



Sidhuvud

Datum

Patientsäkerhetsberättelse 2023

Underrubrik

Datum: 2024-03-01

Dokumentnamn: Patentsäkerhetsberättelse 2023 för Västra Götalandsregionen

Diarienummer: RS 2024-00709

Kontaktperson: Marga Brisman, Regionchefläkare, Koncernkontoret, Avdelning patientsäkerhet och medicinsk krisberedskap

E-post: marga.brisman@vggregion.se

Sammanfattning

Patientsäkerhet handlar om skydd mot vårdskada. En vårdskada är när en patient drabbas av en skada som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits. Inga vårdskador kan därför anses acceptabla och arbetet för en gemensam och stark patientsäkerhetskultur med målet att minska vårdskador behöver fortsatt prioriteras på alla nivåer. God och säker vård överallt, alltid. Som grund för arbetet med patientsäkerhet ligger Regional Handlingsplan för ökad patientsäkerhet 2023–24 och Kortversion av den samma 2023 (Bilaga 1 och 2) med mål och aktiviteter.

Förvaltningarnas arbete har fokuserat på att ge en god och säker vård. Alla sjukhusförvaltningar beskriver risker för vårdskador pga hög beläggingsnivå inom somatiken, ett fortsatt högt söktryck på akutmottagningarna och svårigheter med att nå tillgänglighetsmål. Antalet disponibla vårdplatser har inte minskat men beläggningen på vårdavdelningarna i somatiken har kontinuerligt legat på en hög nivå, oftast över 100%. Risken för vårdskador ökar vid en beläggingsgrad över 90%. Svårigheter att såväl rekrytera som behålla medarbetare är den främsta anledningen till detta. En bra arbetsmiljö är en förutsättning för god och säker vård och arbetsmiljön påverkas negativt av den höga beläggningen, Antalet Lex Maria anmälningar och händelseanalyser är på samma nivå som föregående nivå men färre än tidigare år. De viktigaste åtgärderna som vidtagits Att förbättra samverkan har präglat arbetet och har under året ökat i regionen. Tydligast sågs detta under semesterperioden, regionens hela kapacitet nyttjades bättre vilket förbättrade patient omhändertagandet och tillgängligheten samt i barnsjukvården vid spridning av RS viruset i början av året. Digitala utbildningstillfällen och webinarier i patientsäkerhet respektive strama-arbete har genomförts och Strama VG har oförändrat stöttat de lokala strama-arbetet på vårdcentralerna. Regionala rutiner för vårdplatskoordination och samordning av vårdplatser och för arbetet med disponibla vårdplatser har uppdaterats. Team Patientsäkerhet, Funktionsgrupp Chefläkare samt Nätverket för omvårdnad och patientsäkerhet har under året involverats allt mer i implementeringen av vårdinformationssystemet Millenium för att säkra patientsäkerhetsperspektivet. Under året har VGR deltagit nationellt i Markörbaserad Journalgranskning, NITHA kunskapsstöd och Vårdhandboken. Därtill medverkar Strama VG sedan många år i flera nationella samverkansgrupper för antibiotikaresistensfrågor. De viktigaste resultaten som uppnåtts. På regional nivå har arbetet med att tillvara ta patientsäkerhetserfarenheter av pandemin fortsatt. Patientsäkerhet har varit en viktig komponent i samordningen av semesterplaneringen där såväl regionens chefläkare som chefsjuksköterskor har deltagit aktivt.

Efterfrågan av stöd patientsäkerhets- och vårdhygienkompetens har fortsatt varit stor. Vårdhygien har under året skapat en ny hemsida, publiceras i början på 2024, med samlad information för såväl regionens verksamheter som för kommunerna. Potentiellt olämpliga läkemedel till äldre är oförändrat mot 2022. Våren 2023 deltog alla förvaltningar i den europeiska punktprevalensmätning av vård relaterade infektioner (VRI) och antibiotika användning i ECDC:s (European Centre for Disease Prevention and Control) regi. Detta har lett till att handlingsplaner tagits fram för att minska på VRI. För bakteriella vårdrelaterade infektioner var regionens mål att incidensen skulle understiga 4,5 %. Detta mål uppnåddes ej (5,5 %) av regionen som helhet men inte heller av något enskilt sjukhus. Smittspridning av resistent bakterier har varit sällsynt men har förekommit. Under pandemin förelåg en historiskt låg förskrivning av antibiotika på recept. Med minskande restriktioner och ett ökat antal luftvägsinfektioner, har förskrivningen ökat med 7,6% under året till 262 recept/1000 invånare och år. Den är lägre än innan pandemin och under riksgenomsnittet men över det nationella målet. Stora skillnader kvarstår i regionen. Totalt har 80% av regionens vårdcentraler genomfört Stramas självdeklarationsarbete. Strama-arbetet på regionens sjukhus har börjat återgå till sin pre-pandemiska struktur, med ökad aktivitet samt med bibehållande av antibiotikarönderna. Användningen av antibiotika har ökat med 4,0%. Användning av bredspektrumantibiotika behöver minska. Vid samhällsförvärdad lunginflammation ökar den inte längre, men den är med något undantag långt från uppsatta mål. Vid afebril urinvägsinfektion uppnås målet för kvinnor men inte män.

En blick framåt

Det förbättrade samarbetet i regionen ger oss bra förutsättningar för omställning av vården mot mera Nära Vård, digitalisering och införandet av Millennium. Dessa utgör stora utmaningar ur ett patientsäkerhetsperspektiv men det utökade samarbetet har visat på nya möjligheter i förändringsarbetet. Samarbetet är även en förutsättning för att möta utmaningarna i vårdens utveckling och ekonomin. Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet, Agera för säker vård, ger oss bra förutsättningar för utveckling och ökad patientsäkerhet. Den nationella handlingsplanen kommer att revideras under 2024 och även VGR:s handlingsplan kommer att revideras. Integrering av patientsäkerhet i det regionala systemet för kunskapsstyrning och i de regionala programområdena fortsätter. I det ingår implementering av Vägledning för vårdhygieniskt arbete, ett stöd till utförare från NAG (Nationell arbetsgrupp) vårdhygien. Team patientsäkerhet är stödfunktion i regionens kunskapsstyrning för att säkerställa patientsäkerhetsperspektivet och

bedömningen är att insatsen behöver öka. Då team patientsäkerhet utökats med en medicinsk rådgivare under året kommer teamet att kunna utöka sitt stöd. Vården av allt flera och därtill sjukare invånare i deras hemmiljö innebär flera utmaningar och ännu okända patientsäkerhetsrisker som måste adresseras och tas om hand. Omhändertagandet av patientsäkerhetsaspekterna innebär ett utökat behov av samverkan och samarbete med fler verksamheter på koncernkontoret, i regionen och med kommunerna. Strama-arbetet behöver intensifieras på sjukhusen för att öka följsamheten till behandlingsriktlinjerna. Antibiotikaronderna är en viktig del i detta arbete. Insatser behövs även inom primärvården. Det är oroande att andelen vårdcentraler som genomfört Stramas självdeklaration (80%) har påtagligt minskat i år jämfört med samtliga tidigare år (genomsnitt 87%). Patientsäkerhetsberättelsen har sammanställts vid Team Patientsäkerhet, Koncernkontoret, Västra Götalandsregionen.

