

Patientsäkerhetsberättelse

2019



Februari 2020

Red. Marielle Lindström

Centrala patientsäkerhetsteamet

Innehåll

Sammanfattning	1
----------------	---

STRUKTUR

Övergripande mål och strategier	2
Organisation och ansvar	4
Samverkan för att förebygga vårdskador	7
Patienters och närståendes delaktighet	8
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	9
Klagomål och synpunkter	10
Egenkontroll	11

PROCESS

Åtgärder för att öka patientsäkerheten	12
Riskanalys	16
Utredning av händelser - vårdskador	17
Informationssäkerhet	18
Strålskydd	19

RESULTAT OCH ANALYS

Egenkontroll	20
Avvikelse	27
Klagomål och synpunkter	29
Händelser och vårdskador	29
Riskanalys	32
Mål och strategier för kommande år	33

Bilaga I Checklista patientsäkerhetsdialog 2019

Bilaga II Patientstrålskydd

Sammanfattning

Region Västmanland har en nollvision för undvikbara skador i vården, så kallade vårdskador. Övergripande mål är:

- Att minska antalet vårdskador
- En patientsäkerhetskultur som kännetecknas av patientens delaktighet och medverkan samt ett förebyggande arbetssätt

Patientsäkerhetsarbetet inom Region Västmanland utgår från Program Patientsäkerhet 2017-2020. Programmet utgör grunden för regionens patientsäkerhetsarbete och har 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 med ett antal indikatorer med målvärden kopplade till de sex målen. Fyra av programmets sex målområden har under året förbättrats. Antalet lex Maria-anmälningar 2019 är i nivå som föregående år men med större andel anmälningar gällande risk för allvarlig vårdskada och färre anmälningar gällande inträffad allvarlig vårdskada. Förekomst av Vårdrelaterade infektioner (VRI) visade vid mätningen under våren ett förbättrat resultat jämfört med föregående år, även om målnivån ej är nådd. Följsamheten till basala hygien- och klädregler (BHK) i patientnära vårdarbete har långsamt förbättrats. Trycksårsförekomsten har minskat men de allvarigare kategorierna har ökat. Trycksårspreventionen intensifierades med bland annat tidig riskbedömning, ny samverkansgrupp för trycksårsprevention, samt revidering av stödjande strukturer såsom handlingsplan och kompetensutveckling. Region Västmanland uppvisar fortsatt minskad antibiotikaanvändning men minskningen är liten och nya riktade åtgärder diskuteras. Tydligt förbättrade resultat ses avseende fördjupade läkemedelsgenomgångar och andel utskrivna patienter som erhåller läkemedelsberättelse. Apotekarstöd i arbetet för säker läkemedelsanvändning finns numera etablerat på såväl sjukhuskliniker som inom primärvården i samverkan med kommunerna på särskilda boenden. Suicidprevention uppmärksammas på alla nivåer och antalet genomförda suicidförsök har minskat under 2019.

Patientsäkerhet är ett kontinuerligt arbete vilket inbegriper samtliga nivåer i hälso- och sjukvården. Regionen överblickar resultaten av kvalitetsmätningar, analyserar risker och avvikelser och lär av tidigare erfarenheter, såväl positiva som negativa. Detta är grunden för det systematiska patientsäkerhetsarbetet, att utforma åtgärder så att kvaliteten ökar och risken för vårdskador minskar. För att nå målnivåer krävs fortsatt riktade aktiviteter. Under kommande år kommer Program patientsäkerhet att utvärderas och revideras med utgångspunkt från Socialstyrelsens nationella handlingsplan för patientsäkerhet.

Inledning

Enligt patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 ska vårdgivaren skriva en patientsäkerhetsberättelse. Syftet 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.

Patientsäkerhetsberättelsen innefattar verksamheter inom vårdgivaren Region Västmanland och berör således inte privata vårdgivare som levererar vård i regionens uppdrag, om inte annat anges.

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 och ha en nollvision för dessa
- Ha en patientsäkerhetskultur som kännetecknas av patientens delaktighet och medverkan samt ett förebyggande arbetssätt

Program patientsäkerhet 2017–2020

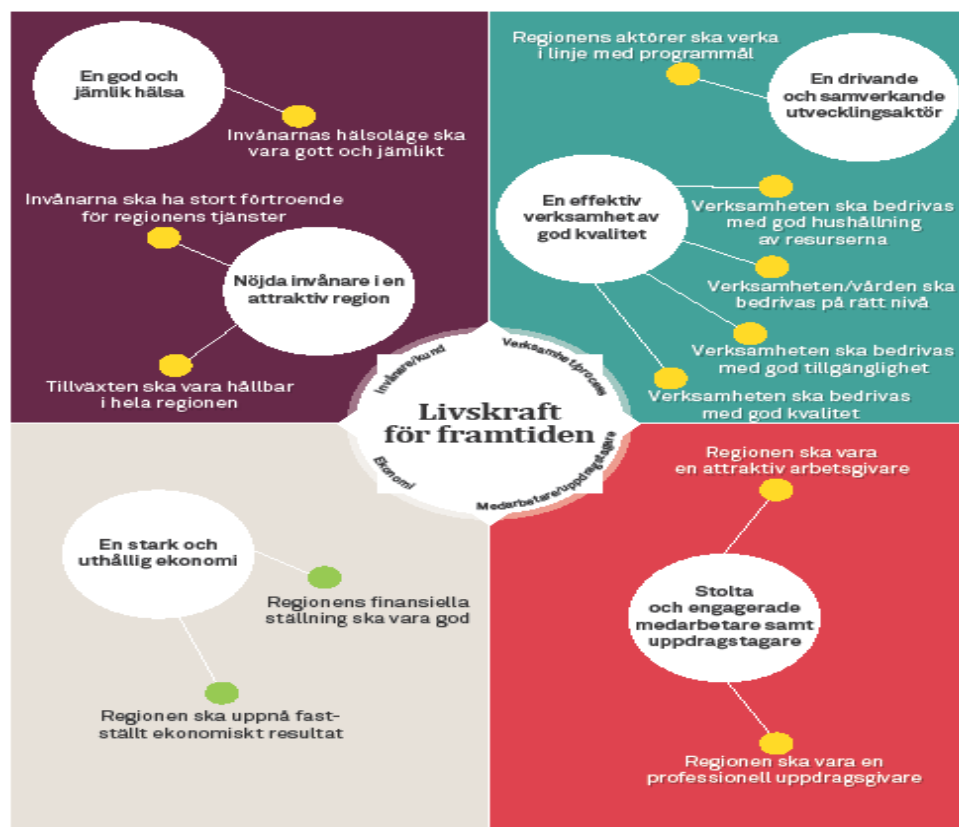
Programmet utgör grunden för regionens patientsäkerhetsarbete och har sex mål

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

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

Regionplanen

Regionplanen är Region Västmanlands främsta politiska styrdokument. Regionen arbetar med målstyrning och beskriver i regionplanen vad som ska uppnås; exempelvis vision, mål och inriktning. De prioriterade målområdena lyfts i regionplanen. Regionens övergripande strategier för att nå målen i regionplanen handlar om *samverkan, utveckling och innovation* samt *hälsoinriktning*.



Inom varje målområde finns ett antal resultatmål som knyter an till områdets ledord med sikte på det regionfullmäktige 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 patientsäkerhet 2017-2020".

Organisation och ansvar

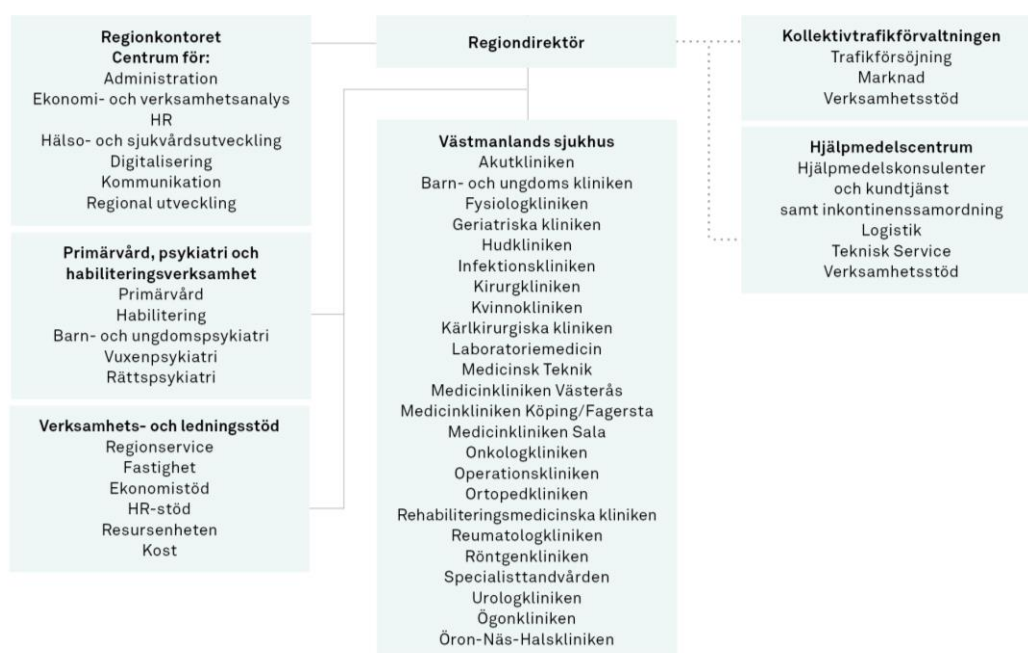
SFS 2010:659, 3 kap. 9 § och SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 §, p 1

Region Västmanland ansvarar för att tillhandahålla hälso- och sjukvård samt tandvård till länets invånare. Förvaltningarna Västmanlands sjukhus (VS) samt primärvård, psykiatri och habilitering (PPHV) står i huvudsak för hälso- och sjukvården. Cirka 60% av primärvården tillhandahålls av privata utförare. Regionen har då tecknat avtal med respektive vårdgivare/utförare. Hjälpmedelscentrum (HMC) utgör en egen förvaltning.

Förvaltningarna VS, PPHV samt HMC leds av förvaltningsdirektörer med tillhörande stab.

Inom VS finns den somatiska specialistvården i både sluten- och öppenvård. Sjukhusen i Sala och Fagersta har sin tyngdpunkt på närvårdsplatser. Sjukhuset i Köping tillhandahåller akut och planerad internmedicinsk specialistvård. Västerås sjukhus har ett länsövergripande ansvar för specialist-sjukvården.

PPHV omfattar den regiondrivna primärvården i länet, habiliteringsverksamheten som bedrivs i öppenvård i länet samt psykiatrisk specialistvård. Psykiatrisk öppenvård finns i hela länet medan slutenvården bedrivs i Västerås.



Förvaltning

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

Verksamhetschef

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 även avvikelssamordnare som utses av verksamhetschef för att hantera verksamhetens avvikelser.

Medarbetare

Varje medarbetare har en viktig funktion i det systematiska förbättringsarbetet och ansvarar för att rapportera risker och händelser i regionens avvikelssystem Synergi.

Hälso- och sjukvårdsgruppen (HSG)

HSG är ett beslutsforum för frågor som 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

Riskrådet är en del av Region Västmanlands säkerhetsorganisation. Rådet utgör kontaktytan mellan patientsäkerhetsfrågor och arbetet med kontinuitetshantering, riskanalyser enligt VIRA (Västmanlands metod för integrerade riskanalyser/riskbedömningar) samt sårbarhetsanalyser.

Centrum för hälso- och sjukvård

Centrala patientsäkerhetsteamet

har som uppdrag att på övergripande nivå följa upp och säkra vårdgivarens ansvar för patientsäkerheten, bland annat omfattas anmälningsskyldigheten enligt lex Maria. Det centrala patientsäkerhetsteamet består av chefläkare, chefsjuksköterska, analysledare, systemförvaltare för regionens avvikelssystem, administratör samt verksamhetschef. Chefläkarnas ansvarsområden är indelat i medicinska specialiteter, offentlig primärvård, psykiatrisk vård samt kirurgiska och diagnostiska specialiteter.

