

# Regional handlingsplan för ökad patientsäkerhet 2025–2026

Reviderad version.

## Innehåll

1.	Inledning .....	4
2.	Grundläggande förutsättningar .....	6
2.1	Engagerad ledning och styrning.....	6
2.2	En god säkerhetskultur .....	6
2.3	Adekvat kunskap och kompetens .....	7
2.4	Patienten som medskapare .....	8
3.	Prioriterade fokusområden.....	8
3.1	Öka kunskap om inträffade vårdskador.....	9
3.2	Tillförlitliga och säkra system och processer .....	10
3.3	Säker vård här och nu .....	10
3.4	Stärka analys, lärande och utveckling.....	11
3.5	Öka riskmedvetenhet och beredskap .....	12
4.	Prioriterade områden och indikationer för uppföljning.....	12
4.1	Vårdrelaterade infektioner .....	13
4.2	Antibiotikaresistens .....	17
4.3	Beläggning .....	20
4.4	Trycksår .....	22
4.5	Undernäring .....	23
4.6	Fallskador .....	23
4.7	Läkemedelsrelaterade skador .....	24
4.8	Diagnostisk säkerhet .....	26
4.9	Primärvård .....	27

4.10	Suicidprevention.....	28
4.11	Strålsäkerhet.....	29
Bilaga 1. Indikatorer regional handlingsplan för ökad patientsäkerhet 2025 .....		31

# 1. Inledning

Patientsäkerhet handlar om skydd mot vårdskada och att vården håller hög kvalitet. En vårdskada är enligt patientsäkerhetslagen när en patient drabbas av 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. Utöver individens lidande medför vårdskador stora kostnader för vården. Dessa resurser behöver i stället användas till att skapa värde för invånare och patienter.

Hälso- och sjukvården är ett komplext system som behöver leverera god och säker vård oavsett de variationer som förekommer. Detta kräver en god anpassningsförmåga. Riskerna i ett komplext system är många och varierande, varför ett förebyggande säkerhetsarbete är nödvändigt. I Västra Götalandsregionen, VGR, arbetar vi för att utveckla en god patientsäkerhetskultur med en nollvision för vårdskador. I detta ingår att bevaka och inkludera nya metoder och forskningsresultat i patientsäkerhetsarbetet samt att analysera och tillvarata såväl negativa som positiva händelser. Man behöver både belysa vad som hände när något gick fel och vilka faktorer som skyddat mot skada och kompenserat för risker. Det förutsätter en fortsatt förflyttning mot ett proaktivt patientsäkerhetsarbete där arbete med kända och okända risker utökas.

Ett systematiskt patientsäkerhetsarbete pågår kontinuerligt och är långsiktigt. Socialstyrelsen har tagit fram en Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet som stöd till regioner och kommuner att ta fram egna handlingsplaner samt etablera principer, prioriteringar och mål för sitt patientsäkerhetsarbete.

Den regionala handlingsplanen för ökad patientsäkerhet 2023–2024 harmoniserades med den nationella handlingsplanen och är nu reviderad. Denna reviderade handlingsplan baseras på resultatet av regionens patientsäkerhetsarbete samt den utveckling som skett på området de senaste åren.

Regionens handlingsplan utgör ett stöd i regionens och förvaltningarnas arbete för en god och säker vård. Med förvaltningar inbegrips här också de vårdgivare som Västra Götalandsregionen har vårdavtal med.

Även om den regionala handlingsplanen är tvåårig så ska indikatorer och måltal uppdateras i samband med att regionens detaljbudget utarbetas. Det finns en tabell med patientsäkerhetsindikatorer (bilaga 1).

I Regional handlingsplan för ökad patientsäkerhet 2025–26 beskrivs patientsäkerhetsarbetet i Västra Götalandsregionen, aktiviteter för att uppnå säker vård såväl för regionen som för förvaltningarna och de regionala uppföljningsindikatorerna med måltal.

De regiongemensamma målen kan behöva anpassas på respektive förvaltning utifrån lokala förutsättningar. Ytterligare indikatorer kan behövas lokalt.

Införandet av nytt vårdinformationssystem kommer att påverka uppföljningen. Initialt kan det finnas svårigheter att följa upp en del indikatorer, men på sikt bör ett nytt vårdinformationssystem ge VGR bättre möjligheter att följa upp likartat inom regionens verksamheter. Det kommer att skapas nya möjligheter att ta fram indikatorer och system för uppföljning

Uppföljning av patientsäkerhetsarbetet sker i respektive förvaltning genom daglig styrning, veckorapporter, månadsrapporter och sammanfattas årligen i patientsäkerhetsberättelse.

Regional uppföljning genomförs kvartalsvis på möten för Funktionsgrupp chefläkare och Nätverk för patientsäkerhet och omvårdnad. Patientsäkerhetsarbete som Västra Götalandsregionen bedriver i egen regi sammanfattas i den regionala patientsäkerhetsberättelsen som varje år publiceras senast den 1 mars.

## 2. Grundläggande förutsättningar

Den regionala handlingsplanen utgår från den Nationella handlingsplanen som beskriver grundläggande förutsättningar för säker vård.

### 2.1 Engagerad ledning och styrning

Hos alla vårdgivare ska det finnas ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete och systematiskt patientsäkerhetsarbete.

#### **Aktiviteter**

Koncernkontoret

- informerar fortlöpande vårdgivaren (tjänstepersoner och politiker) i patientsäkerhetsfrågor och hur patientsäkerhetsarbetet i regionen fortskrider
- leder och utvecklar funktionsgrupp chefläkare samt nätverk för patientsäkerhet och omvårdnad.

Förvaltningar

- har patientsäkerhet som stående punkt på ledningsgruppers agendor
- deltar i funktionsgrupp chefläkare samt nätverk för patientsäkerhet och omvårdnad
- sprider kunskap och erfarenheter från regional nivå till lokal nivå och omvänt.

