

# Patientsäkerhetsberättelse

2018



Februari 2019

Red. Carina Bolander Blomberg

Centrala patientsäkerhetsteamet

---

---

## Innehåll

### **PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE**

Sammanfattning.....	3
Inledning.....	5

### **STRUKTUR ..... 5**

Övergripande mål och strategier .....	5
Organisation och ansvar.....	6
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	8
Patienters och närståendes delaktighet .....	9
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	10
Klagomål och synpunkter.....	11
Egenkontroll.....	12

### **PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten ..... 13**

Risikanalys.....	16
Utredning av händelser - vårdskador.....	17
Informationssäkerhet.....	20

### **RESULTAT OCH ANALYS ..... 22**

Egenkontroll.....	22
Klagomål och synpunkter.....	29
Händelser och vårdskador.....	29
Risikanalys.....	30

### **Mål och strategier för kommande år ..... 32**

---

## Sammanfattning

Region Västmanlands har en nollvision för undvikbara skador. Övergripande mål är:

- Att minska antalet vårdskador <sup>1</sup>
- En patientsäkerhetskultur som kännetecknas av patientens delaktighet och medverkan samt ett förebyggande arbetssätt

”Program för patientsäkerhet 2017–2020” utgör grunden för Regionens systematiska patientsäkerhetsarbete.

Programmet har sex mål som följs upp enligt särskild mätplan:

1. Antalet allvarliga vårdskador ska minska
2. Vårdrelaterade infektioner ska minska
3. Trycksår ska minska
4. Läkemedelsanvändningen ska vara säker
5. Suicidpreventionen ska förbättras
6. Förbättrad patientsäkerhetskultur

För år 2018 ses färre antal lex Maria-ärenden. Minskningen förklaras av färre anmälda suicid genom ny föreskrift från 1/9 2017. Vårdrelaterade infektioner visade vid mätningen under våren försämrat resultat jämfört med föregående år. Däremot har trycksåren minskat vid höstens mätning. Trycksårspreventionen intensifierades under år 2018 bl.a. med tidigare riskbedömning.

Inom läkemedelsområdet noteras förbättrade resultat avseende fördjupade läkemedelsgenomgångar, läkemedelsberättelse samt antibiotikaanvändning. Den regionövergripande processöversynen om vårdorsakat läkemedelsberoende avslutades under 2018 men arbetet fortsätter i hela organisationen. Vi ser redan resultat i form av en minskad användning av beroendeframkallande läkemedel med Västmanland som den region i Sverige där förskrivningen minskade mest under året.

Utifrån Lagen om samordnad utskrivning som trädde i kraft 1 januari 2018 har under året ett samverkansprojekt bedrivits mellan sjukhusvården, länets kommuner och primärvården med syfte att utskrivningar ska ske på ett tryggt och effektivt sätt. Den nya processen behöver fortsatt arbete för att det ska fungera optimalt.

Nya föreskrifter som ställer nya krav på utredning vid misstänkt allvarlig vårdskada har inneburit att nya regionövergripande instruktioner har tagits fram samt en utbildning i ”Vårdskadeutredning”. Av 1754 patientrelaterade avvikelser som klassificerats som negativa händelser har 171st bedömts vara av allvarligare karaktär. Enligt instruktion bör dessa 171 ärenden vårdskadeutredas. Det är i 25 av dessa ärenden angivet att vårdskadeutredning är genomförd. Detta innebär att fortsatt arbete med implementering är nödvändigt.

---

<sup>1</sup> Undvikbara skador

---

### En blick framåt

- Det systematiska patientsäkerhetsarbetet behöver utvecklas vilket bl.a. handlar om förbättrade utredningar och skarpare åtgärdsförslag med strukturerad uppföljning.
- Det krävs fortsatt arbete med att involvera patienter och närstående i att förbättra och utveckla vården.
- Utskrivningsprocessen är förändrad men arbetssättet är nytt och har inte satt sig än. Således viktigt att fortsätta följa och stödja detta arbete.
- För att komma tillrätta med skadeområdet trycksår är området i fokus för Västmanlands sjukhus under 2019 med många olika planerade insatser.
- Diagnostiska fel och misstag har uppmärksammats nationellt som ett område som behöver adresseras. I vår region bekräftas bilden och åtgärder inom området planeras.

## Inledning

Enligt patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 ska vårdgivaren skriva en patientsäkerhetsberättelse. Idén med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt för alla redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar, och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses. SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §. Patientsäkerhetsberättelsen bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet. Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år.

## STRUKTUR

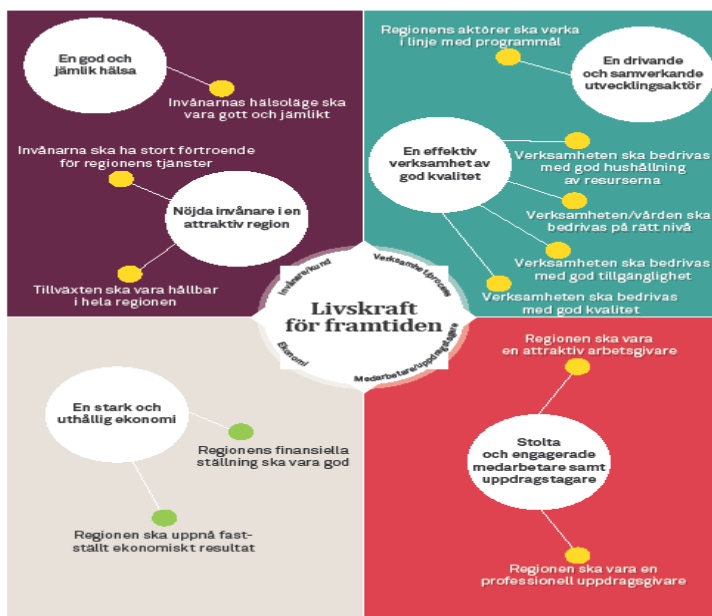
### Övergripande mål och strategier

SFS 2010:659,3 kap. 1 § och SOSFS 2011:9, 3 kap.

Region Västmanlands övergripande mål är att:

- Minska antalet vårdskador<sup>2</sup> och vidare, har en nollvision för undvikbara skador
- En patientsäkerhetskultur som kännetecknas av patientens delaktighet och medverkan samt ett förebyggande arbetssätt

Regionplanen är Region Västmanlands främsta politiska styrdokument.



Regionen arbetar med målstyrning och beskriver i regionplanen vad som ska uppnås: vision, mål, inriktning mm. Ovan prioriterade målområden lyfts i regionplanen. Regionens övergripande strategier för att nå målen i regionplanen handlar om *samverkan, utveckling och innovation* samt *hälsolinriktning*.

<sup>2</sup> Undvikbara skador

---

Inom varje målområde finns ett antal resultatmål som knyter an till områdets ledord med sikte på det fullmäktige vill uppnå. Med hjälp av en eller flera indikatorer som kopplas till resultatmålen mäts måluppfyllelsen. I målområdet "En effektiv verksamhet av god kvalitet" ingår "Program för patientsäkerhet 2017–2020" som utgör grunden för regionens patientsäkerhetsarbete.

Programmet har följande sex mål:

1. Antalet allvarliga vårdskador ska minska
2. Vårdrelaterade infektioner ska minska
3. Trycksår ska minska
4. Läkemedelsanvändningen ska vara säker
5. Suicidpreventionen ska förbättras
6. Förbättrad patientsäkerhetskultur

Programmet följs upp årligen via målvärden för ett antal indikatorer kopplade till de sex målen.

## Organisation och ansvar

*SFS 2010:659,3 kap. 9 § och SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 §, p 1*

Region Västmanland ansvarar för att tillhandahålla hälso- och sjukvård samt tandvård till länets innevånare. Gällande hälso- och sjukvård står i huvudsak förvaltningarna Västmanlands sjukhus (VS) samt primärvård, psykiatri och habilitering (PPHV) för denna. Inom primärvården är ca 60 % av vården som ges i annan/privat regi. Regionen har då tecknat avtal med respektive vårdgivare/utförare. Tillkommer gör Hjälpmedelscentrum som utgör en egen förvaltning.

Förvaltningarna VS, PPHV samt Hjälpmedelscentrum leds av varsin förvaltningsdirektör som har en stab till sin hjälp. Inom VS finns den somatiska specialistvården i både sluten- och öppenvård. Västmanlands sjukhus omfattar sjukhusen i Västerås, Köping, Fagersta och Sala. Västmanlands sjukhus Västerås har ett länsövergripande ansvar för specialistsjukvården. Sjukhusen i Sala och Fagersta har sin tyngdpunkt på närvårdsplatser. Sjukhuset i Köping tillhandahåller akut och planerad internmedicinsk specialistvård.

PPHV omfattar den regiondrivna primärvården i länet samt psykiatrisk specialistvård, psykiatrisk öppenvård finns i hela länet medan slutenvården bedrivs i Västerås. Habiliteringsverksamheten ingår också och bedrivs i öppenvård i länet. Varje förvaltning svarar direkt mot regionstyrelsen.

På förvaltningsnivå ansvarar förvaltningsdirektören för att säkerställa aktiviteter i förvaltningsplanen så att målen för patientsäkerhetsarbetet uppnås. Arbetet följs upp i delårs- respektive helårsboksut. Utvecklare/samordnare ansvarar för att bedriva och utveckla ett systematiskt patientsäkerhetsarbete på förvaltningsnivå.

På verksamhetsnivå ansvarar verksamhetschefen för att ta fram, dokumentera och fastställa instruktioner för hur patientsäkerhetsarbetet kontinuerligt ska bedrivas för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten. Det lokala patientsäkerhetsteamet arbetar på uppdrag av verksamhetschefen. I teamet ingår ofta avvikelsesamordnare som utses av verksamhetschef för att hantera enhetens/verksamhetens avvikelser.

---

**Hälso- och sjukvårdsgruppen (HSG)** är beslutsforum för frågor som enbart rör hälso- och sjukvården på övergripande nivå. Gruppen leds av hälso- och sjukvårdsdirektören. Förvaltningsdirektörerna deltar samt verksamhetschefen för vårdval och hälso- och sjukvårdsdirektörens medicinska rådgivare.

**Riskrådet** är en del av Region Västmanlands säkerhetsorganisation. Det utgör kontaktytan mellan patientsäkerhetsfrågor och arbetet med kontinuitetshandling, riskanalyser av ny modell, VIRA (Västmanlands metod för integrerade riskanalyser/riskbedömningar) samt sårbarhetsanalyser.

**Regionkontoret** är en förvaltning som omfattar en mängd stödfunktioner organiserade i centrumbildningar som alla leds av en direktör. "Centrum för hälso- och sjukvård" leds av hälso- och sjukvårdsdirektören. I denna centrumbildning finns det **Centrala patientsäkerhetsteamet** organiserat med uppdrag att övergripande följa upp och säkra vårdgivarens ansvar för patientsäkerheten, bl.a. omfattas anmälningskyldigheten enligt lex Maria.

Det centrala patientsäkerhetsteamet består av chefläkare, chefsjuksköterska, analysledare, systemförvaltare för Synergi<sup>3</sup>, administratör samt verksamhetschef. Chefläkarnas ansvarsområden är indelat i medicinska specialiteter, offentlig primärvård, psykiatrisk vård, kirurgiska och diagnostiska specialiteter.

I centrum för hälso- och sjukvårdsutveckling ingår dessutom bland annat följande verksamheter/enheter:

#### **Enheten för smittskydd och vårdhygien**

**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. **Vårdhygien** stödjer verksamheterna i deras arbete med att minska smittspridning i vården samt förebygga vårdrelaterade infektioner hos patienter/- brukare och vårdpersonal. Inom enheten finns också "**Strama Västmanland**" som 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 och ingår i den lokala organisationen för kunskapsstyrning.

**VRI-MRB-gruppen** (gruppen för hantering av vårdrelaterade infektioner och förekomst/smittspridning av multiresistenta bakterier) består av företrädare för sjukvården, det centrala patientsäkerhetsteamet och enheten för smittskydd och vårdhygien. Gruppen möts månatligen under ordförandeskap av den medicinske rådgivaren till hälso- och sjukvårdsdirektören. I uppdraget ingår att bevaka det epidemiologiska läget gällande VRI och förekomst av MRB, samt följsamhet till BHK-regler, inklusive att fatta övergripande beslut kring dessa mätningar.

**Läkemedelskommittén** är expertorgan i övergripande läkemedelsfrågor med uppgift att verka för en behovsbaserad, medicinskt ändamålsenligt och kostnadseffektiv läkemedelsanvändning. Information till förskrivare och patienter är ett viktigt verksamhetsområde. Verksamheten regleras i Lag om Läkemedelskommittéer (1996:1157).

---

<sup>3</sup> Regionens avvikelshanteringssystem

---

På **Lärcentrum** med tillhörande Kliniskt träningscentrum (KTC) finns regelbundna utbildningar i patientsäkerhet men även riktade utbildningar för att bidra till att medarbetare har en gemensam obligatorisk kompetens inom exempelvis förflyttningskunskap, akut omhändertagande av patienter med svikt i vitala funktioner (proACT) samt hjärt- och lungräddning.

**Patientnämnden** är regionens centrala instans för hantering av patientklagomål. Kansliets uppgift är att hjälpa och stödja patienter och anhöriga i kontakten med vårdgivarna då de vill lämna synpunkter eller klagomål på en händelse i samband med vård. Nämnden är fristående från hälso- och sjukvården och opartisk i relationen till patienter, anhöriga och vårdgivare. Verksamheten utgår från lag (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården. Patientnämnden ska bidra till kvalitetsutveckling, hög patientsäkerhet och till att verksamheterna inom hälso- och sjukvården anpassas efter patienternas behov och förutsättningar genom att årligen analysera inkomna klagomål och synpunkter samt uppmärksamma landstinget eller kommunen på riskområden och hinder för utveckling av vården.

**Enheten för sjukvårdsfarmaci** ansvarar för att, ur ett patientsäkerhetsperspektiv, driva och utveckla den kliniska farmacin och läkemedelsförsörjningen i regionen. Vid enheten finns både kliniska apotekare och receptarier med specialkompetens för uppdraget. De kliniska apotekarna genomför, i samverkan med teamet kring patienten, läkemedelsgenomgångar såväl inom slutenvård som öppen vård. Receptarier ansvarar, förutom att bereda all cytostatika, även för att det alltid finns läkemedel att tillgå inom de olika verksamheterna. Såväl den kliniska farmacin som läkemedelsförsörjningen kräver ett nära samarbete med Läkemedelskommittén.

**Vårdval** är beställare av primärvård och viss specialistsjukvård och arbetar för att en god och säker vård skall komma alla invånare/medborgare till del oavsett vilken vårdgivare de tillhör för att nå en jämlik hälso- och sjukvård i befolkningen.

**Kompetenscentrum för hälsa** har koppling till patientsäkerhet genom sin funktion att samordna Region Västmanlands suicidpreventionsarbete.

## **Samverkan för att förebygga vårdskador**

*SOSFS: 2011:9,4 kap. 6 §, 7 kap. 2 § p*

Utifrån Lagen om samordnad utskrivning som trädde i kraft 1 januari 2018 har under året ett samverkansprojekt bedrivits mellan sjukhusvården, länets kommuner och primärvården. Syftet har varit att patienter som inte längre har behov av den slutna vårdens resurser så snart som möjligt ska kunna lämna den slutna vården på ett tryggt och effektivt sätt. Mot bakgrund av att detta innebär ett nytt arbetssätt, att processen är förändrad och att även ett nytt IT-system har tagits i bruk så tar det tid innan allt fungerar som planerat. Det går åt rätt håll och det finns strukturer för stöd, samverkan och uppföljning.

Ett flerårigt arbete i en gränsöverskridande processöversyn av vårdorsakat läkemedelsberoende har avslutats under året.

