Diarienummer: HS 2022-01068

Västra Götalandsregionen

Regional handlingsplan för ökad patientsäkerhet 2023 - 2024

Fastställd av hälso- och sjukvårdsstyrelsen

Leda, utveckla och samordna

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

Innehåll

Inledning 3

1 Grundläggande förutsättningar 5

1.1 Engagerad ledning och styrning 5

1.2 En god säkerhetskultur 5

1.3 Adekvat kunskap och kompetens 6

1.4 Patienten som medskapare 7

2 Prioriterade fokusområden 7

2.1 Öka kunskap om inträffade vårdskador 7

2.2 Stärka analys, lärande och utveckling 8

2.3 Säker vård här och nu 9

2.4 Tillförlitliga och säkra system och processer 9

2.5 Öka riskmedvetenhet och beredskap 10

3 Prioriterade områden och indikatorer för uppföljning 10

3.1 Vårdrelaterade infektioner och smittspridning i vården 12

3.2 Antibiotikaresistens 13

3.3 Trycksår 15

3.4 Medicintekniska produkter 16

3.5 Beläggning 18

3.6 Fallskador 19

3.7 Undernäring 20

3.8 Läkemedelsrelaterade skador 20

3.9 Primärvård 22

3.10 Suicidprevention 23

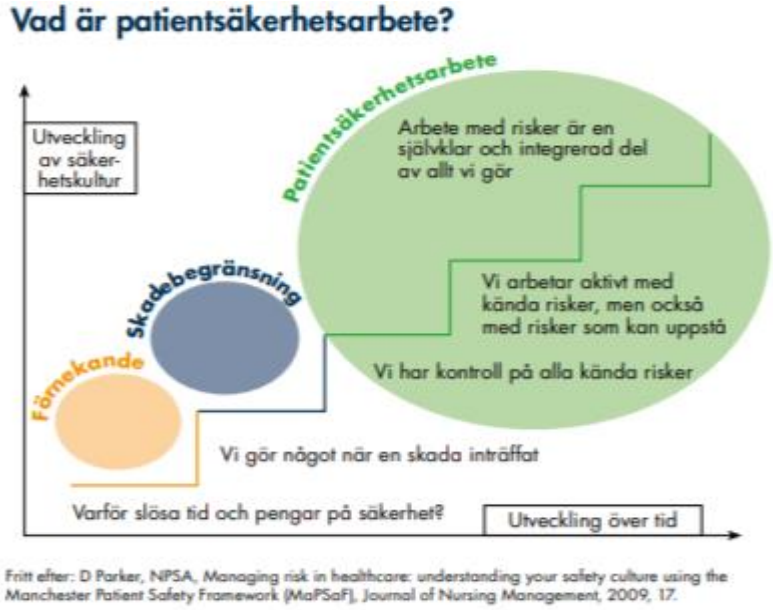
Inledning

Leda, utveckla och samordna

Patientsäkerhet handlar om skydd mot vårdskada och att vården är god och säker. 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, resurser som behöver användas till att skapa värde för invånare och patienter.

För att säkerställa en hög patientsäkerhet behöver ytterligare insatser göras i regionens systematiska patientsäkerhetsarbete. Socialstyrelsens Nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet har tillkommit för att ge stöd till regioner och kommuner att ta fram handlingsplaner, samt etablera principer, prioriteringar och mål för sitt patientsäkerhetsarbete. För detta ändamål har Socialstyrelsen tagit fram ”Verktyg för stärkt patientsäkerhetsarbete i regionerna”.
Enhet patientsäkerhets mål är att den Regionala handlingsplanen för ökad patientsäkerhet skall harmonisera med den nationella handlingsplanen. En fortsatt harmonisering genomförs nu vilket även innebär att denna handlingsplan är för 2023 och 2024 då den nationella handlingsplanen sträcker sig till 2024. Patientsäkerhetsplanen byter namn till *Kortversion regional handlingsplan för ökad patientsäkerhet, indikatorer och måltal* och är fortsatt ettårig så att förändringar i såväl indikatorer som måltal vid behov kan göras. Regionens handlingsplan utgör ett stöd i regionens och förvaltningarnas arbete för en god och säker vård.
Hälso- och sjukvården är ett komplext system som behöver leverera god och säker vård oavsett de variationer som förekommer i verksamhet och förutsättningar, vilket kräver en god anpassningsförmåga. Riskerna i ett komplext system är många och varierande och säkerhetsarbetet nödvändigt och viktigt. I Västra Götalandsregionen 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 positiva patientsäkerhetshändelser. En förflyttning mot ett proaktivt patientsäkerhetsarbete där arbete med kända och okända risker utökas är vägen till ett aktivt förebyggande patientsäkerhetsarbete.

Nedanstående bild från Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024 visar vägen till ett aktivt förebyggande patientsäkerhetsarbete över tid.



Patientsäkerhetsområdet utvecklas kontinuerligt, ny kunskap tillkommer och nya områden och aktiviteter diskuteras. Covid-19-pandemin har satt stort fokus på behovet av regionalt samarbete som är viktigt för patientsäkerhetsarbetet. Fortsatt arbete för ökad patientdelaktighet,

minska diagnostiska fel och förbättra vårdens övergångar pågår. Samarbete med Kunskapscentrum för psykisk hälsa fortsätter för att hitta bra indikatorer och måltal. Det pågående arbetet med omställningen av vården behöver fortsatt bevakas för att proaktivt identifiera patientsäkerhetsrisker och hur de skall hanteras. Patientsäkerhet ingår och är en viktig del av utbildningen i Kvalitetsdriven verksamhetsutveckling. Arbetet med FVM, införandet av Millennium, är prioriterat och ställer höga krav på att identifiera såväl risker som möjligheter när det gäller patientsäkerhet.
Den senaste nationella rapporten som sträcker sig till 2020 visar på en ökning av vårdskador nationellt.
Att mäta inträffade skador och vårdskador i regionen är inte tillräckligt, det skadeförebyggande, proaktiva arbetet behöver utvecklas och stärkas.
I Regional handlingsplan för ökad patientsäkerhet 2023–24 beskrivs patientsäkerhetsarbetet i Västra Götalandsregionen med grundläggande förutsättningar, kapitel 1 med fokus för att uppnå en god och säker vård, kapitel 2 aktiviteter för att uppnå säker vård beskrivs såväl för regionen som för förvaltningarna. Indikatorer för uppföljning beskrivs och måltal anges i kapitel 3 samt i Kortversion regional handlingsplan för ökad patientsäkerhet, indikatorer och måltal.
Med förvaltningar inbegrips här också de vårdgivare som Västra Götalandsregionen har vårdavtal med. I riktlinjerna anges också möjliga indikatorer för uppföljning.

Kortversion regional handlingsplan för ökad patientsäkerhet, indikatorer och måltal för 2023 har fortsatt fokus på ett fåtal prioriterade mål för insatsområden.
De regiongemensamma målen bryts ner på respektive förvaltning utifrån lokala förutsättningar, för att ange vad förvaltningen behöver göra för att de regiongemensamma målen ska nås.