Följande medarbetare har bidragit till innehållet:

Marga Brisman, Regionchefläkare
Ingemar Qvarfordt, Regionläkare, Vårdhygien, Team Patientsäkerhet
Graciela Carlsson, Regionutvecklare, Team Patientsäkerhet
Lisa Blide, Medicinsk rådgivare, Team Patientsäkerhet
Eva Wallström, Strateg, strålsäkerhet, Team Patientsäkerhet
Christina Åhrén, Regionläkare, Strama Västra Götaland, Team Patientsäkerhet
Fredrika Holm, Regionutvecklare, informationssäkerhet, ESB
Elisabeth Johannesson, Strateg SU

Följande förkortningar för förvaltningarna används i dokumentet:

NH, Närhälsan; SU, Sahlgrenska universitetssjukhuset; NU, Norra Älvsborgs och Uddevalla sjukhus; SkaS, Skaraborgs sjukhus; SÄS, Södra Älvsborgs sjukhus; SiW, Sjukhusen i Väster, som inkluderar KS, Kungälvssjukhus; AL, Alingsås lasarett; FSS, Frölunda specialistsjukhus; ANS, Angereds närsjukhus; FTV, Folktandvården; HH, Hälsa och habilitering; HSM, Hälsan och stressmedicin. RH, Regionhälsan, KU Kulturutveckling

Innehåll

Sammanfattning.....	2
Grundläggande förutsättningar för säker vård	6
Engagerad ledning och tydlig styrning.....	6
Övergripande mål och strategier.....	6
Organisation och ansvar.....	7
Samverkan för att förebygga vårdskador	8
Informationssäkerhet.....	10
Strålskydd.....	11
En god säkerhetskultur	12
Adekvat kunskap och kompetens	13
Patienten som medskapare	13
Agera för säker vård	14
Öka kunskap om inträffade vårdskador.....	22
Tillförlitliga och säkra system och processer	24
Säker vård här och nu.....	31
Riskhantering.....	32
Stärka analys, lärande och utveckling.....	32
Avvikelse	34
Klagomål och synpunkter.....	34
Öka riskmedvetenhet och beredskap	35
Mål och strategier för kommande år	36

Grundläggande förutsättningar för säker vård

Nedan beskrivs mål och strategier, organisation och struktur för arbetet med att minska antalet vårdskador.

För att kunna nå den nationella visionen ”God och säker vård – överallt och alltid” och det nationella målet ”ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”, har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

Engagerad ledning och tydlig styrning

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

Ledningens intresse, ställningstagande, kunskap, förhållningssätt, agerande och beslut är avgörande för att nå en hög patientsäkerhet. Ledare på alla nivåer i regionen kan påverka patientsäkerhetsarbetet positivt genom att ta ansvar för att de åtgärder som förslås i den Regionala handlingsplanen för ökad patientsäkerhet genomförs genom att aktivt efterfråga, utvärdera och följa upp åtgärder och indikatorer i handlingsplanen. För att nå detta behöver patientsäkerhet finnas på agendan i alla delar av ledningsstrukturen i regionen. Patientsäkerhets kompetens finns representerad i flera ledningsgrupper och är på agendan i många styrelser och en ytterligare ökning är eftersträvarsvärd. Goda exempel är Sjukhusen i Väster som kontinuerligt utbildar sin styrelse i patientsäkerhet och SÄS som har genomfört Socialstyrelsens nationella patientsäkerhetsutbildning för sjukhusets styrelse, sjukhusledning och linjechefer i verksamheten. Under året införde Operativa nämnden temadagar för genomlysning av verksamhetsområden där patientsäkerhets aspekter redovisas. Team Patientsäkerhet informerar kontinuerligt vårdgivaren i patientsäkerhetsfrågor och chefläkarna och chefsjuksköterskorna engageras i regionövergripande projekt och i förvaltningarnas ledningsarbete.

Övergripande mål och strategier

Västra Götalandsregionen har för 2023-24 en Regional handlingsplan för ökad patientsäkerhet med det region gemensamma långsiktiga målet är ”En hälso- och sjukvård som ges med högsta kvalitet och patientsäkerhet samt som alltid utgår från den enskilda personens behov och erfarenheter”

De region gemensamma strategierna är.

- En stark och gemensam patientsäkerhetskultur
- Hög patientdelaktighet i patientsäkerhetsarbetet
- Regionalsamordning och dela lärdomar

Redovisning av strategierna finns senare i Patientsäkerhetsberättelsen

Organisation och ansvar

Regionstyrelsen utövar ägarskap för Västra Götalandsregionens utförare, och har ett övergripande samordningsansvar. Det innefattar att säkerställa att utförarverksamheten efterlever fattade beslut om tillgänglighet, kvalitet och patientsäkerhet samt social, ekologisk och ekonomisk hållbarhet.

Strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden har övergripande ansvar för sjukvårdens långsiktiga inriktning och utveckling. Den följer upp hälso- och sjukvården ur ett hälsofrämjande invånar- och utvecklingsperspektiv.

Operativa hälso- och sjukvårdsnämnden ger uppdrag och resurstilldelning till den egna verksamheten och ingår avtal med privata utförare. Den följer upp uppdrag och avtal med avseende på genomförande, medicinsk kvalitet och resursutnyttjande.

Fem delregionala nämnder verkar för att realisera strategier och planer inom hälso- och sjukvård och folkhälsa i en lokal kontext. De följer upp utveckling av nära vård inom sitt geografiska område.

Nio utförarstyrelser inom hälso- och sjukvård i egen regi har det operativa ansvaret för verksamheten och att händelser utreds, rapporteras och åtgärder vidtas i den verksamhet där händelsen sker och att riskbedömningar görs.