**Hjälpmiddelscentrum (HMC)** har ett hjälpmedelsråd som består av intressentorganisationer och som träffar den gemensamma Hjälpmedelsnämnden 1 gång per år och har god samverkan med kundgrupper genom organiserad



---

samverkan i förskrivarråd, strategiskt kundråd, tjänstemannaberedning och via den gemensamma Hjälpmedelsnämnden. Det finns stora fördelar med att styra hjälpmedelsförsörjningen via en gemensam nämnd. Det möjliggör en jämlik vård och omsorg samt egenvård med stöd av specialistresurser.

#### **Exempel på samverkan inom VS samt med Primärvården**

Ett diagnostiskt centrum har inrättats med målet att ha kort tid från symtom till diagnos, tidig upptäckt av allvarliga sjukdomar och ökat samarbete mellan primärvård och slutenvård. Tillgången till expertledd utredning har kortat utredningstider. Diagnostiskt centrum är framförallt ett multidisciplinärt nätverk.

#### **Exempel på samverkan inom psykiatrisk vård**

Ett förbättringsarbete har pågått under hela 2018 (och fortsätter 2019) som handlar om att eliminera brister i samverkan avseende planering och kommunikation som tidigare påvisats vid vårdens övergångar inom vuxenpsykiatri.

Efter ett IT-haveri inom rättspsykiatri (RP) då internet och journalsystem slogs ut under ett dygn vidtogs åtgärder. Säkerhetssamordnaren för RP gick utbildning i kontinuitetshantering/planering och arbetsmetod för händelseanalys vid allvarliga brister i säkerheten, därigenom har samverkan mellan RP och juridik och säkerhet förbättrats.

Samverkansdokument mellan primärvård och BUP är under framtagande. Vårdprogram/ överenskommelse mellan ätstörningsenheten och öppenvården inom vuxenpsykiatri är framtaget. Konsultläkare från BUP finns viss tid på habiliteringscentrum för bättre samverkan.

## **Patienters och närståendes delaktighet**

*SFS 2010:659 3 kap. 4 §*

Att möjliggöra patienters och närståendes delaktighet i patientsäkerhetsarbetet är en viktig del av arbetet för en säkrare vård. Det är ofta endast patient och närstående som har en bild av hela vårdprocessen. Vid utredningar av misstänkta vårdskador ska patient och närståendes berättelse inhämtas och beaktas. Regionens ambition är att detta ska vara självklart vid alla vårdskadeutredningar och det görs ofta redan idag, särskilt vid allvarliga skador då det är författningsstyrt. När centrala händelseanalyser genomförs är huvudregeln att träffa patient och närstående. Det är praxis att alltid fråga patient och närstående om förslag på åtgärder för att förhindra att det som hänt, händer igen.

Via inkomna synpunkter till patientnämnden tar sjukvården tillvara de upplevelser och de erfarenheter som patienterna har och där har nämnden en viktig kvalitetssäkrande roll. Patienternas erfarenheter återförs till vårdens ansvariga i syfte att bidra till lösningar i individuella ärenden samt bidra till kvalitetsförbättringar och ökad patientsäkerhet.

Andra sätt att möjliggöra delaktighet är t.ex. i arbetet med standardiserade vårdförlopp (SVF). Sjukvårdsregionens mål är att skapa förutsättningar för att underlätta samverkan inom cancerområdet och att aktiv patientmedverkan i förbättringsarbeten ska främjas. Patientföreningar inbjuds till möten tre gånger per termin och en av patientföreningsföreträdarna finns med i regionens lokala RCC-råd (regionalt cancercentrum). Tanken är deltagande i möten

---

och aktiviteter ska kunna ske via videoupkoppling såväl som vid fysiska möten. En önskan finns om samverkan med andra patientföreningar då det finns gemensamma frågor att arbeta med.

#### **VS**

Förvaltningen deltar i nationell patientenkät samt har egna patientenkäter som används mellan de nationella för att säkerställa att förbättringsarbeten får den effekt som eftersträvas utifrån ett patientperspektiv.

Målet är att involvera patienten i sin egen vård utifrån Patientsäkerhetslagen PSL (2010:659) samt och Patientlagen (2014:821). Ett exempel på aktivitet är att patientinformationen "Din säkerhet på sjukhuset" delas ut direkt vid ankomst till en vårdavdelning så att patienten involveras mer i vad hen själv kan bidra med. Den presenterades på Patientsäkerhetsdagen 2018 och har skickats ut till alla vårdavdelningar.

Utifrån förvaltningens interna arbete med vårdnära kunskapsstyrning har några verksamheter gjort "patientresor" genom att patienter bl.a. har fått föra dagbok under sin vistelsetid på sjukhus och flera av förvaltningens verksamheter arbetar aktivt med aktuella patientföreningar gällande t.ex. föreläsningar.

#### **PPHV**

Möten i de brukarråd/ patientråd som finns inom olika verksamheter sker vid ett par tillfällen per termin. Enstaka vårdcentraler har patientråd. De syftar till att ta tillvara patienter synpunkter och utveckla vården. I de lokala ledningsgrupperna för samverkan mellan kommun och region inom området psykisk hälsa medverkar även brukarorganisationerna

Nationell patientenkät är genomförd inom psykiatri och primärvården och framtagande av handlingsplaner utifrån resultat sker på varje enhet.

### **Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet**

*SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 7 kap. 2 § p 5*

Regionen har en övergripande rutin för avvikelserapportering. Den bygger på hälso- och sjukvårdens skyldighet enligt PSL (2010:659) om att rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

Medarbetare rapporterar identifierade risker och inträffade händelser i regionens avvikelshanteringssystem Synergi. Samtliga regionanställda har möjlighet att logga in och rapportera. Det är obligatoriskt att ange datum för det inträffande, var händelsen inträffade och en beskrivning av ärendet. Möjlighet finns att ange involverad utrustning, personuppgifter på involverade personer samt beskriva åtgärdsförslag med mera.

Den rapporterade avvikelser tas emot av avvikelssamordnare som i egenkap av chef eller av chef utsedd person är den som hanterar avvikelser på den egna enheten. Avvikelssamordnaren klassificerar och kategoriserar avvikelserna samt bedömer allvarlighetsgrad. Allvarlighetsgraden avgör hur omfattande utredningen av händelsen/risken blir. Oavsett omfattning utreds händelseförlopp, orsaker och förslag på åtgärder tas fram. Dokumentationen

av utredningen sker direkt i Synergi och hur detta går till finns beskrivet i instruktion i ledningssystemet.

Avvikelse sammanställs och analyseras inom respektive verksamhet. Statistikuttag görs direkt från Synergi och data kan presenteras på aggregerad nivå eller i detalj beroende på behov och syfte.

Den vanliga hanteringen av avvikelser är att redovisa dessa på såväl APT som för ledningsgrupper och i samråd. I förekommande fall tas också lex Maria-ärenden upp för kännedom och lärande.

Gröna korset som är en visualiseringsmetod för att uppmärksamma händelser som kan vara vårdskador samt identifiera risk för vårdskador, används av flera verksamheter inom VS, PPHV samt HMC.

På HMC har ett strukturerat arbete genomförts för att förbättra patientsäkerhetskulturen. Antalet medarbetare som skriver avvikelserapporter och antal avvikelserapporter har ökat, det inkommer dessutom fler förbättringsförslag jämfört med tidigare år. Bedömningen som förvaltningens patientsäkerhetsteam gör är att förvaltningen rört sig i rätt riktning och nu kan beskrivas vara mer proaktiv i sitt patientsäkerhetsarbete.

## Klagomål och synpunkter

*SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 och 6§§, 7 kap 2 § p 6,*

Att ta tillvara synpunkter, besvara frågor och utreda händelser är viktigt för att förtroendet för vården ska bibehållas och för att kunna åtgärda sådant som påverkar kvalitet, upplevelse och utfall för den enskilda personen.

Det finns flera sätt att lämna sina synpunkter och eller klaga på vården inom regionen.

Inkommet klagomål...

- via externwebben (Externa synpunkter och förbättringsförslag)
- via IVO (registreras av centrala patientsäkerhetsteamet)
- via brev, mail, muntligen etc.

Synpunkter/klagomål som riktas direkt till verksamheten. Hanteras endast av den egna verksamheten.

Synergi

- via Patientnämnden

Hanteras i den egna verksamheten. Samordnas av Patientnämnden.

- Enskilda klagomål/ klagomål som IVO utreder

Hanteras i den egna verksamheten. Samordnas administrativt av centrala patientsäkerhetsteamet.

Centrala diariet

### Patientnämndens kansli

Patienterna tar kontakt med patientnämndens kansli via telefon, brev, mail och 1177 – e-tjänster. Patienters/anhörigas synpunkter hanteras i regionens avvikelssystem Synergi. Synpunkterna och svaren från verksamheterna sammanfattas och är grunden för patientnämndens arbete. Synpunkterna används även som underlag till statistisk återrapportering till alla verksamheter samt till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Kansliets intention är att patienter som söker kontakt via funktionsbrevlåda och 1177- e-tjänster ska få en återkoppling inom tre dagar. De skriftliga ärenden som skickas till verksamheten ska inom en vecka från inkomst till kansliet registreras i Synergi. Svarstiden för vårdgivaren är tre veckor.

Samtliga skriftliga ärenden har under 2018 redovisas i korta sammanfattningar för nämndens presidium. Beslutsärenden föredras och diskuteras vid nämndens sammanträden och protokollsutdrag skickas sedan till berörda parter. Övriga ärenden redovisas till nämnden genom statistik. Patientsäkerhetslagen tydliggör att nämnden ska informera allmänheten, hälso- och sjukvårdspersonal och andra berörda om sin verksamhet. Det är en arbetsuppgift som innebär att kansliet på olika sätt möter patienter, anhöriga och personal i regionens och kommunens verksamheter.

Patientnämnden ska bidra till kvalitetsutveckling. En årlig analys av inkomna ärenden på aggregerad nivå skall göras enligt nationella riktlinjer. Resultat av analysen skall delges IVO, regionstyrelsen, hälso- och sjukvårdsgruppen samt ledningsgrupper för sjukhusförvaltningen, PPHV samt vårdvalsenheten. Analysen kommer att utgöra en del av den samlade analys av samtliga klagomål som ingår i patientsäkerhetsberättelsen.

## Egenkontroll

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

Program för patientsäkerhet med respektive målområde utgör grunden för patientsäkerhetsarbetet och följs genom mätplan (redovisas under resultat).

I regionen sker ett aktivt arbete för att genom egenkontroll säkra verksamhetens kvalitet. Det finns ytterligare egenkontroller som görs när behov framkommer, det kan som exempel vara riktad journalgranskning.

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Vårdrelaterade infektioner	2 gånger per år	PPM-databasen <sup>4</sup>
Basala hygienrutiner och klädregler	4 gånger per år varav en nationell mätning	PPM-databasen
Dialogmöten primärvård - smittskydd, vårdhygien, Strama	Varje vårdcentral vartannat år	Dialogprotokoll och årssammanställning
Hygienombudsträffar	Primärvård 2 ggr/år Slutenvård 5-6 ggr/år	Minnesanteckningar
Hygienrond	Efter respektive verksamhets behov och önskemål	Hygienrondsprotokoll
Patientsäkerhetsdialoger	1 gång per år	Synergi
Avvikelser	Kontinuerlig granskning av alla patientrelaterade avvikelser	Synergi
Trycksår	4 gånger per år varav en nationell mätning	PPM-databasen
Patientens klagomål och synpunkter	Månadsvis	Patientnämnden, IVO, Synergi
Lex Maria uppföljning	1gång /år	Enkät samt ärendehandlingar
Markörbaserad journalgranskning (VS + Vuxenpsykiatri)	15 journaler/mån	MJG databasen
Antibiotikaförskrivning	Månadsvis, återrapporteras varje månad till verksamheterna.	Följs av Enheten för sjukvårdsfarmaci och Strama Västmanland

<sup>4</sup> Nationell databas för resultat av genomförda punktprevalensmätningar

---

# PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2

## Vårdorsakat läkemedelsberoende

Arbetet med att minimera vårdorsakat läkemedelsberoende har pågått under året med bland annat två informationsläkare som förankrat arbetsmodellen genom seminarier på flertalet vårdcentraler. Detta fortsätter under 2019, då även uppföljande möten skall hållas på vårdcentralerna.

## Vårdskadeutredning

Genom två nya författningar som trädde i kraft under hösten 2017 "Föreskrifter och allmänna råd om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete (HSLF-FS 2017:40)" samt "Föreskrift om anmälan av händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada (HSLF-FS 2017:41)" förändrades bl.a. kraven på utredning vid misstänkt vårdskada. Det tydliggörs att alla händelser som medfört vårdskador eller risk för, ska utredas men att utredningens omfattning ska anpassas efter allvarlighetsgrad. Med anledning av detta har en ny instruktion tagits fram som integrerar författningens alla krav på utredning med den direkta hantering i Synergi vilket innebär att utredningen kan göras direkt i systemet. Flera utbildningstillfällen har hållits som varit mycket välbesökta. Fortsatt utbildning är nödvändig och vårdskadeutbildningen kommer därför fortsättningsvis ingå som en del av patientsäkerhetsutbildning för chefer, avvikelsesamordnare och lokala patientsäkerhetsteam.

## Kunskapsstyrning

Landsting och regioners system för kunskapsstyrning utvecklas i enlighet med Landstingsstyrelsens beslut i november 2016. Målet med det nya systemet är God och Jämlig vård, det ska vara enklare att arbeta evidensbaserat. Det ska vara lätt att göra rätt!

Det handlar om att utveckla, sprida och använda bästa möjliga kunskap inom hälso- och sjukvården. Syftet är att hjälpas åt att minska omotiverade behandlingsskillnader och variationer inom och mellan regioner, exempelvis genom att sammanställa den bästa kunskapen för olika behandlingar genom gemensamma vårdprogram, där man bedömer att ett samarbete mellan huvudmännen är mer effektivt än att man gör det var för sig.

Region Västmanland representerar hela sjukvårdsregionen i fyra Nationella programområden, Primärvårdsrådet, Endokrina sjukdomar, Mag- och tarm-sjukdomar samt Medicinsk diagnostik.

Regionens system för kunskapsstyrning utvecklas fortsatt med lokala råd för stroke, diabetes, astma/KOL, Strama och Regionala programområden. Regionens Analysgrupp har ersatts av Rådet för kunskapsstyrning och har delvis fått förtydligade och nya uppdrag utifrån landsting och regioners system för kunskapsstyrning. I rådet ingår företrädare för patientsäkerhet, läkemedel, förvaltningar och kommunrepresentanter, rådet har en multiprofessionell sammansättning.

---

### **Patientsäkerhetskulturmätning**

Resultaten från Patientsäkerhetskulturmätningen från 2017 har följts upp under 2018 i samband med patientsäkerhetsdialogerna genom att verksamheterna presenterat sina handlingsplaner baserade på sitt respektive resultat.

### **Patientsäkerhetsdialoger**

Syftet med patientsäkerhetsdialogerna är att skapa en dialog med respektive verksamhet samt följa upp identifierade förbättringsområden avseende patientsäkerhet.

Patientsäkerhetsdialogerna har utvecklats under 2018. Checklistan, som dialogen ska baseras på, har gjorts om för att tydligare lyfta respektive verksamhets identifierade områden samt att genom dialog verka för patientsäkerhetskulturen. Checklistan för dialogen bifogas (Bilaga 1). Nytt för 2018 var att dialog även utförs i alla privata vårdgivare inom primärvården.

**Vårdval** har genom skrivning i Primärvårdsprogrammet säkerställt att samtliga nio vårdgivare ska delta i av Regionen föreskriven Patientsäkerhetskulturmätning samt delta i de patientsäkerhetsdialoger som det Centrala Patientsäkerhetsteamet genomför.

### **Inspektioner**

Under året har IVO, genomfört ett antal inspektioner, dels utifrån aktuella anmälningsärenden, dels utifrån egeninitierad nationell tillsyn. Av sistnämnda kan nämnas t ex tillsyn av vårdgivarens systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbete samt gällande vårdgivarens arbete kring våldsutsatta barn.