Uppföljning av patientsäkerhetsarbetet sker i respektive förvaltnings/vårdgivares patientsäkerhetsberättelse, vid regional uppföljning samt kontinuerligt på möten för funktionsgrupp chefläkare. Under Covid-19 pandemin minskade uppföljningsaktiviteterna men kommer nu att återupptas. Planering pågår och förslaget är att kvalitet och patientsäkerhet följs upp tillsammans och med fördel separat från ekonomiuppföljning. För de delar som rör den vård som Västra Götalandsregionen själv bedriver sammanfattas arbetet och resultaten i den regionala patientsäkerhetsberättelsen som varje år publiceras senast den 1 mars.

1 Grundläggande förutsättningar

Fyra grundläggande förutsättningar har identifierats för det fortsatta arbetet med att minska antalet vårdskador och nå målet en god och säker vård (Agera för säker vård, Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024).

1.1 Engagerad ledning och styrning

En engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer är en av de fyra grundläggande förutsättningarna för säker vård.
Ledningens ställningstagande, kunskap, förhållningssätt, agerande och beslut är avgörande för en hög patientsäkerhet. Hos alla vårdgivare ska det finnas ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete och systematiskt patientsäkerhetsarbete.
Ledare på alla nivåer i regionen kan påverka patientsäkerhetsarbetet genom att ta ansvar för att åtgärder för säker vård genomförs, utvärderas och aktivt följs upp.
Verksamhetschefen har det samlade ansvaret för en verksamhet inklusive. Hen ska säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses.

Aktiviteter

Koncernkontoret

- Fortlöpande informera ägarutskottet och hälso- och sjukvårdsstyrelsen.
- Leda och utveckla funktionsgrupp chefläkare samt nätverk för patientsäkerhet och omvårdnad.
- Samordna aktiviteter kring användning av *Verktyg för stärkt patientsäkerhetsarbete* för att stödja utvecklingen av patientsäkerhetsarbetet i regionen.
- Följa upp regionala resultat avseende Verktyg för stärkt patientsäkerhetsarbete.

Förvaltningar

- Patientsäkerhet är stående punkt på ledningens agenda.
- Delta i funktionsgrupp chefläkare samt nätverk för patientsäkerhet och omvårdnad.
- Sprida kunskap och erfarenheter från regional nivå till lokal nivå och omvänt.
- Använda Verktyg för stärkt patientsäkerhetsarbete.
- Genomföra aktiviteter och följa upp den egna förvaltningens resultat avseende Verktyg för stärkt patientsäkerhetsarbete.

1.2 En god säkerhetskultur

En god säkerhetskultur är en grundläggande förutsättning för att nå hög patientsäkerhet och en säker vård. Hur alla tar ansvar, agerar och samarbetar, både med kollegor och patienter, påverkar hur man hanterar risker och lär sig av positiva och negativa händelser.
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.

Säkerhetskulturen behöver 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
- 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

- Utvecklar och stärker integrerat patientsäkerhets- och arbetsmiljöarbete på regional nivå.
- Planerar för att infoga patientsäkerhet i den obligatoriska arbetsmiljöutbildningen för chefer
- Samordnar Hållbart Säkerhets Engagemang (HSE-frågor) med den regionala medarbetarundersökningen.
- Samordnar regiongemensamma aktiviteter kring resultat från regionens undersökning avseende HSE-frågor
- Samverkar med koncernkontorets HR-stab för att synliggöra sambandet mellan arbetsmiljö och patientsäkerhet genom olika typer av utbildningsinsatser

Förvaltningarna

- Utvecklar och stärker integrerat patientsäkerhets- och arbetsmiljöarbete på lokal nivå.
- Deltar i undersökning avseende HSE-frågor i samband med medarbetarundersökning. (Från och med 2022 ersätts de tidigare frågorna kring patientsäkerhetskultur med HSE-frågorna.)
- Planerar, genomför och följer upp åtgärder som syftar till en god säkerhetskultur bland annat genom resultat från undersökning avseende HSE-frågor och medarbetarenkät.

1.3 Adekvat kunskap och kompetens

En grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete. Kunskap om patientsäkerhet behövs på alla nivåer i hälso- och sjukvården bland annat för att kunna fatta väl avvägda beslut utifrån systemövergripande faktorer. Men också för att kunna bedöma risker samt föreslå och vidta åtgärder kring den enskilda patienten. Även kunskap om arbetsmiljöns betydelse för patientsäkerheten behövs.

Aktiviteter

Koncernkontoret

- Sprider information om nationella och regionala utbildningar.
- Leder och utvecklar regionala utbildningar i patientsäkerhet och säker vård.
- Verkar för att patientsäkerhetsutbildning ingår i vårdutbildningar.

Förvaltningarna

- Utbildar ledningsgrupper och styrelser i patientsäkerhet.

- Utbildar och säkerställer att förvaltningens linjechefer har den kompetens som de behöver avseende patientsäkerhet.
- Utbildar och säkerställer att personalen har de kunskaper inom säker vård som behövs för att vara delaktiga i patientsäkerhetsarbetet.
- Utbildar sjuksköterskor som deltar i kliniskt basår i patientsäkerhet.
- Utbildar nya medarbetare i patientsäkerhet.

1.4 Patienten som medskapare

Patientens och de närståendes delaktighet är en grundläggande förutsättning för en säker vård. Vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Personcentrerat arbetssätt (PCA) innebär att patienten är medskapare i sin egen vård. Arbete sker utifrån patientens behov, resurser och förmågor och med ömsesidig respekt för varandras kunskap. Patientkontrakt är en gemensam överenskommelse mellan patient och vårdgivare och syftar till att säkerställa delaktighet, samordning och tillgänglighet med patientens perspektiv som utgångspunkt.
Det är viktigt att patienter och närstående ges möjlighet att delta i patientsäkerhetsarbetet bland annat genom att delge vården sina upplevelser och synpunkter. Synpunkter och klagomål på vården från patienter och närstående ska kunna tas emot såväl skriftligt som muntligt och på alla nivåer i organisationen. De ska utredas av berörd verksamhet som också bemöter och besvarar klagomålen samt vidtar åtgärder.

Aktiviteter

Koncernkontoret

- Deltar i utvecklingen av ”En väg in”, Ineras tjänst på 1177.se för klagomål och synpunkter från patienter.
- Påverkar utvecklingen av avvikelsehanteringssystemet MedControl PRO för regionens klagomålshantering.
- Stöder fortsatt arbete med införandet av patientkontrakt.

Förvaltningarna

- Använder MedControl PRO som processtöd för att registrera, utreda, och följa upp patienters och närståendes synpunkter och dokumentera handläggningen.
- Tillvaratar och sammanställer systematiskt patienters och närståendes erfarenheter och synpunkter och använder dessa som underlag i såväl förbättrings- som i förändringsarbete för att skapa mervärde för patienten.
- 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.
- Fortsätter utveckling av PCA och patientkontrakt.

