

Patientsäkerhetsberättelse för Region Västmanland År 2021



Inledning

Patientsäkerhetsberättelsen utgår från lagkrav och följer strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. I de fall lagkrav finns görs hänvisningar under respektive rubrik.

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt 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 samt att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år, finnas tillgänglig för den som vill ta del av den och den bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.



Källa:

Socialstyrelsen "Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024"

Mallen är framtagen inom ramen för kunskapsstyrningsorganisationen, på uppdrag av den nationella samverkansgruppen (NSG) inom patientsäkerhet, 2021-09-23.

Innehåll

Inledning.....	3
SAMMANFATTNING.....	5
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	6
Engagerad ledning och tydlig styrning.....	6
Övergripande mål och strategier.....	6
Organisation och ansvar.....	6
Samverkan för att förebygga vårdskador	11
Informationssäkerhet.....	13
Strålskydd	14
En god säkerhetskultur	14
Adekvat kunskap och kompetens.....	15
Patienten som medskapare	16
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	17
Öka kunskap om inträffade vårdskador	17
Lex Maria.....	20
Markörbaserad journalgranskning (MJG).....	24
Tillförlitliga och säkra system och processer	25
Säker vård här och nu.....	31
Stärka analys, lärande och utveckling.....	35
Öka riskmedvetenhet och beredskap.....	37
Riskhantering	37
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR.....	39
Indikatorer	39
Handlingsplanen i pandemin.....	40
Framåtblick (inkl. Socialstyrelsens arbete med utveckling av indikatorer)	40
Bilaga I. Sammanställning av händelseanalyser	42
Bilaga II. Sammanställning av bakomliggande orsaker (antal/område) i händelseanalyser.....	43
Bilaga III. Trycksår i slutenvård	44
Bilaga IV. Vårdrelaterade infektioner	47
Bilaga V. Basala hygienrutiner och klädregler	49
Bilaga VI. Provtagning och smittspårning för Covid-19	51

SAMMANFATTNING

De två senaste åren har sjukvården präglats av Covid-19-pandemin. En trygg och säker vård i en föränderlig situation har varit det övergripande målet för patientsäkerhetsarbetet, detta med Regional handlingsplan för ökad patientsäkerhet 2021–2024 som grund. År 2021 har präglats av ”det nya normala”. Erfarenheter från tidigare delar av pandemin har inneburit förändringar parallellt med återgång till tidigare arbeten och processer, intensivt arbete med att ta igen uppskjuten vård vilket krävt omfattande resurser, samtidigt som vaccinationsarbete krävt prioriteringar inom primärvården. I slutet av året eskalerade återigen smittspridningen och med detta även antalet patienter som sökte vård.

Antalet lex Maria-anmälningar ökade i relation till föregående år. Föregående års relativt låga förekomst av allvarliga vårdskador kan vara effekter av Covid-19-pandemin på såväl minskad elektiv verksamhet som på förlängda handläggningstider vid utredning av vårdskadeärenden.

Förekomst av vårdrelaterade infektioner (VRI) visar på positiva resultat i relation till tidigare år. Detta är glädjande men bör analyseras i relation till pandemieffekter. Marsmätningen presenterade fina resultat avseende förekomst av VRI. Lågre förekomst av operativa ingrepp under mättillfället genererade en minskad risk för att drabbas av en VRI. Septembarmätningen visade på en ökad förekomst av VRI som även översteg förvaltningens mål. Under hösten har verksamheternas arbete intensifierats för att ta igen uppskjuten vård. Detta tillsammans med omhändertagande av patientgrupper som inte sökt sjukvård i samma utsträckning som tidigare och inte haft samma möjlighet till uppföljningar enligt plan. Följden har blivit en stor vårdtyngd med svårt sjuka och sköra patienter och därmed ökad risk för såväl vårdrelaterade infektioner som trycksår. Samtidigt har emellertid verksamheterna haft stort fokus på följsamhet till hygienrutiner vilket borde spela en viktig roll avseende minskningen av VRI. Under pandemin har vårdhygien arbetat med information och utbildning gällande basala hygienrutiner och klädregler i verksamheterna. Trots detta intensiva arbete nås inte förvaltningsplanens uppsatta mål. En möjlig förklaring kan vara att verksamheterna snabbt har fått förändra arbetssätt och skyddsutrustning utifrån kontinuerliga uppdateringar. När smittspridningen varit som högst har särskilda skyddsrutiner vidtagits, och återgången till ordinarie skyddsutrustning har ibland varit problematisk. Liksom förekomsten av VRI är trycksårsförekomsten ofta relaterad till vårdtyngden hos patienterna. Den tidigare positiva trenden med en minskad förekomst av trycksår har dessvärre vänt och en ökad förekomst har registrerats under pandemin. Möjliga anledningar till detta kan vara att det preventiva arbetet i vissa fall fått stå tillbaka relaterat till verksamhetsförändringar, personalförflyttningar och förändrade tillfälliga arbetssätt under pandemin. Patienternas som vårdas i slutenvården är svårt sjuka vilket leder till en hög vårdtyngd, samtidigt som medarbetarna arbetat hårt under en längre tid med återkommande förändrade förutsättningar. Detta till trots har en hög andel av patienter med ökad risk för trycksår erhållit preventiva insatser vilket är positivt. Antibiotikaförskrivningen minskade mycket kraftigt under pandemin 2020. Under 2021 fortsatte minskningen under första kvartalet för att därefter långsamt åter börja öka. Regionen klarade trots detta det långsiktiga nationella målet på högst 250 antibiotikarecept/1000 invånare och år. Årets patientsäkerhetsdialoger med vårdverksamheterna har som en del av implementeringen tagit utgångspunkt i Regional handlingsplan för ökad patientsäkerhet 2021–2024, med de grundläggande förutsättningar för en god och säker vård samt de fokusområden som handlingsplanen lyfter fram. Positivt är att flertalet verksamheter upplever att de grundläggande förutsättningarna för en säker vård mer eller mindre finns, såväl inom den egna verksamheten som på övergripande nivå. Under 2021 har en uppgradering av regionens avvikelshanteringssystem Synergi skett med en ny struktur för kategorisering och ett förbättrat användargränssnitt.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Nedan beskrivs mål och strategier, organisation och struktur för arbetet med att minska antalet vårdskador. För att kunna nå den nationella visionen ”God och säker vård – överallt och alltid” och det nationella målet ”ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”, har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

Engagerad ledning och tydlig styrning

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer.



Övergripande mål och strategier

PSL 2010:659, 3 kap. 1 §, SOSFS 2011:9, 3 kap. 1–3 §

Region Västmanland arbetar målmedvetet för att öka patientsäkerheten och verka för en god patientsäkerhetskultur som kännetecknas av hög riskmedvetenhet och ett aktivt riskreducerande arbetssätt. Patientsäkerhetsarbetet inom Region Västmanland har tidigare utgått från Program Patientsäkerhet 2017–2020. År 2020 publicerade Socialstyrelsen Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024 med det övergripande målet: ”God och säker vård – överallt och alltid ” -ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada. Strukturen i den nationella handlingsplanen följer Vincent och Amalbertis ”Safer healthcare - strategies for the real world” vilken utgår från fyra grundläggande förutsättningar för säker vård: Engagerad ledning och tydlig styrning, En god säkerhetskultur, Adekvat kunskap och kompetens samt Patienten som medskapare. Då behoven av åtgärder och aktiviteter finns på både nationell och regional nivå ersattes Program Patientsäkerhet med en regional handlingsplan för ökad patientsäkerhet. Handlingsplanen betonar behovet av en bred ansats i säkerhetsarbetet och inkluderar både närvaro av säkerhet och frånvaro av skador. Handlingsplanen för ökad patientsäkerhet fokuserar således inte bara på risker utan också på framgångsfaktorer för en säker vård, så kallad Safety II. Denna utveckling av synen på säkerhet kräver fler och bättre verktyg och mätmetoder för att följa hur säker vården är. Syftet med den regionala handlingsplanen för ökad patientsäkerhet är att stärka och stödja det regionala patientsäkerhetsarbetet såväl på övergripande nivå som på verksamhetsnivå. Varje verksamhet i Region Västmanland bör med den regionala handlingsplanen som stöd identifiera vilka åtgärder eller aktiviteter som måste vidtas lokalt för att bidra till att regionens mål uppnås.

Organisation och ansvar

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

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården. Ledningen är en tongivande förebild och har en avgörande roll i arbetet med att stärka och upprätthålla en hög säkerhet. Ledare på alla nivåer kan skapa förutsättningar för ett systematiskt förbättrings- och patientsäkerhetsarbete, genom egenkontroll där information om verksamhetens resultat inhämtas, och genom att ta ansvar för att åtgärderna genomförs och utvärderas. För att optimera möjligheterna att använda kompetens, vårdplatser och andra resurser så effektivt som möjligt har hälso- och sjukvården inom Region Västmanland samlats i en förvaltning. Detta utifrån de uppdrag som lämnas av regionstyrelsen samt för att stödja processer och flöden inom och mellan sjukhusen och primärvården.

Grunduppgdraget för Hälso- och sjukvårdsförvaltningen är att bedriva, planera för och tillhandahålla en jämlik, säker, och tillgänglig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom Västmanlands län.

Inom förvaltningen bedrivs specialiserad somatisk och psykiatrisk vård inklusive rättspsykiatri och rehabilitering, samt tillhandahållande av hjälpmedel. Förvaltningen har ett uppdrag att remittera de patienter som har ett behov av högspecialiserad/riks- och regionvård som inte erbjuds i förvaltningens driftorganisation. Förvaltningen är också beställare och finansiär av primärvården i länet. Förvaltningen har även ett uppdrag inom utbildning och forskning. Detta sker i samarbete med Centrum för innovation, forskning och utbildning (CIFU).

Förvaltning

På förvaltningsnivå ansvarar förvaltningsdirektören genom områdescheferna för att säkerställa aktiviteter i förvaltningsplanen så att målen för patientsäkerhetsarbetet uppnås. Arbetet följs upp i delårs- respektive helårsbokslut.

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 avvikellesamordnare som utses av verksamhetschef för att hantera verksamhetens avvikelserapporter.

Medarbetare

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

Vårdval Primärvård

Vårdval primärvård är beställare av primärvård 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.

Intraprenad Primärvård – Närvården Västmanland

Den regiondrivna primärvården i Region Västmanland bedrivs sedan år 2020 i intraprenadform. Intraprenaden motsvarar en egen förvaltning som ägs av Region Västmanland genom ett ägardirektiv. Till skillnad från övriga förvaltningar har Intraprenaden en styrelse som utses av Regiondirektören. Intraprenaden rapporterar till Intraprenadstyrelsen, Regionkontoret och Regionstyrelsen. De 12 regiondrivna vårdcentralerna bildar Intraprenaden tillsammans med sina fyra filialer, en Asylhälsa och två mottagningar för hemlösa. 42% av länets invånare är listade på Intraprenadens vårdcentraler. Det ingår i vårdcentralens uppdrag att samverka med andra vårdnivåer och huvudmän för att samordna patientens vård och behandling. Varje vårdcentral har sitt eget patientsäkerhetsteam bestående av verksamhetschef, medicinsk ansvarig läkare samt synergisamordnare. Intraprenaden heter sedan december 2021 Närvården Västmanland.

Vårdgarantienheten

Vårdgarantienhetens uppdrag är att bistå verksamheterna med att uppfylla vårdgarantin. Enheten som arbetar på uppdrag av verksamheterna är behjälplig med att hitta alternativa vårdgivare samt att ha kontakt med aktuella patienter för att fråga om de kan/vill ha sin vård hos den alternativa vårdgivaren. Av de

patienter som erbjuds vård hos en annan vårdgivare är det drygt hälften som tackar ja. Under pandemin har Vårdgarantienheten periodvis behövt ställa om för att stödja smittspårningsarbetet gällande covid-19.

Centrala patientsäkerhetsteamet

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, samordnare samt verksamhetschef.

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. Enheten har under pandemin haft samordnande möte 1 ggr/vecka med MAS:ar (Medicinskt ansvariga sjuksköterskor inom kommunal vård och omsorg). ”Strama Västmanland” är en nätverksgrupp som har uppdrag 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

I gruppens uppdrag ingår att bevaka det epidemiologiska läget gällande VRI, förekomst av multiresistenta bakterier (MRB) och följsamhet till Basala Hygienrutiner och klädregler (BHK). VRI-MRB-gruppen hanterar, på övergripande nivå, VRI och förekomst/smittspridning av bland annat MRB och covid-19. Gruppen består av företrädare för sjukvården, för det Centrala patientsäkerhetsteamet samt Enheten för smittskydd och vårdhygien. Gruppen möts månatligen med Medicinsk stabschef i Hälso- och sjukvårdsförvaltningen som ordförande. Gruppen fattar även övergripande beslut kring mätningar av VRI och följsamhet till BHK.

Läkemedelskommittén

Läkemedelskommittén är ett expertorgan i övergripande läkemedelsfrågor med uppgift att verka för en behovsbaserad, medicinskt ändamålsenlig och kostnadseffektiv läkemedelsanvändning. Tre huvudsakliga grunduppdrag regleras i Lag om läkemedelskommittéer (SFS 1996:1157) – rekommendation, uppföljning och fortbildning. Läkemedelskommittén har en nära och god samverkan med Enheten för sjukvårdsfarmaci och regionens organisation för kunskapsstyrning. Nationell samverkan (med myndigheter, SKR, universitet och andra regioners läkemedelskommittéer) utgör en allt viktigare del av uppdraget, inte minst med tanke på det ökande inflödet av nya läkemedel som det är av stor vikt att använda på rätt sätt, evidensbaserat och jämlikt över landet. Pandemin har ytterligare stärkt det nationella samarbetet när det gäller beredskap, planering och jämlik vård.

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 slutenvården som öppenvård. Receptarier ansvarar för att bereda all cytostatika samt för att det alltid finns läkemedel att tillgå inom de olika verksamheterna.

Såväl den kliniska farmacin som läkemedelsförsörjningen kräver ett nära samarbete med läkemedelskommittén.

Vårdetikrådet

Vårdetikrådet har två uppdrag. Rådet ska bistå chefslinjen med vårdetikgrundade yttranden som kan utgöra beslutsunderlag eller styrdokument, när det finns rådrum i vårdetiskt komplicerade frågor. Rådet ska också verka för stärkt etisk reflektionsförmåga hos personalen. Vårdetikråd har tidigare funnits förvaltningsövergripande för sjukvårdsdelarna av regionen med representanter från olika verksamheter och från sjukhuskyrkan. Rådet har återinrättats i den nya organisationen inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen under 2021, efter ett nomineringsförfarande i hela organisationen. Vårdetikrådet har 10 ledamöter med skilda vårderfarenheter och professioner, i syfte att avspegla bredden på den vård och på de etiska problem som dagligen möter chefer och medarbetare i Region Västmanlands vårdverksamheter.

Organdonation

En del patienter som avlider på en intensivvårdsavdelning har möjlighet att donera organ efter döden. Donationsansvariga sköterskor (DAS) och donationsansvarig läkare (DAL) tillser att berörd personal har adekvat utbildning gällande donation och att man följer gällande lagar och föreskrifter. Målet är att möjliggöra för alla som vill, och kan, att få donera efter döden. Förutom att möjliggöra lyckade transplantationer, läggs ett stort fokus på god vård i livets slutskede och ett gott omhändertagande av anhöriga. Intensivvårdsavdelningen (IVA) i Västerås har under flera år haft ett högt antal donatorer per invånarantal, men under år 2021 har antalet donatorer varit färre än föregående år. Den granskning av avlidna på IVA som görs regelbundet har inte påvisat att man missat några möjliga donatorer, utan troligen beror nedgången mestadels på slumpen eftersom donation är en sällanhändelse. Förutom att säkerställa att ovanstående arbete fortgår finns det behov av att utbilda en ny DAS samt ytterligare en donationsspecialiserad intensivvårdsläkare framöver. DAL och verksamhetschef på operationskliniken har under året varit remissinstans till det nya förslaget på donationslag. När den nya lagen träder i kraft ska lokala rutiner och föreskrifter vid behov anpassas efter den. Bedömningen i nuläget är att det inte kommer att innebära några större förändringar för de rutiner som redan finns.

Försäkringsmedicin

Det försäkringsmedicinska arbetet i regionen innebär ett aktivt arbete med nätverkande utåt främst gentemot Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och SKR och inåt i ett samarbete med professioner som är inblandade i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Att beakta lagstiftning och att ansvara för utbildning i försäkringsmedicin för läkare och rehabiliteringskoordinatorer är en del av uppdraget.

Gaskommittén

Kommittén samlas fyra gånger per år och däremellan sker arbete inom respektive kompetensområde. Under 2020 har Gaskommittén fokuserat på kompetensutveckling kring medicinsk gas och gashantering, anpassningar till ökad oxygenanvändning utifrån covid-19, samarbete med projekt kring uppbyggnad av gasförsörjning på nya akutsjukhuset (NAV) samt revidering av riktlinjer och instruktioner med gasanknytning i Ledningssystemet.

Enheten för privata vårdgivare

Enheten för privata vårdgivare är beställare av exempelvis specialistsjukvård samt arbetar för att medborgarna ska få en god och säker vård. I avtalstexten med leverantören ingår krav som bland annat

innebär att leverantören ska ha ett system för kvalitetssäkring och bedriva ett aktivt kvalitetsutvecklingsarbete.

Tandvårdsenheten

Tandvårdsenheten arbetar för att tandvården ska vara av god kvalitet och målet är en god tandhälsa och tandvård, på lika villkor, inom offentlig och privat tandvård. Enheten är beställare av allmäntandvård till den avgiftsfria tandvården för barn och unga samt specialisttandvård till den avgiftsfria tandregleringen enligt LOV (lagen om valfrihet). Enheten upphandlar uppsökande tandvård och psykoterapi vid extrem tandvårdsrädsla enligt LOU (lagen om offentlig upphandling). Tandvårdsenheten ansvarar för Regionens särskilda tandvårdsstöd till personer med långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning, till personer som omfattas av nödvändig tandvård och uppsökande verksamhet samt tandvård som led i kortvarig sjukdomsbehandling.

Centrum för innovation, forskning och utbildning (CIFU)

CIFU är en del av regionens organisation med syfte att samla kompetens inom några närbesläktade nyckelområden. CIFU stödjer regionens medarbetare i arbetet med att exempelvis skapa nya behandlingsmetoder och arbetsprocesser för en säkrare och mer effektiv hälso- och sjukvård.

Utbildningsenheten

Under CIFU finns Utbildningsenheten med tillhörande Kliniskt träningscentrum (KTC) organiserad. KTC erbjuder regionen regelbundna utbildningar kopplade till patientsäkerhet samt även riktade utbildningar som har till syfte att bidra till att regionens medarbetare har en gemensam obligatorisk kompetens inom till exempel medicinsk gas, förflyttningskunskap samt hjärt- och lungräddning.

