområde även 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 arbetsätt för patientmedverkan är barnkliniken och kvinno- kliniken övrapportering enligt ”beside handover” samt medicinkliniken ”teachback” en metod där patienten återberättar informationen från läkaren/ sjuksköterskan. Vidare kan nämnas vårdnära kunskapsstyrning på medicin- och infektionskliniken där patienten skriver dagbok under vårdtiden.

RO Primärvårds patientsäkerhetsteam har haft en särskild dialog med brukar- föreningarna inom ramen för *psykisk hälsa*. Äldrevårdsteamet påbörjade 2017 samverkan med studieförbundet Vuxenskolan inom projektet ”Tillsammans för psykisk hälsa, seniorer”. Det finns också en samverkan mellan vuxensko- lan och psykiatrin gällande föreläsningar och utbildningar där personer med egen erfarenhet av vård medverkar.

Utifrån individperspektivet ges vid strukturerad *läkemedelsgenomgång* möj- lighet 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 läke- medelsgenomgång 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 närståenderepresentant. Inom barnmedicin har närstående varit med att utveckla ovan rondsystäm. Bröstcancerföreningen har medverkat vid utformningen av ”min vårdplan”.

***Krav på brukarråd/focusgrupp har ställts på samtliga verksamheter i planeringen för patientsäkerhetsarbetet 2017. 10/47 har kommit igång med detta.***

Fortsatt har brukarråd inte haft någon stor genomslagskraft i verksamheterna. De som arbetat med brukarråd har dock mycket positiva erfarenheter gällande möjligheten till verksamhetsutveckling utifrån den delaktiga patienten. Exempelvis kan nämnas ungdomsmottagningen som arbetat med en strategiskt utvald grupp av brukare i samband med profilering samt ombyggnation. Deltagarna från Bäckby vårdcentrala brukarråd beskriver en stolthet och ett privilegium av att få vara med och påverka sin vårdcentral. Personalen bekräftar vikten av och möjligheten för den delaktiga patienten för en trygg och säker vård.

Den *nationella patientenkäten* är ett viktigt instrument att fånga upp upplevelser i vården. Verksamheterna arbetar för att ta tillvara förbättringsförslagen. På Västmanlands sjukhus finns även en *lokal patientenkät* där patientupplevelsen återkopplas via surfplatta.

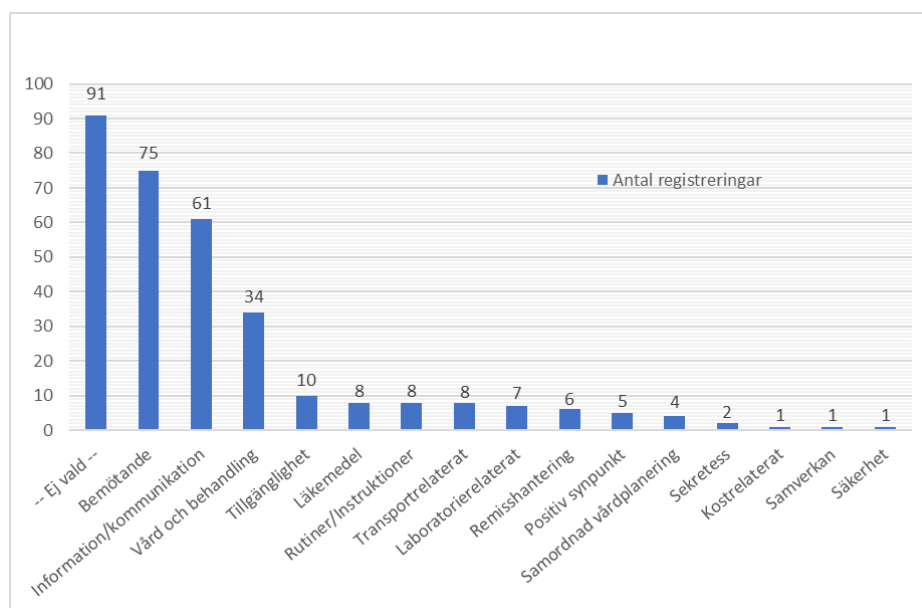
På *Patientsäkerhetsdagen* var temat ”vårdhygien” där patientmedverkan är betydelsefull. Flera förbättringsarbeten visades om patientinvolvering både från primärvård, specialistsjukvård som psykiatri. Inspirationsföreläsning gavs om PIR, patientsäkerhet i realtid – en metod för lärande.

Patient/närstående inbjudes att *deltaga i riskanalyser* genom sina patientföreningar och kunde på sätt medverka. Vid centrala *händelseanalyser* är patient/närstående nästan alltid delaktiga. I lex Maria ärenden har alltid verksamhetschefen kontakt samt att patient/närståendes erfarenhet tas tillvara vid händelseanalysen. Genom den nya föreskriften för vårdskadeutredning har patientperspektivet ytterligare betonats.

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.

*Patientnämnden* är också en viktig ingång i patienternas medverkan i patientsäkerhetsarbetet. Som komplement till Patientnämnden finns på Regionens 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.

## Patienter/närståendes synpunkter via webben



Denna *direktgång till Regionens avvikelserapporteringssystem* i Synergi öppnades under våren 2014. Åtkomsten är möjlig både via webben som 1177. Ärendeingången har ökat med nära 100% jämfört med år 2016. Under år 2017 registrerades 270 externa avvikelser/förbättringsförslag. Samma ärende kan ha flera kategorier. Topp tre är i enlighet med föregående år men i en annan ordning och omfattar bemötande följt av information/kommunikation och vård och behandling.

*Varför "ej vald ärendetyp" dominerar och ökat från tidigare ett fåtal till nu nära en tredjedel måste analyseras närmare.*

Inkomna ärenden tas om hand av respektive verksamhet och återkopplas till patient/närstående om ej önskemål om anonymitet. Chefläkare läser 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 säkerställer att allvarliga ärenden utreds.

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. Först kunde bara patienten läsa journalanteckningar men under 2016 tillkom röntgenremisser och för år 2017 planeras provsvar och remissens gång att tillgängliggöras. Detta ses som mycket viktigt i ökad patientmedverkan och under patientsäkerhetsdialogen med verksamheterna berördes hur detta kan utvecklas.

Antal unika inloggningar i Journalen har under året varit: 33 946 st totalt.



---

Arbete har genomförts 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.

## 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 skillnad i vad man vänder sig direkt till verksamheten om (samverkan mellan enheter) och vad som patient/ närstående istället kontaktar patientnämnden om (behandling) som är viktigt att beakta.

*Jämfört med föregående år ses en ökad nivå av ärenden direkt till verksamheterna medans antalet till patientnämnden har minskat ytterligare. Detta måste ses som positivt om patienter och närstående mer kan ta en direktkontakt med den verksamhets som berörs.*

Antal klagomål och synpunkter direkt till verksamheterna införda i Synergi:

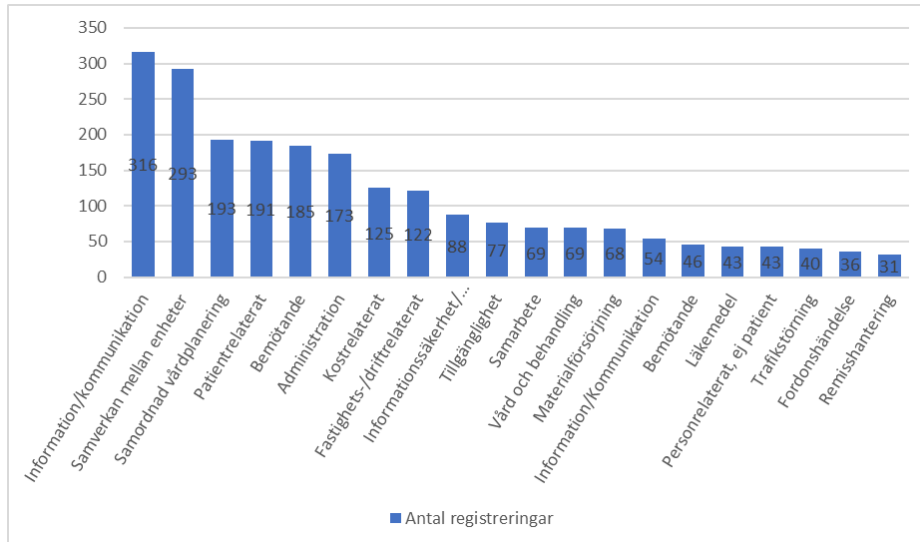
Upprättat datum	Antal registreringar
2013	1 542
2014	1 651
2015	1 670
2016	1 545
2017	2 035

(Patientnämnden ingår *inte* i denna sökning).

2035 Klagomål och synpunkter inkom direkt till verksamheterna vilket är en kraftig ökning mot föregående år då 1443 klagomål rapporterades. Varje unikt ärende kan ha flera händelsekategorier. Som tidigare dominerar händelsekategorin information/kommunikation och samverkan mellan enheter men i omvänd ordning mot föregående år.

*En markant ökning av klagomål och synpunkter på samordnad vårdplanering noteras som ökat från 29 till 193 händelser.*

### Klagomål och synpunkter direkt till verksamheten (20 mest frekventa)



**Från patient/närstående registrerades externt 270 ärenden och via personalen 2035\*. Sammantaget med de via patientnämnden 1133 och till IVO 147 inkomna klagomålen innebär det att 3.585 klagomålsärenden registrerats år 2017 vilket är en 10% ökning jämfört med föregående år.**

\*Tyvärr är registreringen ej helt tydlig vilket innebär att många ärenden inte är registrerade från vilken person klagomålet kom.

Bara 136 av 2035 ärenden finns kategoriserade från vem klagomålet kom från.

Referens	Antal registreringar
Klagomål/synpunkt från - Anhörig/Besökande	16
Klagomål/synpunkt från - Annan utomstående	1
Klagomål/synpunkt från - Förare/transportör	3
Klagomål/synpunkt från - Patient	34
Klagomål/synpunkt från - Personal	78
Klagomål/synpunkt från - Resenär	4
<b>Summa</b>	<b>136</b>

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 Regionen.

---

**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 lex Maria-ärendet handlade om, ärendenummer i avvikelssystemet samt datum för anmälan och ansvarig chefläkare. Vidare antecknas när beslutet inkommer från IVO och vad beslut föranleder. Av totalt 43 Lex Maria-anmälningar under år 2017 har 6 centrala händelseanalyser genomförts\*.

<i>Centrala Händelseanalyser 2017<sup>21</sup> rapporterade till NITHA<sup>22</sup></i>
Brister i omhändertagande av nyupptäckt diabetes*
Suicid dagen efter läkarbedömning*
Främmande kropp (dödsfall p.ga hinder i luftvägarna)
Bristande kommunikation och samordning i samband med återintagning av rättspsykiatrisk patient
Hypokalcemi (man drabbad av svår hypokalcemi efter Prolia-behandling) *
Fördröjd diagnos av blåscancer (hämaturi utreddes inte enligt SVF) *
Aortadissektion, fördröjd diagnos*
Suicid, psykisk ohälsa, överförskrivning av beroendeframkallande läkemedel **
Kvarglömt operations-material i höft*
Bristande samverkan AIH, BUP, BU-hälsan och Barnkliniken **
Postoperativ vård på fel enhet
Dödsfall genom intoxikation

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

Händelseanalyserna från 2017 kommer att sammanställas med kortfattad beskrivning, analys och eventuella slutsatser/lärodomar för att ha som grund i det fortsatta patientsäkerhetsarbetet.

Under året har 5 uppföljningar genomförts av tidigare centrala händelseanalyser. Fokus vid dessa uppföljningar är huruvida åtgärder har vidtagits såsom planerat och resultatet av dessa.

Av 43 lex Maria-anmälningar dominerar suicid och oklara dödsfall som tillsammans utgör 40% av desamma men även flera försenade diagnoser ses. Av de 43 lex Maria var 34 inträffad allvarlig vårdskada och 9 risk för allvarlig vårdskada. Detta är en minskning av antalet allvarlig vårdskada jämfört med risk för sådan jämfört med 2016<sup>23</sup>.

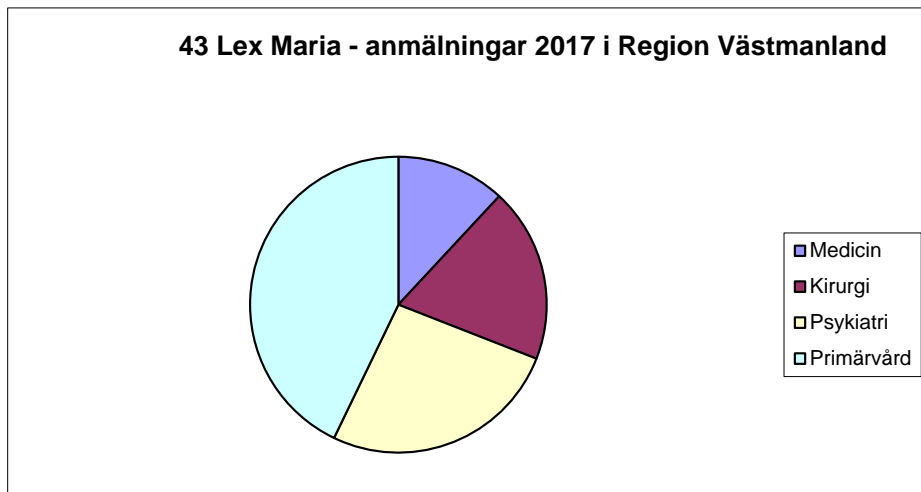
---

<sup>21</sup> Centrala händelseanalyser genomförs under ledning av centrala analysledare. 2017 inkom till den centrala analysgruppen 12 nya ärenden..

<sup>22</sup> NITHA är ett nationellt IT-stöd för händelseanalys.

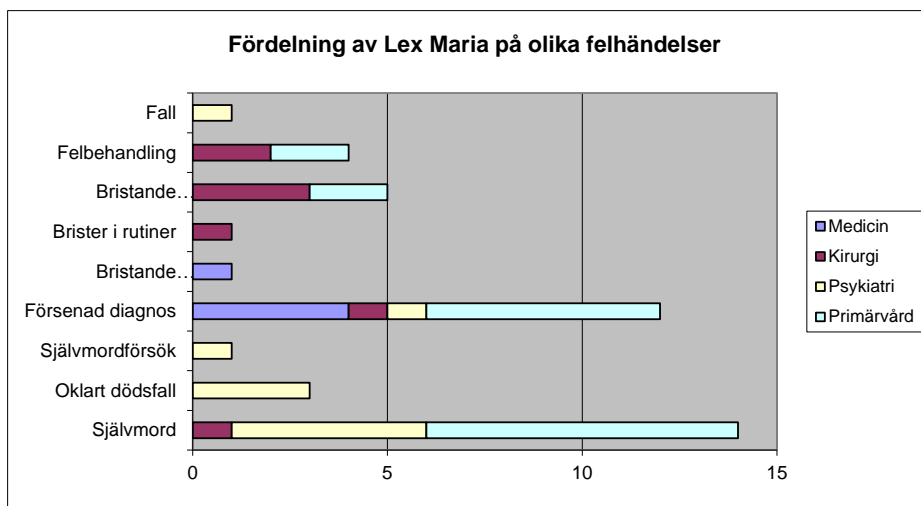
<sup>23</sup> Av de 48 lex Maria 2016 var 39 inträffad allvarlig vårdskada och 9 risk för sådan.