Enheten för smittskydd och vårdhygien

Enheten för 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 (VRI) hos patienter/brukare och vårdpersonal. "Strama Västmanland" är en nätverksgrupp som har uppdraget att arbeta för en klok antibiotikaförskrivning och mot antibiotikaresistens, så att antibiotika även i framtiden ska kunna fungera som effektiva läkemedel. Gruppen är även expertgrupp för infektioner i läkemedelskommitténs nätverk och ingår i den lokala organisationen för kunskapsstyrning.

VRI-MRB-gruppen

VRI-MRB-gruppen hanterar, på övergripande nivå, vårdrelaterade infektioner och förekomst/smittspridning av multiresistenta bakterier (MRB). Gruppen 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

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

Lärcentrum

Lärcentrum och Kliniskt träningscentrum (KTC) tillhandahåller kompetensutvecklingsinsatser med det övergripande syftet att bidra till att kvalitetssäkrad kunskap sprids och används samt för att öka patientsäkerheten i region Västmanland. Utbildningarna har givit medarbetarna en gemensam, obligatorisk, kompetens inom exempelvis förflyttningskunskap, akut omhändertagande av patienter med svikt i vitala funktioner samt hjärt- och lungräddning.

Patientnämnden

Den politiska nämnden tar del av klagomålshandlingen och väljer ut de områden som bör belysas mer i form av rapporter. Patientnämndens kansli sammanställer rapporterna och drar dem för den politiska nämnden. När dessa rapporter dras bjuds vårdföreträdare för aktuellt område in till dialog. I detta forum får nämnden möjlighet att följa upp mönster eller händelser som

pekar mot kvalitetsbrister relaterat till patientsäkerheten. Nämnden får, inför varje nämndsammanträde, ta del av beslutslistan över samtliga patientärenden som hanterats av kansliet.

Enheten för sjukvårdsfarmaci

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

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

Kompetenscentrum för hälsa

Kompetenscentrum för hälsa samordnar Region Västmanlands suicidpreventionsarbete.

Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS: 2011:9,4 kap. 6 §, 7 kap. 2 § p 3

Nedan presenteras verksamheternas processer/områden som identifierats där samverkan och överenskommelser skett mellan olika vårdenheter, medicintekniska enheter, mellan primärvård och sjukhus samt mellan kommuner och regioner.

Hjälpmedelscentrum (HMC)

Hjälpmedelscentrum har ett hjälpmedelsråd som består av intressentorganisationer och som träffar ordföranden i den gemensamma Hjälpmedelsnämnden en gång per år. Hjälpmedelscentrum 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.

Västmanlands sjukhus (VS)

Ett Sårcentrum har sedan tidigare etablerats. Syftet är att förbättra kvalitén genom att samordna kompetens och resurser som tidigare varit spridd på olika kliniker. Med Sårcentrum får också länet en mottagning som kan leda utvecklingen av sårvård, erbjuda diagnostik samt inleda behandling som sedan fortgår i primärvården. Primärvården deltar aktivt i centrumet med egna läkare. Stora utbildningsinsatser har genomförts i Sårcentrums regi. Sala sjukhus har utökat sitt samarbete med kommun och primärvård. Bland annat har en gemensam utbildning i personcentrerad vård genomförts för chefer och legitimerad personal. Som ett led i ökad samverkan mellan regionen och länets kommuner har förvaltningen via SKR:s satsning "Patientkontrakt" använt Jönköpingsmodellen "Esther SimLab". Det

innebär att vårdcentral, kommun och sjukhus tillsammans med en patientrepresentant går igenom utskrivningsprocessen inklusive Samordnad Individuell Plan (SIP) med hjälp av ett patientfall. Detta arbetssätt ses som framgångsrikt och utvecklande för att få en ökad förståelse för patientens väg genom vården och de olika vårdgivarnas uppdrag och ansvar i vårdens övergångar. Därmed identifieras förbättringsområden.

Omorganisation

Under 2019 påbörjades ett viktigt arbete med att omorganisera Hälso- och sjukvården. Bakgrunden är att vi blir allt fler äldre och efterfrågar mer vård. Investeringar är nödvändiga bland annat för modernare vårdbyggnader för trygga patientsäkerhet, minskade väntetider och bättre arbetsmiljö. Medicinteknik- och läkemedel utvecklas och gör vården ännu bättre, vilket är positivt men det kostar pengar. Utgångspunkten för omorganisationen är en samlad hälso- och sjukvårdsförvaltning som leds av en Hälso- och sjukvårdsdirektör vilket ger regionen en tydlig ledning och styrning inom området. Bättre förutsättningar ges genom detta att understödja gränsöverskridande arbete, såväl internt som externt förstärker målet och betydelsen av förflyttningen mot Nära vård där nödvändiga åtgärder kan vidtas och säkra en långsiktig hållbar hälso- och sjukvård. Omorganisationen innebär att de tre nuvarande förvaltningarna samt Centrum för Hälso- och sjukvårdsförvaltning blir en gemensam Hälso- och sjukvårdsförvaltning med tillhörande stabsfunktioner.

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. En nationell patientenkät genomförs årligen och handlingsplaner utifrån resultat sker på varje enhet. 2019 genomfördes denna enkät inom primärvården.

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 (2010:659) samt Patientlagen (2014:821).

Under 2019 har flertalet aktiviteter genomförts som ökat patienters och närståendes delaktighet. Exempelvis så har Infektionskliniken har infört "Hälsodagboken" som är ett digitalt verktyg. Här kan patienten själv föra dagbok över sin sjukdom. Uppgifterna ger ett förbättrat underlag för bedömning vid mottagningsbesök. Patienten har också möjlighet att följa sin hälsa över tid, vilket ökar patientdelaktigheten. "Bedsiderapportering" har sedan tidigare införts på Kvinnokliniken och Kirurgkliniken. Nu har även samtliga slutenvårdsavdelningar på Köpings sjukhus infört arbetssättet, vilket innebär att överlämningen vid skiftbyten sker inne på patientrummet. Syftet är att göra patienterna mer delaktiga och säkerställa informationsöverföring. Ortopedkliniken ringer patienter efter hemgång från akuta enheten och Elektiv

ortopedisk enhet (EOE). Synpunkter från patienter och anhöriga diskuteras på arbetsplatsträffar eller på yrkesprofessionsmöten. Geriatriken arbetar med rehabiliteringsplaner i dialog med patienten där mål sätts upp och utvärderas. Patienten vet vad hen ska bidra med och har en ansvarig kontakt på kliniken.

PPHV

Barn- och ungdomspsykiatri (BUP) har haft två brukarråd 2019 och då har patientsäkerheten stått på agendan. Vuxenpsykiatri har regelbundna brukarråd två gånger per termin där de lyfter patientsäkerhetsfrågor. Patienterna ges även möjlighet att lämna synpunkter på de styrkort som verksamheten använder. Habiliteringen har dialogmöten med brukarorganisationerna två till tre gånger per år.

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.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringskyldighet

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.

Samtliga regionanställda ska i avvikelssystemet, Synergi, rapportera identifierade risker för vårdskada eller händelser som medfört eller hade kunnat medföra vårdskada. Rapporterade avvikelser klassificeras och allvarlighetsbedöms. Enligt regionens mål ska alla avvikelser klassificeras inom fyra veckor. Om avvikelserna är en negativ händelse skall den även allvarlighetsbedömas inom fyra veckor. Bedömningen avgör hur omfattande

utredningen av risken/händelsen blir. Oavsett omfattning utreds händelseförlopp och orsaker och förslag på åtgärder tas fram. Dokumentationen av utredningen sker direkt i Synergi. 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. Avvikelse redovisas på respektive verksamhets arbetsplatsträff.

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.

- via Patientnämnden

- Enskilda klagomål/ klagomål som IVO utreder

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

Hanteras i den egna verksamheten. Samordnas av Patientnämnden.

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

Synergi

Centrala
diariet

Patientnämndens kansli

Patienter och anhöriga kan ta kontakt med Patientnämndens kansli via telefon, brev, mail och 1177-e-tjänster. Det förekommer även fysiska besök om det bedöms vara lämpligast. Synpunkterna hanteras i Synergi. 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 eller fyra veckor beroende

på verksamhetsområde. Ett av patientnämndens uppdrag är att bidra till verksamhetsutveckling i vården, patientnämnden gör detta genom att analysera de inkomna synpunkterna och ge ut rapporter. Under 2019 har två rapporter publicerats; en om dialog, delaktighet och information och en om vårdgaranti. Synpunkterna används även som underlag till statistisk återsrapportering till vårdens verksamheter samt till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Egenkontroll

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§, 7 kap. 2 § p2

Program patientsäkerhet 2017-2020 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 till exempel vara riktad journalgranskning.

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Antibiotikaförskrivning	Månadsvis, återrapporteras varje månad till verksamheterna.	Följs av Enheten för sjukvårdsfarmaci och Strama Västmanland
Avvikelser	Kontinuerlig granskning av alla patientrelaterade avvikelser	Synergi
Basala hygienrutiner och klädregler	4 gånger per år varav en nationell mätning	PPM-databasen (Nationell databas för resultat av genomförda punktprevalensmätningar)
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
Lex Maria uppföljning	1 gång /år	Enkät samt ärendehandlingar
MJG: Markörbaserad journalgranskning (VS + Vuxenpsykiatri)	15 journaler/månad VS 10 journaler/månad Psykiatri	MJG databasen
Patientens klagomål och synpunkter	Externa klagomål – Veckovis Patientnämndsärenden – 6 gånger/år	Synergi Patientnämnden
Patientsäkerhetsdialoger	1 gång per år	Synergi
Trycksår	4 gånger per år varav en nationell mätning	PPM-databasen
Vårdrelaterade infektioner	2 gånger per år varav en nationell mätning	PPM-databasen

PROCESS

Åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2

Nedan beskrivs arbetssätt, verktyg och åtgärder kopplade till mål, strategier och resultat för att öka patientsäkerheten.

VS

Medicinsk Teknik har infört teknikronder ute i verksamheten vilket lett till ökad medvetenhet om medicinsk teknik som är viktigt i patientsäkerhetsarbetet. De har även haft stort fokus på förebyggande underhåll vilket är viktigt för att undvika driftstopp i verksamheten.

Temporära influensaplatser öppnades under vecka 3-10 2019, för att minska smittspridning mellan patienter och därmed ge ett minskat behov av överbeläggningar, vilket skulle bidra till att verksamheterna kunde bedriva ordinarie verksamhet med god kvalitet. Ortopedkliniken har ett pågående forskningsprojekt för fallförebyggande åtgärder i samarbete med Mälardalens högskola.

HMC

Processen vid avvikelshantering som gäller medicintekniska produkter har utvecklats för att följa Patientsäkerhetslagen (2010:659). Resultatet av detta arbete har inneburit ett ökat antal anmälningar till leverantörer, Läkemedelsverket samt Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Det har även inneburit en ökad medvetenhet hos Hjälpmedelcentrums medarbetare.

Vårdval

Vårdval har genom skrivning i primärvårdsprogrammet säkerställt att samtliga nio verksamheter ska delta i av Regionen föreskriven Patient-säkerhetskulturmätning samt delta i de patientsäkerhetsdialoger som det Centrala Patientsäkerhetsteamet genomför. Vårdvalet har följt upp patientsäkerhetsarbetet på vårdcentralerna under vårens verksamhetsdialoger där temat var latrogen beroende och Antibiotikaförskrivning.

Vårdvalet deltar aktivt i arbetet för kunskapsstyrningen som omfattar utvecklingen av ett nationellt kliniskt kunskapsstöd, NKK, för primärvården. Hittills har ett tjugotal kunskapsdokument publicerats med lokal anpassning för Västmanland och finns idag lättillgängliga i mötet med patienten genom åtkomst från den elektroniska journalen Cosmic.