Patientnämnden

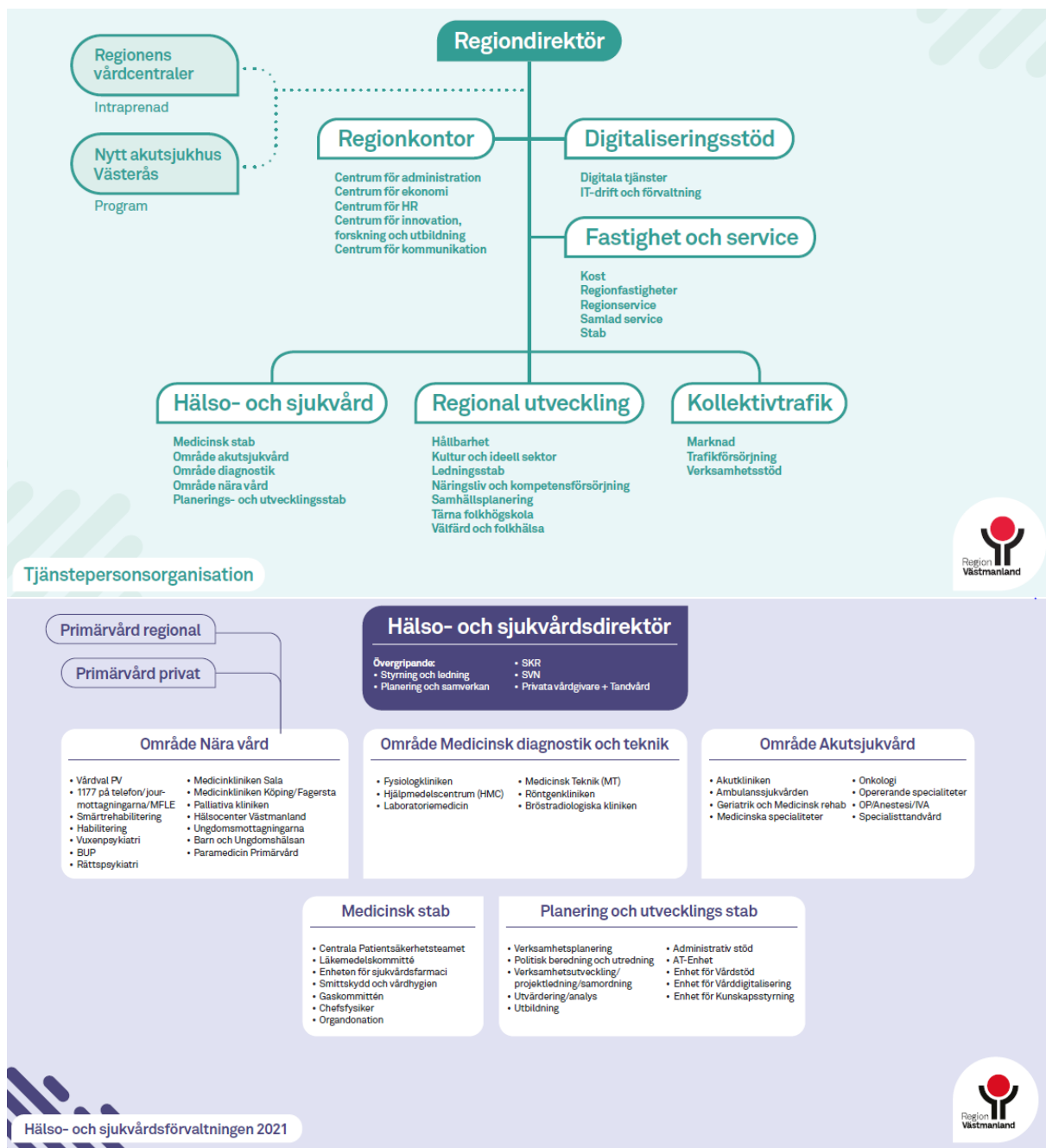
Den politiska nämnden tar del av klagomålshanteringen och väljer ut de områden som bör belysas mer i form av rapporter. Patientnämndens kansli sammanställer rapporterna och föredrar dem för den politiska nämnden. När dessa rapporter föredras bjuds vårdföreträdare för aktuellt område in till dialog. I 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 samtliga patientärenden som hanterats av kansliet.

Riskrådet

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

Kompetenscentrum för hälsa

Kompetenscentrum för hälsa samordnar bland annat Region Västmanlands suicidpreventionsarbete.



Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Det försäkringsmedicinska arbetet i regionen innebär ett aktivt arbete med nätverkande utåt främst gentemot Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och SKR och inåt i ett samarbete med professioner involverade i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Att beakta lagstiftning och ansvara för utbildning i försäkringsmedicin för läkare och rehabiliteringskoordinatorer är en del av uppdraget.

Samverkan vid utskrivning

Samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård är en viktig förutsättning för en säker och sömlös vård genom hela vårdkedjan. Den länsövergripande överenskommelsen mellan kommunerna och

regionen gällande samverkan vid utskrivning från slutenvård och sjukvård har som syfte att skapa trygg och säker övergång till öppenvård/primärvård för den enskilde. Målet är att patienterna ska kunna lämna slutenvården samma dag som utskrivningsklar på ett tryggt och säkert sätt. Tre olika läns-gemensamma riktlinjer beskriver samverkan vid utskrivning från slutenvård och sjukvård, gällande personer som:

- Skrivs ut från somatisk och psykiatrisk vård,
- Vårdats enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT), samt
- Rätt psykiatrisk vård (LRV). Regionens praktiska anvisningar har under året uppdaterats utifrån att de läns-gemensamma samverkansdokumenten har reviderats. Även de läns-gemensamma rutiner som beskriver processen för samordnad individuell planering (SIP) och läns-gemensamma riktlinjer för SIP som beskriver bland annat ansvarsfördelning har reviderats. Utvärdering av läns-gemensamma riktlinjer gällande personer som vårdas enligt LRV kommer att göras under januari 2022 och utifrån vad som framkommer där ska arbetet med denna målgrupp förstärkas ytterligare när det gäller samverkan vid utskrivning.

Chefsforum

Chefsforum är ett samverkansforum för kommunernas socialchefer och regionens hälso- och sjukvårdschefer i vilket det behandlas övergripande frågor som rör samverkan vid utskrivning från slutenvård och sjukvård.

Processråd SIP

Processråd SIP är ett forum för medarbetare i länets kommuner och regionen som har fokus på utskrivningsprocessen från slutenvård och SIP. Gruppen lyfter frågor som är aktuella inom området och förbättringsområden för att utveckla samverkan vid utskrivning samt frågor som gäller det gemensamma IT-verktyget Cosmic Link. I planeringen inför 2022 ingår att hitta en struktur för frekventa avvikelser och arbeta för att förbättra utskrivningsprocessen ytterligare. I DUVA (Datalager för uppföljning och verksamhetsanalys) finns indikatorer gällande utskrivningsprocessen. Dessa indikatorer kan följas dels länsvis, dels kommunvis och sprids till Chefsforum och Processråd SIP. Indikatorer som följs är:

- Andel avslutade vårdtillfällen i Cosmic Link,
- Andel patienter som skrivs ut samma dag som de är utskrivningsklara,
- Andel som är kvar mera än tre dagar från utskrivningsklar,
- Andel återinläggningar inom 7 respektive 30 dagar,
- Antal godkända SIP, samt
- Snitt mellan antal dagar utskrivningsklar och utskrivning. Under 2022 kommer arbetet med utskrivningsprocessen att fokusera på analys och arbete för att minska andelen återinskrivna.

Nätverk Vårdsamordnare

Under året har genomförts två digitala nätverksträffar för vårdsamordnare inom primärvården. På grund av utökat uppdrag med Covid-19 vaccinationer, som har varit mycket resurskrävande för primärvården, har det inte funnits tid för flera träffar. Syftet med träffarna är möjlighet till dialog, diskussion och erfarenhetsbyte samt fördjupning i något aktuellt tema, med inbjudna gäster, för att utveckla verksamheten och eller sin yrkesroll. Årets huvudtema på träffarna har varit SIP med anledning av uppdateringen av läns-gemensamma rutiner och riktlinjer. Informationstillfälle hölls under hösten i Vårdvalsrådet (vilket består av verksamhetschefer från privata och offentliga vårdcentraler) gällande vårdsamordning och SIP, med speciell fokus på hur viktigt det är att säkerställa samverkan kring patienter för undvikbara sjukhusvistelser.

Nätverk SÄBO (särskilt boende)

Ett länsövergripande SÄBO-läkarnätverk har startats i regi av Vårdval primärvård. Syftet med nätverket är att vara ett forum för kompetensutveckling för SÄBO-läkare, att stärka samarbetet med SÄBO-sjuksköterskor samt medicinskt ansvariga sjuksköterskor samt diskutera svåra etiska frågeställningar.

Nätverk - Hälso-och sjukvårdsenheten - Västerås stad (HSE) och primärvård

Under året har digitala möten arrangerats mellan HSE och primärvårdens verksamhetschefer i syfte att förmedla och diskutera aktuella problem- och utvecklingsområden.

Nätverk - Utskrivningssamordnare

Årligen genomförs möten med sjukhusens utskrivningssamordnare i syfte att förmedla information och diskutera aktuella frågor. Under november och december 2021 genomfördes studiebesök vid samtliga avdelningar för att få en nulägesbild över hur de olika avdelningarna i Västerås, Fagersta, Köping och Sala organiserat uppdraget. Resultatet visar att arbetssätten och tillgången till utskrivningssamordnare varierar inom Regionen. Värdefull information har inhämtats om problemområden att arbeta vidare med under 2022.

Nätverk - HSE och Utskrivningssamordnare

Under året har arrangerats digitala möten mellan HSE och utskrivningssamordnare i syfte att förmedla information och diskutera aktuella problem- och utvecklingsområden.

Vuxenpsykiatri

Det finns sedan länge en intern arbetsgrupp som har regelbundna möten och där samtliga enheter inom såväl slutenvård som öppenvård är representerade. Återkommande samverkansmöten med representanter från samarbetspartners inom Västerås stad finns också upprättade. Syftet med grupperna är att uppnå samverkan och samsyn kring utskrivningsprocessen samt SIP processen.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Region Västmanland har ett övergripande ledningssystem för informationssäkerhet som utgår ifrån SS-ISO/IEC 27000-serien. Inom regionens säkerhetsorganisation finns ett informationssäkerhetsråd där verksamhetsrepresentanter deltar. Deltagande ger möjligheter att höja kompetensen genom föreläsningar, gemensamma övningar, analyser och bedömningar. Verksamhetsrepresentanterna ska i sin tur utifrån den förhöjda kompetensen ge stöd till sina respektive verksamheter. Inom regionen finns en obligatorisk e-utbildning *Informationssäkerhet för medarbetare* som syftar till att ge samtliga anställda inom region Västmanland grundläggande kunskap inom området. Fokus för 2021 inom informationssäkerhetsarbetet har varit att utföra GAP-analyser om efterlevnaden av dataskyddslagen (GDPR) och lagen om samhällsviktiga nätverk och informationssystem (NIS-direktivet) samt att utreda tredjelandsoverföringsproblematik. Fokusområdena innebär att ta fram arbetsmetoder och stödmaterial för verksamheternas implementering av informationssäkerhetsåtgärder som krävs för lagefterlevnad och kvalitetssäkring av regionens informationshantering. Under 2021 har Region Västmanland genomgått 2 externa revisioner och 1 tillsyn. En av revisionerna utfärdades av Inera AB om regionens SITHS-hantering och den andra utfärdades av Internetsiftelsen som på uppdrag av E-hälsomyndigheten genomförde en revision utifrån tillitsramverket för Sambi - åtkomst till digitala vårdtjänster. Regionen har kunnat redogöra för ett godkänt resultat i båda revisionerna. Tillsynen utfärdades av Inspektionen av vård och omsorg med tillsynsobjekt Region Västmanlands efterlevnad av NIS-direktivet. Tillsynen genomfördes under sen höst och tillsynsbeslutet har än inte tilldelats. Uppföljningsarbetet för informationssäkerhet har nedprioriterats p.g.a. de nya behov som uppstått utifrån omvärlden och p.g.a. de resurser som krävts i samband med de externa revisionerna och tillsyn.

Strålskydd

SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §

För medicinska och odontologiska strålningsstillämpningar utgår patientstrålskyddet från två grundprinciper:

- Varje medicinsk exponering ska vara berättigad, vilket innebär att den resulterande diagnostiska informationen eller det terapeutiska resultatet medför större nytta för patienten än den risk för skada som exponeringen förorsakar.
- Varje exponering ska vara optimerad, vilket innebär att önskad diagnostisk information eller terapeutisk effekt erhålls med så låg stråldos som möjligt och rimligt till frisk vävnad. Optimeringen omfattar val av utrustning, säkerställande av diagnostisk information och behandlingsresultat, praktiskt genomförande, kvalitetssäkring och utvärdering.

Systematiskt strålskyddsarbete

Löpande riskhantering sker enligt regionens interna rutiner. Inom medicinsk röntgendiagnostik och nuklearmedicin sker berättigandebedömning samt systematisk metodöversyn och metodoptimering enligt väletablerade rutiner. Stråldosreducerande metoder används i förekommande fall för yngre och gravida patienter. Strålskyddsutbildning genomförs löpande för nyanställda i verksamhet med medicinska exponeringar. Av Strålsäkerhetsmyndigheten föreskriven rapportering av metoder och stråldoser för medicinska exponeringar genomförs löpande för nya och ändrade metoder.

Särskilda strålskyddsinsatser

Upphandling av utrustning för medicinska exponeringar som, genom att möjliggöra införande av nya metoder och en generell kvalitetshöjning, stärker patientstrålskyddet och bidrar till jämlik vård för regionens befolkning. Ökad systematik i översyn och optimering av strålbehandlingsmetoder med de diagnostiska verksamheterna som förlaga. Upprättande av verksamhetsspecifika strålskyddsgrupper med syfte att bedriva ett mer produktivt strålskyddsarbete. Interna utbildningsinsatser för ledningsgrupper på områdes- och kliniknivåer i syfte att stärka medvetenheten om skyldigheter och tillgängliga interna stöd- och expertfunktioner inom strålskyddsområdet. Fortsatt delaktighet i nationellt upphandlingsprojekt avseende elektroniskt beslutsstöd för remittering till bildiagnostik.

Resultat av genomfört strålskyddsarbete

Patientstrålskyddet inom regionen bedöms vara i stort sett oförändrat i jämförelse med föregående år. Initierade strålskyddsinsatser under året förväntas bära frukt först under kommande år.

En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för säker vård är god säkerhetskultur. Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet.

En god säkerhetskultur innebär att alla medarbetare inom hälso- och sjukvården är medvetna om och vaksamma på de risker som kan uppstå. Det innebär också att organisationskulturen skapar en öppen dialog om vilka risker, tillstånd och omständigheter som påverkar patientsäkerheten. En god säkerhetskultur innebär att erfarenheter- både från medarbetare, patienter och närstående tas tillvara och används som underlag för lärande, utveckling och förbättringar, vilket kan minska risken för att negativa händelser och tillbud återkommer och vårdskador uppstår. Stödande insatser för en god säkerhetskultur beskrivs vidare under kapitel *Säker vård här och nu* på sid. 31.



Adekvat kunskap och kompetens

En grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete.



CIFU Utbildningsenheten med tillhörande Kliniskt träningscentrum (KTC)

Inom Centrum för Innovation Forskning och Utbildning (CIFU), finns verksamheten Utbildningsenheten med tillhörande Kliniskt träningscentrum (KTC) organiserad. KTC erbjuder regionen regelbundna utbildningar inom patientsäkerhetsområdet, samt även riktade utbildningar som har till syfte att bidra till att regionens medarbetare har en gemensam obligatorisk kompetens inom till exempel medicinsk gas, förflyttningskunskap samt hjärt- och lungräddning. Den minsta gemensamma kompetensen kan beröra fler olika ämnesområden som har att göra med färdigheter som medarbetare behöver ha i mötet med patienten. Med anledning av detta har lärandemetoden självstyrt lärande provats i liten skala. Syftet med den nya formen är att förenkla och öka tillgängligheten av färdighetsträning på den egna arbetsplatsen samt stärka medarbetaren inför möte med patient där vårdmoment ska utföras. I arbetet med att säkra minsta gemensam kompetens ingår digitala hjälpmedel så som tex Kompetenskort och Kunskapskoll. Under den pågående Covid-19 pandemin har Utbildningsenheten ställt om flertalet utbildningar och bidragit till att information och arbetssätt med anledning av Covid- 19 finns tillgängliga som Onlineutbildningar. Exempelvis har introduktionsåret för sjuksköterskor delvis genomförts online. I samband med pandemin har Utbildningsenheten anpassat och tillskapat färdighetsträning både vid Utbildningsenheten och i klinisk verksamhet på vårdavdelning. Fler exempel på utbildningar som skapats online är "Gröna Korset"; verktyget som kan användas för att systematiskt utvärdera patientsäkerheten dagligen på vårdenheter. Samt att "Fördjupningsutbildningen i allmän omvårdnad" för undersköterskor (USK) delvis har genomförts online. Under året har 13 stycken USK examinerats och kommer sprida sin nya kunskap på sin enhet för att stärka patientsäkerheten. Kompetensutveckling för internutbildare har erbjudits i form av utbildning i presentationsteknik, nätverksträffar fysiskt och digitalt och en samarbetsyta för internutbildare samt fördjupningsutbildning för internutbildare har arrangerats inom ämnesområdet förflyttningskunskap. Flertalet instruktörsutbildningar har genomförts under året till exempel inom förflyttningskunskap och hjärtlungräddning. Utbildning för regionens internutbildare i praktisk gashantering i verksamhet har genomförts. I syfte att stödja internutbildare som arbetar med central gas har en uppföljande utbildning startats under året. Internutbildare som utbildats i praktisk gashantering har under våren följts upp med en enkät via Kompetensplatsen och resultaten har presenterats för gaskommittén. Slutsatser av enkäten är att deltagarna är nöjda med utbildningen via Utbildningsenheten men att förutsättningar saknas ute i verksamheterna främst vad gäller utrustning, samt att pandemin har påverkat internutbildarnas möjlighet till att utbilda kollegorna sjukhuset. Via nätverket Förstärkt kompetens, vars syfte är att erbjuda gemensamma utbildningssatsningar för region och kommun i samverkan har utbildning i preventivt förhållningssätt "Att arbeta förebyggande" genomförts. Utbildare från kommun, slutenvård, primärvård samt folktandvård bidrog med sina kunskaper. Målgruppen är vårdbiträden och undersköterskor från både slutenvård, kommunal- och privat verksamhet. Samarbete har inletts med kommunens instruktörer inom förflyttningskunskap genom bland annat gemensam medverkan i utbildning för undersköterskor i preventivt arbetssätt inom nätverket Förstärkt kompetens. Samarbete har även inletts med förflyttningsinstruktörer på MDH för att kvalitetssäkra utbildning inför examinationsuppgift i förflyttningskunskap för blivande sjuksköterskor.

Utbildningsenheten med tillhörande KTC bidrar till den kunskapsstyrda organisationen genom att medverka i forskning samt verka för att nationella- och lokala riktlinjer efterlevs i de utbildningar som genomförs via Utbildningsenheten. Samverkan sker med regionens internutbildare, uppdragsgivare och andra samverkanspartners.

Patienten som medskapare

PSL 2010:659 3 kap. 4 §

En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.



Patientnämnden

Patientnämndens huvudsakliga uppgift är att ta emot patienter och anhörigas klagomål och synpunkter på hälso- och sjukvården och se till att dessa besvaras av vårdgivaren. Patientnämnden ska vara en länk mellan patienten och sjukvården med syfte att bidra till att patienter och vårdgivare förstår varandra bättre. Detta görs genom att beskriva, reda ut och förklara. Patientnämnden verkar opartiskt och fristående i förhållande till vårdgivaren. Den politiska nämnden tar del av klagomålshanteringen via ärendesammanställningar, exempelärenden samt via övergripande och riktad statistik. Utifrån dessa underlag väljer ut de områden som bör belysas extra i form av riktade rapporter. Patientnämndens kansli sammanställer rapporterna och föredrar dem för den politiska nämnden och för sjukvårdsledning eller annan berörd vårdföreträdare. Syftet är att belysa patienternas synpunkter och utifrån dessa skapa dialog mellan politiker och tjänstemän. I detta forum får nämnden möjlighet att följa upp mönster eller händelser som pekar mot kvalitetsbrister relaterat till patientsäkerheten och som kan utgöra hinder för en säker och patientcentrerad vård. Under 2021 har patientnämnden i Region Västmanland skapat och återfört två riktade rapporter utifrån områdena bemötande och tandvård samt en genomgripande analys över samtliga inkomna klagomål med fokus på barnärenden och covid-19.

Patientkontrakt – fokus personcentrering

Omställningen till Nära vård i Västmanland sker i programform och där patientkontraktets delar konkretiserar det personcentrerade förhållningsättet. Fokus läggs på redan pågående processer som syftar till ökad personcentrering. Det som patientkontraktet konkretiserar är inget nytt men beskriver delar där vården brister och behöver säkerställas. Personcentrerat förhållningssätt är ett etiskt förhållningssätt som innebär att se den enskilda personen, att involvera och anpassa efter individens behov och förutsättningar. På detta sätt kan vården bli mer jämlik, patientsäker och kostnadseffektiv. Nära vård-omställningen rör alla kommuninvånare men kanske framförallt de individer som är i behov av insatser från flera verksamheter eller från flera huvudmän. Ökad personcentrering är viktigt för samtliga patientgrupper. I första hand ska samordning av vårdinsatserna erbjudas patienter med: • omfattande och komplexa vårdbehov, • längre vård- och behandlingsinsatser, eller • andra skäl att tydliggöra planering. Syftet är att utifrån patientens behov säkerställa att delaktighet, samordning, tillgänglighet och samverkan uppnås. Det handlar om att göra det lätt för patienten att få rätt vård på rätt sätt. Patientkontraktet visar vad som ska ske i vårdkontaktarna, när det ska ske och vem patienten ska vända sig till. Det ska vara tydligt både vad patienten och vården ska göra. I Västmanland sker samarbete med många aktörer för att samordna det som redan idag görs i olika delar, men inte tillsammans och utifrån ett patientfokuserat och delaktighetsperspektiv. Projektet planeras starta i januari 2022.

