

# Patientsäkerhetsberättelse för Region Västmanland

År 2016



2017-02-01  
Margareta Ehnebom  
Chefläkare  
Region Västmanland

---



---

## Innehållsförteckning

Sammanfattning	4
Övergripande mål och strategier	11
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	15
Struktur för uppföljning/utvärdering	22
Uppföljning genom egenkontroll	29
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	38
Samverkan för att förebygga vårdskador	53
Risikanalys	58
Informationssäkerhet	60
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	61
Hantering av klagomål och synpunkter	63
Samverkan med patienter och närstående	63
Sammanställning och analys	66
Resultat	78
Övergripande mål och strategier för kommande år	96
Bilagor	101

---

## Sammanfattning

Säker vård handlar till viss del om enskilda individers kunnande och handlande men framför allt om organisationens och systemets förmåga att bygga in säkerhet i rutiner, processer och strukturer. Med säkrare system och god säkerhetskultur förbättras personalens förutsättningar att göra rätt i vårdarbetet.

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

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

*Region Västmanlands*<sup>2</sup> *centrala patientsäkerhetsorganisation* är av vikt för styrningen av patientsäkerhetsarbetet och har sedan 2014 egen budget. Beslut är taget 2016 att det centrala patientsäkerhetsteamet ska vara en egen enhet med egen enhetschef. Företrädare från teamet ingår i hälso- och sjukvårdsgruppen.<sup>3</sup> Programansvarig för patientsäkerhet som författningsstyrt sakområde finns utsedd.

*Program Patientsäkerhet 2017-2020* har arbetats fram under året.

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

Det centrala patientsäkerhetsteamet har fortsatt sitt *systematiska patientsäkerhetsarbete* att stödja enheterna genom patientsäkerhetsdialoger, uppföljning av avvikelser och återkoppling av händelseanalyser samt utbildning för verksamhetschefer i patientsäkerhet som nu gjorts obligatoriskt. Återkommande workshop med patientsäkerhetsfokus hålls med förvaltningsledningarna och verksamhetschefer.

Alla avvikelserrapporter granskas på övergripande nivå av chefläkare. Syftet är att visa på stöd och engagemang från högsta ledningen samt att få en god bild av det som händer i verksamheterna och även att hitta eventuella allvarigare avvikelser, som inte redan har uppmärksammats, där åtgärder behöver vidtas. Under 2016 har det systematiska arbetet även fortsatt genom att följa upp tidigare lex Maria ärenden beträffande vidtagna åtgärder och deras effekt på patientsäkerheten.

*Markörbaserad journalgranskning* har införts även i psykiatrisk verksamhet.

---

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

<sup>2</sup> Landstinget Västmanland övergick i Region Västmanland från 2017-01-01

<sup>3</sup> Hälso- och sjukvårdsgruppen leds av hälso- och sjukvårdsdirektören för ledning av Landstingsövergripande hälso- och sjukvårdsfrågor

---

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

Exempel på nya angreppssätt för att stärka patientsäkerheten är implementering av Gröna Korset<sup>4</sup>. Några enheter har infört bed-side-rapportering enligt SBAR. En slutenvårdsenhet har infört ett nytt sätt att dokumentera beslut som fattas under rondan för att förhindra dubbeldokumentation. Läkemedelsenheten har tillsammans med Västmanlands sjukhus startat ett projekt, ”Farmaceut i Vården”. Projektet syftar till att identifiera arbetsmoment där farmaceuterna kan bidra med sin expertkunskap för en optimerad läkemedelsprocess och därmed ökad patientsäkerhet.

Ett viktigt steg mot gemensam journal är införandet av journalsystemet Cosmic även för privata vårdcentraler. För att öka patienternas delaktighet i sin vård har e-tjänsten Journalen via 1177 införts under hösten 2015 och utvecklat under år 2016.

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

*Landstingsövergripande handlingsplan för Suicidprevention* har tagits fram och fastställts för att minska antalet självmord och självmordsförsök. Handlingsplanen omfattar nio målområden. Arbete under 2016 med implementering har omfattat beslut om arbetsplatsförlagd breddutbildning samt beslut om ny tjänst som samordnare för suicidprevention knuten till Kompetenscenter för Hälsa.

*Iatrogen beroende* – av vården orsakat läkemedelsberoende har identifierats som ett viktigt förbättringsområde för att öka patientsäkerheten. Initiativ har därför tagits att starta ett Regionövergripande arbete under 2017.

Det centrala patientsäkerhetsteamet stimulerar lokala *utvecklingsarbeten* i patientsäkerhet genom ekonomiskt stöd och har 2016 beviljat åtta utvecklingsprojekt. Arbetena handlar bl.a om farmaceut i vården, gröna korset, samordnat omhändertagande för diabetespatienter med både hjärt- och njursvikt samt beslutstöd vid telefonrådgivning.

Tidigare *riskanalys* hyrläkare har stor bäring i det förbättringsarbete som har pågått under året Landstinget för att minska riskerna med personal från bemanningsföretag. Åtgärderna omfattar tydligare upphandling, centraliserat avrop samt förbättrade rutiner avseende introduktion och uppföljning.

---

<sup>4</sup> Gröna korset är en metod för att varje dag identifiera risker för eller redan inträffade vårdskador

---

Landstinget Västmanland har instiftat en utmärkelse för systematiskt patientsäkerhetsarbete – ”Säkerhetsnålen” som delades ut första gången 2016. För att sprida aktuell information gällande patientsäkerhetsfrågor ges ett nyhetsbrev ”PST” ut 4 gånger per år av det centrala patientsäkerhetsteamet. (Bilaga 4)

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

Patientsäkerheten har följts upp genom jämförelser av verksamhetens resultat med uppgifter i nationella kvalitetsregister, i öppna jämförelser och genom nationella mätningar av vårdrelaterade infektioner, basala hygienrutiner och klädregler samt trycksår. Breddinförande av infektionsverktyget<sup>5</sup> har genomförts inom samtliga slutenvårdsavdelningar och specialistmottagningar på Västmanlands sjukhus.

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

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

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

Patienternas säkerhet har högsta prioritet, och landstinget arbetar på flera sätt för att minska vårdskador. Som exempel på prioriterade områden kan nämnas:

- Vårdrelaterade infektioner
- Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler
- Fallskador
- Trycksår
- Minimering av läkemedelsfel i vårdens övergångar
- Suicidprevention

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

Granskningen på övergripande nivå av avvikelser identifierar risker som lyfts till verksamheterna för förbättringsarbeten. Vid patientsäkerhetsdialogen ges möjlighet att lyfta övergripande risker för analys och åtgärd.

Den markörbaserade journalgranskningen och infektionsverktyget är bra komplement till att identifiera risker i vården. Analys av vårdrelaterade infektioner 2016 utifrån den sammanställning som genomförts är av värde.

---

<sup>5</sup> Infektionsverktyget är ett verktyg att identifiera vårdrelaterade infektioner samt att minska antibiotika

---

- **Hur informationssäkerheten har säkerställts**

Extern granskning av den tekniska säkerheten i landstingets huvudjournalssystem har genomförts och av säkerheten i perimeterskyddet. 15 riskanalyser med bäring inom informationssäkerhet har genomförts.

Under året har utarbetats och fastställts riktlinjer för IT-säkerhet och riktlinjer för informationssäkerhet för medarbetare. Ca 1000 medarbetare genomgått den nya e-utbildning om offentlighet och sekretess.

En riktlinje och anvisningar för informationsklassning har fastställts. De viktigaste it-systemen och komponenterna (ca 500 st) har klassats med hänsyn till konfidentialitet, riktighet, tillgänglighet och spårbarhet.

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

Det finns ett starkt engagemang i Landstinget Västmanland och en öppenhet att rapportera risker, tillbud och negativa händelser. Avvikelse rapporteringssystemet Synergi har också öppnat för en enkelhet att hjälpa till mellan kliniker att se förbättringsområden genom att upprättad avvikelse skickas till den enhet den berör. Totalt har 13.075 rapporter skrivits under året inkluderande revision och egenkontroller.

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

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

Att rapportera felhändelser och att ge förslag på förbättringar är väl inarbetat i Landstinget Västmanland men även att lära sig av det som går bra kan stärka patientsäkerheten. En vårdcentral har utvecklat rapport av "*positiv händelse*" och implementerat detta arbetssätt inom hela den offentliga primärvården.

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

Information finns på Landstingets Webb-sida om kontakt med vården vid synpunkter och klagomål.

Både verksamheterna och patientnämnden för in klagomål i avvikelserapporteringssystemet Synergi där de handläggs med klassificering, orsakssamband och vidtagna åtgärder för att förhindra ett upprepande. Patientnämnden kontaktar chefläkarna direkt vid allvarligare klagomål.

---

För de enskilda ärenden som kommer via IVO<sup>6</sup> är Chefläkarna länken till verksamheterna och som följer upp att avvikelser skrivs in i Synergi samt att en internutredning startas och den enskilde får ett skriftligt svar om händelsen.

- **Hur patienter och närstående involveras i patientsäkerhetsarbetet**

Patienter och närståendes förslag och synpunkter tas tillvara i verksamheterna genom de förbättringsförslag som ges fortlöpande och även mer strukturerat genom kundenkäter. Den *nationella patientenkäten* är ett viktigt instrument att fånga upp upplevelser i vården.

*Patientnämnden* är också en viktig ingång i patienternas medverkan i patientsäkerhetsarbetet. I *lexMaria*<sup>7</sup> ärenden har alltid verksamhetschefen kontakt med patient/närstående samt att patient/närståendes erfarenhet tas tillvara vid händelseanalyser.

För att patienter och närstående lättare skall kunna lämna förslag till förbättringar finns nu en *direktgång till Landstingets avvikelserapporteringssystem* Synergi. 174 ärenden har tagits omhand med förslag på bl.a förbättrat bemötande och bättre samordning.

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

Under år 2016 har därför inriktningen varit att mer involvera patienter och närstående i patientsäkerhetsarbetet. Exempel på detta är att vi på patientsäkerhetsdialogerna haft frågor om hur både patient och närstående görs delaktiga i patientsäkerhetsarbetet.

Reumatologen har ett väl utvecklat samarbete inom patientsäkerhetsområdet med patientföreträdare samt inom psykiatri finns en tradition av brukarråd. Bröstcancerföreningen har varit delaktig vid utformandet av "Min vårdplan". Flera vårdcentraler har inbjudit till *focusgrupp* med sina patienter och träffas fyra gånger per år om patientsäkerhets & förbättringsfrågor. Vid införandet av standardiserade vårdförlopp har patientföreningar varit delaktiga och fortsatt dialog upprätthålls genom regelbundna möten. Patienter deltar vid utbildning i bemötande samt närstående deltar i suicidpreventionsutbildningen.

Primärvården delar ut socialstyrelsens "Min guide till säker vård" i samband med läkemedelsgenomgångarna och slutenvården arbetar med läkemedelsberättelse. För att underlätta arbetet med läkemedelsgenomgång och också göra patienten mer delaktig finns IT-stödet *senior-miniQ* kopplat till mina vårdkontakter.

Region Västmanland införde "*min journal på nätet*" hösten 2015 och har under år 2016 utvecklat innehållet för att ge patienten möjlighet att hålla sig informerad om sin vård.

---

<sup>6</sup> IVO – Inspektionen för Vård och Omsorg.

<sup>7</sup> *LexMaria* – skyldighet för vårdgivaren att anmäla till Inspektionen för Vård och Omsorg, IVO, om en patient i samband med vård, behandling eller undersökning inom hälso- och sjukvården drabbas av eller utsatts för risk att drabbas av en allvarlig vårdskada.



---

På *Patientsäkerhetens dag* bjöds allmänheten in till dialog om en mer personcentrerad vård med föreläsningar och information om förbättringsarbeten.

- **De viktigaste resultaten som uppnåtts**

Revisionsrapporten; granskning av patientsäkerheten visar att Västmanland utvecklat sitt patientsäkerhetsarbete inom många områden för att säkerställa ett systematiskt förbättrings- och kvalitetsarbete både på bredden och på djupet med engagemang inom alla verksamheter. Det finns ett ökat patientsäkerhetsmedvetande.

***Säkerställd struktur samt ledningssystem för patientsäkerhet***

Viktiga steg i ett förbättrat patientsäkerhetsarbete har uppnåtts genom en etablerad *struktur* med centralt patientsäkerhetsteam förstärkt med analysledare och de lokala patientsäkerhetsteamerna ute i verksamheterna. Primärvården har även ett resultatövergripande team som arbetar systematiskt med förbättringsåtgärder utifrån erfarenheter av lex Maria-ärenden. En tydlig *process* med ett fungerande avvikelserapporteringsystem med klassificering och allvarlighetsbedömning inom fyra veckor, årliga patientsäkerhetsdialoger i verksamheten samt händelseanalyser vid risk för eller inträffad allvarlig vårdskada finns implementerat.

***Oförändrat antal allvarliga vårdskador eller risk för allvarlig vårdskada***

Antalet lex Maria-anmälda vårdskador är oförändrat men kvoten risk för allvarlig vårdskada/inträffad vårdskada har tyvärr minskat. Även vid markörsbaserad journalgranskning ses oförändrat antal skador och vårdskador. I relation till den svåra personalsituation som råder är det positivt att skadorna ej har ökat vilket kunde befaras.

***Minskade suicidförsök och oförändrad nivå på suicid***

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

***Fortsatt låg frekvens vårdrelaterade infektioner***

Även låg frekvens av vårdrelaterade infektioner noteras även om inte uppsatta mål helt nåtts. Detta skall sättas i ett sammanhang av en stigande trend i hela riket. Flera landstingsövergripande processer har kunnat slutföras och implementeras för en säkrare vård.

***Trendbrott avseende trycksår***

Arbetet att minska utvecklingen av trycksår har börjat ge effekt. Verktyg finns utarbetade för personalen som även kommunerna tagit del av samt att patient/närstående görs delaktiga då så är möjligt.

***Förbättrade rutiner vid remissförfarande***

Införandet av gemensam elektronisk journal Cosmic har förbättrat rutiner vid remissförfarande. Remissmallar har tagits fram. Att primärvården och sjukhusvården har gemensamt journalsystem underlättar vid överförandet av information samt för säker läkemedelsanvändning. E-tjänsten Journalen ger nu patienten lättare tillgång till sin journal som ger ökat patientinflytande.

***En förbättrad patientsäkerhetskultur***

Arbetet att förbättra patientsäkerhetskulturen, som skall kännetecknas av ett förebyggande arbetsätt och en naturlig patientmedverkan, visade på flera

---

positiva resultat i den nya nationella mätningen 2014 jämfört med mätningen 2011. Arbetet har fortsatt enligt upprättad handlingsplan. Vid mätningen 2017 ska även de privata vårdgivarna deltaga.

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

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

Genom ett systematiskt arbete för att minska antalet vårdskador kan kvaliteten i vården förbättras, resurser frigöras och tillgängligheten öka. Målet är att det arbete som bedrivits inom ramen för tidigare överenskommelse ska fortsätta. Patientsäkerhetsöverenskommelsen<sup>8</sup> är avslutad och pågick mellan åren 2010-2014.

Landstinget Västmanland har integrerat sitt patientsäkerhetsarbete i ordinarie verksamhet och medel finns avsatta i budgeten för en fortsatt patientsäkerhets-satsning. Patientsäkerhet är ett prioriterat område i Landstinget Västmanland. Arbetet fortsätter nu enligt Nationellt Ramverk för patientsäkerhet med målet att nå den högsta nivån för patientsäkerhetsarbetet enligt SKL:s bedömning.

*Patientsäkerhetsdagen* kommer att genomföras för femte året i rad den 11/5 2017. Upplägget är på samma sätt som tidigare år för personal och allmänhet för att visa på gjorda goda insatser inom patientsäkerhetsområdet samt att stimulera till ett fortsatt patientsäkerhetsarbete. Denna dag blir nu en tradition i Region Västmanland.

- **Tillsammans gör vi vården säkrare**



---

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

---

## Övergripande mål och strategier

### *Övergripande mål*

Region Västmanland arbetar målmedvetet för att öka patientsäkerheten och successivt utveckla en säkerhetskultur, som kännetecknas av hög riskmedvetenhet och ett aktivt riskreducerande arbetssätt. Arbetet betonar systemsyn i stället för individsyn och strävar efter en lärande organisation, där rapportering av avvikelser ses som en naturlig del av förbättringsarbetet och en nödvändighet för ett framgångsrikt insättande av förebyggande åtgärder.

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

- Minska antalet vårdskador<sup>9</sup>, en nollvision för undvikbara skador.
- En patientsäkerhetskultur som kännetecknas av patientens delaktighet och medverkan samt ett förebyggande arbetssätt.

*Regionplanen, tidigare landstingsplanen är Region Västmanlands främsta politiska styrdokument och formulerar vision, inriktning och övergripande mål för den verksamhet regionen ansvarar för och finansierar. Hög patientsäkerhet är en förutsättning både för god vård och god ekonomi. Den som uppsöker hälso- och sjukvården i Västmanland ska känna sig trygg i att vården är säker och av god kvalitet.*

*Region Västmanland har en nollvision vad gäller vårdskador. Ingen patient ska skadas i vården. Patienter och medborgare förväntar sig att hälso- och sjukvården ska vara trygg och säker.*

*Regionen har också en intention att leva upp till nationellt formulerade kvalitetskrav.*

De senaste åren har det skett stora framsteg i Region Västmanland när det gäller patientsäkerhet. En kunskapsstyrd och evidensbaserad vård är ett stöd för att säkra kvalitet och säkerhet i vården.

***En säker och kostnadseffektiv verksamhet av god kvalitet<sup>10</sup>***  
*Med en säker och kostnadseffektiv verksamhet av god kvalitet menar vi en verksamhet som är baserad på aktuell kunskap och evidens och som genomsyras av säkerhetstänkande och smidiga flöden - på att arbeta med rätt saker på rätt sätt. Detta förutsätter systematiskt kvalitets- och säkerhetstänkande såväl som ansvarstagande för en hållbar utveckling och miljö. Vården ges på rätt vårdnivå, vilket innebär högre kvalitet för patienterna samtidigt som landstingets resurser används så effektivt som möjligt.*

---

<sup>9</sup> Med vårdskada menas lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid en patients kontakt med hälso- och sjukvården

<sup>10</sup> Landstingsplan 2016-2018

Patientsäkerhet är ett område som landstinget kommer att fokusera särskilt på under planperioden. Att upprätthålla och förbättra den goda patientsäkerhet landstinget Västmanland uppnått är en grundpelare för att kunna ge god vård. Utmaningen nu är att inte tappa farten utan tvärtom öka och intensifiera insatserna för att komma ännu längre.

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

**Intention:** Landstingets verksamhet utförs på rätt nivå i säkra, sammanhållna processer och med god hushållning av resurserna.

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

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

<b>Nolltolerans mot undvikbara skador i vården</b>		
<b>MÅL</b>	<b>MÅLVÄRDE</b>	<b>STRATEGIER</b>
Inga patienter ska skadas eller avlida till följd av felbehandlingar i vården.	Antalet fallskador bland inskrivna patienter >70 år ska minska med 10% mellan år 2014-2016.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Geriatrisk riskprofilbedömning genomförs på alla inlagda patienter &gt;75 år.</li> <li>✓ Fortsatt deltagande i nationella kvalitetsregistret Senior Alert.</li> </ul>
Inga patienter ska drabbas av undvikbara vårdrelaterade infektioner i samband med vård och behandling	Vårdrelaterade infektioner (VRI) i samband med vård och behandling ska vara < 5% under planperioden 2014-2016.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Punktprevalensmätningar av VRI och monitorering med hjälp av Infektionsverktyget.</li> <li>✓ Uppmärksamma vårdpersonalen på basala hygienrutiner och klädregler.</li> </ul>
Begränsa utbredning av multiresistenta bakterier. (MRB)	Antal utskrivna antibiotikarecept per 1000 invånare och år skall minska varje år mellan 2014-2016.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Informationsinsatser från Läke-medelskommittén och Strama riktade mot förskrivare och allmänhet för att minska användning av antibiotika.</li> </ul>
<b>Att leva upp till nationellt formulerade kvalitetskrav</b>		
<b>MÅL</b>	<b>MÅLVÄRDE</b>	<b>STRATEGIER</b>
Medicinsk kvalitet som står sig väl i nationell jämförelse	Minst 65% av indikatorerna i öppna jämförelser ska vara i paritet med eller bättre än riksgenomsnittet	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Medel avsätts för att stödja en anpassning till nationella riktlinjer.</li> </ul>

---

## **Strategier**

- **Landstinget har en nollvision vad gäller undvikbara skador i vården.**
- Ett framgångsrikt patientsäkerhetsarbete fordrar både kontinuitet och uthållighet.
- Att synliggöra goda exempel är viktigt.
- Att mäta och följa upp resultaten är en av huvudstrategierna för att inte tappa fokus.
- Samverkan är ett nyckelord vad gäller patientsäkerhet och har bäring inom flera områden.
  - Det handlar om samverkan mellan vårdens olika nivåer och utförare samt att höja både kvalitet och säkerhet i remissystemet. Det måste råda nolltolerans för fel i remisshantering för att varken patient eller information ska kunna falla mellan stolarna.
  - Det handlar om att samverka mellan kommun och landsting och ha fokus på patienten, som också skall vara delaktig i utskrivningsförfarandet. I de fall där det är aktuellt måste landstinget ha kommunernas medverkan. Här är arbetet med en sammanhållen digital patientjournal viktigt.
- Patientens delaktighet är av största vikt för att uppnå högre patientsäkerhet och god kvalitet i hälso- och sjukvården.
  - Patienter måste ges ökade möjligheter att medverka i den egna vården.
- Geriatrisk riskprofil och läkemedelsgenomgångar ökar kunskapen om patienten och ger förutsättningar för rätt vårdinsatser på rätt nivå.
  - Obligatoriska läkemedelsgenomgångar hos äldre patienter är en framgångsrik väg att minska såväl övermedicinering som felmedicinering.
  - Riskbedömning av patienter inom primärvården utvecklas, genom användandet av verktyget miniQ<sup>11</sup>.
  - Primärvårdsprogrammet ställer också krav på att de mest sjuka äldre ska uppmärksammas särskilt och att multisjuka /riskpatienter identifieras och tydligt markeras i journalen.

Landstinget arbetar målmedvetet för att öka patientsäkerheten och successivt utveckla en säkerhetskultur med hög riskmedvetenhet och aktiv riskreduktion. Det allmänna säkerhetsarbetet ska upprätthålla en säker och trygg miljö för såväl medarbetare som patienter. Patientsäkerhetsarbetet skall bedrivas systematiskt.

### **Under planperioden 2016-2018 kommer Landstinget Västmanland arbeta vidare med:**

- Suicidprevention
- Deltagande i nationella kvalitetsregistren Senior Alert och Palliativregistret.

---

<sup>11</sup> MiniQ är ett verktyg/beslutstöd vid läkemedelsgenomgång för att undvika över- eller felmedicinering.

- Intensifiera de påbörjade insatserna för att minska frekvensen VRI och trycksår.
- Ha fortsatt fokus på förskrivningen av antibiotika och läkemedelsförskrivningen till äldre.
- Fortsätta utveckla ändamålsenliga lokaler för minskad förekomst av infektioner.
- Vidmakthålla och ytterligare stärka arbetet med städrutiner för en patientsäker vård.
- Förberedelser för framtida certifiering mot ISO-standarden för kvalitet och patientsäkerhet.

### **Sammanställning av samtliga detaljerade mål för säker vård 2016**

- Tillgängligheten till vård ska öka
- Vårdrelaterade infektioner (VRI) ska vara < 5% under 2014-2016
- Antalet trycksador i samband med vård och behandling ska minska
- Andelen läkemedelsberättelser vid utskrivning från sjukhus skall öka
- Antalet läkemedelsfel i vården ska minska
- Antalet läkemedelsgenomgångar skall öka
- Antal utskrivna antibiotikarecept ska minska för varje år
- För varje patient ska det finnas en samordning som garanterar att patientens vård och behandling ges utifrån en helhetssyn
- Suicid och suicidförsök skall minska
- Andelen riskbedömda patienter >70 år ska vara > 60% (Senior Alert)
- Andelen riskpatienter > 70 år med minst en åtgärd ska vara > 80%
- Förbättrad patientsäkerhetskultur
- Förbättrad avvikelserapportering

Prioriterade mått	Frekvens	Utgångsläge 2015	Målvärde 2016
<b>Säker vård</b>			
Minska antalet VRI mätt via punkt prevalens mätning (PPM) 2 ggr/år	År	7,8%	<5%
Minska andelen trycksår som uppstått eller förvärrats under vårdtid, grad 2-4, mätt genom journalgranskning 4 ggr/år	År	6%	4,5%
Tillgänglighet – andel av befolkningen som anser att väntetiderna i hälso- och sjukvården är rimliga ska öka år från år	År	2013: 52,5% 2014: 53%	55%
Lex Maria – fördelning risk och inträffad	År	28%	30%
Suicidprevention – suicidförsök , ska minska och halveras till år 2020	År	25	23
Samtliga avvikelser ska vara klassificerade och negativa patientavvikelser allvarighetsbedömda inom 4 veckor för händelsen.	Delår, År	Andel klassificerade avvikelser 2014: 57%  Bedömda inom fyra veckor 2014: 12%	80%  60%

### **Focusområden**

#### **Medborgare/Patient**

- Patient & närståendes delaktighet
- Säker läkemedelsanvändning
- Säker kateteranvändning
- Trycksårsprevention
- Fallskadeprevention
- Suicidprevention
- Psykiatrisk tvångsvård, korrekt tillämpning av lagstiftning

---

### *Process/Produktion*

- Infektionsverktyget
- Följa upp åtgärdsförslag för överbeläggningar-utlokaliserade patienter
- Ledningssystemet
- Risk & Händelseanalys
- Markörbaserad Journalgranskning MJG
- Synergi
- Kvalitetsregister – Senior Alert och Palliativregistret
- Säkra rutiner i gemensam elektronisk journal Cosmic
- Säker informationsöverföring i vårdens övergångar

### *Medarbetare*

- Stärkt Patientsäkerhetskultur
- Strukturerad kommunikation enligt SBAR
- Basala hygienrutiner och klädregler
- Utbildning i patientsäkerhet
- Samverkan patientsäkerhet - HR
- Synergi – återkoppling av inträffade avvikelser

### ***Mål Patientsäkerhetskultur 2014-2016***

- Att högsta ledningens stöd till patientsäkerhetsarbete ska öka  
index 2011 (28), 2014 (39)
- Att minska arbetsbelastningen  
index 2011 (44), 2014 (43)
- Att skapa en förbättrad lärandeorganisation  
index 2011 (54), 2014 (56)

## **Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet**

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

Det centrala patientsäkerhetsteamet är underställt hälso- och sjukvårdsdirektören som biträder landstingsdirektören i planering och ledning av patientsäkerhetsarbetet.

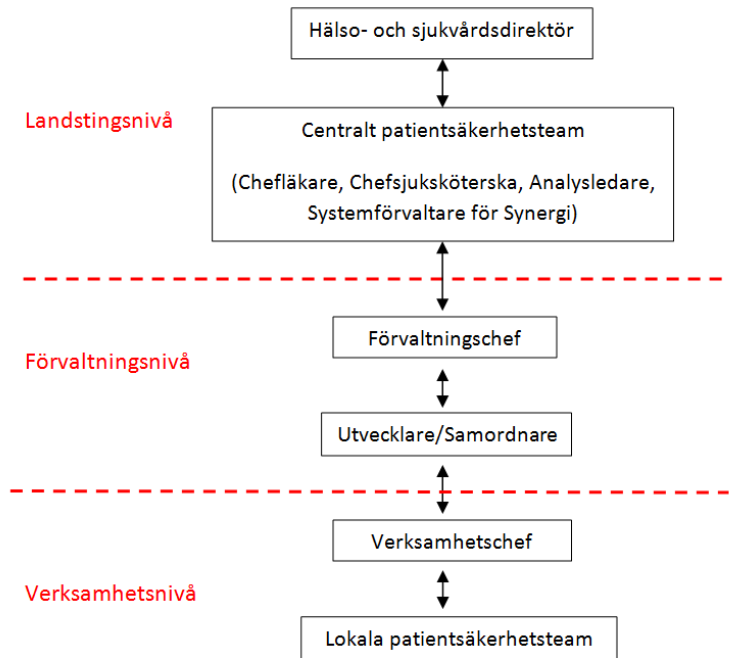
Varje verksamhetschef har det yttersta ansvaret att säkra att verksamheten bedrivs på ett patientsäkert sätt och att samtliga medarbetare följer de av vårdgivaren utarbetade instruktionerna omfattande patientsäkerhetsarbetet.

---

## Patientsäkerhetsorganisation

### PATIENTSÄKERHETSORGANISATION

---



### **Regionnivå**

#### Centrala patientsäkerhetsteamet

Fyra chefläkare samt en chefsjuksköterska säkrar och följer upp vårdgivarens ansvar för patientsäkerheten i landstinget samt stödjer verksamhetscheferna i ett förebyggande systematiskt patientsäkerhetsarbete. Regionens patientnära verksamheter är uppdelade på de fyra chefläkarna utifrån olika specialiteter. I teamet ingår även två synergisamordnare och fem analysledare samt administrativt stöd.