Vårdhygien

Vårdhygien ordnar hygienombudsträffar för alla primärvårdens hygienombud två gånger/år. För slutenvården arrangeras hygienombudsträffar varannan månad. Den nya verksamheten *Samlad service* har ersatt regionens tidigare städenhet. Omorganisationen fodrade initialt en omfattande utbildningsinsats av nya servicemedarbetare under 2018. Detta har även fortsatt under 2019 på grund av stort rekryteringsbehov. Vårdhygien ansvarar för utbildning i vårdhygien (utgående från Svensk Standard SS 8760014:2017) och städning. Vårdhygien har tillsammans med samlad service utarbetat en utbildningsplan för nya servicemedarbetare samt en planering för löpande kompetensutveckling för alla servicemedarbetare. I detta ingår även en nystartad grupp med hygienombud inom samlad service. För att ytterligare kvalitetssäkra hur städning utförs påbörjades under 2019 ett arbete med att ta fram en E-utbildning gällande städning. Denna avser att gälla både för städ- och vårdpersonal. Under 2019 reviderades regionens städinstruktion. Detta skedde i samarbete med representanter från vårdhygien, samlad service och vårdverksamheten. Arbetet innebar att tidigare städinstruktion och städhandbok för samlad service slogs ihop till ett gemensamt

dokument, "Städhandbok inom hälso- och sjukvården".

Kunskapsstyrning

Utveckling pågår av det lokala Kunskapsstyrningsarbetet utifrån det nationella målet "Vår framgång mäts i liv och jämlik hälsa". Rådet för kunskapsstyrning har en viktig roll i relation till ledningen i detta arbete. Rådet har en omfattande kompetensbredd som innebär stort stöd för analyser, förbättrings- och utvecklingsarbete och patientsäkerhet. Rådet ger stöd till lokala arbetsgrupper och lokala råd, bland annat gällande arbetet med gapanalyser av Nationella riktlinjer. Under 2019 har riktlinjer för endometrios, psoriasis och epilepsi behandlats och beslut har tagits av Regionstyrelsen om att följa dessa. De lokala råden driver viktigt arbete inom sina ansvar, exempelvis astma/kol, diabetes, stroke och demens.

Ett omfattande kunskapsstyrningsarbete har genomförts de senaste åren genom etablering av Standardiserade vårdförlopp (SVF), Cancer. Införande SVF inom cancer har överförts från projekt till förvaltning, 31 SVF har etablerats och är viktiga exempel på kunskapsstyrning.

En Nationell överenskommelse mellan staten och SKR har slutits under 2019 mot bakgrund av erfarenheterna av SVF. Förberedelser inför etableringen av "Personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp"

pågår. Innebörden av detta är ett sammanhållet hälso- och sjukvårdsförlopp för en bestämd grupp och innehåller definierade åtgärder som individen får, oavsett vårdgivare. Under 2020 kommer Personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp att införas inom prioriterade områden. Exempel på dessa områden är: stroke, hjärtsvikt, sepsis, KOL och höftartros. Patientföreträdare finns inom flera lokala råd och separata träffar genomförs i dialogforum och inom cancerområdet.

Vårdorsakat läkemedelsberoende

Arbetet med att minska vårdorsakat läkemedelsberoende har pågått sedan processen startade 2017. Under

2019 har mycket av arbetet bedrivits av de tre informationsläkare, anställda av Läkemedelskommittén, som förankrat arbetsmodellen genom seminarier på länets alla vårdcentraler men även på sjukhuskliniker som ortopederna, kirurgen, medicinkliniken i Västerås samt vuxenpsykiatrien. Utbildning till alla läkare på vårdcentraler har hållits på Familjeläkardagarna samt en utbildning till fysioterapeuter i Västmanland. Regelbundet återkommande insatser i introduktion av nya AT-läkare samt utbildning för ST-läkare om läkemedelsberoende två gånger per år har ingått i arbetet. Västmanlands arbete har presenterats på nationella konferenser och för andra regioner bland annat Uppsala och Östergötland.

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 utforskat. I ett samarbetsprojekt med region Uppsala och Gävleborg har en stor randomiserad kontrollerad studie pågått där den primära effektvariabeln var om introduktion av klinisk farmaci kan minska antalet oplanerade sjukvårdsbesök. Totalt inkluderades 2640 patienter varav 621 från Västmanlands sjukhus. Datainsamlingen är avslutad och analys av den kommer starta i februari 2020. Apotekarstöd vid läkemedelsgenomgångar i primärvård initierades hösten 2017. Verksamheten utvärderas med gott resultat och fler enheter har erbjudits stöd. För närvarande erbjuds stödet vid cirka tio vårdcentraler och efterfrågan är fortsatt stor.

Antibiotikaronder

Infektionskliniken har sedan hösten 2017 haft antibiotikaronder. Syftet med ronderna är att varje patient ska få adekvat antibiotikabehandling. Intentionen är att öka patientsäkerheten och vårdkvaliteten samt minska risken för utveckling av

antibiotikaresistens. En av de största bidragande faktorerna till antibiotikaresistens är överanvändning och felanvändning av antibiotika. Ronderna innebär att en specialistläkare i infektionsmedicin, två gånger per vecka, går igenom alla patienter som står på antibiotika tillsammans med avdelningsläkare på hjärtavdelningen, avdelning 1 Fagersta samt Köpings samtliga medicinavdelningar. Effekten på antibiotikakonsumtionen på berörda avdelningar kommer sannolikt ses först efter några års verksamhet.

Suicidprevention

- Utbildningen "Suicidprevention grund", vid Lärcentrum, har reviderats och inköp har gjorts av Psyk-e bas suicid som har använts i utbildningen. Utbildningen har genomförts vid tre tillfällen under året.
- Det centrala patientsäkerhetsteamet har under 2019 deltagit i en forskningsstudie ledd av Lunds universitet. Studien omfattar retrospektiv granskning av journaler för all sjukvård (både somatisk och psykiatrisk) gällande individer som tagit sitt liv under år 2015. För Västmanlands del rör det sig om 35 individer. Syftet med granskningen var att undersöka den sjukvård som patienterna som suiciderat erhållit två år innan suicid. Studien väntas ge viktig information till sjukvårdens fortsatta suicidpreventiva arbete.
- Den internationella suicidpreventionsdagen den 10:e september uppmärksammades med informationsspridning till medarbetarna i regionen om bland annat vilka utbildningar som finns att tillgå men även hur arbetet med suicidprevention genomförs för tillfället.
- En utbildningsworkshop kring lösningsfokuserat arbetssätt och suicidprevention med John Henden genomfördes under

hösten och cirka 50 medarbetare från regionen deltog.

- Primärvården och Barn och ungdomspsykiatri har under året tagit fram vårdprogram för sina verksamheter gällande suicidprevention. Vuxenpsykiatri har sedan tidigare ett vårdprogram för suicidprevention som de har uppdaterat under året.
- I december genomfördes en utbildning i att uppmärksamma och bemöta självskadebeteende där cirka 150 personer från kommun och region deltog.

Gröna korset

Gröna korset är en enkel visuell metod för medarbetare i sjukvården att dagligen identifiera risker och vårdskador i realtid, vilket skapar ett underlag för riktat systematiskt förbättringsarbete som ökar patientsäkerheten samt stärker patient-säkerhetskulturen. Gröna korset består av flera steg, men startar med en dialog i medarbetargruppen kring misstänkta vårdskador sedan följer allvarlighets-bedömning, avvikelserregistrering, förbättringsarbete och uppföljning. Metoden genomförs på flera olika verksamheter i regionen, bland annat Kirurgavdelning 6 och MAVÅ i Västerås, operationskliniken i Köping och avdelning 1 i Sala. Under 2019 har en uppdatering av instruktion skett och nytt utbildningsmaterial är framtaget, så att fler verksamheter ska kunna införa metoden. Även en fysisk utbildning hölls och kommer att erbjudas framöver för de som önskar mer stöd för att komma igång. Även nätverksträffar för utbyte av erfarenheter hålls vid Lärcentrum ett par tillfällen per år.

Inspektioner

Under året har Inspektionen för Vård och Omsorg, IVO, genomfört ett antal inspektioner. Här kan som exempel nämnas riskbaserad tillsyn för att granska tillgänglighet, kontinuitet och samverkan vid allmänpsykiatriska mottagningar. Andra exempel på genomförda inspektioner är

riskbaserad granskning av överbeläggningar och utlokaliserade patienter inom somatisk slutenvård, samt tillsyn av informationsöverföring vid in- och utskrivning från slutenvård av patienter i behov av insatser från både sjukhus, primärvård och kommunal hälso- och sjukvård

Metodstöd vid vårdskadeutredning

Under år 2019 har analysledare, tillsammans med systemförvaltare för avvikelssystemet Synergi, på förfrågan via chefläkare besökt verksamheter med syfte att vara metodstöd vid vårdskadeutredning som görs lokalt. Under mötet diskuteras händelsen, analysledarna stödjer verksamheten i den analytiska processen avseende identifiering av eventuella felhändelser, dess orsaker och vilka åtgärder som kan vidtas för att liknande händelser inte skall upprepas. Praktiskt stöd ges av systemförvaltarna gällande dokumentationen i Synergi. Metodstöd är en ny aktivitet för centrala patientsäkerhetsteamet under 2019. Under året har teamet utvecklat mötesstrukturen successivt och har genomfört sju metodstödsinsatser.

Patientsäkerhetsdialoger

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

Patientsäkerhetsdialogerna har utvecklats under de senaste åren. 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 I). De problemområden som verksamheterna lyfter sammanställs och rapporteras till hälso- och sjukvårdsgruppen samt är ett viktigt underlag för kommande riskanalyser och förbättringsarbete.

Patientsäkerhetskulturmätning

Patientsäkerhetskultur diskuteras i samband med patientsäkerhetsdialogerna utifrån

resultat och aktiviteter vidtagna relaterade till mätning 2017. Under 2019 pågick ett utredningsarbete tillsammans med representanter från regionens HR-verksamhet med mål som syftade i att utreda möjligheterna för en gemensam medarbetar- och patientsäkerhetskulturmätning. Arbetet genererade i ett ställningstagande att en upphandling av en gemensam enkät är väl motiverad.

Patientsäkerhetens dag

Det centrala patientsäkerhetsteamet ordnade 2019 en annan form av patientsäkerhetens dag än tidigare. I stället för att ha en öppen utställning i ljusgården som tidigare, vände sig denna eftermiddag till verksamheternas lokala patientsäkerhetsteam. Eftermiddagen innehöll både föreläsningar och gruppdiskussioner som berörde patientsäkerhetskultur, förbättringsarbete och medarbetarnas medverkan i patientsäkerhetsarbetet. Det framkom i gruppdiskussionerna att forum för lärande saknas och det centrala patientsäkerhetsteamet kommer att arbeta med frågan, hur ett nätverk för lärande skulle kunna skapas.

Säkerhetsnålen

Säkerhetsnålen har instiftats av Region Västmanland och är en utmärkelse för insatser inom patientsäkerhetsområdet. Utmärkelsen riktar sig till en vårdavdelning, mottagning, vårdcentral eller liknande som genomfört ett dokumenterat utvecklingsarbete som på ett tydligt sätt bidrar till att reducera antalet vårdskador och främjar en god patientsäkerhetskultur. Säkerhetsnålen delades ut på Regionfullmäktige den 22 oktober och förutom äran belönades vinnarna med 30 000 kronor. Vinnaren av 2019 års säkerhetsnål var Klinisk farmaci i primärvården/Enheten för sjukvårdsfarmaci för sitt arbete med fördjupade läkemedelsgenomgångar med apoteksstöd. Deras arbete ger patienten möjlighet till en säker läkemedelsbehandling, särskilt hos äldre patienter som är en utsatt grupp.

Risikanalys

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

Nedan beskrivs hur regionen hanterar risker med hjälp av riskanalyser samt några exempel på genomförda riskanalyser under året.

Under 2019 har ett IT-stöd arbetats fram för arbetet med VIRA, Västmanlands metod för integrerade riskanalyser/riskbedömningar. IT-stöd för VIRA innebär bland annat:

- Översikt av regionens alla riskanalyser/riskbedömningar
- Möjligheten att aggregera riskbilder ur många olika perspektiv utan handpåläggning
- Diariefunktion för genomförda riskanalyser/riskbedömningar
- Ökat pedagogiskt stöd för användaren
- Möjlighet för alla regionens medarbetare att se och söka efter genomförda riskanalyser/riskbedömningar

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.