### 2.2 En god säkerhetskultur

Patientsäkerhet och arbetsmiljö hänger ihop. Såväl bemötanden, beteenden, hög arbetsbelastning, otydliga roller eller bristande tid för återhämtning påverkar möjligheterna att utföra ett säkert arbete. Ett integrerat systematiskt patientsäkerhets- och arbetsmiljöarbete skapar synergier som kan bidra till högre effektivitet, helhetssyn, ökad delaktighet och en god säkerhetskultur.

En bra säkerhetskultur kännetecknas av

- ett aktivt arbete med att identifiera risker och skador och ett lika aktivt arbete med att minimera dessa
- ett öppet arbetsklimat där personalen tryggt kan rapportera, diskutera och ställa frågor om säkerhet och ett icke-skuldbeläggande förhållningssätt
- en organisation där alla lär av de negativa händelser som inträffat och risken för sådana händelser samt av positiva resultat.

### **Aktiviteter**

#### Koncernkontoret

- samordnar Hållbart Säkerhets Engagemang (HSE-frågor) med den regionala medarbetarundersökningen.
- samordnar vid behov regiongemensamma aktiviteter kring resultat från regionens undersökning avseende HSE-frågor.

#### Förvaltningarna

- utvecklar och stärker integrerat patientsäkerhets- och arbetsmiljöarbete på lokal nivå
- deltar i undersökning avseende HSE-frågor i samband med medarbetarundersökning och vidtar åtgärder utifrån resultatet.

## **2.3 Adekvat kunskap och kompetens**

Kunskap om patientsäkerhet behövs på alla nivåer i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen har tagit fram Nationella kompetensmål för patientsäkerhet, som bör ligga till grund för utbildning.

### **Aktiviteter**

#### Koncernkontoret

- sprider information om nationella och regionala utbildningar
- omvärldsbevakar och sprider kunskap via nyhetsbrev.

#### Förvaltningarna

- utbildar ledningsgrupper och styrelser i patientsäkerhet
- säkerställer att förvaltningens linjechefer har den kompetens som de behöver avseende patientsäkerhet
- säkerställer att personalen har de kunskaper inom säker vård som behövs för att vara delaktiga i patientsäkerhetsarbetet.

## 2.4 Patienten som medskapare

Det är viktigt att patienter och närstående ges möjlighet att delta i patientsäkerhetsarbetet bland annat genom att delge vårdens sina upplevelser och synpunkter.

### **Aktiviteter**

#### Koncernkontoret

- utvecklar avvikelshanteringssystemet MedControl PRO för regionens klagomålshantering
- samarbetar med Patientnämnden för att fånga upp patienters och närståendes behov
- stödjer möjligheten för patienten att delge sina erfarenheter
- sprider information för användning av nationell vägledning för patient- och närståendemedverkan i patientsäkerhetsarbete.

#### Förvaltningarna

- använder 1177 för inhämtning av synpunkter och klagomål
- använder MedControl PRO som processtöd för att registrera, utreda, och följa upp patienters och närståendes synpunkter och dokumentera handläggningen
- säkerställer att resultaten av de utredningar som görs med anledning av oönskade händelser återförs till patienten och att de utgör del i underlaget för utveckling av verksamheten
- använder och anpassar verktyg som beskrivs i nationell vägledning för patientmedverkan.

## 3. Prioriterade fokusområden

Dessa är desamma som beskrivs i den nationella handlingsplanen.

### 3.1 Öka kunskap om inträffade vårdskador

En förutsättning för att stödja processen för registrering, utredning, åtgärd och uppföljning av oönskade händelser är ett avvikelshanteringssystem. Rapportering och återföring på varje nivå är en viktig del i avvikelshantering för delaktighet och framgång i utvecklingsarbete. Patientens och närståendes synpunkter är en viktig informationskälla och de ska få en tidig återkoppling.

I november 2023 tog nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård (SKS) på SKR beslut om att markörbaserad journalgranskning (MJG) i hittillsvarande form ska avvecklas och att en nationell sammanställning för 2023 skall vara avslutningen på arbetet. Det är viktigt att ta vara på all den erfarenhet och kunskap som finns i regionernas granskningsteam och fortsätta med MJG lokalt och regionalt även om det för närvarande inte kommer vara möjligt att samla resultaten nationellt. Metoden kan också användas i det dagliga vårdarbetet genom att i realtid uppmärksamma risker, symtom, nära händelser eller direkt uppkomna händelser utifrån de markörer och skadetyper som ingår i MJG.

Kunskap om vilka vårdskador som inträffar och vilka konsekvenser de ger för patienterna är ett viktigt underlag för att förstå var risker finns i verksamheten och var åtgärder behövs för att arbeta förebyggande med att minska risker och förhindra vårdskador.

MJG är det enda verktyg i Sverige, som idag kan bidra till att vårdskador och skador systematiskt kan identifieras och mätas.

#### **Aktiviteter**

Koncernkontoret

- utarbetar och följer upp regionala indikatorer för patientsäkerhet
- gör riktade analyser av avvikelser, klagomål och lex Maria-utredningar i regionens egna verksamheter

#### Förvaltningarna

- sammanställer och analyserar resultaten av händelseanalyser
- använder Nitha och Nitha kunskapsbank.
- använder Gröna korset, patientsäkerhet i realtid (PiR) eller motsvarande.

### 3.2 Tillförlitliga och säkra system och processer

System, processer och rutiner behöver kontinuerligt utvecklas, anpassas och tillämpas för att underlätta att göra rätt och att inte göra fel. Patientsäkerheten stärks genom minskning av oönskade variationer.

#### **Aktiviteter**

##### Koncernkontoret

- stödjer de regionala processområdena och processteamerna via representation i regional samverkansgrupp (RSG)
- representerar VGR i nationell samverkansgrupp (NSG) för patientsäkerhet
- stödjer arbetet med Vårdhandboken.