2 Prioriterade fokusområden

Nedanstående prioriterade fokusområden utgår från de huvudsakliga utmaningarna inom patientsäkerhetsarbetet. Fokusområdena utgör en struktur för handlingsplanens regionala aktiviteter.

2.1 Öka kunskap om inträffade vårdskador

En del i att förbättra patientsäkerheten är att identifiera oönskade händelser och utreda avvikelser utifrån adekvata metoder. Resultatet av utredningarna ger ökad kunskap om vårdskador och ökad riskmedvetenhet i patientmötet. Möjlighet ges även till sammanställningar och analyser på såväl verksamhets- och förvaltningsnivå som systemövergripande samt förbättrade möjligheterna att följa utvecklingen av patientsäkerhet. En förutsättning för att stödja processen för registrering, utredning, åtgärd och uppföljning av oönskade händelser är ett avvikelsehanteringssystem. Rapportering och återföring på varje nivå är en viktig del i avvikelsehanteringen för delaktighet och framgång i utvecklingsarbete.
Markörbaserad journalgranskning (MJG), av slumpvis valda avslutade vårdtillfällen har använts för systematisk granskning av somatisk slutenvård av vuxna sedan 2013 och av vuxenpsykiatrin sedan hösten 2017. Genom metoden MJG kan avvikelser som medfört vårdskador identifieras som inte uppmärksammats i samma utsträckning genom personalens rapporteringsskyldighet och patientklagomål. MJG utgör därmed ett komplement till avvikelser och klagomål som rapporteras av medarbetare, patienter och närstående. Resultaten visar utvecklingen av vårdskadeförekomsten över tid.

2.2 Stärka analys, lärande och utveckling

Resultaten av MJG kan användas som underlag för riskanalyser av vårdens processer för att identifiera förbättringsområden och kan därför utgöra en betydelsefull del i det systematiska patientsäkerhetsarbetet. MJG har stor betydelse för och bidrar till analys, lärande och utveckling av patientsäkerheten.
Utredning av allvarliga vårdskador bifogas till lex Maria-anmälningar. Inom Västra Götalandsregionen används i stor utsträckning metoden händelseanalys. Analysmetoden syftar till att identifiera faktorer som bidragit till vårdskador eller händelser som medfört risk för vårdskada. Resultaten vid händelseanalys utgör en grund för att fastställa åtgärder i en handlingsplan som ska implementeras i verksamheten. Antal händelseanalyser som genomförs bör öka och göras med stöd av Nationellt IT-stöd för händelseanalys (Nitha). Färdiga händelseanalyser bör överföras till Nitha kunskapsbank för att möjliggöra erfarenhetsutbyte och lärande. Nitha kunskapsbank kan också användas för att göra systematiska sammanställning av risker inom vitt skilda vårdområden och processer.

Aktiviteter
Koncernkontoret

- Återför resultaten från MJG på nationell nivå till förvaltningarna. Stödjer och stimulerar till erfarenhetsutbyte inom VGR och Västra Sjukvårdsregionen.
- Utvecklar, samordnar och följer upp användningen av 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 i frågor som rör hantering av avvikelser. Deltar i och bevakar arbete nationellt.
- Sammanställer och analyserar resultaten av händelseanalyser på regional nivå. Samordnar metodkunskap händelseanalyser och deltar i kunskapsbildningen nationellt. Samordnar användningen av Nitha och Nitha kunskapsbanken.

Förvaltningarna

- Genomför MJG på sjukhusnivå av den somatiska slutenvården av vuxna där det minsta antalet slumpvis utvalda granskade journaler per månad är: 20 för universitetssjukhuset, 15 för länssjukhusen och 10 för länsdelssjukhusen. Resultaten matas in i databasen hos Sveriges Kommuner och Regioner (SKR).
- Genomför MJG inom vuxenpsykiatri.
- Registrerar samtliga lex Maria-anmälningar, underlag av genomförda interna utredningar (inklusive händelseanalys) och inkomna beslut från IVO i avvikelsehanteringssystemet.
- Gör händelseanalyser med stöd av Nitha vid lex Maria-anmälningar. Involverar patienterna i utredningen av oönskade händelser i vården. Säkerställer att det finns 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.

2.3 Säker vård här och nu

Hälso- och sjukvård bedrivs i ett komplext system där människor, teknik och organisation interagerar. Förutsättningarna kan snabbt förändras. Inom hälso- och sjukvården måste det därför finnas riskmedvetenhet och flexibilitet för att en verksamhet ska fungera säkert och effektivt på alla organisatoriska nivåer. En god delaktighet för patienter bidrar till en säkrare vård.

Två metoder för att upptäcka avvikelser i realtid är dagliga patientsäkerhetsavstämningar till exempel enligt Gröna korset samt systematisk (markörbaserad) journalgranskning enligt PiR, Patientsäkerhet i Realtid. Gröna korset syftar till att i slutet av varje arbetspass identifiera om vårdskada inträffat eller hade kunnat inträffa. PiR innebär att en systematisk (markörbaserad) journalgranskning görs på patienter som vårdas inneliggande på vårdavdelning, journalen granskas och patienter och närstående intervjuas. Resultaten analyseras och återkopplas till vårdteamet och enhetens chefer samma dag. Att regelbundet och strukturerat lyfta vårdskador och patientsäkerhetsrisker ökar riskmedvetenheten och påverkar varje medarbetares möjlighet att ta sitt ansvar för att bidra till en säker vård.

2.4 Tillförlitliga och säkra system och processer

För att stärka patientsäkerheten behövs ständig utveckling av kunskap och kompetens samt träning i olika situationer. System, processer och rutiner behöver kontinuerligt utvecklas, anpassas och tillämpas för att underlätta att göra rätt och att inte göra fel. Rätt patient ska få rätt vård, på rätt plats och i rätt tid. Med samsyn om hur processer och arbetsuppgifter ska utföras kan vi skapa en ökad förutsägbarhet i patientarbetet, vilket bidrar till en stärkt

patientsäkerhet. Pågående kvalitetsarbete i den nya kunskapsorganisationen ökar förutsättningarna för säker vård.

Aktiviteter
Koncernkontoret

- Samordnar regional spridning av kunskap om metoder att upptäcka avvikelser i realtid.
- Stödjer de regionala processområdena och processteamen.
- Följer kunskapsutvecklingen genom deltagande i regional samverkansgrupp patientsäkerhet.

Förvaltningarna

- Använder Gröna korset, PiR eller motsvarande.
- Riskbedömningar görs för trycksår, undernäring och fall enligt Vårdhandboken.

2.5 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. Viktigt att det finns förutsättningar för att klara påfrestningarna utan att patientsäkerheten hotas. För att uppmärksamma och analysera risker används riskanalys. Riskanalys är en metod som kan användas i befintlig verksamhet men även proaktivt inför förändringar. Metoden är utvecklad för att identifiera och värdera brister i verksamheten som kan påverka patientsäkerheten och arbetsmiljön. Riskbedömningar görs med fördel gemensamt inom patientsäkerhet och arbetsmiljö. Riskanalysen resulterar i förslag till åtgärder för att minimera riskerna eller minimera riskernas konsekvenser. Patientsäkerhet är ett eget kunskapsområde och alla bör, oberoende av profession och ställning, ha kunskap i och förståelse om patientsäkerhet. Kunskapen ger verktyg för bedömning av risker, analysmetoder och därmed möjligheter att vidta åtgärder för att nå och upprätthålla en god och säker vård.