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.

Utredning av händelser - vårdskador

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

Nedan beskrivs hur regionen identifierar och utreder händelser som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

Vårdskador identifieras huvudsakligen genom ärenden i avvikelssystemet Synergi. När en rapportör skrivit en avvikelse hanteras den av en avvikelssamordnare. Samordnaren klassificerar avvikelserna och allvarlighetsbedömer den. Om händelsen inneburit risk för eller om vårdskada har uppstått ska en vårdskadeutredning utföras. Vårdskadeutredningen utförs i Synergi där det bland annat ska dokumenteras vilka konsekvenser händelsen fått, verksamhetens analys och bedömning av bidragande och bakomliggande orsaker till händelsen och vilka åtgärder som vidtagits. När en händelse har medfört en allvarlig vårdskada ska patienten få möjlighet att lämna sin beskrivning och upplevelse av händelsen.

Vid komplexa ärenden och/eller när flera verksamheter är inblandade kan en central händelseanalys initieras av chefläkare. Dessa analyser utförs av analysledare i det centrala patientsäkerhetsteamet i Nationellt IT stöd för Händelseanalys (Nitha). Strukturen i Nitha bygger på SKR:s metod för händelseanalys. Utredningsarbetet genomförs genom kartläggning av händelseförloppet utifrån

uppdragets avgränsning i tid. Huvudsakligen inhämtas fakta till händelseförloppet från patientjournalen och intervjuer med direkt- och indirekt involverade personer, sakkunniga samt patient/närstående. Därtill inhämtas fakta från bland annat styrdokument och aktuell litteratur.

Utifrån insamlade fakta identifieras felhändelser och/eller riskområden och dess bakomliggande orsaker. Till dessa riktas förslag på åtgärder som syftar till att minska risken för att en liknande händelse inträffar igen. Åtgärderna som föreslås kommer vanligen från verksamheterna som är involverade men kan också ha sitt ursprung från exempelvis konstaterade avsteg från rutiner. Det händer att analysledarna genomför analysarbetet i ett sammansatt team bestående av verksamhetskunniga. Utredningen återförs då den avslutats till uppdragsgivaren och övriga involverade verksamheter som har att ta ställning till åtgärdsförslagen samt planlägga åtgärdsgenomförande. Då ärendet är avslutat överförs händelseanalysen till Nitha's nationella kunskapsbank i lärandesyfte.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Nedan beskrivs hur arbetet gällande informationssäkerhet bedrivits under året

Genomförda uppföljningar av informationssäkerheten av större betydelse

PwC har på uppdrag av Region Västmanlands revisorer genomfört en uppföljning och fördjupad granskning av regionens informationssäkerhetsarbete. Revisorerna har uppmärksammat vikten av ett systematiskt säkerhetsarbete för att säkerställa att medarbetare och patienters integritet skyddas då digitaliseringen ökar och regionens verksamheter alltmer blir beroende av informationssystem. Granskningen syftade till att besvara revisionsfrågan "Bedriver Regionstyrelsen ett ändamålsenligt arbete med informationssäkerhet och har tidigare identifierade brister åtgärdats?" Med ett antal påpekanden bedömdes sammantaget att regionen delvis uppfyller revisionsfrågan.

Risikanalyser som har gjorts med direkt bäring på informationssäkerheten

Under 2019 har ett stort antal risikanalyser genomförts, med tillämpning av VIRAMetoden. Bland dessa kan särskilt nämnas: framtida upphandling av nya defibrillatorer, central journalutlämning, upphandling av nytt ärendehanteringssystem, ny deltagande part i Sjukvårdens larmcentral, obligatorisk 2-faktorsinloggning i journalsystem, införande av incheckningsterminaler, införande av Eplex, införande av nytt temperaturövervakningssystem, införande av Snabb-ID på Laboratoriemedicin samt införande av gemensamt Laboratorie- Informations-System (LIS).

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

- Under 2019 har stödmaterial tagits fram för upphandling av IT-relaterade tjänster, kallat "Analyshäftet".

- Under året har ett antal riktlinjer och instruktioner i ledningssystemet fastställts och i vissa fall uppdaterats. Detta gäller bland annat hantering av personuppgifter och personuppgiftsincidenter samt rutiner inom HSA, SITHS och spärrar i journalsystemen.
- Under hösten har ett 30-tal medarbetare och chefer i regionen genomgått MSB:s (Myndigheten för samhällsskydd och beredskap) e-utbildning i informationssäkerhet.
- En ny, obligatorisk, e-utbildning om informationssäkerhet för medarbetare har lanserats. Den innehåller bland annat information om offentlighet och sekretess och om åtkomst och logguppföljning
- Regionens metod för logguppföljning i journalsystem och verktyget Loggkoll har fortsatt utvecklats under året. Den automatiserade analysen har förfinats bland annat när det gäller att identifiera vårdrelation. Ett stort antal loggkontrollanter har utbildats, främst hos privata vårdgivare och kommuner i samband med införandet av systemet för samverkan vid utskrivning, Cosmic Link. Arbeta med att ansluta ytterligare system till Loggkoll pågår. Senast har loggar från systemet för utomlänsfakturerings (ULF) tagits in i Loggkoll.
- Informationssäkerhetssamordnaren har deltagit vid ett mycket stort antal arbetsplatsträffar och informationsmöten. En omfattande informationsinsats med syfte att förbättra säkerhetskulturen har genomförts under oktober.

Utvärdering av skyddet mot olovlig åtkomst

- Regionen har gjort en fokuserad penetrationstest utifrån riskerna med utplacering av självbetjäningsterminaler i allmänna utrymmen.
- PwC har gjort en utvärdering av den allmänna katalogtjänsten (AD).
- Centrum för digitalisering har även på eget initiativ gjort en sådan utvärdering av AD liksom under året även genomfört en bedömning av säkerheten i Office365, kallad "Security Optimization assessment".

Granskning av journalföring

Psykatri

Inom psykiatri har ett flertal journalgranskningar skett. Vuxen- och rättspsykiatri genomför markörbaserad journalgranskning. Rättspsykiatri har dock inte haft möjlighet att arbeta med detta fullt ut på grund av resursbrist. Barn- och ungdomspsykiatri (BUP) har genomfört journalgranskningar där de valt ut olika områden att granska, exempelvis suicid och suicidförsök, ADHD-behandling och remisser till BUP. Det sker även en granskning av utredningar av autism som kommer att slutföras nästa år.

Primärvården

Inom primärvården sker en journalgranskning av nya hyrläkare, detta då en riskanalys påvisat risker vid tillfälligt inhyrd personal. Granskningen utförs av en medicinskt ansvarig familjeläkare som följer en specifik checklista. Bland annat granskar familjeläkaren om anamnesen är tillräcklig, om det finns en bedömning och om det finns en säkerställd uppföljning. Journalgranskningen pågår under två veckor med efterföljande samtal tillsammans med hyrläkaren, verksamhetschefen och den medicinskt ansvarige familjeläkaren där man diskuterar resultatet av journalgranskningen och eventuella brister kan uppmärksammas. Verksamhetschefen avgör om ytterligare journalgranskning behövs.

VS

Journalgranskning har gjorts på identifierade journaler där det funnits trycksår och VRI. På Medicinkliniken har verksamhetsutvecklare tillsammans med utvecklingssjuksköterskor och omvårdnadscoacher varje månad gjort journalgranskningar dels med fokus på trycksår men också följsamhet till rutiner för dokumentation.

Strålskydd

I enlighet med Strålskyddsmyndighetens föreskrifter om medicinska exponeringar (SSMFS 2018:5) ska ett strålskyddsbokslut avseende medicinska exponeringar upprättas årligen som ett led i kravet på patientsäkerhetsberättelse.

Under året har det systematiska strålskyddsarbetet för medicinska exponeringar inom regionen huvudsakligen utgjorts av; berättigandebedömning av medicinska exponeringar på såväl metodnivå som individnivå, översyn och optimering av metoder för medicinska exponeringar, kvalitetssäkrande kontroller och underhåll av utrustning för medicinska exponeringar och strålskyddsutbildning av personal och befattningshavare inom verksamhet med medicinska exponeringar.

Regionen bevakar och deltar aktivt i nationella projekt avsedda att stärka strålskyddet för patienter i sjukvården. Dessa inkluderar elektroniskt beslutsstöd för remittering, kvalitetskontroll av utrustning efter serviceingrepp och patientinformation om nytta/risker med medicinska exponeringar. Röntgenkliniken har under 2019 stärkt patientstrålskyddet genom nya optimeringsrutiner med regelbunden metodöversyn i så kallade optimeringsteam. Chefs fysiker har utbildat radiologiska ledningsfunktioner i regelverk för strålskydd

med fokus på bland annat berättigandebedömning. Vidare har strålningsfysikaliska ledningsfunktioner inrättats för regionens verksamheter med medicinska exponeringar. Onkologkliniken har genomfört en omfattande riskanalys av

strålbehandlingsprocessen vilket resulterat i ökad riskmedvetenhet och kvalitetshöjning i verksamheten.

För utförligare redogörelse av strålskyddsarbetet i regionen under det gångna året, se bilaga II.

RESULTAT OCH ANALYS

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Egenkontroll

Nedan redovisas årets resultat för Program 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.

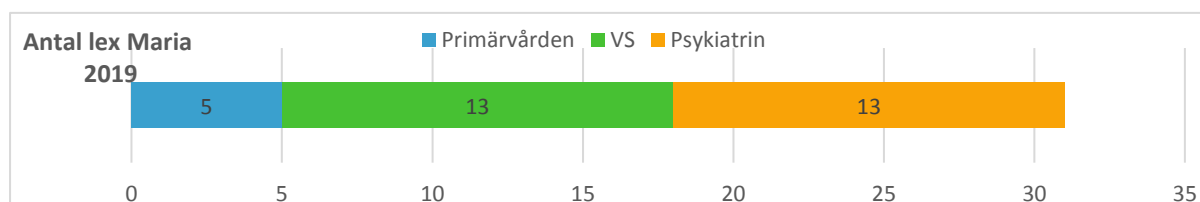
Programmets mål	Indikator	Mål-värde	2019 (2018)
1. Antalet allvarliga vårdskador ska minska	1:1 Antalet lex Maria-anmälningar om inträffad vårdskada	Minska	23 (25)
	1:2 Kvoten risk/inträffad vårdskada	Öka	8/31 (5/30)
	1:3 Avvikelser ska vara klassificerade inom 4 veckor	95%	87% (88%)
	1:4 Patientrelaterad negativ händelse/olycka ska vara allvarighetsbedömda inom 4 veckor	75%	84% (64%)

lex Maria-anmälningar

Under 2019 har 31 lex Maria-anmälningar gjorts varav åtta anmälningar har gjorts utifrån risk för allvarlig vårdskada och 23 utifrån inträffad allvarlig vårdskada. Antalet lex Maria-anmälningar är i paritet med föregående år, med en tendens till minskning av andelen inträffad allvarlig vårdskada. 13 av anmälningarna har gjorts inom somatisk specialistvård och fem anmälningar inom primärvård. Bland dessa fem återfinns även ett ärende som också omfattade somatisk specialistvård. 13 lex Maria-anmälningar har gjorts inom psykiatrisk

vård. Här återfinns suicid bedömda som vårdskada, suicidförsök samt oklara dödsfall. De flesta ärendena från psykiatrisk vård berör vuxenpsykiatri.

Diagnostiska fel var vanligt förekommande bland lex Maria-anmälningarna inom akutsjukvård och primärvård även 2019. Fyra av fem anmälningar inom primärvård och tre av 13 inom somatisk specialistvård berörde diagnostiska fel. Riskområdet diagnostiska fel kan innefatta såväl fel diagnos, fördröjd diagnos samt utebliven diagnos. Riskområdet är uppmärksammat som ett fokusområde såväl nationellt som lokalt (Se Patientsäkerhetsberättelse 2018, sid 22).