Privata utförare med avtal (flest inom primärvården enligt Lagen om valfrihet, LOV) har ansvar inom egen verksamhet att följa gällande lagstiftning och Västra Götalandsregionens riktlinjer.

För att samordna patientsäkerhetsarbetet i regionen finns Team Patientsäkerhet, se nedan.

Uppföljning av patientsäkerhetsarbetet sker under året i Funktionsgrupp chefläkare, se nedan.

Team patientsäkerhet

Teamet ingår i Avdelningen för patientsäkerhet och medicinsk krisberedskap och leds av Regionchefläkaren. Teamet ansvarar för kontakter med tillsynsmyndigheten (IVO) inom ramen för Västra Götalandsregionens roll som vårdgivare. I teamet ingår Strama Västra Götaland som verkar för ändamålsenlig antibiotikaanvändning samt Strålsäkerhet och vårdhygienexpertis.

Funktionsgrupp chefläkare

Gruppen har regiondirektörens uppdrag att bidra till att Västra Götalandsregionens övergripande mål inom patientsäkerhet uppnås. Den består av regionens chefläkare från alla hälso- och sjukvårdsförvaltningar. Samarbete sker med privata vårdgivare som regionen har vårdavtal med utifrån ett systemperspektiv. Man har möte en gång per månad.

Vårdhygien

Ansvaret för vårdhygien finns på sjukhusförvaltningarna vilka även har ansvaret uppdelat mellan sig för den kommunala verksamheten. Det övergripande ansvaret för Infektionsverktyget finns på Team Patientsäkerhet. Infektionsverktyget ger oss information om vårdrelaterade

infektioner, VRI i och antibiotikaanvändning på våra sjukhusförvaltningar

Strama Västra Götaland.

Strama Västra Götaland (Strama VG) har, ett övergripande ansvar för Strama-arbetet i regionen och huvudansvaret för Strama-arbetet inom primärvården. Varje vårdcentral med avtal med Västra Götalandsregionen ska utse en kontaktläkare till Strama med uppdrag att befrämja Strama-arbetet på enheten. Vårdcentralchefen med stöd av kontaktläkaren ansvarar för att reflekterande möte(n) genomförs samt att "Stramas självdeklaration" inkommer till Strama VG.

Huvudansvaret för arbetet inom slutenvård vilar på sjukhusens egna Stramagrupper. Kontakt-/verktygsläkare till Strama ska finnas på varje verksamhet med uppdrag att medverka i strama-arbetet på enheten. Därtill ansvarar Infektionsklinikerna för genomförande av antibiotikaronder på högförskrivande enheter. På de mindre sjukhusen stöttar Strama VG lokala kontaktpersoner. Inom tandvården bistår Strama tandvård.

De mikrobiologiska laboratorierna som har avtal med regionens vårdgivare ansvarar för att bistå med aktuella antibiotikaresistensdata.

Samverkan för att förebygga vårdskador

Det övergripande ansvaret för samordning av arbetet för att förebygga vårdskador ligger regionalt på koncernkontoret.

Samverkan sker på alla nivåer i hälso- och sjukvården såväl inom förvaltningar, mellan förvaltningar, privata vårdgivare och kommunerna.

Västra Götalandsregionen och kommunerna i samverkan för bästa möjliga vård och omsorg genom delregionala vårdssamverkansområden där regionen, privata vårdgivare och kommunerna deltar.

Team patientsäkerhet

Teamet stödjer förvaltningarna i deras patientsäkerhetsarbete framförallt via Funktionsgrupp chefläkare och Nätverket för patientsäkerhet och omvårdnad. Teamet samverkar med aktörer på nationell som regional nivå, fångar upp, sprider information och ny kunskap i och om patientsäkerhet. Teamets medarbetare deltar och samverkar i många av regionens övergripande processer där de bevakar och stöttar patientsäkerhetsfrågor. Teamets medarbetare har som exempel under året deltagit i arbetat med:

- Millenium
- Informationsstyrnings rådet
- Läkemedel och restsituationer
- Beredskapsarbete
- Styrgrupp Ledning och styrning MTP
- ECDC, europeisk punktprevalens mätning av vårdrelaterade infektioner

Vårdhandboken

Den nationella Vårdhandboken beskriver metoder för god och säker vård på lika villkor. Vårdhandboken förvaltas av INERA. Samordnaren för regionens Vårdhandboksråd är medarbetare på Team Patientsäkerhet.

Funktionsgrupp Chefläkare

Genom erfarenhetsutbyte och samverkan bidrar funktionsgruppen i arbetet för en säker vård. Nätverk Patientsäkerhet och Omvårdnad deltar i funktionsgruppens möten.

Exempel på funktionsgruppens arbete:

- Millenium frågor
- Sommarplanering för en säker och jämlik vård i regionen
- Vårdplatskoordinering i regionen
- Uppföljning av patientsäkerhetsarbetet i regionen
- Stötta varandra i svåra patientsäkerhetsfrågor

Nätverk för patientsäkerhet och omvårdnad

I Nätverket ingår förvaltningarnas chefsjuksköterskor eller motsvarande funktion samt representant för kommunerna. Nätverket leds av medarbetare på Team Patientsäkerhet. Nätverket har som uppdrag att arbeta säkerställa patientsäkerhet i omvårdnadsfrågor. Nätverket samarbetar med Funktionsgruppen ovan. Under året har Millenium engagerat nätverket i många frågeställningar.

Patientnämnderna

Såväl Team Patientsäkerhet som förvaltningarna har ett samarbete och informationsutbyte med Patientnämnderna. En sammanställning av inkomna ärenden till Patientnämnderna redovisas en gång per år.

Smittskydd och Vårdhygien

Patientsäkerhet har gemensamma arbetsområden med såväl Smittskydd som Vårdhygien och samarbete sker i många frågor. Vårdhygienkompetens är därför inkluderat i Team patientsäkerhet. Under året har det gemensamma arbetet fokuserat på att ta tillvara på erfarenheterna från pandemiarbetet och RS utbrottet årsskiftet 2022–2023.

Strama Västra Götaland

Strama Västra Götaland (Strama VG) samverkar aktivt med sjukhusens egna sjukhusstramagrupper, t. ex med utbildningsinsatser, möten för benchmarking och med återkommande jämförande förskrivarstatistik. Statistiken sprids även till förvaltningarnas ledningsgrupper via chefläkarnätverket. Sjukhusstramagrupper bistår kontakt-/verktygsläkare till Strama vid varje verksamhet för att öka följsamheten till behandlingsriktlinjerna. Strama VG stöttar lokala kontaktpersoner på de mindre sjukhusen på motsvarande vis.