### **Läkemedelshantering**

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården (HSLF:37), trädde i kraft 1/1 2018. Jämfört med tidigare föreskrift så möjliggör denna version bl.a. delegering av iordningställande och administrering av läkemedel inom slutenvården. Samtidigt läggs ett stort ansvar på vårdgivaren att i detalj reglera hur detta i så fall ska ske. Mot denna bakgrund fördes dialog med verksamhetsföreträdare inför framtagande av ny instruktion där ställningstagande till bl.a. dessa frågor skulle tydliggöras. Beslut togs i HSG som innebär att iordningställande och administrering av läkemedel inte ska delegeras inom slutenvården i Region Västmanland samt, att författningen avseende titrering av läkemedel som görs av sjuksköterska ska bejakas.

### **Vårdhygien**

Vårdhygien ordnar hygienombudsträffar för alla primärvårdens hygienombud 2 gånger/år. Under hösten 2018 har enheten för smittskydd och vårdhygien startat uppsökande "dialogmöten" på vårdcentraler som omfattar smittskydd, vårdhygien och antibiotikaresistens/Strama. Planen är att samtliga vårdcentraler täcks in under en tvåårsperiod, hittills har 13 av 30 fått besök. Dessa dialogmöten följs vid behov upp med riktade hygienronder utifrån resultat och önskemål.

För slutenvården arrangeras hygienombudsträffar i princip varannan månad. De mall- och kalenderstyrda hygienronderna har där till viss del ersatts av

---

mer individuellt utformade inventeringar med besök efter respektive verksamhets behov och önskemål.

Under 2018 följdes 2017 års hygiensatsning upp med införande av "Kompetenskort" för vårdpersonal inom områdena Basala hygienrutiner och klädregler samt spol- och diskdesinfektor.

Den nya verksamheten "Samlad service" inom förvaltningen Verksamhets- och ledningsstöd har ersatt regionens tidigare städenhet. Omorganisationen fodrade en omfattande utbildningsinsats av nya servicemedarbetare under hösten 2018. Vårdhygien ansvarade för utbildning om vårdhygien (utgående från Svensk Standard SS 8760014:2017) och städning. Inledningsvis planeras utbildning av ca 200 medarbetare under september 2018-maj 2019, vidare löpande utbildning av nya servicemedarbetare från juni 2019 samt därefter löpande kompetensutveckling av servicemedarbetare.

### **Revision**

Under 2018 har PwC på uppdrag av regionens revisorer genomfört en temagranskning av patientsäkerhet. Temagranskningen av patientsäkerhet omfattar tre delar varav två har genomförts under 2018. Den första delrapporten handlar om vårdskador (avgränsning till fyra kliniker på Västmanlands sjukhus samt avser VRI,<sup>5</sup> trycksår, BHK<sup>6</sup> samt utlokaliserade patienter) med frågeställning om Regionstyrelsens arbete med att förebygga och minska antalet vårdskador är ändamålsenligt. Bedömningen är att det inte är tillräckligt. Bristerna som ses är att måluppfyllnaden är låg, att styrkedjan inte fungerar fullt ut. Det påtalas brister gällande omvårdnadsarbetet med trycksårspatienter och bristande följsamhet till BHK. Under 2017 genomförde regionen särskilda satsningar för att minska VRI och 2018 har trycksår lyfts specifikt av VS. Den andra delrapporten handlar om utredning och uppföljning av vårdskador. Revisorerna bedömer att det finns en ändamålsenlig process men att arbetet med rapportering och förbättringsarbete kopplat till erfarenheterna, kan utvecklas. PwC har också granskat Regionens informationssäkerhet (se sid 20).

### **Läkemedelsanvändning**

Felaktig läkemedelsanvändning ställer till stora problem för patienten vilket också leder till onödig sjukvård. Klinisk farmaci är ett arbetssätt där apotekare, med sin specialistkompetens, ingår som en del i vårdteamet kring patienten och dennes läkemedelsanvändning. Kunskapsläget om hur arbetssättet påverkar återbesök i sjukvården är dåligt beforskat. I ett samarbetsprojekt med region Uppsala och Gävleborg initierades en stor randomiserad kontrollerad studie där den primära effektvariabeln var om introduktion av klinisk farmaci kan minska antalet oplanerade sjukvårdsbesök. Totalt inkluderades 2640 patienter varav 621 från Västmanlands sjukhus. Under 2018/2019 följs samtliga patienter upp och resultat förväntas föreligga 2020.

### **Suicidprevention**

Suicidprevention uppmärksammas på alla nivåer och samordnare för arbetet är nu tillsatt. En arbetsplatsförlagd breddutbildning för all personal har genomförts. Även utbildning för att förhindra självskada har genomförts i samverkan med Vuxenskolan. Den internationella Suicidpreventionsdagen den

---

<sup>5</sup> Vårdrelaterade infektioner

<sup>6</sup> Basala hygienrutiner och klädregler

---

10:e september uppmärksammades med föreläsningar och dialog. Från vuxenpsykiatrien beskrivs ett aktivt suicidpreventionsarbete som omfattar såväl vårdprogram, uppföljning av självmordsförsök och självmord, användande av kompetenskort och utbildningsinsatser inom området. En processkartläggning av patientflöden har initierats under hösten för att stödja förvaltningarna och de patientnära verksamheterna i arbetet att identifiera sina respektive förbättringsområden och kritiska punkter i det suicidpreventiva arbetet. Under 2018 har inga revideringar kring handlingsplan för suicidprevention gjorts. Det är även svårbedömt huruvida handlingsplanen är ett aktivt dokument som styr det dagliga arbetet i regionens förvaltningar. Däremot kan den processkartläggning som påbörjades under året och de förbättringsområden som däri kommer att identifieras eventuellt även få en inverkan på utformningen på handlingsplanen framöver.

### **Patientsäkerhetens dag**

Patientsäkerhetsdagen genomfördes för sjätte året i rad den 19:e april där verksamheterna visade upp sitt patientsäkerhetsarbete.

### **Säkerhetsnålen**

Kvinnoklinikens TIO-grupp (teamträning i grupp) tilldelades säkerhetsnålen 2018. De har uppmärksammat vårdskador inom förlossningsvården och arbetar systematiskt med utbildningsinsatser som omfattar kommunikation, teamarbete, obstetriska hangreppsträningar och checklistor. Genom utbildningar i autentiska situationer läggs grunden för trygghet och god och säker vård för både team och föräldrar.

### **Fler exempel på patientsäkerhetsåtgärder/aktiviteter under 2018**

BUP lyfter fram strukturerad bedömning och basbehandling för patienter med depression, DEP, som en viktig åtgärd inom patientsäkerhetsområdet.

Från rättspsykiatrien lyfts åtgärden att ”somakonsult” givits uppdrag inom verksamheten. att förbättra den somatiska hälsan för patienter inom rättspsykiatrien. Från primärvården lyfts telefonutbildning för sjuksköterskor samt utveckling av avvikelserapportering och lokala patientsäkerhetsteam.

### **Riskanalys**

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

Den 25 maj 2018 infördes enhetlighet i regionens riskhantering i form av Västmanlands metod för integrerade riskanalyser/riskbedömningar, VIRA. Hantering av risker inkluderar att identifiera och analysera risker samt att ta fram och följa upp åtgärder kopplat till identifierade risker. Beställaren av riskanalysen/riskbedömningen ansvarar för att ta fram åtgärder utifrån resultatet av riskanalysen/riskbedömningen samt att åtgärderna förs in samt följs upp. Resultatet från riskanalyser/riskbedömningar utförda av utbildade VIRA analysledare samlas på en gemensam plats för att möjliggöra analys och uppföljning av riskhanteringen från identifierade risker till utförda åtgärder.

Vid en riskanalys/riskbedömning enligt VIRA beaktas följande målområden:

- Liv och hälsa för medborgarna
- Leveransförmåga
- Byggnader och verksamhetsmiljö
- Förtroende



- Brott mot regler och lagar
- Arbetsmiljö
- Projektets genomförande
- Miljö
- Patientsäkerhet

Om resultatet av en riskanalys/riskbedömning visar på särskilt behov av att ytterligare fördjupa arbetet med avseende på målområde patientsäkerhet kan ett uppdrag gällande fördjupad riskanalys med avseende på patientsäkerhet lämnas in till patientsäkerhetsteamet. Riskanalyser som utförs av patientsäkerhetsteamet utförs enligt instruktionen *Riskanalys för patientsäkerhet*.

#### Exempel på riskanalyser 2018

<b>VS</b>	- Införande av vårdplatskoordinatorsfunktion på akutmottagningen i Västerås - Inrättande av temporära influensaplatser - Sterilcentralen/operation gällande instrumenthantering
<b>PPHV</b>	- Riskbedömning inför bemanning under sommarens semesterperiod - Länsövergripande primärvårdsorganisation för dietister, MHV/BHV-psykologer, arbetsterapeuter – omorganisation - Oberoende av inhyrd personal

## Utredning av händelser - vårdskador

*HSLF-FS 2017:40, 3 kap. 1§ och SOSFS 2011:9 7 kap sista stycket*

### Centrala händelseanalyser

Centrala händelseanalyser utförs av centrala patientsäkerhetsteamet på uppdrag av verksamhetschef via chefläkare. Ärenden som prioriteras är allvarliga och komplexa händelser där vårdskadefrågan behöver utredas och/eller när flera verksamheter är involverade. Analyserna utförs med hjälp av IT-stödet Nitha (Nationellt IT stöd för Händelseanalys) och bygger på SKL:s metod för händelseanalys.

### 2018

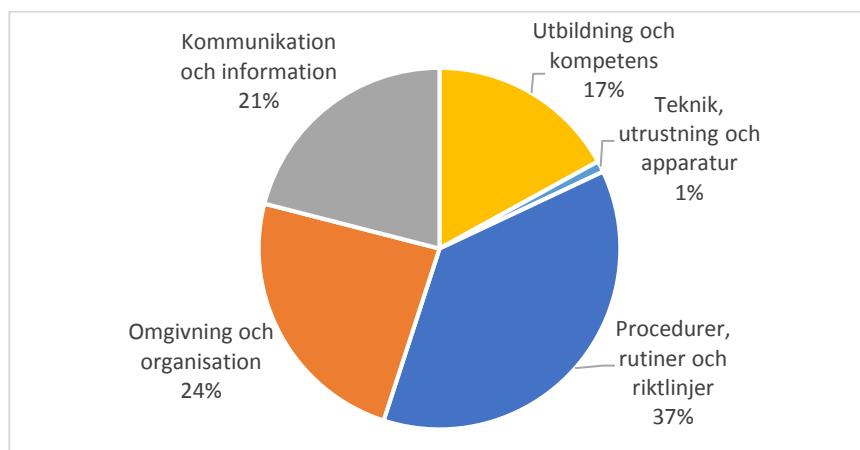
Startade Händelseanalyser	Avslutade Händelseanalyser	Berörda förvaltningar	
		VS	PPHV
<b>11</b>	<b>13</b>	<b>13</b> analyser av 13	<b>6</b> analyser av 13

**Händelser:** Händelseanalyserna har bl.a. handlat om fördröjd diagnostik, bristande läkemedelshandling, brister i sökfunktion av jourläkare samt bristande samordning mellan enheter och verksamheter.

Uppföljning som genomförs efter ca sex månader visar att verksamheterna i stor utsträckning genomför de åtgärder som föreslagits i händelseanalyserna men ingen verksamhet har utvärderat effekten av genomförda åtgärder.

I två fall har vårdskadeberäkningar gjorts i händelseanalyserna. I det ena fallet beräknades vårdskadekostnaden till ca 420 000 kr och i det andra fallet beräknades den ökade kostnaden till ca 325 000 kr.

## Bakomliggande orsaker till felhändelser i de avslutade analyserna 2018



**Åtgärder** som vidtagits handlar t.ex. om att förbättra eller förändra remissrutiner, förbättra dokumentation i journal, säkerställa sökvägar till jourläkare. Ytterligare åtgärder som vidtagits syftar till att förbättra samverkan inom och mellan verksamheter, säkerställa kommunikation/information mellan verksamheter och professioner, samt åtgärder som skall säkerställa vården på ett standardiserat sätt.

**Lex Maria:** Nio av de 13 händelseanalyser som avslutades under 2018 ledde till att anmälan gjordes enligt lex Maria. Det illustrerar att inte alla allvarliga händelser som inträffar och utreds bedöms som undvikbara dvs. att patienten drabbats av allvarlig vårdskada alt. risk för allvarlig vårdskada.

### Uppföljning av lex Maria-ärenden (bil. 2)

Region Västmanland genomför varje år en uppföljning på övergripande nivå för att se hur föregående års lex Maria-ärenden har hanterats av verksamheterna, om åtgärder vidtagits och om/hur vidtagna åtgärder har påverkat patientsäkerheten. Ytterligare syfte är att värdera verkningsgraden av vidtagna åtgärder

Totalt 2017 46 ärenden; Västmanlands sjukhus (13 st.), primärvård Västmanland (18 st.), vuxenpsykiatri (14 st.) och Centrum för digitalisering (1 st.). Bortfall är 3 ärenden, 2 från VS och 1 från PPHV som inte har besvarat uppföljningsblanketten.

### Konklusion av lex Maria-uppföljning

- De åtgärder som angetts har genomförts i stor omfattning: inom VS och primärvård > 80%, inom psykiatri >60%
- De åtgärder som genomförts är till största delen begränsat effektiva, ca 60% av åtgärderna och ett fåtal åtgärder kan konstateras mycket effektiva, ≤11%
- Uppföljning av åtgärder har sällan skett strukturerat (vuxenpsykiatri har genom MJG<sup>7</sup> en bild av utfall)
- De flesta verksamheter anser att patientsäkerheten förbättrats och detta trots att ingen uppföljning av åtgärder har skett

<sup>7</sup> Strukturerad journalgranskning, beskrivs sid 23

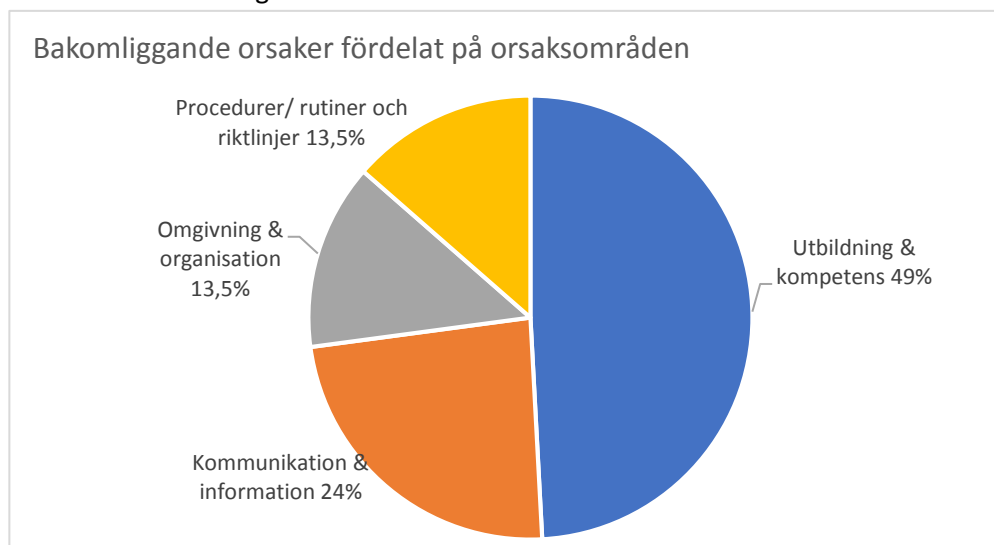
- I flera ärenden anges att händelsen eller åtgärdsförslaget har tagits upp på APT eller annat forum. Detta måste bedömas vara en begränsad effektiv åtgärd. Det är möjligt att diskussionen på APT lett vidare till annan åtgärd, men detta framgår inte i anmälningar eller i de svar som inkommit i samband med denna uppföljning.

#### Förbättringsområden:

- Konkretisering av åtgärder behövs så att utvärdering är möjlig
- Åtgärder behöver följas upp strukturerat för att effekten av genomförda åtgärder skall kunna värderas
- Att verksamheterna använder synergi för sin hantering av lex Maria och alla "vårdskadeutredningar". Analysledare erbjuder metodstöd då en verksamhet efterfrågar detta.