### 43 Lex Maria - anmälningar 2017 i Region Västmanland



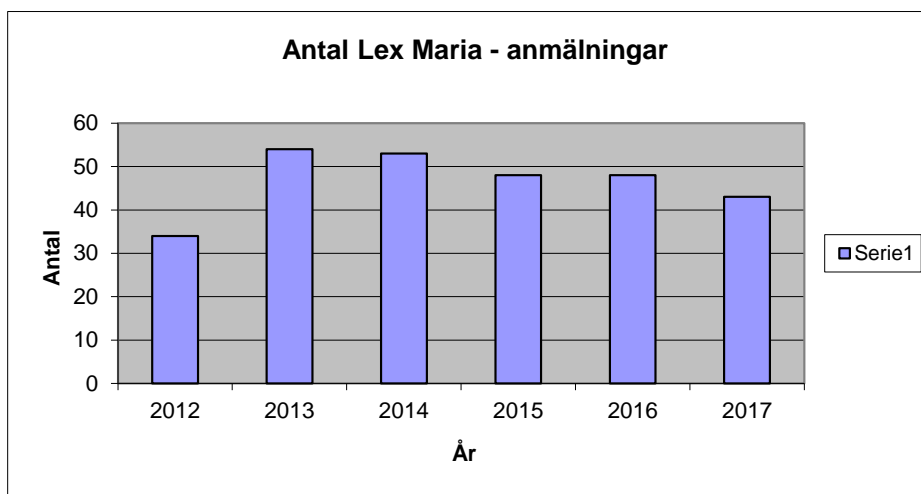
Målsättningen har under 2017 varit att tillse att alla allvarliga händelser med inträffad vårdskada eller risk för sådan skulle Lex Maria – anmälas. Granskningen av samtliga avvikelserapporter är ett led i detta arbete.

År 2017 ses en förskjutning av allvarliga händelser till den offentliga primärvården som bara utgör 40% av all primärvård som denna Patientsäkerhetsberättelse omfattar. Dock i fyra ärenden var flera verksamheter involverade. Tre av dessa rörde suicid.



Region 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 självmord identifieras och utreds både inom slutenvård som primärvård. Rutiner finns för gemensam utredning där både primärvård och psykiatri varit delaktiga i vården.

Chefläkare deltar i internutredningsgruppens möten inom vuxenpsykiatrin.



Målet är en noll-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

#### **lex Maria gällande informationssäkerhet**

En av de lex Mariaanmälningar som gjordes under året gällande risk för allvarlig vårdskada rörde två händelser i tät följd under våren då det elektroniska journalsystemet inklusive läskopia drabbades av avbrott. I första fallet berodde driftstörningen på avbrott i nätverket vilket även påverkade andra viktiga IT-system och viss medicinsk teknik. Inga patienter kom till skada. De allvarliga tillbudet utreddes med en händelseanalys genom Juridik och säkerhets försorg. En handlingsplan togs fram för att minska riskerna för liknande tillbud och minska konsekvenserna vid avbrott och driftstörning i nätverk och elektronisk journal. Inspektionen för vård och omsorg (IVO) genomförde en inspektion i december utifrån lex Mariaanmälan. IVO's beslut inväntas nu.

#### **• Enskilda Klagomål och synpunkter till IVO**

Sammanställning upprättas med uppgift om vårdenhet, ärendets art samt beslut om åtgärder från IVO. Totalt har 147 enskilda ärenden registrerats vilket är en 5% minskning jämfört med föregående år. Framförallt ses en ökning av ärenden som berör medicinska specialiteter samt att för nästan hälften av samtliga ärenden är flera verksamheter involverade. Redovisade ärenden omfattar medicin 47, kirurgi 45, psykiatri 17, primärvård 25 och akutverksamheten 13 ärenden.

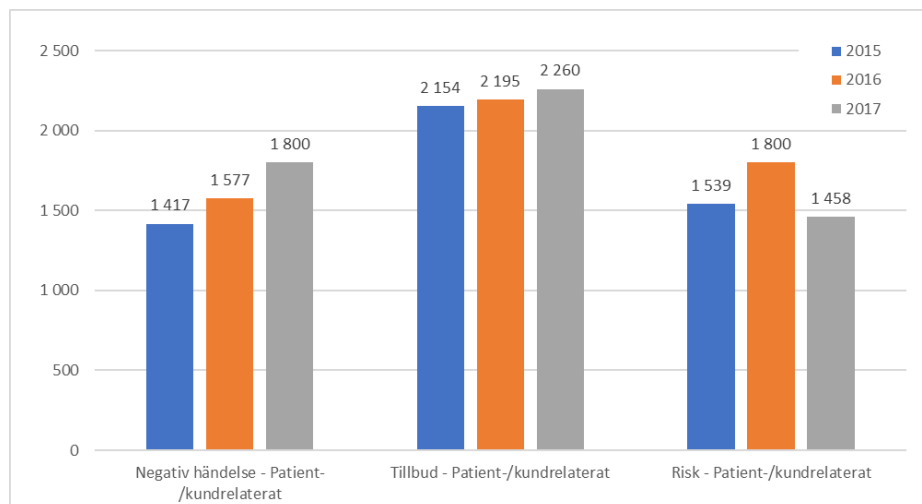
20 ärenden avslutades med kritik. Nedan följer några exempel:

- IVO bedömer att verksamheten har brustit i valet av läkemedelsbehandling i relation till patientens tidigare uppvisade symtom.
- IVO anser att den undersökning av patienten som genomfördes var bristfällig.

- IVO bedömer att vårdgivaren inte har beaktat sin skyldighet att säkerställa att personalen arbetar i enlighet med gällande rutiner.

- **Avvikelseerrapporter i Synergi**

### Patientrelaterade avvikelser



Bilden visar ökat antal rapporterade patientrelaterade händelser och risker med 2% totalt 5518. En markant minskad riskrapportering ses dock.

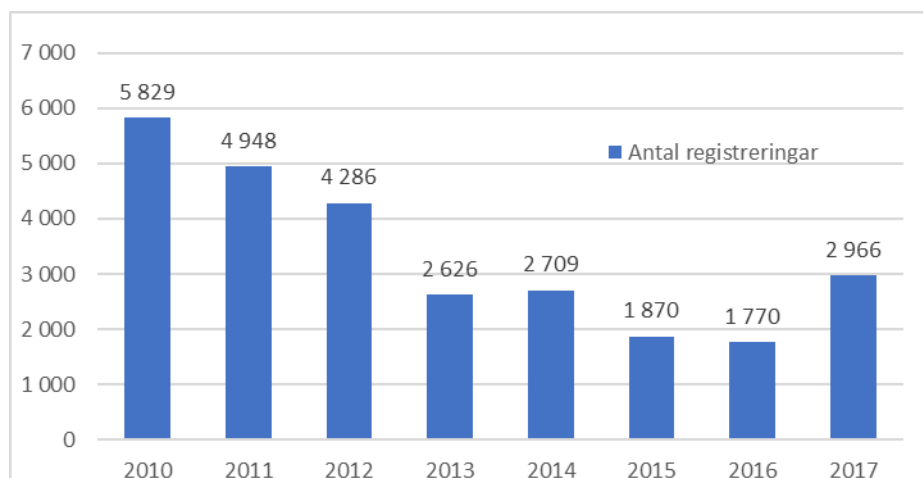
Avvikelseerrapporteringen i Synergi<sup>24</sup> omfattar alla oönskade händelser och risker men här redovisas bara patientrelaterade sådana även om arbetsmiljörisiker också påverkar patientsäkerheten.

Till de 5518 patientrelaterade negativa händelserna, tillbuden och riskerna kommer 3585 ärenden som klassats som klagomål (från både patienter och personal) samt 2966 preanalytiska (lab) avvikelser, totalt 12069 ärenden.

### Laboratoriehändelser

Antalet rapporterade laboratoriehändelser har ökat markant under år 2017. Den huvudsakliga orsaken till detta är sannolikt inte att antalet händelser har ökat utan snarare en underrapportering vid tidigare år. Medarbetare har helt enkelt inte sett att rapporteringen har lett till effektiva åtgärder för att undvika upprepning.

<sup>24</sup> Synergi är Landstingets avvikelserapporteringssystem för alla avvikelser både de som omfattar patienter som personal och redovisas i en särskild årsrapport.



Syftet med att rapportera laboratoriehändelser är att erhålla korrigerande och förebyggande åtgärder så att antalet fel minskar i hela provkedjan. Statistiken visar att majoriteten av laboratoriehändelserna är kopplade till preanalytiska fel i samband med provtagning på avdelning, primärvård och hos privata vårdgivare.

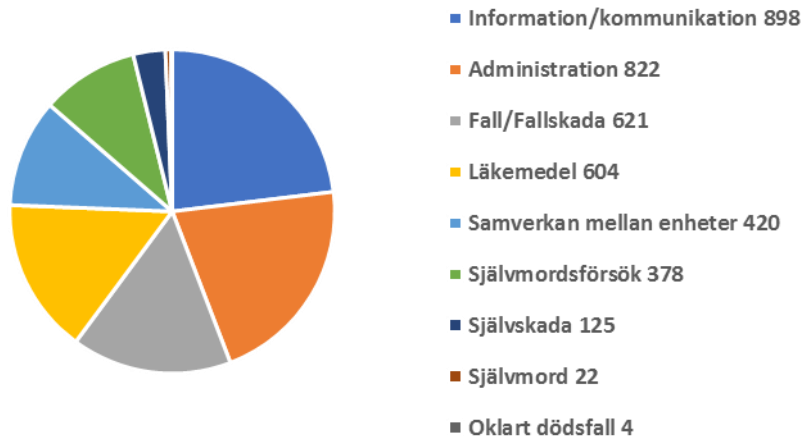
Rapporteringen av laboratoriehändelser har lett till åtgärder på avdelningarna, primärvården och hos privata vårdgivare i form av att flera av dessa har initierat förbättringsarbeten gällande rutiner för provtagning och provhantering.

Laboratoriemedicin har ökat antalet utbildningsinsatser/dialoger/möten med berörda enheter för att minska antalet preanalytiska fel. Under året besöktes t.ex. barnavdelningen och barnmottagningen, akut stroke- och neurologiavdelningen, urologkliniken, asyl- och integrationshälsan, Achima Care Sala, avdelning 30, rättspsykiatri i Sala, kirurgavdelning 6 och 7. Laboratoriemedicin håller också utbildning i preanalys och provtagning på Lärcentrum.

Under 2018 kommer dessa insatser att fortsätta och flera enheter har redan anmält intresse. Ett fungerande samarbete mellan Laboratoriemedicin och klinikerna är ett bra forum för att förhindra uppkomsten av onödiga fel i provkedjan vilket gynnar våra patienter i slutändan.

Av de 5518 patientrelaterade händelserna och påvisade riskerna rapporterade i Synergi dominerar brister inom information/kommunikation (898) samt i administrativa arbetsprocesser (822) precis som föregående år. Många av de administrativa patientavvikelseerna omfattar journaldiktering och remisshantering. Både fall/fallskador och brister i läkemedelsprocessen är oförändrade mot föregående år. Självmordsförsöken fortsätter att minska.

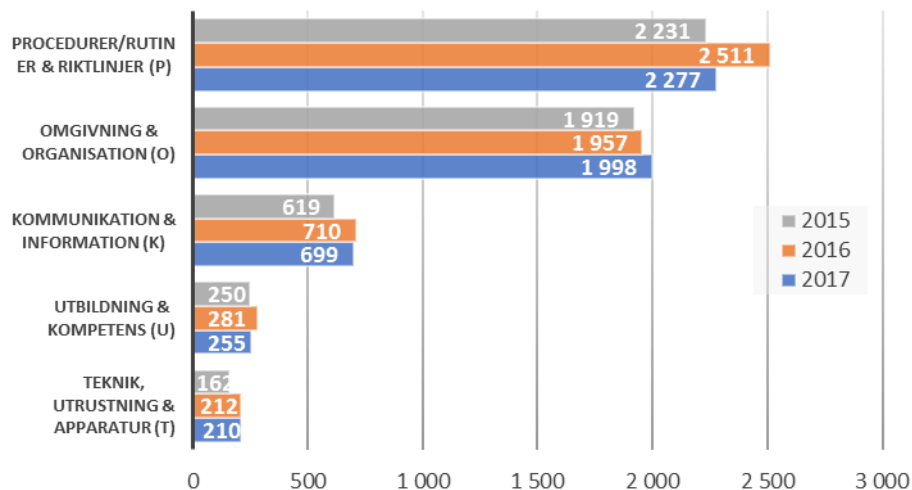
## Patientrelaterat Händelsekategori



De fem mest frekventa samt självmord, självmordsförsök och självskada.

## Orsakskategorier till avvikelser

Fördelningen mellan orsakskategorier ligger stabilt över tid.



Generellt anges ofta avsteg från rutiner och instruktioner som orsak till felhändelsen i Västmanland. Varje avvikelse kan ha en eller flera orsaker.

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.



---

## Elektronisk journal COSMIC R8.1

Ungefär 30 avvikelserapporter handlar om läkemedelsmodulen som upplevs ha brister, och infusionshanteringen som man uppfattat svår. De allra flesta av dessa handlar dock om att personal inte har lärt sig hanteringen eller missat att göra ordination och/eller signering av administrering. Vid några tillfällen har patienter inte fått ordinerat läkemedel. Ingen av rapporterna pekar på att någon patient tagit allvarlig skada.

## Hjälpmedel

Det finns fyra system för avvikelser avseende hjälpmedel; webSesam, Synergi anmälan till Läkemedelsverket och avvikelser till leverantör<sup>[2]</sup>. Alla avvikelser i webSesam och Synergi analyseras och allvarlighetsbedöms inom fyra veckor

*WebSesam:* Förskrivare har registrerat 423 avvikelser till Hjälpmedelscentrum vilket är en minskning med 8,9 % jämfört med 2016. 86 % rör leveranser som orsakas av brister kring plockning, transport, rekonditionering eller godsmottagning i nämnd ordning. Ett mindre antal avvikelser avser brister kring teknisk service, IT och fel vid förskrivning. 8 negativa händelser/tillbud har överförts till Synergi.

Hjälpmedelscentrum har registrerat 78 avvikelser till förskrivare. En analys visar att:

- 38 % gällde oklar/ofullständig/felaktig information på ordination och hämtorder, felaktig individ eller felaktigt personnummer, hämtorder via webSesam där telefonnummer och kontaktperson inte är tvingande uppgifter och därför glöms bort.
- 25 % gällde komponenthantering,
- 24 % hade ett felaktigt angivet leveranssätt.
- 10 % på förskrivning av peruker.