##### Förvaltningarna

- säkerställer att Vårdhandboken används i alla verksamheter
- genomför vårdhygienisk egenkontroll.

### 3.3 Säker vård här och nu

I det dagliga arbetet behöver vården anpassas utifrån störningar och risker så att den kan vara hållbar och säker. Detta genomförs genom daglig riskmedvetenhet såsom tex genom att använda verktyget Gröna korset, PIR mm. Ledare ska ha god kännedom om verksamheten för att förstå risker för patientsäkerheten och vad som krävs för att hantera denna.

### 3.4 Stärka analys, lärande och utveckling

Genom analys ökar systemförståelsen av bakomliggande orsaker till vårdskador och det förebyggande patientsäkerhetsarbetet stärks.

#### **Aktiviteter**

##### Koncernkontoret

- bidrar till att utveckla MedControl PRO
- gör riktade analyser av avvikelser, klagomål och lex Maria-utredningar i regionens egna verksamheter
- samverkar med Inspektionen för vård och omsorg (IVO), patientnämnden och andra aktörer på regional och nationell nivå
- samordnar metodkunskap händelseanalyser och deltar i kunskapsbildningen nationellt
- samordnar användningen av Nitha och Nitha kunskapsbanken. (Nationellt IT stöd för händelseanalyser).

##### Förvaltningarna

- registrerar samtliga lex Maria-anmälningar, underlag av genomförda interna utredningar (inklusive händelseanalys) och inkomna beslut från IVO i avvikelshanteringssystemet
- gör händelseanalyser med stöd av Nitha vid lex Maria-anmälningar
- involverar patienterna i utredningen av oönskade händelser i vården
- säkerställer att det finns resurser för analys och analysledare med kompetens att genomföra händelseanalyser enligt handboken
- överför genomförda händelseanalyser till Nitha kunskapsbank
- använder de systematiska sammanställningarna av avvikelser och erfarenheterna från tidigare gjorda händelseanalyser som underlag för verksamhetsförbättring

på alla nivåer inom organisationen samt i det proaktiva patientsäkerhetsarbetet.

### 3.5 Öka riskmedvetenhet och beredskap

Framtida utmaningar kräver hög beredskap för att identifiera och hantera risker. Beredskap krävs för exempelvis perioder av ökad arbetsbelastning, bristande kompetensförsörjning och leveransproblem för läkemedel och material. Hälso- och sjukvårdsverksamhet behöver vara robust och anpassningsbar för att klara uppdraget med god patientsäkerhet och god arbetsmiljö även under särskilda händelser och/eller störda förhållanden. För att uppmärksamma och analysera risker används riskanalys. Riskbedömningar görs med fördel gemensamt inom patientsäkerhet och arbetsmiljö.

#### **Aktiviteter**

Koncernkontoret

- utgör metodstöd vid regionala riskanalyser
- ingår i beredskapsplanering
- bedriver en aktiv omvärldsbevakning

Förvaltningarna

- introducerar och utbildar nya medarbetare i patientsäkerhet enligt Socialstyrelsens patientsäkerhetsutbildning
- säkerställer att det finns analysledare med kompetens att genomföra riskanalyser
- använder erfarenheterna från tidigare gjorda händelse- och riskanalyser som underlag i det proaktiva patientsäkerhetsarbetet.

## 4. Prioriterade områden och indikationer för uppföljning

Patientsäkerhetsindikatorer berör dels specifika vårdskadetyper, dels strukturella förutsättningar för en vård som ska stärka skyddet mot uppkomst av vårdskada.

Arbetet utgår från den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. Under 2023 har Nationell samverkansgrupp (NSG) patientsäkerhet tillsatt en Nationell arbetsgrupp (NAG) för uppföljning av patientsäkerhet. Arbetsgruppens rapporteringar har beaktats i framtagande av regionala indikatorer.

Nedan följer beskrivning av regionens prioriterade patientsäkerhetsområden, förslag på aktiviteter, uppföljningsindikatorer och mål för desamma.

#### 4.1 Vårdrelaterade infektioner

Vårdrelaterad infektion (VRI) förekommer enligt SKR:s prevalensmätningar hos knappt 10% av alla patienter som vårdas inom somatisk slutenvård. Ungefär 90% av dessa har bakteriell genes. VRI är den enskilt vanligaste vårdskadan och prevalensen är i stort sett oförändrad sedan 2010, i VGR och landet i övrigt. Mer behöver göras.

Vårdhygieniskt arbete syftar till att dels förebygga och minimera vårdrelaterade infektioner, dels förhindra smittspridning inom vård och omsorg. Till sin hjälp i detta arbete finns vårdhygienisk expertis på fyra av sjukhusförvaltningarna vilka utgör stöd för hela regionens hälso- och sjukvård. Inom regionernas kunskapsstyrning finns en nationell arbetsgrupp (NAG) vårdhygien som på uppdrag av nationell samverkansgrupp (NSG) patientsäkerhet har utarbetat och publicerat Vägledning för vårdhygieniskt arbete. Vägledningen utgör ett stöd i arbetet med att utforma regionala och lokala handlingsplaner för minskad VRI. Ett kraftfullt verktyg i ett ledningssystem för systematiskt vårdhygieniskt arbete utgör vårdhygienisk egenkontroll, VEK som har utarbetats av Svensk Förening för Vårdhygien. Den finns tillgänglig på vårdhygiens webbplatser och används med framgång i flera verksamheter men ännu inte generellt över regionen. Användning av VEK dockar på ett smidigt sätt an till vägledning för vårdhygieniskt arbete och kan på enhets-/verksamhetsnivå utgöra en central del av implementeringen. Andel enheter med

patientkontakt som årligen genomför vårdhygienisk egenkontroll föreslås införas som ny kvalitetsindikator inom patientsäkerhet.