#### Fördjupad analys av händelseanalyser

Under 2018 har tio händelseanalyser som avslutats 2017 analyserats närmare för att se om det finns återkommande felhändelser och bakomliggande orsaker, även de som inte har bidragit till allvarlig vårdskada. Av dessa 10 ärenden har åtta anmälts enligt lex Maria.



Totalt har 58 bakomliggande orsaker identifierats och indelats i orsaksområden. Vad man kan iaktta är att orsaksområdet "Utbildning & kompetens" är störst representerat i jämförelse med de andra (49%) där bakomliggande orsaker har indelats i tre grupper; brister i remittering, brister i dokumentation och kompetensbrist i yrkesutövning.

Diagram presenteras i bilaga 3 som även åskådliggör övriga orsaksområden samt exempel från dessa. Underlaget är dock litet och det finns inget tidigare jämförbart material. Det går därför inte att dra några slutsatser, mer än en fingervisning om förbättringsområden.

#### Händelser, åtgärder och lärdomar, exempel från verksamheter

- En händelse (överfall) på rättspsykiatri, har lett till översyn gällande bemanningsstruktur och rutiner för kommunikation mellan personal när man lämnar avdelning etc.

- 
- IT-haveri på rättspsykiatri där internet och journalsystem slogs ut helt under ett dygn, har tydliggjort behov av reservrutiner.
  - Från två suicid på BUP: behovet av kompetensutveckling gällande barn och deras suicidrisk, panoramat har förändrats och fler yngre tycks vilja ta sitt liv samt, behovet av fast vårdkontakt, förfinad diagnostik samt förbättrad samordning mellan olika kompetenser internt och externt, kontinuitet och tydliga vårdplaner.
  - Fördröjd utredning av makroskopisk hematuri, påvisade behov av aktualiserande av riktlinjer och standardiserade vårdförlopp.
  - Fördröjd diagnos av malignt melanom under en fot vilket, efter diskussion mellan berörda kliniker om hur dessa förändringar ska handläggas, resulterat i en regionövergripande instruktion.
  - Fördröjd diagnos av hypokalcemi efter behandling i slutenvård av läkemedel mot benskörhet har resulterat i en översyn av rutiner vid ordination och uppföljning på berörd klinik och det har även lett till ökad försiktighet vid kraftigt nedsatt njurfunktion och hög ålder.

## Informationssäkerhet

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§*

### **Genomförda uppföljningar av informationssäkerheten av större betydelse**

Under år 2018 har Regionrevisorerna (genom PwC) genomfört två granskningar inom informationssäkerhetsområdet. I den första, med rubriken "Granskning av informationssäkerhet", konstateras sammanfattningsvis att Regionstyrelsen till viss del har uppfyllt kontrollmålen. Regionen bedöms sammantaget arbeta aktivt med informationssäkerhet men att förbättringsmöjligheter finns för att nå ett fullt ut tillfredsställande arbete. Den andra granskningen bar rubriken "Granskning av säkerhet i patientsystemet och hantering av patientjournaler" och behandlade säkerheten i regionens huvudjournalsystem Cosmic. De punkter där revisorerna påtalade brister var i huvudsak:

- Möjligheten för användare att logga in i journalsystemet genom att enbart ange användarnamn och lösenord, och
- Avsaknaden av bra verktyg där verksamhetschefer kan kontrollera utdelade behörigheter i journalsystemet.

### **Riskanalyser som har gjorts med direkt bäring på informationssäkerheten**

Endoskopiverktyget Endobase, EKG för privata vårdgivare, Mobility Plus, Samverkan vid utskrivning, Skype online, R7e-Arkiv, Gemensamt trafikbolag med Region Örebro län, Kulturarvsportal, En app för telefonisystemet Trio

### **Åtgärder som har vidtagits för förbättring av informationssäkerheten som är av större betydelse**

När det gäller arbetet med att införa obligatorisk inloggning med e-legitimation (SITHS) har det pågått under 2018. Den senaste aktiviteten under 2018 var genomförandet av en riskanalys enligt VIRA-metoden. Planering är att införandet ska ske under våren/försommaren 2019.

Vad avser den andra punkten som revisorerna påtalade har en rapport tagits fram i regionens beslutsstödsystem DUVA, med vilken verksamhetschefer

---

översiktligt får fram information om vilken personal som har behörighet på kliniken/vårdcentralen.

Arbetet med informationsklassning och uppföljning av skydds nivåer i befintliga IT-relaterade tjänster har fortsatt under året. Informationsklassning har även införts som en obligatorisk del i det metodstöd för upphandling/inköp som kommer att införas under första halvåret 2019.

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 samt rutiner inom HSA, SITHS och spärrar i journalsystemen.

Region Västmanland har genomfört ansökan om att få bli användarorganisation i federationen Sambu, vilket kommer att vara en förutsättning för att ansluta till E-Hälsomyndighetens tjänster.

Informationssäkerhet är sedan ett antal år ett av de områden som ingår i regionens arbete med internrevision. Arbetet har fortsatt under året.

#### **Utvärdering vårdgivaren har genomfört av skydd mot olovlig åtkomst till datornätverk och informationssystem**

Efter "Granskning av säkerhet i patientsystemet och hantering av patientjournaler" lyftes hanteringen av loggar och rutinerna kring logguppföljning via verktyget Loggkoll fram som positivt. Dessutom gjorde revisorerna bedömningen att IT-miljön är robust när det gäller att hantera avbrott och driftstopp.

#### **Granskning som har gjorts av hälso- och sjukvårdspersonalens journalföring**

Regionens metod för logguppföljning i journalsystem och verktyget Loggkoll har fortsatt utvecklats under året. Den automatiserade analysen har förfinats bl.a. när det gäller att identifiera vårdrelation. Ett stort antal användare (utesedda loggkontrollanter) har utbildats, främst hos privata vårdgivare och under kommuner i samband med införandet av systemet för samverkan vid utskrivning, Cosmic Link. Arbeta med att ansluta ytterligare system till Loggkoll pågår. Nu senast har loggar från systemet för utomlänsfakturering (ULF) tagits in i Loggkoll för att kunna granskas där.

I journalsystemet Cosmic har tidigare införda sekretessgränser kring vissa kliniker tagits bort, vilket medför att de patientsäkerhetsrisker som uppmärksammats med dessa bortfallit.

En ny e-utbildning om informationssäkerhet för medarbetare har lanserats. Den innehåller bl.a. information om offentlighet och sekretess, om hantering av datorer och läsplattor samt om åtkomst och uppföljning av åtkomst. Informationssäkerhetssamordnaren har deltagit vid ett mycket stort antal arbetsplatsträffar och informationsmöten. En omfattande informationsinsats har genomförts kopplat till ikraftträdandet av den nya Dataskyddsförordningen i maj 2018. Vid olika informationstillfällen kring ikraftträdandet har närmare 500 personer fått information om de delvis nya reglerna kring personuppgiftsbehandling.

# RESULTAT OCH ANALYS

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

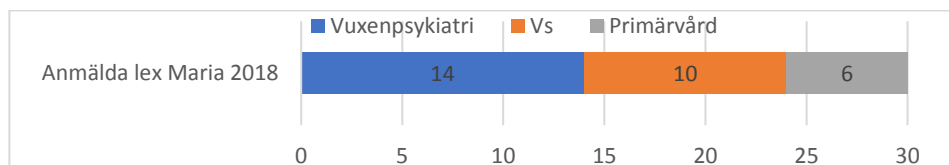
## Egenkontroll

Nedan redovisas årets resultat för Program för Patientsäkerhet enligt fastställd mätplan. I direkt anslutning till respektive målområde redovisas de mätningar/uppföljningar som görs enligt tabell för egenkontroll, samt andra resultat med tydlig koppling till programmet och dess målområden.

Programmets mål	Indikator	Målvärde	2018 (2017)
1. Antalet allvarliga vårdskador ska minska	1:1 Antalet lex Maria-anmälningar om inträffad vårdskada	Minska	25 (34)
	1:2 Kvoten risk/inträffad vårdskada	Öka	5/30 (9/34)
	1:3 Avvikelser ska vara klassificerade inom 4 veckor	95%	88% (86%)
	1:4 Patientolycksfall ska vara allvarlighetsbedömda inom 4 veckor	75%	64% (50%)

### lex Maria-anmälningar

Under 2018 har 30 anmälningar gjorts utifrån risk för eller inträffad allvarlig vårdskada fördelat på 5, resp. 25 st. Detta är färre lex Maria-anmälningar jämfört med föregående år. En förklaring till detta är att betydligt färre suicid anmäls (5 Suicid och 3 oklara dödsfall) jämfört med föregående år (14 st och 3 oklara dödsfall 2017). Samtliga suicid utreds men förändringen i föreskrift 2017 som likställer anmälningsskyldigheten vid suicid med annan allvarlig vårdskada leder till att färre anmäls då det många gånger inte går att identifiera bakomliggande brister i vården. Utvecklingen av lex Maria-anmälningar av suicid följs på nationell nivå.



I de fall då flera verksamheter berörs, t ex vid brister i vårdkedjan, har gemensam utredning och lex Maria-anmälan gjorts.

Ett exempel på ett identifierat riskområde och förbättringsområde utifrån lex Maria-anmälningar är att säkra kunskap om tvångsvårdslagstiftning vid nyanställningar och vikariat. Ett riskområde som lyfts nationellt och som även återfinns inom samtliga typer av verksamheter inom regionen är "Diagnostiska fel och misstag". Att sätta diagnos är en komplex process. Flera faktorer såsom kognitiva och systemrelaterade faktorer eller bristande kunskap, var och en för sig eller i samspel, kan leda bedömningen åt fel håll. En diagnos kan t ex fördröjas p g a att den preliminära diagnosen inte omvärderats vid förändrad medicinsk situation, t ex p g a brister i kommunikation, tillit till tidigare bedömning och utebliven ny medicinsk bedömning. Riskområdet "Diagnostiska fel och misstag" har lyfts till förvaltningarna för dialog om åtgärder i en lärande organisation. I detta arbete kan SKL<sup>8</sup>:s åtgärdsförslag användas (<https://skl.se/halsasjukvard/patientsakerhet/riskomradenatgardspaket/diagnostiskafel.13824.html>).

<sup>8</sup> Sveriges kommuner och landsting

En annan viktig ingång i förbättringsarbetet är fortsatt satsning på "Personcentrerad vård" där vikten av att lyssna på patienten och närstående lyfts fram.

I det interna förbättringsarbetet gällande vårdskadeutredningarna vid lex Maria konstateras att IVO begärt flera kompletteringar, vilket bl.a. ökat medvetenheten i verksamheterna kring vikten av närståendes delaktighet i utredningsarbetet.

### 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 15 slumpmässigt utvalda journaler månatligen inom respektive somatisk slutenvård och psykiatrisk vård. Övergripande är det centrala patientsäkerhetsteamet som utför journalgranskningen dock utför psykiatriker 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.

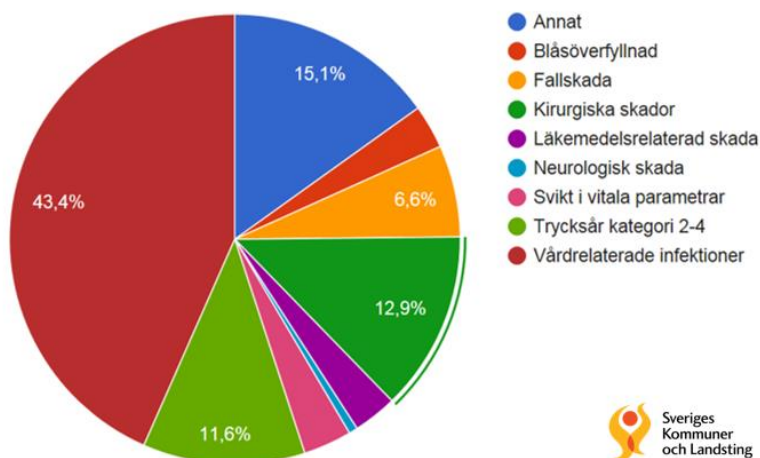
Resultatet av den övergripande granskningen sammanställs, analyseras och presenteras i HSG.

Nedan följer en redovisning av data från Region Västmanland jan 2013-okt 2018 slutenvård.

Andel vårdtillfällen med skada: 13%

Andel vårdtillfällen med vårdskada: 7%

Andel skador per skadegrupp av totala antalet skador, Västmanlands sjukhus, från 2013-01 till 2018-10

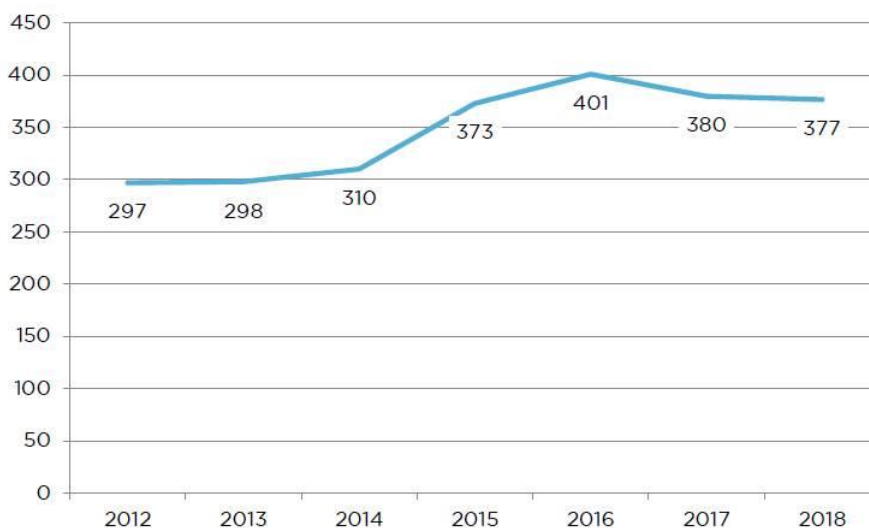


### Skador inom psykiatrisk vård

För skador inom psykiatrisk vård finns ännu inte lokala data att presentera. Av nationell sammanställning av skador och vårdskador inom psykiatrisk vård (granskning av 2 679 journaler inom allmän vuxenpsykiatrisk och rättspsykiatrisk vård under perioden januari 2017 – juni 2017) framkommer att förlängt

sjukdomsförlopp var den vanligaste typen av skada. Andra vanliga skador var avsiktligt självdestruktiv handling, psykisk skada och läkemedelsrelaterad skada.

Antal anmälningar hos Löf 2012-2018 för Region Västmanland



Antalet anmälda skador till Löf var under år 2018 på oförändrad nivå jämfört med föregående år. I jämförelse med andra regioner/landsting ligger antalet anmälda skador på en förhållandevis låg nivå med 139 anmälda per 100 000 invånare och år.

Programmets mål	Indikator	Målvärde	2018 (2017)
2. Vårdrelaterade infektioner ska minska	2:1 Vårdrelaterade infektioner	<5%	10,5% (5,7 %)
	2:2 Basala hygienrutiner och klädregler (BHK) ska vara uppfyllda i samtliga steg	90%	68% (68 %)

#### Punktprevalensmätning av vårdrelaterade infektioner (VRI)

Vårdrelaterade infektioner mäts och sammanställs två gånger per år samt efter behov och rapporteras nationellt på våren. Västmanland har historiskt sett hållit en relativt sett låg frekvens av VRI, under riksgenomsnittet. Dock har en ökad förekomst registrerats under 2018. Resultaten från 2018 års nationella mätning visade på en förekomst av vårdrelaterade infektioner hos 10.5 % av patienterna i samband med mätningen i regionen, jämfört med 5.7 % 2017. Regionens resultat ligger även högt i relation till rikets som presenterade ett resultat på 8.9 %. En lokalt initierad mätning inom VS utfördes i september presenterade liknande resultat med en förekomst av 11, 8% VRI. Inom regionens VRI-MRB grupp kommer deltagare från Centrala patientsäkerhetsteamet, Enheten för smittskydd och VS stab göra en fördjupad analys med anledning av ökningen, start efter vårens första mätning 2019.