Inom primärvården bedriver Strama VGR ett aktivt Strama-arbete via omfattande utbildningsinsatser för alla personalkategorier. Strama VGRs allmänläkare har återupptagit besöken på vårdcentralerna som tillfälligt pausades under pandemin. För att reflekterande möte(n) och arbetet med "Stramas självdeklaration" ska vara kunskapsbringande och kunna genomföras effektivt bistår Strama VG kontaktläkarna med omfattande och återkommande underlag och utbildningsmaterial att använda på lokal nivå. Självdeklarationerna skapar en mycket bra grund för det fortsatta Strama-arbetet inom primärvården.

Strama VG medverkar i flera styrgrupper på nationell nivå i samverkan med Nationell arbetsgrupp (NAG) Strama inom ramen för den nationella kunskapsstyrningen vid SKR samt med Folkhälsomyndigheten (FHM) såsom Antibiotikasmart Sverige, den nationella Strama-appen, arbetet med PrimärvårdsKvalitet, referensgruppen för antibiotikafrågor (RAF) och antibiotikaresistensgruppen vid FHM.

Vårdsamverkan

Samverkan mellan VGR, Privata vårdgivare och kommunerna sker i de sex delregionala vårdsamverkansområdena, Västra Götalandsregionen och kommunerna i samverkan för bästa möjliga vård och omsorg. Här diskuteras ex. avvikelser i samverkan, utskrivningsprocessen, SAMSA för att förebygga vårdskador.

Informationssäkerhet

Ett ändamålsenligt informationssäkerhetsarbete är en förutsättning för att kunna upprätthålla Västra Götalandsregionens (VGR:s) förmåga som samhällsviktig aktör att bedriva kvalitativ och säker vård, vara en del av det civila försvaret, säkra en god patientsäkerhet samt ett ändamålsenligt skydd för den personliga integriteten för såväl invånare som medarbetare.

Uppföljningar av informationssäkerheten som har gjorts som är av större betydelse

Uppföljning av informationssäkerhets- och IT-säkerhetsarbetet har genomförts med stöd av Infosäkkollen, Myndigheten för samhällsskydd och beredskaps (MSB:s), uppföljningsverktyg där frågor har besvarats av 18 av regionens förvaltningar samt centrala funktioner inom inköp, kontinuitetshantering och säkerhetsskydd.

Dataskyddsombuden på avdelning juridik har följt upp dataskyddsarbetet i VGR. Uppföljningen har utgjort en viktig del i inriktning för prioriteringarna inom dataskyddet framåt. Uppföljning av sårbarheter som identifierats på ett mer systematiskt sätt i informationssystem har genomförts hos systemägare fortsättningsvis.

Risikanalyser som har gjorts

Enligt ledningssystemet för informationssäkerhet och dataskydd (LISD) ska informationssäkerhet utgå från ett riskbaserat arbetssätt och det riskbaserade arbetssättet ska vara en integrerad del av ordinarie verksamhetsplanering. Riskhantering rör inte sällan enskilda IT-stöd men också exempelvis inför upphandling och utifrån verksamhetsprocessen. Genom konsekvensbedömningar utifrån dataskydd samt säkerhetsskyddsanalyser som genomförts har även arbetats med risker kopplat till den personliga integriteten samt risker kopplat till säkerhetsskydd. Arbeta har bedrivits för att säkra förutsättningar för en mer samlad och ändamålsenlig riskhantering på olika nivåer och inom olika områden inom organisationen.

Systematiska förbättringar inom informationssäkerhetsområdet är en viktig del av regionens arbete för ökad patientsäkerhet.

Stort fokus har legat på att revidera och uppdatera styrande dokument på området för att möta nya lagkrav, VGR:s behov av styrning och uppföljning och härigenom skapa goda förutsättningar för att bedriva ett systematisk och ändamålsenligt informationssäkerhets- och dataskyddsarbete. Förstudier har genomförts för att ta fram ett systemstöd för informationssäkerhets- och dataskyddsarbetet samt avseende en digital lösning för register över personuppgiftsbehandlingar. Arbetet har även fortgått med att tydliggöra ansvar för informationssäkerhetsarbetet i VGR utifrån förändrade organisationsstrukturer och fördelade verkställighetsansvar.

En samlad utbildningsplan för informationssäkerhet, dataskydd, cybersäkerhet och IT-säkerhet har tagits fram i syfte att säkra utbildning för medarbetare i olika roller samt främja en god informationssäkerhetskultur. Kompetenshöjande åtgärder inom informationssäkerhet och cybersäkerhet har genomförts särskilt under oktober månad i form av APT-material, webinarium och kunskapsspridning.

Arbetet i Informationsstyrningsrådet har fortsatt bedrivits och utvecklats i syfte att stötta organisationen i arbetet med att bereda, stödja och vägleda organisationen i informationsförvaltningsfrågor kopplat till digitalisering där avvägningar kan behöva göras mellan verksamhetsnytta, patientsäkerhetsaspekter och säkerhetsaspekter i övrigt och där analys av helheten är central för att landa i den för patienten bästa lösningen.

VGR arbetar ständigt med att förebygga, upptäcka och åtgärda säkerhetshot samt öka motståndskraften mot säkerhetshot. Utvärdering, uppdatering och införande av olika säkerhetsåtgärder avseende skydd mot olovlig åtkomst görs löpande som en del av det systematiska informationssäkerhets- och dataskyddsarbetet kopplat till utveckling och förvaltning av IS/IT-tjänster.

VGR har startat ett projekt avseende behörighetsadministration i syfte att tydliggöra styrnings- och ledningsstrukturer och regiongemensamma arbetssätt och därmed öka säkerheten kring tilldelning av behörigheter och åtkomst till information.

Strålskydd

Västra Götalandsregionen bedriver tillståndspliktig verksamhet med joniserande strålning inom ett flertal områden. Som tillståndshavare för verksamhet med joniserande strålning finns ett mycket stort antal krav som måste följas enligt strålskyddslagen (SFS 2018:396), strålskyddsförordningen (SFS 2018:506) samt Strålsäkerhetsmyndighetens föreskrifter.

Syftet med strålskyddsbokslutet specificeras i 3 kap. 13 § Strålsäkerhetsmyndighetens föreskrifter om medicinska exponeringar (SSMFS 2018:5).