*Synergi:* Totalt 134 avvikelser varav 71 är till olika kommuner på grund av sen anmälan om flytt till särskilt boende. 11 negativa händelser/tillbud med hjälpmedel inblandade har rapporterats. Alla dessa är anmälda till Läkemedelsverket. Från andra enheter har det kommit in 8 avvikelser på felaktiga eller felaktigt levererade hjälpmedel.

*Leverantörsavvikelse:* 129 avvikelser har registrerats på grund av produktavvikelser, försening och felleveranser.

---

### [2]

Avvikelse/reklamation i webSesam Synergi

Framförallt reklamation rapporterad av förskrivare. Negativ händelse eller Tillbud ska införas i Synergi av förskrivare eller via kopia från annat avvikelssystem av HMC:s avvikelssamordnare. Rapport av avvikelser till förskrivare

Medicintekniska avvikelser till Läkemedelsverket

Negativa händelser, tillbud och förbättringsförslag gällande arbetsmiljö, patient- eller driftrelaterade.

Leverantörsavvikelse

Skador eller tillbud som orsakat patient, användare eller annans död eller riskerat få hälsa allvarligt försämrade anmälda till Läkemedelsverket. Förskrivare fyller i blankett som liksom produkt skickas till HMC som ansvarar för att rapport till Läkemedelsverket kompletteras med en teknisk utredning.

Avvikelser som rapporteras till berörd leverantör, oftast leveransförseningar eller felleveranser.

## Kollektivtrafik

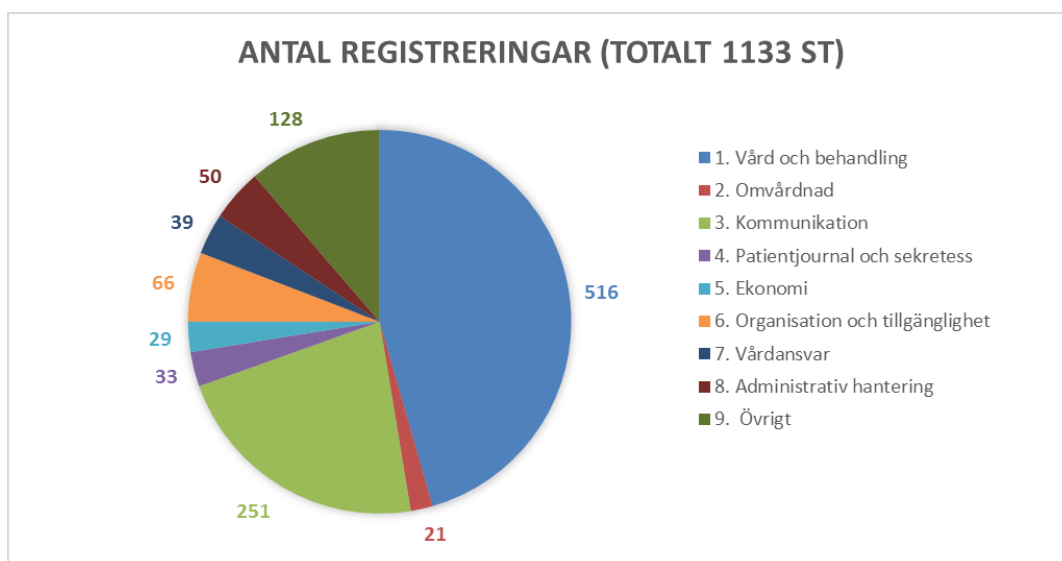
Sedan mars 2017 då Kundservice fick sin nuvarande form med ansvar för hela Kollektivtrafikförvaltningens avvikelshantering innebär det en väg in för all avvikelshantering. Detta hanteras via regionens system Synergi. Exempel på patientrelaterade avvikelser är tillbud under själva transporten hem efter vård på sjukhus men också att patienten blir avsläppt på fel adress.

- **Patientnämndsärenden**

Patientnämnden ska hjälpa och stödja enskilda patienter, där varje händelse och synpunkt är unik. Patienten beskriver sin egen upplevelse och vill ofta både ha hjälp med att reda ut sin egen situation och bidra till att liknande saker inte händer igen och drabbar andra. De synpunkter som anmäls till patientnämnden bidrar till utvecklingen av vården och att förbättra patientsäkerheten. I de utmaningar man ställs inför i sjukvården blir det extra viktigt att lyssna på patienterna och deras anhöriga.

Alla ärenden som skickas till verksamheter registreras i synergi. Det som inte registreras är allmänna frågor, rådgivning till vårdgivare, hänvisningar m.m.

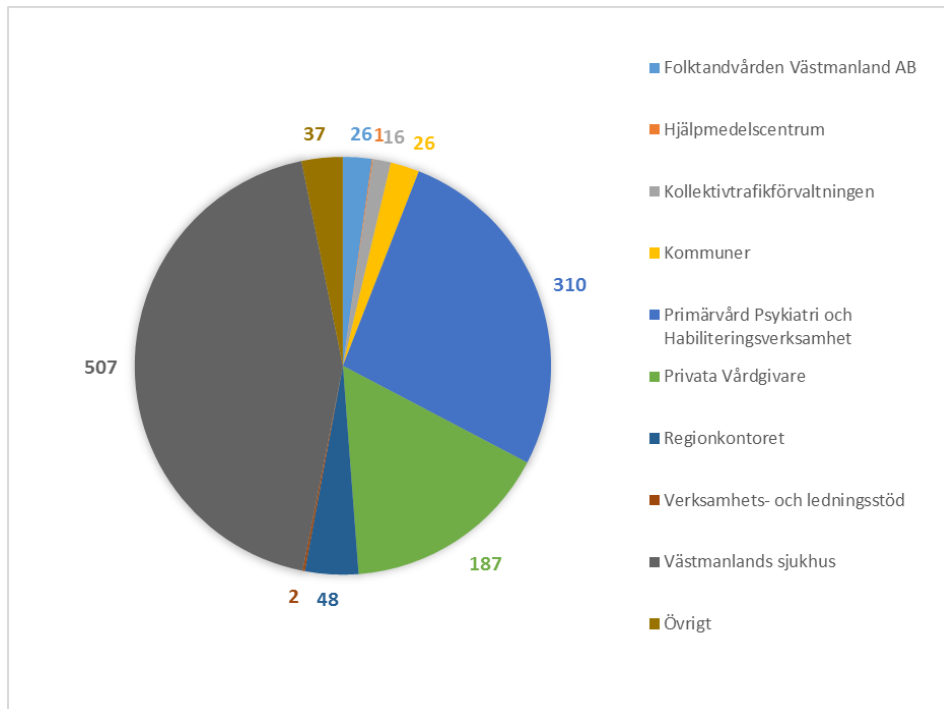
### Registrerade ärenden rubriceras i nio olika huvudproblem.



Under året registrerades totalt 1133 ärenden. Fördelningen var densamma som tidigare år, den främsta orsaken till att patient/anhörig vänder sig till patientnämnden gäller ärenden som rör vård och behandling. Patienten upplever att behandlingen är felaktig eller fördröjd men har även synpunkter gällande undersökning/utredning, medicinering och remisser. Därefter följer kommunikation och då främst bristande bemötande, därefter ärenden där patienten inte känner sig lyssnad till och brister i dialog och delaktighet med patienten. Efter det kommer synpunkter som handlar om organisation och tillgänglighet, därefter synpunkter på administrativ hantering där det finns brister i kallelser, remisser intyg och provsvar. Ärenderegistrering sker efter en nationell modell.

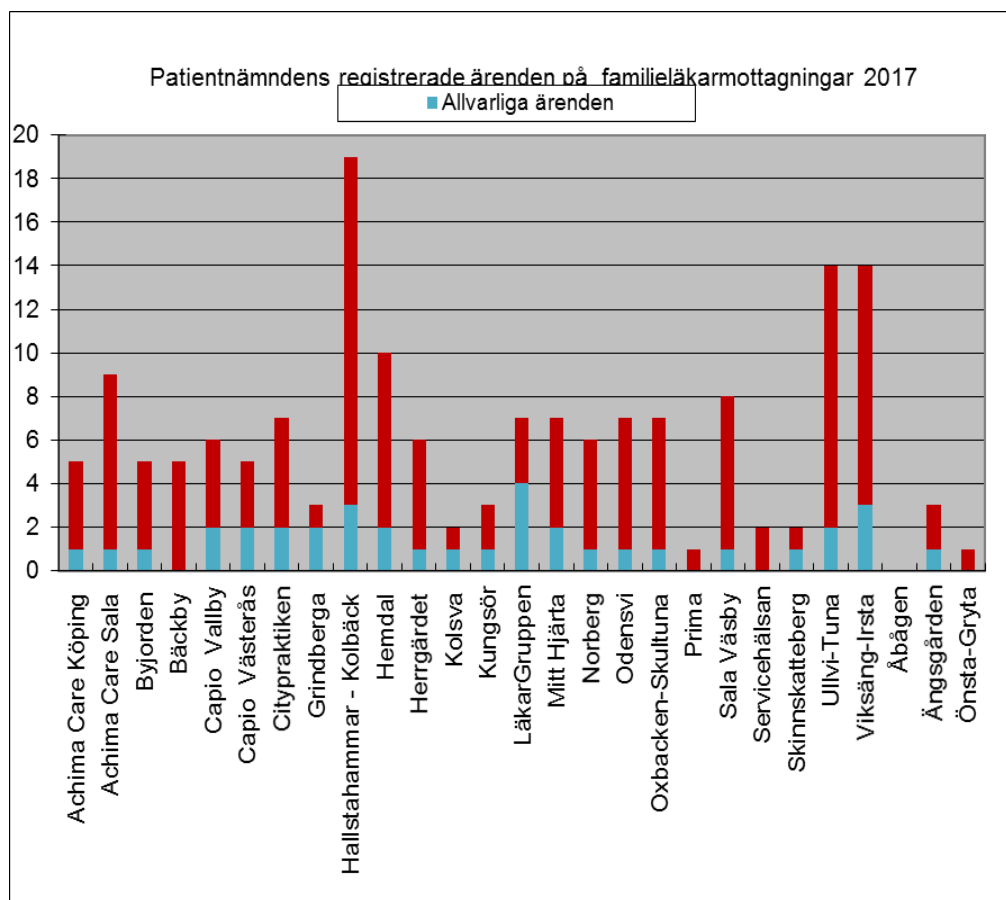
Fördelningen i procent mellan män och kvinnor som kontakter patientnämndens kansli har varit densamma under flera år, 62 % kvinnor och 38 % män. Den åldersgrupp bland kvinnorna som är vanligast är 60-69 år och bland männen 70-79 år.

### Ärenden per förvaltning/verksamhet



Här syns ingen större skillnad mot tidigare år. Västmanlands sjukhus följs av PPHV och därefter privata vårdgivare. Några slutsatser kan dock inte dras av detta, att någon enhet har fler klagomål via patientnämnden kan bero på att de är bättre på att informera om patientnämndens funktion än andra.

Registrerade ärenden på familjeläkarmottagningarna har under året varit 164 stycken. Registrerade händelser är uppdelade i allvarliga respektive övriga händelser. Definitionen av allvarlig händelse är ärenden med felaktig eller fördröjd diagnos samt de ärenden som rapporterats till chefläkare. Det uppmärksammades därutöver att 17 ärenden är klagomål/synpunkter på avslutad behandling med smärtstillande läkemedel. Det är patienter med långvarig läkemedelsbehandling som träffar ny läkare som vill avsluta behandlingen direkt eller med kort nedtrappning.



### *Några slumpvis valda rubriker på ärenden som registrerats på patientnämnden 2017*

En inblick i vilken typ av ärenden som hanterats på Patientnämnden under året. Det är slumpvist utvalda exempel på synpunkter, klagomål, idéer och förslag som registrerats under året och som på olika sätt beskriver det som enskilda personer upplevt och vill få klarhet kring.

*Anhörig till boende på demensboende uttrycker oro för brister i omvårdnad, brist i näringstillförsel och personalbrist. Vårdgivaren svarar att bemanningen följer de riktlinjer som finns i Västerås stad. Vad gäller brister i omvårdnad har man efter skrivelsen ändrat vissa rutiner.*

*Patient som tidigare opererats för cancer söker vård för bedömning av smärta i rygg, revben och vid inandning. Får smärtlindrande läkemedel-kände sig inte tagen på allvar. Efter flera besök remiss till röntgen fem månader senare. Då upptäckts flera metastaser. Vårdgivaren gör en formell händelseanalys av handläggningen av ärendet.*

*Patient med infekterat sår söker vård vid flera tillfällen. Ordinerar stödstrumpor, upplever ett nonchalant bemö-*

---

*tande. Patienten får uppsöka akut vård, blir inlagd för behandling av omfattande infektion i foten. Vårdgivaren beklagar det inträffade, gör en journalgranskning. Behandlande vårdpersonal inte kvar på enheten.*

*Patient nekas recept på smärtlindrande medicin och upplever ett dåligt bemötande från ansvarig läkare. Verksamhetschef beklagar att patienten inte kände sig respekterad och lyssnad på. Bjuder in patient till ett personligt möte.*

*Patienter upplevde brister i kommunikation/information i samband med en galloperation. Oklart om stygnen skulle tas bort eller var resorberbara. Enhetschef svarar att deras rutiner ska ändras. Förband ska hädanefter bytas vid hemgång för att uppmärksamma typen av suturer.*

*Patient inkommer med skrivelse för att påtala fördröjt sjukintyg som leder till utebliven inkomst. Enhetschef beklagar och lovar att de ska se över sina rutiner för intygsskrivande.*

*Patient som fått felaktig spiral utskriven vilket upptäcks då den är betalt och utlämnad på apoteket. Den får inte återlämnas. Efter skrivelse till patientnämnden ersätts patienten för kostnaden.*

*Patient har av vården fått värktabletter utskrivna en längre tid för smärta. Har nu ett beroende. Fått ett uttrappnings-schema på sex veckor vilket patienten upplever för kort. Verksamhetschef svarar att patienten kommer få hjälp från psykiatrin dit patienten nu är överförd.*

## **Ny lag om Klagomålshantering**

Från 1 januari 2018 införs nya bestämmelser gällande klagomål i hälso- och sjukvården. (lag 2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso-och sjukvården. De nya bestämmelserna innebär att patientens klagomål/synpunkter i första hand ska tillgodoses av vårdgivaren och att IVO:s utredningsskyldighet av klagomål begränsas. I region Västmanland hänvisas patienten att i första hand kontakta vårdgivaren, muntligt eller skriftligt genom att skriva en extern synergi. Patienten kan också vända sig till Patientnämnden som ska se till att denne får ett svar inom fyra veckor, handläggaren kan också bedöma om svaret är tillförlitligt.