*Chefläkare* ansvarar för att handlägga lex Maria ärenden i myndighetskontakt med IVO. Chefläkare tar del av och fördelar ”Enskilda ärenden” till respektive verksamhet. Chefläkare tar kontakt med central samordnare för analysledarna gällande fördelning av analysärenden. Chefläkare kan initiera riskanalyser och håller sig informerade om ev. riskindivider. Chefläkarna arbetar halvtid och motsvarar 2,0 tjänst.

*Chefsjuksköterska* medverkar i landstingsövergripande mål, strategier och uppföljning av patientsäkerheten. Chefsjuksköterskan medverkar i övergripande analys och åtgärdsförslag av patientsäkerheten samt initierar erforderliga åtgärder på landstingsövergripande nivå samt deltar i genomförande av dessa.

*Förvaltare av avvikelssystemet Synergi* ansvarar för verksamhetsnära för-



---

valtning av Synergi samt ansvarar för att kvalitetssäkra data, utveckling, utbildning och stöd till verksamheterna speciellt i kontakten med de lokala avvikelssamordnarna.

*Analysledarna* är fem till antalet varav en arbetar heltid och har en samordnande funktion, övriga fyra arbetar halvtid (motsvarar 3.0 tjänst). Analysledarna har ett ansvar att leda risk- och händelseanalysarbetet på uppdrag av chefläkare och/eller verksamhetschef, samt ge utbildning i risk- och händelseanalys inom landstinget. Vidare ingår systematisk uppföljning av gjorda analyser, planerade åtgärder samt återföring av ny kunskap till verksamheterna.

### Smittskydd, Strama och Vårdhygien

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

*Smittskydd* är en länsövergripande myndighet, som planerar, organiserar och leder smittskyddsarbetet. Verksamheten syftar till att förebygga och minska risker för spridning av smittsamma sjukdomar till och mellan människor. Arbetet utgår från smittskyddslagen och bedrivs genom övervakning, smittspårning, förebyggande arbete, information och utbildning.

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

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

### Läkemedelskommittén

Landstinget Västmanlands läkemedelskommitté är expertorgan i övergripande läkemedelsfrågor med uppgift är att verka för en behovsbaserad, medicinskt ändamålsenlig och kostnadseffektiv läkemedelsanvändning, samt att i övrigt främja användningen av rationella behandlingsmetoder i hälso- och sjukvården. Information kring läkemedel både till förskrivare och patienter är ett viktigt verksamhetsområde. Verksamheten regleras i Lag om läkemedelskommittéer (1996:1157).

### Patientnämnden

Patientnämnden är en fristående, opartisk instans för problemlösning och arbetar för att patientens rättigheter och synpunkter skall tas till vara. Verksamheten regleras i Lag om patientnämndeverksamhet (1998:1656). Patienter, anhöriga och personal som vill rådgöra om eller har synpunkter på vård och omsorg kan vända sig till Patientnämnden som verkar för goda kontakter mellan patient och personer inom hälso- och sjukvården. Patientnämndens organisationstillhörighet är från 2015 Centrum för Hälso- och sjukvårdsutveckling vil-

---

ket innebär att de är underställda hälso- och sjukvårdsdirektören och har samma organisationstillhörighet som det Centrala Patientsäkerhetsteamet.

### ***Förvaltningsnivå***

#### Förvaltningschef

Förvaltningschefen ansvarar för att säkerställa aktiviteter i förvaltningsplanen så att målen i landstingsplanen för patientsäkerhetsarbetet uppnås samt ska säkerställa att nödvändiga resurser avsätts till patientsäkerhetsarbete. Förvaltningschefen följer upp sina verksamheters patientsäkerhetsarbete i delårs- respektive helårsbokslut.

#### Utvecklare/Samordnare

Ansvarar för att bedriva och utveckla ett systematiskt patientsäkerhetsarbete på förvaltningsnivå. Ansvarar för att initiera mätningar (VRI, BHK, trycksår), regelbundna uppföljningar av resultat från mätningarna. Initierar och medverkar i utbildningsinsatser inom patientsäkerhetsområdet. Arbetar med ledningssystemets olika delar på förvaltningsnivå samt uppföljning av avvikelser

### ***Verksamhetsnivå***

#### Verksamhetschef

Verksamhetschefen ansvarar för att ta fram, dokumentera och fastställa instruktioner för hur patientsäkerhetsarbetet kontinuerligt ska bedrivas för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten.

- att regelbundet sammanställa och analysera samtliga avvikelser för ett systematiskt patientsäkerhetsarbete.
- att initiera riskanalys.
- att tillsammans med avdelningschef/motsvarande ansvara för att samtliga medarbetare på den egna enheten känner till instruktionen för risk- och händelseanalysarbete och vet hur man arbetar utifrån den.
- att till chefläkare rapportera händelser som medfört allvarlig vårdskada eller risk för sådan samt i samråd med denne besluta om central händelseanalys ska utföras.
- att till chefläkare överlämna internutredning.
- att resultatet av risk- och händelseanalys återrapporteras till enheten/ verksamheten, samt ge uppdrag till avvikellesamordnare att dokumentera beslutade åtgärder i avvikelserapporten i Synergi.
- att följa upp de vidtagna åtgärdernas effekt.

#### Lokala patientsäkerhetsteam

Det lokala patientsäkerhetsteamet verkar på uppdrag av verksamhetschef. Teamet är en strategisk resurs för verksamhetsledningen att bevaka och driva patientsäkerhetsfrågor. Teamet ska minst bestå av en läkare med specialistkompetens och en sjuksköterska eller annan legitimerad medarbetare samt verksamhetens avvikellesamordnare.

---

### Avvikelsesamordnare

Verksamhetschef utser avvikelsesamordnare för att på uppdrag ansvara för att göra en första sortering av inkomna ärenden, klassificera, ev. sekretesskydda ärende, begära övertagande av ansvar (även till annan verksamhet/enhet) samt dokumentera beslutade åtgärder. Vidare ingår att förlöpande ge information/återföring till verksamheten samt att delta i det lokala patientsäkerhetsteamet.

### Hälso- och sjukvårdspersonal

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

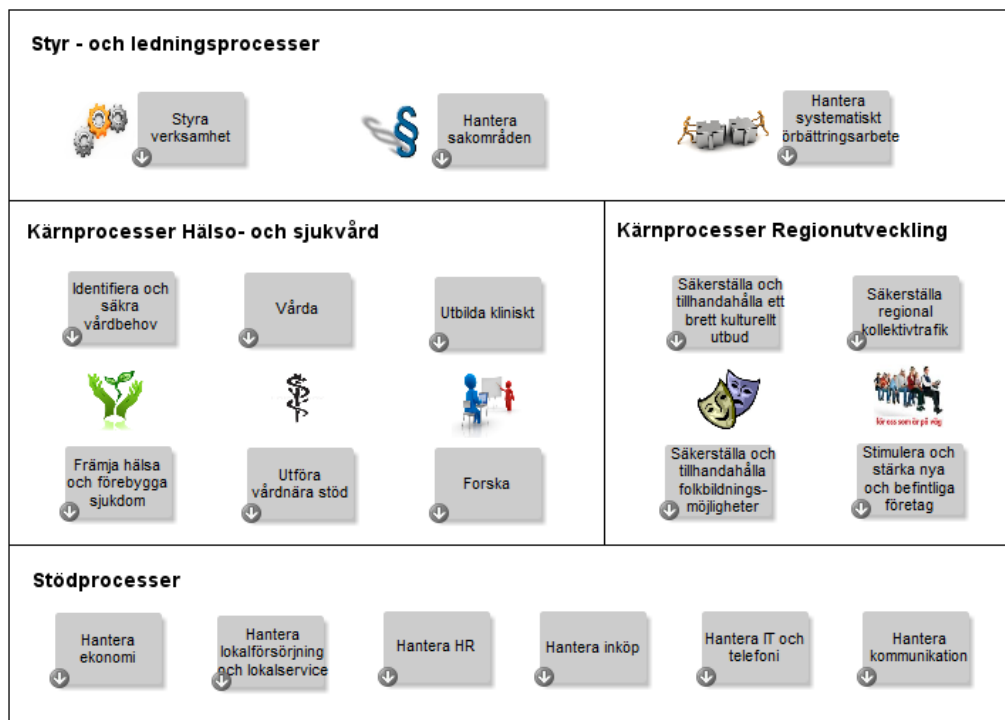
### ***Ledningssystemet***

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

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

Ledningssystemet drivs i förvaltning med förvaltningsledare och centrala samordnare i samarbete med Utvecklingsenheten som kartlägger processer. En viktig del i arbetet är att försöka samordna dokument så att det skrivs fler dokument på landstingsövergripande nivå som gäller fler verksamheter. Ett nätverk finns uppbyggt med delsamordnare ute i verksamheten som har ett ansvar för att administrera dokumentationen inom sin egen verksamhet. De centrala samordnarna har nätverksträffar vid behov (c:a 1 gång/år) med delsamordnarna och sänder även ut nyhetsbrev med information om förändringar.

Under året har ett arbete pågått med att tillgängliggöra ledningssystemet för de privata vårdcentralerna, parallellt med införandet av den gemensamma elektroniska journalen (Cosmic).



### *Processorganisation till stöd för säker vård*

Att säkra patientens väg inom hälso- och sjukvården är av största betydelse. Huvudsyftet med att identifiera sjukvårdens kliniska processer är att stärka patientsäkerheten. Processerna har kartlagts för att säkra kvaliteten. I arbetet med identifieringen och kartläggning av processerna har många olika specialister deltagit.

Ett stort område som omedelbart fått stöd genom den etablerade processtrukturen är cancerområdet där det nationella införandet av standardiserade vårdförlopp pågått sedan 2015. Hittills har 18 vårdförlopp startat och arbete pågår med att starta upp ytterligare 10 under 2017.

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

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

Utvecklingsinsatsen med att komplettera landstingets ledningssystem med en processtruktur, är nu avslutad. Inom projektet som hanterade författningsstyrda sakområden, såsom patientsäkerhet, identifierades och kartlades initialt

---

65 huvudprocesser med tillhörande delprocesser. Det fortsatta projektarbetet bedrevs med ambitionen att samordna arbetssätt mellan sakområdena vilket resulterade i att det till slut blev 39 huvudprocesser som kvalitetssäkrades och publicerades i ledningssystemet. Processerna är nu överlämnade till utsedda processägare som tillsammans med processledare har ansvaret att bedriva fortsatt förbättringsarbete i processerna.

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

### **Instruktioner**

- *Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet; 6199*
- *Anmälan av leg hälso- och sjukvårdspersonal som utgör en risk för patientsäkerheten; 4313*
- *Avvikelsehantering; 4302*
  - *Schema för rapportering av avvikelser då medicinsk-teknisk utrustning är inblandad; 6730*
- *Dokumentation i patientjournal; 27241*
- *Enkel läkemedelsgenomgång; 34309*
- *Fördjupad läkemedelsgenomgång; 34308*
- *Guide för trycksårsprofylax; 31862*
- *Handläggning av Lex Maria ärenden; 4312*
  - *Mall för internutredning vid Lex Maria; 6016*
- *Händelseanalys för patientsäkerhet; 4295*
- *Infektionsverktyget; 22531*
- *Läkemedelsberättelse/Utskrivningsinformation; 4299*
- *Markörbaserad journalgranskning; 12651*
- *Omvårdnadsdokumentation i patientjournal; 27129*
- *Patientnämndsärende – handläggning; 4013*
- *Patientnämndsärende – handläggning i primärvården; 22247*
- *Risikanalys för patientsäkerhet; 4297*
- *Stöd till patient, anhörig och personal vid inträffad vårdskada; 3213*

### **Handlingsplaner**

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

### **Policies och Riktlinjer**

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

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

---

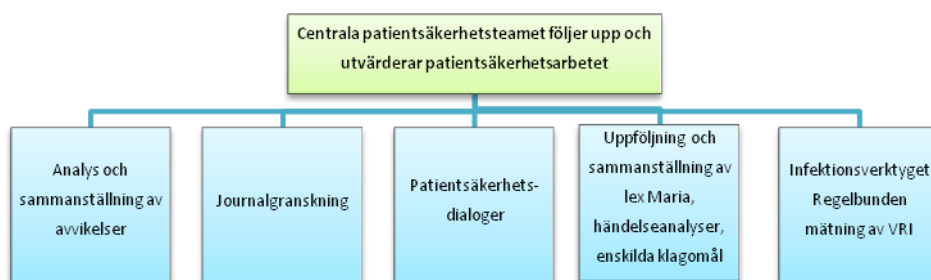
## Struktur för uppföljning/utvärdering

Beslutade åtgärder för ökad patientsäkerhet följs upp i linjen inom ramen för delårs- och årsboksluten. Verksamhetschefen rapporterar till sin resultatområdeschef som rapporterar vidare till förvaltningschefen som i sin tur rapporterar direkt till landstingsdirektören.

De kortsiktiga målen har följts upp på detta sätt i respektive förvaltning både avseende måluppfyllelse och vidtagna åtgärder för att nå de uppsatta målen. Programansvarig för patientsäkerhet har där ett särskilt ansvar att stödja och styra respektive förvaltning mot uppsatta mål.

Rutiner för högsta ledningens totala genomgång finns utarbetade.

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



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

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

Även om Patientsäkerhetssatsningen<sup>12</sup> är avslutad utses ansvariga till övriga statliga satsningar att de följer intentionerna. Då andra områden för överenskommelse med staten tangerar patientsäkerhetsområdet bevakar patientsäkerhetsteamet dessa och ingår i den grupp som bildats under ledning av hälso- och sjukvårdsdirektören med ansvarig kontaktperson för samtliga överenskommelser.

---

<sup>12</sup> Överenskommelse mellan Staten och Sveriges Kommuner och Landsting om förbättrad patientsäkerhet

---

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

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

### ***Avvikelseberapportering i Synergi och lex Maria***

Samtliga ärenden i avvikelserapporteringssystemet sammanställs av förvaltaren för Synergi i en Årsrapport varje år. För att säkert identifiera alla allvarliga vårdskador som skall lex Maria-anmälas går en av chefläkarna, sedan hösten 2012, igenom samtliga patientrelaterade händelser och rapporterade risker varje vecka för den vecka som ligger fyra veckor tillbaka i tiden. En utvidgad analys genomförs av ansvarig chefläkare inom respektive område för kirurgiska specialiteter, medicinska, primärvård samt psykiatri som i sin tur kontaktar respektive verksamhetschef för en internutredning om inte sådan redan påbörjats.

Granskningen av samtliga avvikelser av chefläkare och den fortlöpande sammanställning som görs varje vecka innebär att mönster kan ses och rapporteras till hälso- och sjukvårdsdirektören som kan besluta om förbättringsarbeten. I enskilda ärenden kan även chefläkaren fatta beslut om åtgärder.

Årsrapporten för Synergi presenteras för Hälso- och sjukvårdsgruppen under våren för att förbättringar skall kunna initieras.

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

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

### ***Markörbaserad journalgranskning***

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

---

I ledningssystemet finns fastställt att övergripande ska inom somatisk slutenvård 30 journaler granskas per månad, inom barnsjukvård 10 och inom psykiatrisk vård 15 journaler per månad. Övergripande är det centrala patientsäkerhetsteamet som utför journalgranskningen.

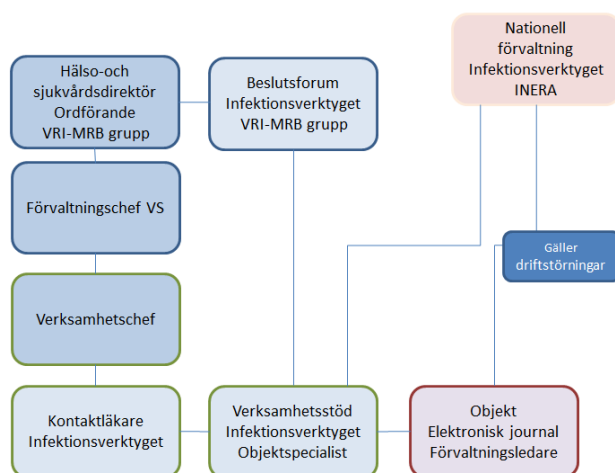
Region Västmanlands resultat från (slumpmässigt urval) av journaler inrapporteras i Sveriges Kommuner och Landstings nationella databas. Nationell databas för resultat från MJG inom psykiatrisk vård är ännu inte framtagen.

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

### ***Infektionsverktyget***

Infektionsverktyget är ett nationellt IT stöd för att kontinuerligt registrera vårdrelaterade infektioner, riskfaktorer för VRI och antibiotikaordinationer kopplat till ordinationsorsak. Breddinförande av infektionsverktyget skedde i mitten av oktober 2013 på Västmanlands sjukhus.

### **Förvaltningsorganisation**



Beslutsforum för infektionsverktyget är VRI-MRB-gruppen där hälso- och sjukvårdsdirektören är ordförande. I VRI-MRB-gruppen ingår representanter för smittskydd, vårdhygien, Strama, patientsäkerhet, kommunikation samt de två förvaltningarna Västmanlands sjukhus respektive Psykiatri, primärvård och habiliteringsverksamhet. Gruppen träffas en gång i månaden.

På varje klinik finns en kontaktläkare för infektionsverktyget utsedd av verksamhetschefen. Kontaktläkaren har som ansvar uppföljning av Infektionsverktyget på kliniknivå avseende vårdrelaterade infektioner, riskfaktorer samt antibiotikaföreskrivning. Kontaktläkaren deltar också i valideringsarbetet.

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



---

med förvaltningsledare för elektronisk journal. Verksamhetsstödet för infektionsverket stödjer kontaktläkarna med utvärdering och validering av data i verket. De har under 2016 fortsatt att anordna nätverksträffar för kontaktläkarna.

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

Den centrala patientsäkerhetsenheten har ansvar för uppföljning av patientsäkerhetsarbetet genom patientsäkerhetsdialoger som kan likställas med interna revisioner. Dialogen genomförs inom samtliga verksamheter en gång årligen enligt utarbetad checklista. Chefläkaren för respektive område besöker verksamheten tillsammans med chefsjuksköterskan och går igenom checklistan med enhetens verksamhetschef och lokala patientsäkerhetsteam under två timmar.

Resultatet från patientsäkerhetsdialogerna sammanställdes enligt trafikljusmodellen och rapporterades till förvaltningschefer vid dialogmöten på förvaltningsnivån och till hälso- och sjukvårdsdirektör vid hälso- och sjukvårdsgruppens sammanträde.

#### De områden som omfattades av sammanställningen 2015 var:

1. Lokalt Patientsäkerhetsteam arbetar på ett systematiskt sätt
2. Rutiner finns att säkerställa patientmedverkan på individ & systemnivå
3. Verksamheten har säkra rutiner för KAD och centrala infarter
4. Verksamheten arbetar aktivt med läkemedelsavstämningar/berättelse
5. SBAR används för en förbättrad kommunikation
6. Verksamheten har rutiner för fast vårdkontakt
7. Identifierade förbättringsområden gällande patientsäkerhetskultur
8. Verksamheten arbetar för att förebygga trycksår enligt handlingsplan
9. Suicidpreventivt arbete
10. Analys och åtgärd genomförs av inkomna avvikelser

Vid genomförda patientsäkerhetsronder 2016 har de enskilda resultaten 2015 kopplat till övriga enheters resultat även återkopplats på verksamhetsnivå.

#### Checklista patientsäkerhetsdialog 2016:

1. Vem/Vilka är verksamhetens avvikellesamordnare?
2. Vilka ingår i verksamhetens patientsäkerhetsteam?
3. Vårdrelaterade infektioner och följsamheten till BHK?
4. Läkemedelsfrågor – rutiner för aktuell läkemedelslista?
5. Markörbaserad journalgranskning – deltagande?
6. Trycksår – uppföljning av mätningar och arbetet enligt handlingsplanen?
7. Suicid/Suicidförsök – lokala rutiner och utbildning i suicidprevention?
8. Tvångsvård – Egenkontroll och rutiner?
9. Överbeläggningar och utlokaliserade patienter – arbete enligt handlingsplan?

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

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

De problemområden **som enheterna lyfter** enligt punkt 14 sammanställs och rapporteras till hälso- och sjukvårdsgruppen samt är ett viktigt underlag för kommande riskanalyser och förbättringsarbete.

Exempel på problem/risker:

✚ *Elektronisk journal Cosmic*

Kvarstående sekretess-spärrar innebär svårigheter att nå information.

✚ *Utlokaliserade patienter*

Otydligt för avdelningen när patienten utlokaliseras direkt från akutmottagningen.

✚ *Utskrivningsprocessen*

Rutiner och kommunikation brister med hemsjukvård och hemtjänst.

✚ *Kompetensförsörjning*

Bristsituation av medicinska läkarsekreterare påverkar patientsäkerheten.

Hög personalomsättning, svårt att behålla medarbetare och dess kompetens

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

Vid patientsäkerhetsdialog 2017 kommer bl.a handlingsplanen för suicidprevention, tvångsvårdslagstiftningen och rutiner för att förebygga trycksår att följas upp samt om enheterna börjat med ”Gröna korset”. Fokus kommer även att vara på basala hygienrutiner- och klädregler samt verksamheternas arbete att förebygga överfylld urinblåsa.

### **Hälso- och sjukvårdsgruppen**

*Hälso- och sjukvårdsgruppen är hälso- och sjukvårdsdirektörens ledningsforum för att styra patientsäkerhetsarbetet. I gruppen ingår förutom en av chefläkarna, samtliga förvaltningschefer, vårdvalschef, chef för kompetenscenter för hälsa samt personaldirektör och medicinsk rådgivare till hälso- och sjukvårdsdirektören.*

---

Det centrala patientsäkerhetsteamet deltar även i följande grupper som leds av hälso- och sjukvårdsdirektören eller på uppdrag, av annan utsedd person för utvärdering och analys av patientsäkerhet.

- *Trycksårsgrupp*

En trycksårsgrupp har bildats under ledning av hälso- och sjukvårdsdirektören. Syftet är att utifrån analys av trycksårsmätningar identifiera enheternas styrkor och svagheter för att kunna uppdatera den övergripande handlingsplanen med mål och lämpliga aktiviteter.

- *VRI-MRB-gruppen*

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

- *Analysgrupp*

En analysgrupp finns inrättad i Landstinget att granska Öppna jämförelser och ge förslag på åtgärder att öka bl.a Patientsäkerheten. Analysgruppen leds av hälso- och sjukvårdsdirektören och är också ett medicinskt råd med uppdrag att följa upp implementeringen av nationella riktlinjer samt har mandat att ta beslut om eventuella nya metoder och läkemedel.

- *Regionalt cancerråd för Västmanland – RCC-råd*

Det lokala cancerrådet i Västmanland är kopplat till det regionala och arbetar med att följa upp och analysera vården för de cancersjuka i vilket ingår att ge en patientsäker och jämlik vård. Rådet leds av hälso- och sjukvårdsdirektören.

- *Överenskommelser mellan stat och SKL*

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

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

- *VRI-MRB-gruppen*

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

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

---

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

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

Utfall och analys av antibiotikaförskrivning och -förbrukning samt de strategiska aktiviteterna redovisas av smittskyddsläkare/ordförande i läkemedelskommittén vid Centrum för hälso- och sjukvårdsutvecklings måndagsmöten och vid VRI-MRB-gruppens möten. Vid behov lyfts också dessa frågor vidare till hälso- och sjukvårdsgruppen, koncernledning och landstingsstyrelse.

- *Hygienronder*

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

### ***Äldrevårdsteam***

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

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

Resultaten rapporteras till Vårdvalschefen som rapporterar till Hälso- och sjukvårdsdirektören så att förbättringar kan initieras.

### ***Vårdvalet***

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

---

## **Ledarforum**

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

## **Uppföljning genom egenkontroll**

Region Västmanland arbetar systematiskt med uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten. En sammanställning av de källor som analyseras regelbundet för en ökad patientsäkerhet är:

- PPM-BHK
- PPM-VRI
- Infektionsverktyget
- PPM-trycksår med kompletterande journalgranskning
- Senior Alert
- Avvikelsesrapporter
- Uppföljning av lex Maria samt genomförda centrala händelseanalyser
- Markörbaserad journalgranskning
- Patientsäkerhetskulturmätning
- Bemanning i primärvården
- Tillgänglighet - vårdgaranti
- Kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen
- Läkemedelsberättelse och fördjupad läkemedelsgenomgång
- Antibiotikaförskrivning
- Förskrivning av läkemedel till äldre

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

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

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

Vårdhygien följer upp BHK i samtliga verksamheter bl.a. genom hygienronder. Somatisk slutenvård kommer att mäta varje månad.

---

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

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

*Analys av flera års VRI visar på behov av förbättringar inom katetervård var-för landstinget stöder innovation Catheasy<sup>13</sup> samt har tillsatt en arbetsgrupp att ta fram riktlinjer vid KAD för att minska vårdrelaterad urinvägsinfektion och sepsis.*

### ***Infektionsverktyget***

Infektionsverktyget är ett IT-stöd för lokal och regional uppföljning av vårdre-laterade infektioner och antibiotikaanvändning. Infektionsverktyget infördes på två pilotkliniker; infektions- och kärllirurgiska kliniken i maj 2013 och breddinfördes på samtliga slutenvårdskliniker och specialistmottagningar på samtliga sjukhus i Västmanland under år 2013.

Inmatning av data i rapportverktyget har i stort sett fungerat bra sedan start. Det finns en vilja att integrera utdata från infektionsverktyget i klinikens för-bättringsarbete men detta kräver tid, prioritering och stöd från respektive led-ning. Hygienläkare har tagit fram standardrapporter för att arbetet med upp-följningen ska underlättas.

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

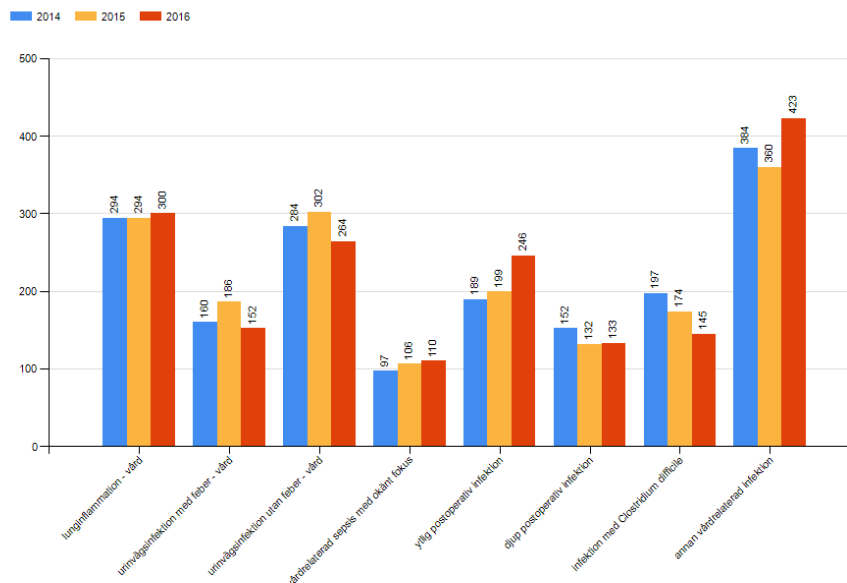
*Analys visar att verksamheterna behöver ytterligare stöd och använder infekt-ionsverktyget i en begränsad omfattning.*

Validering av riskfaktordata som förs in i journaltabeller sker månatligen på klinikerna, övrig validering som datafångst och klassificering sker vid ett till-fälle per år. Målsättning är att rapporter tas ut med regelbundenhet, analyseras på ett sådant sätt så att verksamheten systematiskt kan hitta förbättringsområ-den för att minska vårdrelaterade infektioner och rationalisera antibiotikaan-vändningen.

---

<sup>13</sup> Catheasy är en helt ny patenterad metod för katetersättning som bygger på flödesprincipen.

## Antal vårdtillfällen med infektion uppdelat på diagnoser



Analys föreligger ännu ej övergripande men ovanstående bild visar att urin-  
vägsinfektion dominerar följt av lunginflammation.

### Punktprevalensmätning av trycksår

Region Västmanland har deltagit i de nationella mätningarna sedan 2011. Strukturerade trycksårsmätningar har utförts under året på samtliga slutenvårdsavdelningar. Egenkontroll har skett genom journalgranskning av samtliga trycksador/trycksår vid de fyra trycksårsmätningarna. Resultat av journalgranskningen har återkopplats till chefer i hela linjen. Återkoppling till enhetschefer/trycksårsombud har skett genom dialoger i verksamheten. En ökad samverkan i vårdens övergångar har skett genom bl.a tydligare instruktioner gällande avvikelserapportering vid trycksår.

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

### Senior Alert

Riskbedömning enligt Senior Alert avseende fall, undernäring och trycksår sker vid inläggning på sjukhus om >70 år samt inom primärvården vid identifierad geriatrisk risk-profil. Resultat/utfall gällande riskbedömda patienter och planerade åtgärder ska följas upp varje månad. Inträffade fallolyckor rapporteras i landstingets avvikelssystem Synergi.

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

ROAG (Revised Oral Assessment Guide) är ett instrument som ingår i kvalitetsregistret Senior Alert. Vårdpersonal kan genom ROAG göra en enkel

---

bedömning av munhälsan på vårdavdelningar eller i primärvården. Detta började implementeras i LTV 2013 då man såg att munhälsan har en stark koppling till övriga områden i Senior Alert; fall, trycksår och nutrition.

*För år 2015 minskade de riskbedömningar som genomförts i Senior Alert med 10% och för 2016 har de ytterligare minskat beroende på att kvalitetsregistret ej används.*

För slutenvården har målrelaterad ersättning erhållits som även infördes i primärvården 2014 kopplat till M-GRP<sup>14</sup>-screening. Dessa ersättningar togs bort inför 2016.