Sedan snart 10 år används på regionens sjukhusincidens VRI mätt med Infektionsverktyget som kvalitetsindikator och resultatmått för det vårdhygieniska arbetet. Registreringen är behäftad med kvalitetsbrist i form av felkategorisering av VRI som samhällsförvärvad infektion. Detta leder till underskattning av verklig VRI-incidens. Valideringar visar att uppmätt incidens på 5–6% i verkligheten kan uppskattas vara 8–9%.

Felkategoriseringen kan minska genom ökad kunskap om VRI-begreppet hos antibiotikaförskrivare. Till det ändamålet finns en interaktiv utbildning framtagen och tillgänglig i Lärportalen. Denna utbildning är underutnyttjad och här finns stor förbättringspotential.

För att minska VRI-förekomsten över tid behöver ett systematiskt förbättringsarbete bedrivas av verksamheterna. I det ingår analys av VRI-förekomst, att upprätta och genomföra handlingsplaner för att förebygga VRI och följa upp resultatet av aktiviteterna med hjälp av data från Infektionsverktyget. Ledning på alla nivåer måste erbjuda stöd och efterfråga resultat.

Även inom specialiserad öppenvård och primärvård ska, trots avsaknad av ett jämförbart registreringsstöd, ett systematiskt arbete för att minska VRI bedrivas.

Vårdrelaterad smittspridning av resistenta bakterier med eller utan symptomgivande infektion och vårdrelaterade fall av smittsamma sjukdomar (t.ex. covid-19, vinterkräksjuka, clostridium difficile, influensa, tuberkulos, mässling, vattkoppor, kikhosta), utgör en vanlig vårdskada och medför stora kostnader för smittspårningsarbete, vårdplatsstängning, förlängda vårdtider och i vissa fall profylaktiska åtgärder riktat till personal och patienter. Även inom kommunal primärvård, speciellt inom särskilda boendeformer, behöver regional primärvård medverka i att förebygga vårdrelaterad smittspridning.

Frekventa omflyttningar, brist på enkelrum och överbeläggningar är strukturella faktorer som ökar risken för vårdrelaterad smittspridning. Både på verksamhets- och ledningsnivå krävs ett intensifierat arbete med fokus på rutiner som förhindrar smittspridning. Här utgör god följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler en väsentlig förutsättning för att lyckas. Sedan SKR dragit in stöd för nationella punktprevalensmätningar med enhetlig metodik och gemensam databas saknas nu verktyg för regionövergripande mätningar. Avdelning patientsäkerhet och medicinsk krisberedskap på Koncernkontoret kommer att initiera och i samverkan med regional Vårdanalys samt förvaltningarna ta fram definition på en kvalitetsindikator för följsamhet, utforma protokoll för enhetlig mätmetodik och skapa förutsättningar för digital regionövergripande rapportering. Målet är att ha denna indikator på plats inom två år. Till dess fortsätter förvaltningarna av mäta följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler inom ramen för verksamheternas egenkontroll.

## **Aktiviteter**

Koncernkontoret

- initierar en regionövergripande handlingsplan för vårdrelaterade infektioner som utarbetas tillsammans med regionens vårdhygieniska enheter
- initierar och leder arbetet att ta fram regionövergripande indikator för följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler
- nominerar en regional representant som samverkar med Inera och Folkhälsomyndigheten för utveckling av Infektionsverktygets funktionalitet och användbarhet på nationell nivå
- arbetar med kvalitetssäkring av datafångst och datakvalitet i Infektionsverktyget regionalt
- följer fortlöpande upp, analyserar och kommunicerar samlade regionala och jämförbara sjukhusövergripande resultat

- initierar regionövergripande arbetsgrupper inom VRI-området.

#### Förvaltningarna

- genomför på enhetsnivå årligen vårdhygienisk egenkontroll som verktyg för systematiskt vårdhygieniskt förbättringsarbete
- tar stöd av vårdhygienisk expertis för utformning av handlingsplaner för att åtgärda i VEK identifierade brister
- mäter följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler inom ramen för verksamheternas egenkontroll och rapporterar i Plan & Styr
- använder resultat från Infektionsverktyget i förbättringsarbete
- säkerställer att alla läkare genomgår webbutbildning i Infektionsverktyget
- varje sjukhusförvaltning gör, med stöd av vårdhygienheterna, en årlig sammanställning av antalet fall av vårdrelaterad smittspridning av resistent bakterier (MRSA, VRE, tarmbakterier med ESBL), både antalet utbrott och antalet ingående fall, liksom av antalet indexfall som medfört smittspårningsarbete utan att sekundärfall påvisats
- varje sjukhusförvaltning gör, med stöd av vårdhygienheterna, en årlig sammanställning av uppskattat antal vårdrelaterade fall av covid-19, vinterkräksjuka, clostridium difficile, influensa och andra smittsamma sjukdomar som medfört resurskrävande åtgärder för vårdgivaren.

#### **Indikatorer för uppföljning**

- andel enheter med patientkontakt som årligen genomför vårdhygienisk egenkontroll
- incidens av vårdrelaterade infektioner i somatisk slutenvård för regionen som helhet

- följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler på förvaltningsnivå.

## **Mål**

- Andel enheter med patientkontakt som genomfört vårdhygienisk egenkontroll ska överstiga 80%.
- Incidens av vårdrelaterade infektioner i somatisk slutenvård ska regionalt understiga 4,5%. Varje förvaltning sätter ett eget förvaltnings specifikt mål.
- Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler ska vara 100%.

## **4.2 Antibiotikaresistens**

Antibiotika används inom alla verksamheter och är en fundamental byggsten i dagens högteknologiska vård. Genom ett rationellt bruk av antibiotika, övervakning av resistensläget och följsamhet till behandlingsriktlinjerna kan antibiotikaresistensutvecklingen och dess konsekvenser reduceras.