Syftet är att patienten ska få ett snabbare svar och att vårdgivaren tidigare kan vidta åtgärder för att något liknande inte ska ske igen. En annan nyhet med den nya lagen handlar om hur klagomålen systematiskt ska tas om hand. Alla klagomål som kommer in till Patientnämnden ska utredas, analyseras och rapporteras. Rapporten ska sedan tillbaka till vårdgivarna, som på så sätt kommer att få en analys över patientens upplevda brister för att se vad de kan förbättra. Politikerna, som påverkar hur vården styrs kommer även de få del av resul-

tatet. Kort sagt, klagomålen ska bidra till att göra vården bättre.

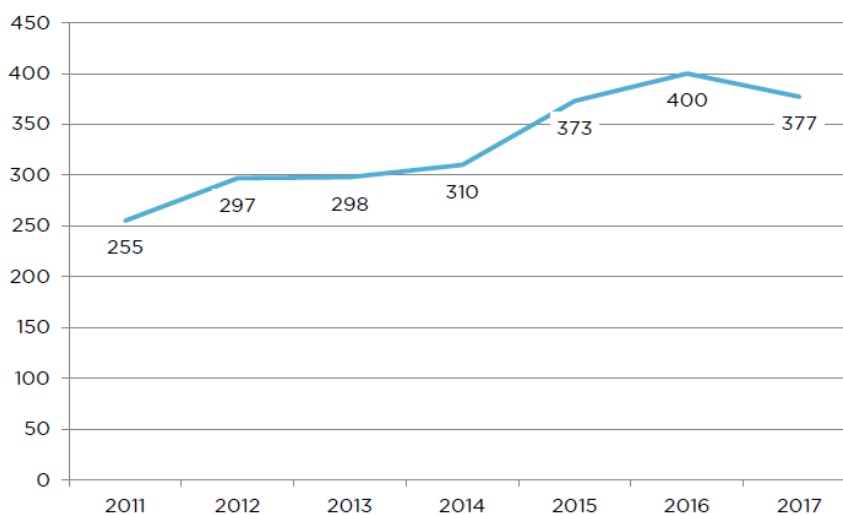
IVO ska fortsättningsvis utreda händelser om allvarliga händelser i vården. Det kan vara händelser där en patient har fått en bestående skada, ett väsentligt ökat behov av vård eller att någon har avlidit. IVO ska också utreda vissa klagomål som rör psykiatrisk tvångsvård och isolering enligt smittskyddslagen.

Nya instruktioner för handläggning av klagomål/synpunkter finns i ledningssystemet: dokument 4013 ”Patientnämndsärende-handläggning”. Dokument: 40428 ” Hantering av klagomål”. Sedan tidigare, dokument: 22247 ”Patientnämndsärenden-handläggning primärvården. Under hösten 2017 har verksamhetschef för patientsäkerhetsteamet och kansli-chef för Patientnämnden förberett och utarbetat instruktioner, kommunikationsplan och informationsinsatser för att förbereda såväl vårdgivare som allmänhet på den nya klagomålshanteringen. Detta på uppdrag av hälso- och sjukvårdsdirektör.

- ***Patientförsäkringen LÖF***

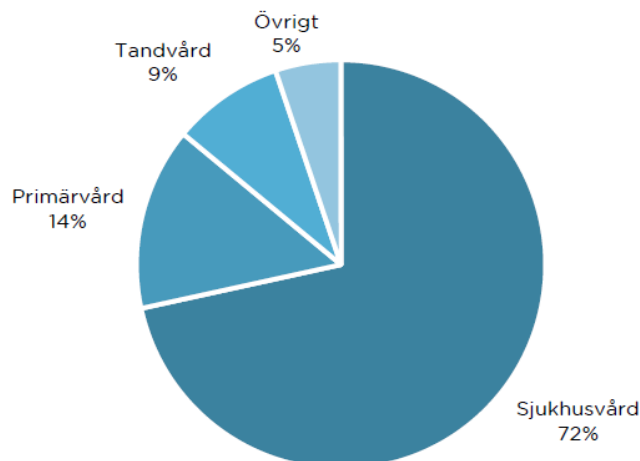
Under 2017 tog Patientförsäkringen LÖF (Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag) emot 377 skadeanmälningar som berörde Region Västmanland. Detta är ett trendbrott och en minskning på 6% jämfört med 2016. Nationellt fortsätter ökningen som tidigare med 2%.

5.1 Antal anmälningar hos Löf 2011-2017 för Region Västmanland



En skadeanmälan ska göras av en patient som anser sig ha drabbats av en skada under sin vårdtid. För att få ersättning från patientförsäkringen måste skadan ha gått att undvika. Nationellt har i genomsnitt har cirka 40 % av skadeanmälningarna ersatts 2016

5.2 Anmälningar uppdelade efter verksamhetsområde 2011-2017 för Region Västmanland



72 % av anmälningarna i Region Västmanland tillhörde sjukhusvård och 14 % primärvård. Tandvården har ökat med 1% jämfört med 2016.

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. Mest anmäls skador som inträffar i samband med operation. Andra vanliga skador är merskador p.g.a. försenad eller utebliven diagnos.

#### **SAMLAD BEDÖMNING AV KLAGOMÅL**

Även om patientklagomål ökat direkt till verksamheterna har de av dignitet troligen minskat till Patientnämnden och för Enskilt klagomål till IVO samt att antalet undvikbara allvarliga vårdskador ligger på en relativt sett låg nivå. 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, förbättrad samverkan samt att patientens delaktighet säkerställs.*
- *Klagomål avseende vård och behandling har ökat kraftigt men inträffad allvarlig vårdskada eller risk för sådan är oförändrad jämfört med tidigare år.*

---

Det är dock ett observandum att patientrelaterad negativ händelse ökat och att fler inträffade allvarliga vårdskador rapporterats.

## Resultat

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

Tidigare revision visar att Regionen utvecklat sitt patientsäkerhetsarbete under de senaste åren och vidtagit åtgärder för att säkerställa en god intern kontroll.

***Region 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 Regionen.***

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 infektionsverktyget.

***Arbetet har fortsatt i samma anda och följer nu Nationellt Ramverk för Patientsäkerhet som beskriver tre viktiga perspektiv för en säker vård, att hälso- och sjukvården ska vara:***

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

Region Västmanland involverar patient/närstående i vård och behandling både på individnivå såsom vid vård och behandling som på systemnivå vid utveckling av processer och vid utbildningar av personalen. Regionen arbetar utifrån evidens och kunskapsstyrning, integrerar patientsäkerhet i arbetsmiljö och e-hälsa samt analyserar fortlöpande risker i vården. Västmanland 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***

Regionens *centrala patientsäkerhetsteam* är en etablerad enhet med egen budget och verksamhetschef. Samtliga verksamheter har ett lokalt patientsäkerhetsteam. *Riskrådet* har etablerats för samverkan med andra författningsstyrda sakområden. *Läkemedelskommittén* är en viktig del i strukturen samt att lokal *Stramagrupp* finns etablerad. För implementeringen av de Nationella riktlinjerna finns en särskild avdelning för Kunskapsstyrning. *Analysgruppen* arbetar med öppna jämförelser. *Patientnämnden* arbetar i samverkan.



*Ett integrerat ledningssystem* för Region 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. Närmare 200 processer har identifierats och kontinuerligt kartläggs alltfler på en detaljerad nivå. För 95% av processerna finns processägare utsedda. Ett stort område som omedelbart fått stöd genom den etablerade processtrukturen är cancerområdet där det nationella införandet av standardiserade vårdförlopp pågått sedan 2015. Hittills har 28 vårdförlopp startat och arbete pågår att starta upp ytterligare 3 under 2018.

*Gemensam elektronisk journal Cosmic* är införd i hela Regionen inkluderande de privata utförarna av sjukhusvård och primärvård. Patienterna har via nätet sin *Journal* lättillgänglig och kan enkelt nå hälso- och sjukvården genom *1177 Vårdguiden*.

På *Lärcentrum*<sup>25</sup> finns regelbundna utbildningar i patientsäkerhet men även riktad utbildning i säker läkemedelsanvändning, suicidprevention och akut omhändertagande. All personal skall genomgå utbildning i hjärt-lungräddning varje år vilket nåddes i cirka 40% med stor variation mellan de olika verksamheterna. Utbildning och organisation har därför setts över men ej fått genomslag fullt ut 2017, dock med 5% fler utbildade 2017. AT-läkarna får A-HLR-utbildning i introduktionsveckan samt som en repetitionsutbildning ett år senare inför primärvårdsplaceringen.

Enligt nedan redovisning noteras att satsningen på utbildning i suicidprevention fått genomslag med betydligt fler som fått någon form av utbildning jämfört med tidigare år.

### **Antal deltagare i utbildningar (patientsäkerhet) 2017**

A-HLR utbildning	229
Barn A-HLR utbildning	22
Barn HLR - Instruktörsutbildning	11
Barn HLR utbildning + S-HLR barn grund	199
D-HLR	
S-HLR - Instruktörsutbildning	25
S-HLR utbildning	1518
Vuxen HLR med hjärtstartare	216
Vuxen HLR med hjärtstartare - Instruktörsutbildning	3
<b>Totalsumma hjärt-lungräddning</b>	<b>2223</b>
Patientsäkerhet för verksamhetschefer	13

<sup>25</sup> För en komplett information om Lärcentrums verksamhet och för personalen genomgångna utbildningar hänvisas till Lärcentrums verksamhetsberättelse 2017.

Avvikelseberättelser/Händelse- eller riskanalys	12
Strålsäkerhet/Gasutbildning eller Medicinsk Teknik	56
proACT (tidigare ALERT)	152
Akut omhändertagande för Primärvården	24
Akut omhändertagande för psykiatrisk vård	55
SBAR*	12
Team-arbete/Team-träning	
Förflyttningsskick**	134
Förflyttningsskick - Instruktörsutbildning	13
Läkemedel	
Suicidprevention bas och fördjupning	140
Introduktion för suicidprevention bredd, "webbaserad"	97
Psyk E-bas	258
<b>Totalsumma Suicidprevention</b>	<b>495</b>

\*SBAR: Under 2017 har förutom de ordinarie tillfällena på en halvdag x 2 även haft arbetsplatsförlagd information/utbildning. Enheten/kliniken arbetar därefter själva fram en struktur att hålla sig i. Material har tillhandahållits från Lärcentrum och patientsäkerhetsteamet. Uppföljning görs efter behov och efterfrågan.

\*\*Förflyttningsskick: Under 2017 har utbildning till instruktör kunnat erbjudas 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 uppdatera material etc. men också påvisa så fel/brister ej uppstår. Grundutbildningen kommer som tidigare hållas på Lärcentrum och inom KTC

Även om totalantalet medarbetare som genomgått någon form av hjärt-lungräddning årligen (2223) succesivt ökat de senaste åren med 20% så noteras fortfarande stora brister i målluppfyllelse över tid.

Åtgärder har därför vidtagits under 2017 att genomföra den planerade HLR-organisationen att koppla 15-20 instruktörer till Lärcentrum som på 10% av sin tjänst utbildar all personal inom samtliga verksamheter.

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. Under året har det genomförts teamträning på bland annat lungavdelningen, diabetes-njuravdelningen och akutmottagningen.

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.

---

Avvikelser 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 regionen.

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 och modul för patientsäkerhet fastställdes. Sedan tidigare föreläser chefsjuksköterskan samt samordnande analysledare för nyanställda sjuksköterskor under deras introduktion. Chefläkare medverkar även sedan 2017 vid AT-introduktionen. Initiativ är tagna och patientsäkerhet ingår nu inom ST-läkarutbildningen inom den del som kallas "common trunc". Chefläkare deltar i utbildning av sommarvikarier för psykiatrin för att säkerställa god vård och patientsäkerhet. E-utbildning i patientsäkerhet behöver emellertid skapas för breddutbildning.

*Arbetet har fortsatt under 2016 och från 2017 finns modul Patientsäkerhet, en två-dagars-utbildning som obligatorisk chefsutbildning och erbjuds även privata utförare.*

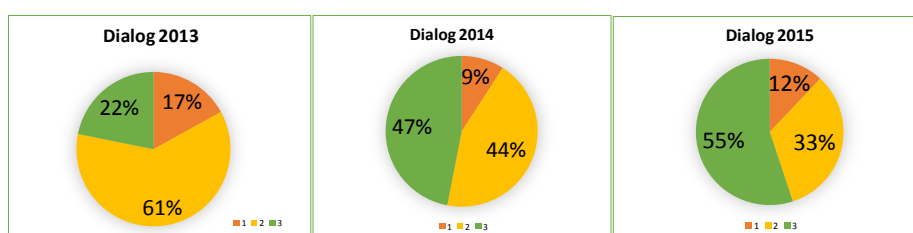
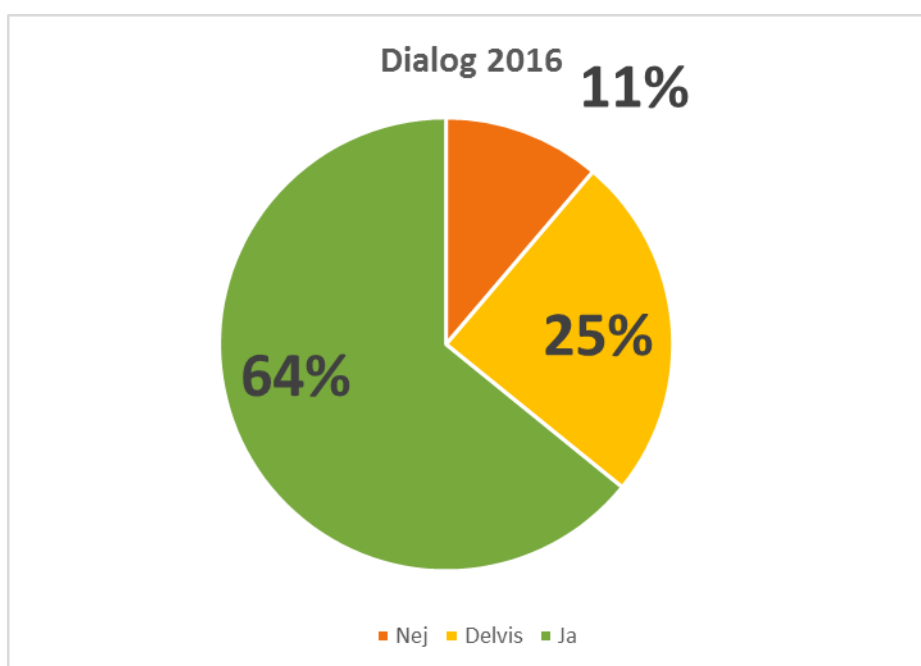
#### **Antal deltagare i utbildningar (synergi) 2017**

Läroledd utbildning	Antal deltagare	Antal utbildningstillfällen
Grundutbildning	67	10
Nätverksträff	157	6
Privata vårdcentraler	19	4
Egenkontroller - Brand	23	4
Steg 1 rapporter/utdata	14	4
Stöd och hjälp i avvikelshan- teringen	1	1
Personalutbildning/information	78	23
Enskilda utbildningar	66	34
<b>Totalt</b>	<b>425</b>	<b>86</b>
e-utbildning	23	

Nätverksträffar för avvikellesamordnare har förstärkts och ges nu regelbundet för att kvalitet-säkra kategoriseringen i Synergi för valida utdata.