### **Avvikelse rapporter**

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

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

*Analysen varje vecka visar en fortsatt hög rapportering av fall och intoxicationer/suicidförsök men även vad gäller överbeläggningar samt brister i uppföljning/återbesök inom ögonsjukvården.*

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

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

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

### **Markörbaserad journalgranskning**

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

---

<sup>14</sup> M-GRP är modifierad geriatrisk riskprofil för identifiering av de "Mest sjuka äldre" inom primärvårdens verksamhetsområde.



---

Granskning av journaler på verksamhetsnivå utifrån ett riktat urval har inte kunnat genomföras år 2016 p.g.a en mycket ansträngd personalsituation med vakanta tjänster och inhyrd vårdpersonal, men finns som en del av egenkontrollen. Vuxenpsykiatrien har ett eget mål att granska 20 journaler per månad.

*Analys av 2016 års markörbaserade journalgranskning skiljer sig inte från andra källor som punktprevalensmätningar och kvalitetsregister. De vanligaste skadorna är vårdrelaterade infektioner, trycksår och fallskador men även överfylld blåsa har observerats.*

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

*I den lokala granskningen konstateras att vanliga skador är självmordsförsök, självskada och biverkningar som oftast redan uppmärksammas. Fall som ej var känt tidigare har identifierats och åtgärder vidtagits.*

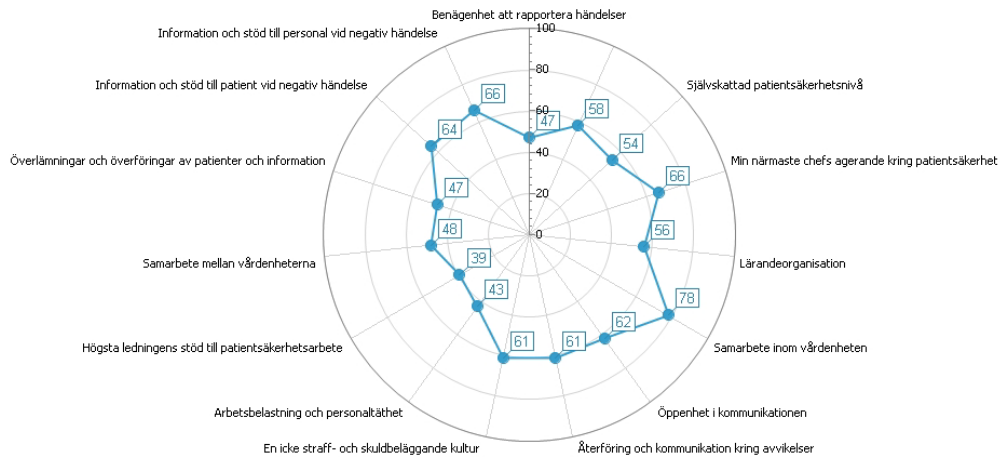
Genom markörbaserad journalgranskning samt erfarenhet från data ur bl.a. infektionsverktyget så ser vi att dessa verktyg är en viktiga för egenkontrollen och kvalitetssäkringen av den givna vården.

### ***Patientsäkerhetskulturmätning***

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

### **Identifierade förbättringsområden 2014**

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

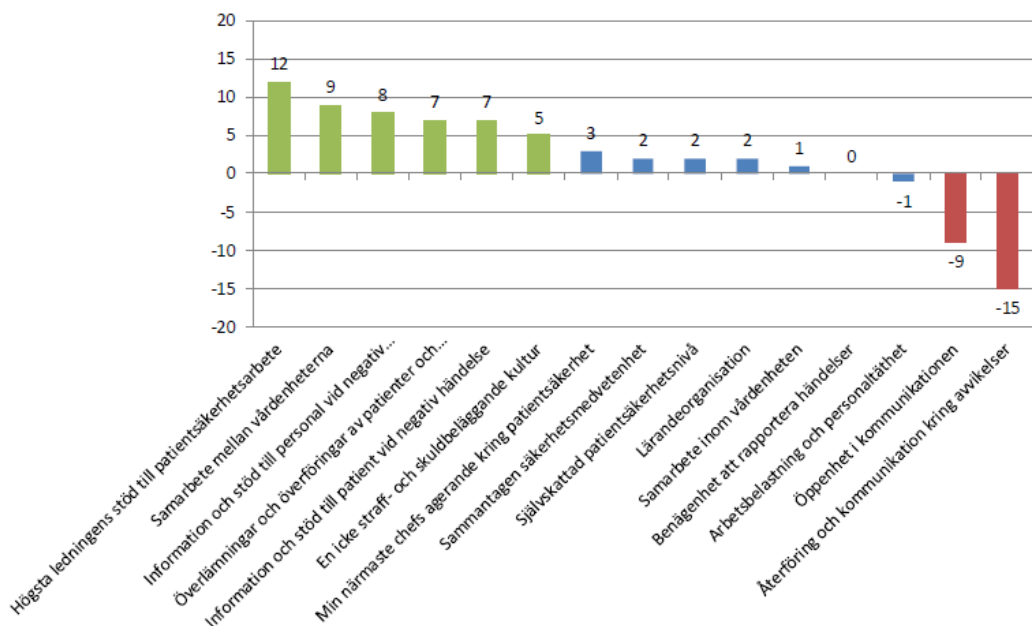


Antalet enkäter som skickades ut var 4.715 och svarsfrekvens var 57,1%

Frågor som berör en och samma aspekt av verksamheten är sammanställda till ett frågeområde och redovisas i ovanstående spindeldiagram.

**Landstingets Patientsäkerhetskultur visar på förbättrade resultat inom flera områden år 2014 jämfört med år 2011 men också en försämring på vissa.**

## Förändringar sedan 2011



Viktiga områden att fortsätta utveckla är rutiner för lärande, ökad chefsnärvaro och kommunikation med verksamheten. Att ge återkoppling på rapporterade händelser i avvikelssystemet Synergi och att från dessa starta för-

---

bättringsarbeten är också ett utvecklingsområde. Varje verksamhet har identifierat sina utvecklingsområden och arbetat utifrån dessa.

Krav på att delta i nationell Patientsäkerhetskulturenkät finns inskrivet i avtalen med de privata utförarna från och med 2015.

### ***Bemanning i primärvården***

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

### ***Tillgänglighet - Vårdgaranti***

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

### ***Läkemedelsgenomgång och läkemedelsberättelse***

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

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

### ***Antibiotikaförskrivning***

Antibiotikaförskrivningen följs upp av läkemedelsenheten och vårdvalet samt återrapporteras varje månad till verksamheterna. Förskrivningen av antibiotika i länet som minskade med 4 procent från 2013 till 2014 har för 2015 och 2016 ökat något. En anledning till att utvecklingen planat ut kan vara brist på läkarresurs inom Strama öppenvård.

*Analys visar inom primärvården att även under 2016 finns stora variationer där några vårdcentraler släpar efter och kommer att behöva extra insatser.*

Tillgång till diagnoskopplade förskrivningsdata är av stort värde men det krävs också en återkommande diskussion mellan vårdcentralens personal för att nå fram till en gemensam rutin för patienternas omhändertagande. En fortsatt information till befolkningen är också av värde.

### ***Förskrivning av läkemedel för äldre***

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

---

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

- *Hygienronder genom vårdhygiens försorg*

Som är beskrivet tidigare genomförs årliga hygienronder med dokumenterade åtgärdsplaner om behov av förbättringar på enheterna.

- *Jämförelser av verksamhetens resultat med uppgifter i nationella och regionala kvalitetsregister*

Viktiga kvalitetsregister som används är förutom Senior Alert, Nationellt diabetesregister NDR, Palliativa registret och Swedem för utveckling av demenssjukvården. Specialistsjukvården deltar i flertalet kvalitetsregister viktiga för verksamheten. Primärvården kommer att använda PrimärvårdsKvalitet.

- *Jämförelser av verksamhetens resultat dels med öppna jämförelser, dels med resultat för andra verksamheter förutom de nationella mätningarna av VRI, trycksår och basala hygienrutiner och klädregler*

Arbetet bedrivs i analysgruppen med utsedda områdesansvariga respektive indikatoransvariga. Vid identifierade brister finns svårighet att avsätta erforderliga resurser vilket lyfts i Regionens budgetprocess.

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

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

- *Målgruppsundersökningar*

Några målgruppsundersökningar har ej genomförts.

- *Granskning av journaler och annan dokumentation*

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

- *Analys av patientnämndsärenden*

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

- *Inhämtande av synpunkter från revisionsrapporter*

Internrevision både avseende vård för flyktingar samt patientdatalagen har granskats under år 2015 och för 2016 har informationsöverföring<sup>15</sup> samt läkemedel granskats. Internrevisionen avseende patientsäkerhet gav Västmanland mycket gott omdöme.

---

<sup>15</sup> LTV161265 Revisionsrapport Granskning av överföring av patientinformation.

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

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

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

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

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

I avtal med nuvarande leverantör av sjukhusapotekstjänster ingår årlig kvali- tetsgranskning av läkemedelshand- teringen på regionens alla enheter som hante- rar läkemedel. Temat för årets kvalitetsgranskning var genomgång av instrukt- ioner för iordningsställande och administrering av läkemedel. Totalt har 96 avdelningar/mottagningar/vårdcentraler kvalitetsgranskats vid Västmanlands sjukhus Köping, Sala och Västerås samt närområden. Samtliga enheter som granskats har fått återkoppling i form av skriftligt protokoll inklusive samman- fattning och i de flesta fall förslag till åtgärdsplan.

Följande problemområden har identifierats:

- Narkotikahand- tering har identifierats som ett område med stora behov av ytterligare insatser. Här kan en lösning vara införande av läkeme- delsautomater för narkotika, vilket fungerat väl på de två avdelningar som sedan något år har läkemedelsautomater.
- Användning av spädnings- scheman som inte längre är uppdate- rade/aktuella förekommer och det är otydligt vem som ansvarar för uppdatering.
- Rutiner för iordnings- ställande och administrering behöver ses över, framförallt i avseende på brytningsdatum och märkning av ett iord- ningsställt läkemedel.
- Det råder stor osäkerhet gällande hand- tering av läkemedelsvagnar och akutbrickor framför allt när det gäller säkerhet, städning och hållbar- hetskontroll.

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

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

---

- *Den egna verksamhetens egenkontroll*

Flera verksamheter utvecklar även egenkontrollen i verksamheten där vuxenpsykiatrien följer åtgärdskodade vårdplaner och dokumenterade suicidriskbedömningar. Primärvården kommer i sin egenkontroll 2017 att följa förskrivningen av opioider.

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

Patientsäkerhetsarbetet bedrivs i Landstinget Västmanland på flera nivåer.

Det centrala patientsäkerhetsteamet arbetar fram en verksamhetsplan för det kommande årets patientsäkerhetsarbete. Denna följer *en röd tråd* och grundar sig på föregående års resultat av patientsäkerhetsarbetet redovisat i årsbokslut och patientsäkerhetsberättelse men följer även de kommande satsningar för en ökad patientsäkerhet som överenskommelsen mellan stat och SKL<sup>16</sup> inneburit.

Patientsäkerhetsteamets verksamhetsplan är styrande till förvaltningarnas arbete där programansvarig för det författningsstyrda sakområdet patientsäkerhet håller kontakt med förvaltningarnas kontaktpersoner avseende patientsäkerhetsarbetet. Från 2017 kommer programstyrning att tillämpas.

Landstingets patientsäkerhetsorganisation både utbildar men säkerställer även en egen fördjupad kompetens. Tidigare Chefsjuksköterska, två av analysledarna och två av chefläkarna har genomgått utbildning i Patientsäkerhet 15 poäng på KTH eller KI. En av analysledarna har under året gått Kvalificerad olycksutredningsmetodik 7,5 hp.

Deras projektarbeten är:

- Hur kan samverkan förbättras vid utredning av allvarlig händelse då flera vårdgivare är involverade.<sup>17</sup>
- Patientmedverkan - en resurs för att minska fallskador på Västmanlands sjukhus.
- Patientmedverkan – tillsammans gör vi vården säkrare
- Satellitpatienten – en vårdskaderisk
- Säkrare läkemedelshantering på en operationsavdelning

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

---

<sup>16</sup> SKL Sveriges Kommuner och Landsting

<sup>17</sup> Projektet om samverkan mellan vårdgivare vid händelseanalys presenterades på den 8:e nationella patientsäkerhetskonferensen.

---

- ***Patientsäkerhetsöverenskommelsen***

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

- ***Nationellt Ramverk för Patientsäkerhet***

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



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

- ***Särskilda satsningar i Landstinget Västmanland 2016***

*Patientfocuserad (Se även sidan 65)*

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

- 
- TERMA<sup>18</sup>-utbildning
  - Lokala utvecklingsprojekt inom socialstyrelsens identifierade riskområden

#### *Kunskapsbaserad*

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

#### *Organiserad*

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

#### **Medborgardialog**

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

#### **Synergi externt på webben**

Flera ärenden kommer in varje vecka och bevakas av chefläkarna. Både förbättringsförslag och allvarliga händelser fångas upp.

#### **1177 Vårdguidens e-tjänster**

Utvecklingen av digitala tjänster är ett sätt att öka tillgänglighet till vård och patientinflytande vilket därigenom kan öka patientsäkerheten. Vid årsskiftet 2016/2017 var 40% av Västmanlands invånare anslutna till tjänsten vilket är en ökning med 10% mot föregående år. Tjänsten utvecklas med webb-tidbok och nationell plattform för stöd och behandling.

---

<sup>18</sup> TERMA är ett förhållningssätt att undvika våld i vården



---

### **E-tjänsten Journalen**

Journal via nätet infördes den 1/10 2015 med 6 månaders retroaktivitet. Patienter kan enkelt ta del av sina journalanteckningar från slutet och öppen vård med vissa undantag beslutade av Landstingsstyrelsen. Att kunna läsa sina journalanteckningar via en säker e-tjänst ökar patientsäkerheten då möjlighet ges till den enskilde patienten att kontrollera att denne har uppfattat sitt möte med vården korrekt men också att vården har uppfattat patienten rätt. Tillgången till journalanteckningar gör patienten mer delaktig i beslut som rör den egna behandlingen. Under år 2016 har Journalen kompletterats med röntgenremisser och i tur för 2017 står provsvar och andra remisser.

### **Egen vårdbegäran**

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

### **Standardiserade vårdförlopp**

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

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

### **Diagnostiskt centrum**

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

### **Integrerat patientsäkerhetsarbete i riskrådet**

Det centrala Patientsäkerhetsteamet är representerat i "Risk-rådet" som arbetar strategiskt med olika säkerhetsrisker inom allmän säkerhet, informationssäkerhet samt driftsäkerhet.

### **Cosmic – en gemensam journal**

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

vecklingsarbeten har pågått under året att säkra dokumentation genom mallar och vårdplaner.

### **Projekt Suicidprevention**

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

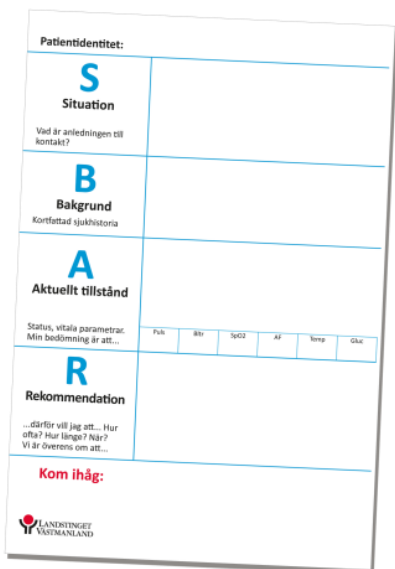
- Organisation
- Sammanhållen vårdprocess
- Folkhälsa, statistik och samordning
- Effektmål och utvärdering
- Kunskapsnätverk
- Kompetens och utbildning
- Vårdstöd
- Närstående och brukarorganisationer
- Dokumentation

### **Samordnad individuell plan SIP**

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

### **SBAR**

Bristande kommunikation är en av de bakomliggande orsakerna till att det blir fel i vården. SBAR är ett bra verktyg för att lämna och ta emot viktigt information på ett strukturerat sätt. Metoden är etablerad i hela landstinget.



The image shows a SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation) form. It is a structured template for communication, divided into four main sections: Situation, Background, Assessment, and Recommendation. Each section has specific prompts for the user to fill in. The form also includes a small table for vital signs (Puls, Blör, SpO2, Ar, Temp, Gluk) and a section for 'Kom ihåg:' (Remember). The logo for Landstinget Västmanland is visible at the bottom left.

<b>S</b> Situation Vad är anledningen till kontakt?	
<b>B</b> Bakgrund Kortfattad sjukhistoria	
<b>A</b> Aktuellt tillstånd Status, vitala parametrar. Min bedömning är att...	Puls   Blör   SpO2   Ar   Temp   Gluk
<b>R</b> Rekommendation ...där för vill jag att... Hur ofta? Hur länge? När? Vi är överens om att...	
<b>Kom ihåg:</b>	

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

Utbildningen ges främst arbetsplatsförlagd men är också integrerad i andra utbildningar på Lärcentrum såsom i utbildningar i bemötande. SBAR används också i HLR utövande/undervisning samt ALERT utbildning, (akut omhändertagande) men också i andra utbildningar där strukturerad kommunikation och informationsöverföring sker.

---

### **Nätverk för Patientsäkerhetsarbete**

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

### **Integrationsstrateg**

Samflykt<sup>19</sup> är avvecklat men Region Västmanland har tillsatt en Integrationsstrateg som skall samordna vården för Asylsökande, gömda och papperslösa så att omhändertagande är tillgängligt och säkert.

## **KUNSKAPSSTYRNING**

Landstinget Västmanland har sedan flera år haft kunskapsstyrning som ett viktigt utvecklingsområde med förbättring av strukturer för att ge stöd till kunskapsstyrningen. *Nationella riktlinjer* utgör en viktig bas för jämlik vård och därmed en viktig hörnsten inom kunskapsstyrning. Arbetet med remisshantering, implementering och utvärdering av Socialstyrelsens nationella riktlinjer fortgår. Nu omfattas ca 70 % av alla sjukdomar av nationella riktlinjer. Det är de s.k. folksjukdomarna – kroniska sjukdomar såsom hjärtkärlsjukdomar, diabetes, astma/kol och psykiska sjukdomar m.fl. *Nationellt Kliniskt Kunskapstöd* för Primärvården kommer att implementeras under år 2017.

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

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

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

*Rapporten från VRE-utbrottet sommaren 2016 visar tydligt vikten av en hög beredskap för smittspridning av MRB inom sjukhusvården. Erfarenheterna från det tidigare VRE-utbrottet resulterade i en tydlig handlingsplan och kommunikationsplan vid smittutbrott, vilka nu sattes på prov i skarpt läge. Den operativa arbetsgruppen med bred representation och tydligt beslutmandat visade sig vara en framgångsfaktor. Handlingsplanen vid smittutbrott har under hösten 2016 reviderats utifrån iakttagelser och synpunkter som framkom under arbetet i den operativa gruppen*

I detta kan nämnas en omfattande översyn av hygienrutiner och följsamhet till hygienrekommendationer. Bland annat kan nämnas en ny instruktion om rengöring av flergångsmaterial samt utbildningsinsats avseende hantering av spol- och diskmaskiner och framtagande av nya underhållsrutiner för dessa maskiner. I förlängningen beslutades om en mer omfattande hygiensatsning under år 2017. Vidare reviderades ledningsdokumentet ”Åtgärdsplan vid vårdrelaterade smittutbrott samt tillhörande kommunikationsplan”.

Fortsatta informationsinsatser avseende den nya föreskriften om basal hygien i vård och omsorg (SOSFS 2015:10) har genomförts samt fortsatt arbete med

---

<sup>19</sup> Samflykt startade som ett stabsläge under flyktingströmmen 2015 och övergick i en arbetsgrupp 2016.

---

Infektionsverktyget, bl.a. regelbundna träffar med kontaktläkare från den sjukhusanslutna vården och Regelbunden träffar och samverkan med företrädare för patientsäkerhetsteam, planeringschef PPHV och verksamhetsutvecklare.

Utbildningar har genomförts avseende hantering av urinkatetrar samt att förekomsten av pvk-relaterad sepsis har studerats. Vårdhygien har även utarbetat det övergripande dokumentet vårdhygieniska riktlinjer.

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

Fortfarande är städning en prioriterad del av patientsäkerhetsarbetet i Landstinget Västmanland. Under 2016 har en revidering av de två nuvarande lokala städinstruktionerna avslutats. Målet var att ena de två lokala städinstruktionerna. Arbetet genomfördes i samarbete mellan Vårdhygien och Städningen.

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

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

Städningens personal har även under 2016 erbjudits fortsatt kompetensutveckling i Vårdhygiens regi. Fokus har varit på repetition av tidigare utbildningsinsatser 2008 – 2014 samt att all nyanställd städpersonal har uppdaterats. Fler verksamheter har under 2015 överlåtit slutstädningar till Städningen, ett arbete som förhoppningsvis kan utvecklas än mer.

### ***Hygienronder***

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

### ***Handhygienens dag***

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

### ***Blåsdysfunktion***

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

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

Tidigare instruktion för både ren och steril metod har uppdaterats. Vidare har en informationsbroschyr till patient och närstående tagits fram för att öka kun-

---

skap om egenvård som KAD bärare.

❖ *Antalet fallskador bland inskrivna patienter > 70 år skall minska med 10% mellan år 2014-2016*

Fallskador rapporteras i avvikelssystemet Synergi. Största delen av fallen sker obevakat d.v.s. att ingen personal varit med vid fallet. Flera av dessa sker när patienten är uppe och går och ska ta sig till olika platser (toaletten). En del fall sker redan när patienten ska ta sig ur sängen. Sällan skadar patienten sig allvarligt men innebär ändå ett onödigt lidande.

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

Landstinget Västmanland deltog med en representant i det nationella fallkampanjarbetet "Bättre balans" som samordnades av Myndigheten för Samhällsskydd och Beredskap (MSB). Syftet med kampanjen var att öka medborgarnas medvetenhet om fall, risker och förebyggande åtgärder. I Västmanland bildades även en lokal arbetsgrupp som samordnade aktiviteter under kampanjveckan (vecka 40) vid landstingets sjukhus, primärvårdsenheter samt i länets kommuner. Äldrevårdsteamet är sammankallande. Över 1000 medborgare tog del av kampanjen på olika sätt.

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

### **Förflyttningsinstruktörer**

Under 2016 har en fortsatt satsning gjorts på att utbilda fler instruktörer i förflyttningskunskap. Syftet med utbildningen är att uppnå goda kunskaper i förflyttningskunskap vilket bidrar till minskad fallskaderisk samt medvetandegör den basala omvårdnaden och risken för uppkomst av trycksår om inte förflyttning utförs i den omfattning som patienten kräver.

Instruktörerna kommer att successivt under 2017 erhålla repetitionsutbildningen (påbyggnaden) på den egna kliniken/enheten. Planeringen görs i samverkan med ansvariga inom förflyttningskunskap och Lärcentrum.

En satsning för att förbättra omhändertagandet av våra allra tyngsta och mest svårmobiliserade patienter har påbörjats under 2016. Dels har en tungvikts-säng, en transport-stol och speciellt anpassade förflyttningshjälpmedel införskaffats till ett centralt lager för utlåning till enheter inom Västmanlands sjukhus, Västerås. Utbildningsdagar i förflyttningsteknik för extremt tunga patienter har erbjudits förflyttningsinstruktörer och arbetsterapeuter och fysioterapeuter (slutenvården i Västerås och Sala).

---

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

Genom riskbedömning enligt Senior Alert uppmärksammas och minimeras risken för trycksår. En handlingsplan är framtagen för hela Landstinget och utbildningar hålls för personalen.

**Arbete att minska antalet trycksår**

Landstinget Västmanland har som mål att *inga trycksår ska uppkomma eller förvärras under vårdtiden*. En övergripande trycksårsgrupp bildades 2013 under ledning av hälso- och sjukvårdsdirektören. Gruppen träffas regelbundet för att arbeta strategiskt och proaktivt med trycksårsförebyggande åtgärder men också för att följa upp de landstingsövergripande resultaten. En övergripande handlingsplan togs fram under 2014 med mål och aktiviteter på micro, meso och macronivå<sup>20</sup>. Handlingsplanen har reviderats till år 2016.

Grundläggande utbildning i trycksårsprofylax, förflyttningskunskap och sårbehandling *erbjuds* regelbundet via Lärcentrum. Utbildning av instruktörer i förflyttningskunskap enligt modern arbetsteknik har skett kontinuerligt under året. Trycksårsombud finns på samtliga enheter i slutenvården. En utvecklingsledare (fysioterapeut) projektanställdes i patientsäkerhetsteamet 2014 och har under 2016 fortsatt arbetet med utbildningar, ordnat nätverksträffar för trycksår- och förflyttningsombud samt fungerat som coach ute på enheterna och stimulerat till förbättringsarbete. Tjänsten är nu permanentad inom Lärcentrum för att trygga fortsatt arbete och utbildningar.

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

❖ *Antalet utskrivna antibiotikarecept skall minska för varje år*

Stora informationsinsatser har genomförts från Läke-medelskommittén och Strama riktade mot förskrivare och allmänhet för att minska förskrivningen av antibiotika. I primärvården har man använt sig av väntrum-TV med olika filmer till allmänheten samt att förskrivarstatistik tas ut varje månad till de enskilda läkarna. Varje månad återkopplas också de olika vårdcentralernas förskrivning till verksamheterna.

Insatser har speciellt riktat sig mot primärvården där en stor spridning ses mellan vårdcentralerna. En vårdcentral har kunnat minska sin förskrivning genom metodiskt förbättringsarbete.

Under 2016 förskrevs 329 antibiotikarecept per 1000 invånare och år, en ökning från föregående års 323 recept.

Stramaläkaren spelar en viktig funktion för primärvården men har ej kunnat besöka de olika vårdcentralerna för information och diskussion kring antibio-

---

<sup>20</sup> Med micro, meso och macronivå menas olika nivåer i hälso- och sjukvårdssystemet.

---

tikaföreskrivning<sup>21</sup> och resistensproblematik i tillräcklig omfattning. Krafttag kommer nu att tas under 2017 för att vända trenden.

❖ *Antalet Läkemedelsgenomgångar ska öka*

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

Revisioner under året har visat på förbättringsmöjligheter bl.a genom att följa instruktioner för dokumentation samt för sjukhusvården att KVÅ-koda för att uppföljning av resultat ska vara möjligt.

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

❖ *Andelen läkemedelsberättelser vid utskrivning från sjukhus ska öka*

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

En landstingsövergripande instruktion avseende läkemedelsberättelse finns fastställd i ledningssystemet. Efterlevandet följs även upp på klinisk nivå månadsvis.

❖ *Antalet läkemedelsfel i vården skall minska*

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

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

Att driva delar av sjukhusapoteket i egen regi är en viktig del i patientsäkerhetsarbetet. Cytostatika-tillverkning, vätskevagnshantering och läkemedels-service är exempel på de tjänster som sjukhusapotekets farmaceuter utför idag

---

<sup>21</sup>Mål för antibiotikaföreskrivningen för primärvården är under 200 recept per 1000 listade. Variationen mellan vårdcentralerna är 150-275 recept per 1000 listade.

---

och målsättningen med drift i egen regi är att i samverkan med sjukvården utveckla de farmaceutiska tjänsterna med fokus på patientsäkerhet.

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

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

❖ *För varje patient skall det finnas en samordning som garanterar att patientens vård och behandling ges utifrån en helhetsyn*

Både Samordnad vårdplanering och Individuell plan har uppmärksammats under året för att öka samordningen och trygga vården. Samarbete har etablerats mellan slutenvården, primärvården och den kommunala hemsjukvården för utarbetande av säkra rutiner för informationsöverföringen.

En omfattande utbildningssatsning är genomförd för SIP samt att det IT-stöd som finns för samordnad vårdplanering även kommer att tillhandahålla samordnad individuell plan.

Det strategiska beslutet från ledningen att säkra Bergslagssjukhuset i Fagersta samt samtliga vårdgivare av primärvård tillgång till den gemensamma journalen Cosmic kommer att få stor betydelse för patientsäkerheten.

## *Nya arbetssätt av betydelse för patientsäkerheten 2016*

### ***Klinisk farmaci***

Läkemedelsrelaterade problem (LRP) är vanliga i vården och felaktigheter i läkemedelsbehandlingen, såsom över/underdosering och förskrivning av olämpliga läkemedel, kan i många fall vara en orsak till läkemedelsorsakad sjuklighet, fallskador och sjukhusinläggning. Särskilt utsatta är äldre, multisjuka patienter med en komplex och omfattande läkemedelsanvändning. Brister i kommunikation mellan olika vårdnivåer avseende läkemedelsanvändning är välkänt och kan utgöra risker framför allt vid sjukhusinläggning. För en säker vård krävs därför att läkemedelslistan är korrekt och komplett, och att läkemedelsbehandlingen är anpassad för den äldre patienten.

Syftet med klinisk farmaceutisk kompetens på vårdavdelning är att bidra till ökad kvalitet och säkerhet för patienterna genom en optimerad läkemedelsanvändning. Tanken med klinisk farmaci är ett konsultativt, systematiskt och etiskt arbete med läkemedelsfrågor i vårdteamet och med patienten med inriktning på att identifiera, lösa och förebygga LRP. Klinisk farmaci innebär att arbeta kliniskt med patienter och i konsultation med främst läkare, till skillnad från avdelningsfarmaceut som kan arbeta med t.ex. läkemedelsförsörjning och olika typer av iordningsställande, främst i samarbete med sjuksköterska.