Klassificerade och allvarlighetsbedömda avvikelser

Andelen klassificerade avvikelser inom fyra veckor ligger för året på 87%. Syftet med detta mål är att samtliga avvikelser ska börja behandlas i närtid, detta förbättrar möjlighet för utredning då personalen fortfarande kommer ihåg händelseförloppet. För att uppnå målet framöver planerar vi riktat stöd till de verksamheter som vi ser har svårt att klassificera sina avvikelser i tid. Det planeras

även systemförändringar som ska kunna stötta användarna under pågående arbete. Andelen allvarlighetsbedömda avvikelser har merparten av året hållit sig över målvärdet (>75%). Detta ser vi är en följd av en förändring som gjordes i systemet i slutet av 2018 vilket gjorde det tydligt för användaren att detta var ett krav för alla ärenden som klassificerats som negativa händelser.

Programmets mål	Indikator	Mål-värde	2019 (2018)
2. Vårdrelaterade infektioner ska minska	2:1 Vårdrelaterade infektioner	<5%	7,6% (10,5%)
	2:2 Basala hygienrutiner och klädregler (BHK) ska vara uppfyllda i samtliga steg	90%	71,1 % (68 %)

Punktprevalensmätning av vårdrelaterade infektioner (VRI)

Vårdrelaterade infektioner (VRI) är ett allvarligt problem inom vården med allt fler resistenta bakterier och förorsakar stort lidande. VRI mäts och sammanställs två gånger per år inom regionen och rapporteras nationellt en gång på våren. Västmanland har historiskt sett hållit en relativt sett låg frekvens av VRI, under riksgenomsnittet. Dock uppmättes en betydligt större förekomst under 2018 jämfört med 2017 och därför utfördes en journalgranskning under 2019 för att hitta en förklaring till ökningen. Inget specifikt åtgärdbart strukturellt fel kunde identifieras. Flertalet kunde klassificeras som "icke-förebyggbara VRI".

Resultaten från 2019 visar en förbättring gällande förekomst av vårdrelaterade infektioner hos patienter i samband med de två mätningarna.

Inför 2020 är förhoppningen att alla antibiotikakrävande infektioner kommer att

dokumenteras i "Infektionsverktyget vid sjukhusvård" vilket kommer att ge en bild av vilka infektioner som dominerar. För att minska smittspridningen mäts efterlevnaden av BHK; basala hygien- och klädrutiner.

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 72,7 % avseende andel med korrekt i samtliga steg. det är inom "följsamhet till hygienrutiner" som de största bristerna ses, då framförallt avseende desinfektion före patientnära arbete. Mellan verksamheterna ses stora variationer. Flertalet åtgärdsaktiviteter är initierade bland annat krav på handlingsplan vid resultat under målnivå, dialog mellan verksamheter och hygiensjuksköterskor samt ny uppdragsbeskrivning för hygienombud. 2019 fick Ambulansverksamheten hygienpriset: Ett gott hygienföredöme.

Programmets mål	Indikator	Målvärde	2019 (2018)
3. Trycksår ska minska	3:1 Andel tryckskada/trycksår kategori 1-4	<10%	11,9% (12%)
	3:2 Andel trycksår kategori 2-4 som uppstått eller förvärrats	<3%	7,3% (5,8%)

Punktprevalensmätning Trycksår

Vid den första punktprevalensmätningen i mars 2019 hade Region Västmanland en högre frekvens av trycksår än riksgenomsnittet. Efter detta har en förbättring skett.

Andelen patienter med trycksår inom VS har minskat över tid. Från 16,3 procent år 2016 till 12,6 procent 2019.

Ett av de övergripande kvalitetsmålen inom Västmanlands sjukhus för 2019 har varit att minska trycksår. Flera aktiviteter har skett:

- Ny samverkansgrupp för trycksårsprevention skapades
- Revidering av handlingsplan för trycksårsprevention

- Uppdatering av uppdragsbeskrivning för trycksårsombud
- Kontinuerliga nätverksträffar med kompetensutveckling
- En föreläsning ordnades med temat "Förebyggande insatser mot trycksår genom hela vårdkedjan"
- Trycksårsombud har deltagit i nationell konferens "Stoppa trycksår"
- Nya förebyggande madrasser har köpts in
- Utveckling av omvårdnadsdokumentation med sårvårdsplan samt obligatoriskt moment om trycksår vid in- och utskrivning. E-utbildning är framtagen om dokumentation i vårdplansmodul.

Programmets mål	Indikator	Målvärde	2019 (2018)
4. Läkemedelsanvändning ska vara säker	4:1 Andel läkemedelsberättelser	60%	49% (46 %)
	4:2 Antalet fördjupade läkemedelsgenomgångar	öka	3 863 (2 432)
	4:3 Antalet utskrivna antibiotikarecept	287	296 (298)

Andel läkemedelsberättelser

En läkemedelsberättelse är en sammanfattning av vilka läkemedelsändringar som gjorts under en patients vårdtid inom slutenvård och varför ändringarna är gjorda. Berättelsen innehåller även uppgifter om målet med behandlingen, behandlingens längd och hur uppföljning ska ske. Syftet med Läkemedelsberättelsen, som kompletterar patientens läkemedelslista, är att förse patienten och nästa vårdgivare/vårdenhet (exempelvis familjeläkare och sjuksköterska inom öppen vård) med aktuell och relevant information. När och hur en Läkemedelsberättelse ska skrivas regleras i

föreskriften om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården, SOSFS 2012:9. Region Västmanland har som mål i Program patientsäkerhet att andelen Läkemedelsberättelser ska öka. Andelen utskrivna patienter där Läkemedelsberättelse upprättas fortsätter att öka men en viss minskning av takten noteras. Vid slutet av 2019 var andelen strax över 49% med ett genomsnitt på 48% under året. Åtgärder kring läkemedelsberättelser på VS behöver vidtas för att nå målnivå, exempel på detta är att följa resultatet på individnivå för att förbättra följsamheten.

Antalet fördjupade

läkemedelsgenomgångar

Antalet fördjupade läkemedelsgenomgångar inom slutenvården ökar stadigt medan antalet inom den offentligt drivna primärvården ligger relativt oförändrad. Vårdvalet följer antalet KVÅ-kodade fördjupade läkemedelsgenomgångar inom primärvård, såväl privat som offentligt driven. Syfte, målgrupp, mått och mål framgår av indikatorbilagan kopplat till primärvårdsprogrammet. Införandet av klinisk farmaci med apotekarstöd framförallt på SÄBO har fortsatt och fortsätter även under 2020 i ökande omfattning så att alltför vårdcentraler får detta stöd i arbetet, både för att genomföra fördjupade läkemedelsgenomgångar men också för en förbättrad kvalitet. Klinisk farmaci med apotekarstöd har haft stor betydelse för att organisera arbetet på SÄBO på ett bättre sätt. Införandet har utvärderats från enheten för sjukvårdsfarmaci.

Antalet utskrivna antibiotikarecept

Förskrivningen av antibiotika i länet har under 2019 minskat med en procent, vilket är lika mycket som under 2018. En liten men stadig minskning ses för Västmanland, dock mindre än för flertalet övriga regioner. Västmanland ligger nu klart över genomsnittet för riket. Under 2019 har tjänsten som Stramalakare tillsatts, och därmed ökar nu det uppsökande arbetet. Stramas bedömning är att mer behöver göras, och presenterar under 2020 ett förslag till plan för ett bredare arbete inom primärvården.

Antalet utskrivna antibiotikarecept per 1000 invånare följs i primärvården upp av Vårdvalet i verksamhetsdialog och är oförändrat jämfört med föregående år (177 recept per 1000 listade). För de enheter där brister identifieras

krävs en handlingsplan in med åtgärder. Syfte, mått och mål framgår av indikatorbilagan kopplat till primärvårdsprogrammet. Tidigare mått för primärvården om högst 200 antibiotikarecept per 1000 listade har i Primärvårdsprogram 2020:s indikatorbilaga skärpts till högst 180. För 2020 planeras i samverkan med Strama uppföljning på diagnosnivå genom tillgång av utfallet i Kvalitetsregistret.

Vårdorsakat läkemedelsberoende

Resultatet av den regionövergripande processöversynen följs kontinuerligt av Enheten för sjukvårdsfarmaci i form av statistik över användningen av beroendeframkallande läkemedel. Statistiken är tillgänglig för alla i statistikprogrammet DUVA. Vi kan i statistiken konstatera att Västmanland årligen minskar förskrivningen mest i Sverige gällande opioider, bensodiazepiner, benso-diazepinbesläktade preparat samt pregabalin. Samma gäller även över tid, från startåret för processen 2017, till och med 2019, det vill säga vi minskar mest i Sverige.

Dagens medicins pris "Guldpillret" som Region Västmanland fick för 2018 års viktigaste insats för en bättre och säkrare läkemedelsanvändning har nu kommit till användning. Prispengarna har använts för att erbjuda en utbildning för distriktssköterskor och sjuksköterskor i primärvård som ger kompetens att behandla sömnbesvär utan mediciner.

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. Som ett led i detta pågår informationsläkarnas arbete genom Läkemedelskommitténs försorg även under 2020 med fortsatta utbildningsinsatser.

Programmets mål	Indikator	Mål-värde	2019 (2018)
5. Suicidprevention ska förbättras	5:1 Antalet suicid 1	Minska	7 (5)
	5:2 Antalet suicidförsök 2	Minska	305 (382)

1 Antalet lex Maria-anmälda suicid 2019

2 Antalet avvikelserapporterade suicidförsök 2019

Suicidprevention

Arbetet med suicidprevention pågår ständigt; utbildningssatsningar har skett och vårdprogram tagits fram. Kompetenskort för suicidprevention finns för Vuxenpsykiatri, men fler verksamheter är på gång. Vårdvalet deltar aktivt i arbetet för minskat antal suicid och suicidförsök. Den medicinska rådgivaren ingår i den regionövergripande arbetsgruppen och stödjer samordnaren för suicidprevention i Region Västmanland. Vårdvalet bevakar att samtliga inträffade suicid med primärvårdskontakt i Västmanland utreds av respektive vårdgivare i primärvården och Vårdvalets medicinska rådgivare ger stöd för eventuell lex Maria anmälan. Under hösten har samverkansdokumentet mellan vuxenpsykiatri och primärvård omarbetats och därigenom vårdkedjan för suicidala patienter förtydligats och förbättrats. Under 2019 har antalet lex Maria-anmälda självmord ökat jämfört föregående år. Antalet suicidförsök minskade under 2019, utan att totala antalet suicid ökade. Detta talar för att suicidbenägna personer söker och får vård i större utsträckning än tidigare. Att minska suicidtalerna är en viktig samhällsinsats som görs inom flera sektorer,

inte minst inom sjukvården, särskilt primärvården och psykiatri. Suicidtal är svårvärderade av flera skäl:

- Det kan vara svårt att skilja suicid från olyckor
- Beroende på polisens och rättsmedicinalverkets bedömning kan ett dödsfall förbli "oklart dödsfall", rubriceras som brott eller som suicid och benägenheten att klassificera kan variera
- Personer med missbruk kan avlida av såväl avsiktliga överdoser (suicid) som av överdosering inom ramen för ett accelererande missbruk

Fram till 2017 skulle alla suicid hos personer som haft nylig kontakt med sjukvården anmälas enligt lex Maria. Sedan ändringen av föreskriften har antalet lex Maria-anmälda suicid minskat. Det vanliga vid suicid är inte att det sker som undvikbar negativ vårdhändelse utan att det sker trots väl genomförda vårdinsatser. Liksom döden kan inträffa som följd av hjärtsjukdom, finns det icke undvikbar död vid psykiatriska tillstånd.