#### Punktprevalensmätning av följsamhet till basala hygien- och klädrutiner (BHK)

Mätning av BHK utförs i regionen fyra gånger per år. I den nationella mätningen i mars presenterades ett resultat på 68 % avseende andel med korrekt i samtliga steg (andel med korrekt i samtliga hygienrutiner samt samtliga klädregler). Detta ligger lägre än nationellt (74.1%). Upprepade mätningar



har utförts med varierande resultat dock med en nedåtgående trend. Det är inom följsamhet till hygienrutiner vi ser de största bristerna och då framförallt gällande desinfektion före patientnära arbete samt korrekt användandet av plastförkläde. Förvaltningsvis kan ses stora variationer mellan enheter, där förbättringsåtgärder inom vissa behövs. Flertalet åtgärdsaktiviteter är initierade bl.a. krav på handlingsplan vid resultat under målnivå, dialog med verksamheter och hygiensjuksköterskor samt ny uppdragsbeskrivning för hygienombud. 2018 fick enheten för psykosomatisk medicin hygienpriset ett gott hygienföredöme.

Programmets mål	Indikator	Målvärde	2018 (2017)
3. Trycksår ska minska	3:1 Andel tryckskada/trycksår kategori 1-4	<10%	12% (16,8%)
	3:2 Andel trycksår kategori 2-4 som uppstått eller förvärrats	<3%	5,8 (9,1)

### Punktprevalensmätning Trycksår

Andelen patienter med trycksår har legat långt över målnivå. Mars: 17.8%, (kategori 2-4; 10%) Maj: 11.0% (kategori 2-4; 6%). September: 13.3% (kategori 2-4; 7.4%) November: 12%. (kategori 2-4; 5.8%).

Analys visar att Region Västmanland har hög frekvens av trycksår jämfört i nationella mätningar (mars 2018 riket 14.1 %, Region Västmanland 17.8 %). De tre lokala mätningar som regionen gjort under 2018 har legat under rikets siffra på 14,1 %. Jämfört med 2017 års mätning går det dock åt rätt håll i mätningarna förutom marsmätningen. Den höga förekomsten i samband med den nationella mätningen i mars månad är troligen ett resultat av den influensaperiod som pågick. Vårdplatsbeläggningen och vårdtyngden var mycket tung under denna period.

Ett av de övergripande kvalitetsmålen inom VS för 2019 är minskade trycksår. Flera aktiviteter kommer ske, bl. a. skapas en ny samverkansgrupp för trycksårsprevention, revidering av handlingsplan för trycksårsprevention, uppdaterad uppdragsbeskrivning för trycksårsombud och plan för kontinuerliga nätverksträffar med kompetensutveckling. Samtidigt kopplas detta till det pågående arbetet med vårdplansgrupp rörande journaldokumentation. Gröna korset används också lokalt för att identifiera händelser eller risker som behöver tas om hand genom avvikelserapportering och fortsatt handläggning i Synergi.

Programmets mål	Indikator	Målvärde	2018 (2017)
4. Läkemedelsanvändning ska vara säker	4:1 Andel läkemedelsberättelser	40%	46% (40 %)
	4:2 Antalet fördjupade läkemedelsgenomgångar	öka	2,423 (1,727)
	4:3 Antalet utskrivna antibiotikarecept	Minska	298 (302)

Det har varit en fortsatt ökning av andel läkemedelsberättelser i regionen enligt Programmets mål. I slutet av året har andelen nått ca 46 %. Genomsnittlig andel under 2018: 42%. Fortsatt låga tal dock inom psykiatri samt inom vissa verksamheter inom VS. Riktade insatser behövs för 2019. En annan indikator är antalet utskrivna antibiotikarecept. Förskrivningen av antibiotika i länet har under 2018 minskat med en procent, vilket är betydligt mindre än un-

der 2017. Länet ligger nu strax över genomsnittet för riket. Framgångsfaktorer gällande resultatet bedöms ha varit återkoppling av resultat efter kvalitetssäkrande journalgenomgång vid några högförskrivande mottagningar och att vårdval följer upp förskrivningsutfallet vid vårdcentralbesöken. Detta arbete kommer att utvecklas och intensifieras när tjänsten som Stramaläkare för primärvården besätts i mars 2019. Under 2017 och 2018 har två projekt för ST-läkare i allmänmedicin avslutats som har behandlat antibiotikabehandling av halsfluss/svalgkatarr på vårdcentral.

### Vårdorsakat läkemedelsberoende

Resultatet (av den regionövergripande processöversynen) följs kontinuerligt av Enheten för sjukvårdsfarmaci i form av statistik över användningen av beroendeframkallande läkemedel. Därvid kan konstateras, att minskningen för alla tre aktuella preparatgrupper<sup>9</sup> under 2018 är störst i Västmanland jämfört med alla andra regioner i Sverige. Som ytterligare ett bevis på satsningens betydelse tilldelades regionen Dagens medicins pris "Guldpillret" för 2018 års viktigaste insats för en bättre och säkrare läkemedelsanvändning. Juryns motivering löd: "Med ett imponerande helhetsgrepp har årets vinnare involverat en hel landstingsorganisation i kampen mot ett allvarligt samhällsproblem som vården själv orsakat. Det nya gränsöverskridande arbetssättet banar ny väg för hur man på bred front kan agera för att minska läkemedelsberoende till gagn för många utsatta patienter och har redan genererat mätbara resultat". Arbetet har även väckt intresse i andra regioner. Det är viktigt att fortsätta de gemensamma ansträngningarna för ett bestående resultat som innebär, att allt färre patienter riskerar beroende på grund av läkemedel som ordinerats av sjukvården.

Programmets mål	Indikator	Mål-värde	2018 (2017)
5. Suicidprevention ska förbättras	5:1 Antalet suicid	Minska	5 (14)
	5:2 Antalet suicidförsök	Minska	382 (377)

Antalet avvikelserapporterade suicidförsök är nästintill oförändrade jämfört med 2017 medan antalet suicid efter en vårdkontakt visar en fortsatt minskning för tredje året i rad. Det går dock inte att dra några säkra slutsatser. Materialet är litet och det finns variationer även vid tillbakablick. I Regionen finns ett stort engagemang i frågan och mycket arbete inom suicidprevention pågår (som beskrivs tidigare i rapporten). Det viktiga är nu att hålla i och hålla ut. Regionen deltar tillsammans med större delen av Sveriges regioner i ett forskningsprojekt som granskar alla suicid från 2015. Förhoppningen är att få ny kunskap att ta tillvara i det fortsatta suicidpreventiva arbetet.

Programmets mål	Indikator	Mål-värde	2018 (2017)
6. Förbättrad Patientsäkerhetskultur	6:1 Arbetsbelastning och personaltäthet	60	Mäts ej 2018 (44)
	6:2 Överlämning och överföring av patienter och information	70	Mäts ej 2018 (49)
	6:3 Antal verksamheter med brukarråd/fokusgrupp	30/47	14 /47 (15/47)

Antal brukarråd har minskat med ett sedan förra året. Dock pågår mycket arbete i regionen för att möjliggöra medverkan och delaktighet från patienter

<sup>9</sup> Opioider, bensodiazepiner, bensodiazepinbesläktade medel

och närstående. Regionen arbetar för att flera verksamheter skall ha brukar-råd samt att det skall vara naturligt att vid alla förändringar och förbättrings-arbeten erbjuda delaktighet av de som vården är till för. I andra regioner finns goda exempel på att patientföreträdare deltar i ledningsgrupper på olika nivåer och i övergripande riskanalyser, något som Region Västmanland skulle kunna utveckla mera.

### Patientsäkerhetsdialoger

De problemområden som verksamheterna lyfter, sammanställs och rapporte-ras till förvaltningarna samt är ett viktigt underlag för kommande riskanalyser och förbättringsarbete.

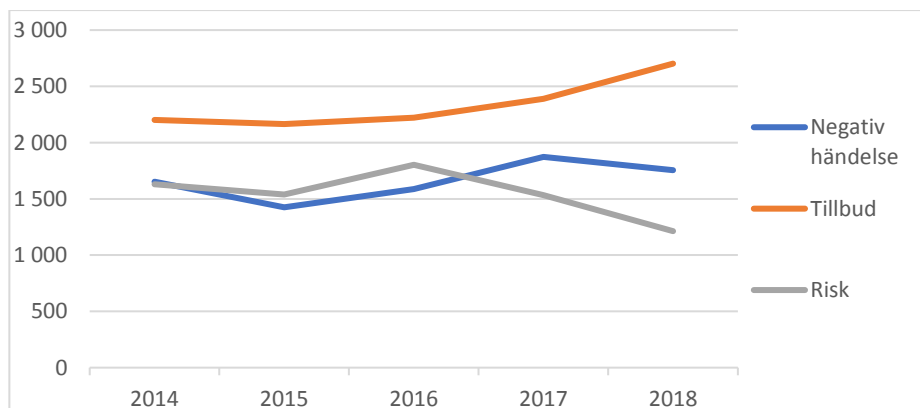
Det som framkommit i samband med dialogerna 2018 har klustrats i tabellen nedan:

<b>Kommunikation</b>	Elektroniska journalen, framförallt läkemedelsmodulen i Cosmic. Arbeta pågår i ett nätverk bestående av chefläkare från Cosmicregionerna, läkemedels-kommittéerna samt objektägarna.
	Samordning i vårdkedjan framförallt mellan slutenvården och primärvården samt mellan hemsjukvård och primärvård. Svårt att säkerställa en trygg och sä-ker kommunikation och tydlighet i vårdens övergångar.
<b>Kompetens-försörjning</b>	Bristande kompetensförsörjning av vårdpersonal genomgående inom både PPHV och VS.
<b>Lokaler</b>	Trångboddhet i flera verksamheter vilket kan vara ett hinder för tillgängligheten men också avseende integritet. Vissa lokaler uppleva även som icke ändamåls-enliga.
<b>Tillgänglighet</b>	Bristande tillgänglighet digitalt, men även avseende kontinuitet i vårdkontakter.

Det som det centrala patientsäkerhetsteamet har uppmärksammat generellt är att flertalet verksamheter inte genomfört den ålagda utbildning Suicid-bredd samt att flertalet ej påbörjat arbetet med handlingsplan relateras till resultaten från 2017 års mätning av patientsäkerhetskulturen.

### Avvikelser

Totalt hanterade regionen 15 848 st ärenden i Synergi under 2018, varav 5669 st är klassificerade som patientrelaterade avvikelser. Antalet är drygt hundra färre än året innan, men i övrigt i linje med hur det sett ut senaste åren. Fördelningen per ärendetyp de senaste fem åren är enligt nedan:

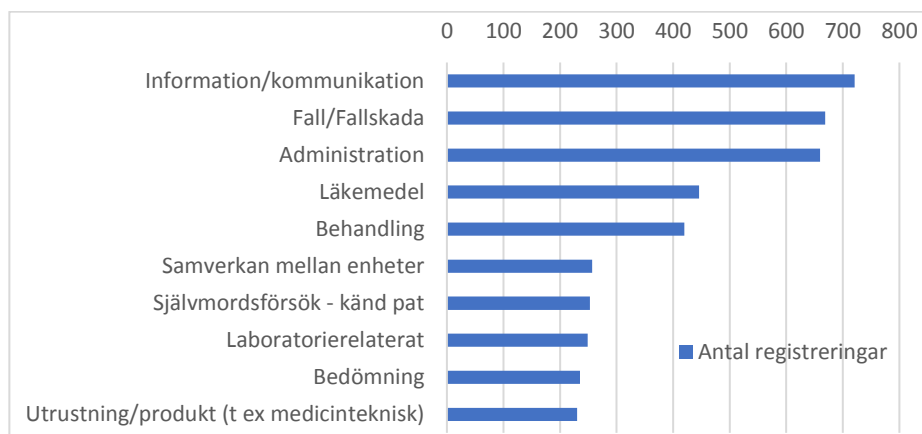


Antalet risker har sjunkit under 2018 och antalen tillbud har ökat. Förkla-ringens är att flera inträffade händelser tidigare har klassificerats felaktigt som risker trots att det har rört sig om tillbud. Under 2018 har detta förbättrats

och vilket sannolikt kan tillskrivas de utbildningsinsatser systemförvaltningen genomfört under året (med start 2017).

Av de 1754 avvikelserna som klassificerats som negativa händelser har 171 st bedömts vara av allvarigare karaktär, konsekvensen är angiven som "Betydande" eller "Katastrofal". Enligt regionövergripande instruktioner i ledningssystemet bör dessa 171 ärenden vårdskadeutredas enligt den mer omfattande modellen. Dock är det endast i 25 av dessa ärenden angivet att vårdskadeutredning är genomförd, vilket innebär att antingen har inte instruktionen för dokumentationen följts korrekt eller så har inte utredningar genomförts i den utsträckning det borde. Centrala patientsäkerhetsteamet kommer att fortsätta erbjuda utbildning i vårdskadeutredning och systemförvaltningen för Synergi integrerar metoden i lämpliga befintliga utbildningar och insatser.

Den vanligaste händelsekategorin för patientrelaterade avvikelser är "Information/kommunikation" och tätt efter kommer "Fall/fallskada", "Administration" och "Läkemedel", vilket stämmer överens med hur det har sett ut tidigare.

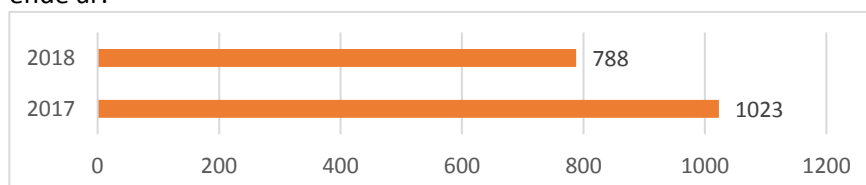


Under året genomfördes en revision av avgränsade delar av patientsäkerheten inom några verksamheter inom den slutna specialistvården. I granskningsrapporten uppges "att avvikelshanteringssystemet Synergi inte används fullt ut" Dvs en underrapportering lyfts fram. VS gör också bedömningen att antalet avvikelser kring trycksår (ca 60st) med stor sannolikhet är missvisande då man bara skriver avvikelser gällande nyidentifierade sår, förvärrade sår och när patient inkommer med sår. Istället har prioriterats att notera förekomst, riskbedömning och åtgärd i den elektroniska journalen.

Ett exempel på åtgärd som avvikelserapportering lett till är att några kliniker har reviderat rutiner och mallar efter att man via avvikelser sett upprepade tillbud.

VS noterar följande utifrån statistik från 2018:

Antalet negativ händelse/patientrelaterat har minskat jämfört med föregående år:



---

Mest förekommande är fallincidenter följt av avvikelser kring trycksår och läkemedel.

Vid genomgång av fallhändelser (340 st) kan man se att 3 fall orsakat subduralhematom, 3 frakturer samt ett trettiotal sårskador. Vidare ser man att det i många fall genomförts riskbedömningar och att åtgärder redan innan händelsen satts in såsom rörelselarm, larmmattor nattbelysning, extra tillsyn, säng i lägsta läge, mm. Ortopedklinikens patientsäkerhetsteam kommer att prioritera arbetet med att förebygga fallolyckor under 2019 och barnkliniken kommer att arbeta mer systematiskt med läkemedelsavvikelser under kommande år.

## Klagomål och synpunkter

Möjligheten att framföra synpunkter via regionens externa hemsida och direkt i regionens IT-system för avvikelshantering har funnits sedan 2014. Antalet ärenden har successivt ökat.

Upprättat datum	Antal registreringar
2014	109
2015	182
2016	148
2017	276
2018	340

De vanligaste ärendekategorierna för externa ärenden är "Bemötande", "Information/kommunikation", "Vård och behandling" och "Tillgänglighet". Dessa fyra har varit med i toppen sedan 2014. För att på aggregerad nivå kunna arbeta med den data som klagomålsärendena genererar i Synergi, har åtgärder genomförts vid årsskiftet 2018/2019 gällande kategoriseringsfälten. Regionens samtliga klagomål kategoriseras nu utifrån Patientnämndens reviderade handbok. Målet är att på ett bättre sätt kunna jämföra de olika ärendena/klagomålen oavsett vilken väg de kommer in till regionen.