---

I patientsäkerhetsprojektet på två kirurgiska akutavdelningar 2015-16, utfördes läkemedelsgenomgångar hos 192 äldre patienter med i snitt 10,2 läkemedel/patient. Resultaten visade att mer än hälften av patienterna (57%) hade minst ett överföringsfel och följaktligen en inkorrekt läkemedelslista vid inskrivning. Totalt hade varje patient i genomsnitt 5,3 LRP, vilket visar vikten av strukturerade läkemedelsgenomgångar för att optimera äldres läkemedelsbehandling.

Av alla LRP blev 42% prioriterade att framföras till läkare/sjuksköterska för åtgärd. Det faktum att 85% av framförda LRP blev åtgärdade direkt eller remitterade vidare, samt att de flesta läkarna ansåg samarbetet givande och önskade en förlängning, understryker att en förbättring för patienten kan uppnås genom samverkan i team. För att arbeta resurseffektivt är det viktigt att fokusera på patientgrupper med särskild risk, samt på de viktigaste och mest förekommande LRP och läkemedelsgrupperna.

Patientsäkerhetsprojektet har nu övergått till en permanent lösning på kirurgkliniken. Diskussioner inleddes med Medicinkliniken och under våren 2017 kommer klinisk farmaci introduceras och utvärderas inom ramen för en multicenterstudie. Under 2017 kommer ytterligare medarbetare rekryteras och diskussion har förts med Vårdvalsenheten om att erbjuda klinisk farmaci på t.ex. äldreboenden med start hösten 2017.

#### ***Jourcentralen flyttades till sjukhuset***

För att minska belastningen på akutmottagningen och förbättra ledtiderna för de svårast sjuka flyttades primärvårdens jourmottagning i Västerås in på sjukhuset i april 2016. Samtliga patienter sorterades av erfarna sjuksköterskor till jourmottagningen eller till akutmottagningen där triagering sker.

#### ***Ambulansdirigering i egen regi***

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

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

Under hösten 2015, utifrån gjord riskanalys, påbörjades arbete utifrån åtgärdsplan för att på olika organisatoriska nivåer genomföra patientsäkerhetshöjande åtgärder. Många åtgärder hamnar på organisatorisk mikro- och mesonivå, men den stora frågan om personalförsörjning är en makrofråga. Under 2016, på de återkommande workshop runt PS-frågor som hålls med Västmanlands sjukhusledning, togs just upp överbeläggnings/utlokaliseringsproblematiken.

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

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

Det centrala patientsäkerhetsteamet ger dessutom en återkommande 2-dagars utbildning för chefer, både nya chefer och de som sedan en tid är aktiva i chefsrollen. Introduktionsutbildningen för nytexaminerade sjuksköterskor omfattar 20 utbildningsdagar. Syfte och mål är att stärka och stödja sjuksköterskan i

---

arbetsledarrollen, ge trygghet i yrkesprofessionen och bidra till en ökad säkerhet för patienten. Patientsäkerhet finns som en röd tråd i hela utbildningen och en utbildningsdag handlar särskilt om patientsäkerhet.

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

#### ***Utvecklat samarbete med Patientnämnden***

Samarbetet har utvecklats under året med Patientnämnden både med det centrala Patientsäkerhetsteamet som med Vårdvalet och övriga verksamheter. I detta ligger kontakt vid allvarligare eller återkommande ärenden för att få till en positiv förändring.

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

2012 startade ett samarbete mellan Mälardalens Högskola, Landstingen Sörmland/Västmanland och Västmanlands kommuner och landsting (VKL) som resulterade i en fristående kurs i patientsäkerhet 7,5 poäng. 2016 var det femte året i rad. Patientsäkerhetsteamet är med och inleder kursen med en introduktionsföreläsning.

#### ***Gemensamma risk- och händelseanalyser mellan olika vårdgivare***

Ett viktigt nytt arbetssätt för ökad patientsäkerhet i vårdens övergångar är den samverkan som utvecklats mellan Landsting och Kommuner och som även omfattar samtliga vårdgivare inom de båda huvudmännens uppdrag. Det innebär att chefläkare tillsammans med medicinskt ansvarig sköterska, MAS i kommunernas hälso- och sjukvård utreder och ger underlag för att starta upp gemensamma händelse- och riskanalyser.

#### ***Avvikelserapportering direkt i förskrivningssystemet för hjälpmedel***

Under året har patientsäkerheten stärkts genom att det nu är möjligt att direkt i förskrivningssystemet för hjälpmedel skicka avvikelser till förskrivare vid brister i förskrivningen. Tio medicin-tekniska avvikelser har rapporterats, varav sju berörde rollatorer som rapporterats till Läkemedelsverket varvid 1477 rollatorer med fabrikationsfel har bytts ut.

❖ *Att synliggöra goda exempel är viktigt*

#### ***Lokala utvecklingsprojekt***

Det centrala patientsäkerhetsteamet har avsatt stimulansmedel för att främja patientsäkerhetsarbetet med mål att minska antalet vårdskador. Stimulansmedel för utvecklingsprojekt är ett sätt att långsiktigt främja ett aktivt patientsäkerhetsarbete och förbättra vården i det dagliga arbetet för våra patienter inom en vårdavdelning, mottagning, vårdcentral eller liknande. Projekten ska ha en tydlig patientsäkerhetsprofil. Utvecklingsarbetet ska syfta till att öka patientsäkerheten och minska vårdskadorna. Dessa utvecklingsarbeten visar verk-

---

samheterna upp som goda exempel på patientsäkerhetens dag.

Under 2016 har vi beviljat stimulansmedel till 9 verksamheter. Av detta är en satsning på farmaceut i vården som innefattar två projekt (ortopedisk och geriatrisk vårdavdelning)

- Vårdval har fått medel till utbildning för personal inom primärvården utifrån beslutsstöd RGS webb i telefonrådgivning.
- Vuxenpsykiatriens projekt berör beslutsstöd i Cosmic – se nedan
- Västmanlands sjukhus har fått pengar till studiebesök i Borås avseende Gröna korset.
- Urologen ska implementera Gröna korset för att öka rapportering av risker och avvikelser.
- Kvinnokliniken har fått 45 000 till bäckenbottenprojekt för att minska frekvensen av stora bristningar grad 3 och 4.
- Medicinkliniken har fått medel för samordnat omhändertagande för patienter med både hjärtsvikt, njursvikt och diabetes mellitus.
- Ambulanssjukvården har fått medel för att utbilda egna instruktörer i CRM, Crew resource Management.

Vuxenpsykiatrien har i sin ansökan benämnt arbetet ”Implementering av beslutsjournal i cosmic”. Ett omfattande arbete har gjorts att ta fram ett beslutsstöd anpassat till journalsystemet cosmic. Beslutsjournalen fungerar som beslutsstöd och garanterar därmed korrekt tillämpning av tvångsvårdslagstiftningen. För att hantera beslutsjournalen krävs att användare utbildas, det gäller i första hand läkare och sjuksköterskor. Mot denna bakgrund ansökte VUP om medel till implementeringsarbetet.

#### ***Ny kateter-metod***

Landstinget Västmanland har ställt personal och resurser till förfogande både inom primärvård och slutenvård att kliniskt validera en ny katetersättningsmetoden Catheasy, en innovation av en tidigare medarbetare. Metoden är lindrig och smärtfri för patienten och är nu CEA-märkt.

#### ***Nyhetsbrev***

För att nå ut med aktuell information gällande patientsäkerhetsfrågor har ett nyhetsbrev tagits fram av det centrala patientsäkerhetsteamet. I december 2014 kom det första nyhetsbrevet ut till verksamheterna. Nyhetsbrevet ges nu ut 4 ggr/år.

#### ***Säkerhetsnålen***

I Landstinget Västmanlands nollvision gällande vårdskador har landstingsfullmäktige under hösten 2014 beslutat om att införa en utmärkelse för systematiskt patientsäkerhetsarbete – ”Säkerhetsnålen”.



Utmärkelsen är i första hand ett medel för att stimulera medarbetarna och visa uppskattning för förbättringsresultat inom patientsäkerhetsområdet och främjande av god patientsäkerhetskultur.

Första mottagare av priset år 2016 var SANT, Simulerad Akut Neonatal Teamträning som är en del i Barn-Operations- och Kvinnoklinikens patientsäkerhetsarbete. SANT bidrar till ökad samverkan och teamarbete mellan kliniker och professioner.

### ***Vårdstipendiet***

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

Vårdstipendiet tilldelades år 2016 två goda exempel på hur strukturerat teamarbete leder till en ökad arbetstillfredsställelse, bättre medicinska resultat samt ökad patientmedverkan som bidrar till en tryggare patient, förbättrad hälsa och mindre konsumtion av vård.

1. Införande av ett strukturerat arbetssätt och åtgärdsprogram för patienter med Diabetes vid Medicinkliniken i Västerås
2. Införandet av ett strukturerat arbetssätt genom införande av ”Min Vårdplan” för patienter med bröstcancer vid Bröstenheten Kirurgklinik i Västerås.

### ***Patientsäkerhetsdagen***

Under en dag i Västerås inbjöds alla medarbetare och medborgare att ta del av det stora arbetet för en säkrare vård, som vi bedriver i Landstinget Västmanland. Syftet med dagen är att visa hur vi arbetar med att förebygga risker och misstag, som kan leda till vårdskador. Dagarna omfattade föreläsningar i personcentrerad vård och ett 20-tal utställare delade med sig av sina förbättrade arbetssätt. Patientsäkerhetens dag har blivit en uppskattad dag med ett jämt flöde av personal som besökte utställare och föreläsningar.

### ***Gröna Korset***

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

På patientsäkerhetsdagen presenterade Kolsva vårdcentral, som var först med Gröna Korset i Västmanland. De deltog även på den Västmanländska kvalitetsdagen.

För att underlätta införandet har ett introduktionsmaterial skapat och det finns tillgängligt på Arbetsplatsen. Under hösten har några avdelningar inom somatisk slutenvården börjat använda metoden och målsättningen är att den sprids till flertalet enheter.

---

## Samverkan för att förebygga vårdskador

Flera processer har uppmärksammats i år och under tidigare år avseende samverkan för att förebygga att patienter drabbas av en vårdskada såväl i den egna verksamheten som med vårdgrannar. Inom ramen för Landstingets övergripande Lean-arbete identifieras processer inom den egna verksamheten och genom riskanalys uppmärksammades risker inför hemsjukvårdsväxlingen.

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

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

- **Hemsjukvårdsväxlingen**
- **Samordnad vårdplanering**
- **Mest sjuka äldre**
- **Demenssjuka**
- **Suicidprevention**
- **Iatrogen beroende**
- **Strokeprocessen**
- **Höftprocessen**
- **Fotprocessen**
- **Hjärntumörprocessen**
- **Samverkansdokument mellan primärvård & specialistsjukvård**
- **Tidig upptäckt av cancer**
- **Införande av Cosmic i primärvården**
- **Inhyrd personal**
- **Utlökaliserade patienter**

- *Hemsjukvårdsväxlingen*

Inför kommunaliseringen av hemsjukvården den 1/9 2012 genomfördes en omfattande analys för att minska riskerna. Detta resulterade i att Landstinget utarbetade instruktioner tillsammans med kommunen för laboratorieprover samt startade gemensamma utbildningar i SBAR för en säker kommunikation.

Arbetet pågår fortfarande att säkra rutiner i vårdkedjan bl. a för att kunna dokumentera kunskap om vilka hemsjukvårdspatienter som finns. Vidare har uppmärksammats oklarheter i vården av diabetes-patienterna.

- *Samordnad vårdplanering*

Dokumentet för samordnad vårdplanering mellan sjukhusvård, primärvård och

---

kommun har uppdaterats med särskild hänsyn till en säker informationsöverföring gällande läkemedel. I detta arbete har även ordinationsverktyget för patienter med dosdispenserade läkemedel uppmärksammats.

- *Mest sjuka äldre*

Inom ramen för statliga stimulansmedel har flera samverkansprojekt pågått under åren mellan slutenvård, primärvård och kommun att trygga vården för de mest sjuka äldre både att uppmärksamma skadlig sjukhusvård för gruppen samt med hänsyn till olämpliga läkemedel.

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

- *Demenssjuka*

Ett omfattande processarbete pågår mellan slutenvård, primärvård och kommun att göra vården för de med sviktande kognition så patientsäker som möjlig med ett vårdprogram och ett samverkansdokument där tydlighet avseende gränssnittet mellan verksamheterna uppmärksammas. Detta vårdprogram/samverkansdokument som är fastställt av VKL - Västmanlands kommuner och landsting uppdaterades under år 2015. Ett demenssamverkansråd bevakar och följer arbetet.

- *Suicidprevention*

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

- *Iatrogen Beroende*

Framför allt vid och för att förebygga iatrogen beroende krävs utvecklad samverkan för att inte patienter skall drabbas av vårdskada. Idag vet inte patienten var hen skall få hjälp. Ett landstingsövergripande processarbete har därför startat med företrädare för psykiatri och beroendeenhet, primärvård, smärtmottagning och några andra specialistkliniker samt företrädare från kommun och patientföreningar för att identifiera förbättringsområden till en handlingsplan.

- *Strokeprocessen*

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

- *Höftprocessen*

En akutprocess för att invånare med misstänkt höftfraktur skall tas omhand

---

omedelbart vid ankomst till sjukhus utan fördröjning på akutmottagningen.

- *Fotprocessen*

Inom ramen för öppna jämförelser uppmärksammades en förhöjd fotamputation varför ett övergripande internt arbete startats upp på infektionskliniken att förebygga fotsår. Arbetet har utvecklats till framtagande av sårbehandlingsprogram mellan slutenvård och primärvård samt planering för ett Sårcentrum.

- *Hjärntumörprocessen*

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

- *Samverkansdokument mellan primärvård och specialistsjukvård*

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

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

- *Tidig upptäckt av cancer*

Inom ramen för ”vård på rätt vårdnivå” har ett utvecklingsarbete startat upp mellan primärvård och hudkliniken avseende fotografering av hudförändringar. Efter att ha pilottestats på tre vårdcentraler har det breddinförts under 2016.

- *Införande av Cosmic i Primärvården*

Införandet av Cosmic i primärvården har uppmärksammat på förbättring av flera rutiner mellan slutenvård och primärvård. Cosmicförvaltningen har där ett särskilt uppdrag från ledningen att säkra rutiner för säker vård.

- *Inhyrd personal*

Inhyrd personal ställer stora krav på verksamheten men även samverkan med bemanningsföretagen så att introduktionen på arbetsplatsen optimeras för en säker vård. Riskanalys hyrläkare inom primärvården gav grund för det förbättringsarbete som startat upp inom Landstinget att minska riskerna med personal från bemanningsföretag och som lyfter fram tydligare upphandling, centraliserat avrop samt förbättrade rutiner avseende introduktion och uppföljning. I åtgärds paketet ingår även journalgranskning, kontroll att journaldiktat samt en uppföljande enkät som all personal deltar i.

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

---

- *Utlokaliserade patienter*

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

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

### ***Samverkan mellan primärvård och sjukhus***

Samverkan mellan primärvård och sjukhusvård regleras genom samverkansdokument för en säker vårdkedja. En utsedd representant för primärvården, allmänläkarkonsulten, finns för alla specialiteter och områden, och deltar i detta arbete tillsammans med representant för specialiteten.

Detta utvecklade arbetssätt har varit mycket framgångsrikt både vid införandet av standardiserade vårdförlopp såsom remissmallar. Nu kommer ett projektarbete att starta upp för att implementera Nationellt Kliniskt Kunskapsstöd.

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

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

En överenskommelse är träffad mellan Landstinget och Västerås stad för att tidigt kunna identifiera risker och skapa förutsättning för gemensam utredning vid inträffad händelse. Detta avtal reglerar både händelse- och riskanalys. Övriga kommuner har följt efter och deltar i det gemensamma arbetet utan avtal.

Landstinget har tagit initiativ till att bilda ett nätverk för patientsäkerhetsarbetet mellan medicinskt ansvariga sjuksköterskor MAS i samtliga kommuner och representanter från det centrala patientsäkerhetsteamet. Fyra möten har hållits under 2016 med fokus på förbättrad informationsöverföring, trycksårsprevention samt beslutsstöd.

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

### ***Samverkan med de privata utförarna inom Primärvården***

Vårdvalet samverkar och följer upp de privata utförarna inom primärvården genom verksamhetsdialoger en gång per år där även patientsäkerhet finns med på agendan. Under 2016 har fokus legat på samverkan med Patientnämnden.



---

En av chefläkarna arbetar halvtid som medicinsk rådgivare för Vårdvalet och deltar även vid dessa ronder.

Samarbetet präglas av samverkan och samarbete för en jämlik och patientsäker vård. För tredje året i rad genomfördes 2016 den Västmanländska kvalitetsdagen där både inspirationsföreläsning om ”Nationellt Kliniskt Kunskapsstöd” som ”Individuell läkemedelsnedtrappning vid beroende” gavs samt att alla vårdgivare/vårdcentraler delgav sina kvalitetsarbeten. 16 olika kvalitetsarbeten presenterades, två exempel är införandet av ”Gröna Korset” samt ”Förbättrat flöde vid demensutredning på SÄBO.

Under 2015-2016 kopplat till införandet av Cosmic har de privata utförarna fått tillgång till EKG taget på sjukhus vilket de offentliga vårdcentralerna haft länge. Vidare har utbildning och samverkan skett för att säkra rutiner med beslutstöd Auricula för säker antikoagulantibehandling på alla vårdcentraler i länet.

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

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

Leverantören ska upprätta en patientsäkerhetsberättelse av vilken det ska framgå hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår och vilka åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten, samt vilka resultat som har uppnåtts. Patientsäkerhetsberättelsen ska vara Landstinget tillhanda senast den 1 mars varje år.

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

### ***Regional samverkan***

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

---

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

Samverkan är inledd med Mälardalens Högskola både för två doktorandtjänster där forskningsområdet riktas mot patientsäkerhet – att förebygga vårdskador samt avseende en fristående kurs i patientsäkerhet på 7,5 högskolepoäng. De doktorandprojekt som landstinget stöder handlar dels om att utveckla det självmordsförebyggande arbetet inom psykiatrisk vård dels att utveckla metoder för att tidigt urskilja de som riskerar att bli mest sjuka äldre med omfattande vård- och omsorgsbehov

### **Risakanalys**

Risakanalys ska göras inför olika förändringar som genomförs inom en verksamhet och även på befintliga processer i organisationen som bedöms innehålla många risker. Syftet med en riskanalys är att identifiera risker och ta fram förebyggande åtgärder innan något har hänt, samt att identifiera och analysera, bedöma och åtgärda orsaker eller omständigheter som skulle kunna leda till en vårdskada. En särskild mall enligt trafikljusmodellen finns utarbetad.

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

De centrala analysledarna har fått särskild utbildning i riskanalys och en uppdragsbeskrivning har tagits fram där uppdragsgivaren preciserar uppdraget, avgränsningar och resurser. Analysen sammanställs i en rapport.

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

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

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

Dessa riskanalyser finns att läsa i tidigare Patientsäkerhetsberättelser.

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

- ❖ *Läkemedelshantering på operation*

Risakanalysen avseende läkemedelshantering på operationskliniken ini-

---

tierades med anledning av några händelser i samband med läkemedels-  
hantering som skulle kunnat medföra allvarlig vårdskada.

❖ *Öppnande av Primärvårdsakut i Västmanland*

Beslut togs i landstinget Västmanland om att öppna en primärvårdsakut. Chefläkare gav uppdraget om att göra en riskanalys ur patientsäkerhetsperspektiv då denna organisationsförändring är mycket komplex och involverar flera verksamheter. Den nya Jourcentralen öppnade i april 2016.

❖ *Cosmics införande i primärvården*

Övergång till gemensam journal Cosmic, som sjukhusvården, från elektronisk Journal III som använts inom primärvården sedan 1998 har ställt stora krav på att nya rutiner görs patientsäkert och även varit utmanande för arbetsmiljön.

❖ *Journal via nätet*

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

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

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

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

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

❖ *Semesterperioden inom både VS och PPHV-förvaltningarna*

En övergripande riskbedömning/riskanalys genomförs alltid inför sommarens minskade bemanning och eventuella stängning av avdelningar.

Inom verksamheterna sker även mindre omfattande riskanalyser enligt trafikljusmodellen som ej sammanställs på den övergripande nivån. Exempel på detta är de riskanalyser som görs inför specialanpassningar av hjälpmedel. 16 sådana riskanalyser finns dokumenterade.

***Planerade riskanalyser 2017***

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

Riskanalys gällande införande av ny läkemedelsmodul i Cosmic R8.1 har beställts inför införandet i april 2017. Även läkemedelsberättelsen kommer att

---

ingå i riskanalysen.

- ❖ *Utfasning av bemanningspersonal inom Psykiatri*
- ❖ *Gemensam riskanalys med Västerås Stad gällande säker läkemedelsanvändning*
- ❖ *Bergslagsjukhuset återtas i egen regi*

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

## **Informationssäkerhet**

Extern granskning av den tekniska säkerheten i landstingets huvudjournalssystem har genomförts. Någon granskning har ej gjorts av hälso- och sjukvårdspersonalens journalföring förutom den som görs vid egenkontroll av hyrläkare samt inom ramen för markörbaserad journalgranskning.

### ***Genomförda Riskanalyser***

*Under år 2016 har följande riskanalyser gjorts med direkt bäring på informationssäkerhet:*

- Webbaserat analysverktyg inom Kollektivtrafikförvaltningen
- CRM-verktyg för Kollektivtrafiken
- Reservrutin för intranätet
- Reservrutin för telefoni
- Risker kopplade till en ombildning till Region 2017
- Byte av nätverkskomponenter
- Överföring av data till nationellt mammografiregister
- Ny lösning för Elektromyografi
- Ny lösning för Geoserver inom kulturförvaltningen
- Självservice på distans
- Bildhantering inom specialistmödravården
- Katalogtjänsten HSA
- Landstingets Befolkningsregistersystem
- Projekt för nytt operationshus 2018
- Administrativa förändringar inom Kostverksamheten

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

Under året har utarbetats och fastställts riktlinjer för IT-säkerhet och riktlinjer för informationssäkerhet för medarbetare.

Ca 1000 medarbetare har gått vår nya e-utbildning om offentlighet och sekretess. Informationssäkerhetssamordnare har deltagit vid ett tiotal arbetsplats-träffar och diskuterat olika frågor kring informationssäkerhet. Efter

---

driftsatt förbättrad funktionalitet har samtliga användare utbildats i verktyget för logguppföljning.

En riktlinje och anvisningar för informationsklassning har fastställts. De viktigaste it-systemen och komponenterna (ca 500 st) har klassats med hänsyn till konfidentialitet, riktighet, tillgänglighet och spårbarhet.

### ***Skydd mot olovlig åtkomst till datornätverk och informationssystem***

Extern granskning av säkerheten i perimeterskyddet har genomförts.

## **Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet**

- *Instruktion för avvikelserapportering* finns i ledningssystemet fastställd av hälso- och sjukvårdsdirektören där klarläggs att alla medarbetare har reglerad skyldighet att rapportera i landstingets avvikelserapporteringssystem Synergi om olyckshändelser, tillbud, risker och klagomål som är av betydelse för patientsäkerheten

#### Verksamhetschefen ansvarar för att:

- den övergripande instruktionen tillämpas och att arbetet med avvikelsehanteringen fungerar på ett tillfredsställande sätt på enheten.
- utse avvikellesamordnare och delegera ansvaret för att samordna avvikelsehanteringen (dokumentera i Synergi, vidta åtgärder samt göra uppföljningar).
- uppmuntra till rapportering av risker och händelser.
- fortlöpande ge information/återföring till verksamhetens medarbetare om de åtgärder som vidtages för att förbättra säkerheten.
- granska och bedöma om avvikelser som inträffat skall hanteras i det lokala säkerhetsarbetet eller om avvikelserna skall anmälas till IVO (Lex Maria) eller läkemedelsverket.

#### Avvikelsesamordnaren ansvarar för att:

- inkomna avvikelserapporter hanteras, klassificeras och allvarlighetsbedöms
- utbilda medarbetare hur man rapporterar avvikelser
- vid behov deltar i risk - och händelseanalyser

#### Samtlig personal omfattas av:

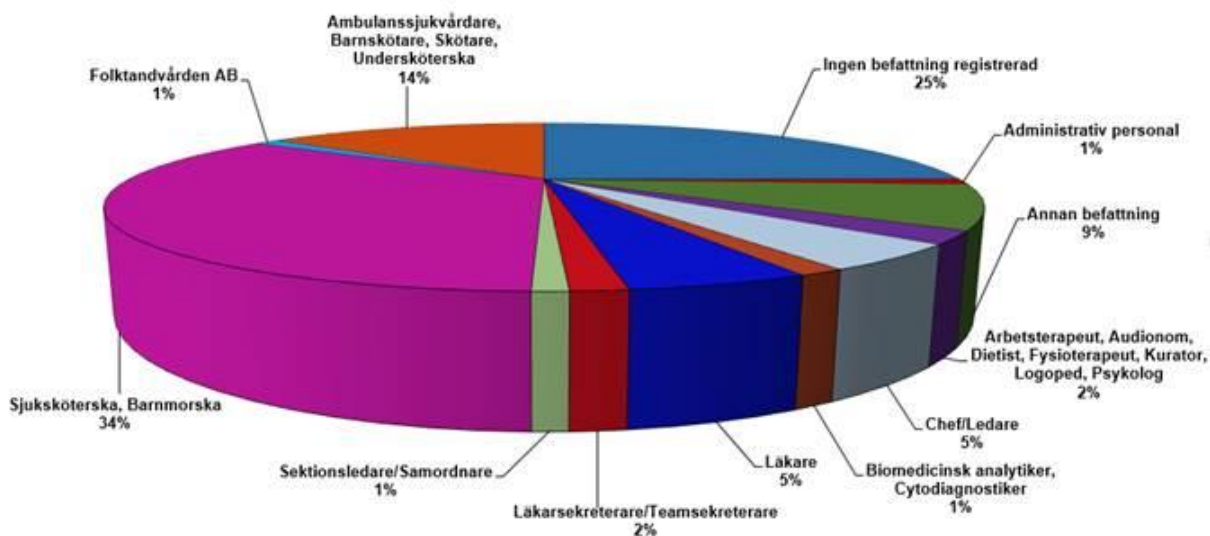
- rapporteringsskyldigheten där händelser inträffat som orsakat en vårdskada eller där risk för vårdskada föreligger. Händelsen skrivs direkt in i Synergi.

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

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

*Kontakt tas omedelbart med chefläkare vid allvarlig vårdskada.*

### ***Hur patientärendena/avvikelse rapporteringen är fördelade i procent bland de olika befattningarna inom Landstinget Västmanland***



Även om läkarna är betydligt färre i Landstinget än andra yrkesgrupper är det viktigt att mer engagera dem i att rapportera avvikelse/händelser och att ge förbättringsförslag för en ökad patientsäkerhet. Jämfört med föregående år ses glädjande en ökad rapportering både från läkare, sjuksköterskor och barnmorskor som kommunals medlemmar. Registrering av ingen befattning har kunnat minska från 32 till 25%.

*Rutiner måste säkerställas för dokumentation av rapporterade befattning.*

Framförallt rapporteras brister inom information och kommunikation samt för administrativa processer följt av rapporterade fall och fallskador men personalen är även observant på läkemedelsfel. (Se utförligare på sidan 72 i Sammanställning&analys.)

Det finns en eftersläpning i klassificeringen av ärenden vilket innebär att det är svårt att jämföra med föregående år. Glädjande kan dock noteras en ökad rapportering med 6% där framförallt riskrapporteringen ökat. Risk och tillbud utgör oförändrat 72% av rapporterade händelser mot 68% år 2014. Det är angeläget att avvikelse rapporteringen i vården fortsätter att öka då goda system för detta bidrar till en lärande organisation. Systemfel i vården kan upptäckas, rutiner ändras och förebyggande åtgärder sätts in. (Se utförligare på sidan 71 i Sammanställning&analys.)

*Viktigt är att förbättra tidig klassificering och allvarlighetsbedömning av avvikelser varför processmål inom 4 veckor fastställdes inför 2015 och rapporter för uttag av data skapats.*

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

---

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

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

***Synergiansvarig sammanställer årets samlade avvikelser för Landstinget Västmanland, avseende alla områden, i en övergripande rapport varje år som diarieförs och delges hälso- och sjukvårdsdirektören.***

## Hantering av klagomål och synpunkter

Varje verksamhet har egna rutiner för hur direkta patientklagomål tas emot men för hela Landstinget gäller att också dessa skall skrivas in i avvikelserapporteringssystemet Synergi. För primärvården finns information framtagen och anslagen. Alla verksamheter värnar och välkomnar patientsynpunkter.

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



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

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

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

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

## Samverkan med patienter och närstående

Att patienter och närståendes förslag och synpunkter tas tillvara i verksamheterna har varit ett fokusområde även vid årets patientsäkerhetsdialog. De flesta enheter har goda rutiner för den individuella delaktigheten med har svårare att få till medverkan i det bredare patientsäkerhetsarbetet.