### Processmått

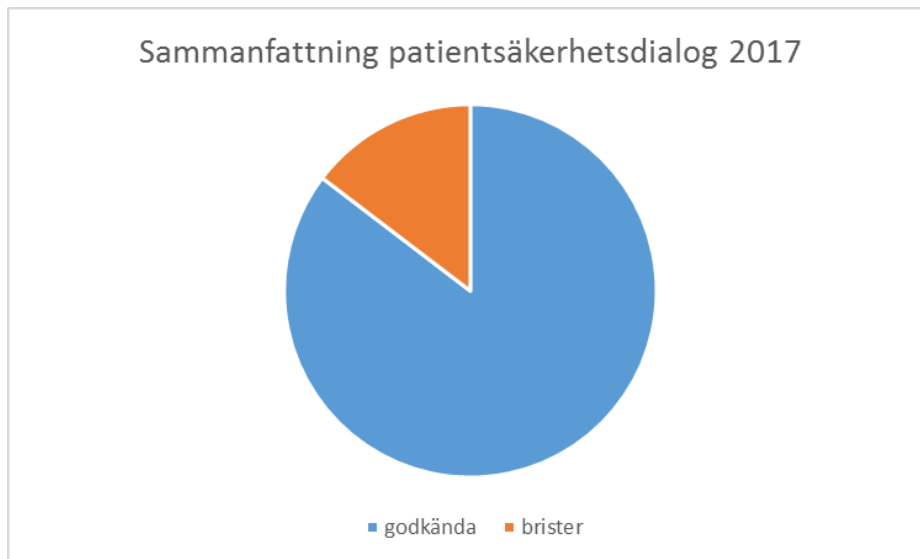
*Patientsäkerhetsdialoger* genomförs på samtliga enheter under året av den chefläkare som har ett särskilt uppdrag inom verksamhetsområdet tillsammans med chefsjuksköterskan. Det innebär att chefsjuksköterskan besökt samtliga kliniker medan respektive chefläkare sett sitt område uppdelat på primärvård, psykiatri, medicinska specialiteter och kirurgiska+diagnostiska specialiteter. En sammanställning av patientsäkerhetsronderna har genomförts tidigare enligt trafikljusmetoden och många förbättringsförslag har kunnat tas om hand. En sammanställning över tid visar även att verksamheterna rör sig mot målet.



Frågorna från patientsäkerhetsdialogerna belyser struktur, process och resultat av patientsäkerhetsarbetet i verksamheterna. Samtliga verksamheters resultat är ihop-räknade. Även om inte frågorna är identiska över tid\* visar sammanställningen dock en tendens mot förbättrat patientsäkerhetsarbete. Grönt avser uppfyllda mål, gult delvis uppfyllda och rött inte alls. \*Se sidan 24.

För år 2017 har sammanställningen följt återkopplingen i Synergi utifrån modulen inspektionsmeddelande som bara omfattar två dimensioner; godkänt eller brist. Dessutom saknas fyra kirurgiska verksamheter i dialogen då patientsäkerhetsdialog ej kunnat genomföras med dem år 2017 pga vakans på den chefläkartjänsten.

### Sammanfattning patientsäkerhetsdialog 2017



De brister som ses rör främst vårdrelaterade infektioner, trycksår och läkemedelsrelaterade frågor.

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

*Händelse & Riskanalyser* har genomförts under ledning av centrala analysledare; 12 händelseanalyser som har förts in eller kommer att föras in i Nitha<sup>26</sup> samt 11 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 är nu etablerad.

Händelseanalys med central analysledare görs i de Lex Maria-ärenden som kräver en större genomlysning, om flera verksamheter 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. Beslut om nytt integrerat arbetssätt för riskanalys kommer att tas under våren 2018.

#### *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-december har 86% av avvikelser klassificerats och 50% av patientolycksfall har allvarlighetsbedömts inom fyra veckor. Klassificeringen av avvikelser visar stabila värden

<sup>26</sup> Nitha är ett nationellt IT-stöd för händelseanalyser. Beslut finns ännu ej att föra in suicid.

---

varje månad men allvarlighetsbedömningen visar något sämre resultat jämfört med föregående år.

System för *E-hälsa* finns etablerat. Vid årsskiftet 2017/2018 hade 49% av invånarna i Västmanland ett inloggningskonto på 1177 Vårdguiden vilket är en ökning med 9% mot föregående årsskifte. 31/12 2017 hade 38.703 Västmanlänningar loggat in i *Journalen* vilket är en ökning med 15% jämfört med vid föregående årsskifte.

#### e-tjänsten Journalen för perioden 170101 - 171231

		Totalt	Genomsnitt/dag
Alla träffar	i	322792	884,36
Alla träffar må-fr	i	274861	1057,16
Alla träffar lö-sö	i	47931	456,49
Unika invånare	i	38703	106,04
Förstagångsträffar	i	18487	50,65

2010 slöts en överenskommelse mellan SKL och regeringen gällande sammanhållen vård och omsorg för de mest sjuka äldre. Ambitionen var att stödja och stimulera huvudmännen till att utveckla ett gemensamt, långsiktigt och systematiskt förbättringsarbete. Västmanland var ett län som tidigt såg fördelen att samordna arbetet över huvudmannagränserna. Kvalitetsregistren Senior Alert och Palliativregistret omfattades.

Efter februari 2017 upphörde registreringen i kvalitetsregistret *Senior Alert* för Region Västmanland. 436 riskbedömningar för fall, trycksår och undernäring i kvalitetsregistret Senior alert hann göras varav åtgärder insattes i 398 fall. Enstaka riskbedömningar var gjorda i primärvården. (2016 gjordes 7.510 riskbedömningar i Senior Alert.)

Fler riskanalyser enligt ”Senior Alert” genomförs i Region Västmanland men dokumenteras direkt i elektronisk journal Cosmic för att kunna följas upp i vårdkedjan. Rapport för att kunna följa upp utdata direkt ur journalen är under framtagande.

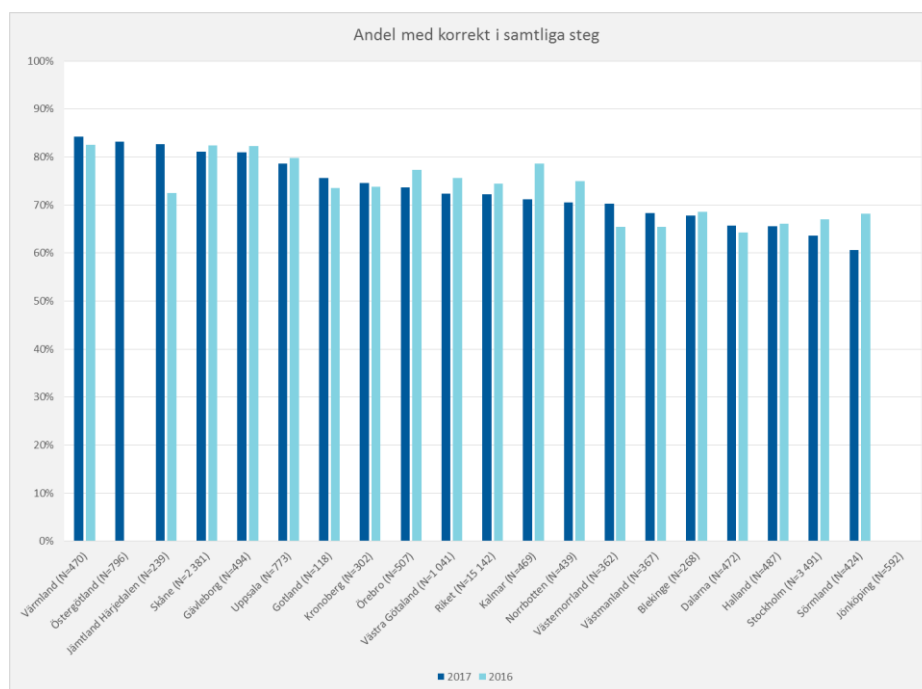
En kraftig minskning av mätbara *munhälsobedömning enligt ROAG* kan ses i den duva-rapport som nu är möjlig gällande munhälsan. Resultatet är ej jämförbart med tidigare då registrering i Senior Alert har upphört men föregående år fanns uppgift på att 3050 personer fått bedömning av munhälsan vilket utgjorde 19 %. Målsättningen för planperioden var att 45% skall få en munhälsobedömning. Andel mätbara riskbedömningar av munhälsan under år 2017 har varit 1318 patienter, >= 70 år – för vårdtillfälle med tre eller fler vårddygn. Av dessa har 1009 patienter bedömts ha risk för försämrad munhälsa och fått

åtgärder utförda.

Det preventiva arbetssättet där munhälsan står i fokus har dock fortsatt under 2017 i slutenvården. Ca 15 utbildningar i munhälsa på vårdavdelningar har utförts, samt att äldre teamet deltagit i projekt i Köping gällande munhälsa. Dessutom har besök med praktik gällande munbedömningar utförts på avdelningar.

De nationella mätningarna av *vårdrelaterade infektioner (VRI)* samt *följsamhet till grundläggande hygienrutiner och klädregler* har legat till grund för mätningar inom regionens alla verksamheter. Andelen korrekta hygien- och klädregler är genomsnittligt strax under 70% i hela regionen; nära 80% inom somatisk sjukhusvård och vid 60% inom mottagning/primärvård. Resultatet är förbättrat mot föregående år.

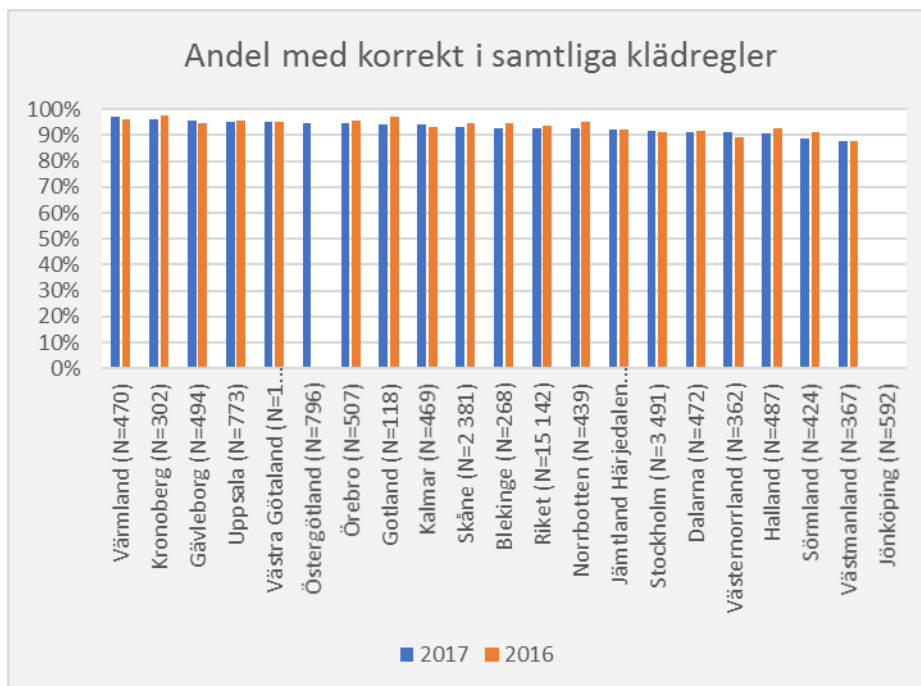
**BHK: Andel med korrekt i samtliga steg: 68.3 % 2017, 65.4 % 2016 enligt SKL**



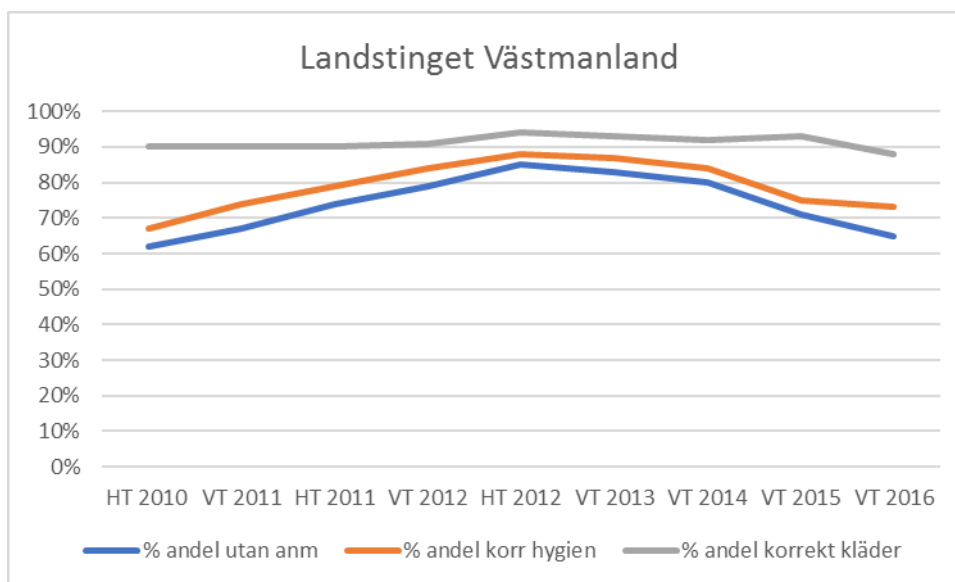
I de lokala analyserna gjorda inom regionen kan ses att resultaten gällande andelen korrekta klädregler ser god ut inom alla förvaltningar. Lite sämre resultat gäller dock rörande andelen korrekt hygien i samtliga steg. Ett fortsatt arbete med fokus på följsamhet till basala hygienrutiner framförallt gällande handsprit före handskar samt att punktinsatser gällande korrekt klädsel behövs. Se även utvärdering av Hygienåret.