Nationell patientenkät

Under 2021 har närmare 10 000 Västmanlänningar svarat på en nationell patientenkät och därmed delat med sig av sin upplevelse av vården. Enkäter har sänts ut till mer än dubbelt så många. Nationella mätningar gjordes under våren inom specialiserad sjukhusvård, öppen- och slutenvård, och under hösten inom primärvården. Västmanland valde även att fortsätta den kontinuerliga mätningen inom området standardiserade vårdförlopp inom cancer. Resultaten i nationell patientenkät delas in i sju dimensioner: helhetsintryck, respekt och bemötande, delaktighet och involvering, information och kunskap, kontinuitet och koordinering, emotionellt stöd samt tillgänglighet. För Västmanland är det samlade resultatet i nivå med rikets resultat.

Exempel på verksamheternas beskrivning av hur de arbetar med patienten som medskapare

- 1177 arbetar personcentrerat, exempelvis i samtalsprocessen i telefonrådgivningen genom att upprätta överenskommelser med patienten där även den vårdsökandes egna ansvar tydliggörs. Genom detta görs den vårdsökande till en barriär, t.ex. om provsvar/kallelser uteblir. ”*om du inte fått något svar inom tre veckor, ska du ringa.....*”
- När centrala händelseanalyser genomförs, tar analysledare som regel kontakt med patient och närstående för att få deras bild av händelsen som en viktig del av utredningen. Detta görs även vid verksamheternas vårdskadeutredningar genom intervjuer av patienter och närstående och inhämtande av synpunkter i klagomålsärenden genom patientnämnd samt i direkt kontakt med patienter och närstående.
- Brukarsamråd sker både inom vuxenpsykiatri och rättspsykiatri. I de psykiatriska verksamheterna är man särskilt aktiv med brukarrevisioner, brukarsamverkan och lokala brukarråd, samt att man aktivt arbetar för att stärka delaktigheten i det dagliga vårdplaneringsarbetet.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2 §, 7 §, 8 §, 7 kap. 2 § p 2, PSL 2010:659, 3 kap. 10 §

Öka kunskap om inträffade vårdskador

SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §

Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.

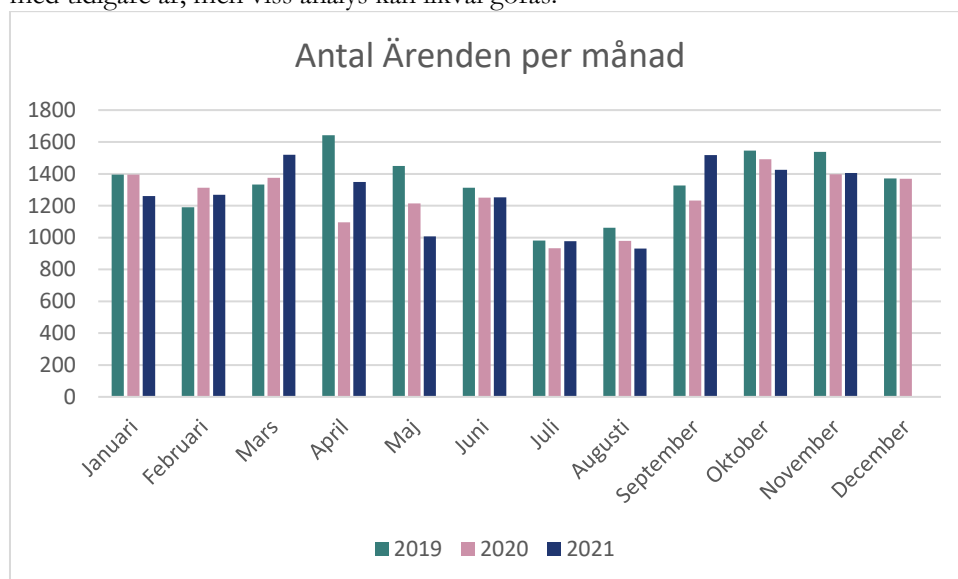


Åtgärder beskrivna i Regional handlingsplan för ökad patientsäkerhet 2021–2024:

- Samtliga verksamheter följer upp och utreder händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada, identifierar bakomliggande orsaker samt vidtar åtgärder. Verksamhetschef med hjälp av de lokala patientsäkerhetsteamens ansvarar för att utföra detta. Verksamheterna identifierar risker och vårdskador genom olika mätmetoder, exempelvis PPM, DUVA, Synergi, Lex Maria, MJG eller annan journalgranskning samt använder resultaten i verksamhetsutvecklingen.
- Verksamheterna efterfrågar och använder patienters och närståendes klagomål och synpunkter.
- Regionen erbjuder stöd till involverade i händelser som har medfört eller kunnat medföra vårdskada.

Regionens avvikelshantering

Syftet med Regionens avvikelshanteringssystem är att främja användandet av en kvalitativ metodik vid utredning av enskilda händelser och risker, samt att säkerställa att regionens förbättringsarbete är systematiskt och att analys kan ske på alla nivåer i organisationen. Tidigare har brister uppmärksammats gällande kategorisering av ärenden vilket har medfört att alla ärenden inte har utretts i nödvändig utsträckning samt att analyser har riskerat att bli missvisande. Under 2021 har därför en uppgradering av systemet skett där även ny struktur har sätts. Eftersom uppgraderingen och den nya strukturen för kategorisering skedde först i mitten av året är det svårt att utvärdera statistiken för 2021 samt att jämföra med tidigare år, men viss analys kan likväl göras.

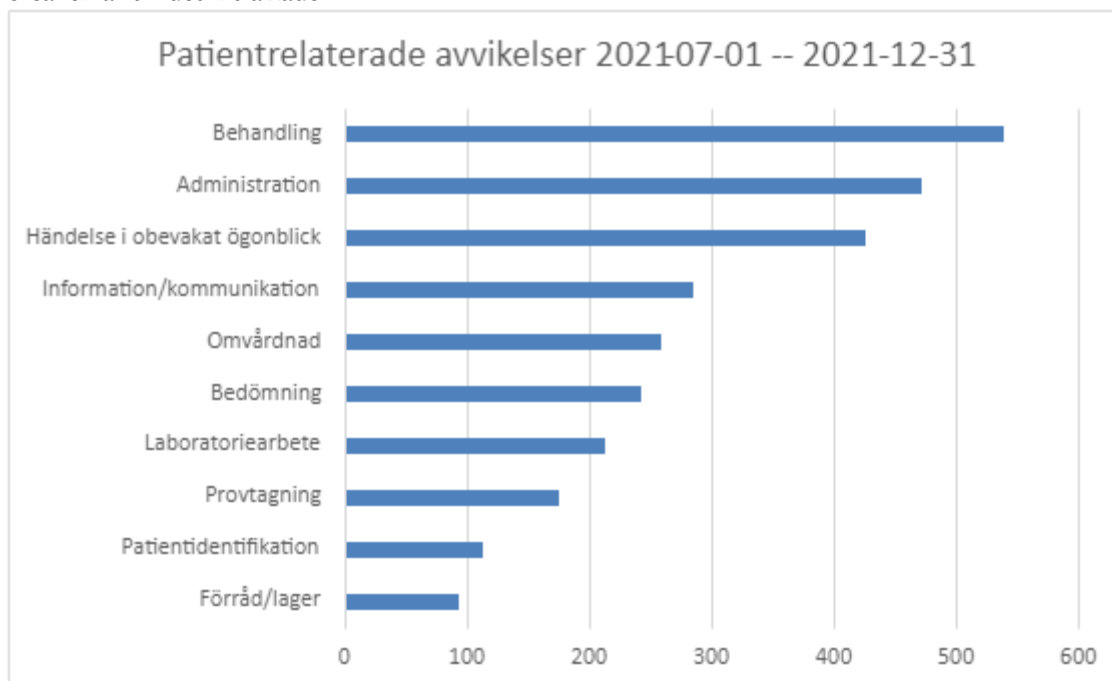


Antal ärenden i systemet är för 2021 något fler än föregående år, men färre än 2019, vilket innebär att uppgraderingen i stort inte medfört en minskad benägenhet att rapportera händelser och risker.

Uppgraderingen av systemet genomfördes i början av maj. Under denna månad registrerades färre ärenden i systemet jämfört med tidigare år men det är dock en skillnad som håller sig inom normalvariationen under året.



Efter uppgraderingen finns fler valbara kategorier samt möjlighet att ange om ett ärende berör flera kategorier. Detta säkerställer att alla perspektiv får utrymme i utredning och analys. Det är även möjligt att ta fram data på dessa områden var för sig och att analysera övriga kategoriseringar som görs i varje ärende. Exempel på andra kategoriseringar som görs i ett ärende är i vilket arbetsmoment något har hänt och vad orsaken är till det inträffade.



Diagrammet ovan beskriver de 10 vanligast förekommande patientrelaterade avvikelserna under andra halvåret 2021. Avvikelser relaterade till behandling samt administrativa uppgifter är vanligast förekommande. Kategorin händelser i oöversiktligt ögonblick kan exempelvis röra sig om patient som faller i vårdmiljö utan vårdpersonal som närvarar.

Händelseanalyser

Händelseanalyser görs som del i vårdskadeutredningar vid mer komplexa allvarliga händelser som ofta berör flera verksamheter. Dessa analyser genomförs av analysledare från Centrala patientsäkerhetsteamet, utförs med hjälp av Nitha (Nationellt IT stöd för Händelseanalys) och bygger på SKR:s metod för händelseanalys. Åtta händelseanalyser som berört Region Västmanlands Hälso- och sjukvårdsförvaltning (akutsjukvård, nära vård och diagnostik) har avslutats under året. Fördelningen framgår av nedanstående tabell.

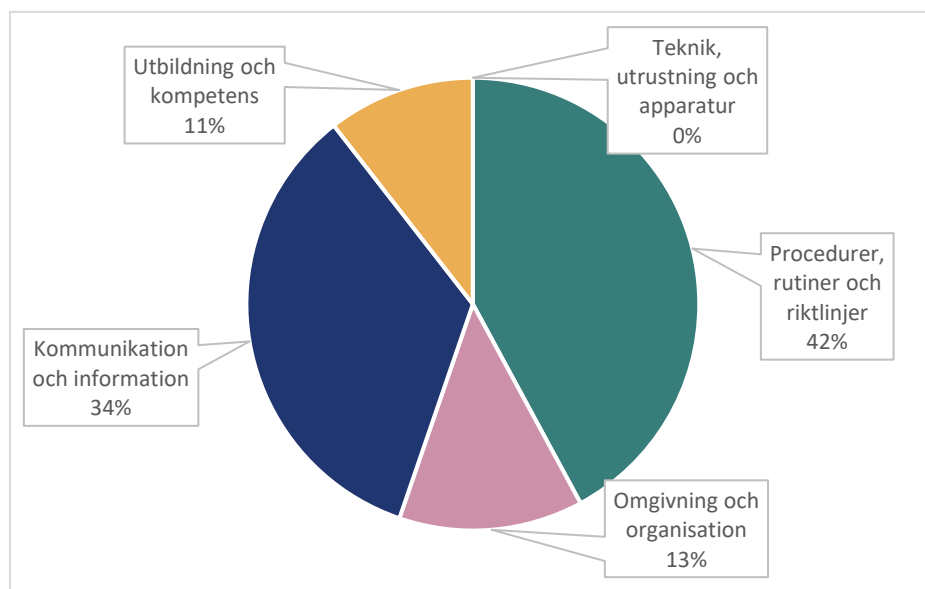
Startade Händelseanalyser	Avslutade Händelseanalyser (två påbörjade 2020)	Hälso- och sjukvårdsförvaltningen		
		Akutsjukvård	Nära vård	Medicinsk diagnostik och teknik
6	8	6 av 8 avslutade	5 av 8 avslutade	2 av 8 avslutade

Den under 2021 fortsatta pandemin har av flera skäl inneburit att färre analyser har gjorts. Detta återspeglas i siffrorna ovan.

Vårdskadeberäkningar har gjorts i två av de händelseanalyser som slutfördes under 2021. Den ena händelsen innebar merkostnad på ca 700 000 kr, den andra på ca 1,3 Mkr.

Händelser: Händelseanalyserna som avslutats under 2021 har handlat om bland annat diagnostiska fel (utebliven eller fördröjd diagnos), bristande läkemedelshantering, bristande samordning mellan enheter och verksamheter samt bristande följsamhet till rutiner.

Bakomliggande orsaker till felhändelser i de avslutade analyserna fördelas i orsaksområden enligt figuren nedan.



Exempel på bakomliggande orsaker är bristande information vid avdelningsbyte, otillräcklig kunskap/dokumentation/kommunikation gällande till exempel status, läkemedelsbehandling och med närstående. Ytterligare exempel handlar om bristande kunskap gällande vissa föreskrifter, rutiner och instruktioner.

Exempel på åtgärder som föreslagits utifrån analyserna 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 processen gällande läkemedelshantering, främja patient/anhörigmedverkan samt vårdplanering. Öka kunskapen om vissa läkemedel, föreskrifter och rutiner.

Lex Maria: sex av de åtta händelseanalyser som avslutades under 2021 anmäldes eller kommer att anmälas enligt lex Maria.

Bilaga I: Sammanställning av händelseanalyser, startade, avslutade under 2021,

Bilaga II Sammanställning av bakomliggande orsaker (antal/område) i händelseanalyser som avslutats under 2021

Lex Maria

Uppföljning av föregående års lex Maria anmälningar

Region Västmanland har som vårdgivare ansvar för att utreda och vidta åtgärder när en patient drabbats av vårdskada eller har utsatts för risk för vårdskada. Dessa händelser ska, om de bedöms vara allvarliga, också enligt HSLF-FS 2017:40 och HSLF-FS 2017:41 samt Patientsäkerhetslagen 2010:659 anmälas enligt lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Vid utredning av allvarliga händelser eller risk för allvarliga händelser är syftet bl.a. att det ska leda till adekvata åtgärder som förbättrar patientsäkerheten och därmed minskar risken för vårdskada. Uppföljning av föregående års lex Maria-ärenden är en del av region Västmanlands systematiska patientsäkerhetsarbete. Den är även en naturlig del av fokusområdena "Öka kunskap om inträffade vårdskador" samt "Stärka analys, lärande och utveckling" i den regionala

handlingsplanen för ökad patientsäkerhet 2021–2024. Följande uppföljning omfattar de lex Mariaärenden som anmälts till IVO under år 2020.

Under 2020 gjordes 21 lex Maria-anmälningar. Anmälningarna fördelas inom områdena *akutsjukvård, nära vård* och *Medicinsk diagnostik och teknik*. Några anmälningar berör flera verksamheter. En anmälan har utgått ur sammanställningen på grund av att ärendet inte var avslutat hos IVO när uppföljningen genomfördes och en anmälning har utgått pga. uteblivet svar. Uppföljningen syftar till att på regionövergripande nivå följa upp de åtgärder som verksamheterna angett skall genomföras utifrån den händelse som anmälan avser samt att värdera effekten av vidtagna åtgärder. Utifrån SKR:s handbok Utredning av allvarliga vårdskador | Hälso- och sjukvård | SKL. (skr.se) utformades ett frågeformulär som skickades till berörda verksamheter. Uppföljda åtgärder klassificeras som *mycket effektiva* (9%), *effektiva* (18 %) samt *begränsat effektiva* (58 %).

Nedan: Antal åtgärder som vidtagits och inte vidtagits utifrån vad verksamheterna angett.

Ja	Nej
67	1

Nedan: åtgärder indelade efter verkningsgrad

Mycket effektiva åtgärder	Antal	Effektiva åtgärder	Antal	Begränsat effektiva åtgärder	Antal
Massivt engagemang och fokus på patientsäkerhetskultur och patientsäkerhetsarbete från ledningens sida	1	Förbättrad kommunikation/dokumentation Förändrat arbetssätt	10	Dubbelkontroller	5
Ändringar i enhetens fysiska utformning		Mindre arbetsbelastning	3	Visuella eller andra varningssignaler	
Användartestning av ny utrustning/produkt före inköp		Användarvänliga IT-stöd	3	Nya riktlinjer, protokoll och policyer	15
Tekniska barriärer som omöjliggör felanvändning		Minskning/Eliminering av störningar		Undervisning/utbildning/information på möte t.ex. APT	28
Standardisering av utrustning/produkter/processer och rutiner		Minnesstöd t.ex. checklistor och lathundar	2	Fler studier/analyser	
Exempel: - Kliniken kommer att standardisera remissvar, en viktig del i det dagliga arbetet och en ständigt pågående diskussion på arbetsplatsen		Minskning eliminering av produkter eller preparat med liknande namn/utseende Praktisk övning/handledning Motläsning av muntliga ordinationer	Exempel: - Kompetenskort/digitala föreläsningar - Instruktioner/ökat uppdrag för LPT sjuksköterskor - Cosmic mall för dokumentation - Förändrade tidböcker - checklista för in/utskrivning i fickformat	Exempel: - Ta upp på APT - Nytt dokument - Egenkontroll - Diskuterat vikten att påtala relevanta bifynd såväl vid granskning som vid rond	

Slutsatser från uppföljning av 2020 års lex Mariaanmälningar:

- De åtgärder som angetts har genomförts till 99%
- De är till största delen begränsat effektiva. Endast en åtgärd har bedömts som mycket effektiv
- Uppföljning av åtgärder har sällan skett strukturerat
- Flertalet verksamheter anser att patientsäkerheten har förbättrats utifrån genomföra åtgärder trots att ingen uppföljning har skett
- I flera ärenden anges att händelsen eller åtgärdsförslaget har tagits upp på arbetsplatsträff eller annat forum vilket bedöms vara en begränsat effektiv åtgärd
- Det är mycket varierande omfattning på verksamheternas svar. Ibland har verksamheter enbart svarat ja på frågor utan att ha kommenterat uppföljning och resultat vilket påverkar resultatet av sammanställningen
- Komplettering har begärts av IVO i ca hälften av anmälningarna. Orsak till begäran om komplettering kan till exempel vara att åtgärder är otillräckligt beskrivna eller att tidplan och uppgift om åtgärdsansvarig saknas

Exempel på förbättringsområden:

- Utifrån IVO's begäran om kompletteringar behöver kunskapen i verksamheterna om krav på vårdskadeutredningar och orsaksanalyser öka
- Mer fokus behövs på att utreda bakomliggande orsaker för att åtgärderna ska bli mer effektiva
- Konkretisering av åtgärder behövs för att möjliggöra utvärdering
- Åtgärder behöver följas upp strukturerat för att effekten av genomförda åtgärder skall kunna värderas
- Säkerställa god diariehantering och dokumentation i avvikelssystemet för att enklare kunna följa och utvärdera ärenden

Lex Maria-anmälningar under året

Under 2021 har 24 lex Maria-anmälningar gjorts, varav 15 utifrån inträffad allvarlig vårdskada och 9 utifrån risk för allvarlig vårdskada. Antalet lex Mariaanmälningar har ökat under 2021 jämfört med 2020. Inom de somatiska sjukhusspecialiteterna har 13 lex Maria-anmälningar gjorts. Fyra av dessa berör fel i behandling med läkemedel. Ärenden beskriver missad insättning/ återinsättning, uppföljning och fel i användning av läkemedel. Tre ärenden omfattar fördröjd cancerdiagnos. Ett fall beskriver bristande utredning vid icke malign sjukdom med fördröjd diagnos som följd. Två fall beskriver brister i fallriskbedömning i det förebyggande arbete mot fallskador, ett fall med bristfällig uppföljning under graviditet och två fall med olycka inom sjukvården till följd av bristande rutiner.

Inom område primärvård, Intraprenad Primärvård/Närvården Västmanland, har 5 lex mariaanmälningar gjorts. Tre av fallen berör bristande utredning vid icke malign sjukdom med fördröjd diagnos som följd, ett fall av fördröjd cancerdiagnos och ett ärende där riktlinjer för läkemedel inte har följts.

Inom de psykiatriska specialiteterna har 6 lex Maria-anmälningar gjorts. Fyra av dessa berör suicid, där det i två av fallen noteras att det handlar om situationer där man vid utredning hittat brister i den givna vården men där sambandet mellan bristen och det inträffade varit svagt. I ett fall bedöms det säkerställt att en allvarlig vårdskada inträffat (starkt samband mellan inträffat suicid och brist i den givna vården). Ett av fallen berör den psykiatriska tvångsvården där man missade att helt avsluta en fastspänning, och eftersom patienten somnat uppdagades att patienten fortfarande var delvis fastspänd först morgonen efter, när patienten vaknade. Åtgärder för att förhindra upprepning är vidtagna och IVO har avslutat ärendet utan

vidare åtgärder utöver de som beslutats av vårdgivaren. Ett av ärendena berör den rättspsykiatriska vården, där en patient kom att utan lagstöd, på grund av kommunikationsbrist, olagligen avskiljs i ca ett halvt dygn i smittförebyggande syfte. Denna händelse inträffade under pandemins tidigare fas, innan vaccinationerna inleddes och medan dödligheten i covid-19 ännu var mycket hög.