Programmets mål	Indikator	Målvärde	2019 (2018)
6. Förbättrad	6:1 Arbetsbelastning och personaltäthet	60	Mäts ej 2019 (44)
Patientsäkerhetskultur	6:2 Överlämning och överföring av patienter och information	70	Mäts ej 2019 (49)
	6:3 Antal verksamheter med brukarråd/fokusgrupp	30/47	Ej uppmätt

Överlämning och överföring av patienter och information

Överlämning och överföring av patienter och information har varit ett viktigt fokusområde i samband med implementeringen av ny lagstiftning vad gäller samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård där primärvården ges en viktigare uppgift. Vikten av SIP har betonats, ett personcentrerat arbetssätt och att arbeta preventivt för att förhindra återinläggning på sjukhus.

Antal verksamheter med brukarråd/fokusgrupp

Antal brukarråd har minskat de senaste åren. Dock pågår arbete i regionen för att möjliggöra medverkan och delaktighet från patienter och närstående. På verksamhetsnivå sker detta genom exempelvis digitala kommunikationsvägar, utvärderingar, brukardeltagande i förbättringsarbete och liknande. Målet är att det skall vara naturligt att vid förändringar och förbättringsarbeten 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 mer

Övriga egenkontroller

Markörbaserad journalgranskning (MJG)

Strukturerad journalgranskning har pågått i Sverige sedan 2007, först enligt en amerikansk metod "Global Trigger Tool" som senare har omarbetats till svensk version, MJG. Metoden bygger på att journaler slumpas fram månadsvis på patienter över 18 år. Syftet är att identifiera uppgifter (som i MJG kallas markörer) som kan tyda på att en skada har uppstått. Därefter görs en värdering om en skada har uppstått, och om den har varit undvikbar; en så kallad vårdskada. Resultaten registreras sedan i en databas hos Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) varifrån det går att hämta statistiska uppgifter

på nationell nivå, universitetssjukhus samt läns- och sjukhusnivå.

Olika markörer gäller för somatisk och psykiatrisk vård vilket medför att två olika team arbetar med MJG.

Analysledare vid Centrala patientsäkerhetsteamet genomför den somatiska granskningen och verksamhetsutvecklare genomför granskningen i vuxenpsykiatri. Vid behov diskuteras patientfall med specialist- respektive chefläkare. Resultatet av den övergripande granskningen sammanställs, analyseras och presenteras på övergripande nivå i Hälso- och Sjukvårdsförvaltningarna.

Sammanställning av MJG 2019

Verksamhet	Antal granskade journaler	Antal skador	Antal vårdskador	Vanligaste skadorna
Somatisk slutenvård	180	25	14	• VRI • Trycksår • Kirurgiska skador
Psykiatrisk vård	120	10	2	• Självdestruktiv handling utan suicidavsikt • Suicidförsök • Läkemedelsrelaterad skada

Patientsäkerhetsdialoger

De problemområden som verksamheterna lyfter i samband med patientsäkerhetsdialogerna, sammanställs och rapporteras till förvaltningarna samt är ett viktigt underlag för kommande riskanalyser och förbättringsarbete.

Det som framkommit i samband med dialogerna 2019 inom VS och PPHV (exklusive primärvården) har klustrats i tabellen nedan:

Kommunikation	Processen för samordning i vårdkedjan mellan olika verksamheter samt huvudmän är inte optimal. Svårigheter med rutinfrågor i samband med vårdens övergångar.
	Elektroniska journalen, framförallt läkemedelsmodulen i Cosmic. Arbete pågår i ett nätverk bestående av chefläkare från Cosmicregionerna.
Kompetensförsörjning	Fortsatt till viss del bristande kompetensförsörjning vilket kan leda till stängda vårdplatser samt en ansträngande arbetsmiljö.
Tillgänglighet/Kontinuitet	Bristande tillgänglighet digitalt, men även avseende kontinuitet i vårdkontakter i hela vårdkedjan

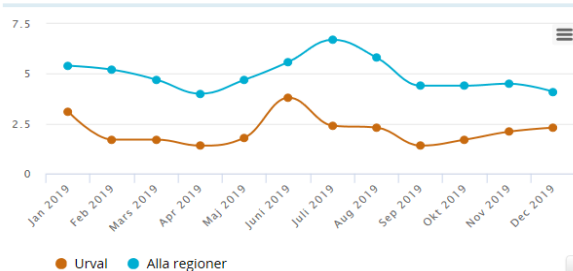
Vårdplatsbeläggning

Vårdtillfällena ökat med 1,3 % och vårddagarna minskat med 4,1 % i jämförelse mot 2018. Effekten av detta syns både på medelvårdtiden som sjunkit från 5,4 dagar till 5,1 dagar och belägningsgraden som ligger på 90 % vilket är en minskning med sju procentenheter mot föregående år. Under 2019 har även antalet överbeläggningar

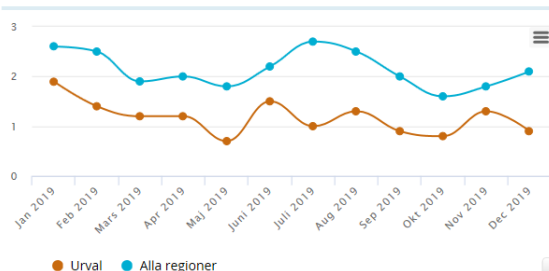
minskat med 58% och de utlokaliserade med 23% i jämförelse mot 2018. Belägningsgraden har under 2019 varit 91%

Dessa förbättringar syns även tydligt när Västmanland jämförs mot övriga Regioner i Sverige, se diagram nedan.

Överbeläggning



Utlokaliserade patienter



Förklaringarna till de förbättrade värdena inom slutenvården kan till största delen härledas till en lindrigare influensaperiod och att projektet "Samverkan vid utskrivning" gett god effekt och färre utskrivningsklara patienter finns kvar inom slutenvården.

En annan viktig orsak är att antalet disponibla vårdplatser har ökat under året.

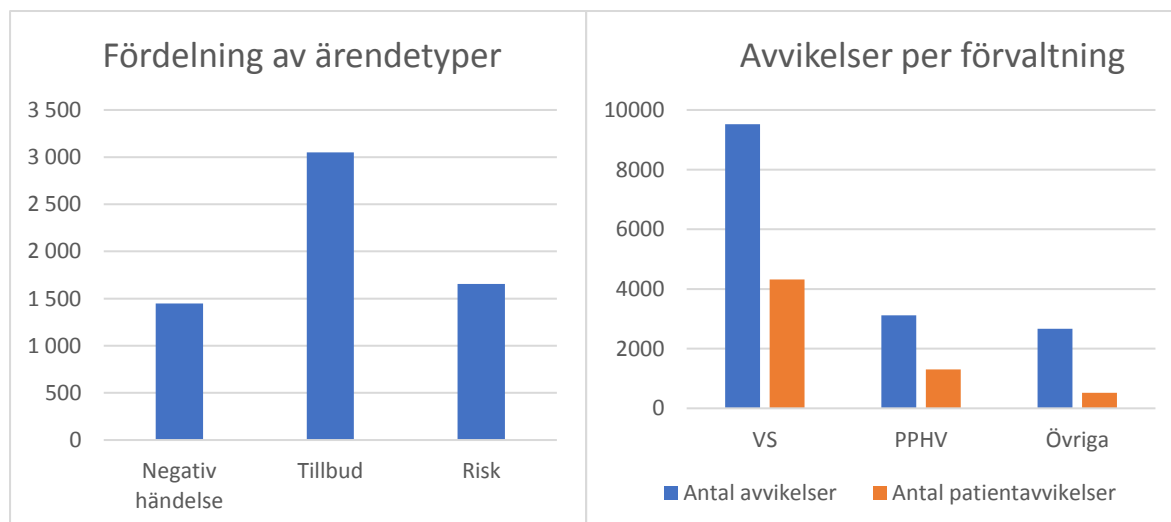
En fördelningsgrupp bestående av verksamhetsföreträdare arbetar också regelbundet med målsättning att underlätta planering, samverkan och utnyttjande av samtliga disponibla vårdplatser i länet.

Verksamhet	Vårdplatsbeläggning 2019
Barn- och ungdomspsykiatri	77%
Vuxenpsykiatri	85%
Rättpsykiatri	87%
VS	91%

Avvikelser

Totalt hanterade regionen drygt 15,000 ärenden i Synergi under 2019, varav drygt 6,000 är klassificerade som patientrelaterade avvikelser. Detta är en minskning av totalt rapporterade ärenden men en ökning av patientrelaterade ärenden jämfört med 2018.

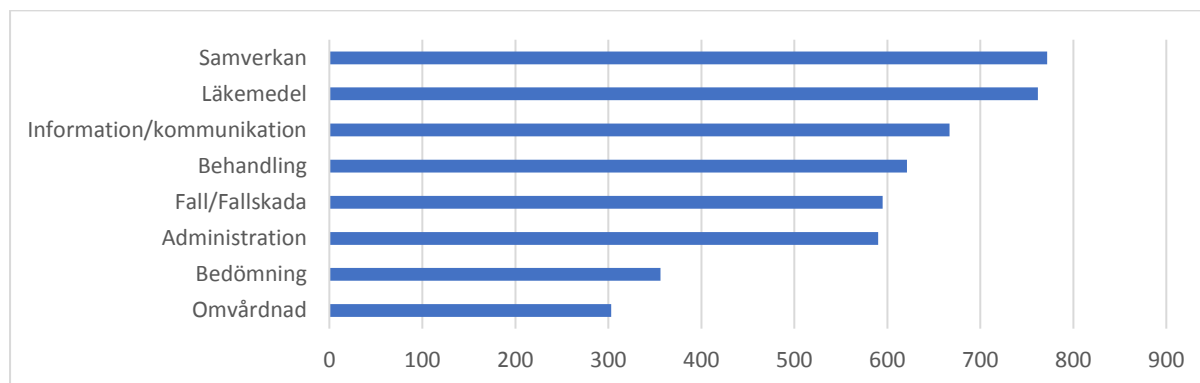
I Synergi finns det ett flertal ärendetyper. De patientrelaterade avvikelserna klassificeras antingen som risk, tillbud eller negativ händelse. Antalet rapporterade risker och tillbud har ökat sedan föregående år medan negativa händelser minskat.



Synergiförvaltningen har uppmärksammat att fel ärendetyp använts historiskt och att antalet patientavvikelser har ökat trots att totala antalet avvikelser har minskat är därför en indikator på en rörelse i rätt riktning. Fortfarande förekommer att patientärenden, främst tillbud, blir felkategoriserade. Risker

med detta är att de inte utreds i tillräcklig omfattning och relevanta förbättringsinsatser därför uteblir. Under 2020 kommer utökade utbildningsinsatser genomföras gällande ärendekategorisering samt utökad stöd till nyblivna avvikelssamordnare.

Alla avvikelser händelsekategoriseras i Synergi. De vanligaste händelsekategoriseringarna för patientärenden 2019 var dessa:



Under rubriken "Samverkan" handlar 25% av avvikelserna om inskrivning/utskrivning. Detta är en markant ökning från 2018. En av förklaringarna till detta kan härröras till förändrade arbetssätt mellan slutenvården, primärvården och kommunal vård och omsorg utifrån Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård.

VS har utfört en genomgång av fallhändelser rapporterade i Synergi (138 st). Skador relaterade till dessa fall har bland annat varit två frakturer och ett tjugotal sårskador. Det finns i många avvikelser beskrivet att det

genomförts riskbedömningar och åtgärder har satts in redan innan fallhändelsen.

VS har även granskat läkemedelsavvikelser och de har framförallt handlat om felaktig dos, felordinationer och avsteg från rutiner. I två ärenden kan läkemedelsrelaterade händelser ha bidragit till att patienten avled. VS ser en påtaglig ökad användning av avvikelser som underlag för förbättringsarbeten. Det resulterar i förändrade rutiner, metodstöd, instruktioner och handlingsplaner, vilket bidrar till en ökad patientsäkerhet.

Klagomål och synpunkter

Externa klagomål och synpunkter

Möjlighet för patient och närstående att framföra synpunkter via regionens externa hemsida och direkt i regionens IT-system för avvikelshantering har funnits sedan 2014. Antalet externa klagomål och synpunkter har successivt ökat. Under 2019 har drygt 300

externa klagomål inkommit till regionen vilket är en ökning från föregående år

Patientnämnden

Under 2019 har patientnämndens kansli registrerat 661 ärenden. Största andelen av de som kontaktar patientnämnden är kvinnor.