Under året genomfördes månatliga mätningar för VS, men för PPHV inklusive de privata vårdgivarna fyra gånger per år

**Korrekt klädsel: Andel med korrekt i samtliga klädregler: 88 % 2017, 87.8 % 2016 enligt SKL**



**Basala hygienrutiner och klädregler 2010-2016 Landstinget Västmanland**



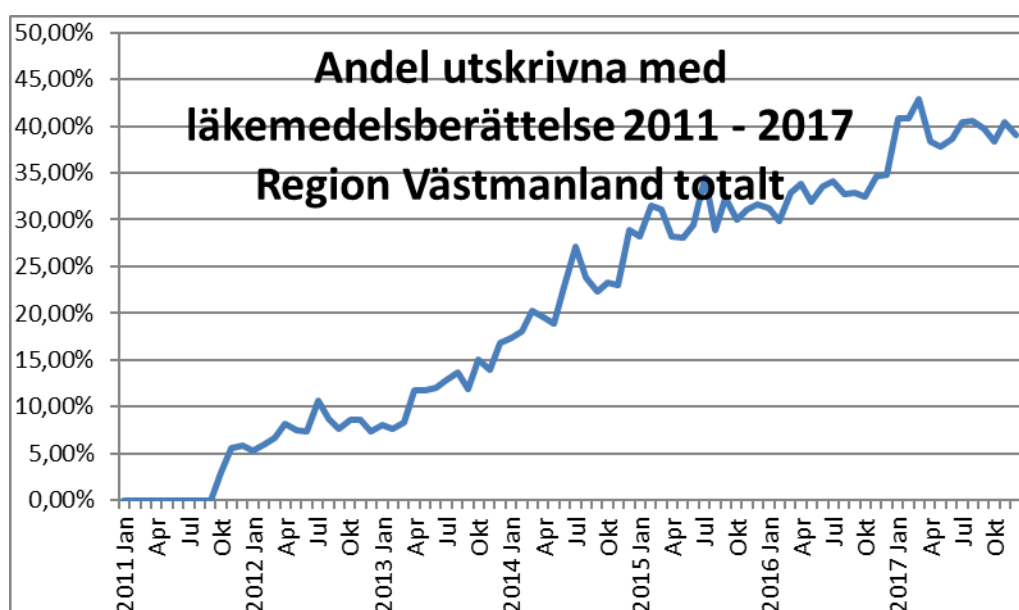
Infektionsverket har införts inom samtliga slutenvårdsavdelningar och specialistmottagningar på Västmanlands sjukhus men systemet är tyvärr inte i bruk sedan april 2017 p.g.a. att det inte är kompatibelt med den nya Cosmic-versionen R8.1.



Antalet fördjupade läkemedelsgenomgångar i primärvården har kraftigt minskat 2017 (3612) jämfört med tidigare år 2016 (4337) och år 2015 (6484). Av genomförda analyser omfattade 1187 regionens egna vårdcentraler som utgör ca 40% av primärvården. Föregående år var motsvarande siffra 1281 och år 2015 gjordes 1773 fördjupade läkemedelsgenomgångar på de egna vårdcentralerna.

För hela regionen är det totala antalet kvå-kodade fördjupade läkemedelsgenomgångar 1.727 genom att specialistsjukvården numera också kvå-kodar. Huvuddelen av dessa 540 sker inom geriatriken.

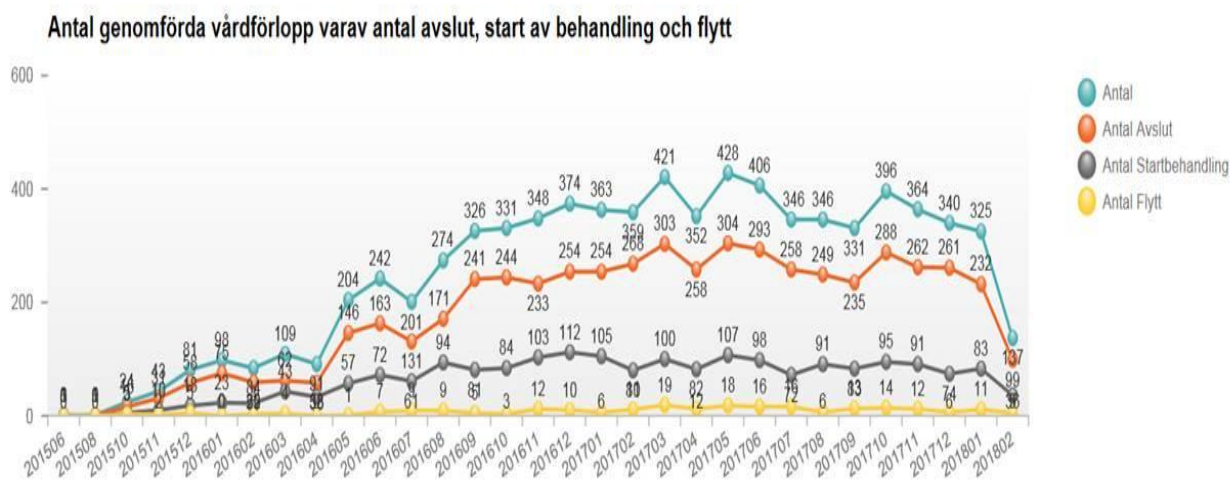
#### Andel utskrivna med läkemedelsberättelse 2011-2017



Andelen patienter som får med sig en läkemedelsberättelse vid utskrivning från slutenvården fortsätter att öka som följd av fokuserat förbättringsarbete. Under 2017 fick ca 40% av patienterna en *Läkemedelsberättelse* vid utskrivning. En viss avplaning i den ökande trenden kan förutspås inför kommande år eftersom relativt stora volymer av utskrivna patienter tillhör kategorier där läkemedelsberättelse inte är aktuellt, t ex på förlossningsavdelning. Inför kommande år behöver målnivån därför omvärderas, även om det fortfarande finns stor förbättringspotential lokalt inom vissa verksamheter. Behov finns även av kvalitetssäkring av innehållet i de skrivna läkemedelsberättelserna. En utmaning inför 2018 är att hitta en effektiv och hållbar metod för detta.

Gällande *vårdplan i Cosmic* så har det pågått ett intensivt arbete med att implementera vårdplansmodulen i Cosmic på ett stort antal av Region Västmanlands slutenvårdskliniker. Kontaktpersoner på klinikerna har hållit 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.

## Allt fler patienter utreds inom ramen för standardiserade vårdförlopp - cancer



Bilden visar antalet patienter som utretts för välgrundad misstanke om cancer sedan starten oktober 2015, samtliga 28 Standardiserade vårdförlopp redovisas. Blå linje är alla som utretts och svart linje är antalet som fått behandling.

### Resultatmått

Antalet Lex Maria ärenden omfattande patienter som drabbats av allvarlig vårdskada eller utsatts för sådan risk anmäldes i 43 fall varav 34 var inträffad allvarlig vårdskada. Det är fem 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 34 varav 14 suicid<sup>27</sup>

Markörbaserad journalgranskning på övergripande nivå inom somatisk vård visar att andelen skador och vårdskador i princip är i nivå med 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 inom somatisk vård år 2017.

Klinikgranskning har emellertid genomförts inom Vuxenpsykiatrin där 216 journaler granskats 2017. Varje granskat vårdtillfälle har omfattat en vårdperiod av 3 månader. 182 av dessa granskningar har rapporterats in till den nationella databasen (fem av dessa är granskningar inom Rättspsykiatrin). I denna rapportering har identifierats 33 skador och 14 vårdskador. De flesta händelserna som inträffat visar, vid kontroll, att en avvikelse har rapporterats. Detta gäller i synnerhet lite allvarligare händelser. När det gäller mindre allvarliga händelser minskar rapporteringen i Synergi.

<sup>27</sup> Eftersom lex Maria-anmälan kan dröja två månader blir ej under året i Synergi rapporterade händelser helt i överensstämmelse med antalet lex Maria.

Fynd:

- Fall
- Självtilfogade skador
- Självordsförsök
- Fördröjd vård och behandling
- Frikostiga ordinationer av bensodiazepinpreparat
- Avbruten vård och behandling

En viss ökning av fallskador inom heldygnsvården ses och med anledning av detta har Region Västmanlands instruktion gällande fallriskbedömningar implementerats inom vuxenpsykiatrin.

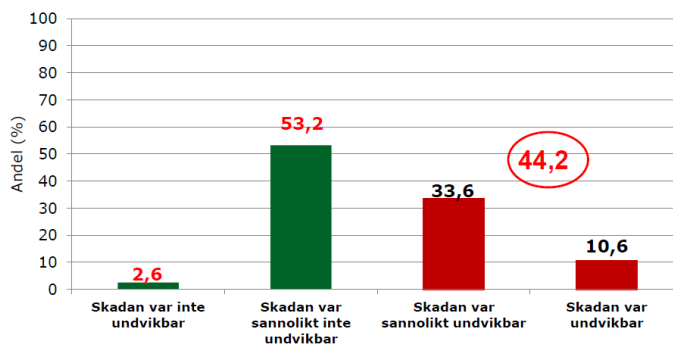
I syfte att förbättra riskbedömningen satsas det på självmordspreventionsutbildning inom vuxenpsykiatrin. Kompetenskort som bygger på innehållet i vårdprogrammet för självmordsprevention har framtagits. Målet är att varje medarbetare en gång per år ska göra detta test. Syftet är att öka kunskapen om innehållet i vårdprogrammet samt få en bättre följsamhet.

Utdata från markörbaserad journalgranskning inom somatisk slutenvård finns sammanställd nationellt sedan flera år tillbaka men saknas för 2017 då resultatet släpar. I 10,6 % bedöms skadan vara undvikbar. I 3% bidrog den till patientens död. Vårdrelaterade infektioner är den vanligaste skadeorsaken.

Nedan följer en redovisning av data från region Västmanland 2013-2016.

## Undvikbarhet

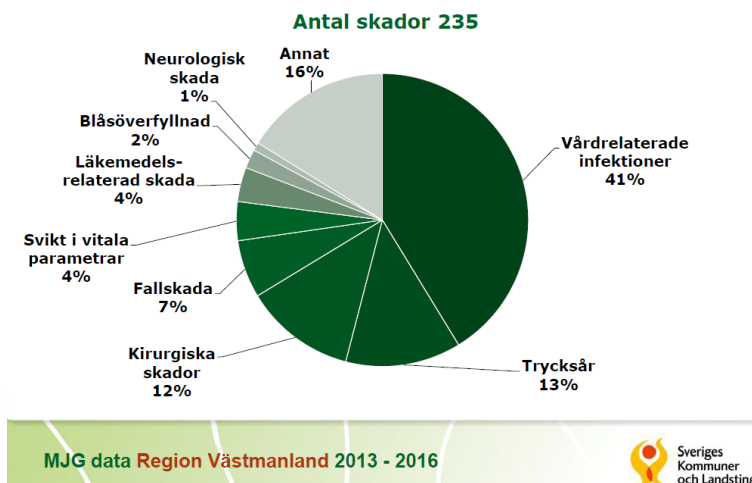
Antal skador=235



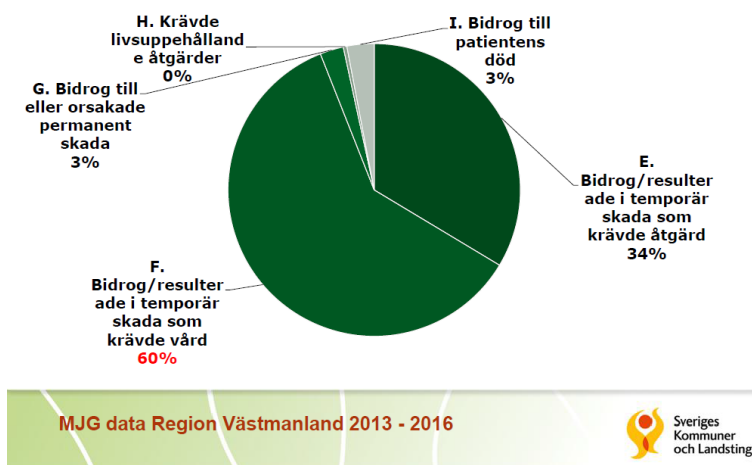
MJG data Region Västmanland 2013 - 2016



## Skador; skadetyper



## Skador; allvarlighetsgrad



### Öppna jämförelser

I öppna jämförelser uppvisar Region Västmanland mycket goda resultat gällande akut hjärtsjukvård och strokesjukvård. Man kan särskilt lyfta fram att Västmanland förbättrat resultat när det gäller antikoagulantia till flimmerpatienter med stroke. 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. Även inom bröstcancer och tjocktarmscancer är Västmanland framträdande.

Uppföljning av resultatet sker bl a genom *Socialstyrelsens målnivåer*, för 2017 uppnår Region Västmanland 65% vilket är en förbättring jämfört med före-

---

gående år. Målsättningen var 70 %.

Socialstyrelsen fastställer målnivåer i nationella riktlinjer som hälso- och sjukvården bör sträva efter i behandlingen av personer med kroniska eller långvariga sjukdomar. Socialstyrelsen fastställer en mål-nivå för respektive indikator. Det finns för närvarande 49 målnivåer, siffrorna är presenterade i Vården i siffror (ÖJ). Eftersom målvärdena enligt Socialstyrelsen är högt satta (det första % värdet) i förhållande till det aktuella läget i landstingen har Analysgruppen diskuterat sig fram till att det ska finnas ett utrymme för lokala målnivåer i strävan att nå det nationella värdet. En bedömning har gjorts av hur regionen uppnår det nationella värdet (Socialstyrelsens) alternativt att ett värde på +/- 5 procentenheter som är en acceptabel nivå för att anse att ett lokalt målvärde uppnås. Uppfyllandet av målnivån, nationell alternativt lokal bedöms efter respektive mål-nivå. En bedömning har gjorts av hur regionen uppnår det nationella värdet.

*Negativa händelser/olycksfall* rapporterade i Synergi är 1800 15% högre än föregående år. Jämfört med föregående år är:

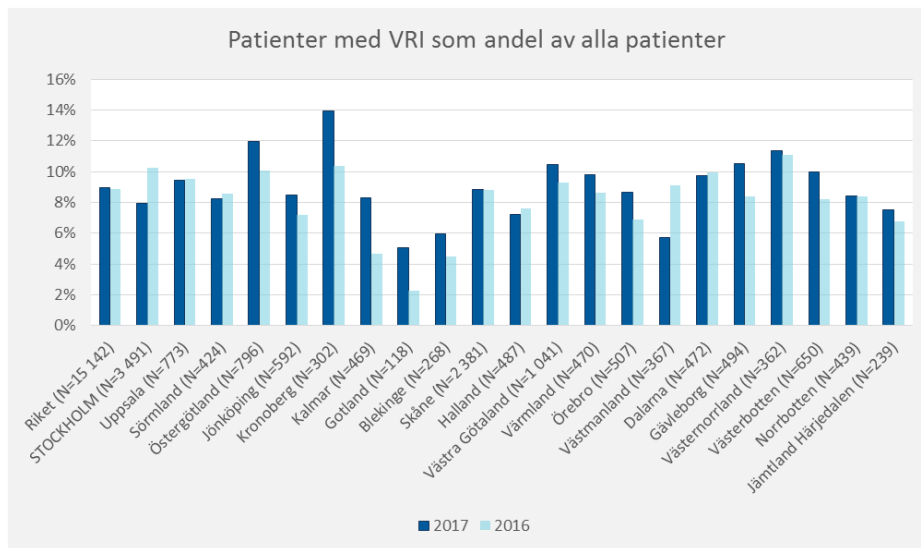
- *Självmoden* som rapporterats är något fler 22 mot 19
- *Självmodsförsöken* som rapporterats är färre 378 mot 422
- *Fall/fallskador* som rapporterats är oförändrade 621
- *Läkemedelsfel* som rapporterats är oförändrade 604
- *Samverkan mellan enheter* som rapporterats är färre 420 mot 462  
(Till detta tillkommer patientklagomål på bristande samverkan)

Sammantaget innebär den högre rapporteringen att flera händelser rapporterats i högre eller oförändrad omfattning förutom suicidförsöken som fortsätter att minska. Samverkan mellan enheter är något färre men patientsäkerhetskulturenkäten visar detta som ett bristområde.