Markörbaserad journalgranskning (MJG)

Strukturerad journalgranskning har pågått i Sverige sedan 2007 och bygger på en amerikansk metod kallad Global Trigger Tool (GTT) som har omarbetats till en svensk version; markörbaserad journalgranskning (MJG). Denna metod utgår ifrån att i journaldokumentation identifiera markörer som utgör kända risker och vid varje markör kontrollera om en skada inträffat. En skada bedöms avseende allvarlighets- och undvikbarhetsgrad. Undvikbar skada benämns vårdskada. MJG kan användas på verksamhetsnivå eller på övergripande nivå. I det följande berörs övergripande somatisk slutenvård samt vuxenpsykiatrisk respektive rättspsykiatrisk slutenvård i Region Västmanland. Granskningsteamet består i Centrala patientsäkerhetsteamet av analysledare och chefläkare, inom vuxenpsykiatri av två verksamhetsutvecklare och specialistläkare. Inom Rättspsykiatri Västmanland finns en särskild arbetsgrupp för markörbaserad journalgranskning.

Somatisk slutenvård

Under 2021 granskade patientsäkerhetsteamet i Region Västmanland 135 slumpmässigt utvalda vårdtillfällen och dessutom ett antal vårdtillfällen med specifikt urval (covid -19), båda urvalen inom somatisk slutenvård. Efter beslut av SKR om särskild covidgranskning under perioden september 2020 till och med juni 2021 granskades totalt 80 vårdtillfällen.

Inom somatisk slutenvård 2021 identifierades 26 skador, varav 16 vårdskador. Dessa fördelas huvudsakligen i tre områden:

-Vårdrelaterade infektioner (VRI) 38,5%	varav 19,2% vårdskador
-Trycksår 34,5%	varav 34,5% vårdskador.
-Kirurgiska skador 11,5%	varav 3,8% vårdskador.

I den särskilda covidgranskningen 2021 identifierades 17 skador där vårdrelaterade infektioner (VRI) var den klart dominerade skadetyper med över 50% av andelen skador. I övrigt noteras vissa läkemedelsorsakade samt kirurgiska skador. Övriga skador som tidigare under pandemin observerats i högre omfattning är trycksår och blåsoverfyllnad. SKR har gjort sammanställningar över skadepanoramat under pågående covid-19 pandemi. Dessa sammanställningar finns att tillgå på SKR:s hemsida.

Rättspsykiatri Västmanland

MJG används inom rättspsykiatri på två sätt, dels för att identifiera inträffade vårdskador, men dels också för att identifiera kvalitetsbrister och förbättringsområden, som återkopplas direkt till ledningsgruppen. Granskningen har under 2021 identifierat fyra vårdskador under 2021 och två som inträffat 2020. Ingen av dessa identifierade händelser har utgjort allvarlig vårdskada i lagens mening. Den rättspsykiatriska vården har mycket längre vårdtider än annan slutenvård och journalgranskningarna omfattar därför betydligt färre journaler men i gengäld längre perioder, än när annan vård granskas. Inom rättspsykiatrisk vård är polyfarmaci den vanligast förekommande markören. De flesta vårddömda är personer som inte kunnat hjälpas av allmänpsykiatrisk vård trots i de flesta fall omfattande försök, både farmakologiskt och på andra sätt, varför polyfarmaci i denna särskilt komplext sjukdomsdrabbade grupp oftast är att förvänta.

Vuxenpsykiatri Västmanland

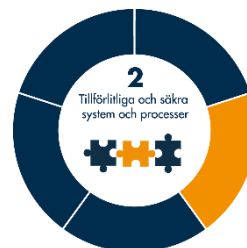
Vuxenpsykiatrien genomför på samma sätt som rättspsykiatrien markörbaserad journalgranskning i den egna verksamheten och för granskningarna finns ett särskilt team med två verksamhetsutvecklare och specialistläkare. Under 2021 har 94 journaler granskats. Granskningen har inte resulterat i några fynd av vårdskador (dvs genom adekvat vård undvikbara skador). De vanligaste markörfynden när det gäller den psykiatriska öppenvården är brist på upprättade och uppdaterade vårdplaner och information om fast vårdkontakt. De vanligaste markörfynden inom psykiatrisk slutenvård är tillkallad konsultläkare/jourläkare, polisbiträde, tvångsåtgärder och oplanerat besök på psykiatrisk akutmottagning.

Exempel på aktiviteter i verksamheterna som syftar till ökad kunskap om inträffade vårdskador

Verksamheterna beskriver arbetsmetoder som syftar till en förbättrad process avseende benägenhet att rapportera händelser samt uppföljande arbete med avvikelser i Synergi. Exempel från de kliniska verksamheterna; På intensivvårdsavdelningen pågår ett kvalitetsutvecklingsarbete och rapport av trycksår via synergi. Kontinuerligt arbete med avvikelserapporter har även implementerats på urologkliniken och geriatrik och medicinsk rehabilitering där inkomna avvikelserapporter diskuteras regelbundet i olika forum inom verksamheterna. VRI, trycksår, följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler, och antibiotikaföreskrivning har identifierats som särskilda fokusområden i hälso- och sjukvårdsförvaltningens förvaltningsplan, dessa områden kommer särskilt att beskrivas i bilaga III-V. Jourmottagningen beskriver ett systematiskt och kontinuerligt arbete med avvikelser. På länsdelssjukhus Köping och Fagersta har dokumentation i CDS (clinical decision system) införts med förhoppning att underlätta preventivt arbete med fallriskbedömning och trycksår.

Tillförlitliga och säkra system och processer

Genom att inkludera systematiskt patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen kan både de reaktiva och proaktiva perspektiven på patientsäkerhet bejakas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.



Åtgärder beskrivna i Regional handlingsplan för ökad patientsäkerhet 2021–2024:

- Regionen erbjuder stöd i det systematiska patientsäkerhetsarbetet genom exempelvis avvikelssystem, ledningssystem, metodstöd i vårdskadeutredning, risk- och händelseanalys, samt säkerhetsdialoger.
- Fortsatt implementering av kunskapsstyrningsstrukturer till exempel personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp och att patientsäkerhetsperspektivet bevakas i rådet för kunskapsstyrning.
- Arbete med patientkontrakt för att stödja samverkan mellan olika vårdgivare och huvudmän för att säkerställa samverkan, delaktighet, tillgänglighet och samordning.
- Ytterligare samverkan mellan säkerhetssystemen i regionen, såsom läkemedelssäkerhet, strålsäkerhet och informationssäkerhet, utifrån ett uppföljande och lärandeperspektiv.
- Samordnad process gällande suicidprevention exempelvis genom ett regionalt vårdprogram för suicidprevention.
- Patientsäkerhetsperspektiv vid omställning till Nära Vård.
- Bejaka en god tillgänglighet genom förvaltningsplanens mål och uppföljning samt genom regional handlingsplan inom ramen för överenskommelse för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2021.

Patientsäkerhetsdialoger 2021

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

har som en del av implementeringen tagit utgångspunkt i handlingsplanen för ökad patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården, med dess teorier kring grundläggande förutsättningar för en god och säker vård samt de fokusområden som handlingsplanen lyfter fram.

Inom område akutsjukvård och medicinska diagnostik och teknik har dialoger genomförts med en majoritet av de berörda verksamheterna. Gensvaret att genomföra årets patientsäkerhetsdialog var övervägande mycket positivt och många verksamheter uttryckte även ett stort behov att få diskutera sina patientsäkerhetsfrågor och sitt lokala patientsäkerhetsarbete. Flertalet verksamheter upplever att de grundläggande förutsättningarna för en säker vård mer eller mindre finns, såväl inom den egna verksamheten som på övergripande nivå. Alla verksamheter beskriver tydligt sina utvecklingsområden och sina åtgärdsplaner. Adekvat kunskap och kompetens är för de flesta verksamheter en större utmaning, inte minst efter de två åren med Covid-19-pandemin, där omplacering av personal, hög sjukfrånvaro, begränsade möjligheter till vidareutbildning m.m. rådde. Positivt är ändå att alla verksamheter kunde berätta hur de oftast har klarat det dagliga arbetet med ett anpassat arbetssätt. Patienten som medskapare anses av alla verksamheter som en ytterst viktig del i sitt arbete. Många goda exempel lyfts, så som teammottagningar, smärtteam vid insättning av narkotikaklassade läkemedel, min vårdplan, överrapporteringar inne hos patienten, rehabmöten, och många fler. Riskområden som identifierades inom alla verksamheter berör i stor utsträckning personal- och kompetensförsörjningen, vårdplatsbrist, utlokaliserade patienter och läkemedelshantering. Vård av patienter med trakeostomi lyfts av flera verksamheter. Bättre utbildning och kunskap på alla vårdenheter efterfrågas. Betydelsen av en god patientsäkerhetskultur är väl förankrad i alla verksamheter. Alla beskriver en tydlig strävan att förbättra sitt kulturarbete. Lägsta beskrivna nivån vid självskattning är den sk byråkratiska nivån, men merparten anser sig röra sig främst mellan proaktiv och skapande nivå. Pandemiarbete har varit och är fortfarande en stor utmaning för alla verksamheter. Utlåning av personal till covidvården har tidvis varit mycket betungande för de berörda enheterna och har medfört stor belastning och stress för berörd personal. Hög sjukfrånvaro till följd av restriktioner, vård som fick anstå och nu ska tas igen samtidigt som ordinarie vård ska bedrivas är för alla verksamheter en svår ekvation. Ett ökat användande av digital vård anses av en del verksamheter som ett gott komplement, men man ser även risker rörande bland annat bristfällig bedömning samt interaktion med patient och närstående. Flera av de vårdstödande och diagnostiska enheterna har påtalat att friktioner vid införande av "pandemilösningar" borde ha kunnat minskas om de hade deltagit i riskanalyser och planeringsarbeten i större utsträckning. Snabba lösningar i komplexa system kräver ofta samtidigt deltagande av medarbetare från många kompetensområden.

Verksamheternas viktigaste patientsäkerhetsfrågor som de vill lyfta till övergripande nivå finns redan delvis beskriven ovan under riskområden. Andra viktiga områden som nämns är förbättringsbehov gällande samverkan mellan sjukhusvården, primärvården och kommunerna, men även överföring av patienter mellan olika sjukhuskliniker. Önskemål om tydliga övergripande rutiner finns. Journalsystemet (Cosmic) nämns av flera verksamheter som en återkommande patientsäkerhetsrisk. Huvudsakligen nämns förbättringsbehov rörande läkemedelsmodulen och uppmärksamhetssignalen men även avsaknad av reserv/parallellfunktion vid uppdateringar av systemet samt oplanerade driftstopp lyfts av verksamheterna. Ostrukturerad dokumentation med bland annat dubbeldokumentation samt dålig översikt nämns och tydligare regler och bättre utbildningar önskas. Svårigheter att allmänt, men särskilt i stressade situationer, effektivt kunna söka och få överblick över medicinska instruktioner i ledningssystemet påtalas också.

Inom primärvården har dialoger genomförts med de verksamheter där Region Västmanland är vårdgivare, inkl. Intraprenad primärvård/Närvården Västmanland. Gensvaret har varit stort trots fortsatt hård belastning relaterat till pandemin. Detta har visat på vikten av reflektion och dialog i en hårt belastad

hälso- och sjukvård i ständig förändring. De två åren med Covid-19-pandemin har tydligt visat att ett proaktivt, riskreducerande arbetssätt både är möjligt och framgångsrikt för att anpassa system och processer för ökad tillförlitlighet och säkerhet. Positivt är att flertalet verksamheter upplever att de grundläggande förutsättningarna för en säker vård finns, såväl inom den egna verksamheten som på övergripande nivå. Några lyfter behov av att arbeta mer med säkerhetskultur och att bättre involvera patienten som medskapare. Adekvat kunskap och kompetens är en utmaning inom verksamheter med hög andel hyrpersonal. Inom verksamheterna identifierade riskområden rör sig bl a om diagnostisk säkerhet, bevakningsrutiner, bemötande, avvikelshantering, kontinuitet, tillgänglighet och arbetsmiljö. Man upplever att riskområdena faller inom samtliga handlingsplanens fokusområden. Inga verksamheter skattar patientsäkerhetskulturen inom verksamheten som patologisk. Vanligen uppfattar man att man ständigt rör sig mellan de tre nivåerna reaktiv, byråkratisk och proaktiv nivå. Några verksamheter skattar att man tidvis även når den skapande nivån, att patientsäkerhet är en integrerad del i allt arbete. Pandemiarbetet är en utmaning för alla verksamheter och, som en verksamhet uttrycker det, ”Hela pandemin är en patientsäkerhetsfråga.” Uppskjuten vård ska tas igen samtidigt som man ska bedriva ordinarie vård och dessutom vaccinera mot Covid-19, ett arbete som präglas av mycket snabba förändringar i krav och förutsättningar. Man har svårt att få denna ekvation att gå ihop och arbetsmiljön påverkas negativt. Positivt är dock att många goda erfarenheter lyfts fram, så som förbättrade arbetssätt och flöden, luftvägsspår, digitala besök och ökat antal hembesök.

Bland de frågor som primärvården vill lyfta till övergripande nivå utmärker sig särskilt behov av bättre samverkan mellan primärvården, kommunerna och sjukhusvården för en bättre sammanhållen vård för de mest sjuka äldre, såväl på SÄBO som inom hemsjukvård. Man lyfter även behov av förbättrad samverkan mellan primärvård och specialistvård bl a kring patienter med psykisk ohälsa, vilka idag kan riskera att falla mellan stolarna. Vikten av respektfullt bemötande och etiska principer lyfts likaså. Bemanningsfrågan är en central fråga för primärvården där kompetensförsörjningen är avgörande för både kontinuitet, kvalitet och säkerhet. Inhyrningen av läkare minskades drastiskt under 2020 men har ökat igen under 2021. Viktigt för patientsäkerheten är att få fler anställda läkare för att öka kontinuiteten och höja kvalitén på vården. Närvården Västmanland ser patientsäkerhetsrisker kopplat till hyrläkare gällande brister i fortbildning, uppföljning och följsamhet till Regions egna rutiner.

I de psykiatriska och habiliterande, rehabiliterande verksamheterna i Nära Vård har dialoger genomförts med något enstaka undantag. Verksamheterna har på olika sätt framgångsrikt, utifrån sina tydligt olika förutsättningar, förmått anpassa sig till den pågående pandemin. För de psykiatriska specialiteterna kan det möjligen te sig mindre svårt, men man ska komma ihåg att inom området bedrivs såväl gruppterapier som gruppträningar, psykoterapier och svåra suicidriskbedömningar, liksom vården är beroende av både patient och närstående som medskapare, allt företeelser som skapat vårdutmaningar i den pågående pandemin men där man lyckats omdana till tillfälliga och ibland permanent förändrade säkra system och processer. Detta har naturligtvis medfört påfrestningar och krävt mycket engagerade insatser av personal och chefer. Verksamheterna beskriver generellt att de grundläggande förutsättningarna för god och säker vård finns på plats, men under året har barnpsykiatri haft stora personalförsörjningssvårigheter i sin slutenvård på en sådan nivå att de första två tertialen krävt vårdplatsneddragningar, hårdare prioriteringar och omvandling till öppenvård av sådan vård som normalt getts i slutenvårdsform. Såväl i Västmanland som nationellt noteras ökat behov av vård vid ätstörning liksom ett ökat behov av psykiatriskt tvång för denna patientgrupp. Detta bedöms vara en pandemieffekt. Säkerhetskulturen rör sig främst på byråkratisk och proaktiv nivå. Adekvat kunskap och kompetens bedöms mestadels inte vara utmanande områden per se, men det bedöms vara ett problem att det finns ett kvarstående behov av hyrpersonal, även om det ses en ljusning på det området inom flera verksamheter. När det gäller

tillförlitliga system och processer ses som väntat att mindre verksamheter som bedriver verksamhet dagtid och planerat, ser mindre risker på detta område, medan vuxenpsykiatrien lyfter just säker implementering av rutiner som en fortlöpande utmaning. Inom det psykiatriska området, särskilt inom rättspsykiatri, är grundförutsättningen patienten som medskapare alltid en utmaning. Inom de psykiatriska verksamheterna medför den utmaningen att man är särskilt aktiv med brukarrevisioner, brukarsamverkan och lokala brukarråd, liksom man arbetar aktivt för att stärka delaktigheten i det dagliga vårdplaneringsarbetet, inklusive tvångsvårdsplaneringen. Vuxenpsykiatrien lyfter att anhörigsamverkan är ett fortsatt riskområde. Närståendekontakter är tidskrävande men kan också sekretessmässigt förbjudas av patienten och för närstående kan det vara svårt att förstå vårdens agerande utifrån de förutsättningarna. Både habiliteringsverksamhet och barnpsykiatri, men även vuxenpsykiatrien lyfter att de senaste fem åren inneburit ständigt ökat tillflöde av patienter, så att habiliteringen fått 40 % fler patienter på omkring fyra år. Otydlighet kring läkaransvaret för gruppen med främst neuropsykiatriska problem, mellan BUP, primärvård, habilitering, barn- och ungdomshälsa och vuxenpsykiatri lyfts också som ett riskområde. De viktigaste patientsäkerhetsmässiga riskerna inom de psykiatriska specialiteterna är annars tvångslagstillämpning, suicidriskhantering och anhöriginteraktion. Inom de habiliterande och rehabiliterande verksamheterna i Nära vård finns de viktigaste utmaningarna i vårdövergångarna till vårdgrannarna. Den viktigaste förändringen avseende säkra system och processer, är att rättspsykiatrien under året fått en egen bakjourslinje, vilket medfört en kraftig patientsäkerhetsförstärkning. Samtliga verksamheter i dialogerna har fungerande patientsäkerhetsteam för ständig analys, lärande och utveckling och att det finns en tydlig riskmedvetenhet och beredskap visas inte minst av resiliens i pandemin. De kommande, postpandemiska fortsatta vårdbehovsökningarna utgör huvudsakliga orosmoment ur ett patientsäkerhetsperspektiv.

Kunskapsstyrningsarbete

Regionens lokala utveckling av kunskapsstyrning leds av Enheten för kunskapsstyrning tillsammans med Rådet för kunskapsstyrning. Ledstjärnan i det lokala Kunskapsstyrningsarbetet utgår ifrån det nationella målet ”Vår framgång mäts i liv och jämlik hälsa, tillsammans är vi framgångsrika”. Rådet för kunskapsstyrning har en viktig roll i relation till ledningen av detta arbete. Rådet har en omfattande kompetensbredd som innebär stöd för analyser, förbättrings- och utvecklingsarbete och patientsäkerhet. För att stärka patientsäkerheten har ett ökat antal kunskapsstöd tagits fram i form av vårdprogram, riktlinjer och vårdförlopp, och implementering påbörjats. Patient- och närståendemedverkan är i fokus. Under året har arbetet med Min vårdplan – cancer utökats. Patientenkäten inom cancerområdet tillsammans med den Nationella patientenkäten har varit grund för patientmedverkan inom cancerområdet och andra lokala råd som tex Strokerådet och Astma och KOL-rådet. Patientkontraktet som är ett tydligt fokus för den enskilda patientens möjlighet att vara delaktig i sin vård finns beskrivet i samtliga personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp. Enheten för kunskapsstyrning och Nära vård samverkar i detta utvecklingsarbete. De lokala råden/lokala programområden driver viktigt arbete inom sina ansvar tex astma/kol, diabetes, stroke och demens. En lokal arbetsgrupp– Tobak har bildats för att gemensamt stödja hälso- och sjukvården inom detta område. Regionstyrelsen följer kunskapsstyrningsarbetet. Varje år mäts regionens måluppfyllelse genom analys av Socialstyrelsens målnivåer. 2020 var nivån 65%. Ett omfattande kunskapsstyrningsarbete fortsätter att genomföras med att uppfylla målen i respektive Standardiserade vårdförlopp - Cancer (31 införda). Resultaten i Vården i siffror visar hög måluppfyllelse bland annat gällande kontaktsjuksköterska samt multidisciplinär konferens. Under 2021 har personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp införts inom stroke, hjärtsvikt, sepsis, KOL, höftartros, schizofreni, osteoporos, reumatoid artrit, kritisk benischemi och rehabilitering. Varje vårdförlopp bygger på patientens ”resa” genom vården vid respektive vårdförlopp. Utifrån den korta tid

som gått sedan införandet, samt att indikatorerna inte är färdigutvecklade, kan inte mätningar göras ännu. Basen för samverkan med kommunerna sker i Rådet för kunskapsstyrning och i det sjukvårdsregionala och lokala arbetet, t ex demenssamverkansrådet. Som stöd för arbetet med kunskapsstyrning -jämlig vård har olika sjukvårdsregionala och lokala funktioner etablerats. Region Västmanland har representation i verksamhetschefsgupper, Regionala programområden och Regional Samverkansgrupp exempelvis RSG patientsäkerhet. RSG patientsäkerhet har haft som verksamhetsmål under året att genom gemensamma insatser inom patientsäkerhetsområdet skapa ett resurseffektivt arbete inom sjukvårdsregionen och kraftsamla inom prioriterade områden; Möta morgondagens patientsäkerhetsutmaningar och behov av specifika patientsäkerhetsarbeten genom gemensamma insatser som ger synergi och effektivitetsvinster i sjukvårdsregionala frågor; Få med patienters och närståendes perspektiv i patientsäkerhetsarbetet; Stödja arbetet för en stärkt säkerhetskultur samt verka för en resurseffektiv utbildning inom patientsäkerhetsområdet i sjukvårdsregionen, där regionala expertkunskaper tas till vara och kan spridas till övriga regioner.