För att möta det hot som antibiotikaresistens utgör krävs kontinuerliga utbildningsinsatser samt stöd till verksamheterna från Strama Västra Götaland och från Sjukhusstrama i samarbete med infektionskliniker, vårdhygienenheter och de mikrobiologiska laboratorierna. Införande av antibiotikaronder på sjukhusenheter med hög förskrivning är en viktig del i detta arbete. Strama-arbetets viktiga delar beskrivs i ”Stramas 10-punktsprogram” för att minska antibiotikaresistensutvecklingen och öka följsamheten till behandlingsriktlinjerna.

## **Aktiviteter**

Koncernkontoret

- leder, samordnar och bistår i det strama-arbete som bedrivs i Västra Götalandsregionen
- samverkar inom nationell kunskapsstyrning - NAG Strama, Folkhälsomyndigheten samt andra regioners stramagrupper

- bevakar, analyserar och återkopplar antibiotikaresistensläget på övergripande nivå i Västra Götaland i samarbete med de mikrobiologiska laboratorierna i regionen
- bevakar, analyserar och återkopplar såväl under- som överförskrivning samt följsamhet till behandlingsriktlinjer på övergripande nivå i regionen
- bedriver omvärldsbevakning och sprider nyheter av vikt inom Västra Götaland samt står till tjänst med information och utbildning till beslutsfattare samt allmänheten.

#### Sjukhusförvaltningarna (sluten och öppen vård)

- Respektive förvaltning ansvarar för att Sjukhusstramagrupper ges ett långsiktigt uppdrag samt förutsättningar att genomföra uppdraget i enlighet med ”Uppdragsbeskrivningen för Sjukhusstrama i Västra Götaland”.
- Sjukhusstrama ansvarar för strama-arbete inom sjukhusvården och ska bevaka och analysera lokala resistensläget och följsamhet till behandlingsriktlinjer på förvaltningsnivå.
- Sjukhusstrama ska stödja kontaktläkare/verktygsläkare i stramaarbetet på verksamhetsnivå i samverkan med vårdhygien. Infektionsverktyget är ett viktigt instrument i detta arbete.
- I arbetet ingår att identifiera verksamheter med hög användning av antibiotika och i samarbete med respektive infektionsklinik bidra med riktade insatser till dessa verksamheter. Antibiotikaronder bör ingå som del i dessa insatser.
- Varje verksamhet tillser att kontaktläkare/verktygsläkare för strama-arbetet utses. Denne ska i samarbete med verksamhetsledningen ges förutsättningar att verka för en rationell antibiotikaanvändning på verksamhetsnivå.

### Primärvården

- Kontaktläkare till Strama Västra Götalandsregionen ska finnas inom varje verksamhet och varje verksamhet ska genomföra förbättringsarbete och årligen rapportera stramaarbetet utifrån Strama Västra Götalands riktlinjer och anvisningar i Krav- och kvalitetsboken.

### Tandvården

- Antibiotikaansvarig tandläkare ska i samarbete med verksamhetsledningen medverka till ökad följsamhet till behandlingsriktlinjerna med stöd av Tandvårds-Strama och Strama Västra Götaland.

### Mikrobiologiska laboratorierna

- De mikrobiologiska laboratorier som anlitas av Västra Götalandsregionens vårdgivare ansvarar för att bistå med epidemiologiska resistensdata samt med att upptäcka särskilt oönskad resistensutveckling.

### **Indikatorer för uppföljning**

- antibiotikaföreskrivning på recept
- total användning av antibiotika på rekvisition inom sjukhusvård
- föreskrivning av smalspektrumantibiotika vid samhällsförvärd lunginflammation respektive ciprofloxacin vid urinvägsinfektion utan feber
- profylaktisk användning av antibiotika
- antibiotikaronder.

### **Mål**

- att antibiotikaföreskrivningen på recept inte överskrider 250 recept/1000 invånare och år för regionen
- att totala användningen av antibiotika på rekvisition inom sjukhusvården minskar jämfört med motsvarande 12 månadsperiod året innan, mätt som DOT (days of therapy) per 100 vårddygn och år

- att andelen profylaktisk antibiotikaanvändning som är längre än 24 timmar vid kirurgi, minskar jämfört med motsvarande 12 månadsperiod året innan
- att förskrivning av bredspektrumantibiotika minskar så att:
  - färre än 10 % av kvinnorna samt färre än 20% av männen med urinvägsinfektion utan feber initialt behandlas med bredspektrumantibiotika (ciprofloxacin)
  - minst 55 % av patienter inom sjukhusvård med samhällsförvärd pneumoni initialt behandlas med smalspektrumantibiotika (penicillin V eller G)
- att antibiotikaronder utförs på minst 2–5 verksamheter med hög antibiotika-förskrivning per sjukhusförvaltning utifrån storlek.

### 4.3 Beläggning

Behovet av disponibla vårdplatser överstiger tillgången vilket leder till överbeläggningar och utlokaliseringar. Nationella mätningar visar att risken för vårdskador ökar vid överbeläggningar (över 90%) och utlokaliseringar.

I det fortsatta arbetet bör antalet disponibla vårdplatser anpassas efter behovet där det är önskvärt att akuta- och planerade vårdflöden hålls separerade. Detta innebär bland annat att se över fördelningen av vårdplatser mellan olika verksamhetsområden, olika veckodagar och årstider.

Tillgången av disponibla vårdplatser är beroende av hur alla aktörer i hälso- och sjukvården samarbetar, varför man behöver fortsätta arbetet med att optimera vårdtider och säkra utskrivningsprocessen i samverkan med kommunal och regional primärvård. För patienter inom primärvård behövs ett nära samarbete mellan olika aktörer för att förebygga och hantera försämring av patientens hälsotillstånd och därmed minska behovet av akuta slutenvårdsinsatser.