---

Exempel på nya arbetssätt för patientmedverkan är barnklinikens överrapportering enligt ”beside handover” samt medicinklinikens ”teachback” en metod där patienten återberättar informationen från läkaren/sjuksköterskan.

Utifrån individperspektivet ges vid strukturerad *läkemedelsgenomgång* möjlighet till patientmedverkan genom symptomskattning och ”Min Guide till säker vård”. Ett enklare kort har utarbetats inom primärvården för information om fortsatt vård och behandling. Senior-miniQ finns för delaktighet vid läkemedelsgenomgång via webben.

Reumatologen har ett väl utvecklat samarbete inom patientsäkerhetsområdet med patientföreträdare samt inom psykiatri finns en tradition av brukarråd. Flera vårdcentraler har inbjudit till *focusgrupp* med sina patienter och träffas fyra gånger per år om patientsäkerhets & förbättringsfrågor.

Inom rättspsykiatri har brukarna varit med om att följa upp sina vårdplaner och finns med i avdelningens patientråd. Vid suicidpreventionsutbildningen deltar närstående representant. Inom barnmedicin har närstående varit med att utveckla ovan rondsyst. Bröstcancerföreningen har medverkat vid utformningen av ”min vårdplan”.

***Krav på brukarråd/focusgrupp har ställts på samtliga verksamheter i planeringen för patientsäkerhetsarbetet 2016. 10/47 har kommit igång med detta.***

Den *nationella patientenkäten* är ett viktigt instrument att fånga upp upplevelser i vården. Verksamheterna arbetar för att ta tillvara förbättringsförslagen.

På *Patientsäkerhetsdagen* var temat ”personcentrerad vård” där både personal som patienter bjöds in till dialog och föreläsningar om patientinvolvering samt närstående som resurs. Kirurgkliniken berättade om hur införandet av stomiombud kunnat öka patientmedverkan samt inom ramen för SFV, standardiserade vårdförlopp deltog gynecancerföreningen och berättade om sitt arbete.

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

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

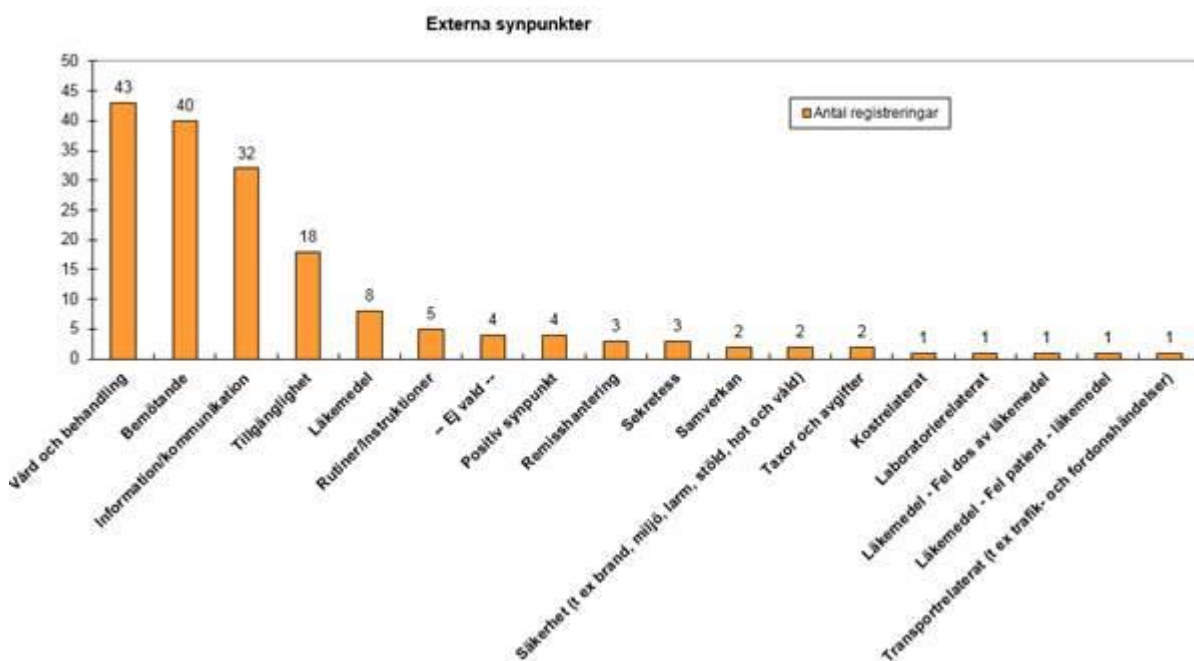
*Vårdstipendiet* tilldelades år 2016 två goda exempel på ökad patientmedverkan som bidrar till en tryggare patient, förutom ”Min Vårdplan” för patienter med bröstcancer ”Införande av ett strukturerat arbetssätt och åtgärdsprogram för patienter med Diabetes”.



*Patientnämnden* är också en viktig ingång i patienternas medverkan i patient-säkerhetsarbetet.

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

### Patienter/närståendes synpunkter via webben



Denna *direktgång till Landstingets avvikelserapporteringssystem* i Synergi öppnades under våren 2014. Under år 2015 inkom 184 förslag vilket var dubbelt så många som 2014 medan 2016 mottogs 171 ärenden. Topp tre är i enlighet med föregående år, omfattar vård och behandling, följt av bemötande och information/kommunikation.

Inkomna ärenden tas om hand av respektive verksamhet och återkopplas till patient/närstående om ej önskemål om anonymitet. Chefläkare läser samtliga synpunkter varje vecka och lyfter dem i behövlig ordning.

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

Landstinget har under 2015 breddinfört att patienter kan ta del av E-tjänsten *Journalen "via nätet"*. Under 2016 kommer samtliga medborgare även de

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

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

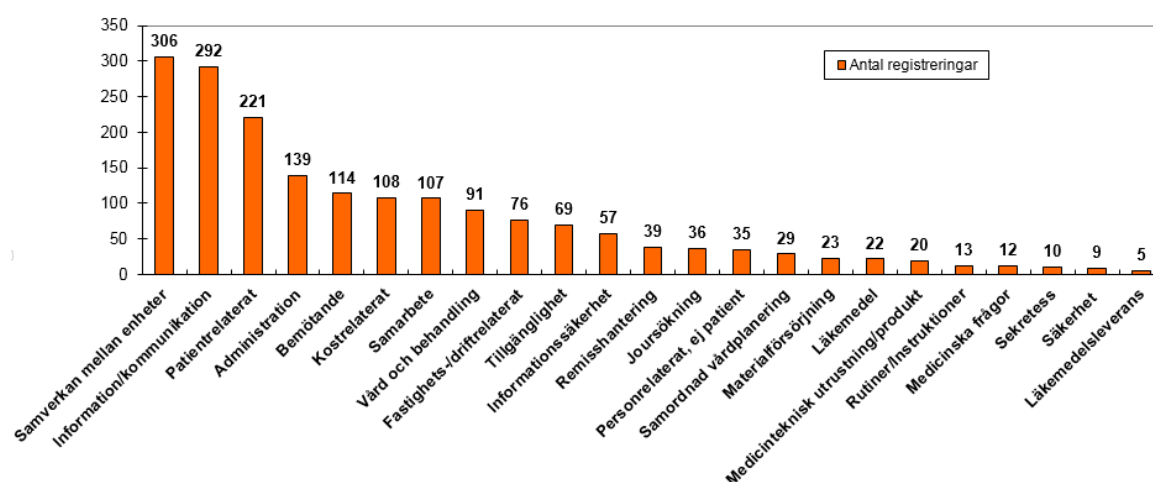
Arbete har startat upp i Landstinget att säkerställa intentionerna i den *Nya Patientlagen* om patientens delaktighet och valfrihet i vård och behandling. Information har gått ut till samtliga medborgare. Egen vårdbegäran kan ses som ett led i detta.

## Sammanställning och analys

### • *Klagomål och synpunkter*

Den samlade bilden av klagomål och synpunkter, både de som personalen rapporterar direkt i kontakt med patient och de som rapporteras via patientnämnden visar att brister i information och kommunikation dominerar följt av frågor om vård och behandling samt samverkan mellan enheter. Det är en skillnad i vad man vänder sig direkt till verksamheten om (samverkan mellan enheter) och vad som patient/ närstående istället kontaktar patientnämnden om (behandling) som är viktigt att beakta. Jämfört med föregående år ses en oförändrad nivå av ärenden direkt till verksamheterna medans antalet till patientnämnden har minskat ytterligare med 12%. Detta måste ses som positivt om patienter och närstående mer kan ta en direktkontakt med den verksamhet som berörs.

### *Klagomål och synpunkter direkt till verksamheten (23 mest frekventa)*



Klagomål och synpunkter inkom direkt till verksamheterna om 1443 vilket är en minskning mot föregående år då 1800 klagomål rapporterades. Från patient/närstående registrerades 103 ärenden och från personalen 1128 samt att för

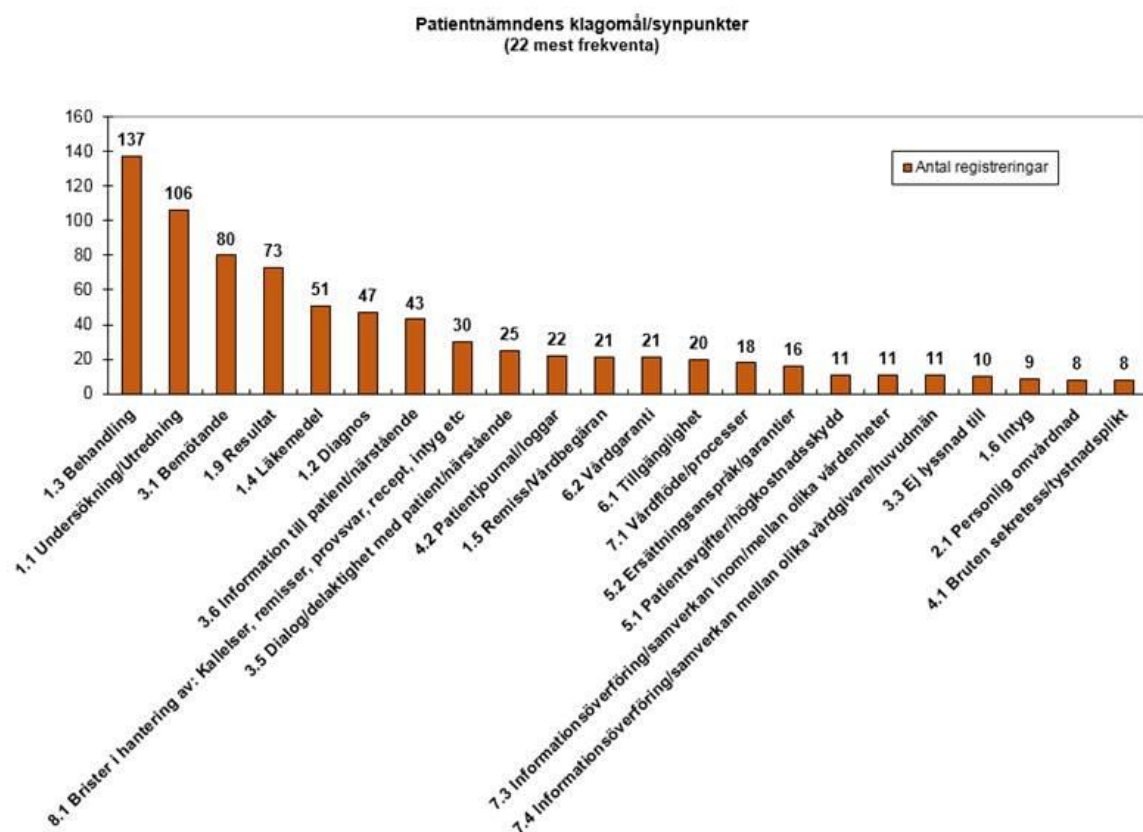
212 ärenden saknas uppgift\*. Sammantaget med de via patientnämnden (823+800) och till IVO 154 inkomna klagomål innebär det att 3.220 klagomålsärenden registrerats år 2016 vilket är i nivå med föregående år.

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

Klagomål/synpunkt från - Anhörig/Besökande	16
Klagomål/synpunkt från - Annan utomstående	1
Klagomål/synpunkt från - Patient	38
Klagomål/synpunkt från - Personal	67
Summa	122

\*Sammanställningen har gjorts manuellt genom genomläsning av ärenden.

### Klagomål och synpunkter via Patientnämnden



Detta är en kraftig minskning av dokumenterade klagomålsärenden jämfört med föregående år p.ga förändrad dokumentation hos Patientnämnden. Till verksamheterna fortsätter den ökande trenden från tidigare år.

Enskilda klagomålsärenden till IVO samt utfärdade lex Maria - anmälningar

---

sammanställs fortlöpande under året. Patientnämnden rapporterar per månad. Avvikelser sammanställs på enheterna. Varje verksamhet får rapport från patientnämnden varje månad och har även möjlighet att dra ut rapporter ur Synergi. I delårs- och årsbokslut aggregeras klagomålsärenden i respektive förvaltning samt övergripande för Landstinget.

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

- ***Lex Maria***

Sammanställning upprättas med uppgift om datum, berörd enhet, vad ärendet handlade, synerginummer, datum för anmälan och ansvarig chefläkare samt när och vad beslut från IVO föranleder. Totalt har 48 Lex Maria-anmälningar lämnats och för dessa har 7 mer omfattande händelseanalyser genomförts\*.

<i>Centrala Händelseanalyser 2016<sup>22</sup>rapporterade till NITHA</i>
Oklart medicinskt ansvarsförhållande primärvård/specialistvård/allmänpsykiatri
Höftfraktur - missad diagnos
Lillhjärnfarkt - försenad diagnos*
Uteblivet ultraljud*
Suicid efter utskrivning från slutenvård*
Traumapatient som skickats vidare till KS
Felaktig Levaxin-dos under sex månader
Suicid - bristande samordning och kommunikation mellan verksamheter*
Fördröjd behandling av skivepitelcancer i munslimhinna*
Beroende - dödsfall i hemmet*
VRE-utbrott
Suicid - känd patient*
Dödsfall i samband med sepsis**
PAD-preparat på villovägar**

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

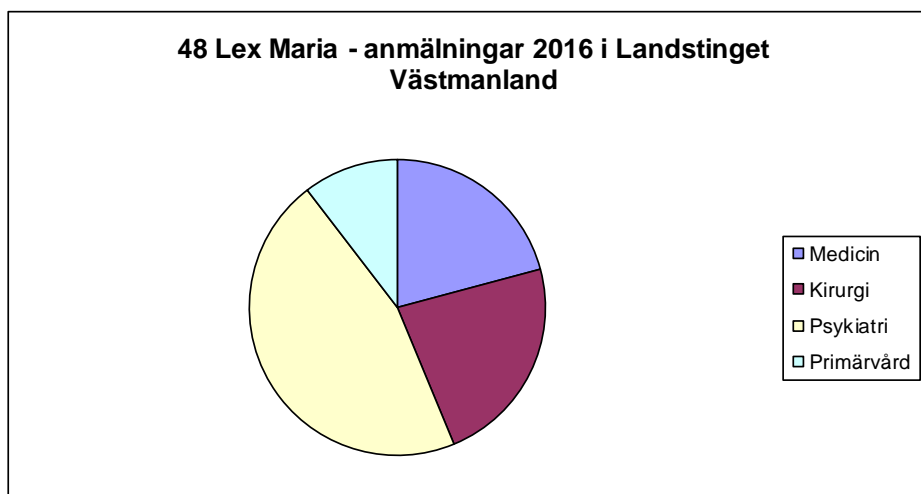
Samtliga Centrala händelseanalyser finns sammanställd i ett dokument med kortfattade beskrivning för varje händelse.

Under året har 8 uppföljningar genomförts av tidigare centrala händelseanalyser. Fokus vid dessa uppföljningar är huruvida åtgärder har vidtagits såsom planerat och resultatet av det.

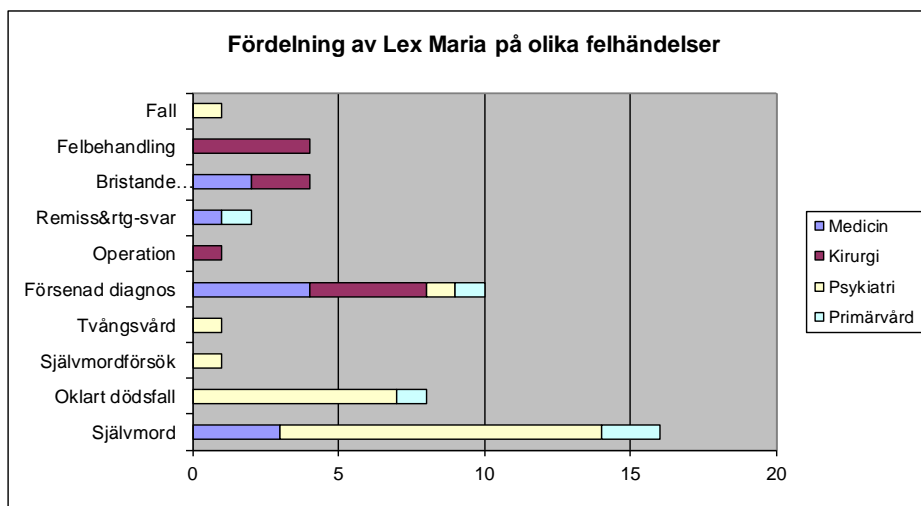
---

<sup>22</sup> Centrala händelseanalyser genomförs under ledning av centrala analysledare. 2016 inkom till den centrala analysgruppen 16 nya ärenden varav 13 händelseanalyser och 3 riskanalyser.

Av 48 lex Maria-anmälningar dominerar suicid och oklara dödsfall som tillsammans utgör hälften av desamma men även flera försenade diagnoser ses. Av de 48 lex Maria var 39 inträffad allvarlig vårdskada och 9 risk för allvarlig vårdskada. Detta är en ökning av antalet allvarlig vårdskada jämfört med risk för sådan jämfört med 2015<sup>23</sup>.



Målsättningen har under 2016 varit att tillse att alla allvarliga händelser med inträffad vårdskada eller risk för sådan skulle Lex Maria – anmälas. Granskningen av samtliga avvikelserapporter är ett led i detta arbete.

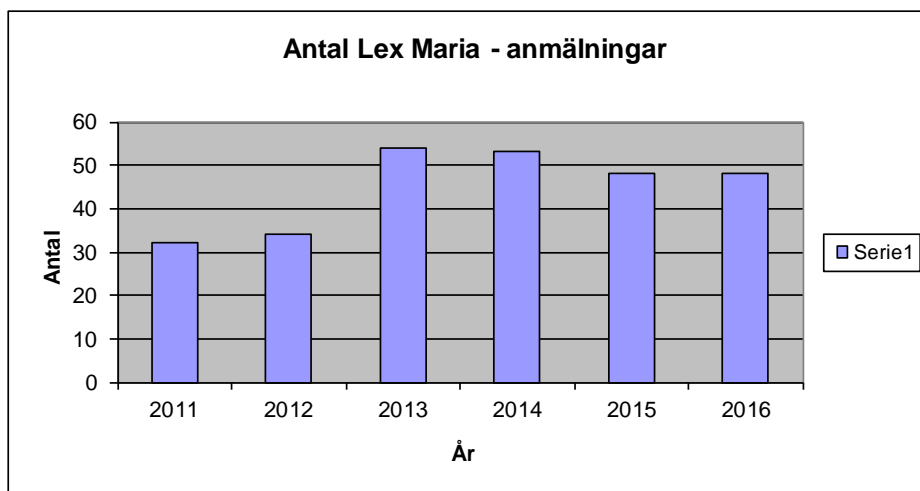


Landstinget Västmanland har tidigare fått kritik från IVO om för få anmälningar och att ej samtliga suicid som haft kontakt med vården granskades. I detta avseende noteras avsevärda förbättringar vilket innebär idag att samtliga självmord identifieras och utreds både inom slutenvård som primärvård. Ru-

<sup>23</sup> Av de 48 lex Maria 2015 var 31 inträffad allvarlig vårdskada och 17 risk för sådan.

tiner finns för gemensam utredning där både primärvård och psykiatri varit delaktiga i vården.

Chefläkare deltar i internutredningsgruppens möten inom vuxenpsykiatrin.



Målet är en 0-tolerans för allvarlig vårdskada. En långsam minskning ses efter 2013. Vad gäller anmälda lex Maria noteras även en procentuellt ökat rapportering av risk för allvarlig vårdskada i relation till inträffad allvarlig vårdskada förra året men detta har ej kunnat infrias i år.

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

Sammanställning upprättas med uppgift om vårdenhet, ärendets art samt beslut om åtgärder från IVO. Totalt har 154 enskilda ärenden registrerats vilket är en 50% ökning jämfört med föregående år. Inom alla discipliner utom psykiatri ses en ökning. Redovisade ärenden omfattar medicin 20, kirurgi 45, psykiatri 25, primärvård 17 och handikapp 0. Övriga 31 ärenden berör flera verksamhetsområden eller andra vårdgivare, 10. Dessutom tillkommer 6 ärenden avslutade av IVO utan utredning.

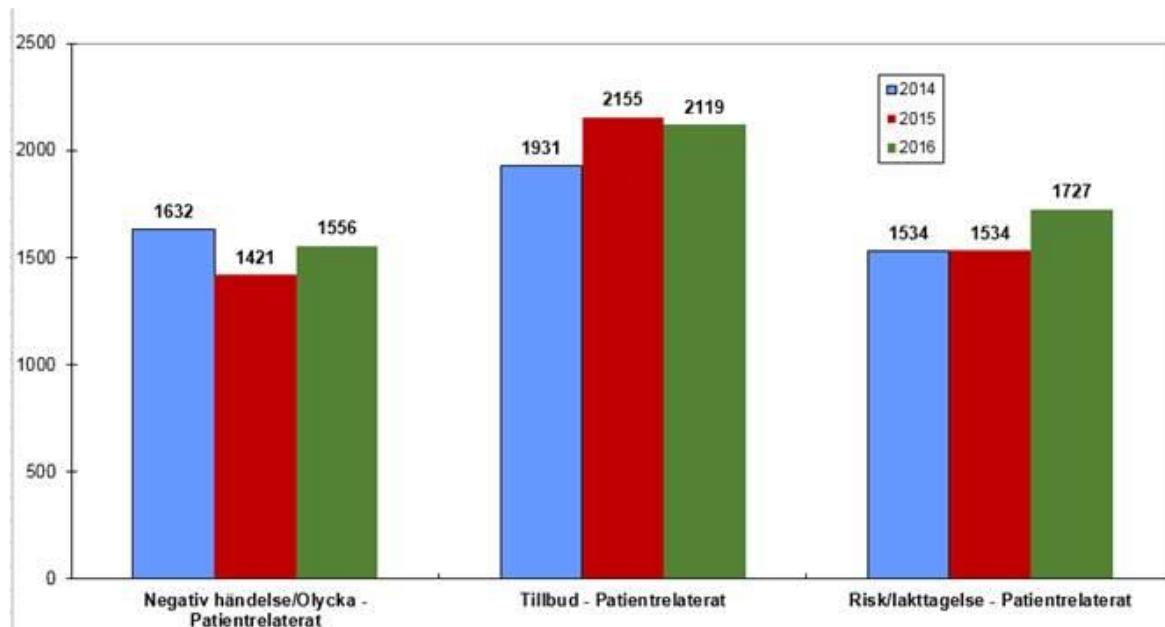
- ***Avvikelse rapporter i Synergi***

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

Bilden på nästa sida visar ökat antal rapporterade patientrelaterade händelser och risker med 6%, totalt 5402. En något minskad tillbudsrapportering ses.

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

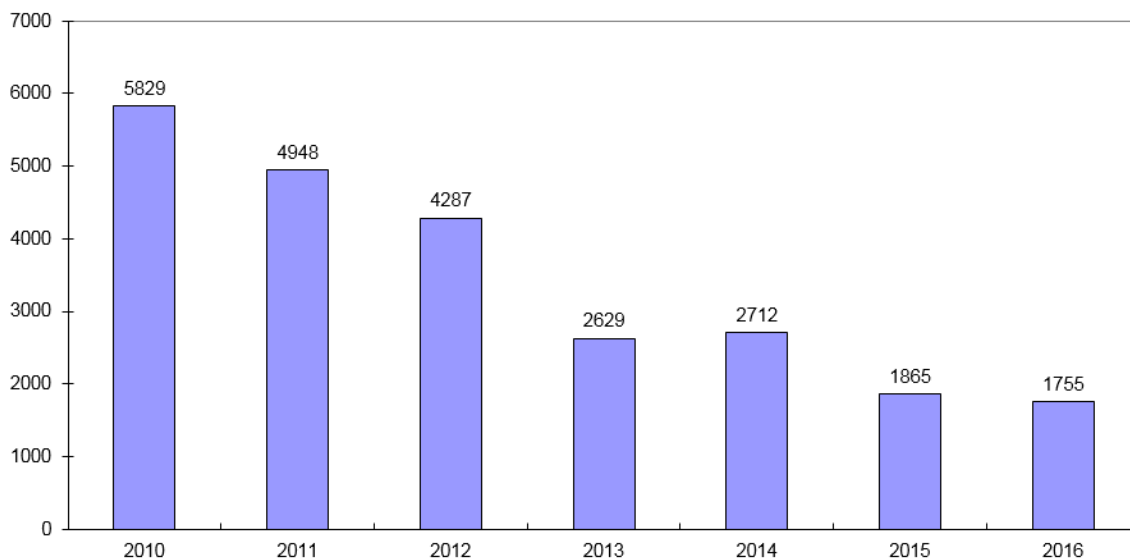
## Patientrelaterade avvikelser



Till detta kommer 3220 ärenden som klassats som klagomål (från både patienter och personal) samt 1755 preanalytiska (lab) avvikelser.

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

## Laboratoriehändelser

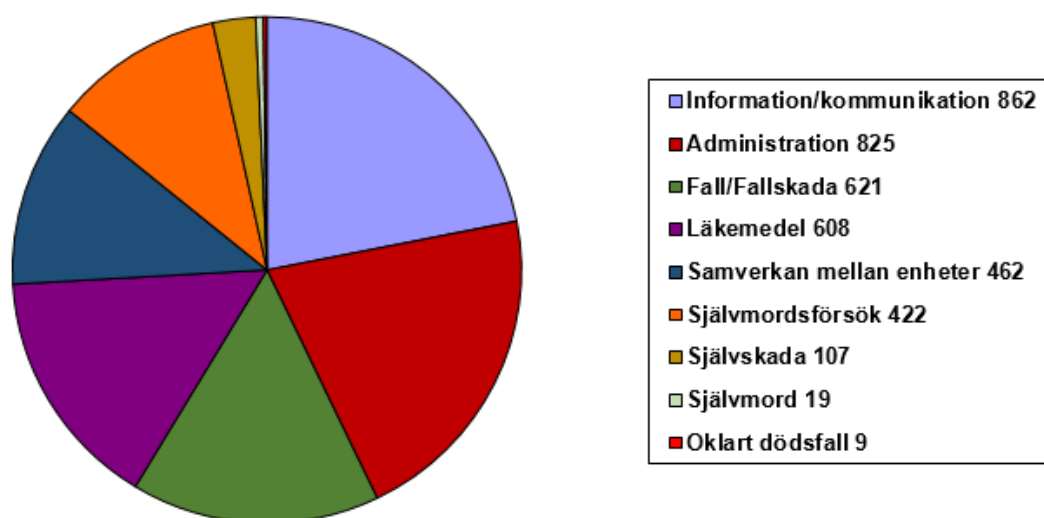


Av de 5402 patientrelaterade händelserna och påvisade riskerna rapporte-

---

rade i Synergi dominerar brister inom information/kommunikation (862) samt i administrativa arbetsprocesser (825) precis som föregående år men i omvänd ordning. Påtalade brister avseende information/kommunikation har ökat med 20%. Många av de administrativa patientavvikelseerna omfattar journaldiktering och remisshantering. Både fall/fallskador och brister i läkemedelsprocessen har åter ökat jämfört med föregående år med vardera 16%.

### Patientrelaterat Händelsekategori



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

Utrustning och Medicinsk-tekniska produkter har varit involverade i händelsen i 241 ärenden vilket är en minskning med 20% mot föregående år.

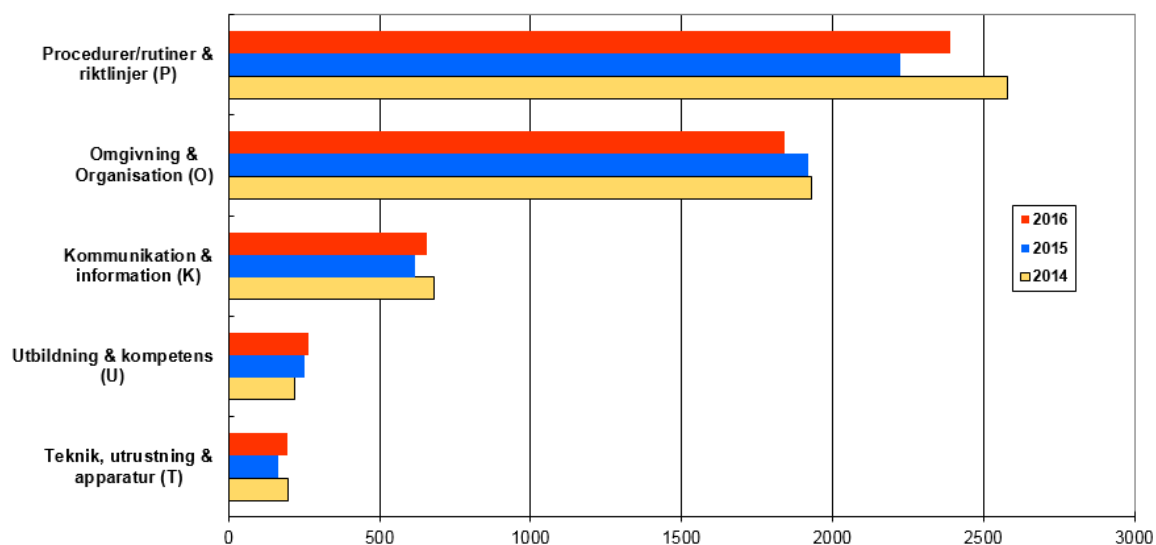
Brister i varuförsörjningen har uppmärksammats och förbättrade rutiner för avvikelserapportering i Synergi har säkerställts. Patientsäkerheten har satt igång en process som ska leda fram till bättre upphandlingar där verksamheternas erfarenheter/synpunkter före, under och efter upphandling tas tillvara.