Gaskommitténs arbete

Gaskommitténs arbete har inriktats på kompetensutveckling kring medicinsk gas och gashantering. Under året har fokus legat på att utbilda internutbildare i praktisk gashantering genom både ett grundläggande utbildningstillfälle och ett uppföljande. Syftet är att öka kompetensen samt identifiera och medvetandegöra riskmoment i gashanteringen, simulera reservgasmatning vid driftstopp av centrala gasanläggningen samt skapa ett nätverk för internutbildarna. Anpassningar har skett till ökad användning av högflödesoxygen utifrån Covid-19 och RS-virus. Medicinsk teknik har kunnat tillgodose efterfrågan av ett större antal Optiflow som har varit i bruk under året. För att möta upp behovet av förbättrad riskmedvetenhet har en ny instruktion skapats gällande brandsäkerhet vid högflödesbehandling. Ett flertal riskanalyser har genomförts inför uppbyggnad av gasförsörjning till Nytt Akutsjukhus Västerås, NAV, och arbetet håller på att sammanställas i ett riskhanteringsprotokoll som ska gås igenom i februari av riskanalysgruppen. ”Nya regelverk egentillverkade medicinska produkter” från Socialstyrelsen och Läkemedelsverket trädde i kraft 15 juli 2021. Arbete med att identifiera ändringar har påbörjats och kommer att leda till uppdatering av regionens instruktioner som är berörda. Enligt Socialstyrelsen föreskrifter måste syrgas finnas tillgängligt på vaccinationsmottagningar. Medicinsk teknik har tagit fram 14 gasvagnar, utrustade med en 3-liters syrgasflaska och en sug-enhet, för att tillgodose kravet.

MDR – Medical Device Regulation

Sedan 26 maj 2021 tillämpas EU-förordningen om medicintekniska produkter, 2017/745 (MDR – Medical Device Regulation). Syftet med förordningen är att samma regelverk ska gälla över hela EU. Förordningen ställer striktare säkerhetskrav för hela livscykeln av en medicinteknisk produkt på marknaden. Inom Region Västmanland påverkas flertalet områden; vissa delar har uppnått compliance, medan andra delar kräver fortsatt implementeringsarbete. Införande av MDR inom regionen samordnas av Medicinsk Stab genom Henrik Mansfeld och Emma Behrens som har inlett informationskampanjer till berörda verksamheter och kartlagt nödvändigt åtgärdsarbete. Under våren 2021 genomförde PWC en oberoende och uppföljande granskning av inköpsprocessen och implementeringen MDR, vilket visade på att Region Västmanland har inlett ett bra implementeringsarbete. Förberedelser inför nästkommande förordning för medicintekniska produkter, avseende in vitro diagnostik, 2017/746 (IVDR – In Vitro Diagnostics Regulation) har påbörjats under året.

VRI-MRB-gruppen

Under covid-19-pandemins början våren 2020 pausades gruppens möten tillfälligt på grund av den stora arbetsbelastningen på nyckelpersoner inom framför allt Enheten för smittskydd och vårdhygien. Under

2021 har ordinarie möten kunnat hållas trots pandemin. *Infektionsverket* har åter tagits i drift och har breddinförts under hösten till samtliga sjukhuskliniker. Operativa smittutbrottsgrupper har enligt handlingsplan för smittutbrott aktiverats vid smittutbrott av covid-19 inom vårdverksamheter.

Läkemedelssäkerhet

Inom Region Västmanland samarbetar klinikapotekare med läkare och sjuksköterskor inom Nära Vård och Akutsjukvård gällande enkla och fördjupade läkemedelsgenomgångar samt gällande kliniska läkemedelsfrågor.

Nära vård samt mottagningsarbete

Läkemedelsgenomgångar med apotekarstöd till vårdcentralerna har minskat under 2021 som en konsekvens av Covid-19 och vårdcentralernas omfattande vaccinationsarbete. Under året har endast tre vårdcentraler (två i Västerås och en i Sala) valt apotekarstöd för regelbundna läkemedelsgenomgångar var eller varannan vecka till patienter på totalt fyra särskilda boenden. Fysiska möten i temat kring patienten har ersatts med digitala lösningar. Utöver detta har flera vårdcentraler valt apotekarstöd för läkemedelsgenomgångar till enskilda patienter (via remiss). Klinikapotekarna har delvis ställt om sina resurser inom Nära Vård, både arbetssätt och patientgrupper, och utökat arbetet med mottagningspatienter (läkemedelsgenomgång inför läkarbesök, läkemedelssamtal via telefon) både på SNM och njurmottagningen. Klinisk farmaci har även startats upp i Västmanlands Sjukhus i Sala och klinisk apotekare finns som en tillgång för Närvårdsteamet Sala.

Akutsjukvård

Under 2021 har klinikapotekarna inom akutsjukvården varit verksamma på medicinkliniken (SNM, DNL), operationskliniken (IVA) och ortopederna. På IVA bedrivs en bredare klinisk farmaci för att möta enhetens behov, patientspecifika läkemedelsfrågor och farmaceutisk kompetensförstärkning i frågor relaterade till enhetens läkemedelshantering och komplexa läkemedelsanvändning. Resurser har under tredje kvartalet flyttats från DNL till ortopederna. DNL erbjuder istället stöd via remissförfarande och utökat samarbete gällande patienter på njurmottagningen. Samtliga enheter inom Region Västmanland och primärvårdentreprenad har möjlighet att skicka remisser till klinikapotekarna via Cosmic samt få svar på läkemedelsspecifika frågor via en funktionsmail eller hjälp med ärendeanalyser.

Övrigt

Läkemedelsprocessen omfattar alla processer där läkemedel ingår och som börjar med en ordination och slutar med utvärdering av effekt. Utöver detta skall läkemedel beställas, förvaras, spädas/tillredas, iordningställas och administreras. Varje process/kategori kan bestå av flera underkategorier, vilket gör området komplext och svårt att rapportera på ett systematiskt sätt när en avvikelse inträffar.

Under 2021 påbörjades ett arbete med att klassificera de läkemedelsavvikelser som rapporterats i Synergi. Syftet var att ur ett regionövergripande perspektiv lära och förstå i vilka processer i läkemedelshanteringskedjan som avvikelser vanligen uppstår. Totalt rapporterades 344 läkemedelsavvikelser inom Hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF) under perioden januari-juni 2021 men det saknades en systematik i hur en avvikelse rapporteras och klassificeras vilket försvårar uppföljning och systematiskt arbete med riskhantering. Medicinkliniken och Onkologkliniken rapporterade vardera 13% följt av Operationskliniken (10%), Barn- och ungdomskliniken (9%), ortopedkliniken (7%) och Vuxenpsykiatri (7%). Avvikelser vid iordningsställande (21%) respektive ordination (20%) var vanligast. Andra vanliga avvikelser var narkotikahantering (18%), administrering (12%) och förvaring (19%).

Uppföljning

Som en konsekvens av arbetet kommer Enheten för Sjukvårdsfarmaci att under 2022 initiera samarbete med olika vårdverksamheter i arbetet med läkemedelsavvikelser. Syftet är att skapa en större förståelse kring riskmoment i läkemedelsprocesserna och att tillföra farmaceutisk kunskap i läkemedelsarbetet för att därmed ytterligare bidra till patientsäkerheten.

IVO:s tillsyn av covid-19-vården för personer boende på SÄBO

Utifrån den redogörelse som RV lämnade till IVO utifrån tillsynsbeslut gällande ansvar för medicinsk vård och behandling av äldre personer boende på SÄBO, med misstänkt eller konstaterad covid-19, begärde IVO en uppföljande redovisning (Dnr ANM200053, IVO dnr 3.5.1-21296/2020). De beskrivna åtgärderna i huvudmänna- och vårdgivarperspektiv omfattar både struktur- och processförändringar. Vårdval primärvård har genomfört fördjupad medicinsk revision av verksamheten vid två vårdcentraler, där fokus bland annat har varit på patientgruppen 75 år och äldre. Förbättringsområden har kommunicerats löpande till vårdgivarna för att förbättra omhändertagandet och samverkan kring målgruppen. Region Västmanland har genomfört en övergripande journalgranskning av patienter avlidna med covid-19, med jämförelser mellan första och andra vågen, som talar för att genomförda åtgärder haft tydlig effekt på identifierade förbättringsområden. Slutsatser som kan dras efter journalgranskningen är att dödligheten minskat från 25% under första vågen till 18%, sannolikt beroende på bättre testkapacitet, förändrad behandling samt vaccination. Vidare är bedömningen att vård har givits på rätt vårdnivå, att fler har sjukhusvårdats och att fler fysiska läkarbesök har gjorts. Brytpunktsamtal har genomförts i större utsträckning och primärvårdens journalföring har förbättrats så tillvida att det lättare går att följa hur bedömningar gjorts, vilka beslut som har tagits och hur de har kommunicerats med såväl patienter, närstående som vårdpersonal. Även vid intern uppföljning ses förbättringar gällande journaldokumentation. För fortsatt lärande på systemnivå och för att säkerställa att de förbättrade resultaten bibehålls, kommer Region Västmanland noggrant följa läget inom vården till boende på SÄBO som del i det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet samt den årliga uppföljningsprocessen.

Säker vård här och nu

Hälso- och sjukvården präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation. Förutsättningarna för säkerhet förändras snabbt och det är viktigt att agera på störningar i närtid, för att kunna säkerställa att vården är säker idag.

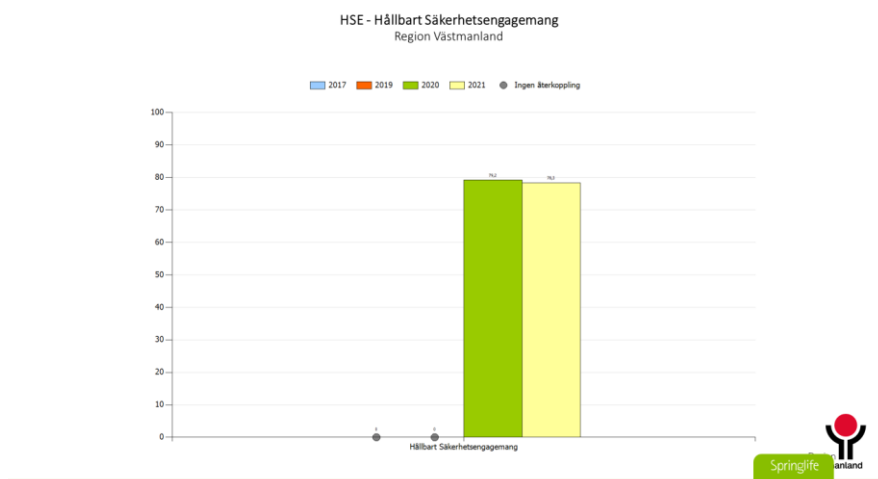


Åtgärder beskrivna i Regional handlingsplan för ökad patientsäkerhet 2021–2024:

- Mätning av säkerhetskultur tillsammans med medarbetarundersökning.
- Stödande insatser för att stärka säkerhetskulturen exempelvis genom Gröna korset, rutiner på verksamhetsnivå för att stödja avvikelshanteringen.
- Rutiner på verksamhetsnivå för att öka patientdelaktighet exempelvis genom bedside-rapportering.
- Patientsäkerhetsutbildning i introduktionsprogram, fördjupningskurser samt professionsutvecklingsprogram i regionens regi.
- Skapa samverkansstruktur för en hållbar arbetsmiljö och säker vård exempelvis gällande kompetensförsörjning och kontinuitet.

Under 2020 inleddes ett värdefullt samarbete med HR i och med att första steget togs mot en integrerad medarbetarenkät och patient-säkerhetskulturmätning. Medarbetarundersökningen 2020 samt 2021 inkluderade frågor om HSE (Hållbart säkerhetsengagemang) som i kombination med HME-frågorna (Hållbart medarbetarengagemang) fångar centrala delar för säker vård utifrån patientsäkerhets- och

arbetsmiljöperspektivet. Under 2021 har ett fortsatt utvecklingsarbete genomfört med målet en gemensam, årligen återkommande integrerat enkät där frågor som är vetenskapligt utvärderade och som har betydelse för att både bedriva en verksamhet av god kvalitet samt specifikt god och säker vård. Frågorna ska ha sin utgångspunkt i områden som ingår i en hälsofrämjande arbetsplats och är väsentliga för patientsäkerheten. Frågeformuläret ska utgöra ett underlag för en integrerad resultathantering samt underlag för framtagande av åtgärder.



Resultatet för HSE vid 2021 års mätning visade på ett resultat på 78,3% vilket är en marginell minskning från mätningen 2020. Resultatet är en ögonblicksbild eller temperaturmätning på upplevelser kring säkerheten på arbetsplatsen. HSE-verktyget ger ett underlag att i närtid efter mätning ha en dialog kring resultaten. Det viktiga är att varje verksamhet hanterar, analyserar och bryter ner det egna resultatet och därmed ges möjlighet till analys av rådande upplevelser. Detta ger ett underlag i det systematiska förbättringsarbetet. Oavsett om resultatet faller ut som övervägande positiva upplevelser eller visar på stora förbättringsmöjligheter behöver det diskuteras för att förstås och bli ett värdefullt verktyg.

Säkerhetsnålen

Säkerhetsnålen är Region Västmanlands 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. Förutom äran belönas vinnarna med 30 000 kronor.

Pristagare av Säkerhetsnålen 2021 var Bäckebottengruppen Förlossningen/BB Kvinnokliniken, Västmanlands sjukhus, Västerås med motiveringen: En god säkerhetskultur, engagerad ledning och tydlig styrning, patienten som medskapare och adekvat kunskap och kompetens är grundläggande förutsättningar för en säker vård. Kvinnoklinikens bäckenbottengrupp arbetar för ett gott omhändertagande genom ökad kunskap om förlossningspåverkan på bäckenbottens strukturer och risker med vaginala och perineala bristningar. Förlossningsbristningar kan orsaka lidande både på kort och lång sikt, exempelvis smärta, inkontinens, psykiskt lidande, framfall och sexuella svårigheter. Bäckebottengruppens arbete ger barnmorskor och läkare verktyg för att arbeta enligt senaste evidens för att förebygga, diagnostisera, suturera, dokumentera och följa upp för att minska både förekomsten och följderna av förlossningsbristningar. Bäckebottengruppen arbetar för att den födande kvinnan ska känna sig trygg med att medarbetarna på förlossningen i Västerås arbetar kunskapsbaserat, förebyggande och individbaserat för en säker vård.

Gröna korset

Flertalet verksamheter inom både område akutsjukvård och nära vård arbetar med metoden Gröna korset som är en visuell metod för medarbetare i sjukvården. Det används för att identifiera risker och vårdskador i realtid. Det skapar ett underlag för riktat systematiskt förbättringsarbete som ökar patientsäkerheten och stärker patientsäkerhetskulturen. Utbildningsenheten samordnar ett nätverk för de verksamheter som arbetar med gröna korset och tillser även utbildning för verksamheter som är intresserade av att starta upp med metoden.

Vårdorsakat läkemedelsberoende

Arbetet med att minska vårdorsakat läkemedelsberoende har pågått sedan processen startade 2017. Arbetet har fortsatt även under 2021 med två informationsläkare anställda av Läkemedelskommittén som har följt upp tidigare insatser på vårdcentraler och kliniker. Arbetet belönades med Dagens medicins Guldpiller 2018 och sedan dess har förskrivningen i Västmanland minskat mest av alla regioner för de tre grupperna av beroendeframkallande läkemedel som är mål för insatserna. Det fortsatta arbetet innebär individuellt anpassad dialog med hela personalgruppen vid respektive enhet för samsyn inom enheten och inom hela regionen. Intresset är fortsatt stort från andra regioner, som vill ta efter det framgångsrika konceptet i Västmanland. Virtuella kontakter har gällt under pandemin men under hösten 2021 återgick man till fysiska besök, vilket ger bättre grund för konstruktiv dialog. Regelbundet återkommande insatser i form av introduktion av varje ny kull av AT-läkare samt utbildning för ST-läkare om läkemedelsberoende ingår i arbetet.

Resultatet av den regionövergripande processöversynen följs kontinuerligt av Läkemedelskommittén och Enheten för sjukvårdsfarmaci i form av statistik över användningen av beroendeframkallande läkemedel. Statistiken är tillgänglig för alla regionens enheter i statistikprogrammet DUVA. Statistiken visar att Västmanland årligen minskar förskrivningen mest i Sverige gällande beroendeframkallande läkemedel.

Fortsatt implementeringsarbete via informationsläkarna är väsentligt för att färre patienter ska riskera beroende på grund av läkemedel som ordinerats av sjukvården. Ett välkommet tillskott är även att två distriktssjuksköterskor har förstärkt implementeringen genom att utbilda sjuksköterskor på vårdcentral i hur man kan hjälpa patienter med nedtrappning. Detta arbete sker i samverkan med informationsläkarnas insatser på de vårdcentraler som har mest förskrivning samt de som har svårt att förändra förskrivningsmönstret. I intraprenadens verksamhetsplan för år 2021 ingår även uppföljning av enheternas åtgärder för att minska vårdorsakat läkemedelsberoende och förskrivning av beroendeframkallande läkemedel att ingå.

Nedan tabell beskrivande förskrivning av beroendeframkallande läkemedel samt differenser avseende förskrivning år 2020 och 2021.

Mått: DDD/TIN, rullande 12	2020-12	2021-12	Diff (%)
Opioider N02A	3 986	3 601	-9,7%
Bensodiazepiner N05BA+N05CD	3 283	2 677	-18,5%
Bensodiazepinbesläktade medel N05CF	9 637	8 666	-10,1%
Pregabalin N03AX16	932	863	-7,4%

Förvaltningen för digitaliseringsstöd (Elektronisk journal samt E-tjänster)

Ett välfungerande digitalt stöd kan öka patientsäkerheten medan ett sämre fungerande system kan äventyra den. Detsamma kan sägas om de tjänster som stödjer invånarna via exempelvis 1177. Ett systems säkerhet är beroende av flera olika faktorer, allt från designval till felaktigheter i kod (s.k. buggar) men också

användarens skicklighet i systemet. Som en del av vidmakthållandet finns ett kontinuerligt arbete inom alla dessa områden. Felaktigheter rapporteras in av användarna via Service Manager och utreds av förvaltningen. Vissa fel beror på buggar, vilket rapporteras direkt till leverantören för skyndsam åtgärd. Beroende på allvarlighetsgrad tar detta olika lång tid, men när en åtgärd väl levererats så installeras den av förvaltningen och utbildningsinsats sker, oftast i form av ett riktat nyhetsbrev med instruktioner, likt övriga förändringar av system. Vid behov sker en djupare insats. De fel som beror på användarens handhavande analyseras för att se om det finns lokala konfigurationer som kan minska risken för att det uppstår igen, om det krävs en ny utbildningsinsats för att systemet används inkorrekt eller om systemet är otydligt och behöver en ändring i sin design. De två förstnämnda innebär en insats lokalt, medan ändringar i design har ett förlopp likt hanteringen av buggar.