Aktiviteter
Koncernkontoret

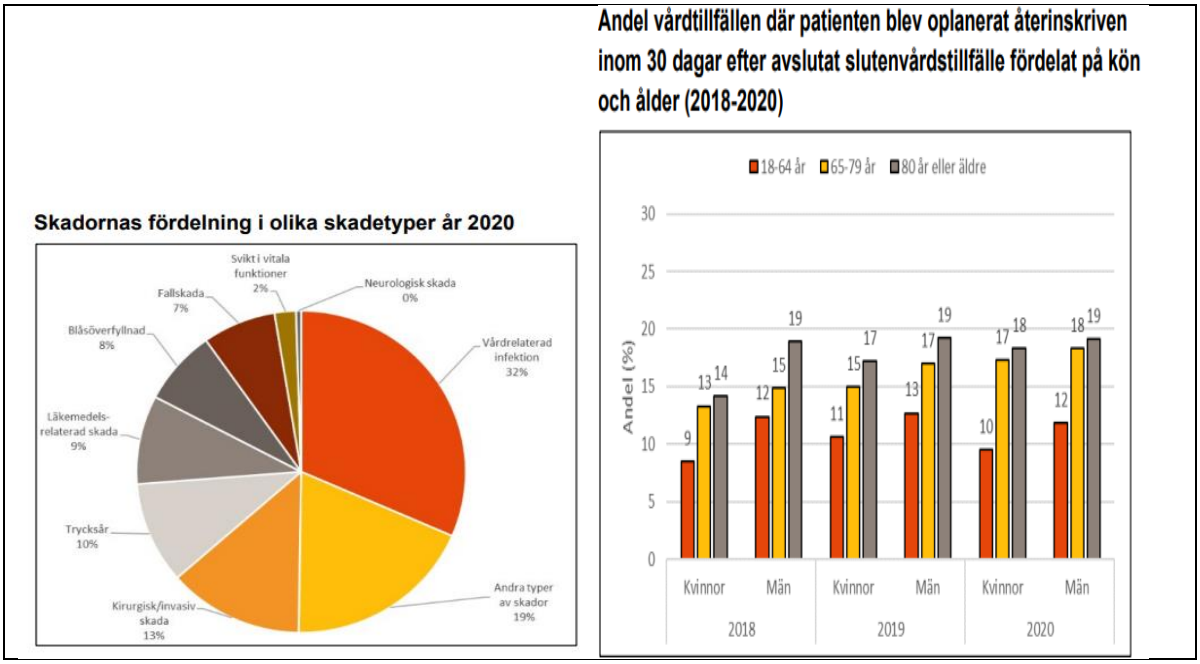
- Arbetar för att det i alla vårdutbildningar ingår patientsäkerhetsutbildning.
- Leder och stödjer införandet av den nationella patientsäkerhetsutbildningen.
- Utgör metodstöd vid regionala riskanalyser.
- Deltar i introduktionsutbildning för politiker.
- Leder, utvecklar och samordnar arbetet med Vårdhandboken i regionen.

Förvaltningarna

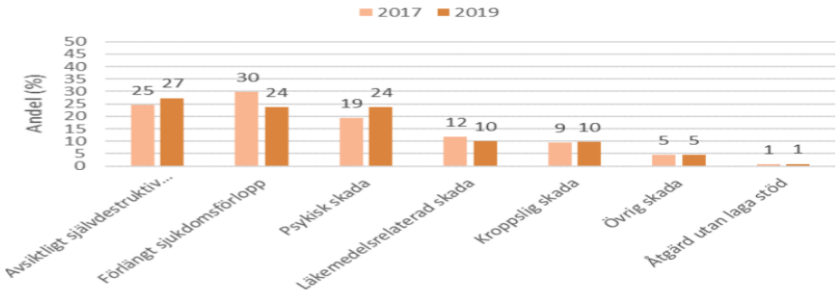
- Introducerar och utbildar nya medarbetare i patientsäkerhet.
- Utbildar styrelser i patientsäkerhet.
- Säkerställer att det finns analysledare med kompetens att genomföra riskanalyser enligt handboken.
- Använder erfarenheterna från tidigare gjorda händelse- och riskanalyser som underlag i det proaktiva patientsäkerhetsarbetet.
- Säkerställer att Vårdhandboken används i alla verksamheter.

3 Prioriterade områden och indikatorer för uppföljning

Patientsäkerhetsindikatorer berör dels specifika vårdskadetyper, dels strukturella förutsättningar för en vård som ska stärka skyddet mot uppkomst av vårdskada. Exempel på det senare är antibiotikaanvändning och beläggning av vårdplatser. De vårdskadetyper som utgör fokus är de som framkommer som vanligast baserat på tillgängliga resultat av nationell markörbaserad journalgranskning (MJG) till och med 2020 som Västra Götalandsregionen deltagit i, Markörbaserad journalgranskning skador i somatisk vård 2013-2020 nationell nivå (skr.se). Dessa är vårdrelaterade infektioner, blåsöverfyllnad, trycksår, läkemedelsrelaterade skador och fallskada. Rapporten visar på en ökad oplanerad återinskrivning inom 30 dagar efter sjukhusvård vilket kan ha sin grund i bristande arbetssätt. Det mesta talar för att VGR inte skiljer sig från det nationella resultatet.



MJG psykiatri från 2019 visade följande skadepanorama där avsiktligt självdestruktivt beteende (uicid, suicidförsök) och psykisk skada ökat.



Det finns ett stort behov av att hitta nya indikatorer för uppföljning av fler dimensioner av patientsäkerhetsarbetet. Allt oftare poängteras att en god arbetsmiljö är en förutsättning för en patientsäker vård. Behov föreligger för indikatorer för det proaktiva patientsäkerhetsarbetet samt att kunna svara på frågan ”Vad gjorde att det gick bra”. Socialstyrelsen arbetar med att ta fram indikatorer för uppföljning av den Nationella handlingsplanen. Dessa indikatorer kommer även regionen att kunna använda i framtiden.

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

3.1 Vårdrelaterade infektioner och smittspridning i vården

Inriktning

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. Sedan 2014 studeras förekomst av bakteriell VRI på sjukhusen genom kontinuerlig incidensmätning med hjälp av Infektionsverktyget. Fem års mätningar visar på en sjunkande incidens från ca 6% 2016 till 5,6% 2021 på regional nivå med ganska stor variation mellan regionens sjukhus. Incidenstalen ligger lägre än prevalenstalen, både på grund av att virusinfektioner inte fångas och som en följd av annan mätmetod, men också beroende på att många vårdrelaterade infektioner felkategoriseras som samhällsförvärvade vid registreringen, vilket valideringar 2014, 2015 och 2020 visat. Den sanna incidensen i nuläget kan därför skattas till 8–9 %.
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.