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

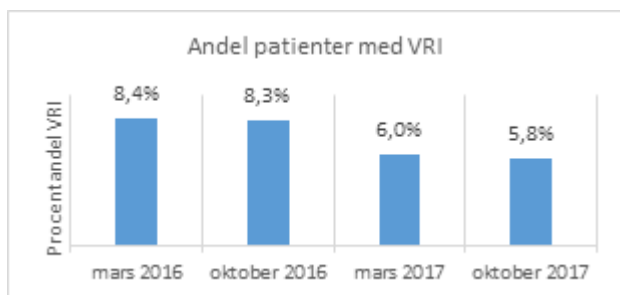
Vårdrelaterade infektioner mäts och sammanställs två gånger per år samt efter behov och rapporteras nationellt på våren. Västmanland behåller en relativt sett låg frekvens av VRI under riksgenomsnittet men på en högre nivå än då Västmanland deltog i SKL:s projekt att identifiera framgångsfaktorer i egenkap av ett landsting som har lyckats minska VRI.

Resultaten från 2017 års nationella mätning visade på en förekomst av vårdrelaterade infektioner hos 5.7% av patienterna i samband med mätningen i regionen. Det är en minskning från föregående år som ses mycket positivt. I de lokala mätningarna presenteras förekomst hos 6.0 % i mars och 5.8 % i oktober, detta kan jämföras med nationell nivå där minskningen av vårdrelaterade infektioner uteblivit. En möjlig förklaring kan vara att medelåldern och vårdtyngden förändras och att antalet vårdplatser fortsatt att minska. Att andelen inte ökar, kan mot den bakgrunden ses som en framgång, då patienter med vårdkrävande VRI i allmänhet har dubbelt så lång vårdtid skulle ha höjt prevalensen.



**Vid vårens nationella punktprevalensmätning låg Västmanland på 5,7% mot 7,3 % förra året och mot 9,2% året innan och är nu åter nära målet på <5%**

VRI Västmanland 2017 5,7 % enligt SKL. Dessa uppgifter har efterhandkorri-gerats efter journalgranskningar avseende sjukhus- eller samhällsförvärvad infektion, därav de diversifierade siffrorna jämfört med VS resultat.



Under slutet av november drabbades dock infektionskliniken av en smittspridning av VRE, vancomycinresistenta enterokocker, vilket resulterade i att 13 patienter blev smittade under vårdtiden på kliniken. Chefläkare och chefsjusköterska ingick i den operativa grupp som tillsammans med representanter från verksamheten, ledning samt smittskydd och vårdhygien kontinuerligt träffades och fastslog åtgärder relaterade till smittspridningen. Erfarenheterna från denna smittspridning belyser vikten av god följsamhet till BHK och vilken av noga städrutiner, både gällande områden som utförs av städ och övrig vårdpersonal.

### **Förekomst av Trycksår**

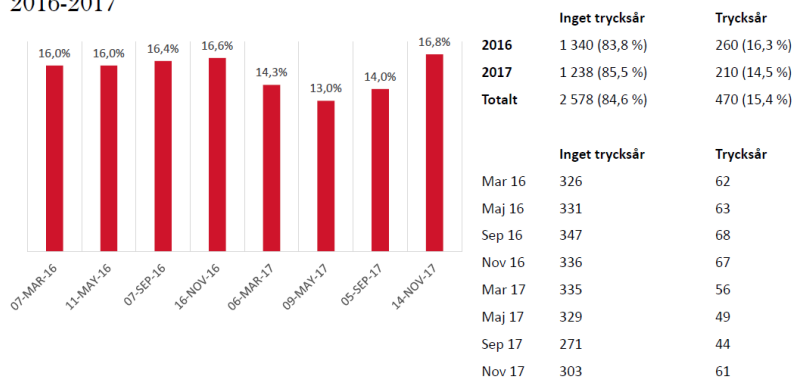
Under 2017 genomfördes fyra trycksårsmätningar på samtliga slutenvårdsavdelningar. Andel tryckskada/trycksår kategori 1-4 har inte minskat till önskad målnivå <10%. Journalgranskningen visar att adekvata omvårdnadsåtgärder inte alltid sätts in direkt vid tryckskada och trycksår samt att det finns

brister i dokumentation i form av vårdplaner. Hälften av patienter med trycksår kategori 3 och 4 har sår vid inläggning på sjukhus.

**Den totala mängden trycksår minskade från 16.3 % 2016 till 14.5 % 2017.** Rörande kategori 2-4 minskade förekomsten från 8.6 % 2016 till 8.1 % under 2017. Dock bör uppmärksammas att förekomsten steg under den senare delen av året.

### Genomförda mätningar avseende trycksår kategori 1-4 under 2016-2017

Antal patienter med trycksår – kat 1-4  
2016-2017



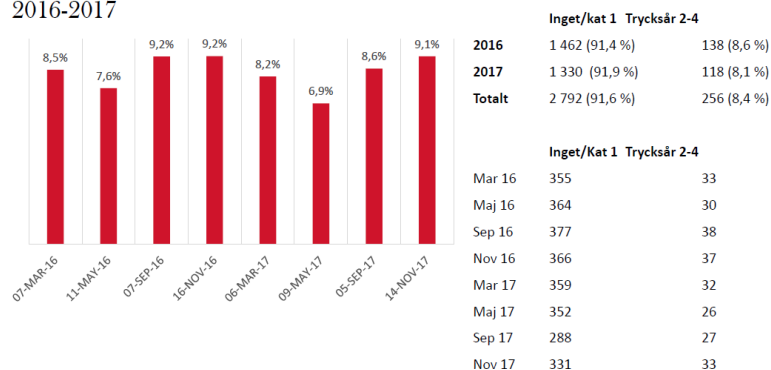
Trots ett stort engagemang och flera olika insatser i Region Västmanland ligger andelen trycksår på en fortsatt hög nivå jämfört med riket. Framgångsfaktorer för att minska andelen trycksår är riskbedömning, hudbedömning och tidigt insatta förebyggande insatser. En annan framgångsfaktor är att det finns rutiner för att identifiera trycksår som är sjukhusförvärvade.

### Genomförda mätningar avseende trycksår kategori 2-4 under 2016-2017

tmanland.se



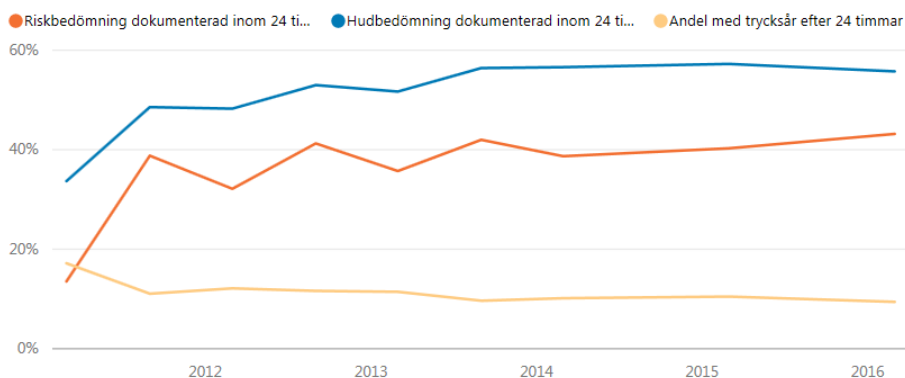
Antal patienter med trycksår – kat 2-4  
2016-2017



Våra fortsatta utmaningar är att öka andelen som fått en dokumenterad hud

---

och riskbedömning inom 24 timmar, för att skapa förutsättningar för tidigt insatta åtgärder och möjliggöra uppföljning av effekt av åtgärder.



Fortsatt satsning på madrassinköp har gett resultat så att nästan 100% av sjukhussängarna nu har trycksårsförebyggande madrasser. 134 deltagare har genomfört grundutbildningen i förflyttningskunskap under 2017 och 13 deltagare har genomfört instruktörsutbildningen.

I sårbehandlingsprogrammet mellan primärvård och specialistsjukvård uppmärksammas även trycksår.

Antalet rapporterade fall/fallskador för inneliggande patienter > 70 år är oförändrade. Fall rapporteras i hög utsträckning men är sällan allvarliga. En fallskada var allvarlig och ledde till lex Maria-anmälan 2016.

### **Patientsäkerhetskultur, regionen resultat 2017 utifrån målnivåer:**

Högsta ledningens stöd till patientsäkerhetsarbete: 41 %

Arbetsbelastning och personaltäthet: 44 %

Lärandeorganisation: 55 %

Överlämning och överföring av patienter och information: 49 %

Även om patientsäkerhetskulturen förbättrats har bara små steg tagits framåt.

### *Undvikbar slutenvård och oplanerad inskrivning*

Under regeringssatsningen för ”Mest sjuka äldre” togs det fram flera mått på hur vården kring denna patientgrupp fungerar. Två av måtten handlar om ”undvikbar slutenvård” och ”oplanerad återinskrivning inom 30 dagar”. Dessa mått används för att beskriva och jämföra den sammanhållna vården och omsorgen för de mest sjuka äldre.

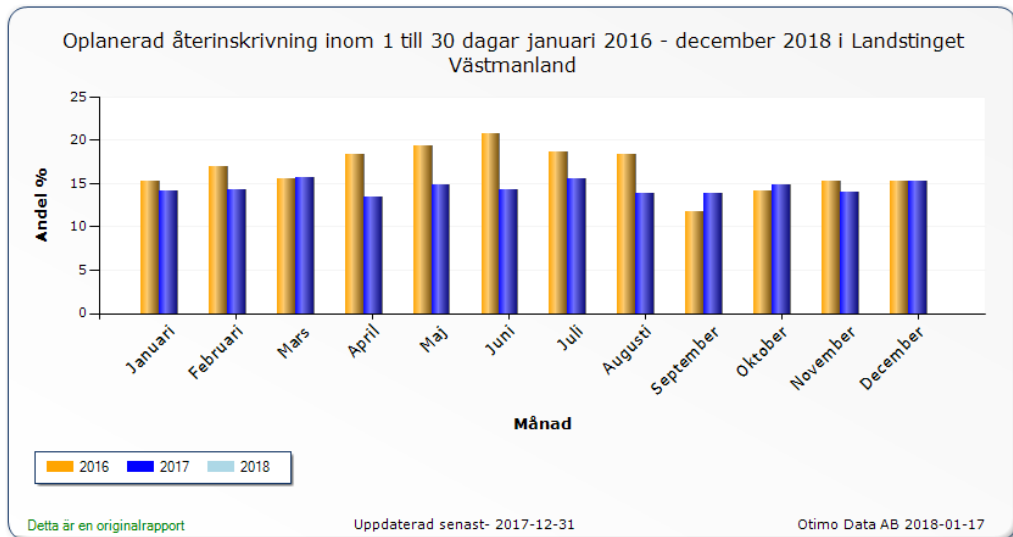
Under våren 2017 anordnade äldrevårdsteamet i samarbete med läkare på Strama samt vårdhygien utbildningar runt om i länet med temat: ”Urinvägsinfektioner, sjukdomssymtom, läkemedelsbiverkan”. Ett 80-tal sjuksköterskor, distriktssköterskor, undersköterskor och läkare från kommunen och primärvården deltog på dessa.

Hösten 2017 har äldrevårdsteamet förankrat, planerat och startat igång utbildningar i hjärtsvikt som ett led i hjärtsviktsprocessen. I denna process har ett behov av att genom tydliga ordinationer och ansvar kunna ge patienter med



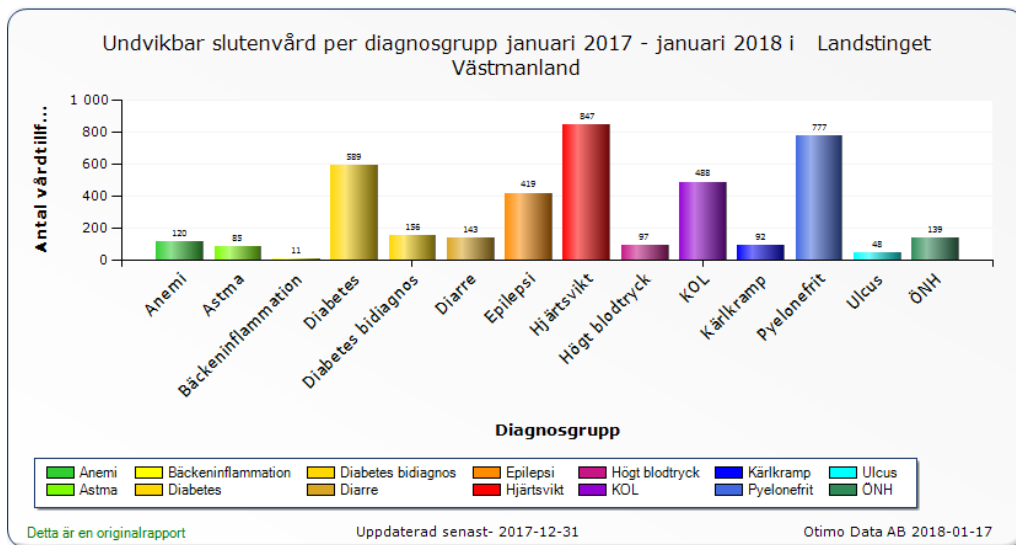
grav hjärtsvikt intravenösa vätskedrivande läkemedel uppmärksammas. Utbildningar om detta har inletts december 2017 med fortsättning en bit in på vårterminen.

### Oplanerad återinskrivning inom 30 dagar



### Undvikbar slutenvård

Skillnaderna som kan ses i staplarna, fler med diabetes och pyelonefrit, vid jämförelse med 2016 kan till stor del förklaras med att vi från mars 2017 börjat rapportera in alla åldrar. Tidigare rapporterades bara personer från 65 år till kvalitetsportalen. Rapporter skickas den 15:e varje månad och innehåller uppgifter för de senaste 6 månaderna. Detta innebär att den nya rapporteringen visuellt kom igång september 2016.



Indikatorn ”undvikbar slutenvård” baserar sig på olika diagnoser (satta av socialstyrelsen) som man anser inte skulle behöva slutenvård.

Då de mest sjuka äldre ofta har insatser från både kommuner och landsting är

det svårt att uppnå goda resultat för en enskild huvudman. Dock går resultaten att påverka. Äldrevårdsteamet ser ökade möjligheter till fördjupad samverkan med kommunerna genom att Västmanland blev en region 2017.

### ***Måluppfyllelse enligt Program Patientsäkerhet 2017-2020***

I Program Patientsäkerhet mäts 16 indikatorer inom 6 målområden. 11 indikatorer utvecklas åt rätt håll jämfört med föregående år medans 1 indikatorer går åt fel håll. De målområden som utvecklas positivt är; Vårdrelaterade infektioner ska minska, Läkemedelsanvändningen ska vara säker samt Suicidprevention ska förbättras. Antalet lex Maria – anmälda allvarliga vårdskador är något färre än föregående år samt att antalet suicid och oklara dödsfall är färre.