Förutom de ärenden som kommer in via användare sker också kontinuerlig utveckling av systemet av dess leverantörer, vilket ofta innebär en förbättring av patientsäkerheten. Dessa har ofta sin grund i förbättringsförslag som inkommit av användare. Exempel på dessa är E-Ped-beslutsstöd. Ett beslutsstöd som ska minska överdosering av läkemedel hos barn genom en automatiserad rimlighetskontroll och en lättillgänglig doseringsmall baserad på ålder och vikt. Beslutsstödet är utvecklat av barnspecialister i Stockholm och har därefter automatiserats och kopplats till vårt journalsystem samt erbjudits via leverantören av systemet. Effekten har analyserats under pilot på Barn- och ungdomskliniken under året och nu har ett vidgat införande rekommenderats till alla användare.

Antibiotikaförskrivning

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har som mål i förvaltningsplanen att antibiotikaförskrivningen ska minska. Måttet mäts som antibiotikarecept förskrivna per 1000 invånare.

<u>Indikator</u>	<u>Målvärde</u>	<u>2021 (2020)</u>
Antal utskrivna antibiotikarecept	287	240 (244)

Antibiotikaförskrivningen i länet liksom i landet i övrigt minskade mycket kraftigt under pandemin 2020. Under 2021 fortsatte minskningen under första kvartalet för att därefter långsamt åter börja öka. Med ett utfall på 240 antibiotikarecept/1000 invånare under år 2021 ligger regionen fortfarande under det långsiktiga nationella målet på högst 250 antibiotikarecept/1000 invånare och år. Stramalakarens dialogmöten på vårdcentralerna har varit pausade under större delen av året. Under senhösten har besöken kunnat återupptas. Målet för 2022 då pandemin förhoppningsvis klinga av är att vända den successivt ökade förskrivningen av antibiotika som skett under 2021.

Provtagning och smittspårning för Covid-19

Regionen har genomfört och genomför ett omfattande arbete med testning och smittspårning. Initialt byggde regionen upp kapacitet för PCR-testning och antikroppstestning som sedan har kompletterats med antigen tester. Arbetet har utgått ifrån de rekommendationer som Folkhälsomyndigheten, FoHM tagit fram kring hur testningen ska genomföras. Då pandemin har präglat mycket under året återfinns beskrivning om provtagning och smittspårning för Covid-19 i en egen bilaga, nr V.

Exempel på verksamheternas aktiviteter som syftar till säker vård här och nu:

Geriatrisk och medicinsk rehabilitering har infört planerade omvårdnadsrundor vilket innebär att aktivt uppsöka patienterna regelbundet istället för att patienterna ska behöva larma. Verksamheten har även infört

extravaksnivåer vilket innebär individuell bedömning av patienterna enligt en fyrgradig skala. *Urologkliniken* arbetar aktivt med gröna korset som utvärderas efter varje arbetspass och arbetar med att etablera ett lokalt patientsäkerhetsteam. *Akutkliniken* har infört anhörigkort som innehåller information om hur akuten hanterar säkra besök för medarbetare samt närståendes förhållningsregler under akutbesöket. Akutkliniken har även arbetat med patient- och närståendebildning i väntrummet. På en skärm i väntrummet kan patienter och närstående ta del av realtidsdata över akutkliniken patientflöde samt relevant information om patientens vård på akutkliniken. Intensivvårdsavdelningen inför PEER Learning 2022. Syftet med införandet av denna handledningsmodell är kunna handleda med högre kvalitet samt tillgodose det ökade behovet av att ta emot studenter i specialistutbildning.

Medicinkliniken har ett initierat ett projekt i samverkan med Förvaltningen för digitaliseringsstöd. Projektet innebär att få ut data gällande vårdtyngd och syftar till att ge svar på om en ökad vårdtyngd föreligger på kliniken. I väntan på projektstart kommer medicinkliniken att själva utföra journalgranskning och poängsätta vårdmoment för att undersöka eventuell ökad vårdtyngd.

Ortopedkliniken akuta enhet har regelbunden internutbildning i preventivt arbete och arbetar kontinuerligt med hudstatus under patientens vårdtid.

Barn- och ungdomskliniken har fokuserat på avvikelser gällande läkemedel och har i samband med detta haft regelbundna läkemedelsveckor då de uppdaterat instruktioner och infört läkemedelsmallar i Cosmic som ska vara lätta att använda. Medarbetarna har fått utbildning i detta internt.

Akutkliniken har haft återkommande avvikelser gällande blodgruppering och bastest. Som en åtgärd till följd av detta genomfördes en riskanalys av analysledare på centrala patientsäkerhetsteam tillsammans med medarbetare på akutkliniken.

Kvinnokliniken bedriver ett flertal kvalitetsarbeten, fyra klinikegna projekt och två samarbetsprojekt med barnkliniken och MVH – enheten inom ramen för kvinnor och barns hälsa. Pågående projekt på kvinnokliniken är bland annat minskad blodförlust vid sectio, införande av kulturdoulor och föda utan rädsla. Vattenförlösning i syfte att förbättra förlösningssupplevelsen samt minska läkemedel i samband med förlösning är ett av flera förbättringsarbeten som bedrivs på kvinnokliniken. Sala länsdelssjukhus arbetar med gröna korset för att identifiera risker och situationer som kan förebyggas. Gällande trycksårsprevention registreras alla ny tillkomna trycksår. Dock ser de en utmaning i att finna arbetssätt för att preventivt förhindra antalet fall bland patienterna.

Jourmottagningen har upprättat två olika spår för patienter med infektionssymtom vilket skapar förutsättningar för bättre hygien.

Rättsspsykiatri har etablerat ett patientsäkerhetsteam med reviderad instruktion och strukturerat arbetssätt. Alla i patientsäkerhetsteamet har genomfört regionens utbildning i patientsäkerhet. Digitala förbättringsområden kring exempelvis samordnade vårdplaner pågår.

Stärka analys, lärande och utveckling

Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvården. När resultaten används för att förstå vad som bidrar till säkerhet, hållbarhet, önskvärd flexibilitet och goda resultat, kan verksamheten utvecklas så att kvaliteten och säkerheten ökar och risken för vårdskador minskar.

PSL 2010:659, 6 kap. 4 §, SOSFS 2011:9 5 kap. 5 §, 7 kap. 2 § p 5, SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §, 3 a § och 6 §, 7 kap. 2 § p 6



Åtgärder beskrivna i Regional handlingsplan för ökad patientsäkerhet 2021–2024:

- Skapa miljöer som stimulerar till ett livslångt lärande – förbättringsarbete genom PDSA-cykeln för att skapa systemförståelse.
- Stimulera till forskning och utbildning inom patientsäkerhetsområdet.
- Främja metodutveckling för framgångsfaktorer för en säker vård.
- Analys och förbättringsarbete inom riskområden; exempelvis VRI, trycksår, läkemedel, suicidprevention och diagnostiska fel.

Suicidprevention

Inom vuxenpsykiatrisk vård inträffade 11 suicid under 2021. Den siffran ska jämföras med 20 fall 2019, respektive 9 fall 2020. Samtidigt noteras inom av Region Västmanland given vård under 2021 17 fullbordade suicid och oklara dödsfall, vilket ska jämföras med 25 fall 2019 och 20 fall 2020. Antalet fall av suicid där man vid vårdskadeutredning finner allvarliga brister av betydelse för det inträffade dödsfallet visar en sjunkande trend över senare år. Under året rapporterades 246 suicidförsök, en siffra som de senaste åren legat kring omkring 300–350. Det får således konstateras att säkerheten för de patienter som är suicidnära ter sig ha blivit bättre under senare år. Samtidigt konstateras att suicidtalerna för Västmanlänningar inte sjunker och är betydligt högre än för riket i stort: Talen för suicid och självtillfogad död med oklar avsikt i länet per capita ligger ganska stabilt omkring 15 % högre än för riket, med rullande femårsmedelvärden omkring 17,5/100 000 invånare och år, mot genomsnittet i riket som ligger omkring 15 per 100 000 invånare och år. Antalet ensamboende män över 20 år/100 000 invånare omkring 5 % högre än i riket i stort. Andelen arbetslösa eller i aktivitetsstöd är 18 % högre än i riket och dödligheten till följd av skadligt bruk (alkohol och narkotika) har ökat, från att 2000–2003 ha legat helt i paritet med, eller rent av bättre än, i riket i stort, till att ligga med rullande femårsmedelvärden som är 25–30% högre, per 100 000 invånare, än i riket i stort. Antalet placeringar för LVM-vård inom SiS, är Västmanlänningar omkring dubbelt så ofta placerade vid LVM-hem, som deras andel av rikets befolkning förklarar. Sammanfattningsvis behövs ett samlat sociodemografiskt grepp kring suicidfrågan för att bättre nå riskpersoner med vårdåtgärder och andra sociala insatser. Enheten för folkhälsa inleder under våren ett arbete för en samlad regional-kommunal strategisk handlingsplan för suicidprevention.

Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering

Syftet med kvalitetsgranskningen är en patientsäker läkemedelshantering. Utgångspunkten är Socialstyrelsen föreskrifter, regionens centrala instruktion för läkemedelshantering samt vårdenhetens lokala läkemedelshanteringsinstruktion. Under 2021 låg tyngdpunkten på förvaring av läkemedel och hantering av medicinska gaser. Samtliga kvalitetsgranskningar protokollförs och genomförs fysiskt på vårdenheten tillsammans med ansvariga för läkemedelshantering och har omfattat följande områden:

- Uppföljning av föregående års protokoll och åtgärdsplan.
- Lokal läkemedelsinstruktion
- Delegeringar inom läkemedelshantering.
- Narkotikahantering
- Förvaring och hantering av läkemedel
- Medicinska gaser

Granskande farmaceut upprättar ett protokoll med förslag till åtgärdsplan.

Resultat av genomförda granskningar

Cirka 75 enheter har granskats inom primär och slutenvård vilket är ungefär hälften så många mot normalt. Det minskade antalet är en effekt av pandemin.

Förvaring

Alla utrymmen där läkemedel förvaras har kontrollerats (läkemedelsförråd, kylskåp, akutvagn osv).

Noterat/Förbättringsförslag:

- Se över rutin och dokumentation för städning av förråd, särskilt vätskevagn.
- Se över status på kylskåpet. Kylskåpet glöms i flera fall bort vad gäller hållbarhetskontroll av läkemedel samt tömning av vattenbehållare.
- Lösa kartor med läkemedel och medicinkoppar hanteras dagligen på många enheter. Här finns en uppenbar källa till förväxling av läkemedel när läkemedel skiljs från sin originalförpackning.
- Läkemedelsansvarig sjuksköterska saknar många gånger tid avsatt för sitt uppdrag.

Medicinska gaser

Det samlade intrycket är att många verksamheter engagerats sig mer inom området jämfört mot tidigare men att det fortfarande finns vissa brister. På de flesta enheter utförs regelbunden kontroll av hållbarhet och förvaring men dokumentation av detta kan saknas. Lokal läkemedelshanteringsinstruktion som ska beskriva hantering av medicinsk gas saknas eller är otydlig i flera fall.

Det är inte alltid känt vem som är ansvarig för medicinsk gas och det är inte alltid känt om tillräcklig kompetens finns i personalgruppen för hantering av medicinsk gas, särskilt vid ett gasbortfall.

Förbättringsförslag

- Förtydliga vem som är ansvarig för medicinsk gas på enheten.
- Inventera kunskap inom enheten för hantering av medicinsk gas, ex vid ett gasbortfall.
- Genomföra e-utbildning, medicinsk gas för all berörd personal, kompetensplatsen.
- Utse internutbildare för praktisk gashantering, med regelbunden genomgång och träning för övrig personal.
- Beskriva enhetens hantering av medicinsk gas tydligare i lokal läkemedelshanterings instruktion.

Uppföljning

De avvikelser som noteras vid respektive enhet följs upp vid nästkommande kvalitetsgranskning.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Alla delar av vården behöver planera för en hälso- och sjukvård som flexibelt kan anpassas till kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet, även under oväntade förhållanden. I patientsäkerhetssammanhang beskrivs detta som resiliens.



Åtgärder beskrivna i Regional handlingsplan för ökad patientsäkerhet 2021–2024:

- Stärka beredskap genom träning, simulering och kompetensutveckling exempelvis genom CRM.
- I samband med förändringar säkerställa patientsäkerhetsperspektivet och patienten som medskapare, genom VIRA, och fördjupa riskanalys ur patientsäkerhetsperspektiv vid behov.
- Skapa möjligheter för patienter och närstående att delta i patientsäkerhetsarbetet genom exempelvis tjänstedesignsmodellen.

Riskhantering

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

VIRA

Inom Region Västmanland används Region Västmanlands metod för integrerade strategiska analyser med avseende på risker och möjligheter, VIRA. Data som genereras via VIRA dokumenteras i IT-stöd VIRA. Lagstyrd riskhantering kopplat till sakområdena arbetsmiljö, informationssäkerhet och patientsäkerhet

hanteras i VIRA. Analyser som genomförs med stöd av VIRA beaktar alltid alla sakområden vid bedömning av riskernas konsekvens.

Under senare delen av hösten 2021 uppdaterades metoden och IT-stödet VIRA med funktionen att bedöma och hantera risker efter genomförda åtgärder. Om resultatet av en analys i VIRA visar på särskilt behov av att ytterligare fördjupa arbetet med avseende på målområde patientsäkerhet kan ett uppdrag lämnas in till patientsäkerhetsteamet gällande fördjupad riskanalys. Fördjupade riskanalyser som utförs av patientsäkerhetsteamet utförs enligt instruktionen *Riskanalys för patientsäkerhet* och beskrivs nedan.

Under 2021 har 281 analyser påbörjats i VIRA varav 26 analyser är avslutade. Regionen har beslutat att hantera riskanalyser gällande covid-19 löpande på grund av att omständigheter och förutsättningar skiftar från dag till dag. Detta förklarar det stora antalet analyser som befinner sig i status pågående då många av dessa analyser inte kan avslutas förrän situationen gällande covid-19 inte längre behöver hanteras som ett särskilt tillstånd.

Fördjupade riskanalyser inom patientsäkerhetsområdet

Att identifiera, bedöma och analysera risker är en viktig del i arbetet att förebygga vårdskador. Det kräver att alla som arbetar i vården har ett riskmedvetet förhållningssätt och vet vad som pågår i verksamheten. Hälso- och sjukvården förändras ständigt, vilket gör att riskerna också förändras och kan vara svåra att förutsäga. Därför är det nödvändigt att både ha stor kunskap om risker i sig och god beredskap för att hantera dem. Vårdgivaren ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att det inträffar händelser som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet och säkerhet. Vårdgivaren ska också uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar samt bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden. Följande fördjupade riskanalyser har genomförts under 2021 utifrån identifierade patientsäkerhetsrisker.

Transport och övervakning mellan sjukhus

Denna riskanalys utgjorde del två gällande patientsäkerhetsrisker vid transporter. Analysen syftar till att identifiera patientsäkerhetsrisker i samband med transporter mellan sjukhus av patienter som är i behov av medicinsk eller omvårdnadsinriktad övervakning i väntan på transport. (Del 1 avslutades hösten 2020 handlade om patientsäkerhetsrisker då patienter transporteras inom sjukhus)

Blodgruppering/ blodprovstagning vid Akutmottagningen, Västmanlands sjukhus Västerås

Syftet var att hitta orsaker till bristerna i kontroll av patient-ID vid blodprovstagning och blodgruppering samt föreslå åtgärder som kan minska eller eliminera de risker som identifierades.

Patientsäkerhetsrisker i olika arbetsmoment i Journalia (program för handläggning av patienter behandlade med antikoagulantia)

Syftet var att analysera processen för ordination av antikoagulantia i Journalia i Västmanland för att identifiera patientsäkerhetsrisker i processen och dess bakomliggande orsaker samt föreslå hur verksamhetsprocesserna bör förändras för att minska konsekvenserna eller eliminera de identifierade riskerna.

Omställning mot nära vård

I Västmanland pågår en omställning av vården till en mer personcentrerad, relationsbaserad vård, förflyttningen till nära vård. I den nära vården ska en ny gemensam vårdstruktur skapas, en gemensam hälso- och sjukvård där region och kommun jobbar tillsammans på ett nytt sätt. Hela omställningen bygger på samverkan mellan vårdenheter inom och mellan huvudmännen i Västmanland. En närmare vård förbättrar möjligheterna att göra vården ”mer rätt”, patientsäker och effektiv för den individuella patienten

och i relationer till närstående. För att exemplifiera pågår en stor satsning i omställningsarbetet med etablering av mobil verksamhet. Här skapas team i samverkan mellan kommun och region som ska möjliggöra vård i hemmet i en ny utsträckning. Kommunens hemsjukvård får tillgång till läkarstöd och en ny nivå av bedömning och planering kan göras i hemmet för att förebygga graden av ineliggande sjukvård för de mest sjuka. Vidare i omställningsarbetet pågår ett arbete med att göra den palliativa vården i länet jämlik. Ett annat exempel på arbete inom omställningen är att samla kompetenser kring patienten på ett nytt sätt. En arbetsmodell för det testas i nuläget på MTI, mottagningen för tidiga insatser. För att effekten av en god och nära vård ska bli optimal ser Västmanland att journalsystemen behöver synkas. Med samma journalsystem för både kommun och region ökar patientsäkerheten, ledtider kan förkortas och övergångar blir smidigare. En stor vinst förväntas för patienten och närstående som kan få sin hela journal samlad. Ett arbete med sammanhållen journal i länet är påbörjad och samtliga kommuner förväntas vara anslutna till Cosmic inom ett par år.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Socialstyrelsen fick 2018 ett regeringsuppdrag att ta fram en nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården. Den första nationella handlingsplanen, *Agera för säker vård, Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården 2020–2024*, publicerades i januari 2020, just innan Covid-19-pandemin bröt ut. Handlingsplanen ska stödja kommuner och regioners systematiska patientsäkerhetsarbete och bidra till att förebygga att patienter drabbas av vårdskador. Syftet med den nationella handlingsplanen är att utveckla säkerheten på alla nivåer i hälso- och sjukvården. Handlingsplanen är utformad för att kunna användas av kommuner och regioner som genom egna handlingsplaner kan etablera principer, prioriteringar och mål för sitt patientsäkerhetsarbete.

Region Västmanland (RV) var i behov av ett nytt övergripande styrdokument eftersom det dåvarande *Program patientsäkerhet 2017–2020* avslutades 2020. RV var därför relativt tidigt ute jämfört med andra regioner med att ta fram en regional handlingsplan som knyter an till den nationella. Beslutet fattades av Regionstyrelsen i mars 2021 och den regionala handlingsplanen är nu en del av Hälso- och sjukvårdsförvaltningens förvaltningsplan. Även den regiondrivna *Intraprenad primärvård/Närvården Västmanland* följer den regionala handlingsplanen. Som en del av implementeringen har årets patientsäkerhetsdialoger med vårdverksamheterna tagit utgångspunkt i den nya handlingsplanen med dess teorier kring grundläggande förutsättningar för en god och säker vård samt de fokusområden som handlingsplanen lyfter fram. Dialogerna beskrivs närmare på sid 26-28. Handlingsplanens struktur med grundläggande förutsättningar och prioriterade fokusområden genomsyrar nu det strategiska patientsäkerhetsarbetet och samverkan med andra säkerhetsområden.

SKR har tillsammans med NSG patientsäkerhet och i samverkan med Socialstyrelsen utvecklat ett verktyg för att utifrån den nationella handlingsplanen stödja utvecklingen av patientsäkerhetsarbetet inom regionerna. Verktyget ska utgöra ett stöd för regionerna bland annat med att skapa en grund för framtagande av regionala handlingsplaner. RV deltog i arbetet med verktyget genom att Centrala patientsäkerhetsteamet fick möjlighet att prova en testversion av verktyget och lämna synpunkter. Bedömningen var att verktyget var allt för omfattande och tidskrävande för att vara praktiskt användbart för regionen i den fas man då befann sig i med framtagande av egen handlingsplan.