För att få största möjliga nytta av Infektionsverktyget behövs fortsatt utbildning - i användning av Infektionsverktyget och i korrekt registrering av VRI. En regional webbutbildning med syfte att förbättra registreringskvaliteten utvecklades 2017 och har gjorts obligatorisk för alla förskrivare på regionens sjukhus. Utbildningen finns tillgänglig på Lärportalen.

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.
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. Tidig upptäckt av

vårdrelaterad smittspridning genom övervakning samt rapportering av utbrott och genomfört smittspårningsarbete från de vårdhygieniska enheterna stödjer detta arbete.

Aktiviteter

Koncernkontoret

- Arbetar med kvalitetssäkring av datafångst och datakvalitet, det senare genom utbildningsstöd till förvaltningarna.
- Anordnar utbildning i Infektionsverktyget.
- Följer fortlöpande upp, analyserar och kommunicerar samlade regionala och jämförbara sjukhusövergripande resultat.
- Initierar regionövergripande arbetsgrupper inom VRI-området.
- Initierar och stödjer validering av data från Infektionsverktyget.

Förvaltningarna

- Bedriver förbättringsarbete på verksamhetsnivå med stöd från respektive förvaltningsledning och regionens fyra vårdhygieniska enheter och i särskilda fall av utbrott med stöd av den lokala epidemiberedskapsplanen och Smittskydd Västra Götaland
- Mäter följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler inom ramen för verksamheternas egenkontroll
- Använder resultat från Infektionsverktyget i förbättringsarbete.
- Säkerställer att alla läkare genomgår webbutbildning i Infektionsverktyget.
- Varje sjukhusförvaltning gör, med stöd av vårdhygienenheterna, en årlig sammanställning av antalet fall av vårdrelaterad smittspridning av resistenta 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 vårdhygienenheterna, 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

- Andelen läkare som genomgått webbutbildningen i Infektionsverktyget.
- Incidensen av vårdrelaterade infektioner i somatisk sluten vård för regionen som helhet.

Mål

- Incidensen av vårdrelaterade infektioner i somatisk sluten vård ska understiga 4,5%.
- Korrekt identifierade infektioner (vårdrelaterad eller samhällsförvärvad) vid registrering i Infektionsverktyget, >80%.

3.2 Antibiotikaresistens

Inriktning

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 antibiotikaresistens-utvecklingen och dess konsekvenser reduceras. Antibiotikaanvändningen är just nu låg inom primärvården men ökar igen efter pandemin och stora skillnader kvarstår i regionen. Användningen på våra sjukhus är fortsatt hög och användningen av

bredspektrumantibiotika ökar. Det driver resistensutvecklingen och andelen resistenta bakterier ökar snabbare inom sjukhusvård än inom primärvård.

För att intensifiera arbetet krävs fortsatta utbildningsinsatser samt stöd till verksamheterna från Strama Västra Götaland och från Sjukhusstrama i samarbete med infektionskliniker, vårdhygienenheter och de mikrobiologiska laboratorierna. Införande av så kallade ” antimicrobial stewardship-program” med antibiotikaronder på sjukhusenheter med hög förskrivning är en viktig del i detta arbete. En ständig ökning av patienter med svårbehandlade infektioner inom flera verksamheter kommer dessutom att öka behovet av infektionskonsulter i behandlingen av den enskilda patienten.

Aktiviteter

Koncernkontoret

- Leder, samordnar och bistår i det strama-arbete som bedrivs i Västra Götalandsregionen.
- Samverkar nationellt inom ramen för NKS, med nationell arbetsgrupp Strama, med Folkhälsomyndigheten samt andra landsting/regioners stramagrupper.
- Analyserar och övervakar antibiotikaresistensläget på övergripande nivå i Västra Götaland i samarbete med de mikrobiologiska laboratorierna i regionen.
- Analyserar och övervakar 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)

- Arbetar utifrån ”Stramas 10-punktsprogram” för att minska antibiotikaresistensutvecklingen och öka följsamheten till behandlingsriktlinjerna (se https://strama.se/strategiska-dokument/).
- Respektive förvaltning ansvarar för att Sjukhusstramagrupper ges ett långsiktigt uppdrag samt förutsättningar att genomföra uppdraget i enlighet med ”Uppdragsbeskrivningen för Sjukhusstrama i Västra Götaland”, www.vgregion.se/strama
- Sjukhusstrama ansvarar för strama-arbete inom sjukhusvården och ska övervaka och analysera lokala resistensläget och följsamhet till behandlingsriktlinjer på förvaltningsnivå. Infektionsverktyget är ett viktigt instrument i detta arbete.
- I arbetet ingår att identifiera verksamheter med hög antibiotika-användning och i samarbete med respektive infektionsklinik bidra med riktade insatser till dessa verksamheter. Antibiotikaronder bör ingå som del i dessa insatser.
- Tillser att kontaktläkare/verktygsläkare för strama-arbetet utses inom varje verksamhet som i samarbete med verksamhetsledningen ges förutsättningar att verka för en rationell antibiotikaanvändning på verksamhetsnivå.
- Sjukhusstrama, ger stöd till verksamheterna och dess kontaktläkare/verktygsläkare i strama-arbetet.

Närsjukhusvården

- Stramas kontaktläkare ska i samarbete med verksamhetsledningen medverka till ökad följsamhet till behandlingsriktlinjerna och kunskap om aktuellt resistensläge med stöd av Strama Västra Götaland.

Primärvården

- Kontaktläkare till Strama Västra Götaland ska finnas inom varje verksamhet och varje verksamhet ska genomföra förbättringsarbete och årligen rapportera strama arbetet utifrån Strama Västra Götalands riktlinjer och anvisningar samt kvalitetsindikatorer i krav- och kvalitetsboken i Västra Götalandsregionen.

Tandvården

- Antibiotikaansvarig tandläkare ska i samarbete med verksamhetsledningen medverka till ökad följsamhet till behandlingsriktlinjerna och kunskap om aktuellt resistensläge 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

- Antibiotikaförskrivningen på recept
- Totala användningen av antibiotika på rekvisition
- Förskrivning av resistensdrivande och bredspektrumantibiotika
- Antibiotikaronder

Mål

- Att antibiotikaförskrivningen på recept inte överskrider 250 recept/1000 invånare och år i regionen som helhet.
- Att totala användningen av antibiotika på rekvisition inom sjukhusvården minskar jämfört med motsvarande 12 månadsperiod året innan mätt som DDD (defined daily doses) per vårddygn och år.
- Att antibiotikaronder införs på minst 2–5 verksamheter med hög antibiotikaförskrivning per sjukhusförvaltning utifrån storlek.
- Att förskrivning av resistensdrivande och bredspektrumantibiotika minskar så att:
    - Färre än 10 % av patienter inom primärvård respektive sjukhusvård med afebril urinvägsinfektion initialt behandlas med kinoloner.
    - Minst 55 % av patienter inom sjukhusvård med samhällsförvärvad pneumoni initialt behandlas med penicillin V eller G.