## Patientnämnden

Noterat under 2018 gällande klagomål och synpunkter är att det var 340 ärenden inkommande via den externa hemsidan 1177 (mina vårdkontakter). Utöver dessa hanterade och handlade patientnämnden totalt 975 stycken ärenden. Det är en minskning i antalet ärenden jämfört med 2017 då antalet uppgick till 1160 stycken. Detta kan delvis förklaras med att det varit en ökad anmälningsfrekvens direkt till vårdens verksamheter vilket är helt i linje med den nya klagomålslagstiftningen.

## Händelser och vårdskador

Nya föreskrifter inom området utredning och anmälan av lex Maria-ärenden, har lett till förändrade rutiner och instruktioner. Dock har endast 25 av 171 fall har utretts enligt gällande instruktion för vårdskadeutredning vilket visar att denna inte har fått genomslag i verksamheterna ännu. Instruktionen i sig är framtagen för att uppfylla kraven som författningen ställer på innehållet i utredningen. IVO har i ökat antal begärt kompletteringar av de utredningar som sänts till IVO vilket också talar för att utredningarnas kvalitet behöver förbättras. Vid uppföljning av lex Maria-ärenden ses att åtgärderna som angivits ska göras visserligen har gjorts i hög utsträckning men att åtgärderna som vidtas bedöms som begränsat effektiva. Endast ett fåtal anses mycket effektiva. En vanlig angiven åtgärd är "ta upp på APT". Något som i sig inte kan ses om en effektiv åtgärd. Uppföljning av åtgärderna har sällan skett strukture-

---

rat, men de flesta anser ändå att patientsäkerheten har förbättrats. Med förbättrad systematik i handläggningen, som stöds om arbetet sker som tänkt i avvikelssystemet, så kan de kvalitetsbrister som framkommer här förbättras avsevärt.

De centrala händelseanalyserna som har gjorts har bl.a. handlat om brister i diagnostik, i läkemedelshantering, i sökfunktion av jourläkare samt bristande samordning mellan enheter och verksamheter. Från de ärenden som lex Maria-anmäls framträder diagnostikprocessen som något som behöver lyftas under 2019, även exempel från verksamheterna på allvarliga händelser pekar i denna riktning.

I vårdskadeutredningar är det väsentligt att leta efter de bakomliggande orsakerna som återfinns på systemnivå. Utgångspunkten är människa-teknik-miljö, i ett komplext samspel. Vad gick fel och varför samt den viktiga frågan som kan besvaras med de två första som grund, vad ska göras för att hindra att det som hänt inträffar igen? Resultatet av uppföljning av händelseanalyser visar på behov av mer effektiva åtgärder och en struktur för uppföljning av åtgärderna. Arbetet pågår inom detta genom bl.a. att metodstöd erbjuds i vårdskadeutredningar samt utbildningsinsatser som fortgår inom såväl generell avvikelshantering som specifik vårdskadeutredning. Den revision som genomfördes under året pekar på att lärandet av inträffade händelser behöver utvecklas. Verksamheterna efterfrågar också detta. Föreskriften stödjer detta genom sitt krav på att i vårdskadeutredningen redovisa, hur kunskaperna från händelserna har spridits. Genom förbättrad systematik i utredningar av allvarliga händelser och även i uppföljningar av dessa erhålls data som kan aggregeras, analyseras avseende lärdomar som kan spridas i organisationen.

Inom området "utbildning och kompetens" återfinns 49 % av bakomliggande orsaker i händelseanalyser från 2017. För 2018 är siffran 17%. Oklart varför det är en så stor skillnad mellan åren. Den stora gruppen 2018 är området "procedurer, rutiner och riktlinjer" på 37 %. För 2017 var den siffran 13,5%.

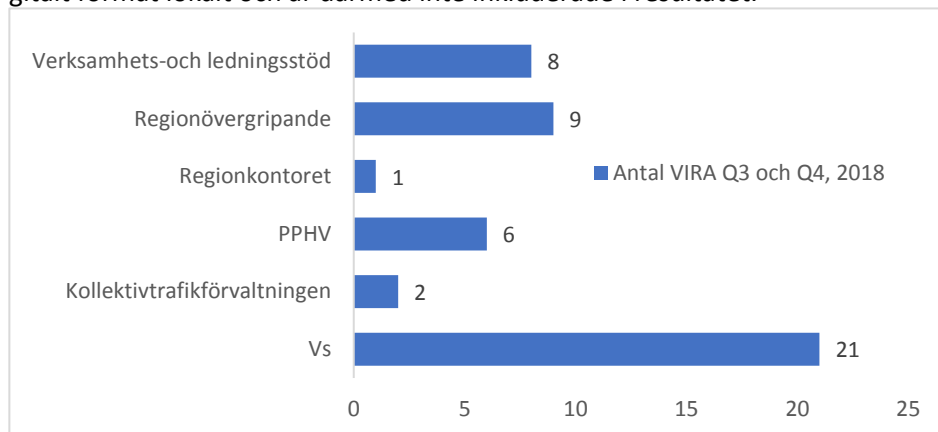
Data har inte beaktats från tidigare år men kommer nu att följas för fortsatt analys.

## Risikanalys

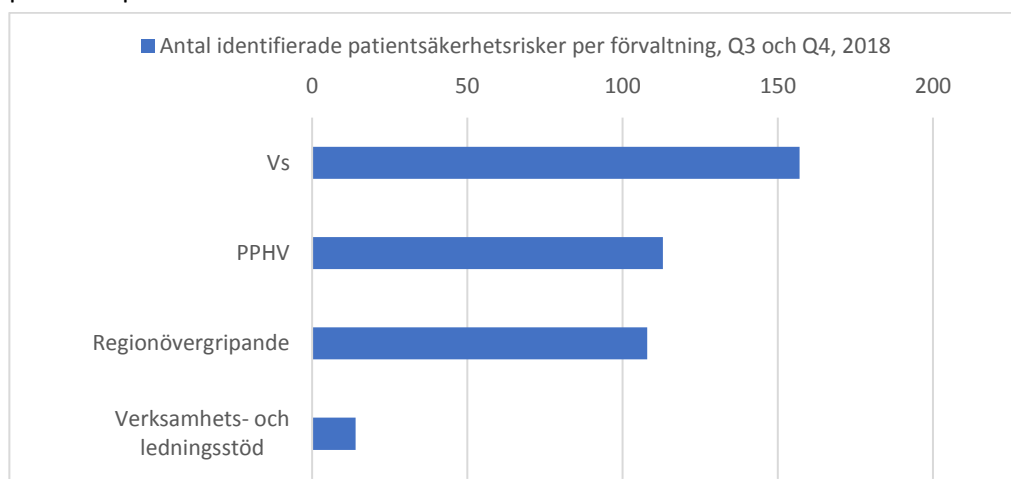
### VIRA-analyser:

Resultat för Q3 och Q4 2018 visar på totalt 47 genomförda riskanalyser/riskbedömningar som kan få konsekvenser inom målområde patientsäkerhet. Av dessa har 60 % beslutade åtgärder knutna till identifierade risker. Det finns vid tidpunkt för skrivandet inga siffror på antalet slutförda åtgärder. Förväntningen är att antalet beslutade åtgärder ska röra sig från dagens 60 % upp mot 100% i och med att kunskapen inom regionen stiger gällande åtgärds-hantering. Från och med 2019 finns ett steg 2 i den VIRA analysledarutbildning som tillhandahålls via Lärcentrum. Utbildningen syftar till att öka kunskapen om och stödet för beställarna gällande formulering och uppföljning av åtgärder. Utöver riskanalyserna/riskbedömningarna som presenteras nedan har det genomförts riskanalyser/riskbedömningar lokalt i regionen med stöd

av förenklad VIRA. Dessa analyser diarieförs på papper och lagras endast i digitalt format lokalt och är därmed inte inkluderade i resultatet.



Totalt 392 risker har identifierats. Sett till Region Västmanland som helhet innebär det att patientsäkerhetsrisker kommer på andra plats om vi ser till antalet identifierade risker efter målområde. Målområde Arbetsmiljö kommer på första plats med inom vilket 480 risker identifierats.



Västmanlands sjukhus är den största förvaltningen och har således flest genomförda riskanalyser/riskbedömningar och även flest patientsäkerhetsrisker enligt ovan. Noteras dock att PPHV som genomfört sex riskanalyser identifierat många risker i relation till detta, 113 st (att jämföra med VS 157 på 21 riskanalyser). Enligt metoden och den rutin som finns ska identifierade risker omhändertas av de som ansvarar för berörda risker /områden. Än så länge används inte riskmodulen i synergi. Det är dock ett utvecklingsområde att få till stånd detta då det stödjer systematiken i genomförande av åtgärder och dess uppföljning. Vidare kan en bättre bild av riskhanteringen erhållas och data aggregeras och analyseras på flera nivåer.

---

## Mål och strategier för kommande år

(Respektive förvaltningar och verksamheter har mål och strategier för de frågor och områden som de har sett behov av att särskilt adressera under 2019)

- Sammantaget bedöms att det systematiska patientsäkerhetsarbetet inte har fått genomslag på alla nivåer. Systematiken i omhändertagande av avvikelser behöver därför utvecklas i syfte att få bättre vårdskadestredningar, mer effektiva åtgärder som också följs upp. Detta leder till data som kan aggregeras, analyseras och spridas dvs den lärande organisationen utvecklas. Det är viktigt att arbeta med frågan hur lärdomar efter inträffade händelser kan förbättras. Den hänger ihop med såväl kultur som kunskap varför flera olika åtgärder sannolikt kommer att behöva vidtas. Under 2019 sker en översyn av regionens styrdokument vid systematiskt förbättringsarbete.
- Genom den planerade analys av de klagomål som inkommer till patientnämnden varje år är förhoppningen att analysen ger information som kan användas inför förändringar i vård och organisation samt vid förbättringsarbeten.
- Utskrivningsprocessen kommer även under 2019 behöva uppmärksammas då det nya arbetssättet inte har satt sig ännu och det finns problem med IT-stödet som används. För en patientsäker vård är det mycket viktigt att utskrivningsprocessen fungerar väl i alla sina ingående delar.
- Utifrån analys av resultaten för trycksår har detta identifierats som ett fokusområde för VS under 2019. Trycksår är en plåga för den drabbade patienten – men också ett stort och kostsamt problem för hälso- och sjukvården. Många sår beror på att man försummat att tidigt identifiera patienter med ökad risk och inte satt in förebyggande åtgärder. Flera aktiviteter kommer ske, bl.a. bildas en ny samverkansgrupp för trycksårsprevention, handlingsplan samt utbildning för trycksårsprevention kommer att revideras.
- Nationellt har SKL lyft diagnostiska fel och misstag som ett riskområde att prioritera inom patientsäkerhet. I regionen ser vi att detta behov gäller även hos oss utifrån de lex Maria ärenden som har anmälts. Mot denna bakgrund har området lyfts till förvaltningarna för dialog om hur regionen ska ta sig an denna viktiga fråga. SKL har tagit fram förslag på åtgärder som kan användas som underlag i det fortsatta arbetet.



## Checklista för

# PATIENTSÄKERHETSDIALOG 2018

Syftet med patientsäkerhetsdialogen är att stötta verksamheterna i ett strukturerat patientsäkerhetsarbete baserat på Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659).

Patientsäkerhetsdialogen sker med stöd av checklistan och med program för patientsäkerhet 2017–2020 (ledningssystemet nr 39247) som utgångspunkt. Närvarande vid dialogen ska minst följande vara: Verksamhetschef, medicinskt ansvarig läkare (om verksamhetschef ej själv är läkare, för psykiatriska verksamheter chefsöverläkare) lokalt patientsäkerhetsteam inklusive avvikellesamordnare. Därutöver väljer verksamhetschefen vilka övriga som ska delta.

Från det centrala patientsäkerhetsteamet deltar chefläkare och chefsjuksköterska/analysledare.

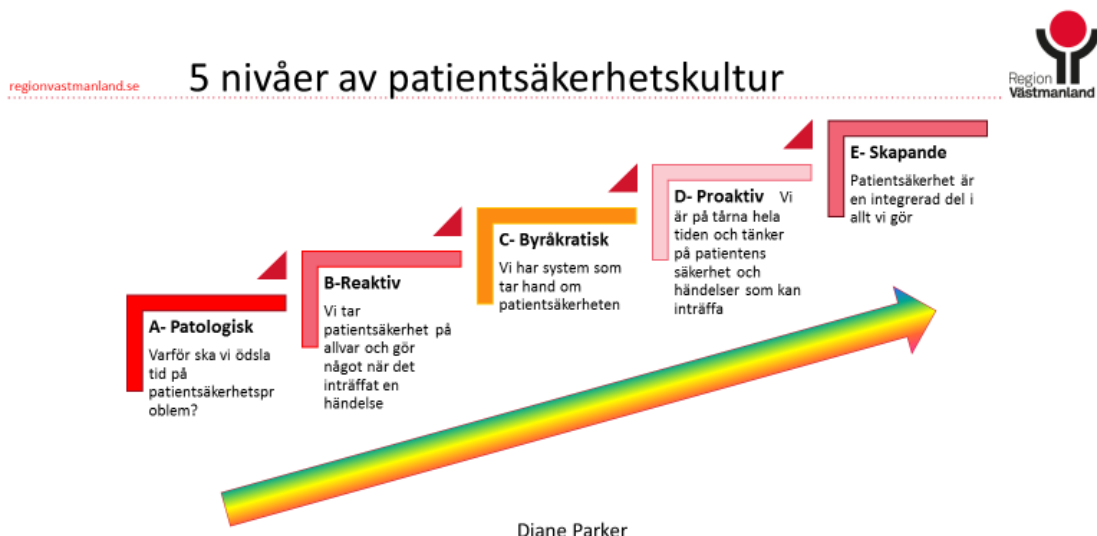
Återkoppling av dialogen sker skriftligt enligt checklista i Synergi

Datum:

Verksamhet:

Närvarande:

1. Återkoppling från föregående dialog.
2. Ange de viktigaste patientsäkerhetsfrågorna som ni vill att vi i det centrala patientsäkerhetsteamet ska lyfta inom Region Västmanland.
3. Ange verksamhetens största patientsäkerhetsriskområden. Vilka är era prioriterade förbättringsarbeten och åtgärdsområden utifrån analys av mätningar, avvikelser, risker, klagomål och synpunkter samt lex Maria?
4. Hur involverar ni patienter och anhöriga i patientsäkerhetsarbetet?
5. Självskattningstrappa patientsäkerhetskultur (se figur). Var placerar ni er verksamhet? Motivera.
6. Delge er handlingsplan för patientsäkerhetskultur baserad på mätning av patientsäkerhetskultur 2017.



**Vem/vilka är verksamhetens avvikellesamordnare?**

Den som ansvarar för att samordna avvikelser inom verksamheten, ta fram rapporter inkl. åtgärdsförslag till verksamhetsledning, vara kontaktperson centralt etc.


**Vilka ingår i verksamhetens patientsäkerhetsteam?**

Teamet ska minst bestå av en specialistläkare, sjuksköterska eller motsvarande samt verksamhetens avvikellesamordnare

1
2
3
4

## Sammanställning av åtgärdsgenomförande 2017 års lex Maria anmälningar

### Bakgrund och inledning

Region Västmanland har som vårdgivare ansvar för att utreda och vidta åtgärder när en patient drabbats av en vårdskada eller har utsatts för risk för detta. Dessa händelser ska, om de bedöms vara allvarliga, också anmälas enligt lex Maria till inspektionen för vård och omsorg (IVO). Detta gäller både enligt den tidigare gällande föreskriften SOSFS 2005:28 och de nuvarande HSLF-FS 2017:40 och HSLF-FS 2017:41 samt Patientsäkerhetslagen 2010:659.