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

### Orsakskategorier till avvikelser

Fördelningen mellan orsakskategorier ligger stabilt över tid.





- ***Patientnämndsärenden***

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

Alla ärenden som skickas till verksamheter registreras i synergi. Tidigare år har alla kontakter som tagits med patientnämnden registrerats där. Detta år då kansliet har varit underbemannat under en längre tid har från maj månad endast de kontakter som genererat synpunkter eller klagomål mot en verksamhet registrerats. Övriga kontakter har registrerats som pinnstatistik. I pinnstatistiken ingår till exempel frågor om spärr av journal, eget vårdval, försäkringsfrågor, remisshantering och ärendehantering. Detta för att få en rimlig handläggningstid av ärenden. Till nästkommande år har Patientnämnden strukturerat, förenklat och standardiserat registreringen så alla ärenden åter kan registreras i synergi.

År 2016 är 838 ärenden registrerade i synergi och ca:800 ärenden registrerade som pinnstatistik. Det innebär ökat antal ärenden jämfört med tidigare år.

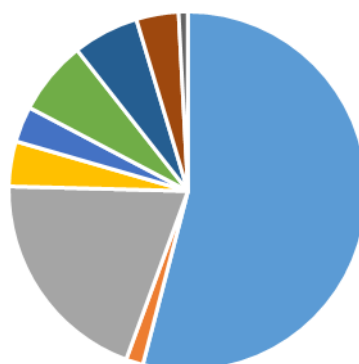
Patientnämnden ser ett fortsatt ökat behov av kontakt med en opartisk instans som lyssnar och förmedlar deras upplevelser och berättelser till vårdgivarna. Fördelningen ser likadan ut som tidigare år. Den främsta orsaken till att patienten vänder sig till patientnämnden gäller ärenden som rör vård och behandling. Patienten upplever att behandlingen är felaktig eller fördröjd men har även synpunkter gällande undersökning/utredning, medicinering och remiss-

hantering. Därefter följer kommunikation och då främst bristande bemötande, därefter ärenden där patienten inte känner sig lyssnad till och brister i dialog och delaktighet med patient. Efter det kommer synpunkter som handlar om vårdansvar, därefter synpunkter på administrativ hantering där det finns brister i kallelser, remisser intyg och provsvar.

### Huvudproblem och antal registrerade ärenden av totalt 838:

1	Vård och behandling	453
2	Omvårdnad	13
3	Kommunikation	166
4	Sekretess och medicinsk dokumentation	34
5	Ekonomi	27
6	Organisation och tillgänglighet	56
7	Vårdansvar	50
8	Administrativ behandling	32
9	Övrigt	7

Diagramrubrik



- 1. Vård och behandling
- 2. Omvårdnad
- 3. Kommunikation
- 4. Patientjournal och sekretess
- 5. Ekonomi
- 6. Organisation och tillgänglighet
- 7. Vårdansvar
- 8. Administrativ hantering
- 9. Övrigt

Utöver detta är ca: 800 ärenden registrerade från maj månad som ”pinnstatistik”. Detta är patientkontakter på telefon, myndighetsbrevlåda, e-mail och personliga besök.

### Ärenden per förvaltning/verksamhet

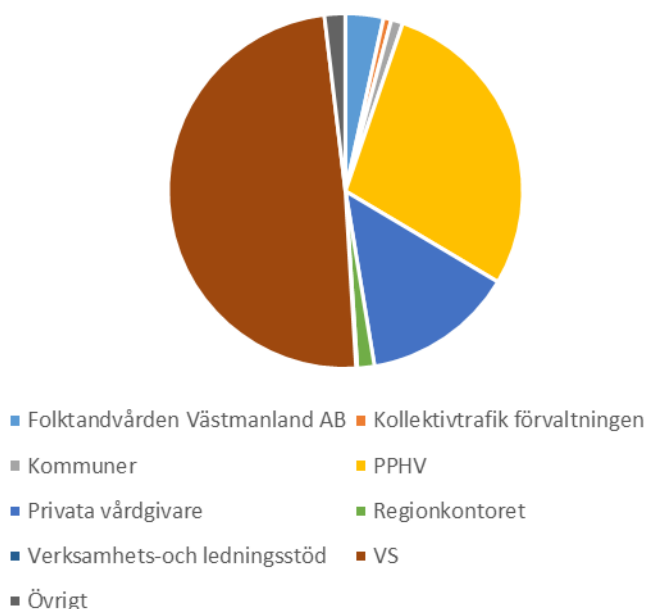
Fördelningen av ärenden över verksamheterna är på samma sätt som tidigare år. Majoriteten av ärendena rör Västmanlands sjukhus (VS) följt av primärvård, psykiatri och habilitering (PPHV). Därefter kommer privata vårdgivare, Folk tandvården AB och därefter länets kommuner. Ett antal ärenden har oklar ärendekodning och redovisas under rubriken Övrigt. Med tanke på att registreringen i år inte varit densamma som tidigare år kan någon jämförelse i an-

tal ärenden inte göras med tidigare år.

### Fördelning av 838 registrerade ärenden per förvaltning:

Folktandvården Västmanland AB	29
Kollektivtrafikförvaltningen	6
Kommuner <sup>25</sup>	9
Primärvård, Psykiatri och Habilitering, PPHV	237
Privata vårdgivare	116
Regionkontoret (tidigare Landstingskontoret)	13
Verksamhet och ledningsstöd	1
Västmanlands Sjukhus, VS	411
Övrigt	16

Diagramrubrik



En överblick av exempel på rubriker över synpunkter och klagomål som registrerats under året som på olika sätt beskriver de enskilda patientberättelserna och vad de vill ha svar på.

### Några slumpvis valda rubriker på ärenden som registrerats på patientnämnden 2016

- *Fördröjd diagnos - patient söker familjeläkare i mars för hudförändringar, får diagnos kvisslor. Upplevde läkaren som nonchalant - uppsökte ny läkare någon månad senare som konstaterar hudcancer.*
- *Fördröjd diagnos – patient söker familjeläkare vid flera tillfällen under sommarhalvåret för klåda. Fick antihistamin mot allergi. Tilltagande klåda, läkaren bedömde att klådan berodde på patientens missbrukshistorik. Patien-*

<sup>25</sup> Av Västmanlands kommuner var 7 anslutna till Patientnämnden under 2016

---

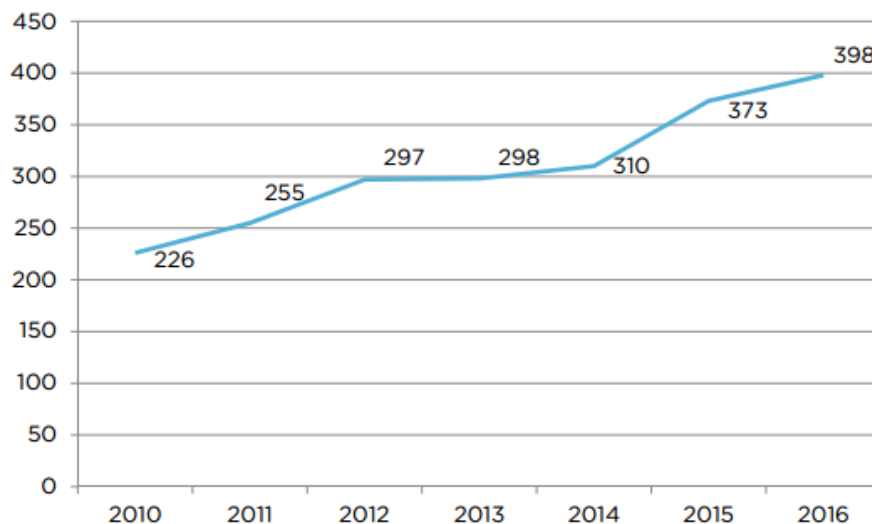
ten varit drogfri en längre tid-remiss till hudläkare som konstaterar att patienten har skabb.

- *Bristande bemötande - äldre man inkommer med ambulans till akutmottagningen med bröstsmärta. Efter undersökning skickas patienten hem på natten iklädd tofflor utan ytterkläder i isande kyla.*
- *Behandlingsresultat – patient som ska genomgå en rotfyllning. Besvär efteråt visar en skada i käkbenet, patienten begär ersättning*
- *Bristande bemötande - patient med kronisk sjukdom ringer sin familjeläkarmottagning för att få tid hos sin läkare. Blir erbjuden tid hos annan läkare, vill dock träffa den läkare som har kunskap om sjukdomshistorien som är komplex. Receptionist suckar och tycker att patienten är besvärlig.*
- *Nekat läkemedel – Ung man med abscess i underlivet söker vård på akutmottagningen. Är rädd och blir av läkare lovad behandling i narkos. Efter flera timmars väntan kommer en ny läkare som skär upp abscessen som lokalbedövas trots patientens protester. Patienten upplevde stark smärta och förtvivlan över att inte bli lyssnad på.*
- *Brister i basal vårdhygien – anhörig påpekar brister i hygienrutiner på vårdavdelning, personal slängde sjukvårdsmaterial i papperskorgen, lade sängkläder på golvet, tömde urinpåse i handfat.*

- ***Patientförsäkringen LÖF***

Förra året tog Patientförsäkringen LÖF (Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag) emot 398 skadeanmälningar som berörde Region Västmanland. Ökningen på 7% jämfört med 2015 är högre än den nationella på 2%.

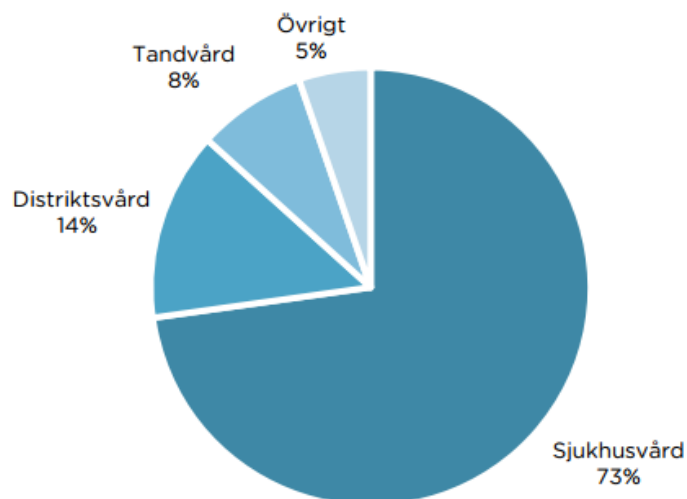
#### 4.1 Antal anmälningar hos Löf 2010-2016 för Region Västmanland



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

2016

#### 4.2 Anmälningar uppdelade efter verksamhetsområde 2010-2016 för Region Västmanland



73 % av anmälningarna i Landstinget Västmanland tillhörde sjukhusvård och 14 % primärvård vilket är en förskjutning mot sjukhusvård jämfört med 2015.

De flesta patienter som drabbas av en vårdskada önskar att sjukvården lär sig av sina misstag, så att inte fler drabbas av samma sak. Varje sjukhus får

---

information om sina skadeanmälningar hos Patientförsäkringen LÖF och får därmed möjlighet att ändra sina rutiner och system så att skadan inte ska hända igen. Mest anmäls skador som inträffar i samband med operation. Andra vanliga skador är merskador p.g.a. försenad eller utebliven diagnos.

### **SAMLAD BEDÖMNING AV KLAGOMÅL**

Även om patientklagomål ökat direkt till verksamheterna har de av dignitet troligen minskat till Patientnämnden och för Enskild anmälan till IVO samt att antalet undvikbara allvarliga vårdskador ligger på en relativt sett låg nivå. Detta måste ses som ett gott tecken på att patientsäkerhetsarbetet ger positiv effekt. Medborgarna är informerade och uppmuntrade att anmäla skador så att händelser kan utredas och förbättringar kan komma till stånd innan det sker något mer allvarligt.

- *Den samlade bedömningen utifrån Lex Maria, analys av ärenden från IVO, Centrala händelseanalyser och Patientnämndsärenden är att brister i vård- och behandling kan få ödesdigra konsekvenser men kan förbättras genom en god personalförsörjning, förbättrad kontinuitet samt att patientens delaktighet säkerställs.*
- *Klagomål avseende vård och behandling har ökat kraftigt men inträffad allvarlig vårdskada eller risk för sådan är oförändrad jämfört med tidigare år.*

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

## **Resultat**

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

Genomförd revision under året visar att Landstinget utvecklat sitt patientsäkerhetsarbete under de senaste åren och har vidtagit åtgärder för att säkerställa en god intern kontroll.

***Landstinget Västmanland klarade samtliga fem grundkrav och sex indikatorer i Patientsäkerhetsöverenskommelsen 2014 vilket gav ett tillskott om 19 miljoner från staten till det fortsatta patientsäkerhetsarbetet i Landstinget.*** Grundkraven omfattade; patientsäkerhetsberättelse, nationell patientenkät, mätning av patientsäkerhetskultur, markörbaserad journalgranskning och nationell patientöversikt (NPÖ). Indikatorerna som gav prestationsättning om uppfyllda grundkrav innehöll; basala hygienrutiner och klädregler, minskad antibiotikaanvändning, säker läkemedelsanvändning, förebyggande av tryck-

---

sår, kontroll på överbeläggningar samt införande och validering av data i infektionsverktyget.

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

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

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

### ***Strukturmått***

Landstingets *centrala patientsäkerhetsteam* är etablerat med fyra chefläkare, en chefsjuksköterska, administrativ resurs och en synergiansvarig samt med fem centrala analysledare. *Läkemedelskommittén* är en viktig del i strukturen samt att lokal *Stramagrupp* finns etablerad. För implementeringen av de Nationella riktlinjerna finns en särskild avdelning för Kunskapsstyrning. *Analysgruppen* arbetar med öppna jämförelser. *Patientnämnden* arbetar i samverkan.

*Ett integrerat ledningssystem* för Landstinget Västmanland finns implementerat i så gott som alla vårdverksamheter. Ledningssystemet innehåller förutom dokument även kartlagda processer med tillhörande dokumentation som är synliga i den grafiska processbilden. Närmare 200 processer har identifierats och kontinuerligt kartläggs alltfler på en detaljerad nivå. För 95% av processerna finns processägare utsedda. Ett stort område som omedelbart fått stöd genom den etablerade processtrukturen är cancerområdet där det nationella införandet av standardiserade vårdförlopp pågått sedan 2015. Hittills har 18 vårdförlopp startat och arbete pågår att starta upp ytterligare 10 under 2017.

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

På *Lärcentrum*<sup>26</sup> finns regelbundna utbildningar i patientsäkerhet men även riktad utbildning i säker läkemedelsanvändning, suicidprevention och akut omhändertagande. All personal skall genomgå utbildning i hjärt-lungräddning varje år vilket bara nåddes i cirka 35% med en variation om 0-87% mellan de olika verksamheterna. Utbildning och organisation har därför setts över men ej

---

<sup>26</sup> För en komplett information om Lärcentrums verksamhet och för personalen genomgåna utbildningar hänvisas till Lärcentrums verksamhetsberättelse 2016.

fått genomslag fullt ut 2016. AT-läkarna får A-HLR-ut-bildning i introduktionsveckan samt som en repetitionsutbildning ett år senare inför primärvårds-placeringen.

Enligt nedan redovisning noteras att satsningen på utbildning i suicidprevention fått genomslag men betydligt fler utbildade (194) jämfört med tidigare år.

### Antal deltagare i utbildningar (patientsäkerhet) 2016

A-HLR utbildning	202
Barn A-HLR utbildning	33
Barn HLR - Instruktörsutbildning	9
Barn HLR utbildning	250
D-HLR	0
S-HLR - Instruktörsutbildning	25
S-HLR utbildning	1145
Vuxen HLR med hjärtstartare	340
Vuxen HLR med hjärtstartare - Instruktörsutbildning	3
<b>Totalsumma hjärt-lungräddning</b>	<b>2007</b>
Patientsäkerhet för verksamhetschefer	22
Avvikelse rapportering/Händelse- eller riskanalys	19
Strålsäkerhet/Gasutbildning eller Medicinsk Teknik	74
proACT (tidigare ALERT)	188
Akut omhändertagande för Primärvården	22
Akut omhändertagande för psykiatrisk vård	22
SBAR*	0
Team-arbete/Team-träning	
Förflyttningsskick**	215
Förflyttningsskick - Instruktörsutbildning	9
Läkemedel	
Suicidprevention	194

\*SBAR: Under 2016 har förutom de ordinarie tillfällena på en halvdag x 2 även haft arbetsplatsförlagd information/utbildning. Både inom sjukhusvården som primärvården har man på den egna arbetsplatsen under tex. APT, utbildningsdagar tagit del av information/utbildning om SBAR Läkarna har haft egna informations/utbildningstillfällen på läkarmöten. Samtliga har emottagits väl. Enheten/kliniken arbetar därefter själva fram en struktur att hålla sig i. Material har tillhandahållits från Lärcentrum och patientsäkerhetsteamet. Uppföljning görs efter behov och efterfrågan.

\*\*Förflyttningsskick: Under 2016 har utbildning till instruktör kunnat erbjudas för att stärka omvårdnaden för patienten och ytterligare förhindra att skador uppstår såsom trycksår o fall samt för personalens säkerhet utifrån arbetsmiljöaspekter. Instruktörernas roll är tänkt att hålla

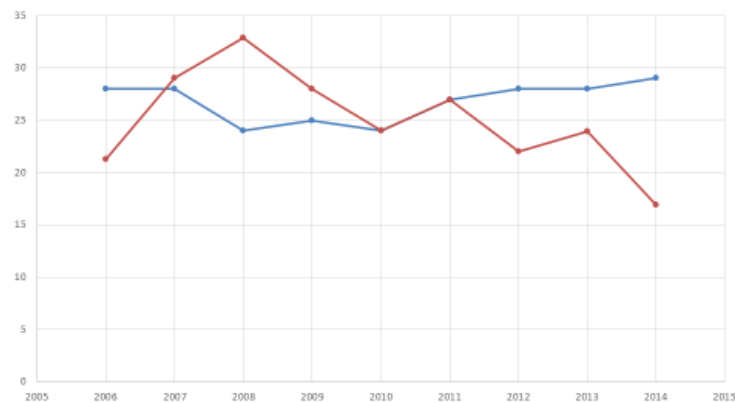


---

repetitionsutbildningar på den egna enheten/kliniken samt att uppdatera material etc. men också påvisa så fel/brister ej uppstår. Grundutbildningen kommer som tidigare hållas på Lärcentrum och inom KTC

Även om totalantalet medarbetare som genomgått någon form av hjärt-lung-räddning (2007) ökat med 15% år 2016 mot föregående år så noteras stora brister i måluppfyllelse över tid.

## 30-dagarsöverlevnad vid hjärtstopp



Blå= Sverige Röd= Västmanland

Vid en utbildningsintervention genomförd på Västmanlands sjukhus Västerås under åren 2008-2009 ökade den teoretiska kunskapsnivån efter genomförd HLR utbildning. Under 2008 var överlevnaden vid hjärtstopp som högst under den perioden vi studerat. Den funktionella statusen hos de överlevande ökade efter interventionen. Vid femårsuppföljningen av denna studie som genomfördes 2014 visade det sig dock att kunskapsnivån sjunkit avsevärt. Andelen som svarade rätt på > 80% av frågorna i kunskapstestet sjönk från 37,6% till 7% under perioden. Samtidigt minskade överlevnaden vid hjärtstopp i Västmanland från knappt 33% 2008 till 17% 2014. Överlevnaden vid hjärtstopp i riket har under tiden ökat.

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

I Lärcentrum ingår *Kliniskt Tränings Centrum (KTC)*. Sedan 2014 har Lärcentrum kompetensen för att utbilda andra att bli instruktör i medicinsk simulering. Det har under året genomförts två utbildningstillfällen där medarbetare från avdelningar utbildats för att bli instruktörer i medicinsk simulering. Under året har det genomförts teamträning på bland annat lungavdelningen, diabetes-njuravdelningen och akutmottagningen.

Det övergripande syftet med att möjliggöra medicinsk simulering vid KTC och/eller på klinik är att stärka kommunikation och reflektion i det vardagliga arbetet via scenario och/eller färdighetsträning. Genom att flera olika yrkesgrupper övar i team och färdigheter tillsammans, med stöd av utbildningsmodeller/ simuleringdocka, blir även roller och ansvar tydliga.

Avvikelse kan ligga som grund för hur ett scenario utformas. Utbildning i

---

Akut omhändertagande för slutenvården är en heldagsutbildning där syftet är att bli förberedd inför mötet med en akut sjuk patient. Utbildningen utgår ifrån att deltagarna undersöker och behandlar patient enligt ABCDE-metoden. Deltagarna arbetar i team och får förståelse för sin egen roll i teamet.

Kompetenskort TILDA är ett webb-baserat verktyg för utbildning och kunskapstest och har bl.a använts för säker läkemedelshantering. I dagsläget finns 2415 licenser i landstinget.

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

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

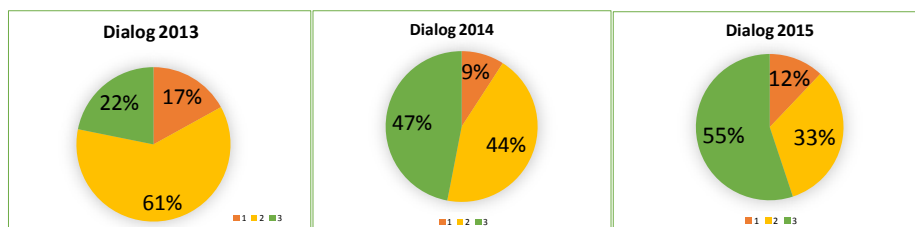
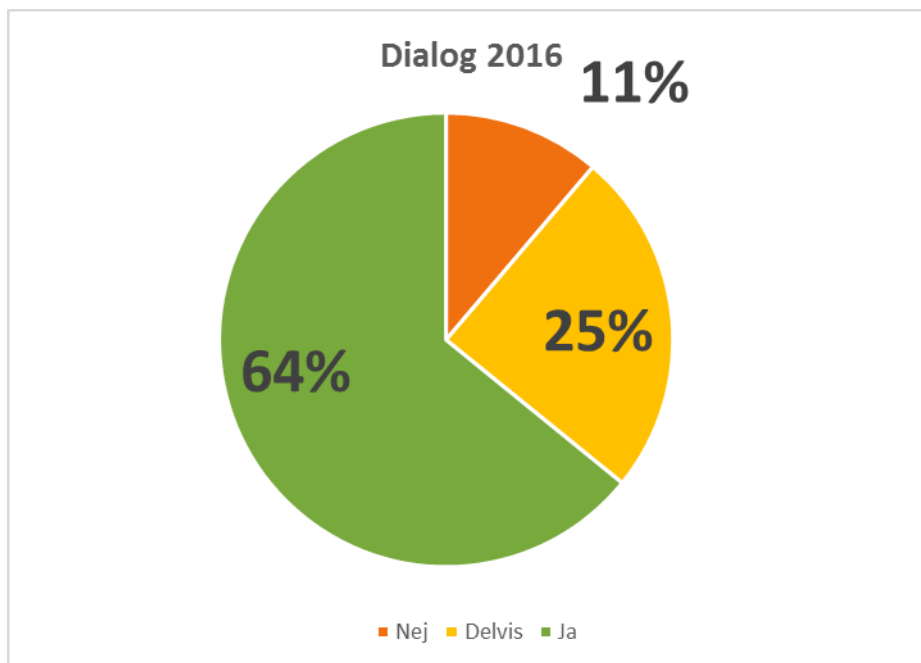
#### **Antal deltagare i utbildningar (synergi) 2016**

Lärrledd utbildning	Antal deltagare	Antal utbildningstillfällen
Grundutbildning	52	6
Egenkontroller – Brandkontroller	9	1
Registrering av Skyddsronder	12	4
Steg 1 Rapport/utdata	3	6
Personalutbildning/Information	50	4
Enskilda utbildningar	152	50
Nätverksmöte	26	1
<b>Totalt</b>	<b>304</b>	<b>72</b>
E-utbildning	101	

#### ***Processmått***

*Patientsäkerhetsdialoger* har genomförts på samtliga enheter under året av den chefläkare som har ett särskilt uppdrag inom verksamhetsområdet tillsammans med chefsjuksköterskan. Det innebär att chefsjuksköterskan besökt samtliga kliniker medan respektive chefläkare sett sitt område uppdelat på primärvård, psykiatri, medicinska specialiteter och kirurgiska+diagnostiska specialiteter.

En sammanställning av patientsäkerhetsronderna har genomförts enligt trafikljusmetoden och många förbättringsförslag har kunnat tas om hand. En sammanställning över tid visar även att verksamheterna rör sig mot målet.



Frågorna från patientsäkerhetsdialogerna belyser struktur, process och resultat av patientsäkerhetsarbetet i verksamheterna. Samtliga verksameters resultat är ihop-räknade. Även om inte frågorna är identiska över tid\* visar sammanställningen dock en tendens mot förbättrat patientsäkerhetsarbete. Grönt avser uppfyllda mål, gult delvis uppfyllda och rött inte alls. \*Se sidan 25.

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

*Händelse & Riskanalyser* har genomförts under ledning av centrala analysledare; 14 händelseanalyser varav 11 har förts in eller kommer att föras in i Nitha<sup>27</sup> samt 1 ny övergripande riskanalys men ute i verksamheterna görs även egna analyser på enklare ärenden även om ingen sammanställning finns på

<sup>27</sup> Nitha är ett nationellt IT-stöd för händelseanalyser. Beslut finns ännu ej att föra in suicid.

---

dem. Verksamheten är positiv och angelägen att delta i analyserna. Kulturen i att vända från "syndabock" till systemfel är nu etablerad.

Händelseanalys med central analysledare görs i de Lex Maria-ärenden som kräver en större genomlysning, om flera enheter är involverade i händelsen och/ eller andra omständigheter som innebär att en extern utredning utanför enhetens egna interna utredning krävs.

Rutin för händelse- och riskanalys där flera vårdgivare är involverade finns implementerad samt inskriven i avtalen med de privata utförarna.

#### *Klassificera och allvarlighetsbedömda avvikelser i Synergi*

För att säkerställa att samtliga felhändelser snabbt tas om hand, utreds och åtgärdas följs verksamheternas arbete med klassificering av avvikelser upp samt allvarlighetsbedömning av desamma. För perioden januari-december har 86% (9970/12514) av avvikelser klassificerats och 54% (737/1385) av patientolycksfall har allvarlighetsbedömts inom fyra veckor. Detta är en förbättring jämfört med föregående år och klassificeringen av avvikelser visar stabila värden varje månad samt att allvarlighetsbedömningen visar en positiv trend mot uppsatta mål.

System för *E-hälsa* finns etablerat. Vid årsskiftet 2016/2017 hade 40% av invånarna i Västmanland ett inloggningskonto på 1177 Vårdguiden vilket är en ökning med 10%. 31/12 2016 hade 33.946 Västmanlänningar loggat in i *Journalen* vilket är en fördubbling jämfört med föregående årsskifte varav 6.642 då redan loggat in innan breddinförandet 1/10 2015 troligen genom att läsa sin journal i från Uppsala.