Strålskyddsbokslut 2023 VGR, bilaga 3, är uppdelat i fem strålskyddsområden; Ledning och styrning av verksamhet med strålning, Kompetens för god strålsäkerhet, Strålsäker vård, Strålsäker arbetsmiljö och miljö samt strålsäkerhet för allmänheten samt Strålsäker forskning. För varje område behandlas hur långt förvaltningarna kommit i arbetet med VGRs strålsäkerhetsmål för perioden 2023-2025 samt hur väl man uppfyller ett eller flera lagkrav från strålskyddslagstiftningen. Strålsäkerhetsmålen som Västra Götalandsregionen har tagit fram för perioden 2023-2025 (RS 2022-02478) utgår ifrån områden där det enligt uppföljning via tidigare strålskyddsbokslutet eller på annat sätt visat sig finnas behov av större förbättringar.

Strålskyddsbokslut 2023 VGR är till huvuddelen en sammanfattning av berörda förvaltningars strålskyddsbokslut. Tillagt är sådant som härrör från regional strålsäkerhet på Koncernkontoret. I varje kapitel finns några beskrivningar som härrör från förvaltningarnas strålskyddsbokslut, beskrivningarna är inte heltäckande utan gäller som exempel. För att ta del av all information hänvisas till respektive förvaltnings strålskyddsbokslut

Detta är första året som det sker en mer systematisk uppföljning av Västra Götalandsregionens strålsäkerhetsmål. Så här långt verkar det som om upplägget fungerar väl. De olika målområdena synes ha fått större fokus och mycket arbete pågår.

Vad gäller kravuppfyllnaden ligger den i medel på ungefär samma nivå som tidigare, men även här ses förbättringar när man tittar på vad förvaltningarna redovisar, troligen delvis som en följd av strålsäkerhetsmålen.

Sjukhusfysiker är en viktig roll i olika arbeten med strålsäkerhet. Under åren har man från olika förvaltningar påtalat att man har en brist vilket påverkat arbetet. Detta år är det SAS som beskriver en möjlig bristsituation.

Inom Koncernkontoret behöver man fortsätta att säkra resurser för ärendehantering, samordning, utveckling inom och uppföljning av strålsäkerhetsområdet.

Strålsäkerhetsrelaterade avvikelser rapporteras i kapitel 3.1.

En god säkerhetskultur

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

Regionutvecklare på Team patientsäkerhet är regionens kontaktperson för frågor rörande säkerhetskultur och ansvarar för regional informationsspridning inom området.

Under 2023 har förvaltningarna arbetat med resultatet från patientsäkerhetskulturmätningen i medarbetarenkäten 2022.

Gröna korset eller motsvarande dagliga reflektionsmöten med syfte att bland annat stärka säkerhetskulturen har under året ökat inom förvaltningarna. Inom många verksamheter tas även arbetsmiljörisker (Gröna A) upp i samband med Gröna korset. Patientsäkerhetsrisker och arbetsmiljörisker är sammankopplade och samtidig reflektion kring patientsäkerhetsrisker och arbetsmiljörisker ökar medvetenheten om säker vård och skapar positiva synergieffekter. Under året har ett projekt för att digitalisera Gröna korset tagit fart och en förstudierapport med rekommendationer för fortsatt arbete beräknas vara klar under våren 2024

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.

Alla förvaltningar arbetar med kompetensförsörjningsplan och flera förvaltningar tillämpar karriärutvecklingsmodeller (KUM) och som en naturlig del i utveckling av verksamhet och medarbetare. Under året har flera förvaltningar arbetat med att införa karriärutvecklingsmodeller för olika yrkeskategorier och modellerna har tillämpats i varierande omfattning inom förvaltningarna för att analysera och planera kompetensbehov på individ och gruppnivå.

Team patientsäkerhet har genomfört regionala webinarier under året och webinarierna har vänt sig till samtliga medarbetare i VGR. Målet är att stärka patientsäkerheten och sprida kunskap i patientsäkerhet.

Förvaltningarna har haft olika utbildningar och kompetensutveckling gällande patientsäkerhet. Syftet är att ge god kunskap om patientsäkerhet och kvalitetsutveckling så att alla som arbetar på ska vara trygga i att ha rätt kompetens för sin befattning för att kunna bidra till verksamhetsutveckling och en säkrare vård. Flertalet förvaltningar använder Socialstyrelsens E-utbildning i patientsäkerhet.

Patienten som medskapare

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

Den internationella Patientsäkerhetsdagen 2023 09 17 hade teamat "Patienten som medskapare för en säker vård" och flera förvaltningar hade aktiviteter i samband med dagen

Patienter och deras närstående är viktiga resurser i vården där deras delaktighet är central för en god och säker vård. Detta innebär bland annat att patienten blir inbjuden till att vara delaktig på varje nivå i vårdssystemet. Exempelvis vid planering av hälso- och sjukvård, i utbildningen av vårdpersonal, i forskningen och i utformning av policy och reglering av

hälso- och sjukvård. Formerna för och graden av patientens delaktighet bör utgå från patientens behov och önskemål.

Aktivt arbete pågår i våra hälso- och sjukvårdsförvaltningar kring personcentrerat arbetssätt (PCA) med fokus på patientens unika kunskap om sig själv, patientens berättelse och att relationen patient och personal präglas av ömsesidig respekt och förståelse. Exempel på detta är .Feedback NU, en enkät via SMS som samlar in återkoppling från patienter inom slutenvård, öppenvård och akutsjukvård samt att allt fler verksamheter nu använder sig av 1177 för synpunkter från patienter och deras anhöriga.

Levande bibliotek hjälper vårdverksamheter att få kontakt med patienter eller närstående, som kan vara med i utvecklingsarbeten av olika slag. Genom detta synsätt framhålls personen bakom sjukdomen och vikten av att se hens behov och styrkor. Vid regionala webinarier och temadagar som genomförs av enhet patientsäkerhet strävar vi efter att patientens alternativt närståendes röst ska höras.

Agera för säker vård

Egenkontroll

Regionens mål återfinns dels som indikatorer i Kortversion Regional handlingsplan för ökad patientsäkerhet 2023 och i Regional handlingsplan för ökad patientsäkerhet 2023–2024.

Uppföljning och analys sker framför allt på Funktionsgrupp Chefläkares möten då den regionala Kvalitets- och Patientsäkerhetsuppföljningen inte kommit igång efter pandemin.