3.3 Trycksår

Inriktning

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 i vårdkedjan 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 i hela vårdkedjan. Det är därför viktigt med ett ökat samarbete mellan alla aktörer i vårdkedjan.

Aktiviteter

Koncernkontoret

- Stödjer genomförande och analys av punktprevalensmätning trycksår för de förvaltningar som önskar delta.
- Stödjer det fortsatta arbetet med dokumentation och rapportering av trycksårsincidens.
- Stödjer erfarenhetsutbyte mellan förvaltningarna.

Sjukhusförvaltningarna

- Dokumenterar trycksårsincidens enligt regiongemensam mall.
- Genomför årlig punktprevalensmätning trycksår om förvaltningen önskar delta.
- Rapporterar trycksår i avvikelsehanteringssystemet.

Indikatorer

- Förekomst av uppkomna trycksår, kategori1-4 i somatisk slutenvård

Mål

- Förekomst av uppkomna trycksår, kategori1-4 i somatisk sjukvård ska understiga 2,5%

3.4 Medicintekniska produkter

Inriktning

Begreppet medicintekniska produkter (MTP) innefattar ett mycket brett område av produkter som är avsedda att användas inom hälso- och sjukvård och tandvård. I produktområdet ingår även medicinska informationssystem, digitala tjänster och appar samt egentillverkade och specialanpassade medicintekniska produkter. Oavsett användningsområde måste MTP hålla en hög standard och risker vid användning och hantering minimeras.

Det är viktigt att hälso- och sjukvårdspersonalen vet hur man använder och hanterar MTP på rätt sätt. All användning och hantering medför någon typ av risk i större eller mindre grad. Medvetenhet och kunskap måste finnas om produkternas funktion, riskerna vid användningen av produkterna på patienter, hanteringen av produkterna och vilka åtgärder som behöver vidtas för att begränsa en vårdskadas omfattning, när en negativ händelse har inträffat.

Det allt större utbudet av digitala tjänster och fler och mer avancerade MTP utanför sjukhusen, bland annat som följd av omställningsarbetet till Nära Vård, utgör ett nytt och växande riskområde.

Säkerheten är väsentlig för alla som använder och hanterar MTP och tillbud och olyckor ska förebyggas i största möjliga utsträckning. En avvikelse från normal funktion kan inträffa och leda till vårdskada, eftersom inget system är utan brister.

I Socialstyrelsens föreskrift (HSLF-FS 2021:52) om användning av medicintekniska produkter i hälso-och sjukvården framgår bl.a. krav på ledningssystem och rutiner, grundläggande bestämmelser, vårdgivarens ansvar, och hälso- och sjukvårdpersonalens kompetens och ansvar, samt utredning, bedömning och anmälningsplikt vid negativa

händelser och tillbud med MTP. I den nya föreskriften som trädde i kraft i juli 2021 har ansvar för användning och hantering av MTP flyttats från verksamhetschef till vårdgivaren. Ny EU lagstiftning, Förordning (EU) 2017/745 om medicintekniska produkter (MDR) trädde i kraft 20210526 och Förordning (EU) 2017/746 om in vitro diagnostiska medicintekniska produkter (IVDR) 20220526. MDR och IVDR ställer nya höga krav på såväl egentillverkning av MTP som reprocessing och återanvändning av engångsprodukter. Svensk lagstiftning tillåter from 2022-04-26 reprocessing och återanvändning av medicintekniska engångsprodukter är tillåten under förutsättning att reglerna i gällande förordningarna följs. I dagsläget saknas förutsättningar i VGR för detta.

Aktiviteter

Koncernkontoret

- Säkerställer att det i ett regionalt ledningssystem finns riktlinjer för hur varje verksamhet ska organiseras för att möjliggöra en säker användning och hantering av MTP.
- Hantera förändringar i Socialstyrelsens föreskrift gällande vårdgivaransvar och MTP produkter
- Fortsätter sin översyn av ledningen av medicintekniska produkter i vardagsmiljö med syfte att förenkla och harmonisera. Meningen är att detta arbete ska göra det enklare att göra rätt vid förskrivning och användning av medicintekniska produkter.
- Ta fram regionala riktlinjer tillverkning av MTP, specialanpassning, nationella medicinska informationssystem (NMI) och eventuellt CE-märkning av produkter.
- Skapa en regional säkerhetsfunktion för MTP. Säkerhetsfunktionen ska hantera regionalt övergripande säkerhetsfrågor och ta fram riktlinjer för bland annat avvikelsehantering, mottagande av säkerhetsmeddelanden, avsaknad av produkter och samordna IT-säkerhet relaterat till MTP.
- Genomföra förstudie för spårbarhet av medicintekniska produkter.
- Leda gruppering för regionalt stöd i regelverksfrågor för MTP.

Förvaltningarna

- Säkerställer kompetensen hos den hälso- och sjukvårdspersonal som ska använda och hantera MTP och eventuella informationssystem som är anslutna till dessa.
- Rapporterar avvikelser från normala och förväntade funktioner hos MTP i avvikelserapporteringssystemet.
- Säkerställer att fel på MPT eller tillverkningsfel anmäls till Läkemedelsverket och tillverkaren när en patient eller annan person har skadats eller riskerat att skadats. Säkerställer att negativa händelser med egentillverkade MTP anmäls till IVO.
- Anmäler händelser avseende felaktig användning, handhavande och felaktig hantering när en patient eller annan person har skadats eller riskerat att skadats till Inspektionen för vård och omsorg.
- Säkerställer att egentillverkade medicintekniska produkter tillverkas, dokumenteras, förvaltas och har en utsedd produktägare enligt regional riktlinje och rutin.
- Delta i gruppering för regionalt stöd i regelverksfrågor för MTP.

Indikatorer

- Andel verksamheter som egentillverkar och har utsedd produktägare för egentillverkade MTP
- Andel förvaltningar med tydlig utpekat ansvar för anmälan av avvikelser med MTP till tillverkare och myndighet.

Mål

- Andel verksamheter som egentillverkar och har utsedd produktägare för egentillverkade MTP – 100%
- Andel förvaltningar med utpekat ansvar för att anmäla till tillverkare och myndighet – 100%
-

3.5 Beläggning

Beläggningsnivåerna ökade under covid-19-pandemin sommaren 2021och har sedan dess varit högre än tidigare. Samtidigt har antalet disponibla vårdplatser minskat på alla förvaltningar. Detta innebär att det dagligen förekommer såväl överbeläggningar som utlokalisering av patienter. Den höga beläggningsgraden ökar risken för vårdskador och påverkar medarbetarnas arbetsmiljö negativt.
Det är stora skillnader mellan regionens förvaltningar Överbeläggningar och utlokaliseringar har starka kopplingar till ökad risk för vårdskador vilket stöds av regionala data och av nationella mätningar. Målet att medelbeläggningen på avdelningsnivå över tid inte ska överstiga 90 % i VGR nås inte.
Utlokaliseringar i betydelsen att patienten vårdas på annan avdelning än där patienten är inskriven och där erforderlig kompetens saknas (Socialstyrelsen termbank) ska inte ske.