Beläggingsgrad påverkas av vårdskador som förlänger vårdtiderna, varför flera indikatorer som vi använder är relevanta för att följa situationen.

## **Aktiviteter**

### Koncernkontoret

- stödjer förvaltningarna genom erfarenhetsutbyte och goda exempel i förbättring av patientens hela vårdkedja
- medverkar i uppföljning av regionens beläggingsgrad, överbeläggningar, och utlokaliseringar samt påverkan på patientsäkerhet och beredskap
- bevakar patientsäkerhetsperspektivet i omställningen till Nära Vård.

### Förvaltningarna

- planerar för så många disponibla vårdplatser att en medelbeläggning som medför att hög kvalitet och patientsäkerhet kan upprätthållas
- har tydliga eskaleringsplaner vid vårdplatsbrist
- utökar sin samverkan med kommunerna och primärvården
- fortsätter utveckla vårdformer för att kunna överföra slutenvård till öppna vårdformer
- rapporterar överbeläggningar, utlokaliseringar och disponibla vårdplatser till SKR:s nationella databas.

## **Indikatorer**

- beläggingsgrad
- oplanerad återinskrivning inom 30 dagar.

## **Mål**

- Genomsnittlig beläggingsgrad på en enhet är högst 90%.
- Oplanerad återinskrivning inom 30 dagar ska minska till under 7%.

## 4.4 Trycksår

Gällande vårdskadeområdena trycksår, undernäring och fallskador finns rutiner för riskbedömning beskrivet i Vårdhandboken. I VGR ska vi använda de riktlinjer och rutiner som finns i Vårdhandboken. Vi använder olika riskbedömningsskalor i VGR och behöver enas om vilka riskbedömningsskalor vi ska ha då det blir nödvändigt för dokumentation i kommande vårdinformationssystem.

Trycksår orsakar stort lidande för patienten och är i de flesta fall undvikbara. Förekomsten av trycksår i den somatiska slutenvården minskar men inte i önskad takt trots insatser. Oavsett var vården äger rum ska det finnas rutiner för att snabbt identifiera patienter som är i riskzonen för att utveckla trycksår. Så länge risken för trycksår finns kvar hos patienten ska de förebyggande åtgärderna fortsätta. Det är därför viktigt med ett ökat samarbete mellan alla aktörer i vårdkedjan.

### **Aktiviteter**

Koncernkontoret

- stödjer erfarenhetsutbyte mellan förvaltningarna.

Sjukhusförvaltningarna

- dokumenterar riskbedömning och uppkomna trycksår
- rapporterar trycksår i avvikelshanteringssystemet
- deltar och genomför uppdrag i den regionala nätverksgruppen för omvårdnad och patientsäkerhet.

### **Indikatorer**

- andel uppkomna trycksår (kategori 1–4) under vårdtid i somatisk slutenvård
- andel mätbara vårdtillfällen.

### **Mål**

- Förekomst av andel uppkomna trycksår i somatisk sjukvård ska minska till  $\leq 1,5\%$ .
- Andel mätbara vårdtillfällen ska öka till  $\geq 70\%$ .

## 4.5 Undernäring

Undernäring som inte upptäcks eller lämnas utan åtgärd kan få allvarliga konsekvenser med ett personligt lidande och ökad vårdtyngd som följd. Undernäring medför ökade risker för uppkomst av några av de vanligaste skadorna i vården, bl. a. vårdrelaterade infektioner, trycksår och fallskador. Äldre personer med undernäring besöker vården oftare, har längre vårdtider med högre risk för komplikationer, än välnärda äldre. Undernäring behöver uppmärksammas både inom primärvård och vid vård på sjukhus.

### **Aktiviteter**

Koncernkontoret

- stödjer erfarenhetsutbyte mellan förvaltningarna.

Förvaltningarna

- fortsätter pågående arbete med bedömning av risk för undernäring, upprättande av individuella nutritionsplaner och uppföljning av nutritionsbehandlingen
- deltar och genomför uppdrag i den regionala nätverksgruppen för omvårdnad och patientsäkerhet
- ökar uppmärksamhet för att bedöma undernäring.

### **Indikatorer**

- andel vårdtillfällen av alla vårdtillfällen inom slutenvård där riskbedömning för undernäring är genomförd.

### **Mål**

- Andel genomförda riskbedömningar ska överstiga >80 %.

## 4.6 Fallskador

Fall orsakar stort lidande för den person som fallit i form av fysiska skador, smärta och försämrad livskvalitet. Det är viktigt att riskbedömning görs och preventiva åtgärder vidtas för att undvika fall under vårdtiden.

## **Aktiviteter**

Koncernkontoret

- samordnar och leder erfarenhetsutbyte mellan förvaltningarna.

Förvaltningarna och Vårdval Vårdcentral

- dokumenterar riskbedömning och fallskador
- rapporterar fall i avvikelshanteringssystemet
- utbildar medarbetarna i fallprevention och fallskador
- deltar och genomför uppdrag i den regionala nätverksgruppen för omvårdnad och patientsäkerhet.

## **Indikatorer**

- andel vårdtillfällen i somatisk slutenvård med fallskada.

## **Mål**

- Andel vårdtillfällen i somatisk slutenvård med fallskada ska understiga 0,5%.

## **4.7 Läkemedelsrelaterade skador**

I enlighet med WHO:s program ska antalet läkemedelsrelaterade skador i VGR minska. Väl underbyggda

läkemedelsrekommendationer, en säker läkemedelshantering och säkra ändamålsenliga IT-stöd är väsentliga framgångsfaktorer.