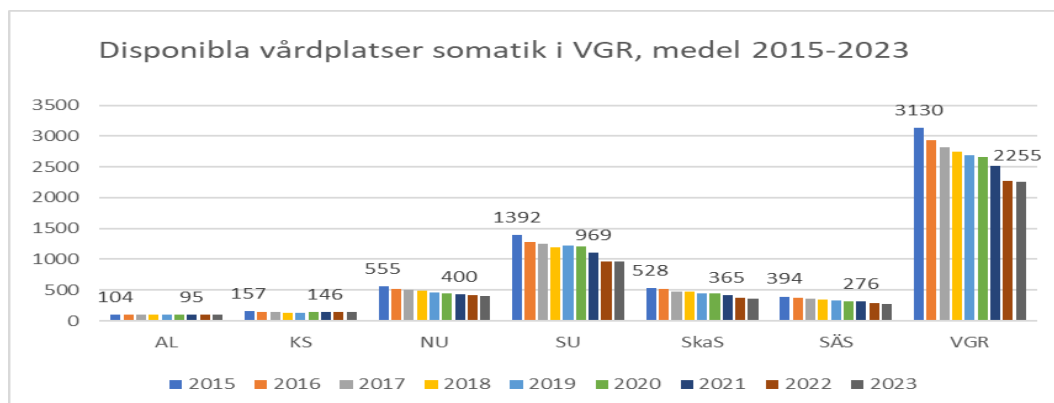
Utvecklingen av utvalda indikatorer kan följas i Power BI rapporten Patientsäkerhet i Västra Götalandsregionen

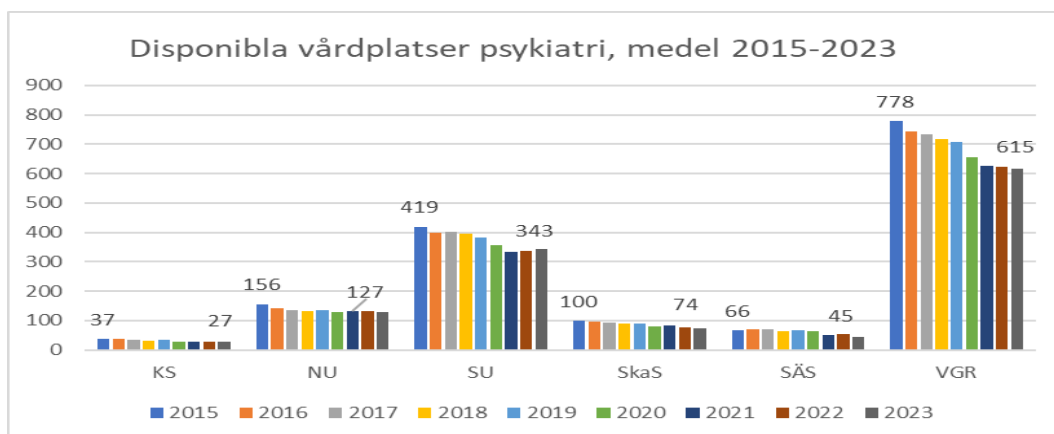
[Patientsäkerhet i Västra Götalandsregionen](#)

Nedan redovisas resultat för indikatorerna samt uppföljning andra parametrar kopplade till en ökad risk för vårdskador.

Vårdplatser

Antalet disponibla vårdplatser är på samma nivå som 2022





Beläggning

En medelbeläggning som överstiger 90 % under en längre tid ökar risken för vårdskador. Under 2023 har beläggningen i den somatiska sjukvården fortsatt varit hög, 100% och över för regionen som helhet. Anledningen är för få disponibla vårdplatser beroende framförallt på svårigheter i kompetensförsörjningen.

Beläggning somatik 2023

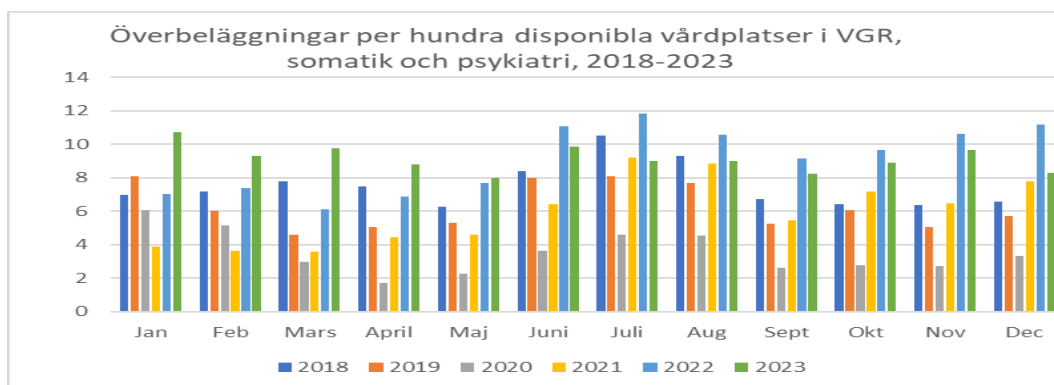
	Jan	Feb	Mars	April	Maj	Juni	Juli	Augusti	Sep	Okt	Nov	Dec
AL	106%	95%	99%	101%	91%	100%	105%	104%	91%	93%	96%	94%
KS	103%	108%	97%	98%	99%	105%	101%	107%	105%	107%	107%	106%
NU	108%	104%	108%	109%	105%	105%	111%	112%	111%	113%	108%	107%
SU	112%	106%	104%	104%	101%	107%	112%	113%	105%	105%	102%	100%
SkaS	110%	110%	104%	110%	113%	109%	99%	103%	103%	113%	113%	108%
SÄS	110%	103%	103%	104%	101%	102%	99%	99%	98%	101%	106%	99%

Beläggning psykiatri 2023

	Januari	Februari	Mars	April	Maj	Juni	Juli	Augusti	Sept	Oktober	Nov	Dec
KS	65%	83%	66%	73%	72%	93%	74%	76%	86%	86%	71%	75%
NU	105%	112%	100%	100%	104%	94%	94%	86%	102%	103%	102%	94%
SU	97%	96%	96%	95%	96%	94%	98%	94%	91%	93%	93%	85%
SkaS	108%	104%	87%	82%	95%	91%	97%	89%	87%	83%	93%	85%
SÄS	61%	68%	50%	54%	58%	70%	79%	65%	54%	54%	61%	50%