Inläggning ska i akutskedet ske fysiskt på den avdelning där den medicinska och omvårdnadskompetens som behövs finns och är direkt tillgänglig. Antalet utlokaliserade patienter i regionen är högt och uppföljningen kompliceras av att regionens administrativa system inte kan hantera avdelningar där flera specialiteter samtidigt har patienter.

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

Bristen på hälso- och sjukvårdspersonal är den avgörande anledning till det minskande antalet disponibla vårdplatser och den höga beläggningsgraden. Detta innebär att insatser för att säkerställa kompetensförsörjningen är nödvändiga och högt prioriterade. Det gäller att behålla erfarna medarbetare och rekrytera nya samt göra en översyn av arbetsuppgifterna för olika personalgrupper och deras fördelning vid vårdenheterna. Risken för vårdskador ökar vid otillräcklig bemanning och bristande kompetens enligt Socialstyrelsen rapport Kompetensförsörjning och patientsäkerhet

Oplanerad återinskrivning inom 30 dagar har enligt den senaste nationella MJG rapporten ökat nationellt och i regionen. Återinskrivningar påverkar beläggningen och kan delvis förebyggas. Utvecklingsarbeten har visat att användande av NEWS2 (National Early Warning Score) i samband med utskrivning kan bidra till att minska återinläggningarna.

Tillgången av disponibla vårdplatser är beroende av hur alla aktörer i Hälso- och sjukvården samarbetar. Ett fortsatt arbete med att optimera vårdtider och säkra

utskrivningsprocessen är nödvändigt. Detta innebär att effektivisera sjukhusens interna processer men också processen för vårdplanering vid utskrivning och överföring till kommunal hälso- och sjukvård. Ett nära samarbete mellan sjukhus, primärvård och kommuner är viktigt för att förebygga försämring av patientens hälsotillstånd och därmed minska behovet av akuta slutenvårdsinsatser.
För beläggning är följande indikatorer nära kopplade till beläggningsgraden: återinskrivning inom 30 dagar, vårdrelaterade infektioner och olämpliga läkemedel hos äldre.

Aktiviteter

Koncernkontoret

- Stödjer förvaltningarna i förbättring av en patients hela vårdkedja utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv för att minimera behovet av sjukhusvård, förkorta vårdtider samt förbättra utskrivningsprocessen
- Stödjer förvaltningarnas samverkan kring användningen av vårdplatser
- Förvaltar system för uppföljning av beläggningsgrad, överbeläggningar, utlokaliseringar samt ledtider i vårdplaneringsprocessen.
- Arbetar aktivt med omställningen till Nära Vård

Förvaltningarna

- Planerar för så många disponibla vårdplatser att en medelbeläggning som medför 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.
- Ökar samverkan mellan förvaltningarna kring användning av
- vårdplatser.
- Utvecklar samverkan och implementerar Trygg och Säker Utskrivning.
- Inför News2 innan utskrivning.
- Rapporterar överbeläggningar, utlokaliseringar och disponibla vårdplatser till SKR:s nationella databas.

Indikatorer för uppföljning

- Beläggningsgrad.
- Antal överbeläggningar/100 disponibla vårdplatser, enligt rapportering till SKR.
- Antal utlokaliseringar/100 disponibla vårdplatser, enligt rapportering till SKR.
- Oplanerad återinskrivning inom 30 dagar.

Mål

- Genomsnittlig beläggningsgrad på en enhet är högst 90%.
- Oplanerad återinskrivning inom 30 dagar ska minska.

3.6 Fallskador

Inriktning

Fall orsakar stort lidande för den person som fallit i form av fysiska skador och försämrad livskvalitet. Fallskada är en fysisk konsekvens som uppstår vid ett fall och fallskador utgör 5% av vårdskadorna i VGR. Enligt Vårdskadeutvecklingen i VGR 2013.2017 var undvikbarheten vid fallskador cirka 65%. Det fallpreventiva arbetet på Västra Götalandsregionens sjukhus omfattar alla patienter inom sjukhusens sluten- och öppenvårdsformer. I arbetet med fallprevention ska Vårdhandboken följas.

Aktiviteter

Koncernkontoret

- Samordnar och leder erfarenhetsutbyte mellan förvaltningarna
- Samordnar och leder arbetet med dokumentation och rapportering av fallskador

Förvaltningarna

- Dokumenterar fallskador enligt regiongemensam mall
- Utbildar medarbetarna i fallprevention och fallskador

Mål

- Andel vårdtillfällen inom slutenvård där fallskada inträffar ska understiga 0,5%.

3.7 Undernäring

Inriktning

Ett gott näringstillstånd är nödvändigt för en god livskvalitet, för att förebygga sjukdom och för att medicinsk behandling ska ha bästa möjliga effekt. 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.
Måltal är under utredning.

Aktiviteter

Koncernkontoret

- Stödjer erfarenhetsutbyte mellan förvaltningarna.
- Stödjer förvaltningarnas fortsatta arbete med dokumentation av riskbedömningar, upprättande av individuella nutritionsplaner samt behandling och uppföljning i enlighet med de upprättade nutritionsplanerna.
- Utreder möjlighet till regional indikator för insatsområdet undernäring.

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 samt i Samverkan undernäring VGR.

3.8 Läkemedelsrelaterade skador

Inriktning

Osäker läkemedelshantering och läkemedelsfel är det tredje området som World Health Organization (WHO) har identifierat som fokusområde för sitt patientsäkerhetsarbete och programmet ”Medication Without Harm” startades mars 2017. Fem särskilda moment poängteras där det med aktiv patientinvolvering ska tas ställning till läkemedelsbehandling: vid insättning – vid administration – vid tillägg – vid läkemedelsgenomgång och vid avslut av behandling. 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. Som exempel kan nämnas pågående arbete med införande av blandbarhetsdatabasen.

Patientdelaktighet och säkerställande av att patienter vid utskrivning från sjukhus erhåller skriftlig läkemedelsberättelse och en aktuell läkemedelslista är centrala mål. Farmaceuter som deltar i vårdteam kan bidra till en höjd kunskapsnivå och antalet farmaceutiska tjänster bör ökas. Användning av slutenvårdsdos och Cytobase bör utökas, kunskapsstöden ePed för läkemedelsbehandling till barn utvecklas vidare. Rapportering av läkemedelsfel i avvikelsehanteringssystemet utgör underlag för analys av aktuella och vanligen förekommande brister i läkemedelsanvändningen. Observera att det kan finnas läkemedelsrelaterade måltal under flera rubriker.

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.
- Sammanställer och analyserar avvikelserapporter, lex Maria-ärenden, klagomål och händelseanalyser avseende läkemedelsavvikelser för att minska läkemedelsrelaterade vårdskador.