Vid utredning av allvarliga händelser eller risk för allvarliga händelser är syftet bl.a. att det ska leda till adekvata åtgärder som förbättrar patientsäkerheten och därmed minskar risken för vårdskada. Regionens vision är att ingen patient ska skadas i vården. I program för patientsäkerhet 2017–2020, finns mål avseende minskning av allvarliga vårdskador och för att följa upp detta mäts specifika indikatorer och följs upp årligen relaterat till programmet. Uppföljning av lex Maria-ärenden är en del i region Västmanlands systematiska patientsäkerhetsarbete. Uppföljningen omfattar de lex Maria-ärenden som anmälts till IVO under år 2017.

Totalt 2017 handlar det om 46 ärenden; Västmanlands sjukhus (13 st), Primärvård Västmanland (18 st.), Psykiatri (14 st.), och CIT (1 st.).

### Syfte och metod

Uppföljningen syftar till att på en övergripande nivå följa upp hur lex Maria-ärenden från 2017 har hanterats av verksamheterna, om åtgärder vidtagits och om/hur vidtagna åtgärder har påverkat patientsäkerheten.

Ytterligare syfte är att värdera verkningsgraden av vidtagna åtgärder. Detta har skett med stöd av SKL:s handbok ( SKL:s Handbok Riskanalys och Händelseanalys ) och utifrån denna utformades ett frågeformulär (Bil. 1.) Enligt SKL:s handbok kan åtgärder klassificeras som mycket effektiva, effektiva eller begränsat effektiva.

Analysledarna gjorde en genomgång av alla lex Maria ärenden. Därefter skickades frågeformuläret (Bil. 1) till varje verksamhet med frågor som gällde åtgärderna som verksamheten angett i anmälan till IVO skulle vidtas med anledning av händelsen. Verksamheterna fick fyra veckor på sig att besvara och de flesta svar inkom inom utsatt tid. Dock fick påminnelse skickas och därefter inkom återkoppling. Tre ärenden har inte återkopplats till analysledarna varför dessa inte är inkluderade i sammanställningen. Det rör sig om ett ärende från Primärvård Västmanland och två ärenden från Västmanlands sjukhus Västerås.

## Sammanfattning lex Maria Västmanlands sjukhus (VS) 2017 Antal: 11 (två ej besvarade)

Nedan: **Antal åtgärder som vidtagits, inte vidtagits och antal delvis vidtagna åtgärder i de 11 lex Maria-anmälningarna**

Ja	Nej	Delvis
38	2	6

Nedan: **Förbättringsåtgärder indelade efter verkningsgrad**

Mycket effektiva åtgärder	Antal	Effektiva åtgärder	Antal	Begränsat effektiva åtgärder	Antal
Massivt engagemang och fokus på patientsäkerhetskultur och patientsäkerhetsarbete från ledningens sida		Förbättrad kommunikation/ dokumentation	10	Dubbelkontroller	
Ändringar i enhetens fysiska utformning		Mindre arbetsbelastning	1	Visuella eller andra varningssignaler	
Användartestning av ny utrustning/produkt före inköp		Användarvänliga IT-stöd		Nya riktlinjer, protokoll och policyer	5
Tekniska barriärer som omöjliggör felanvändning		Minskning/eliminering av störningar	1	Undervisning/ utbildning	18
Standardisering av utrustning/produkter/processer och rutiner	4	Minnesstöd tex checklistor och lathundar Minskning/ eliminering av produkter eller preparat med liknande namn/ utseende Praktisk övning Motläsning av muntliga ordinationer	4	Fler studier/ analyser	1
<b>Exempel:</b> Gemensam journal för dokumentation av vitalparametrar som tidigare inte var tillgänglig information för alla enheter		<b>Exempel:</b> - Ny rutin införd som innebär att uppföljande prover ordinerar samtidigt som behandling startas. - Genomgång av larmrutiner		<b>Exempel:</b> -Diskuterat vid något tillfälle i läkargruppen omfattande några individer. -Ny instruktion gällande sökning av jourläkare har tagits fram	

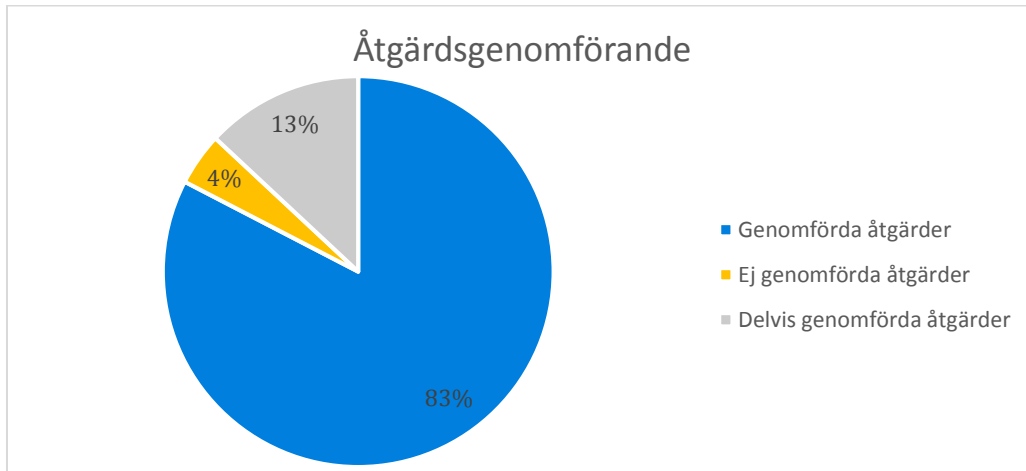
Beslutade åtgärder har genomförts till 83%. I någon verksamhet har angivits *delvis genomförd* med anledning av åtgärdens långsiktighet som innebär att det kommer ta lång tid innan slutgiltigt resultat. Dock tydlig intention att genomföra. Verksamheterna anger att patientsäkerheten har förbättrats utifrån åtgärderna men effekten av de genomförda åtgärderna har inte mätts på ett strukturerat sätt.

Om en åtgärd ej genomförts (besvarad med nej) har den inte värderats eller tagits med i redovisningen ovan.

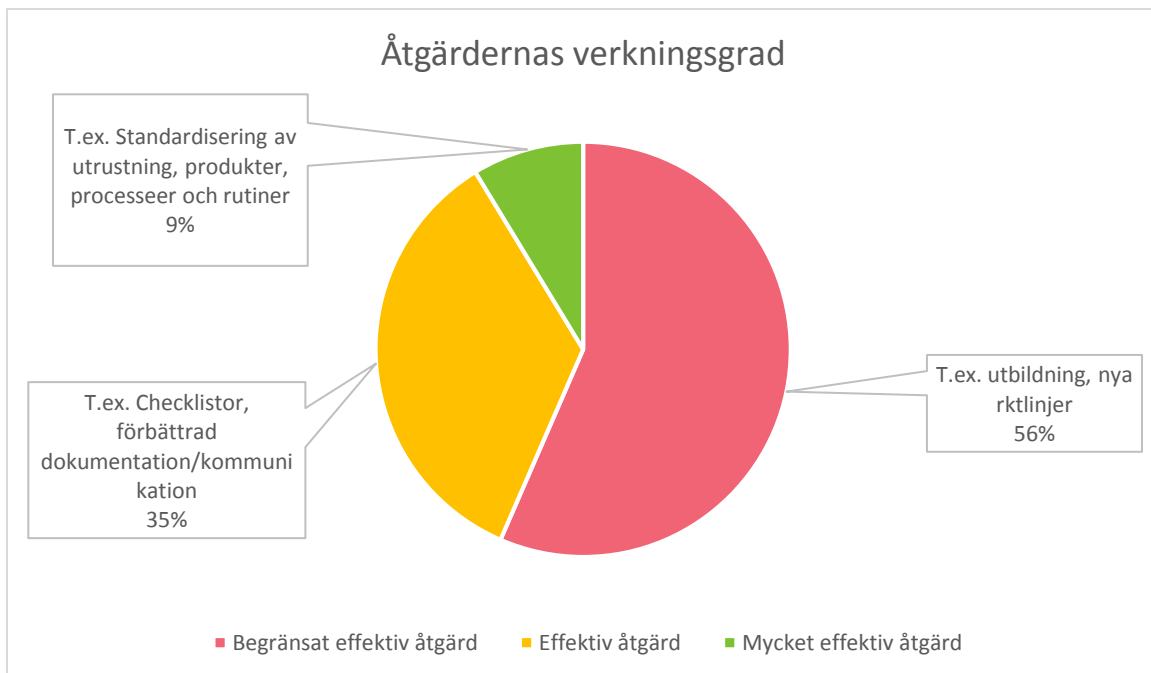
Exempel på åtgärder som vidtagits ytterligare än som angivits i lex Mariaanmälan:

- Akutmottagningen: har genomfört ytterligare åtgärd än de som angivits i lex Maria. det är förändrat introduktionsprogram som kan bedömas som effektiv åtgärd
- Medicinkliniken Västerås: Utbildning för SSK på HIA som bedömer mobimed EKG från ambulans har ökat patientsäkerheten gällande omhändertagande av STEMI patienter

Sammanställning av omfattningen av åtgärdsgenomförande. inom Västmanlands sjukhus (antal angivna åtgärder =46)



Fördelning av åtgärder inom Västmanlands sjukhus utifrån dess effekt på patientsäkerheten (verkningsgrad)



## Sammanfattning lex Maria Primärvård 2017 Antal: 17 (en ej besvarad)

Nedan: **Antal åtgärder som vidtagits, inte vidtagits och antal delvis vidtagna åtgärder**

Ja	Nej	Delvis
23	1	3

Nedan: **Förbättringsåtgärder indelade efter verkningsgrad**

Mycket effektiva åtgärder	Antal	Effektiva åtgärder	Antal	Begränsat effektiva åtgärder	Antal
Massivt engagemang och fokus på patientsäkerhetskultur och patientsäkerhetsarbete från ledningens sida	1	Förbättrad kommunikation/ dokumentation	2	Dubbelkontroller	
Ändringar i enhetens fysiska utformning		Mindre arbetsbelastning	1	Visuella eller andra varningssignaler	
Användartestning av ny utrustning/produkt före inköp		Användarvänliga IT-stöd		Nya riktlinjer, protokoll och policyer	3
Tekniska barriärer som omöjliggör felanvändning		Minskning/eliminering av störningar		Undervisning/ utbildning	9
Standardisering av utrustning/produkter/processer och rutiner	2	Minnesstöd tex checklistor och lathundar Minskning/ eliminering av produkter eller preparat med liknande namn/ utseende Praktisk övning Motläsning av muntliga ordinationer	5	Fler studier/ analyser	3
<b>Exempel:</b> - Lokal rutin för att förtydliga flödet. Rutinen kommer att vara med i introprogram för nya läkare. Rutin följs, alla vet. - Patient med upplevd psykisk ohälsa skall erbjudas kartläggningssamtal hos dsk. enl. lokal rutin inom 3 dagar där upplevd psykisk ohälsa angivits. Fortsatt handläggning planeras därefter med läkare och kurator		<b>Exempel:</b> -Kontinuitet, samma läkare och samtalsbehandlare skall parallellt följa patienten i processen när denne mår psykiskt dåligt - Läkarna har fått lathundar gällande SVF		<b>Exempel:</b> - Två distriktssköterskor skall gå suicidpreventionsutbildning, samt kurator - Vårdskadestredning - Anmälan till IVO, riskperson	

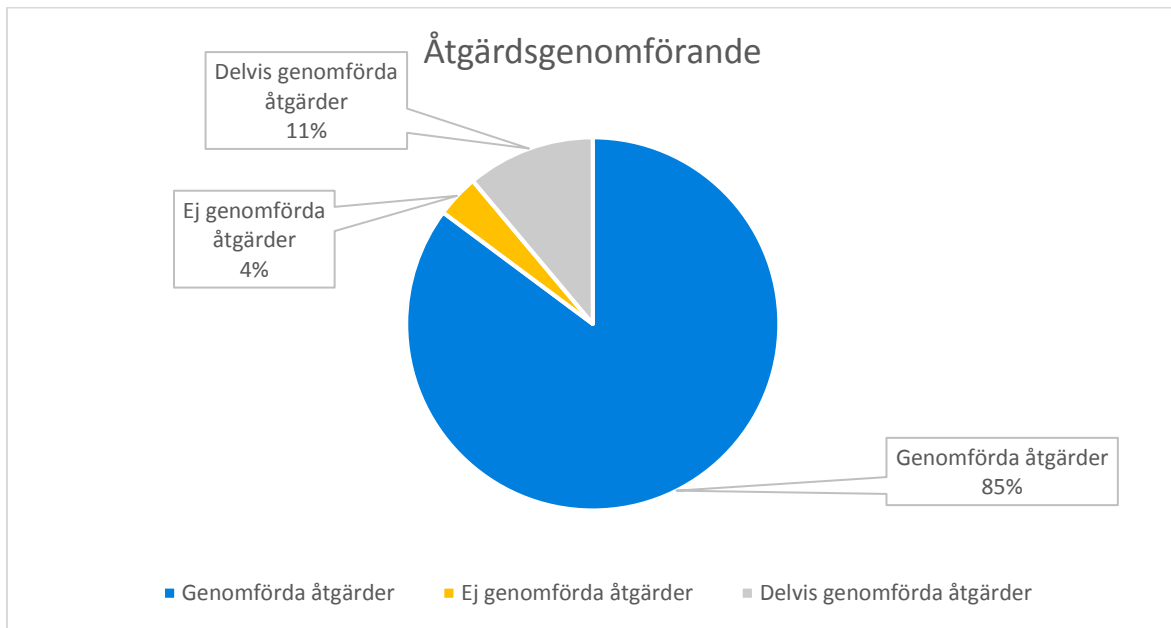
Angivna åtgärder har genomförts till 85%.

I två av lex Mariaanmälningarna gällande primärvård fanns inga åtgärder angivna i anmälan till IVO. I ett av dessa ärenden angav IVO att inga åtgärder behövde vidtas.

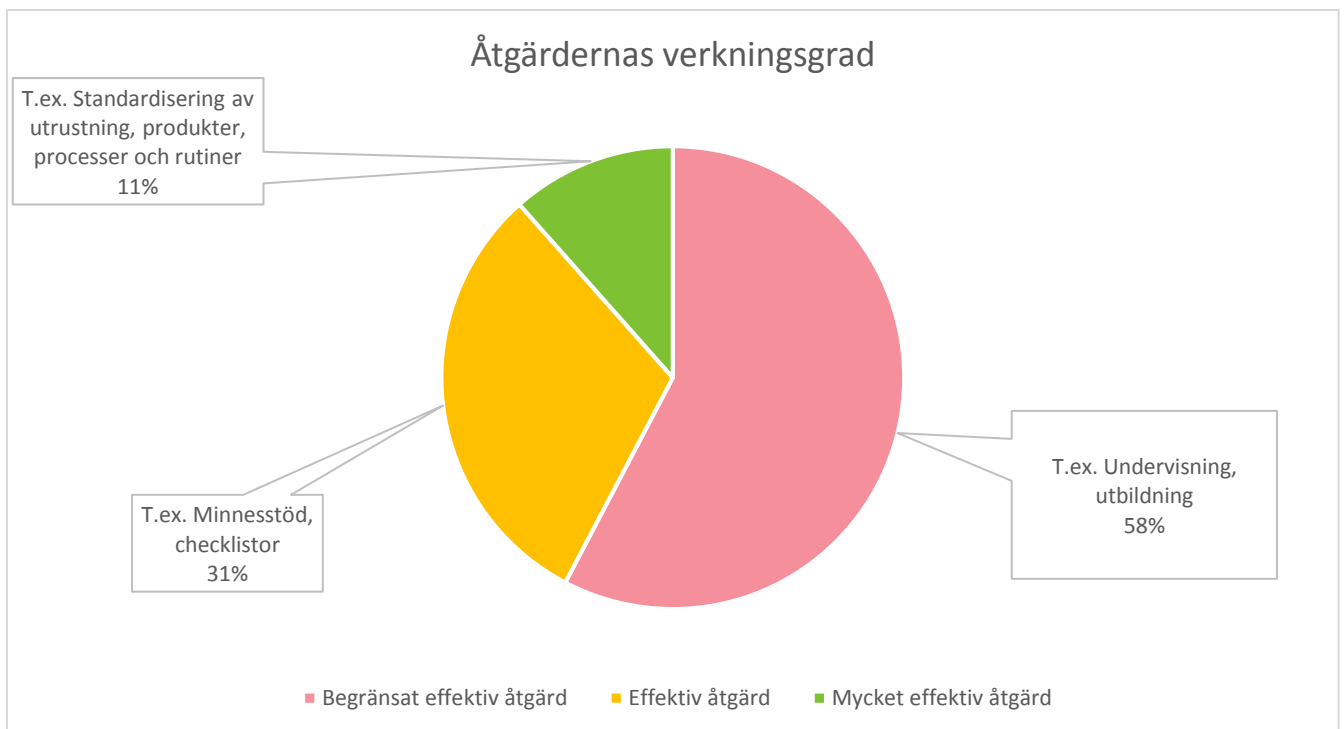
En angiven åtgärd i ett ärende har inte kommenterats alls i uppföljningsdokumentet. Dock har den ingått i en händelseanalys som följdes upp varför kännedom om åtgärds genomförande finns. Utifrån denna kunskap har åtgärden tagits med i sammanställningen ovan.