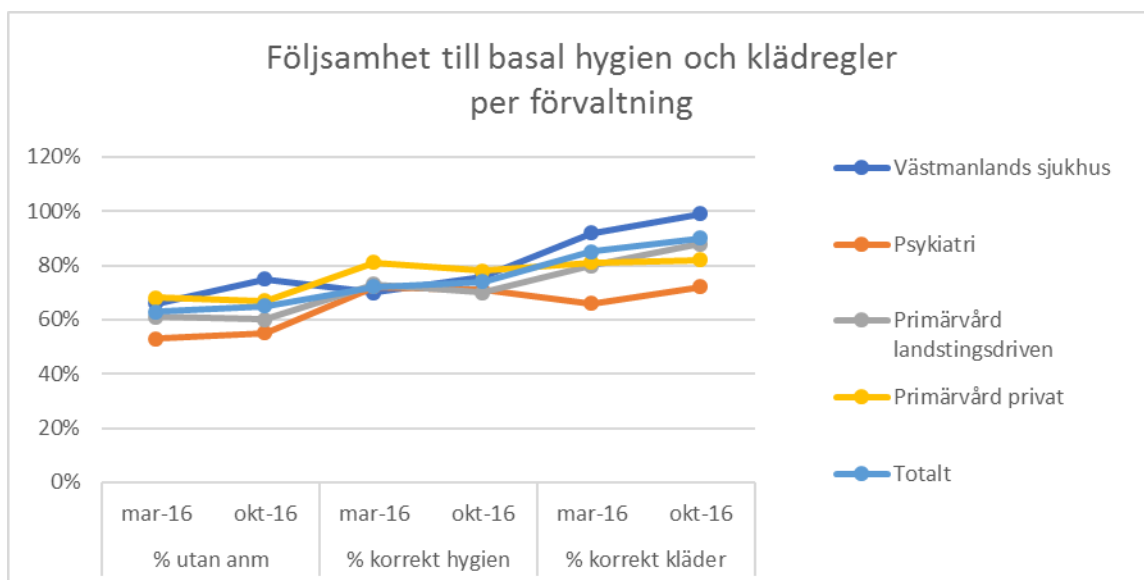
Under 2016 registrerades i kvalitetsregistret *Senior Alert* för slutenvården i Landstinget Västmanland 7265 riskbedömningar för fall, trycksår och undernäring i kvalitetsregistret Senior alert. Detta utgör en andel på 42% för de ineliggande patienterna som är 70 år och äldre. Av dessa hade 83% risk inom ett eller flera områden och 96% av dessa fick åtgärder planerade. Av de som fått planerade åtgärder fick 89% dessa även uppföljda. Totalt sett hade 59% risk för fall, 22% risk för trycksår och 70% risk för undernäring.

Fler riskanalyser enligt Senior Alert genomförs men dokumenteras direkt i elektronisk journal Cosmic för att kunna följas upp i vårdkedjan. Detta förklarar färre registreringar i kvalitetsregistret. Rapport för att kunna följa upp utdata direkt ur journalen är under framtagande.

Vad det gäller primärvården i Västmanland har 245 riskbedömningar genomförts under 2016. Av de som fått riskbedömning hade 75% risk inom ett eller flera områden. Hälften av dem fick åtgärder planerade och i februari 2017 hade 34% hittills fått sina åtgärder uppföljda. Av de riskbedömda inom primärvården hade 63% risk för fall, 5% risk för trycksår och 35% risk för undernäring.

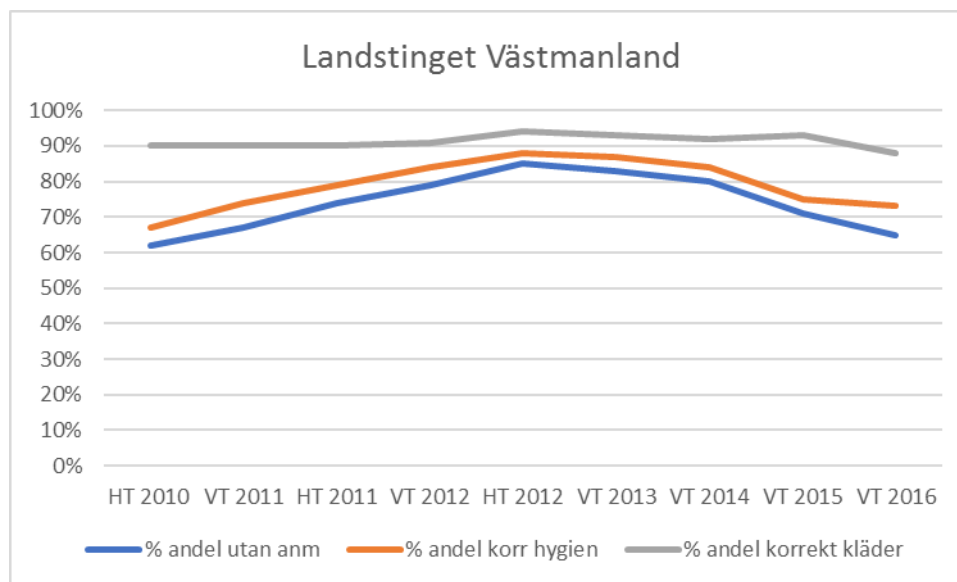
Arbetet med den preventiva vården gällande munhälsa har fortsatt under året i äldrevårdsteamet. Ca 25 utbildningstillfällen på vårdavdelningar har utförts. En viss ökning av *munhälsobedömning enligt ROAG* kan ses i rapporten från kvalitetsregistret Senior Alert gällande munhälsan. Resultatet visar att 3050 personer av dessa har fått bedömning av munhälsan år 2016 d v s 19 % jämfört med 12 % år 2015. Under 2017 kommer det att vara svårt att kunna jämföra siffror då de flesta vårdavdelningar slutat att registrera i Senior Alert. Målsättningen för planperioden var att 45% skall få en munhälsobedömning. Inom primärvården har ingen bedömning av munhälsan gjorts under 2016.

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



Med utgångspunkt från de försämrade resultaten i hygienmätningar (BHK) och med hänvisning till smittspridning av VRE inom VS under våren 2016, har initiativ tagits till att genomföra en Hygiensatsning under 2017. Hygiensatsningen 2017 innebär att verksamheterna kommer att arbeta med olika teman inom hygienområdet varje månad, utifrån tillhandahållet material. Under året genomförs också månatliga mätningar för VS, men för PPHV inklusive de privata vårdgivarna fyra gånger per år

## Basala hygienrutiner och klädregler 2010-2016 Landstinget Västmanland



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

Antalet fördjupade läkemedelsgenomgångar i primärvården har kraftigt minskat 2016 (4337) jämfört med år 2015 (6484). Av genomförda analyser omfattade 1281 regionens egna vårdcentraler som utgör c:a 40% av primärvården. Föregående år var motsvarande siffra 1773.

Under året har en medicinsk revision från vårdvalet i kvalitetssyfte gällande fördjupade läkemedelsgenomgångar 2015 utförts på fem vårdcentraler i länet. Resultatet av revisionen visar att kvaliteten på fördjupade läkemedelsgenomgångar varierar stort. Av de utvalda vårdcentralerna utmärker sig en med att ha följt Vårdvalsenhetens instruktioner om hur en fördjupad läkemedelsgenomgång ska gå till. I det stora hela är det flera vårdcentraler som inte använder beslutsstödsformuläret för fördjupad läkemedelsgenomgång eller mini-Q och det förekommer bristande följsamhet vad beträffar ifyllandet av formulären. Återkoppling till de berörda vårdcentralerna är gjord där det framgår förslag till förbättring. Sammanfattning av resultatet samt förslag till förbättring har även skickats till övriga vårdcentraler.

Användandet av *läkemedelsberättelse* vid utskrivning från slutenvård ökar stadigt. År 2016 fick nästan 35% av samtliga patienter en läkemedelsberättelse/utskrivningsinformation vid utskrivning. År 2015 var motsvarande siffra 30% och år 2014 22%. Fortfarande ses betydande spridning mellan olika kliniker men ett ständigt förbättringsarbete pågår.

Patientsäkerhetsteamet har lyft Läkemedelsberättelse på workshop i VS ledningsgrupp under år 2016.

## Andel utskrivna med läkemedelsberättelse 2011-2016



Gällande *vårdplan i Cosmic* så har det pågått ett intensivt arbete med att implementera vårdplansmodulen i Cosmic på ett stort antal av landstingets Västmanlands slutenvårdskliniker. Kontaktpersoner på klinikerna har hållt i utbildningen av det nya arbetssättet och en e-utbildning är framtagen i vårdprocessen. Syfte med vårdplansmodulen är att identifierade omvårdnadsbehov dokumenteras, mål samt planerade och utförda åtgärder synliggörs tydligare.

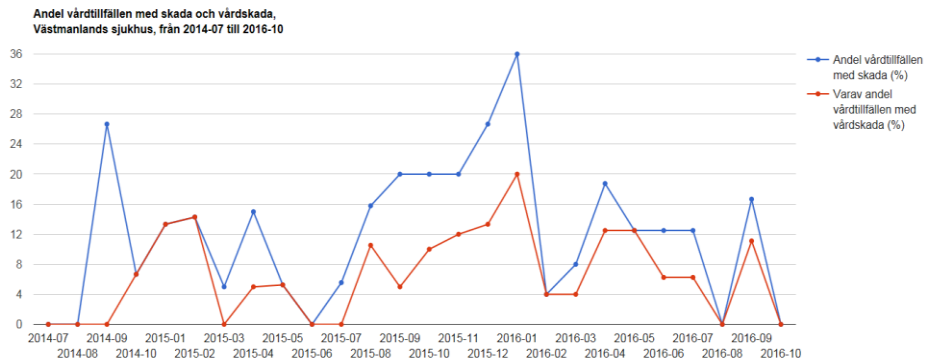
### Resultatmått

*Antalet Lex Maria* ärenden omfattande patienter som drabbats av allvarlig vårdskada eller utsatts för sådan risk anmäldes i 48 fall varav 39 var inträffad allvarlig vårdskada. Det är åtta fler allvarliga vårdskador än föregående år. I relation till antalet behandlade patienter blir andelen mycket låg men varje inträffad allvarlig vårdskada är en tragedi för den enskilde, anhöriga och involverad personal.

- Antal inträffade allvarliga vårdskador 39 varav 16 suicid<sup>28</sup>

*Markörbaserad journalgranskning* på övergripande nivå inom somatisk vård visar att andelen skador och vårdskador i princip är i nivå med år 2015.

<sup>28</sup> Eftersom *lex Maria*-anmälan kan dröja två månader blir ej under året i *Synergi* rapporterade händelser helt i överensstämmelse med antalet *lex Maria*.



### Journalgranskning Västmanlands sjukhus i siffror

antal granskade vårdtillfällen 2015 225 st

med skada 2015 13% (= 30 vårdtillfällen)

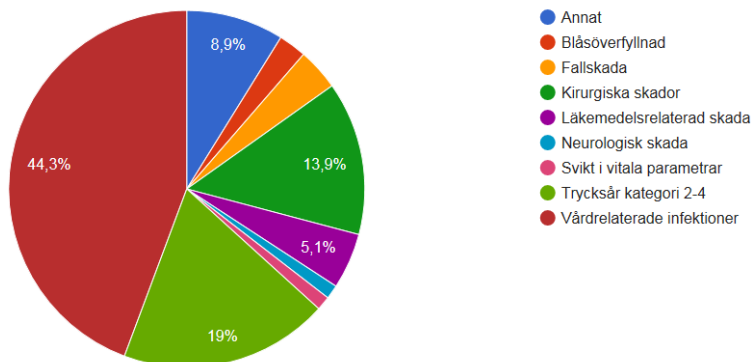
med vårdskada 2015 7% (= 16 vårdtillfällen)

antal granskade vårdtillfällen 2016 191 st

med skada 2016 13% (=24 vårdtillfällen)

med vårdskada 2016 8% (=15 vårdtillfällen)

Andel skador per skadegrupp av totala antalet skador, Västmanlands sjukhus, från 2014-07 till 2016-10



Skadepanoramat är välkänt och omfattar vårdrelaterade infektioner och trycksår men även kirurgiska skador noteras som behöver djupare analyseras. Någon klinikgranskning har ej genomförts inom somatisk vård år 2016.

Klinikgranskning har emellertid genomförts inom Vuxenpsykiatrin där 182 journaler granskats 2016. Det finns ingen sammanställning över antalet skador då den nationella databasen är ej tillgänglig ännu. Vanliga skador som ses är självmordsförsök, självskada, biverkningar och även en del fall. Utifrån att vi sett flera fall, varav ett mycket allvarligt (uppmärksammades via avvikelser), har åtgärder vidtagits för fallriskbedömningar inom psykiatrisk slutenvård. Vi har länkat ner den övergripande instruktionen och sett till att relevanta mallar finns i Cosmic även för psykiatrin. Implementering pågår.



---

## Öppna jämförelser

I öppna jämförelser uppvisar Landstinget Västmanland mycket goda resultat gällande akut hjärtsjukvård och strokesjukvård. Man kan särskilt lyfta fram att Västmanland förbättrat resultat när det gäller antikoagulantia till flimmerpatienter med stroke. För fortsatt goda siffror gällande akut strokevård krävs att vi är väl med i fortsatt underhåll av och utveckling av trombolys- och trombektomikedjorna. Rehabiliteringen efter stroke kan t ex förbättras och det krävs fortsatt arbete med rökstopp efter stroke samt i viss mån med uppföljning gällande blodtrycksbehandling.

Även inom bröstcancer och tjocktarmscancer är Västmanland framträdande.

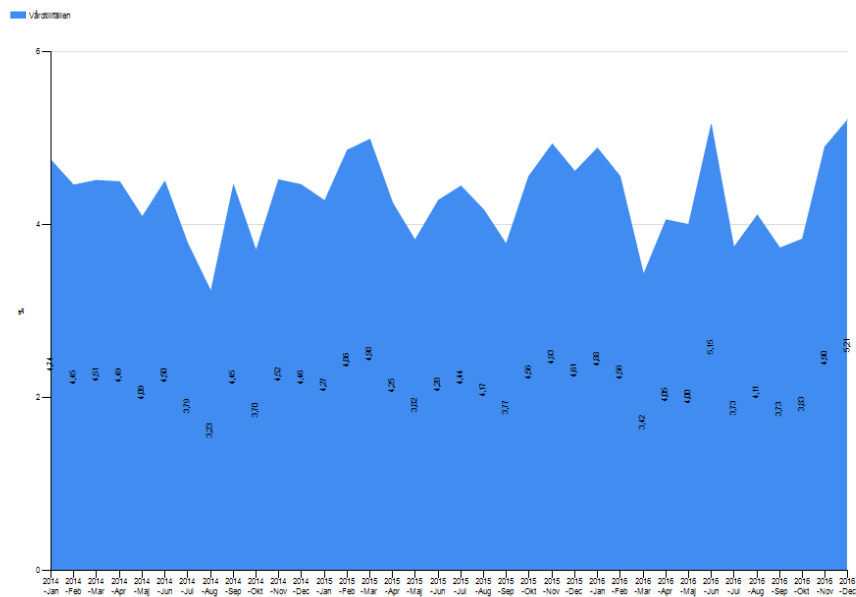
Uppföljning av resultatet sker bl a genom *Socialstyrelsens målnivåer*, för 2016 uppnår landstinget Västmanland 63.4%, målsättningen var 70 %.

*Negativa händelser/olycksfall* rapporterade i Synergi är 1556, 10% högre än föregående år men betydligt lägre än 2014.

- *Självorden* som rapporterats är något fler 19 mot 17 (2014 – 25)
- *Självordsförsöken* har minskat från 453 till 422 (2014 – 529)
- *Fall/fallskador* har ökat från 533 till 621 (2014 – 489)
- *Läkemedelsfel* har ökat till 608 mot 522 (2014 – 747)
- *Samverkan mellan enheter* har rapporterade brister åter ökat 462 mot förra årets 402 (2014 – 442) (Till detta tillkommer patientklagomål på bristande samverkan)

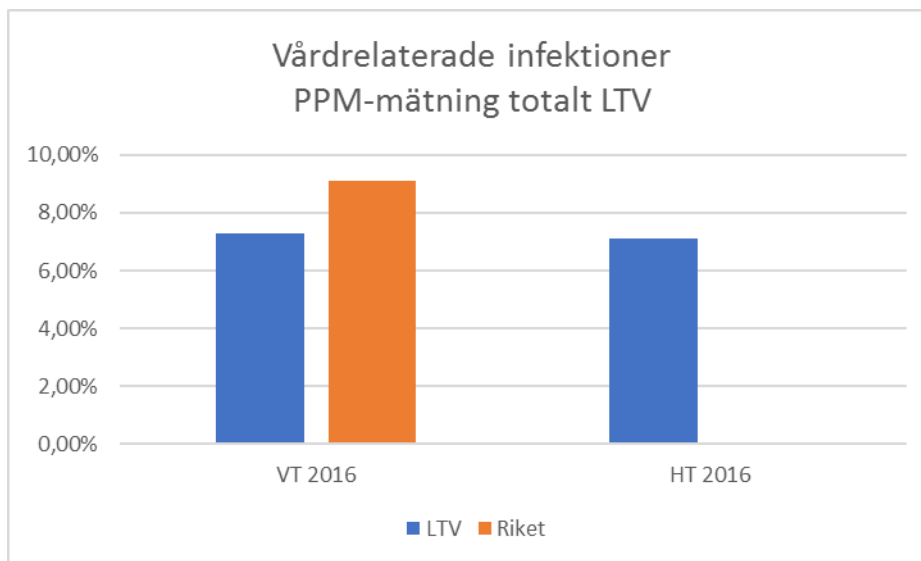
Sammantaget innebär den högre rapporteringen också att alla händelser rapporterats i högre omfattning utom suicidförsöken som fortsätter att minska.

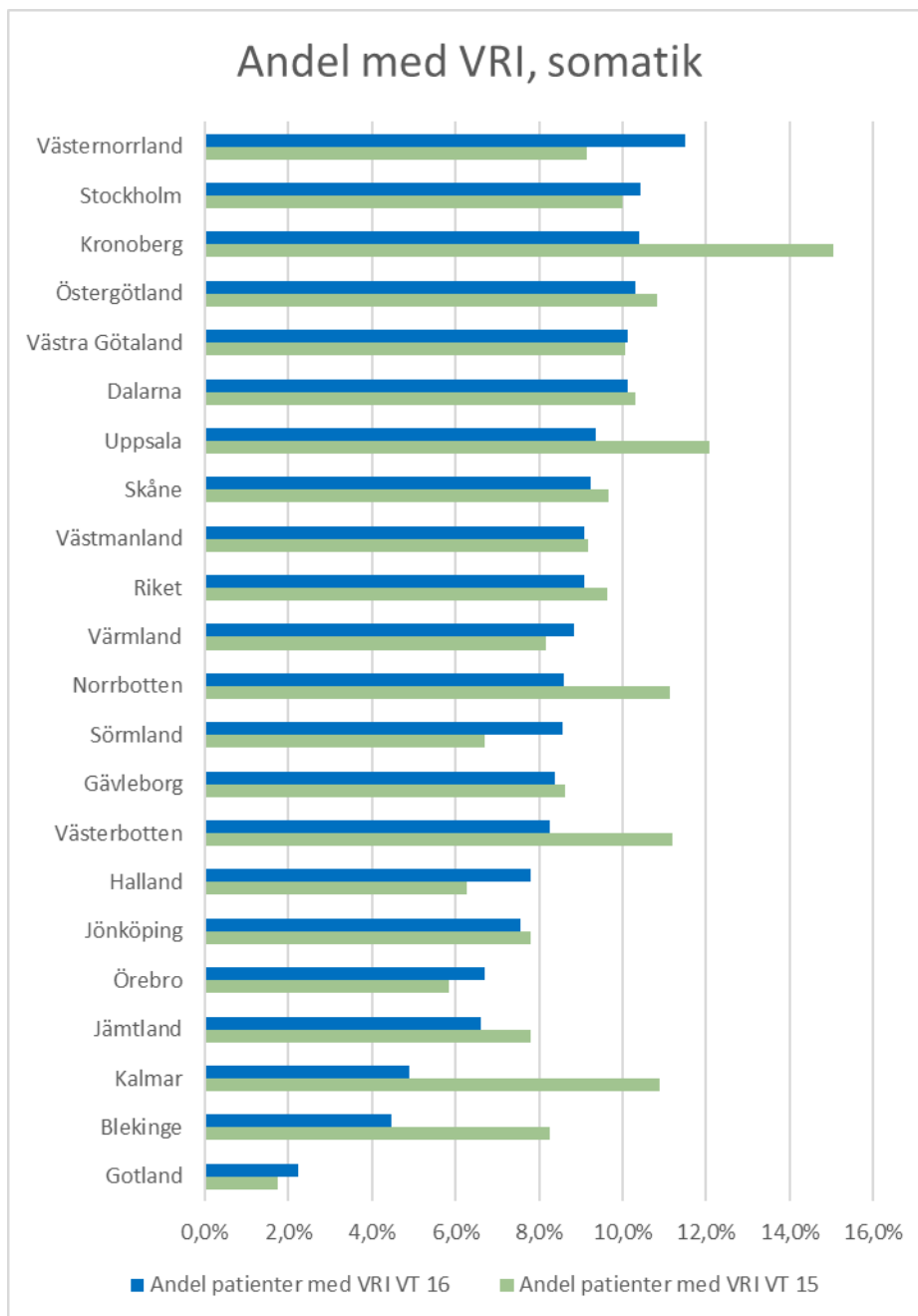
*Vårdrelaterade infektioner (VRI)* mäts genom infektionsverktyget och årlig nationell punktprevalensmätning. Infektionsverktygets siffror kan inte jämföras med den tidigare månatliga punktprevalensmätningen men Västmanland bibehåller sin relativt låga frekvens av VRI dock nu vid riksgenomsnittet då andra landsting/regioner uppvisar förbättrade resultat.



Totala VRI förekomsten inom Västmanlands Sjukhus, VS visar ingen tydlig ökning eller minskning från jan 2014 och framåt, ej heller om man ser på enskilda kliniker. Däremot ses över tid en viss minskning av clostridium difficile infektioner inom VS. Andelen vård dygn med riskfaktor har minskat under senaste året men det är oklart vad denna minskning står för.

Vid vårens nationella punktprevalensmätning låg Västmanland på 7,29 % mot 9,2% förra året men långt ifrån målet på <5% medan den egna punktprevalensmätningen på hösten 2016 var 7,13 % mot 6,8% föregående år.



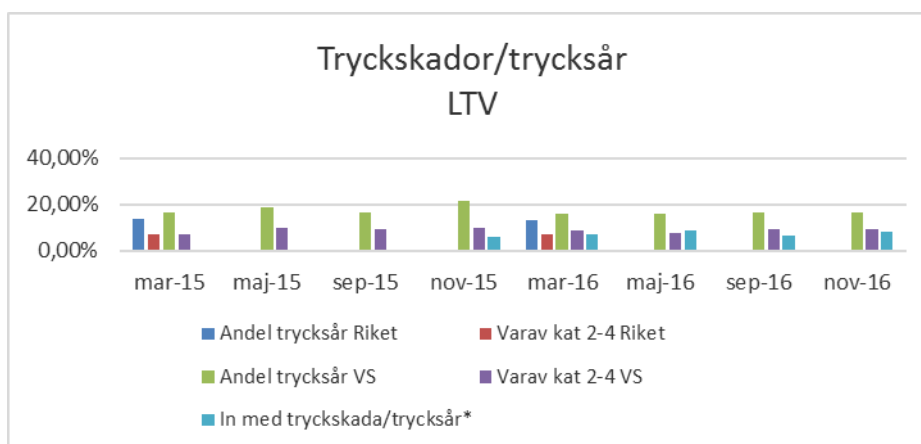


Den nationella redovisningen avser bara somatisk slutenvård där utdata för Västmanland var 9,09%.

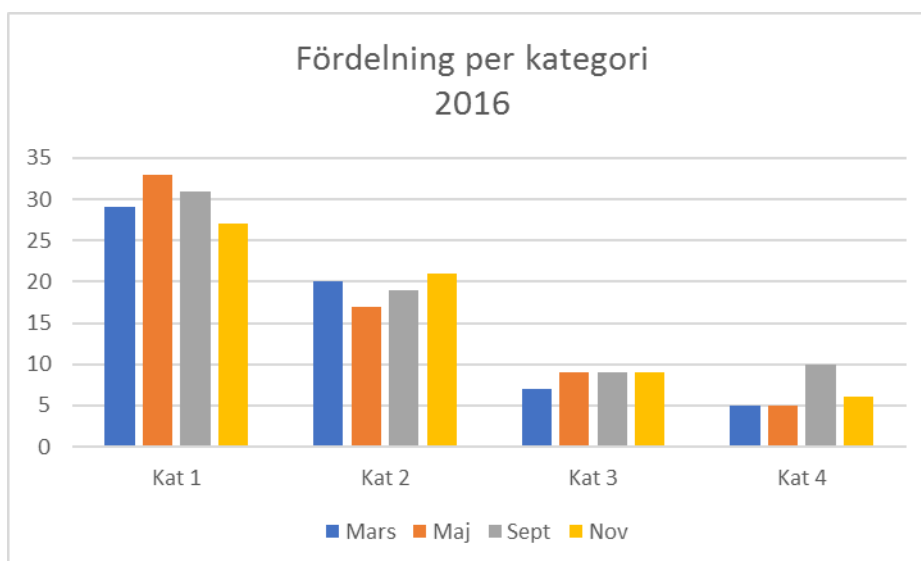
#### Trycksår

Under 2016 genomfördes fyra trycksårsmätningar på samtliga slutenvårdsavdelningar. Andel tryckskada/trycksår kategori 1-4 har inte minskat till önskad målnivå <10%. Journalgranskningen visar att adekvata omvårdnadsåtgärder inte alltid sätts in direkt vid tryckskada och trycksår samt att det finns brister i dokumentation i form av vårdplaner. Hälften av patienter med trycksår kategori 3 och 4 har sår vid inläggning på sjukhus.

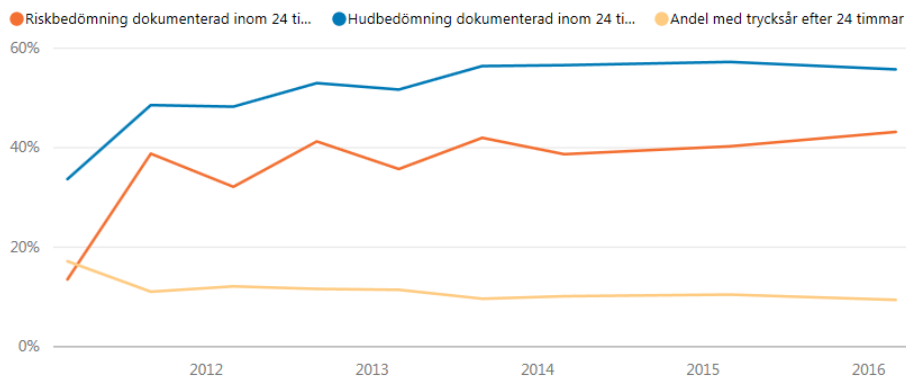
## Genomförda mätningar avseende trycksår kategori 1-4 under 2015-2016



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



Våra fortsatta utmaningar är att öka andelen som fått en dokumenterad hud och riskbedömning inom 24 timmar, för att skapa förutsättningar för tidigt insatta åtgärder och möjliggöra uppföljning av effekt av åtgärder.



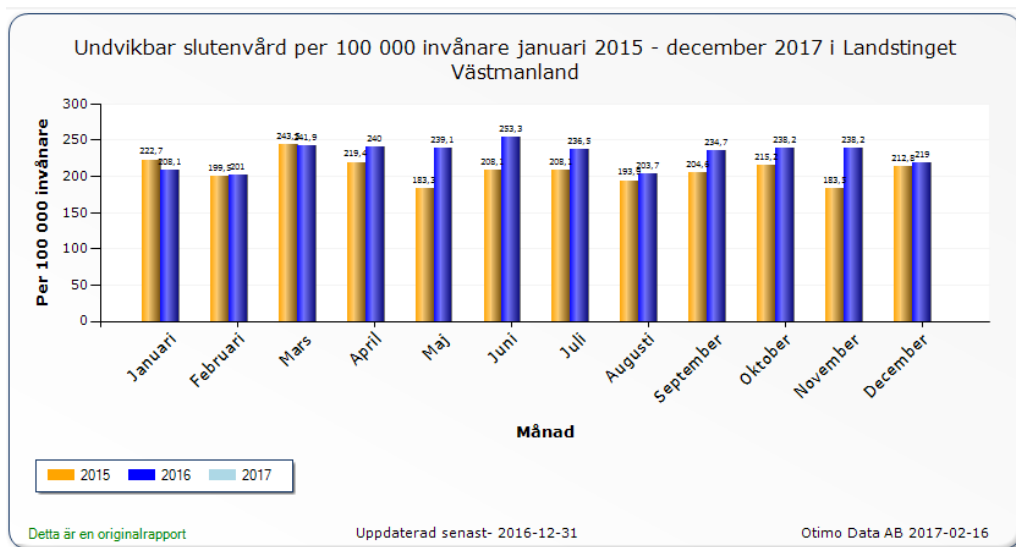
Fortsatt satsning på madrassinköp har gett resultat så att nästan 100% av sjukhussängarna nu har trycksårspåbyggande madrasser. 215 deltagare har genomfört grundutbildningen i förflyttningsteknik under 2016 och 9 deltagare har genomfört instruktörsutbildningen.

I sårbehandlingsprogrammet mellan primärvård och specialistsjukvård uppmärksammas även trycksår.

Antalet rapporterade fall/fallskador för inneliggande patienter > 70 år har ökat något mätt som antalet rapporterade negativa händelser. Fall rapporteras i hög utsträckning men är sällan allvarliga. En fallskada var allvarlig och ledde till lex Maria-anmälan 2016.