Indikatorer

För att kunna styra mot en säkrare vård behövs en samlad bild av patientsäkerhetsläget. I nuläget mäts det som är möjligt att mäta, vilket inte alltid ger en helhetsbild om hur säker vården är eller hur önskad

händelser kan förebyggas. De verktyg som används idag är punktprevalensmätningar på såväl nationellt som regionalt initiativ (trycksår, vårdrelaterade infektioner (VRI) samt följsamhet till basala hygien- och klädregler (BHK). Dessa mätningar är dock mycket resurskrävande och ger enbart en ögonblicksbild vid respektive mättillfälle, varför en utveckling mot kontinuerligt automatiserat datauttag är helt nödvändig för framtiden. Exempel på detta är det pågående arbetet med att mäta trycksårsförekomst i realtid. Övriga mättnöjligheter är markörbaserad journalgranskning (MJG) och avvikelserapporter. Mätningarna ger en möjlighet att få signaler om omfattningen av risker samt vårdskador inom vissa områden. Riskanalyser samt vårdskadeutredningar är också viktiga verktyg för ett proaktivt och förebyggande arbetssätt. Att hitta relevanta och tillförlitliga indikatorer för att följa utvecklingen mot en säkrare vård är en stor utmaning, vilket det förra Program patientsäkerhet 2017–2020 tydligt visade (se utvärdering i Patientsäkerhetsberättelse 2020). RV har valt att behålla några av tidigare indikatorer för att kunna följa särskilt prioriterade områden, så som förekomst av vårdrelaterade infektioner, trycksår, och följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler.

Aktuella indikatorer:

- Skada och vårdskada: (data ej klar vid tryck)
- Vårdrelaterade infektioner: 2,6 %
- Klädregler och hygienrutiner: 79 %
- Antibiotikaanvändning: 240 st./1000
- Trycksår i slutenvård: 14 %
- Överfylld urinblåsa: (data ej klar vid tryck)
- Vårdplatsbrist och återinskrivning: Överbeläggningar 4,4 per 100 vårdplatser (riket 4,9), utlokaliserade 1,2 per 100 vårdplatser (riket 2,5), återinskrivning inom 30 dgr; 15,8,%
- Säker kirurgi- WHOS checklista: Västerås 81,6%, Köping 82,2 % (riket 77,2%)

Socialstyrelsen har utöver implementeringsuppdraget av den nationella handlingsplanen även ett uppföljningsuppdrag att kartlägga samt vidareutveckla uppföljningsindikatorer för säker vård. RV följer detta arbete genom engagemang i den sjukvårdsregionala kunskapsstyrningsstrukturen för patientsäkerhet.

Handlingsplanen i pandemin

Sammanfattningsvis pågår aktiviteter kopplade till handlingsplanens kontinuerligt som en del av det systematiska patientsäkerhetsarbetet på alla nivåer. Visst planerat förbättringsarbete får dock anstå pga. pandemirelaterade faktorer. Patientsäkerhetsarbetet har dock på ett mycket tydligt sätt genomsyrat arbetet under pandemin. Inom hälso- och sjukvård är variabilitet naturlig och nödvändig. Förmågan hos ett komplext system som sjukvård att snabbt och korrekt adaptera till variabla förutsättningar är helt avgörande för hur bra systemet fungerar. Både ökad följsamhet till förutbestämda regler och riktlinjer och en samtidig förmåga hos individer att under vissa förutsättningar bryta mot dessa kan på goda grunder antas öka patientsäkerheten. Ett resilient system är en verksamhet som även under påfrestning eller ändrade förutsättningar kan fungera och prestera som det är tänkt. Under pandemin har verksamheten många gånger visat hög grad av resiliens både på systemnivå och i det enskilda patientmötet.

Framåtblick (inkl. Socialstyrelsens arbete med utveckling av indikatorer)

Att styra mot *närvaro av säkerhet*, och frånvaro av skada, är en utmaning. Patientsäkerhetsarbete har traditionellt ofta fokuserat på inträffade vårdskador, som sällan inträffar, och mindre sällan handlat om att mäta, analysera och säkerställa vanliga och framgångsrika processer inom det komplexa system som hälso- och sjukvården är. Att lära av inträffade vårdskador är fortsatt viktigt, men inför framtiden behövs ett tydligt fokus på att även efter pandemin leda vården på ett säkert sätt genom säkerställande av väl fungerande arbetssätt och processer, med fortsatt hög grad av resiliens.

Implementering av handlingsplanen fortsätter under kommande år och handlingsplanens struktur med grundläggande förutsättningar och prioriterade fokusområden kommer även fortsättningsvis att genomsyra det strategiska patientsäkerhetsarbetet. För 2022 planeras utökad samverkan med övriga säkerhetsområden inom regionen kring arbetet med säkerhetskultur. Regionens olika utbildningar i patientsäkerhet revideras för att ta sin utgångspunkt i handlingsplanens struktur och innehåll. Socialstyrelsens webbutbildning i grundläggande patientsäkerhet som lanserades under hösten 2021 behöver implementeras på ett ordnat sätt, med målgrupp i första hand chefer, och inkluderas med regionens egna utbildningar. Vidare presenterade Socialstyrelsen i september en indikatorbaserad rapport om patientsäkerhet. Socialstyrelsens uppföljning av hur säker vården är i dag utgår ifrån den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet som Socialstyrelsen presenterade förra året. Uppföljningen omfattar ett 50-tal mått, så kallade indikatorer, på patientsäkerheten i Sverige. Bland det som undersökts finns förekomst av vårdskador och följsamhet till arbetssätt som minskar risken för att skador som till exempel infektion, fall, trycksår och följder av läkemedelsfel ska uppstå. Syftet med rapporten är att den ska fungera som en baslinjemätning och ligga till grund för en kontinuerlig systematisk indikatorbaserad uppföljning av patientsäkerhet, baserad på den nationella handlingsplanen. Rapporten är tänkt att ge underlag till arbetet för närvaro av säkerhet, och frånvaro av skada, och visa riktningen i patientsäkerhetsarbetet. Målet är också att den ska kunna utgöra ett stöd för kommuner och regioner i att identifiera olika förbättringsområden inom patientsäkerheten och möjligheter till uppföljning. Socialstyrelsen planerar för att en indikatorbaserad uppföljning med analys och bedömning av utvecklingen genomförs vart tredje år, med nästa uppföljning 2024.

Inom *Närvården Västmanland* kvarstår uppdraget att identifiera, vårda och genom provtagning diagnosticera Covid-19 under det kommande året. Detta tillsammans med vaccinering som kommer att vara ett av Närvårdens viktigaste uppdrag. Fortsatt arbete rörande patientsäkerhet kommer att fokuseras på: projekt oberoende hyrläkare samt förbättra internkontroll av hyrläkare; stärka avvikelshanterings- samt lärandeprocess vid vårdskadeutredningar; fortsatt fokus på vårdhygien, processen kring beroendeframkallande läkemedel, bemötande/kommunikation inkl. interna patientenkäter; övergripande introduktion till nyanställda med fokus på bemötande, sekretess och patientsäkerhet; införande taligenkänning för att minska diktatlistor; samt gemensamma rutiner för bokningsriktlinjer samt bevakningsrutiner.

Bilaga I. Sammanställning av händelseanalyser						
Titel	Händelse	Startad/Avslutad	Akutsjukvård	Diagnostik	Nära vård	Lex Maria
Fotledsfraktur, fördröjd diagnos	Patient som faller upprepat vårdas för misstänkt cardiell orsak till fallet. Upptäcks efter 2 ½ dygn en fotledsfraktur som opereras med efterföljande problematik	2020/2021	x			Nej
Fall från operationsbord	Patient faller från operationsbordet under pågående kirurgi, CT RTG görs men inga skador uppdagas. Dock har patienten tilltagande besvär av sina sedan tidigare nack/ryggbesvär samt comotiosymtom	2020/2021	x			Ja
Akut njursvikt	Patient med stroke och samtidig hypertoni och diabetes insättes på flera nya LM som påverkar njurarna. Drabbas av akut dialyskrävande njursvikt	2021/2021	x		x	Ja
Dödsfall cirkulationssvikt	Patient avlider till följd av flera år med hjärtsviktssjukdom och flera slutenvårdstillfällen. Patienten behandlas för sina symtom vid varje vårdtillfälle.	2021/2121			x	Nej
Hjärtstopp postoperativt	Patient drabbas av hjärtstopp postoperativt en tarmoperation. Patienten hade lågt s-K vilket korrigerades optimalt vilket kan ha lett till höga serumnivåer. Högt s-K bedöms vara orsaken till hjärtstoppet.	2021/2021	x			Ja
Iatrogen LM beroende, dödsfall	Patient med psykisk sjukdom och långtidsbehandlad med beroendeframkallande LM i mycket hög dosering (iatrogen substansbrukssyndrom) remitteras till primärvård för fortsatt vård och LM behandling. Avlider. Konstateras pneumoni, LM (sederande) i blodet. Suicid kan inte uteslutas.	2021/2021			x	Ja
Lungcancer, försenad diagnos	Patient som drabbas av och behandlas för lungemboli i samband med kirurgi. Ytterligare lungförändringar på RTG tas inte omhand. Senare då patienten uppsöker primärvård uppdagas förändringarna som är lungcancer.	2021/2021	x	x	x	Ja
Septisk artrit, fördröjd diagnos	Patient med långdragen höftsmärta. Tas efter en tid en led-punktion som kan avgöra diagnosen. Odlingssvaret kommer inte ansvarig läkare till känna varvid diagnos och behandling fördröjs med ca 3–4 veckor. Patienten avlider till följd av flera sammantaget allvarliga sjukdomstillstånd.	2021/2021	x	x	x	Ja

Bilaga II. Sammanställning av bakomliggande orsaker (antal/område) i händelseanalyser

Analys. HA-nr. Titel	Omgivning & Organisation	Teknik	Procedur & rutin	Kommunikation & Information	Utbildning & Kompetens
6474. Fotledsfraktur, fördröjd diagnos			4	1	
6618. Fall från operationsbord	2		2		
7274. Akut njursvikt			1	2	1
6845. Dödsfall cirkulationssvikt			1	3	2
7393. Hjärtstopp postoperativt	2		2	1	1
6851. Iatrogen LM beroende, dödsfall	1		1	4	3
6973. Lungcancer, försenad diagnos			4	1	1
7334. Septisk artrit, fördröjd diagnos			1	1	1
Summa:	5	0	16	13	9

Bilaga III. Trycksår i slutenvård

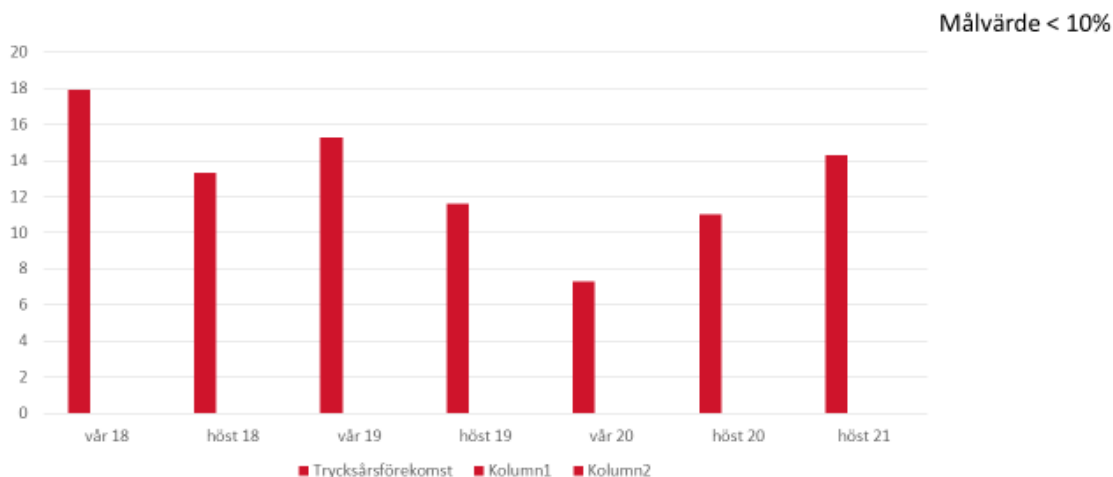
Mål: Förekomsten av trycksår ska vara <10 % för kategori 1–4, <3 % kategori 2–4.

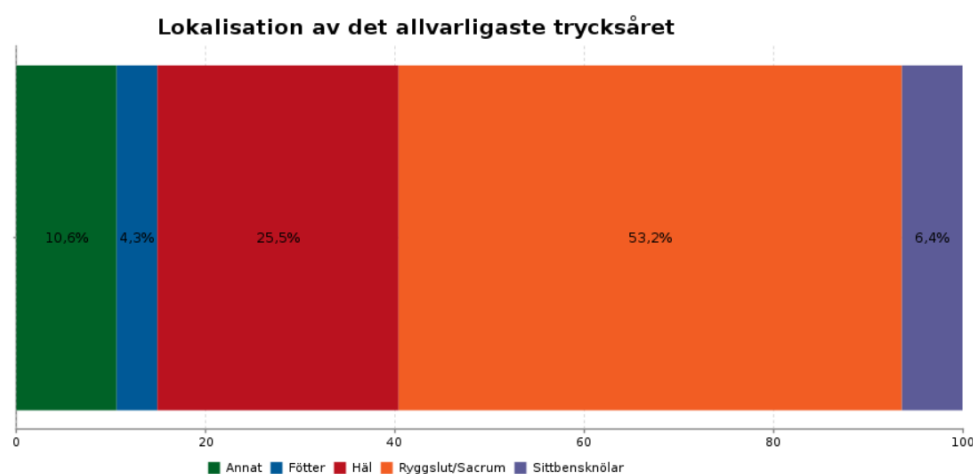
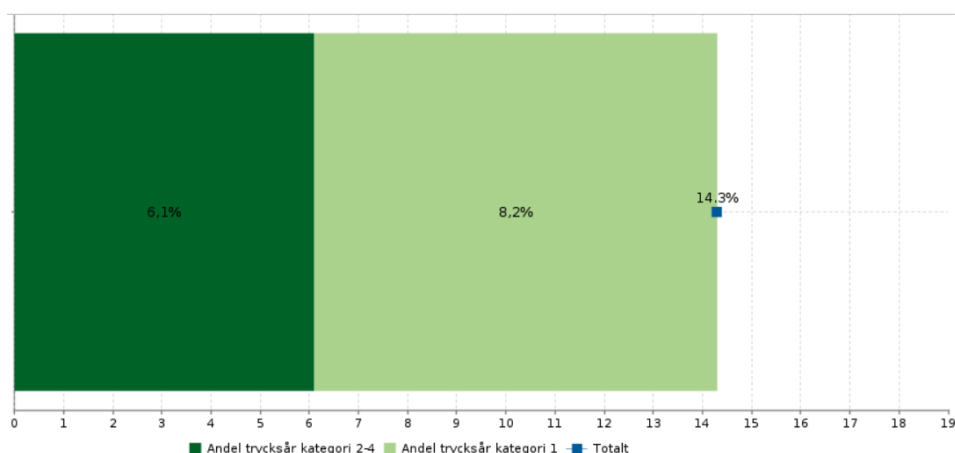
Resultat 2021:

Mål i förvaltningsplan	Indikator	Målvärde	2021 (2020)
Förvaltningens verksamheter ska bedrivas med god kvalitet	Trycksår i slutenvård	Kategori 1–4 <10 %	14 % (7,3 %)
		Kategori 2–4 <3 %	6 % (3,9%)

Trycksår mäts förvaltningsövergripande två gånger per år, i samband med den nationella mätningen v.10 samt en lokal mätning v.37. 2021 genomfördes ingen nationell mätning v. 10, utan den ersattes av mätningen v. 37. På länets sjukhus hade 14 procent av de inlagda patienterna tryckskador eller trycksår i samband med mätningen v.37. I riket låg motsvarande siffra också på 14 procent. Andel patienter med trycksår av kategori 2–4 var 6 procent, motsvarande siffra i riket var 8 procent. Andelen trycksår har ökat sedan föregående mätning. Förekomsten av trycksår är högre i de äldre åldersgrupperna och nästan dubbelt så vanlig bland kvinnor. 57,4 % av trycksåren var kategori 1, följt av 21,3 % kategori 2, och 8,5 % på respektive kategori 3 och 4. Andelen med sjukhusförvärvade trycksår var 8,2 %, motsvarande siffra föregående år var 4 %.

Trycksårsförekomst kategori 1–4





Analys av resultat: Den tidigare positiva trenden med en minskad förekomst av trycksår har dessvärre vänt och en ökad förekomst har registrerats under pandemin. Möjliga anledningar till detta kan vara att det preventiva arbetet i vissa fall fått stå tillbaka relaterat till verksamhetsförändringar, personalförflyttningar och förändrade tillfälliga arbetssätt under pandemin. I nuläget sker ett aktivt arbete med att arbeta i kapp den uppskjutna vården och patientgrupperna som vårdas i slutenvården är svårt sjuka vilket leder till en hög vårdtyngd. Detta samtidigt som medarbetarna arbetat hårt under en längre tid med återkommande förändrade förutsättningar. Detta till trots har en hög andel av patienter med ökad risk för trycksår preventiva insatser. Samtliga patienter hade en förebyggande eller behandlande madrass, en hög andel hade planerade lägesändringar. Dock var förekomsten av hälavlastning relativt låg i relation till andel patienter med trycksår på hälarna. Kategori 1 motsvarar en rodnad på huden vilket är första steget och således också det stadie där åtgärder måste vara vidtagna och dokumenterade för att undvika. Glädjande var en hög andel (61,8%) av de identifierade riskpatienterna riskbedömda inom 24 timmar. Endast en region presenterade en högre andel riskbedömda patienter inom 24 timmar. Regionens instruktioner poängterar dock ett betydligt snabbare risk- och hudbedömning än 24 timmar efter ankomst. De uppmätta värdena av sjukhusförvärvade trycksår är svåra att utvärdera relaterat till dokumentationstradition. Dock ses en ökning i paritet med den övergripande ökningen av trycksår.

Åtgärd: Regionens struktur på systemnivå för att stödja det preventiva arbetet avseende trycksår har varit vilande under pandemin. Dock har under slutet på 2021 nätverksträff för trycksårsombud samt den strategiska samverkansgruppen för trycksårsprevention återstartat sina aktiviteter. I samband med nätverksträff för trycksårsombud har resultat från mätningar presenteras, riktlinjer och instruktioner aktualiserats avseende hjälpmedel och sängar, samt erfarenhetsutbyten skett. Flertalet av trycksårsombuden har bytts ut, samt några verksamheter saknar i nuläget ombud. Exempel på aktiviteter i vårdverksamheterna; Kärlkirurgiska kliniken har infört journalgranskning gällande trycksår vid in och utskrivning av patienter. Resultatet av journalgranskning återkopplas till medarbetarna och har resulterat i bättre omvårdnadsdokumentation och stärkt medvetenheten gällande trycksårsprevention hos

medarbetarna. På intensivvårdsavdelningen pågår ett kvalitetsutvecklingsarbete och rapport av trycksår via avvikelssystemet. Palliativa kliniken har haft intern utbildning gällande trycksår, de palliativa patienterna har en komplex och svåråtgärdad situation utifrån sitt svåra sjukdomstillstånd.

Uppföljning av åtgärd: I samband med de av förvaltningsledningen påbjudande patientsäkerhetsdialoger efterfrågas verksamheternas identifierade patientsäkerhetsrisker och förbättringsområden. Likaså efterfrågas verksamheternas analys av mätningar i samband med delårsrapport II. Trycksårsfrekvens, åtgärder och det förebyggande arbetet följs upp och diskuteras på patientsäkerhetsdialoger. Ett arbete med Cosmicförvaltningen och DUVA pågår. Förhoppningen är att verksamheterna ska kunna få ut realtids data gällande trycksår. Detta genom att skapa en duva-rapport om baseras på dokumentation av trycksår vid inskrivning, riskbedömning, åtgärder samt trycksår vid utskrivning.

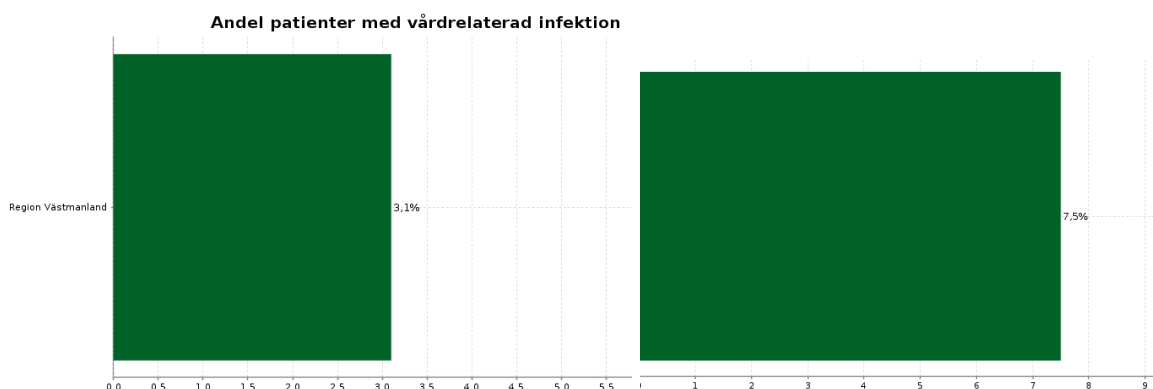
Bilaga IV. Vårdrelaterade infektioner

Mål: Målvärde för vårdrelaterade infektioner (VRI) <5 %.