Någon vårdcentral har angett att de förutom åtgärder angivna till IVO har arbetat för en utfasning av hyrläkare.

Sammanställning av omfattningen av åtgärds genomförande. Inom primärvård  
(antal angivna åtgärder = 27)



Fördelning av åtgärder inom Primärvården utifrån dess effekt på patientsäkerheten  
(verkningsgrad)



## Sammanfattning lex Maria Psykiatri 2017 Antal: 14

Nedan: **Antal åtgärder som vidtagits, inte vidtagits och antal delvis vidtagna åtgärder i de 14 lex Maria anmälningarna**

Ja	Nej	Delvis
22	6	9

Nedan: **Förbättringsåtgärder indelade efter verkningsgrad**

Mycket effektiva åtgärder	Antal	Effektiva åtgärder	Antal	Begränsat effektiva åtgärder	Antal
Massivt engagemang och fokus på patientsäkerhetskultur och patientsäkerhetsarbete från ledningens sida	1	Förbättrad kommunikation/ dokumentation	7	Dubbelkontroller	
Ändringar i enhetens fysiska utformning		Mindre arbetsbelastning	1	Visuella eller andra varningssignaler	
Användartestning av ny utrustning/produkt före inköp		Användarvänliga IT-stöd		Nya riktlinjer, protokoll och policyer	3
Tekniska barriärer som omöjliggör felanvändning		Minskning/eliminering av störningar		Undervisning/ utbildning	15
Standardisering av utrustning/produkter/processer och rutiner	1	Minnesstöd tex checklistor och lathundar Minskning/ eliminering av produkter eller preparat med liknande namn/ utseende Praktisk övning Motläsning av muntliga ordinationer		Fler studier/ analyser	3
<b>Exempel:</b> - Kompetenskort suicidriskbedömning har tagits fram, dessa är tvingande (denna åtgärd har angivits i flera lex mariaärenden som rör suicid) - Genomgång av klinikens akutvagnar, numera likvärdiga på samtliga enheter		<b>Exempel:</b> -Tillse att samtlig personal inom VUP följer lagstadgade krav på att journalföra väsentliga uppgifter. I projekt vårdens övergångar finns förbättringsförslag gällande dokumentation		<b>Exempel:</b> - Ny instruktion framtagen gällande drogscreening vid nybesök - Några enheter har troligen tagit upp vårdprogram suicidprevention på APT (delvis genomförd åtgärd)	

Inom Psykiatrin har en lex Maria bedömts ha två vidtagna åtgärder som inte förbättrat patientsäkerheten En lex Maria hade inga åtgärder angivna och inga åtgärder har heller vidtagits.

Delvis genomförd åtgärd kan handla om att ett större mer övergripande projekt har landsatts som fått bäring på den åtgärd som var tänkt i den egna verksamheten.

Kompetenskort suicidriskbedömning anges som åtgärd i flera lex Maria som handlat om suicid och denna åtgärd har därför enbart räknats en gång.

Flera åtgärder som angivits till IVO är svåra att förstå vad som egentligen avses göras, formuleras snarare som ett resonemang om hur något skulle kunna vara.

Psykiatrin har angett att ett antal åtgärder (9) är delvis genomförda främst beroende på att åtgärden är av mer långsiktig karaktär. Vi har i dessa fall valt att medräkna åtgärderna i ovanstående sammanställning och värderat åtgärdens effektivitet. Ett exempel på sådan åtgärd är " Tillse att samtlig personal inom VUP följer lagstadgade krav på att journalföra väsentliga uppgifter. I projekt *vårdens övergångar* finns förbättringsförslag gällande dokumentation".

Flera av åtgärderna som anges i sammanställningen under "undervisning/utbildning" handlar om att t.ex. att enhetschef skall informera personalen på APT om dokumentationskrav, lagstiftning mm.

Det var svårt att bedöma samt avgöra vissa åtgärder inom psykiatrin då vissa åtgärder återkommer i flera ärenden men med viss omskrivning. Det har också förekommit att åtgärder har varit besvarade

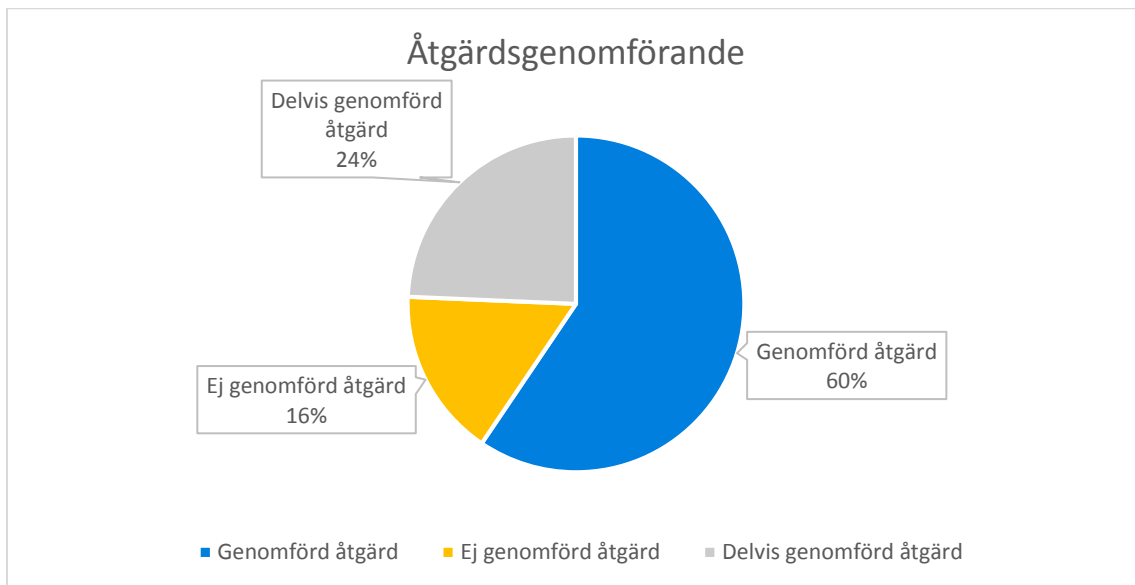
Februari 2019. Centrala patientsäkerhetsteamet. Analysledare Marianne Halvarsson & Gun Kullgren



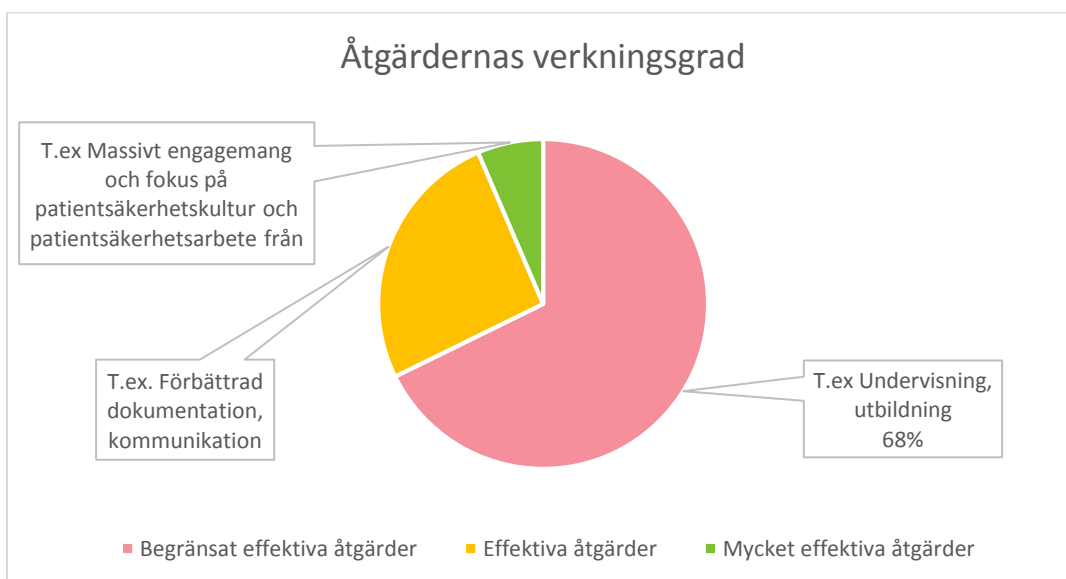
med genomförd i någon lex Maria men inte genomförd i en annan trots att åtgärden varit densamma. Detta kan sannolikt förklaras med att Psykiatri är en stor verksamhet med flera enheter och åtgärderna avspeglar den enhet där händelsen ägt rum.

Några åtgärder har utvärderats med att de inte påverkat patientsäkerheten. Dock har flera åtgärder kunnat följas upp genom den systematiska journalgranskning (MJG) som kliniken gör regelbundet. Utvärdering har gjorts avseende genomförda kompetenskort (suicidprevention) som visar att 70% av medarbetarna genomfört dessa. Den regionövergripande processen gällande iatrogen beroende har kunnat påvisa lägre förskrivning av vissa LM som är förekommande inom psykiatri.

### Sammanställning av omfattningen av åtgärds genomförande. Inom Psykiatri (antal angivna åtgärder =37)



### Fördelning av åtgärder inom Psykiatri utifrån dess effekt på patientsäkerheten (verkningsgrad)



## Sammanfattning lex Maria CIT Antal: 1

Nedan: **Antal åtgärder som vidtagits, inte vidtagits och antal delvis vidtagna åtgärder**

Ja	Nej	Delvis
8	0	1

Gällande denna lex Maria fanns 13 avvikelser kopplade till händelsen. Ärendet handlar om driftstopp i den digitala journalen. Åtgärderna är av teknisk karaktär och i underlaget framkommer inte vad som konkret har genomförts varför åtgärdernas effektivitet är svårbedömda. De åtgärder som vidtagits har bedömts förbättra patientsäkerheten. Därför sammanfattas inte åtgärderna på samma sätt som för övriga förvaltningar.

Utöver det åtgärder som föreslagits har ytterligare åtgärder vidtagits. Dessa är:

- Ta fram rutin för att eskalera en händelse/incident från centrum för digitaliserings ordinarie verksamhet till tjänsteman i beredskap som vid behov sammankallar regional sjukvårdsledning
- Begär rapport över leverantörens (Cambio) hantering av supporten till Region Västmanland vid avbrott i den digitala journalen

## Konklusion gällande uppföljning av lex Maria 2017

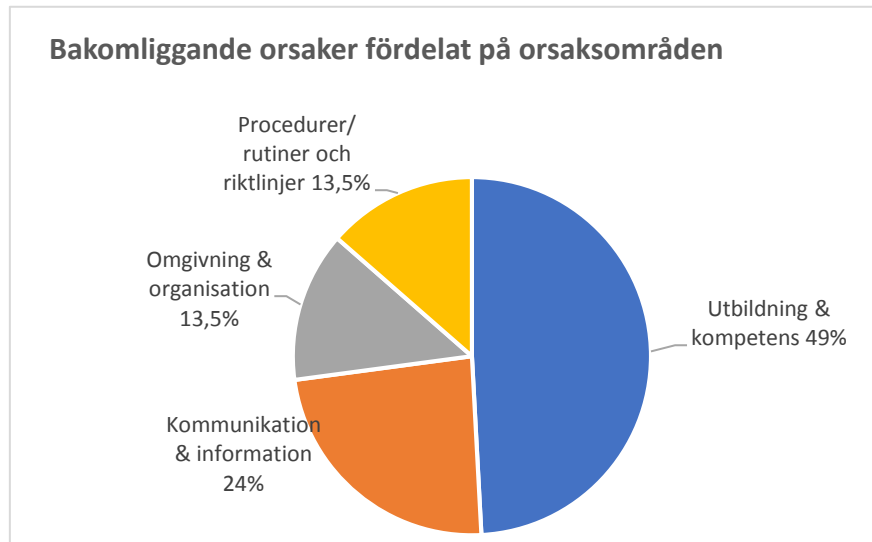
- De åtgärder som angetts har genomförts i stor omfattning: inom VS och primärvård > 80%, inom Psykiatri >60%
- De åtgärder som genomförts är till största delen begränsat effektiva, ca 60% av åtgärderna
- Fåtal åtgärder kan konstateras mycket effektiva, ≤11%
- Uppföljning av åtgärder har sällan skett strukturerat (Psykiatrin har genom MJG en bild av utfall)
- De flesta verksamheter anser att patientsäkerheten förbättrats och detta trots att ingen uppföljning av åtgärder har skett
- I flera ärenden anges att händelsen eller åtgärdsförslaget har tagits upp på APT eller annat forum. Detta måste bedömas vara en begränsat effektiv åtgärd. Kanhända att diskussionen på APT lett vidare till annan åtgärd, men detta framgår inte i anmälningar eller i de svar som inkommit i samband med denna uppföljning.
- Det är mycket varierande kvalitet på uppgifterna som lämnats. Ibland har verksamhet svarat ja på åtgärder och ja på frågan om dessa har ökat patientsäkerheten men inget om uppföljning och resultat
- Resultatet blir inte bättre än det som fyllts i frågeformuläret. Med frågeformulär blir resultatet tunnare, möjlighet till fördjupade frågor och reda ut eventuella missförstånd går förlorad.

## Förbättringsområden:

- Konkretisering av åtgärder behövs så att utvärdering är möjlig
- Åtgärder behöver följas upp strukturerat för att effekten av genomförda åtgärder skall kunna värderas
- Att verksamheterna använder synergi för sin hantering av lex Maria och alla "vårdskadeutredningar". Analysledare erbjuder metodstöd då en verksamhet efterfrågar detta.

### Bilaga 3

Analyserade ärenden i korthet: dödsfall p g a främmande kropp i luftväg, fördröjd handläggning av patient innan transport, allvarlig läkemedelsreaktion, fördröjning av allvarlig diagnos p g a felaktig initial bedömning och prioritering, kvarglömt operationsmaterial i patient, bristande samordning mellan flera enheter, riskpatient flyttas till fel avdelning efter operation och avlider, patient med iatrogen läkemedelsberoende hittas död dagen efter utskrivning, bristande uppföljning av provsvar som medfört risk för vårdskada, och slutligen bristande kommunikation och kompetens gällande LPT-bedömning hos patient med känd psykos som suiciderar dagen efter. Bakomliggande orsakerna indelas i orsaksområden.



Exempel från valda orsaksområden: remittering: otydligt formulerad, svar formuleras i ny remiss, utebliven för uppföljning. Dokumentationsbrist: överflyttning av patient, på jourtid, uppföljning av provsvar. Kompetensbrist: bristande somatisk undersökning, ingen uppföljning av nyinsatta läkemedel, ingen uppföljning av provtagning. Rutin: Brister i uppföljning, avsaknad av rutin i informationsöverföring, avsteg från gängse rutin att remittera patient.