Programmets mål	Indikator	Målvärde	Utfall 2015	Utfall 2016	Utfall 2017
1: Antalet allvarliga vård-skador ska minska	1:1 Antalet lex Maria-anmälningar gällande inträffad vårdskada	Minska	31	39	34
	1:2 Kvoten risk/ inträffad vårdskada av lex Maria-anmälningar	Öka	17/31	9/39	9/34
	1:3 Avvikelse rapporter ska vara klassificerade inom 4 veckor	95%	83%	86%	86%
	1:4 Patientrelaterad negativ händelse/olycka skall vara allvarighetsbedömd inom 4 veckor	75%	43%	54%	50%
2: Vårdrelaterade infektioner ska minska	2:1 Vårdrelaterade infektioner	<5%	9,2%	7,3%	5,7%
	2:2 Basala hygienrutiner och klädregler skall vara uppfyllda i samtliga steg	90%	70%	65%	68%
3: Trycksår ska minska	3:1 Andel tryckskada eller trycksår kategori 1-4	<10%	22%	16,6%	16,8%
	3:2 Andel trycksår kategori 2-4 som uppstått eller förvärrats	<3%	10%	9,2%	9,1%
4: Läkemedelsanvändning ska vara säker	4:1 Andel läkemedelsberättelser	60%	32%	35%	40%
	4:2 Antalet fördjupade läkemedels-genomgångar	Öka	1.773	1.281	1.727
	4:3 Antalet utskrivna antibiotika-recept per 1000 invånare	287	323	329	302
5: Suicidprevention ska förbättras	5:1 Antalet suicid	Minska	13	16	14
	5:2 Antalet suicidförsök	Minska	453	422	377
6: Förbättrad Patientsäkerhetskultur	6:1 Arbetsbelastning och personaltäthet	60	43		44
	6:2 Överlämning och överföring av patienter och information	70	47		49
	6:3 Antal verksamheter med brukarråd/fokusgrupp	30/47	10/47	15/47	15/47

*Region Västmanlands övergripande mål att minska antalet vårdskador har ej helt infriats men kontrollen är god:*

- *Allvarliga vårdskador är lägre inklusive självmorden*
- *Självordsförsöken fortsätter att minska*
- *Vårdrelaterade infektioner minskar*
- *Allvarliga trycksår grad 2-4 minskar nu*
- *Allvarliga fallskador få trots många tillbud*
- *Säker läkemedelsanvändning är på god väg*
  - Antalet läkemedelsberättelser har överträffat målen
  - Antalet fördjupade läkemedelsgenomgångar ökar
  - Antibiotikaförskrivningen har minskat kraftigt.
  - Läkemedelsfelen som rapporterats är oförändrade
- *God patientsäkerhetskultur*

*Inom samtliga identifierade förbättringsområden vid analys av 2014 års patientsäkerhetskulturmätning har ett positivt resultat uppnåtts i mätningen 2017*

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

I patientsäkerhetskulturenkäten 2011 sågs ett positivt klimat ute på enheterna vilket kvarstår medans högsta ledningens stöd måste bli bättre samt att patienternas delaktighet måste förbättras. En förbättring sedan föregående mätning 2014 kan ses gällande den självskattade patientsäkerhetskulturen, öppenhet i kommunikationen, återföring och kommunikation kring avvikelser och samarbete mellan vårdenheterna.

Arbetet att stödja verksamheterna kommer att intensifierats och fokus på patienter och närståendes medverkan i patient-säkerhetsarbetet ska genomsyra Region Västmanland på alla nivåer under år 2018.

Allvarliga vårdskador, mätt som lex Maria-ärenden har minskat något men det är små tal samt att suicid och oklara dödsfall står för största delen av desamma Glädjande också fortsätter suicidförsöken att minska relaterat till framgångsrikt patientsäkerhetsarbete inom suicidprevention.

År	Suicidförsök	Suicid	Lex Maria	Varav Suicid
2013	528	30	54	30
2014	529	25	53	25
2015	453	17	48	13
2016	422	19	48	16
2017	377	22	43	14

Även om målet för vårdrelaterade infektioner inte helt nåddes 2017 är Västmanland mycket nära tidigare fina resultat. Region Västmanland var med i SKL:s projekt som ett Landsting som lyckats och arbetar nu vidare för att hålla denna position. Implementerade mycket goda städrutiner skapar också goda förutsättningar inför 2018. Hygienåret 2017 har haft stor betydelse. Antalet trycksår är oförändrade vilket är den stora utmaningen inför 2018.

---

Läkemedelsfrågorna kommer att vara i fokus 2018 där en handlingsplan för säker läkemedelsanvändning skall tas fram.

Det totala antalet avvikelserapporter för år 2017 är 14.336. I detta ingår även patientklagomål och lab-fel samt 1377 arbetsmiljörelaterade avvikelser. 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 avviker*

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

*Även om inte resultatmått avseende minskade vårdskador når uppsatta mål så ger struktur och processmått goda förutsättningar för fortsatt systematiskt patientsäkerhetsarbete för att på sikt nå längre.*

*Den revision som genomförts 2016 visar att Region Västmanland utvecklat sitt patientsäkerhetsarbete under de senaste åren och har vidtagit åtgärder för att säkerställa en god intern kontroll.*



- **Tillsammans gör vi vården säkrare**

Patientsäkerhetsdialogen visar också att patientsäkerhetsarbetet ute i verksamheterna är på god väg med klar struktur, förbättrad egenkontroll och även till viss del uppnådda resultat.

## Övergripande mål och strategier för kommande år

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

De övergripande målen ligger fast att:

- Minska antalet vårdskador<sup>28</sup>, en nollvision för undvikbara skador.

---

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

- 
- En patientsäkerhetskultur som kännetecknas av patientens delaktighet och medverkan samt ett förebyggande arbetssätt.

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

I Regionplan och budget för 2018-2020 uttrycks för en effektiv verksamhet av god kvalitet att regionens verksamheter utförs effektivt med avseende på tillgänglighet, rätt nivå och med god hushållning av resurserna.

### Mål och styrande program

#### Resultatmål

- Verksamheten ska bedrivas med god tillgänglighet
- Verksamheten/vården ska bedrivas på rätt nivå
- Verksamheten ska bedrivas med god kvalitet
- Verksamheten ska bedrivas med god hushållning av resurserna
- Regionens aktörer ska verka i linje med programmål

#### Program

Regionen leder i samverkan med berörda länsaktörer arbete mot måluppfyllelse i följande program och planer:

- RUP med tillhörande strategier och handlingsplaner
- Program/styrdokument följs och måluppfyllelse nås enligt plan:
- Program och handlingsplan för processutveckling
  - Program för patientsäkerhet
  - Miljöprogram
  - Primärvårdsprogram
  - Regional kulturplan
  - Trafikförsörjningsprogram för kollektivtrafik

Samverkan och samarbete 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. Vårdinsatser som ger möjlighet till patientinflytande ska utvecklas.

Medverkan i patientsäkerhetsarbetet från patient och närstående kommer att underlättas genom utveckling av e-tjänsten Journal med ytterligare innehåll. Förutom journaldokumentation även tillgång till provsvar och remissgång. På systemnivå bidrar patient och närstående i verksamheternas fokusgrupper.

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

Viktiga utvecklingsfrågor för 2018 är att säkerställa samverkan vid utskrivning från sjukhus enligt lagens intention. Arbetet ska bedrivas proaktivt så att

---

undvikbar sjukhusvård minskar. Ett nytt vårdplaneringssystem i befintlig journal kommer att pilottestas för den största kommunen i Västmanland. Detta ger möjlighet till mer säker informationsöverföring.

Arbetet att utveckla och stödja enheternas patientsäkerhetsarbete kommer att fortsätta och utifrån analysen av år 2017 års patientsäkerhetsdialog tas en ny checklista fram för år 2018 års dialog. Denna kommer att följa program patientsäkerhet och särskilt ha fokus på enheternas systematiska patientsäkerhetsarbete samt de handlingsplaner som ska upprättas utifrån patientsäkerhetskulturenkäten. Från 2018 kommer även de privata vårdcentralerna att omfattas av patientsäkerhetsdialogen.

Introduktionsutbildningen för nya chefer har lyfts till koncernledningen att utbildning i patientsäkerhet måste göras obligatoriskt under första året. För nya chefer ges även en personlig introduktion "hands-on" av berörd chefläkare. För nya medarbetare planeras en obligatorisk e-utbildning i patientsäkerhet. Flera breddutbildningar kopplade till patientsäkerhet är beslutade såsom förflytningsteknik att förhindra fall och trycksår samt suicidprevention. Den senare kommer att ges som en arbetsplatsförlagd e-utbildning med stöd för reflektion. Breddutbildning suicidprevention fortsätter. Vårdskadeutredning utifrån den nya föreskriften ges återkommande.

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.

Handlingsplanen för Suicidprevention fortsätter att implementeras under 2018.

Kommunikationsverktyget SBAR är beslutat för hela Region Västmanland 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 fortsatt viktigt utvecklingsområde 2018 och kommer nu att underlättas genom det tvingande fältet.

Under 2018 görs analyser och projektformuleringar utifrån standardiserade Synergirapporter på tre nivåer; verksamhet, förvaltning samt koncernnivå. Avvikelsesamordnarna får avsatt tid för sitt arbete och deltar i nätverket.

Ett viktigt arbete är att fortsätta stödja enheterna i lokala utvecklingsprojekt för ett förbättrat patientsäkerhetsarbete främst enligt de nationella åtgärdsplanen. Beviljade projekt 2012-2017 har haft stor betydelse i det systematiska förbättringsarbetet och visar på ett mycket starkt engagemang att utveckla patientsäkerheten också ute i verksamheterna. För år 2018 har medel till 15 projekt avsatts i budget.

Patientsäkerhets dag kommer att genomföras för sjätte året i rad 2018 den 19/4 i Västerås och då ha fokus på det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Upplägget är på samma sätt som tidigare år för främst personal för att visa på

---

gjorda goda insatser inom patientsäkerhetsområdet samt att stimulera till ett fortsatt patientsäkerhetsarbete.

Den utmärkelse som instiftats för det systematiska patientsäkerhetsarbetet ”Säkerhetsnålen” ska delas ut för tredje gången 2018.

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 – att skapa förutsättningar för den lärande organisationen. Nyhetsbrevet är ett led i detta och kommer att utvecklas med temanummer inom patientsäkerhetsområdet. 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 regionens egen sjukhusapoteksfunktion (Farmaciservice, tidigare sjukhusapoteket), både av avvikelser samt att extern granskning via Farmaciservice överlämnar sina resultat till Region 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.

Hylläkarfrågan 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 där Region Västmanland deltar i det Nationella projektet att till 1/1 2019 utfasa bemanningsperson.

Viktigt att höjd tas i budget för det fortsatta arbetet 2018 avseende samordnad utskrivning från sjukhus, ny klagomålshantering samt ny författning avseende läkemedelshantering samt den nya författning avseende utredning av vårdskador från 2017 som sammantaget kommer att kräva tillskott av resurser för ett fortsatt starkt patientsäkerhetsarbete.

Den 19 april 2017 godkändes den nya versionen av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården. Den nya författningen <sup>29</sup>börjar gälla 1 januari 2018 och målet med den nya föreskriften är att den ska stödja hälso- och sjukvården i arbetet för en säker läkemedelshantering samt minska antalet läkemedelsrelaterade skador. Nu förtydligas vårdgivarens ansvar, öppen- och slutenvården får gemensamma regler och kraven på kunskap och uppföljning höjs. Inom Region Västmanland pågår det arbete med inventering av behovet kopplat till de nya reglerna samt tolkning och anpassning till de nyheter författningen innebär.

---

<sup>29</sup> Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården; HSLF-FS 2017:37

De nya reglerna ska öka patientsäkerheten i alla led i läkemedelshanteringen, från ordination till uppföljning av patientens läkemedelsbehandling:

Region Västmanland driver sedan 2017-10-01 läkemedelsförsörjningen till stora delar i egen regi via Enheten för Farmaciservice (en del av Läkemedels-enheten). Den nya driftformen borgar för en god kontinuitet vilket möjliggör ett långsiktigt strategisk arbete där nya metoder och arbetssätt kan införas för en ökad patientsäkerhet. Det finns idag tekniska lösningar som ökar patientsäkerheten, förbättrar arbetsmiljön och frigör tid i läkemedelsförsörjningskedjan. I regionen är dessa metoder/arbetssätt sparsamt utnyttjade men målet är att öka nyttjandet av såväl tekniska lösningar som farmaceutisk kompetens i det avdelningsnära läkemedelsarbetet.

### ***Program Patientsäkerhet 2017-2020 slår fast det fortsatta arbetet***

Program Patientsäkerhet 2017-2020 lägger fast den fortsatta inriktningen flera år framåt. Handlingsplaner till de sex målområdena skall uppdateras respektive utarbetas där de saknas. Målområdet läkemedelsanvändningen ska vara säker ska kompletteras med fastställda indikatorer för minskad förskrivning av beroendeframkallande läkemedel.

- Antalet allvarliga vårdskador ska minska
- Vårdrelaterade infektioner ska minska
- Trycksår ska minska
- Läkemedelsanvändningen ska vara säker
- Suicidprevention ska förbättras
- Förbättrad patientsäkerhetskultur

För varje av de sex målområdena finns 2-4 indikatorer med mätbara mått:

<b>Programmets mål</b>	<b>Indikator</b>	<b>Mål-värde</b>
<b>1: Antalet allvarliga vård-skador ska minska</b>	1:1 Antalet lex Maria-anmälningar gällande inträffad vårdskada	Minska
	1:2 Kvoten risk/ inträffad vårdskada av lex Maria-anmälningar	Öka
	1:3 Avvikelse rapporter ska vara klassificerade inom 4 veckor	95%
	1:4 Patientrelaterad negativ händelse/olycka skall vara allvarlighetsbedömd inom 4 veckor	75%



<b>2: Vårdrelaterade infektioner ska minska</b>	2:1 Vårdrelaterade infektioner	<5%
	2:2 Basala hygienrutiner och klädregler skall vara uppfyllda i samtliga steg	90%
<b>3: Trycksår ska minska</b>	3:1 Andel tryckskada eller trycksår kategori 1-4	<10%
	3:2 Andel trycksår kategori 2-4 som uppstått eller förvärrats	<3%
<b>4: Läkemedelsanvändning ska vara säker</b>	4:1 Andel läkemedelsberättelser	60%
	4:2 Antalet fördjupade läkemedels-genomgångar	Öka
	4:3 Antalet utskrivna antibiotika-recept per 1000 invånare	287
<b>5: Suicidprevention ska förbättras</b>	5:1 Antalet suicid	Minska
	5:2 Antalet suicidförsök	Minska
<b>6: Förbättrad Patient-säkerhetskultur</b>	6:1 Arbetsbelastning och personaltäthet	60
	6:2 Överlämning och överföring av patienter och information	70
	6:3 Antal verksamheter med brukarråd/fokusgrupp	30/47