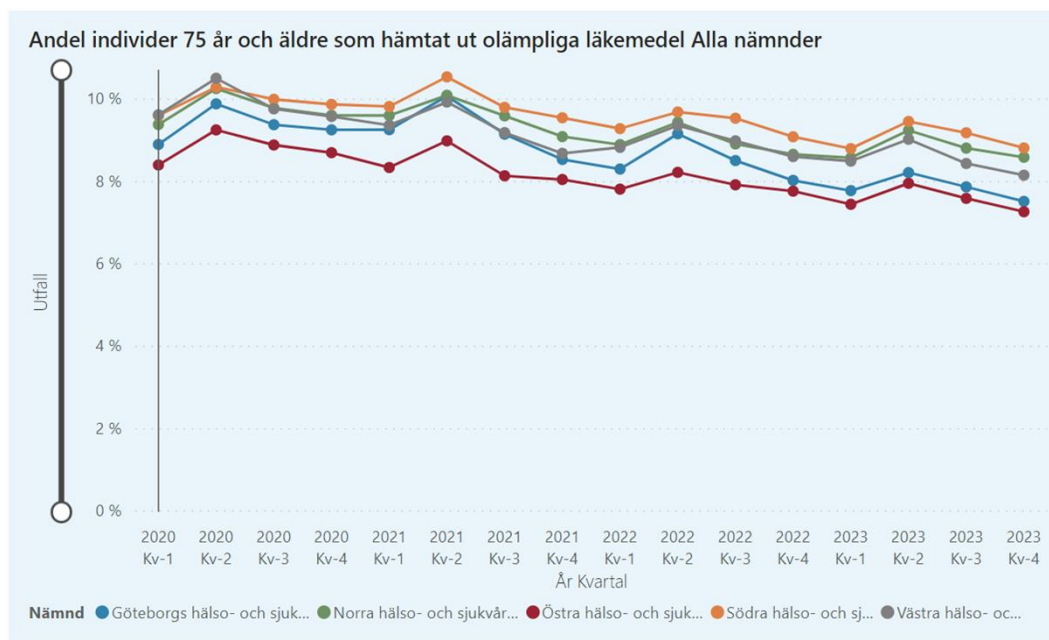
Överbeläggningar somatisk sjukvård

Överbeläggningarna ökade under början av året. De minskade under hösten och var färre jämfört med föregående år.



Potentiellt olämpliga läkemedel till äldre

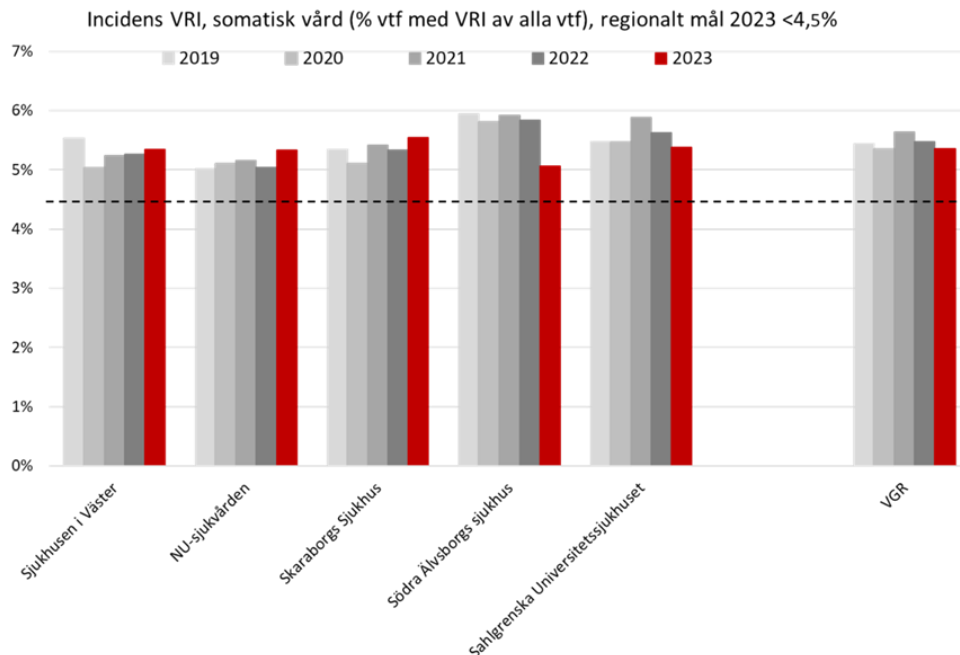
Jämfört med tidigare år ses en minskning. Då olämpliga läkemedel till äldre ökar risken för fallolyckor och inläggning på sjukhus är detta positivt.



Vårdrelaterade infektioner och smittspridning i vården

Koncernkontorets uppdrag att ge stöd till förvaltningarnas arbete med att förebygga vårdrelaterade infektioner och förhindra smittspridning i vården har under 2023 inte längre i samma utsträckning behövt fokusera på åtgärder föranledda av coronapandemin. De regionövergripande rutiner för sjukvårdens handläggning av patienter med misstänkt och konstaterad covid-19 som team patientsäkerhet vid koncernkontorets Avd patientsäkerhet och medicinsk krisberedskapsplan har utarbetat har ändå behövt uppdateras. Det har innefattat patientsäkerhets- men även smittskydds- och arbetsmiljöaspekter. Sjukhusförvaltningarnas vårdhygieniska enheter där den vårdhygieniska resursen finns har involverats i detta arbete.

Undvikbara vårdrelaterade infektioner, som kan uppskattas till cirka en tredjedel av alla, utgör en betydande del av vårdskadorna, framför allt inom somatisk slutenvård. Data om incidens av antibiotikabehandlade vårdrelaterade infektioner hämtas kvartalsvis från det nationella IT-stödet Infektionsverktyget och redovisas för sjukhusen av team patientsäkerhet vid Koncernkontoret. Rapporterna distribueras också till funktionsgrupp chefläkare, respektive sjukhusstrama och till de vårdhygieniska enheterna. Incidensmättet är en kvalitetsindikator i regionen och redovisas i KVIS. Mål i patientsäkerhetsplanen för 2023 var att incidensen i somatisk slutenvård skulle understiga 4,5 %. Resultatet för hela regionen för 2023 var 5,4%. Diagrammet visar de senaste fem årens resultat för varje sjukhusförvaltning och regionen totalt.



En regionalt utvecklad interaktiv webbutbildning som beskriver när en infektion ska betraktas som vårdrelaterad med ett tillhörande kunskapstest finns på Lärportalen och har alla förskrivare som målgrupp. Ambitionen är att den ska vara obligatorisk för alla läkare på sjukhusförvaltningarna, den har även gjorts tillgänglig för sjuksköterskekollektivet. Syftet är att genom ett generellt kunskapslyft nå högre kvalitet på registrerade data i Infektionsverktyget. Utbildningen lancerades sommaren 2017 och fram till och med 2019 hade 16% av regionens sjukhusläkare genomgått utbildningen. Under de tre pandemiåren 2020-22 gjorde ytterligare 175 läkare utbildningen så att vid förra årsskiftet knappt 20% av alla för vilken utbildningen är obligatorisk har gjort den. Under 2023 har enligt statistik i Lärportalen ytterligare 14 av totalt 5713 läkare genomfört utbildningen.