De vanligaste problemområdena och antal inkomna klagomål till regionen

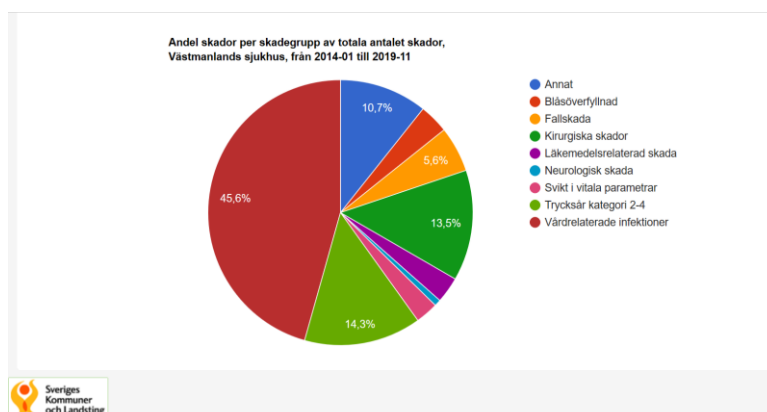
Problemområde	Patientnämnden	Externa klagomål/synpunkter
Vård och behandling	314	145
Information/Kommunikation	152	105
Tillgänglighet	58	38
Administrativ hantering	42	24

Klagomål inkomna till regionen fördelat på verksamhet

Verksamhet	Patientnämnden	Externa klagomål/synpunkter
Specialiserad sjukhusvård	387	180
Primärvård	125	74
Psykatri	98	68
Övriga	51	14

Händelser och vårdskador

Tabellen nedan presenterat resultat från MJG avseende skador, såväl vårdskador som ej undvikbara skador, inom region Västmanland fördelat på skadetyper mellan 2014-2019. Vanligast förekommande är vårdrelaterade infektioner, följt av kirurgiska skador och övriga skador.



Vårdskadeutredningar

Under 2019 rapporterades 100 patientrelaterade avvikelser av allvarigare karaktär och på samtliga ärenden skall en vårdskadeutredning ha utförts. I Synergi finns

67 stycken vårdskadeutredningar dokumenterade vilket är en ökning av antalet genomförda vårdskadeutredningar från föregående år. Utredningarna handlade bland annat om suicid, bedömning och behandling.

Händelseanalyser

Händelseanalys enligt SKR's metod utförs som en del av vårdskadeutredning när händelserna är mer komplexa samt berör flera verksamheter. Tabellen nedan presenterar en

numerisk sammanställning av avslutade händelseanalyser samt antal analyser som berört respektive förvaltning under år 2019.

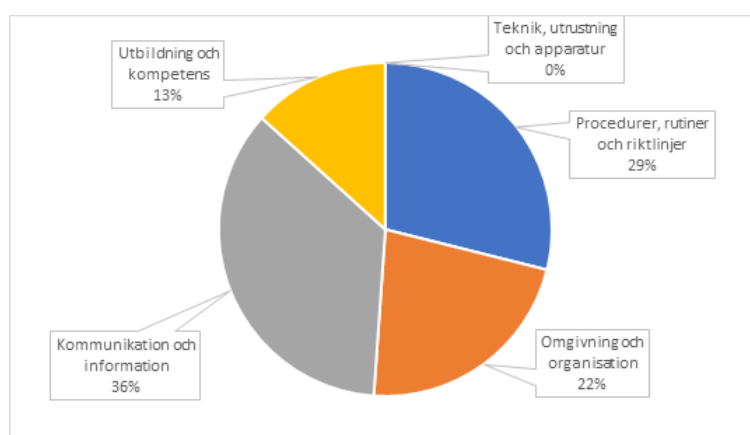
Avslutade Händelseanalyser	Berörda förvaltningar		
	VS (Västmanlands sjukhus)	PPHV (Primärvård, Psykiatri, Habilitering)	HMC (Hjälpmiddelscentrum)
11	11 av 11	4 av 11	1 av 11

Händelser: Händelseanalyserna som avslutas under 2019 har bland annat handlat om diagnostiska fel (missad eller fördröjd diagnos), bristande läkemedelshantering, bristande samordning mellan enheter och verksamheter samt bristande följsamhet till rutiner.

Vårdskadeberäkningar: Under 2019 har vårdskadeberäkning genomförts i två av analyserna men fullständiga data har inte varit tillgängliga vid analysernas avslutande.

Bakomliggande orsaker till felhändelser i de avslutade analyserna under 2019 fördelas i orsaksområden enligt figur nedan.

Uppföljning: Under 2019 har uppföljningarna skett via mail utifrån standardiserat formulär istället för fysiska möten. 2019 följdes 12 händelseanalyser upp avseende effekten av genomförda åtgärder. Sju av de uppföljda analyserna genomfördes och avslutades under år 2018. Uppföljning genomförs cirka sex månader efter att analysen återförts till uppdragsgivaren. Uppföljningarna visar att verksamheterna i stor utsträckning genomför de åtgärder som föreslagits i händelseanalyserna



Åtgärder som vidtagits utifrån händelseanalyserna handlar till exempel om att förbättra samordning av vårdinsatser, säkerställa kommunikation/information mellan verksamheter och professioner,

implementera och stärka rutiner/processer. Ytterligare åtgärder syftar till att stärka den diagnostiska processen, se över arbetssituation samt att främja patientmedverkan.

Lex Maria fem av de 11 händelseanalyser som avslutades under 2019 ledde till att anmälan gjordes enligt lex Maria. Det illustrerar att inte alla händelser som utreds med händelseanalys innebär att en patient bedöms varit utsatt för en allvarlig vårdskada eller risk

Uppföljning av lex Maria 2019

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). Under år 2018 anmäldes 28 händelser enligt lex Maria, vilka följts upp under 2019.

Konklusion gällande uppföljning av lex Maria 2018

- De åtgärder som angetts har genomförts i stor omfattning
- De åtgärder som genomförts är till största delen begränsat effektiva, det kan exempelvis vara att händelsen eller åtgärdsförslaget tagits upp på en arbetsplatsträff (APT)
- Fåtal åtgärder kan konstateras mycket effektiva

Övriga händelser 2019

Varuförsörjningen

Varuförsörjningens upphandling till vår region har skett tillsammans med region Sörmland, Uppsala, Dalarna och Örebro i en gemensam nämnd. Syftet med detta var att främja regionens möjligheter att tillvarata volym och resursfördelar inom upphandling, depåhållning och distribution av förbrukningsvaror. Den 1 oktober 2019 övergick avtalet som så kallad tredjepartsdistributör från Mediq Sverige AB till Apotekstjänst Sverige AB. I samband med detta byte av distributör uppstod leveransproblem till berörda regioner. Vår

för allvarlig vårdskada. Detta visar på vikten av förutsättningslös utredning vid misstänkta vårdskador för att kartlägga händelseförloppet och bakomliggande orsaker, och därigenom förstå vad som skett.

- Uppföljning av åtgärder har sällan skett strukturerat
- Flera verksamheter anser att patientsäkerheten förbättrats utifrån åtgärds genomförandet trots att ingen uppföljning av åtgärder har skett.

Förbättringsområden

- Konkretisering av åtgärder behövs så att utvärdering möjliggörs, exempelvis är det svårt att veta vilken effekt åtgärden har när det endast diskuteras på en APT
- Åtgärder behöver följas upp strukturerat för att effekten av genomförda åtgärder skall kunna värderas
- Mer fokus på bakomliggande orsaker så att åtgärderna på så sätt kan bli mer effektiva

region hade ett lager som gjorde att regionen klarade varuförsörjningen initialt. Leveransproblemen gjorde dock att region Västmanland den 12 oktober valde att gå upp i stabsläge vilket varade till den 28 oktober. Under denna period identifierades brist på material som är nödvändiga vid förlossning, operation och övervakning. Akuta och canceroperationer prioriterades vilket gjorde att den katastrofmedicinska beredskapen kunde bibehållas. För att lösa akuta situationer fick regionen beställa varor direkt från leverantörer. Leveransproblemen ledde till att 180 operationer ställdes in men

ännu har inga allvarliga vårdskador rapporterats, dock kan den uppkomna situationen ha bidragit till patientlidande på

andra sätt. IVO öppnade ett tillsynsärende och händelseanalys har genomförts i regionen.

Risikanalys

VIRA-analyser

Med anledning av säkerhetsbrister kopplat till lösningen med en gemensam server för resultat av riskanalyser/riskbedömningar så kan inte antalet genomförda riskanalyser redovisas för 2019.

Användarna har hanterat sin data lokalt. I och med att IT-stöd för VIRA tas i bruk 2020 löses problematiken med säkerhet och efterlevnad av diarieföringsinstruktionen och då kommer man med säkerhet kunna säga hur många riskanalyser/riskbedömningar som genomförts tillsammans med ytterligare statistik och analys på aggregerad nivå.

Exempel på resultat av riskanalyser utförda 2019

Ombyggnad urologavdelning: Inför planerad ombyggnad av avdelningen genomfördes en riskanalys. Tanken var att bygga om halva vårdavdelningen samtidigt som man bedrev vård på den andra halvan. Under analysen framkom dock många höga risker (exempelvis är skölj, patientkök och läkemedelsrum gemensamma för hela avdelningen) vilket medförde att man såg ett behov av en evakueringsavdelning istället.

Övertagning av 0-HLR beslut

Analysen var en del i arbetet med att utreda möjligheten att utvidga ett beslut om HLR, taget under sjukhusvård, till att kvarstå även i hemmet. Det undersöktes om det fanns lagliga hinder för detta och tog även kontakt med omliggande regioner. Arbetet ledde fram

till ett beslut om att utarbeta rutiner kring detta.

Flytt av molekylärbiologiskt laboratorium:

Analysen gjordes inför ett lokalbyte. Befintliga lokaler hade stora brister både ur ett arbetsmiljö- och patientsäkerhetsperspektiv. Analysen visade på vilka åtgärder som behövde vidtas för att få en så säker och smidig flytt som möjligt. Ur ett patientsäkerhetsperspektiv var det främst risker kring exempelvis fördröjda och förväxlade prover som framkom. En noggrann plan utarbetades och flytten gick bra.

Ökad produktion av höft och

knäprotesoperationer:

Ortopedkliniken önskade utöka antalet operationer. Under analysen uppmärksammades att en utökning av operationer skulle vara möjlig om exempelvis vårdavdelningen förberedde patienten inför operationen i större utsträckning än tidigare.

Obligatorisk tvåfaktorsinloggning med SITHS-kort i den digitala journalen

Det centrala patientsäkerhetsteamet genomförde en fördjupad riskanalys med patientsäkerhetsperspektiv som en fortsättning på en VIRA. Analysteamet presenterade åtgärdsförslag som bland annat gick ut på undantag från tvåfaktorsinloggning för personer eller funktioner i kritiska verksamheter med jour- och dygnetruntverksamhet i sjukhusvården. Slutrapport med åtgärdsförslag är lämnad till beställare för vidare handläggning.