#### Undvikbar slutenvård och oplanerad inskrivning

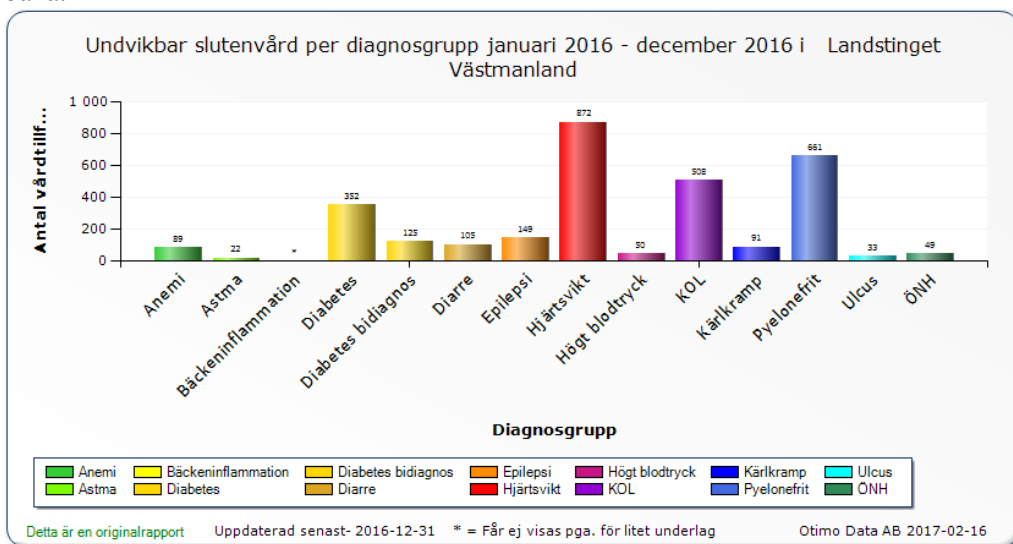
Under regeringsstatsningen på "Mest sjuka äldre" togs det fram flera mått på hur vården kring denna patientgrupp fungerar. Två av måtten handlar om "undvikbar slutenvård" och "oplanerad återinskrivning inom 30 dagar". Dessa mått används för att beskriva och jämföra den sammanhållna vården och omsorgen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



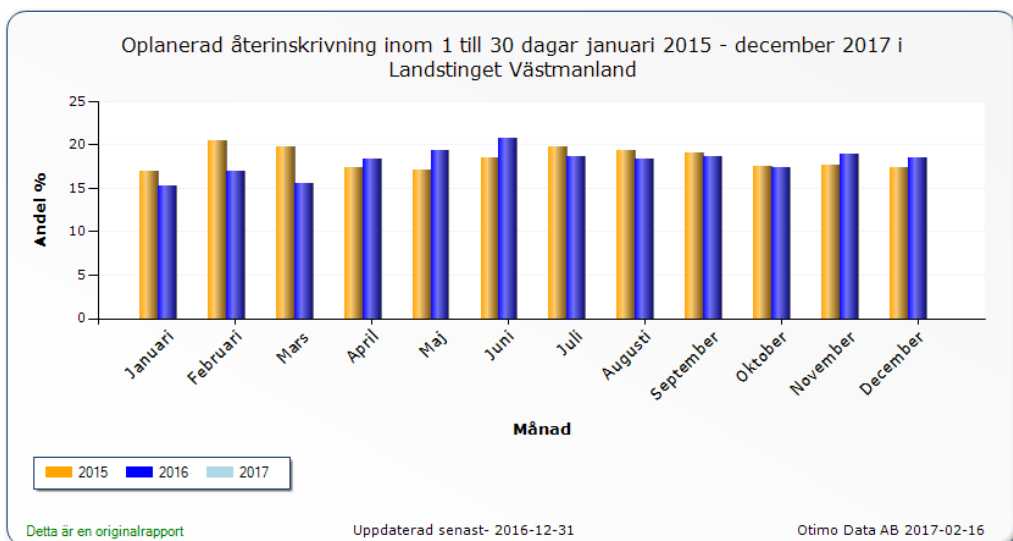
Då de mest sjuka äldre ofta har insatser från både kommuner och landsting är det svårt att uppnå goda resultat för en enskild huvudman. Dock går resultaten

att påverka. Äldrevårdsteamet ser ökade möjligheter till fördjupad samverkan med kommunerna i samband med kommande regionbildning.

Indikatorn ”undvikbar slutenvård” baserar sig på olika diagnoser (satta av socialstyrelsen) som man anser inte skulle behöva slutenvård. Förra året kunde vi skönja en svag förbättring inom denna indikator men i år har vi backat tillbaka.



Under våren 2017 anordnar Äldrevårdsteamet i samarbete med läkare på Strama samt vårdhygien utbildningar om hur urinvägsinfektioner kan förebyggas. Region Västmanland jobbar även med att kartlägga hjärtsviktsprocessen vilket förmodligen på olika sätt kommer att leda till förbättringar gällande omhändertagandet av denna patientgrupp.



När det gäller den oplanerade återinskrivningen kan det ses en ökning runt sommar och jul.

---

## **Måluppfyllelse**

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

- *Allvarliga vårdskador något högre inklusive självmorden*
- *Självmordsförsöken fortsätter att minska*
- *Vårdrelaterade infektioner minskar och är under riket*
- *Allvarliga trycksår grad 2-4 minskar nu*
- *Allvarliga fallskador få trots många tillbud*
- *Säker läkemedelsanvändning kräver fortsatt observans*
  - *Antalet läkemedelsberättelser har överträffat målen*
  - *Antalet fördjupade läkemedelsgenomgångar har minskat*
  - *Antibiotikaanvändningen har ökat.*
  - *Läkemedelsfelen ökar*
- *God patientsäkerhetskultur*

*Inom samtliga identifierade förbättringsområden vid analys av 2011 års patientsäkerhetskulturmätning har ett positivt resultat uppnåtts i mätningen 2014*

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

I patientsäkerhetskulturenkäten 2011 sågs ett positivt klimat ute på enheterna medan högsta ledningens stöd måste bli bättre samt att patienternas delaktighet måste förbättras. Arbetet att stödja verksamheterna har intensifierats och fokus på patienter och närståendes medverkan i patientsäkerhetsarbetet har genomsyrat Landstinget Västmanland på alla nivåer under år 2014. Resultatet av patientsäkerhetskulturenkäten 2014 visar att högsta ledningens stöd förbättrats samt att stödet till patient och närstående förbättrats vid allvarlig händelse.

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

Även om målet för vårdrelaterade infektioner inte uppnåddes år 2016 håller Västmanland en hög nivå på basala hygienrutiner och klädregler samt har mycket goda städrutiner så förutsättningar finns inför 2017. Landstinget Västmanland var med i SKL:s projekt som ett Landstings som lyckats och arbetar nu vidare för att hålla denna position. Nu har vi tappat något men tar krafttag genom Hygienåret 2017.

Ett trendbrott ses antligen i att minska antalet trycksår där förhoppningsvis metodiskt arbete börjar ge resultat.

Läkemedelsfrågorna kommer att vara i fokus 2017, både att öka antalet do-

---

kumenterade fördjupade läkemedelsgenomgångar där nu en Landstingsövergripande instruktion finns samt att minska antibiotikaanvändningen där arbete påbörjats att stödja de enheter som ligger högt i sin förskrivning.

Det totala antalet avvikelserapporter för år 2016 är 12.514. I detta ingår även patientklagomål och lab-fel samt 1449 arbetsmiljörelaterade avvikelser. Rapporteringsbenägenheten är mycket god. Samverkan har förstärkts med andra vårdgivare genom gemensamma risk & händelseanalyser.

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

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

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

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

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

## **Övergripande mål och strategier för kommande år**

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

De övergripande målen ligger fast att:

- Minska antalet vårdskador<sup>29</sup>, en nollvision för undvikbara skador.
- En patientsäkerhetskultur som kännetecknas av patientens delaktighet och medverkan samt ett förebyggande arbetssätt.

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

---

<sup>29</sup> Med vårdskada menas lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid en patients kontakt med hälso- och sjukvården



---

I Regionplan och budget för 2017-2019 uttrycks för en effektiv verksamhet av god kvalitet att regionens verksamheter utförs effektivt med avseende på tillgänglighet, rätt nivå och med god hushållning av resurserna.

#### Resultatmål

Verksamheten ska bedrivas med god tillgänglighet

Verksamheten/vården ska bedrivas på rätt nivå

Verksamheten ska bedrivas med god kvalitet

Verksamheten ska bedrivas med god hushållning av resurserna

#### Program

Program/styrdokument följs och måloffyllelse nås enligt plan:

- Tillgänglighetsstrategi med handlingsplan
- Landstinget Västmanlands e-hälsoplan
- Program och handlingsplan för processutveckling
- Program för patientsäkerhet och övrig säkerhet
- Miljöpolitiskt program
- Primärvårdsprogrammet

Samverkan och samarbete är ett nyckelord vad gäller patientsäkerhet och har bäring inom flera områden. Patienternas delaktighet är av största vikt för att uppnå högre patientsäkerhet och patienterna måste ges ökade möjligheter att medverka i den egna vården.

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

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

Arbetet att utveckla och stödja enheternas patientsäkerhetsarbete kommer att fortsätta och utifrån analysen av år 2016 års patientsäkerhetsdialog tas en ny checklista fram för år 2017:s rond. Regelbundna ”work-shops” hålls 1-2 gånger per år både för verksamhetschefer på Västmanlands sjukhus som för Psykiatrins chefer och i primärvården både för verksamhetschef och medicinska rådgivare.

Introduktionsutbildningen för nya chefer har lyfts till koncernledningen att utbildning i patientsäkerhet måste göras obligatoriskt under första året. För nya medarbetare planeras en obligatorisk e-utbildning i patientsäkerhet. Flera breddutbildningar kopplade till patientsäkerhet är beslutade såsom förflyttningsteknik att förhindra fall och trycksår samt suicidprevention. Den senare kommer att ges som en arbetsplatsförlagd e-utbildning med stöd för reflektion.

---

Handlingsplanen för Suicidprevention fortsätter att implementeras under 2017.

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

Fler verksamheter har implementerat ”Gröna Korset” vilket ökar engagemang i avvikelserapportering och analys. Att säkerställa allvarlighetsbedömningen av avvikelser inom 4 veckor är ett fortsatt viktigt utvecklingsområde 2017.

Under 2017 görs analyser och projektformuleringar utifrån standardiserade Synergirapporter på tre nivåer; verksamhet, förvaltning samt koncernnivå.

Ett viktigt arbete är att fortsätta stödja enheterna i lokala utvecklingsprojekt för ett förbättrat patientsäkerhetsarbete främst enligt de nationella åtgärdsplanen. Beviljade projekt 2012-2016 har haft stor betydelse i det systematiska förbättringsarbetet och visar på ett mycket starkt engagemang att utveckla patientsäkerheten också ute i verksamheterna. För år 2016 har medel till 15 projekt avsatts i budget.

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

Patientsäkerhets dag kommer att genomföras för femte året i rad 2017 den 11/5 i Västerås och då ha fokus på vårdhygien. Upplägget är på samma sätt som tidigare år för personal och allmänhet för att visa på gjorda goda insatser inom patientsäkerhetsområdet samt att stimulera till ett fortsatt patientsäkerhetsarbete. Denna dag är nu en tradition i Landstinget Västmanland.

Som ett viktigt led i att gå vidare med det systematiska patientsäkerhetsarbetet till nivå 5 är att kunna nå ut till medarbetarna på ett lätt sätt med information och återkoppling. Nyhetsbrevet är ett led i detta. En framtida önskvärd strategi är att kunna sända detta via TV-monitorer ute i verksamheterna. Idén är lyft till högsta ledningen och kommunikationsdirektören.

Ledningssystemet måste ständigt utvecklas med ytterligare rutiner för patientsäkerhetsarbetet bl.a. skall instruktion för patientsäkerhetsberättelse upprättas. Dessutom ska rutiner arbetas fram för uppföljning från Apoteket, både av avvikelser samt att extern granskning via Apoteket överlämnar sina resultat till Landstinget Västmanland. Detta ska hanteras via Läkemedelsenheten.

En av de stora patientsäkerhetsfrågorna är en tryggad personalförsörjning. Inom delar av sjukvården ses kompetensförlust pga. stor personalomsättning medan inom andra delar är svårighet att ersätta kommande pensionsavgångar. Att minska riskerna med överbeläggningar och utlokaliserade patienter är en strategisk fråga.

Hylläkarfrågan har särskild aktualitet utifrån behov av fast läkarkontakt i primärvården med kontinuitet. Även om risken för vårdskada kan minimeras genom noggrann kontroll och rutiner krävs krafttag mot själva fenomenet där Region Västmanland deltar i det Nationella projektet att till 1/1 2019 utfasa

bemanningsperson.

Viktigt att höjd tas i budget för det fortsatta arbetet 2018 avseende betalningsansvarslagen, klagomålsutredningen, ny författning avseende läkemedelshandtering samt ny författning avseende utredning av vårdskador som sammantaget kommer att kräva tillskott av resurser för ett fortsatt starkt patientsäkerhetsarbete.

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

Program Patientsäkerhet 2017-2020 lägger fast den fortsatta inriktningen flera år framåt. Programmet skall politiskt fastställas i regionfullmäktige under våren och är ett led i den högsta ledningens styrning av patientsäkerhetsarbetet. Detta kommer att ta fasta på långsiktiga resultatmål inom sex målområden:

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

För varje målområde finns 2-4 indikatorer med mätbara mått:

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

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

Landstinget Västmanland	
<b>Vision</b> "Det hälsofrämjande landstinget bidrar till ett gott liv för alla. Alla som behöver ska ha tillgång till en vård av hög kvalitet. Invånarna är delaktiga med tilltro till en levande demokrati." Landstinget har en nollvision vad gäller vårdskador. Källa:	<b>Värdegrund</b> "Landstinget Västmanland ska alltid utgå från att alla människor är lika värda och ska bemötas med respekt. Alla människor ska ges förutsättningar för god livskvalitet. En viktig faktor för livskvalitet är samverkan mellan alla involverade parter. Landstinget ska hushålla med de gemensamma resurserna och fördela dessa efter behov." Källa:
Centrala patientsäkerhetsteamets uppdrag	
Övergripande uppdrag är att säkra och följa upp vårdgivarens ansvar för patientsäkerheten samt att upprätta övergripande instruktioner inom patientsäkerhetsområdet. Att verka för en säkerhetskultur som kännetecknas av hög riskmedvetenhet och aktivt riskreducerande arbetssätt samt att verka för ett systematiskt förebyggande patientsäkerhetsarbete. Att systematiskt utvärdera, återkoppla och initiera förbättringsåtgärder baserade på avvikelse- och riskinventering på landstingsövergripande nivå. Att kontinuerligt informera och förankra i hälso- och sjukvårdsledningens planerade och pågående aktiviteter samt att vara en resurs i samband med upprättande av kravspecifikationer vid upphandling av hälso- och sjukvårdsverksamhet samt vid uppföljning av verksamheterna. Tillämpa föreskrifter gällande utredning av vårdskador och anmälningsskyldighet enligt lex Maria samt vara ett stöd till personal, patienter och anhöriga i samband med vårdskador, lex Maria- och enskilda ärenden.	
Långsiktiga strategier 2016-2018	Övergripande mål
Verka för ett systematiskt patientsäkerhetsarbete för att upprätthålla och förbättra patientsäkerheten. Arbetet betonar systemsyn och strävar efter en lärande organisation. Stödja samverkan mellan i världens olika nivåer och i vårdgivare. Måta och följa upp resultat samt förbättra metoder för uppföljning och utvärdering, synliggöra goda exempel. Verka för ökad delaktighet för patienter och närstående i vården.	Drivande och stödjande för en patientsäker vård: - Mål enl. landstingsplan <b>Inga patienter ska skadas eller avlida till följd av felbehandlingar i vården.</b> - Mål enl. landstingsplan <b>Bibehålla undvikbara vårdrelaterade infektioner &lt;5%</b> - Trycksåren ska minska till <10% år 2016 - Halvera antal suicid till år 2020 - Förbättrad patientsäkerhetskultur. - Förbättrad avvikelshantering
<b>Verksamhetsplan Patientsäkerhet 2016</b> 	

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

## Bilaga 2

Handlingsplan 2014 utifrån Patientsäkerhetskulturenkätmätningen 2014

# Handlingsplan 2014 patientsäkerhetskultur

## Förbättringsområde 1 Högsta ledningens stöd till patientsäkerhetsarbete

**Resultat:** Index för 2011 var 28 och har 2014 ökat till 39.

**Mål:**

Patientsäkerhetsarbetet genomsyrar hela linjen. Att högsta ledningens personliga engagemang är en väsentlig del i patientsäkerhetsarbetet.

Ett optimalt ledarskap som präglas av ökad chefsnärvaro

Åtgärder	Åtgärda senast:	Ansvarig:
Sjukhuschef Västmanlands sjukhus och förvaltningschef Primärvård, Psykiatri och Habiliteringsverksamhet för genomför patientsäkerhetsronder ” Walk Rounds*” årligen.	December 2016	Sjukhuschef/förvaltningschef
Att stärka stödet till chefer i deras roll som arbetsledare	December 2016	Sjukhuschef/förvaltningschef

\* Walk Rounds metoden är utvecklad i USA och presenteras av IHI (Institute of Healthcare Improvement). Rondan möjliggör för den högsta ledningen att synliggöra sitt engagemang och ansvar i patientsäkerhet. Genom att högsta ledningen samtalar med chefer och medarbetare om säkerhetsrisker i vården möjliggör en ömsesidig dialog och lärande.

## Förbättringsområde 2 Arbetsbelastning och personaltätthet

**Resultat:** Index för 2011 var 44 och har 2014 minskat till 43.

**Mål:**

Integrerat patientsäkerhets- och arbetsmiljöarbete för att skapa en hög patientsäkerhet och samtidigt skapa en hälsofrämjande arbetsplats för våra anställda. Att arbeta långsiktigt och systematiskt för att behålla, attrahera och rekrytera en personalstyrka som är anpassad till verksamhetens behov. Minska inhyring av läkare och sjuksköterskor. Optimal bemanning

Åtgärder	Åtgärda senast:	Ansvarig:
Översyn av arbetsuppgifter, ansvar och befogenheter för att kunna fördela uppgifter mellan olika kompetenser.	December 2016	Förvaltningschef

Se över bemanning och kompetens på arbetsplatserna så att denna blir optimal. Organiserar och omfördelar arbetsuppgifter så att arbetsbelastning minskar. Samtliga medarbetare ska ha en individuell kompetens –och utvecklingsplan	December 2016	Förvaltningschef, verksamhetschef, enhetschef
---	---------------	---

### Förbättringsområde 3 Lärandeorganisation

**Resultat:** Index för 2011 var 54 och har 2014 ökat till 56.

**Mål:**

Att Lex Maria ärenden kommuniceras till berörda verksamhetschefer och att förslagna/vidtagna åtgärder följs upp och sprids i Landstingets verksamheter.

Avvikelsehantering är en del av förvaltningens och klinikens egenkontroll och underlag för kvalitetsarbete. Att resultat från avvikelserapporter samt olika mätningar analyseras, återkopplas och åtgärdas.

En ökad kompetensutveckling hos vårdpersonal och chefer. Gränsöverskridande tydliga och säkra rutiner (ledningssystemet)

Åtgärder	Åtgärda senast:	Ansvarig:
Uppföljning av klinikers handlingsplaner gällande planerade åtgärder vid Lex Maria.	December 2016	Chefläkare/Analysledare i det centrala patientsäkerhetsteamet.
Informationsspridning av resultat från egenkontroller som markörbaserad journalgranskning, infektionsverktyget trycksårsmätning mm inom Landstinget.	December 2016	Centrala patientsäkerhetsteamet.
Avvikelse klassificeras inom 4 veckor, och kommuniceras på efterföljande APT/läkarmöte för att få in synpunkter och förbättringsförslag som sedan åtgärdas.	December 2015	Verksamhetschef, enhetschef
Årligen anordna patientsäkerhetens dag där medarbetare och medborgare inbjuds för att ta del av föreläsningar och utställningar av goda säkerhetsarbeten. Att goda exempel på medarbetares förbättringsarbeten synliggörs för att visa hur Landstinget arbetar med att förebygga risker och misstag.	December 2016	Hälso-och sjukvårdsdirektör/Centrala patientsäkerhetsteamet
Att riktlinjer /instruktioner som finns i ledningssystemet Centuri blir kända och efterlevs.	December 2016	Verksamhetschef, enhetschef

## HANDLINGSPLAN FÖR NYSTART LÄKEMEDELSHANTERING 2013

### **Bakgrund:**

Föregående års kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen har vid extern granskning visat att det är många enheter inom landstinget som inte lever upp till gällande författningskrav och vars följder riskerar att påverka patient-säkerheten. För att komma tillrätta med detta föreslås följande samverkande aktiviteter:

### **1. Spridning av information om status och behov av åtgärder**

- a. Medverkan på avdelningschefsmöten inom olika kliniker i syfte att kort förmedla status, risker och förankra behov av aktiviteter som kan ge hjälp, stöd och struktur.
  - i. Kort presentation om status och risker
  - ii. Ta fram enkel vägledning om relevanta krav utifrån författning
    1. Betona ansvarsfördelning inkl. läkarnas ansvar
  - iii. Ställa krav på lokala åtgärder utifrån befintliga protokoll för 2012
  - iv. Presentera förslag på stöd/aktiviteter för att underlätta
- b. Etablera ett nytt forum för möten mellan läkemedelsansvariga sjuksköterskor (klinikvis) i syfte att ha en kanal för information och erfarenhetsutbyte. Möte 2 ggr/år.
- c. Översyn av hur lätt det är att hitta relevant information på PULS om läkemedel

### **2. Ökad kompetens inom läkemedelshantering**

- a. Färdigställa "Läkemedelshanteringsinstruktion"



- 
- i. Seminarium/infoträff för att uppmärksamma de nya riktlinjerna
    - 1. Egna avsnitt om narkotika, hållbarhet och hur man hittar info på PULS
    - 2. Visa framtagna mallar för redovisande dokument t ex kontroll av kylskåpstemperatur och hållbarhetsbevakning
      - *För läkemedelsansvariga sjuksköterskor (träff 1)*
  - b. E-learning kurs Läkemedelshantering – genom TILDA
    - *För alla sjuksköterskor*

### **3. Kvalitetssäkring**

#### **a. Intern kvalitetssäkring – lokalt kvalitetsarbete**

- i. Säkerställa att läkemedelshantering blir en del av ledningssystemet inkl. mallar för rutiner och redovisande dokument - koppla detta till information om nya riktlinjer
- ii. Säkerställa att läkemedelsansvariga sjuksköterskor vet vad ett ledningssystem är och har tillräcklig datorvana för att kunna visa kollegor hur de ska hitta information
- iii. Ev. ta fram ett underlag för egeninspektion

#### **b. Kvalitetssäkring av extern part (Vårdapoteket)**

- i. Ta fram ett förslag för hur och i vilken mötesform kommande kvalitetsgranskningar ska genomföras för att ge störst möjligt nytta för verksamheten
- ii. Planera för tema inom kvalitetsgranskning 2013-2014 t ex riskläkemedel, hållbarhet av läkemedel el. kassation av läkemedel
- iii. Införa ett mandat för granskande part att följa upp enheter med stora brister

## Bilaga 4

### NYHETSRETV NR 4, 2016 FRÅN CENTRALA PATIENTSÄKERHETSSTEAMET



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

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

**Vinnare av vårdtjeppendiet 2016**  
Grattis till diabetessteamet och bröststenheten som tilldelades 2016 års vårdtjeppendium!



**Diabetessteamet** på Medicinskliniken belönas för införande av ett nytt arbetssätt för patienter med diabetes. Det nya arbetssättet har ökat patienternas medverkan i vården, och många patienter har fått sänkt blodtryck och lägre blodsockerhalt. Dessutom har registrering i det nationella diabetesregistret förbättrats.



**Bröststenheten** vid Kirurgkliniken belönas för införande av "Min vårdplan". Vårdplanen följer patienten genom hela vårdkedjan och är kliniskt övervakande. Det nya arbetssättet har medfört att patienterna är mer delaktiga i vården och känner sig tryggare. Dessutom har samarbetet mellan kliniker och yrkesgrupper blivit bättre.

**Leder för Maria** är en av våra viktiga personer i vården. Som en del i det systematiska patientsäkerhetsarbetet genomför nu analysledarna i centrala patientsäkerhetssteamet uppföljningar av allvariga händelser (en Maria) som inträffat i vården 2014-2015. Syftet är att ha en dialog med verksamheterna för att diskutera händelserna och vilken effekt vidtagna åtgärder, som skall förhindra en upprepning, har haft i vården avseende patientsäkerheten. Mötet genomförs vanligen med verksamhetschef eller annan/andra, t.ex. lokalt patientsäkerhetssteamt. Resultatet kommer att sammanställas i en rapport som beräknas vara klar i mars nästa år. Rapporten från förra årets uppföljning finns på arbetsplatsen under patientsäkerhet.

**Klinisk farmaci utökas till fler kliniker**  
Läkemedelsrelaterade problem (LRP) är vanliga i vården, särskilt hos äldre och multisjuka patienter som ofta är behandlade med ett flertal läkemedel. För en säker vård krävs en korrekt och komplett läkemedelslista, och att läkemedelsbehandlingen är anpassad för den äldre patienten.

Under 2015 genomfördes en patientsäkerhetsstudie på två akutavdelningar på kirurgkliniken, en klinikapptekare utförde läkemedelsgenomgångar hos totalt 192 äldre patienter med i snitt 10 läkemedel per patient.

Studien visade att mer än hälften av patienterna hade en inkorrekt läkemedelslista vid inskrivning och totalt hade varje patient i genomsnitt 5,3 LRP. Viktiga och relevanta LRP framfördes till läkare/sjuksköterska för åtgärd, med resultat att 65% blev åtgärdade direkt eller remitterade vidare.

Under 2017 kommer fler kliniska farmaceuter att vara verksamma inom LRP, på medicinskliniken som en del i en större vetenskaplig patientsäkerhetsstudie där man vill undersöka om lärtilläggningar och läkemedelsriskanalys ökar säkerheten i vården. Detta kommer att minska genom samverkan med klinikapptekare.

/Ann Hedman Klinikapptekare

### Rosie-Marie Fridholm, chefsjuksköterska Tackar för sig och går i pension



Det har varit 45 fantastiska år och jag har alltid funnit glädje i mitt arbete såväl i den patientnära vården och i det mer administrativa arbetet som avdelningschef, klinisk adjunkt och chefsjuksköterska. Det var inte bättre för utan jag anser att vården med åren har blivit säkrare men vi kan bli ännu bättre! Säker vård ställer krav på god yrkeskunskap, samverkan mellan olika professioner och patientmedverkan. Jag vill passa på och tacka er alla för många goda möten. Den närmaste tiden ska jag njuta av min ledighet i vårt hus i Thailand.

#### Särsmart

Nu finns en ny sårutbildning på webben "Sårsmart". Utbildningen har tagits fram av Strama Stockholm i samarbete med specialiteter på området. SKI har varit med och finansierat utbildningen. I webbutbildningen ingår också tryckår.  
<http://www.sarsmart.se>

#### Patientsäkerhetsdag 11 maj 2017

Boka in den 11 maj för patientsäkerhetsdagen. Vi kommer som tidigare år vara i Ljunghallen med utställare samt ge kortare föreläsningar. Ni som önskar vara utställare och/eller föreläsare hör av er till Carina Blomberg Bolander analysledare eller någon av oss andra i det centrala patientsäkerhetssteamet.

#### Risk vid signering av provsvar

I om primärvården har det uppmärksammat att prover som ordinerats av familjeläkare har vidimerats av läkare inom andra verksamheter utan att familjeläkaren blivit informerad om detta. Att detta har skett har uppdagats när patient ringt familjeläkaren och efterfrågat svar på sina prover. När provsvaren vidimeras försvinner de från familjeläkarens lista.

#### Händelse- och riskanalysutbildning

Analysledare från centrala patientsäkerhetssteamet kommer att hålla utbildning i riskanalys den 10/2 och i händelseanalys 30/3, båda heldagar. Med avstamp från patientsäkerhetsperspektivet varvas teori och praktik om metoderna. Arbetar du med patientsäkerhet och kanske ingår i det lokala patientsäkerhetssteamet tror vi att du kommer ha stor nytta av utbildningarna. Anmälan sker via kompetensplatsen.

**Utbildning i patientsäkerhet för chefer**  
Det centrala patientsäkerhetssteamet håller en tvådagarsutbildning som främst riktar sig till verksamhetschefer, chefer på andra nivåer samt lokala patientsäkerhetssteamt som behöver öka sin kunskap om patientsäkerhet. Målet med utbildningen är bl.a. att ge verktyg för det systematiska patientsäkerhetsarbetet och att tydliggöra ansvar och roller. Extern föreläsare deltar utöver chefläkare och analysledare från steamet. Anmälan sker via kompetensplatsen. Datum i vkr: 24/4 samt 2/5

**Granskning av patientsäkerhetsarbetet**  
Våren 2016 genomförde Li-revisjonen en granskning av hur patientsäkerhetsarbetet utvecklats sedan 2010 då föregående granskning genomfördes. Man ser en mycket positiv utveckling, i stort sett på alla punkter. Man skriver även att man "finns utmaningar framträtt mot bakgrund av en bristande personalförnyning och de flertal övergångar som kan finnas kring en patient mellan olika aktörer och vårdgivare".

Vi har kommit en bra bit framåt sedan 2010. Patientsäkerhetskulturen är mer mogen. Vi som arbetar inom centrala patientsäkerhetssteamet märker dagligen av detta när vi är ute i verksamheten. Vi ser ett arbete både på bredden och på djupet med engagemang inom alla verksamheter. Ledningen kan sätta rammar och ge möjligheter men det är i mötet mellan patient och den som ger vården som patientsäkerhet uppstår! Tack för det goda arbetet. Vi fortsätter sträva mot en värde för vården vårdskador!



God Jul och Gott Nytt År!