Patientdelaktighet och säkerställande av att patienter vid utskrivning från sjukhus erhåller skriftlig läkemedelsberättelse och en aktuell läkemedelslista är centrala mål. För att undvika läkemedelsrelaterade skador ska läkemedelsgenomgång erbjudas för personer 75 år eller äldre med fem läkemedel. Det sker vid besök hos läkare i öppen vård, vid inskrivning i slutenvård, påbörjad hemsjukvård eller inflyttning i särskild boendeform och därefter minst årligen.

Förskrivning av beroendeframkallande läkemedel medför risker för tolerans, beroende och biverkningar vid långvarig användning. Det bör därför ske med noggrannhet och tydliga rutiner. Speciellt

förskrivning av opioider mot långvarig icke-malign smärta behöver minska då det har begränsat värde och medför risker. Inom VGR som helhet sker en minskning över tid, men lokala variationer är stora.

Farmaceuter som deltar i vårdteam kan bidra till en höjd kunskapsnivå. Rapportering av läkemedelsfel i avvikelshanteringssystemet utgör underlag för analys av aktuella och vanligen förekommande brister i läkemedelsanvändningen.

Ett välfungerande samarbete med den kommunala hälso- och sjukvården är nödvändigt för att minska på de fel i läkemedelshanteringen som uppkommer i vårdens övergångar.

## **Aktiviteter**

### Koncernkontoret

- stödjer läkemedelskommitté i arbetet med regionala medicinska riktlinjer
- stödjer arbetet med säkrare IT-stöd i läkemedelsprocessen.

### Sjukvårdsapotek VGR

- genomför kvalitetsrevisioner samordnat mellan sjukhusförvaltningarna, Närhälsan och Regionhälsan
- utvecklar och samordnar de regionala rutinerna för läkemedelshantering.

### Förvaltningarna och Vårdval Vårdcentral

- minskar förskrivningen av potentiellt olämpliga läkemedel till äldre
- minskar förskrivning av opioider
- arbetar för att patienter som är 75 år eller äldre och som är ordinerade fem eller fler läkemedel erbjuds läkemedelsgenomgång
- följer upp och arbetar för att samtliga patienter som skrivs ut från sjukhus erhåller skriftlig läkemedelsberättelse och korrekt aktuell läkemedelslista vid utskrivningen
- följer upp kvalitetsrevision av läkemedelshantering.

## Indikatorer för uppföljning

- patienter över 75 år med potentiellt olämpliga läkemedel
- andel patienter som behandlas med beroendeframkallande läkemedel.

## Mål

- Andel patienter över 75 år med potentiellt olämpliga läkemedel ska understiga 10 %.
- Andel patienter som (från vårdcentraler inom vårdvalet) får förskrivning av opoider ska understiga 3%.

## 4.8 Diagnostisk säkerhet

Diagnostiska fel är den vanligaste vårdskadan i primärvården, men förekommer i alla delar av hälso- och sjukvården.

Förekomsten är svår att mäta, men i nationella databaser utgör konsekvenser av diagnostiska fel minst 10–20 procent av alla anmälningar. I primärvård och på akutmottagningar dominerar diagnostiska fel som orsak till skadetyper med allvarliga konsekvenser.

Det finns många orsaker till att diagnostiska fel uppstår. En faktor är att man ofta snabbt behöver ta beslut om diagnosförslag, ibland redan vid telefonbokning. Det finns en risk att fortsatta vårdkontakter fastnar vid denna första bedömning eller förslag på diagnos och att information omedvetet väljs ut för att bekräfta det vi trodde från början.

Att diagnoser blir fel är oundvikligt. Man behöver ha beredskap för att ompröva diagnosen när förloppet inte blir som förväntat. En god patientsäkerhetskultur kan kompensera för olika brister som alltid kommer att finnas. Det krävs kontinuitet i vårdkontakten och en medvetenhet om sina egna bekräftelsefördomar. God handledning och kollegial stöttning på alla nivåer behövs för att skapa psykologisk trygghet i arbetet.

## Aktiviteter

Koncernkontoret

- sprider kunskap utifrån Socialstyrelsens samlade stöd för Patientsäkerhet: Förebygga diagnostiska fel.

#### Förvaltningarna

- utbildar och tränar medarbetare i den diagnostiska processen
- främjar ett gott teamarbete och samverkan med patient och närstående vilket minskar riskerna.

### 4.9 Primärvård

Indikatorer för kvalitet och patientsäkerhet i primärvården kan hämtas ur det nationella systemet PVQ (Primärvårdskvalitet).

Dessa är ett stöd i lokalt förbättringsarbete för personal på vårdcentraler, med möjligheter till analys, reflektion och lärande.

En god kvalitet på läkarmedverkan inom kommunal primärvård är fortsatt viktigt för bibehållen patientsäkerhet speciellt i omställningen Nära vård.

#### **Aktiviteter**

##### Koncernkontoret

- stödjer förändringsarbetet för förbättrad läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården genom samverkan med team Vårdval på koncernkontoret
- utvecklar uppföljning av patientsäkerhetsindikatorer utgående från Primärvårdskvalitet
- bedriver fortsatt ett aktivt Strama-arbete i samarbete med primärvården.

##### Vårdval Vårdcentral

- säkerställer kvalitet avseende läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården
- använder Primärvårdskvalitet i egen uppföljning av patientsäkerhetsarbete
- ökar följsamheten till behandlingsriktlinjer med antibiotika för akuta infektioner

- minskar förskrivningen av potentiellt olämpliga läkemedel till äldre över 75 år
- genomför fördjupade läkemedelsgenomgångar
- minskar förskrivning av beroendeframkallande läkemedel.

### **Indikatorer för uppföljning**

- individer 75 år och äldre som hämtat ut potentiellt olämpliga läkemedel
- andel patienter som (från vårdcentraler inom vårdvalet) får förskrivning av opioider
- antibiotikaförskrivning, total samt diagnoskopplad receptförskrivning.