Mål och strategier för kommande år

Patientsäkerhet är ett kontinuerligt arbete vilket inbegriper samtliga nivåer i hälso- och sjukvården. Regionen överblickar resultaten av kvalitetsmätningar, analyserar risker och avvikelser och lär av tidigare erfarenheter, såväl positiva som negativa. Detta är grunden för det systematiska patientsäkerhetsarbetet, att utforma åtgärder så att kvaliteten ökar och risken för vårdskador minskar. Inför kommande år ses följande områden att särskilt adressera:

- Utvärdering och revidering av Program patientsäkerhet 2017-2020 planeras liksom framtagande av nytt program inför kommande år. Detta är ett omfattande arbete som kräver bred förankring. En utmaning är här att arbeta med indikatorer och mått som behöver vara relevanta, tydliga och mätbara. I och med den nya hälso- och sjukvårdsorganisationen finns möjligheter till nya samarbetsformer för att nå uppsatta mål.
- Mot bakgrund av de förändringar och utmaningar som hälso- och sjukvården står inför har regeringen sett behov av en nationell kraftsamling för ökad patientsäkerhet. Socialstyrelsen fick i uppdrag att ta fram en nationell handlingsplan och att samordna och stödja patientsäkerhetsarbetet i landet. Handlingsplanen släpptes 31/1 2020 och kommer att föranleda aktiviteter lokalt. Handlingsplanen innehåller fem prioriterade fokusområden för arbetet mot en säkrare vård. Fokusområdena utgår från de huvudsakliga utmaningarna inom patientsäkerhetsarbetet och utgör en struktur för handlingsplanens nationella åtgärder. Fokusområdena är:
 - Öka kunskap om inträffade vårdskador
 - Tillförlitliga och säkra system och processer
 - Säker vård här och nu
 - Stärka analys, lärande och utveckling
 - Öka riskmedvetenhet och beredskap
 - Handlingsplanen ska stärka huvudmännens arbete i det systematiska patientsäkerhetsarbetet och bidra till att förebygga att patienter drabbas av vårdskador. Handlingsplanen ska även stödja och samordna arbetet med patientsäkerhet i landet.
- Synergiförvaltningen planerar nya utbildningar för avvikelksamordnarna samt utveckla de utbildningar som redan finns för att underlätta avvikelshanteringen och på så sätt främja det systematiska förbättringsarbetet.
- Flertalet av indikatorer och mål i Program patientsäkerhet går åt rätt håll, men målnivåerna är inte än uppnådda. Detta föranleder ett fortsatt arbete med aktiviteter som trycksårsprevention, arbete med att förebygga vårdrelaterade infektioner och ett utvecklat suicidpreventionsarbete.
- För att komma framåt i det viktiga arbetet mot VRI behövs bättre mätmetoder än de punktprevalensmätningar som nu görs. Den mätmetod som närmast är aktuell är "Infektionsverket". Tyvärr har detta system, främst av IT-mässiga orsaker, inte kunnat användas i regionen sedan våren 2017. Enheten för smittskydd och vårdhygien har intensifierat arbetet för att åter få det funktionellt. Förhoppningar finns nu att det kan tas i bruk igen under våren 2020, vilket skulle innebära ett stort steg framåt i arbetet mot VRI.
- Under 2020 kommer Personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp att införas inom prioriterade områden. Exempel på dessa områden är: stroke, hjärtsvikt, sepsis, KOL och höftartros.
- I juni 2020 ska Nationella Läkemedelslistan, NLL, vara färdig att ansluta sig till. Regionerna och journalleverantörer står inför flera utmaningar i detta arbete kopplat till patientsäkerhet, informationssäkerhet, användarvänlighet och arbetsmiljö för användarna.

Bilaga I.

Checklista för

PATIENTSÄKERHETSDIALOG 2019

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, för psykiatriska verksamheter även chefsöverläkare, lokalt patientsäkerhetsteam inklusive avvikelsesamordnare. 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.

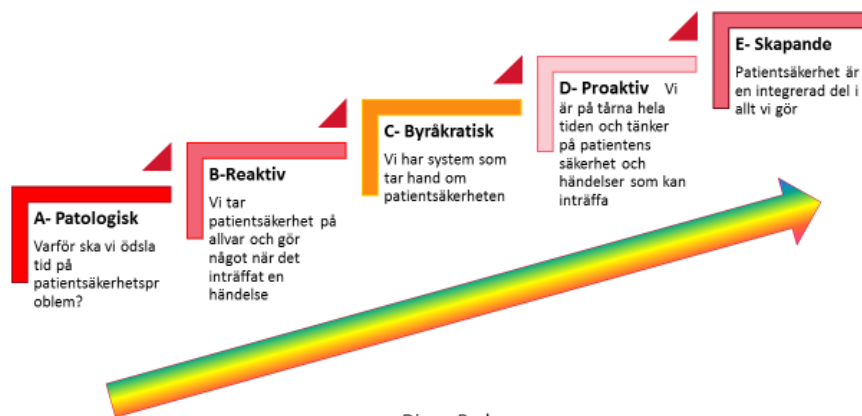
Datum:

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? Någon utveckling sedan föregående dialog? Motivera.
6. Delge er handlingsplan och associerade aktiviteter för patientsäkerhetskultur baserad på mätning av patientsäkerhetskultur 2017.

5 nivåer av patientsäkerhetskultur



Diane Parker

Vem/vilka är verksamhetens avvikelsersamordnare?

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 avvikelsersamordnare

1	
2	
3	
4	

Bilaga II

Inledning – patientstrålskydd

I enlighet med Strålsäkerhetsmyndighetens föreskrifter om medicinska exponeringar (SSMFS 2018:5) ska ett strålskyddsbokslut avseende medicinska exponeringar upprättas årligen som ett led i kravet på patientsäkerhetsberättelse. Av strålskyddsbokslutet ska det framgå

1. Hur det systematiska strålskyddsarbetet har bedrivits i verksamhetens olika delar
2. Vilka åtgärder som har vidtagits för att upprätthålla och utveckla strålskyddet
3. Vilka resultat som har uppnåtts i strålskyddsarbetet

Organisation och ansvar för patientstrålskydd

Patientstrålskyddsarbetet är att se som en naturlig del av patientsäkerhetsarbetet och som sådant likställt med patientsäkerhet avseende ansvarsfördelning inom organisationen. Utmärkande för patientstrålskyddsarbetet är att regionens befattningshavare har tillgång till ett antal expertfunktioner med uppgift att stödja och ge råd till vårdgivaren i styrning, uppföljning och utveckling av strålskyddet i verksamheter med medicinska exponeringar.

För varje verksamhet med medicinska exponeringar finns

- En radiologisk ledningsfunktion med ett övergripande ansvar för berättigandebedömning
- En strålningsfysikalisk ledningsfunktion med ett övergripande ansvar för optimeringsarbetet och ansvar för strålningsfysikaliska frågor, till exempel metoder för kvalitetssäkring av utrustning för medicinska exponeringar

Vidare ska ledningsfunktionerna, för medicinska exponeringar inom sitt verksamhetsområde, samverka kring och delta i optimeringsarbetet, personalutbildning, inköp och upphandling av utrustning samt utredning av oplanerade händelser.

Medicinsk stab

Här ingår chefsfysiker som är sakområdesansvarig, lagbevakningsansvarig samt har en samordnande roll för strålskyddsarbetet inom regionen. I chefsfysikerns uppdrag ingår bland annat att ta fram övergripande riktlinjer för strålskydd, bevaka ledningssystemets anpassning till gällande strålskyddslagstiftning och att följa upp hur strålskyddsarbetet för medicinska exponeringar bedrivs i berörda verksamheter.

Lokala strålskyddskommittéer

Inom regionen finns lokala strålskyddskommittéer, som fungerar som expertgrupper för regionens verksamheter med medicinska exponeringar. Kommittéerna saknar idag formellt uppdrag i regionens strålskyddsorganisation och författningar som reglerar strålskydd inom vården. Kommittéerna inkluderar chefsfysiker, radiologiska och strålningsfysikaliska ledningsfunktioner samt nyckelfunktioner inom de verksamheter som företräds.

Systematiskt patientstrålskyddsarbete

Strålskydd vid medicinska exponeringar är en naturlig del i den dagliga verksamheten i regionen och en del i det patientsäkerhetsarbete som regionens medarbetare och chefer utför.

Under året har det systematiska strålskyddsarbetet för medicinska exponeringar inom regionen huvudsakligen utgjorts av

- berättigandebedömning av medicinska exponeringar på såväl metodnivå som individnivå
- översyn och optimering av metoder för medicinska exponeringar
- kvalitetssäkrande kontroller och underhåll av utrustning för medicinska exponeringar
- strålskyddsutbildning av personal och befattningshavare inom verksamhet med medicinska exponeringar.
- avvikelshantering
- användning av strålskyddsutrustning där så är tillämpligt samt särskilt skydd av barn och gravida
- individuell anpassning av behandlingar med joniserande strålning.

Åtgärder för att upprätthålla och utveckla patientstrålskyddet

Under året har arbete pågått med att införliva nytt regelverk för strålskydd i regionens ledningssystem. Ett antal utbildningsinsatser har genomförts i syfte att förmedla det nya regelverket och dess påverkan i verksamheter med medicinska exponeringar. Riktade sådana utbildningsinsatser, med tonvikt på berättigandebedömning, har genomförts för innehavare av radiologisk ledningsfunktion.

Strålningsfysikaliska ledningsfunktioner har, i enlighet med SSMFS 2018:5, inrättats för regionens verksamheter med medicinska exponeringar.

Strålsäkerhetsmyndigheten genomförde under 2018 en nationell inspektionsinsats riktad mot optimering inom datortomografiverksamhet. Som ett resultat av denna förlades Region Västmanland att förbättra systematiken i sitt optimeringsarbete, något som resulterat i att Röntgenkliniken under 2019 infört nya optimeringsrutiner med regelbunden metodöversyn i så kallade optimeringsteam.

Under året genomförde onkologkliniken, enligt begäran från Strålsäkerhetsmyndigheten, en riskanalys av behandlingskedjan för extern strålterapi. Riskanalyser har också genomförts för verksamhetsförändringar inom såväl röntgenverksamhet som nuklearmedicinsk verksamhet under året.

Regionen har under året bevakat och aktivt deltagit i tre nationella projekt avsedda att stärka strålskyddet för patienter i sjukvården.

1. Regiongemensam upphandling av elektroniskt beslutsstödsystem för remittering till röntgen- och nuklearmedicinska undersökningar. Ett sådant system syftar till att ge remitterter evidensbaserat stöd att efterfråga den från berättigandesynpunkt mest lämpade undersökningen för aktuell frågeställning. Projektet bedrivs av en av SKR tillsatt Nationell arbetsgrupp.
2. "Nationellt QC-program" - framtagande av ett program för säkerställande av bibehållen utrustningsprestanda efter service- och underhållsinsatser från externa aktörer. Projektet är ett gemensamt initiativ från alla landets regioner med representation från varje region i projektets styrgrupp.
3. Publicering på 1177.se av patientinformation om fördelar och risker vid medicinska exponeringar. Arbetet bedrivs på uppdrag av Svensk förening för Radiofysik.

Resultat från strålskyddsarbetet 2019

Införandet av strålningsfysikaliska ledningsfunktioner har ytterligare stärkt patientstrålskyddet genom att garantera mångårig klinisk sjukhusfysikerkompetens i verksamhet med medicinska exponeringar.

Förbättrad systematik i optimeringsarbetet har stärkt patientstrålskyddet vid röntgenundersökningar inom regionen.

Genomförd riskanalys av strålbehandlingsprocessen har bidragit till ökad riskmedvetenhet och kvalitetshöjning i verksamheten.

Förbättringsåtgärder/insatser för ökat patientstrålskydd under 2020.

Säkerställandet av adekvat strålskyddskompetens hos regionens chefer och medarbetare kan ytterligare stärkas genom bättre nyttjande av Regionens etablerade utbildningsportal Kompetensplatsen.

Resursprioritering för införlivande av gällande regelverket för strålskydd i regionens ledningssystem, något som väsentligen försvåras av låg sjukhusfysikerbemanning under 2020.

Det finns brister i systematiken kring översyn och optimering av medicinska exponeringsmetoder för terapeutiska och vägledande tillämpningar. Här finns klara vinster för patientstrålskyddet i att anamma röntgenklinikens metodik med optimeringsteam.

Fortsatt arbete med att, utifrån genomförd riskanalys av strålbehandlingsprocessen, ta fram åtgärder och handlingsplan för att förebygga identifierade risker.

Utbildning av verksamhetschefer i risker, ansvarsfördelning och skyldigheter relaterat till medicinska exponeringar inom Regionen.

Inhämtandet av underlag för rapporteringen vid Ledningens genomgång saknar idag struktur och styrning och bör väsentligen kunna förbättras genom egenkontroller och internrevisioner för berörda verksamheter.