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.
- Följer upp och säkrar att patienter som är 75 år eller äldre och som är ordinerade fem eller fler läkemedel erbjuds läkemedelsgenomgång.
- Följer upp och säkrar att samtliga patienter som skrivs ut från sjukhus erhåller skriftlig läkemedelsberättelse och korrekt aktuell läkemedelslista vid utskrivningen.

- Medverkar i utvecklingen av farmaceutiska tjänster i vården.
- Följer upp kvalitetsrevision av läkemedelshantering.
- Implementerar de IT-stöd som finns för säker läkemedelshantering.
- Säkerställer att varje förskrivare har åtkomst till förskrivningskollen och att den används systematiskt för att stärka patientsäkerheten.

Indikatorer för uppföljning

- Patienter över 75 år med potentiellt olämpliga läkemedel.
- Patienter över 75 år som fått läkemedelsavstämning.
- Andelen patienter som erhåller läkemedelsberättelse och läkemedelslista vid utskrivning.
- Antal farmaceutiska tjänster i vården.

Mål

- Antal användare av potentiellt olämpliga läkemedel för 75 år och äldre per år och 1000 invånare <150.
- Vårdval Vårdcentral: andel listade patienter 75 år och äldre med olämpliga läkemedel ska minska mot föregående år för att nå det regionala målet.
- Specialistvården: Potentiellt olämpliga läkemedel till personer, 75 år och äldre, ska minska mot föregående år för att nå det regionala målet.
- Andelen patienter som erhåller läkemedelsberättelse och läkemedelslista vid utskrivning skall öka.

3.9 Primärvård

Krav- och kvalitetsboken för primärvården, beskriver det uppdrag och krav som utförare ska uppfylla, anvisningar som ska följas och hur uppföljning görs och redovisas. Den innehåller ett stort antal uppföljningsindikatorer och ett krav på att alla vårdcentraler är anslutna till PrimärvårdsKvalitet, PVQ.
PVQ är ett nationellt system för kvalitetsdata i primärvården och består av ett antal kvalitetsindikatorer, ett flertal med nationella måltal, inklusive de för behandling av akuta infektioner. Dessa är ett stöd i lokalt förbättringsarbete för personal på vårdcentraler, med möjligheter till analys, reflektion och lärande.
PVQ har ett stort antal indikatorer som kan användas för att uppmärksamma kvalitetsbrister och risk för skador i primärvården. Inom SKR pågår projektet ”Säker vård i PrimärvårdsKvalitet” för framtagande av indikatorer för konkret patientsäkerhetsarbete i primärvården. Indikatorerna man arbetar med finns inom följande områden: diagnostik, uppföljning, behandling/rehabilitering och riskfylld behandling och kan hämtas ur PVQ.
Det har varit en brist på patientsäkerhetsindikatorer för primärvården och MJG, har visat sig vara mycket resurskrävande i primärvården.
Covid-19-pandemin har satt fokus på äldrevården och då specifikt på primärvårdens läkarmedverkan. Alla vårdgivare har efter IVO:s tillsyn tagit fram handlingsplaner för förbättrad läkarmedverkan.

Aktiviteter

Koncernkontoret

- Stödja förändringsarbetet för förbättrad läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården.
- Stödja användning av PrimärvårdsKvalitet.

- Utveckla uppföljning av patientsäkerhetsindikatorer utgående från PrimärvårdsKvalitet.
- Fortsatt bedriva ett aktivt Strama-arbete i samarbete med primärvården.

Vårdval Vårdcentral

- Öka läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården.
- Använda PrimärvårdsKvalitet i patientsäkerhetsarbete.
- Öka följsamheten till behandlingsriktlinjer med antibiotika för akuta infektioner.
- Minska förskrivningen av olämpliga läkemedel till äldre.
- Öka antalet fördjupade läkemedelsgenomgångar.

Indikatorer för uppföljning

- Individer 75 år och äldre som hämtat ut potentiellt olämpliga läkemedel.
- Andel listade individer 75 år och äldre där fördjupad läkemedelsgenomgång genomförts senaste 12 månaderna.
- Antibiotikaförskrivning, total samt diagnoskopplad receptförskrivning.

Mål

- Bibehållen låg antibiotikaförskrivning genom god följsamhet till behandlingsriktlinjerna enligt indikatorer i PrimärvårdsKvalitet.
- Olämpliga läkemedel till äldre i regionen ska minska.
- Andel listade patienter 75 år och äldre där fördjupad läkemedelsgenomgång genomförts senaste 12 månaderna ska öka.

3.10 Suicidprevention

I Västra Götaland begår cirka 200 personer om året suicid. I relation till detta genomförs även cirka 10 – 20 gånger fler allvarliga suicidförsök per år. Suicid eller suicidförsök förknippas ofta med psykisk ohälsa och sjukdom, och är den yttersta konsekvensen av att situationen upplevs som outhärdlig och utan lösning för den som är drabbad. Suicid drabbar även efterlevande hårt, i termer av lidande, försämrad hälsa och en förhöjd risk för egen suicid. 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 (t.ex. cancer, neurologiska sjukdomar, kronisk smärta), äldre personer (särskilt män) och personer med beroende (t.ex. alkohol/droger, spelmissbruk).
En ökad suicidrisk behöver inte vara kopplad till sjukdomens svårighetsgrad eller prognos, utan är snarare kopplad till individens upplevelse av situationen, tidigare erfarenheter och förmåga att hantera påfrestningar. 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 dem vi vet ingår 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 förebygger att situationer uppstår som kan leda till hopplöshet och övergivenhet.

Även arbetet med den fysiska miljön är viktig i arbetet med suicidprevention. Varje verksamhet behöver utifrån sina egna förutsättningar och uppdrag ta fram verksamhetsspecifika och/eller lokala suicidpreventiva handlingsplaner och rutiner. I detta arbete kan erfarenhet och kunskap från tidigare genomförda händelseanalyser tas tillvara. Folkhälsomyndigheten har publicerat en sammanställning av de vanligaste bristerna i vården bland patienter som suiciderat, och som kan utgöra ett underlag i utvecklingen av suicidpreventiva arbetssätt se Händelseanalyser av suicid inom hälso- och sjukvården (folkhalsomyndigheten.se).

Aktiviteter

Koncernkontoret

- Erbjuda kunskapsstöd kring suicidprevention, suicidriskbedömning och bemötande
- Stödja arbetet på förvaltningarna med att lägga in händelseanalyser vid suicid i Nitha
- Leda och samordna arbetet med regional uppföljning av händelseanalyser vid suicid och återkoppla lärande till berörda instanser
- Samverka regionalt kring folkhälsoinriktade suicidpreventiva insatser

Förvaltningarna och vårdgivare

- Ta fram lokala rutiner och lokala suicidpreventiva handlingsplaner.
- Genomföra lokala förbättringsarbeten utifrån händelseanalyser vid suicid

Indikatorer för uppföljning

- Andel vårdenheter med en egen upprättad lokal suicidprevention handlingsplan (mål: ökning)
- Antalet upprättade krisplaner inom specialistpsykiatrin (AU123) (mål: ökning)