### **Mål**

- Andel patienter över 75 år med potentiellt olämpliga läkemedel ska understiga 10 %.
- Andel patienter som (från vårdcentraler inom vårdvalet) får förskrivning av opioider ska understiga 3 %.

## **4.10 Suicidprevention**

Suicid och suicidförsök klassas som allvarlig vårdskada i de fall dessa handlingar kunnat undvikas genom adekvata åtgärder i vården. En tredjedel av alla som tar sitt liv har en pågående kontakt med psykiatrin. Betydligt fler har haft kontakt med andra delar av hälso- och sjukvården. Till riskgrupper för suicid räknas människor som drabbas av allvarlig sjukdom (till exempel cancer, neurologiska sjukdomar, kronisk smärta), äldre personer (särskilt män) och personer med beroende (till exempel alkohol/droger, spel).

Suicidriskbedömningar behöver vägas in i behandlingsplanering, särskilt vid vissa riskmoment i vården som när patienten förflyttas från en vårdinstans till en annan, vid uppföljning efter ett suicidförsök samt vid behandlingsplanering för personer i riskgrupper för suicid. Därför är det viktigt att samtliga delar av vården har kunskap och kompetens kring suicidriskbedömning

och bemötande. Att ställa frågor om suicidtankar och beteenden utlöser inte suicid eller suicidförsök, det kan tvärtom förhindra att en suicidhandling genomförs.

Varje vårdenhet bör arbeta på ett sådant sätt att patienter får stöd och hjälp utifrån sin situation och att man förebygger situationer som kan leda till hopplöshet och övergivenhet. Även arbetet med den fysiska miljön är viktig för suicidprevention.

## **Aktiviteter**

### **Koncernkontoret**

- samverkar med KPH (Kunskapsstöd för psykisk hälsa) för att sprida kunskap.

Förvaltningarna och vårdgivare

- utarbetar lokala rutiner och lokala suicidpreventiva handlingsplaner
- genomför lokala förbättringsarbeten utifrån händelseanalyser vid suicid.

### **Indikatorer för uppföljning**

- antal upprättade krisplaner inom specialistpsykiatri.

### **Mål**

- Antal upprättade krisplaner inom specialistpsykiatri ska öka.

## **4.11 Strålsäkerhet**

Det finns beslutade strålsäkerhetsmål för 2023–2025. Dessa finns publicerade på Vårdgivarwebben.

Det regionala strålsäkerhetsrådet har tagit fram fem olika strålsäkerhetsområden för att tydliggöra en struktur för hur olika processer, mål, krav, aktiviteter samt uppföljning av dessa hör ihop. Under vart och ett av dessa områden ligger ett eller flera strålsäkerhetsmål. Strålsäkerhetsmålen gäller för Västra Götalandsregionens egna verksamheter.

Arbete med och resultat av strålsäkerhetsmålen följs upp i det årliga strålskyddsbokslutet som förvaltningarna lämnar. Uppgifterna hämtas i huvudsak via de egenkontroller av strålsäkerhetsarbetet som utför i berörda verksamheter i förvaltningarna. Egenkontrollerna ligger sedan till grund för strålskyddsbokslutet. Strålsäkerhet ingår i patientsäkerhetsberättelsen och strålskyddsbokslutet finns där som en bilaga.

## Bilaga 1. Indikatorer regional handlingsplan för ökad patientsäkerhet 2025

Fokusområde	Regional indikator	Värde 2023	Mål 2025
Antibiotikaanvändning	• Antibiotikaförskrivning på recept i regionen (antal recept/1 000 invånare och år)	262	≤250 recept/1000 invånare och år för regionen (nationellt mål)
	• Totala användningen av antibiotika på rekvisition inom sjukhusvården (dagar med antibiotikabehandling /100 vårddygn och år)	Nytt mätetal	Minska jämfört föregående 12-månaders period
	• Andel smalspektrumantibiotika (penicillin V eller G) vid samhällsförvärd lunginflammation	35%	>55%
	• Andel profylaktisk antibiotikaanvändning som är längre än 24 timmar, vid kirurgi	ny	Minskande andel (%) jämfört föregående 12-månaders period
	• Andel bredspektrumantibiotika (ciprofloxacin) vid afebril urinvägsinfektion för män resp. kvinnor	sjukhus: män 22,4%, kvinnor 7,4% primärvård: män 16,7%, kvinnor 4,5%	Män <20%, kvinnor <10%
	• Antal verksamheter/sjukhusförvaltning som infört antibiotikaronder	0–10	2–5
Vårdrelaterade infektioner	• Andel enheter med patientkontakt som årligen genomför vårdhygienisk egenkontroll	ny	80%
	• Incidens vårdrelaterade infektioner inom sjukhusvård	5,4%	≤4,5
Trycksår	• Andel uppkomna trycksår (kategori 1–4) under vårdtid i somatisk slutenvård	1,9%	≤1,5%
	• Andel mätbara vårdtillfällen	36%	>70%

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

<b>Undernäring</b>	• Andel genomförda riskbedömningar	ny	>80%
<b>Fallskador</b>	• Andel vårdtillfällen i somatisk slutenvård med fallskada	1%	0,5%
<b>Fokusområde</b>	<b>Regional indikator</b>	<b>Värde 2023</b>	<b>Mål 2025</b>
<b>Suicidprevention</b>	• Antalet upprättade krisplaner inom specialistpsykiatri	412	ska öka
<b>Läkemedelsskador</b>	• Andel patienter över 75 år med potentiellt olämpliga läkemedel	8,4	≤ 10 %
	• Andel patienter som behandlas med opioider förskrivet av primärvården	4%	3%
<b>Beläggning</b>	• Oplanerad återinskrivning inom 30 dagar	7%	<6 %
	• Genomsnittlig beläggningsgrad	>100 %	90%