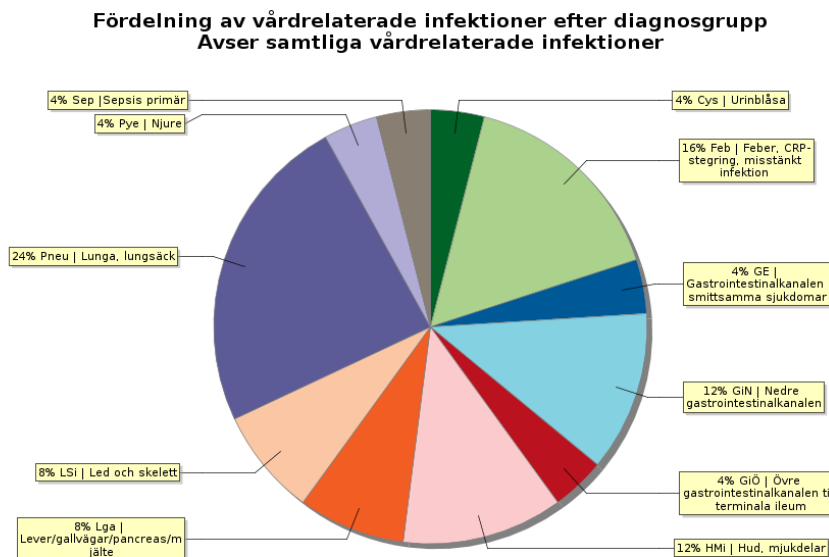
Resultat 2021:

Mål i förvaltningsplan	Indikator	Målvärde	2021 (2020)
Förvaltningens verksamheter ska bedrivas med god kvalitet	Vårdrelaterade infektioner	<5%	2,6% (13,8%)

Resultat: VRI mäts förvaltningsövergripande två gånger per år, vår och höst där marsmätningen är en nationell mätning, med undantag för mars 2021 då mätningen var lokalt initierad. Marsmätningen visade väldigt fina resultat med en VRI förekomst på 2,6 %. (3,1 % exkl. psykiatri). Den vanligaste förekommande VRI under detta mättillfälle var feber med CRP-stegring, följt av pneumoni. VRI var vanligast förekommande inom barnmedicin samt inom de kirurgiska specialiteterna. I septembermätningen presenterades en högre förekomst av VRI, 6,4 % (7,5 % exkl. psykiatri). VRI var vanligast förekommande i de kirurgiska specialiteterna, följt av ortopedi och invärtesmedicin. Hos de med VRI var antibiotikaproylax och aktuellt kirurgiskt ingrepp de vanligaste riskfaktorerna, men även kateter och CVK förekommande riskfaktorer. I samband med denna mätning var pneumoni och feber med CRP-stegring den vanligast förekommande VRI.



Tabell över förekomst av VRI, i mars- respektive septembermätning



Analys av resultat: I relation till föregående år, är årets resultat positiva. Detta är glädjande men bör analyseras i relation pandemieffekter. Marsmätningen presenterade fina resultat avseende förekomst av VRI. Dock var underlaget i samband med den mätningen mindre än motsvarande mätningar. Detta till följd utav den pågående pandemin och med de associerade lägre förekomst av operativa ingrepp under mättillfället vilket genererar en minskad risk för att drabbas av en VRI. Septembermätningen visade på en ökad förekomst som även översteg förvaltningens mål. Under hösten har verksamheternas intensifierats för att ta hand om den uppskjutna vården. Detta tillsammans med patientgrupper som inte sökt sjukvård i samma utsträckning som tidigare och inte haft samma möjlighet till uppföljningar enligt plan. Detta har genererat en stor vårdtyngd med svårt sjuka och sköra patienter och därmed ökad risk för vårdrelaterade infektioner. Samtidigt har verksamheterna haft stort fokus på följsamhet till hygienrutiner vilket även borde spela en viktig roll avseende minskningen av VRI.

Åtgärd: förekomst av VRI följs upp av verksamheterna i delårsrapport och vid behov i aktivitetsplaner. Vidare efterfrågas verksamheternas resultat i samband med patientsäkerhetsdialog. Under andra delen 2021 återinfördes Infektionsverktyget inom den somatiska slutenvården. Utsedd läkare från infektionskliniken utbildade användare genom arbetsplatsutbildningar. Infektionsverktyget används för att lagra, bearbeta, sammanställa och visa information om vårdrelaterade infektioner, antibiotikaanvändning och vårddokumentation som har koppling till infektioner. I Infektionsverktygets rapportverktyg kan vårdpersonal enkelt följa upp, jämföra och utvärdera antibiotikaanvändning över tid. Med hjälp av Infektionsverktyget kan man tydligt visualisera de problem som finns, göra jämförelser, och visa på vilken behandling som fungerar eller inte fungerar. Denna återkoppling ger vårdpersonal ett bra underlag att använda i det lokala förbättringsarbetet. Följsamheten till infektionsverktyget har förbättringspotential, vilket kommer att prioriteras när vårdtyngden lättar.

Uppföljning av åtgärd: Arbete för att minska VRI är ett kontinuerligt arbete. Under 2022 kommer rapportverktyg från Infektionsverktyget att tas fram för att förbättra verksamheternas uppföljningsmöjligheter.

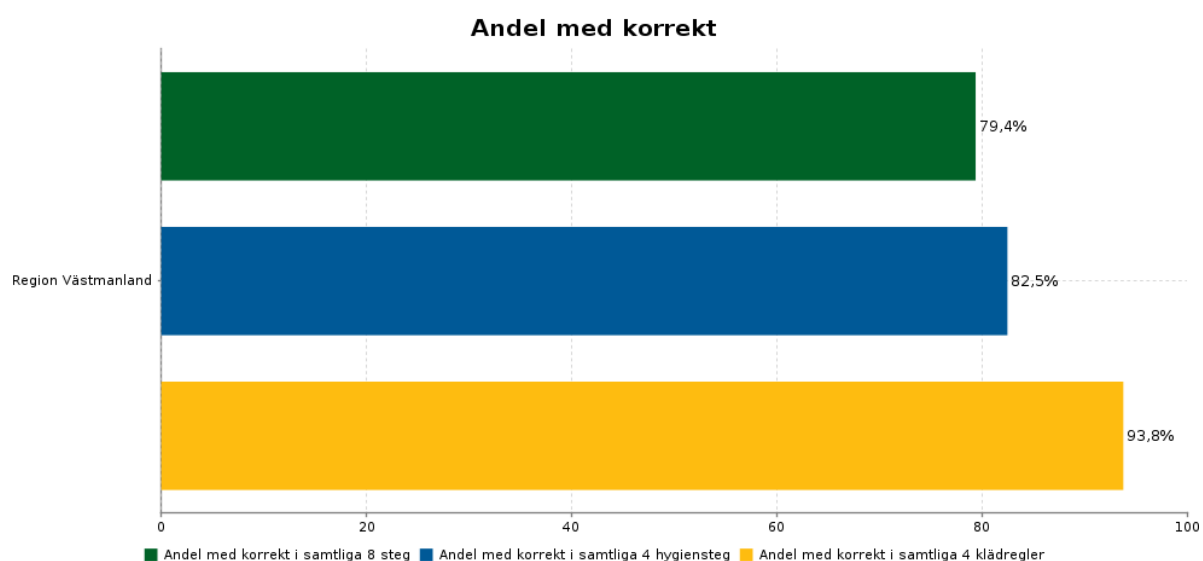
Bilaga V. Basala hygienrutiner och klädregler

Mål: Målvärde för basala hygienrutiner och klädregler (BHK) <90%

Resultat 2021

Mål i förvaltningsplan	Indikator	Målvärde	2021 (2020)
Förvaltningens verksamheter ska bedrivas med god kvalitet	Basala hygienrutiner och klädregler	<90%	79,4 % (75,1 %)

Resultat: BHK mäts förvaltningsövergripande två gånger per år, vår och höst där marsmätningen är en nationell mätning. Marsmätningen 2021 visade 79,4 % andel korrekt i samtliga 8 steg och är en förbättring jämfört med marsmätningen 2020 (75,1 %) men motsvarar inte regionens målvärde på <90 %. Resultatet av marsmätningen visar att det mest förekommande är att desinfektion före patientkontakt uteblir (87%). Resultatet av septembermätningen är något lägre än marsmätningen i andel korrekt i samtliga 8 steg, 79%. Resultatet av mars och septembermätningen visar att läkare och studenter har en lägre andel korrekt i samtliga 8 steg i jämförelse med andra yrkeskategorier. Glädjande är dock att 93,8 % visar korrekt i samtliga 4 klädregler. Redovisning av verksamheternas följsamhet till BHK anmodas att rapporteras i samband med delårsrapportering.



Tabell över basala hygienrutiner och klädregler, marsmätning 2021.

Analys av resultat: Under pandemin har vårdhygien arbetat med information och utbildning gällande basala hygienrutiner och klädregler i verksamheterna. Trots detta intensiva arbete nås inte förvaltningsplanens mål för BHK <90%. Möjligen kan detta bero på att verksamheterna snabbt fått förändra arbetssätt och skyddsutrustning utifrån kontinuerlig uppdatering från vårdhygien. Denna snabba omställning har ibland medfört svårigheter att sprida uppdaterad information till alla medarbetare. När smittspridningen varit som högst har särskilda skyddsrutiner vidtagits, och återgången till ordinarie skyddsutrustning har ibland varit problematisk. Brist av skyddsutrustning på grund av leveransproblem från centrala lagren har inneburit att verksamheter behövt vara försiktiga med åtgången av skyddsmaterial vilket kan resultera i att medarbetare inte använder korrekt skyddsutrustning vid varje patientmöte.

Att läkare och studenter inte har lika goda resultat som övriga yrkeskategorier kan bero på att antalet observationer mellan yrkeskategorierna skiljer sig åt.

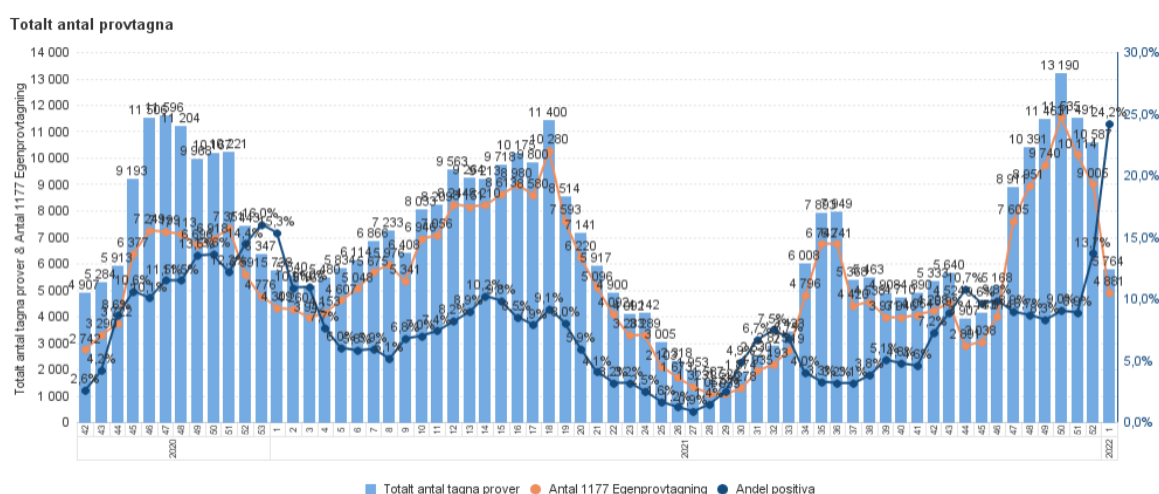
Åtgärd: Medicinkliniken har en nätverksgrupp för hygienombud. På Teams delar kliniken material och idéer med varandra mellan avdelningarna. De har aktiva dialoger kring hygien och har skapat humoristiska planscher med hygienrutiner som de spridit på kliniken. Ett av deras mål har varit att stärka medarbetarna att våga guida en kollega som brister i en hygienrutin oavsett yrkeskategori.

På Akutkliniken identifierades brister i handdesinfektion innan handskpåtagning vilket resulterade i att akutkliniken satt upp skyltar ovanför handskarna med texten; Du har väl spritat händerna? Akutkliniken erbjöds även stimulansmedel för en musmatta där aktuella klädrutiner gällande misstänkt smittade patienter. Detta för att möjliggöra att medarbetarna höll sig ajour gällande senaste uppdatering av klädrutiner.

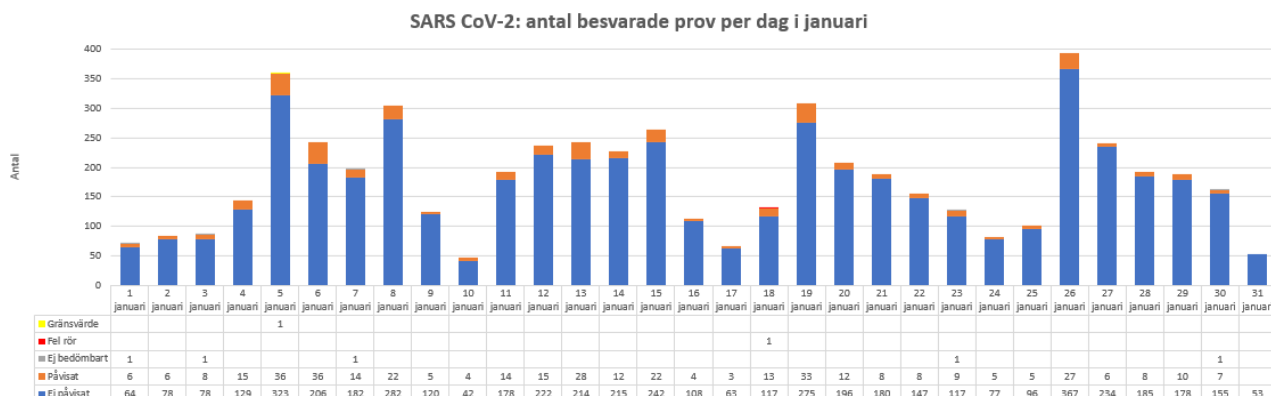
Bilaga VI. Provtagning och smittspårning för Covid-19

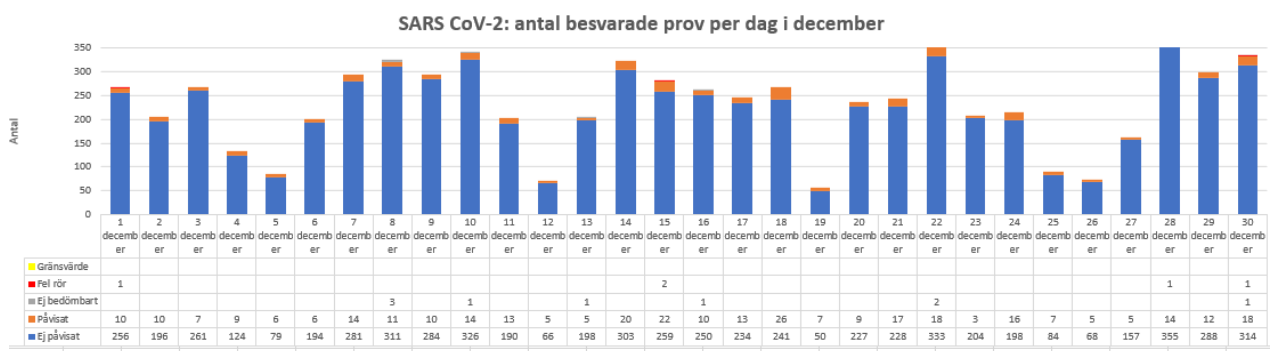
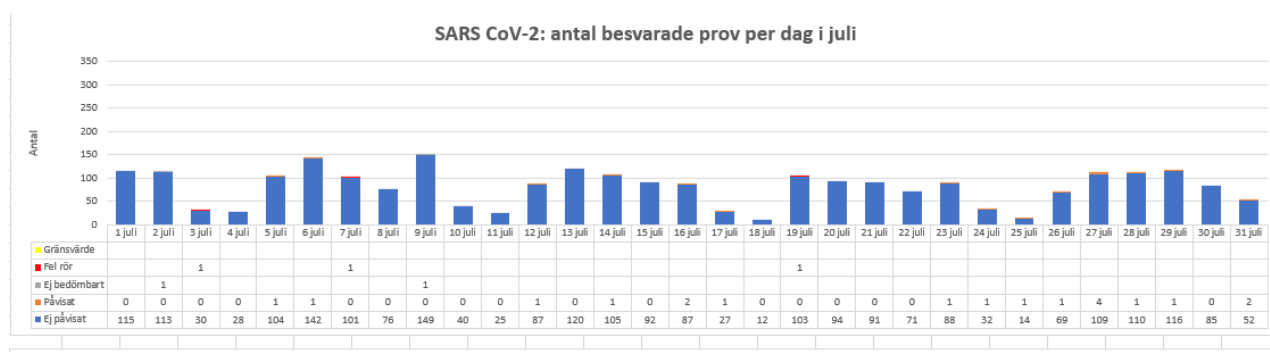
Mål: Att ha en adekvat provtagning så att de som behöver provtas i enlighet med Folkhälsomyndighetens riktlinjer kan provtas. Provtagning är också en förutsättning för adekvat smittspårning.

Resultat: Behovet av provtagning har varierat mycket under året beroende på pandemins utveckling, men också på de provtagningsindikationer som Folkhälsomyndigheten fastställt. Den stora volymen av prover har tagits genom den så kallade egenprovtagningen där proverna levererats till externt laboratorium. I diagrammet ses i huvudsak tre pucklar med mellanliggande dalar som redovisar skillnader i volymer. Svarstiden har garanterats till 24 timmar vilket understigits med råge i de flesta fall. Mot slutet av året 2021 har svarstiderna förlängts pga. det stigande antalet prover. Utökning av möjlighet till egenprovtagning har kunnat ske efter överläggning med Folkhälsomyndigheten som svarat för den upphandlade kapaciteten.



I ett patientsäkerhetsperspektiv är det väl snarare de prover som tagits inom ramen för vården på de patienter som söker vård som är intressant. Dessa svarar för en mindre andel av de totalt tagna proverna. Bifogar exempel från januari, juli och december för att illustrera hur antalet prover varierat över tid och också hur många prover som utfaller positivt. Svarstiderna har varierat beroende på tillgång på reagens, personalsituation och instrumentstatus. Möjlighet till akut analys med svarstid på 2–3 timmar har funnits i de flesta fall.





Analys av resultat: Adekvat provtagningskapacitet och analyskapacitet har funnits i de flesta fall. Synpunkter på möjlighet till provtagning och analys av personal har funnits. Denna kapacitet har ibland uppfattats som för låg och svarstiderna har ibland varit längre än verksamheterna önskat. Detta innebär att personal som inte har Covid-19 men med lindriga luftvägssymtom inte kunnat gå tillbaka till arbetet.

Tänkbar åtgärd: I vissa fall skulle det vara bra med möjlighet till PCR-analys med ännu snabbare svar tex förlossning, BB, barnkliniken eller verksamhet med personal där många tillhör riskgrupper (kanske framförallt många gravida).

Smittspårning

Mål: Att identifiera så många smittade som möjlig och deras kontakter för att kunna minimera vidare spridning.

Resultat: För smittspårning ansvarar i första hand behandlande läkare. Ett Smittspårningsteam skapades under 2020 so initialt hörde till Infektionskliniken. From 1/9 2021 tillhör Smittspårningsteamet 1177 Vårdguiden. Med så många fall som varit belastades Smittspårningsteamet hårt och kapaciteten räckte inte till för att hantera alla ärenden (inklusive provtagningsbokning och vaccinationsbokning) så en del smittspårningsarbete/Smittskyddsanmälningar blev fördröjda. Detta fördröjde då fortsatt smittspårningsarbete. Ytterligare medarbetare har anställts och utbildats. Enheten för Smittskydd och Vårdhygien har bistått i vissa delar för rådgivning om smittspårning och smittspårning i den Regiondrivna vården Mycket av hygiensjuksköterskornas tid har gått till smittspårning på avdelningar, mottagningar och på vårdcentraler. Med den stora smittspridning som varit i Regionen under hösten ha detta varit en stor belastning också på bekostnad av annat arbete.

Analys: Ytterligare resurser behövs av mer administrativ karaktär om detta arbete skall fungera och smittspårningen vara relevant.