På sjukhusen använder både respektive sjukhusstrama, de vårdhygieniska enheterna och enskilda verksamheter data från Infektionsverktyget i sitt kontinuerliga arbete att återkoppla uppgifter om antibiotikaanvändning och vårdrelaterade infektioner till chefer och medarbetare som stöd i förbättringsarbetet.

Samtliga sjukhus i regionen deltog under våren 2023 i ECDC:s europeiska punktprevalensmätning av vårdrelaterad infektion och antibiotikaanvändning på sjukhus. I vår region uppmättes en prevalens på 8,7% bland inlagda patienter. Detta var lägre än de 10,3% som uppmättes i hela riket. Spridningen mellan sjukhusen var stor (6,2 – 17,0%).

Vårdrelaterad covid-19 såväl som andra virusinfektioner registreras inte i Infektionsverktyget vilket betyder att tillförlitlig statistik över förekomst på sjukhusen saknas.

Dock har även under 2023 vårdrelaterade utbrott av både virusorsakade luftvägsinfektioner, främst covid-19 och influensa, men även norovirus (vinterkräksjuka) förekommit på sjukhusen. Covid-19 var sannolikt den

vanligaste vårdrelaterade infektionen även under 2023.

Smittspridning av resistenta bakterier (MRSA, ESBL, ESBL-carba, VRE) runt kända inneliggande bärare har varit sällsynta, men exempel finns, såsom mindre utbrott av VRE och MRSA på SU. Information om utbrott på övriga sjukhus saknas.

Trycksår, undernäring och fall

Regionutvecklare på team patientsäkerhet är regionens kontaktperson för frågor rörande trycksår, undernäring och fall. Inom regionen finns ett nätverk för patientsäkerhet och omvårdnad. Nätverket består av förvaltningarnas chefsjuksköterskor och personer med liknande funktion. Flera förvaltningar har även egna samordnare för utveckling och uppföljning av nutritionsarbete.

Tre sjukhusförvaltningar SÄS, NU och SIV har infört digital patientöversikt som synliggör i realtid om riskbedömningar är utförda gällande trycksår, undernäring och fall. SU har en digital kvalitetsdashboard där alla enheter kan följa sina resultat.

Trycksår

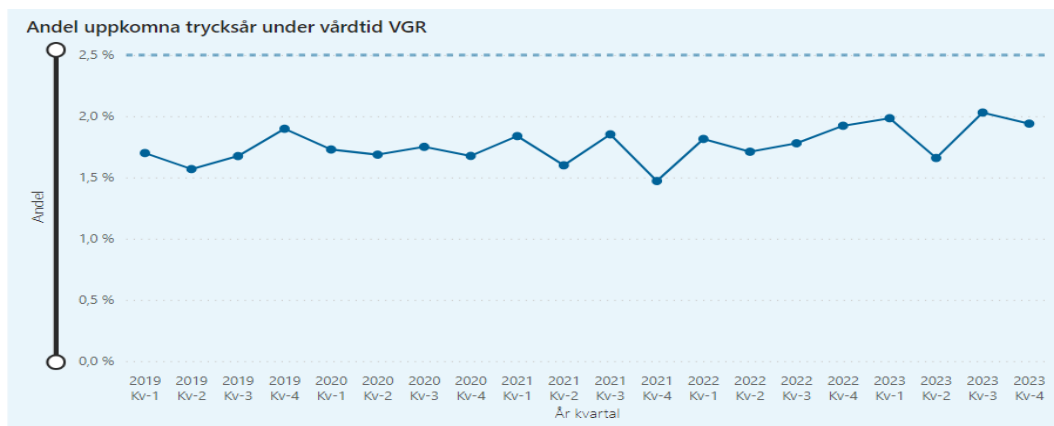
Sjukhusförvaltningar med inneliggande patienter (SU, NU, SÄS, och SIV) arbetar intensivt med flera olika insatser för att minska uppkomst av trycksår. Fokus är att tidigt identifiera de patienter som är i riskzonen, för att kunna vidta adekvata förebyggande åtgärder för de patienter som har ökad risk för trycksår alternativt behandlande åtgärder för patienter som har trycksår. Vårdhandboken är stöd för detta arbete.

Journaldokumentation av trycksårsprocessen är viktig och avvikelserapportering vid uppkomst av trycksår är väsentlig för ökat lärande kring riskpatienter och för intensifierade insatser.

Skas var den enda sjukhusförvaltningen som deltog i den nationella mätningen PPM Trycksår vecka 37 under 2023 de anser att mätningen är ett komplement till den dagliga dokumentationen journalsystemet Melior då andelen mätbara vårdtillfällen fortfarande är låg ca 33 %. PPM Trycksår innebär också extra fokus på det trycksårsförebyggande arbetet på Skas.

Sjukhusförvaltningarna har möjlighet att kontinuerligt registrera trycksår som uppkommit på inneliggande patienter inom somatisk vård under vårdförloppet d.v.s. sjukhusförvärvade trycksår via den s.k. trycksårsindikatorn. Registreringen sker i Melior genom att besvara frågorna trycksår vid inskrivning ja eller nej respektive trycksår vid utskrivning ja eller nej. För att vårdtillfället ska vara mätbart måste svaret på frågan om trycksår vid inskrivning varit dokumenterat senast inom 24 h efter inskrivning och svaret på frågan avseende trycksår vid utskrivning ska vara dokumenterat tidigast 8 h före utskrivningen. Brister finns i dokumentationen av data och aktiviteter pågår inom förvaltningarna för att öka andelen mätbara vårdtillfällen. Under 2023 har omkring 36 % av samtliga vårdtillfällen inkluderats i mätningen och det är stora variationer mellan sjukhusförvaltningarna. Det är önskvärt att andelen mätbara vårdtillfällen ökar.

Nedanstående diagram visar det regionala resultatet för andel uppkomna trycksår under vårdtid per kvartal 2019 -2023.



Källa: Patientsäkerhet i VGR (regional Power BI-rapport)

Det regionala målvärdet för andelen sjukhusförvärvade trycksår är 2 % vilket uppnåtts under 2023 för de vårdtillfällen som inkluderas i mätningen. Inom förvaltningarna kan resultat ses ned på enhetsnivå och utdata visar att det finns enheter som inte når målet. Här behöver förbättringar ske och som alltid är det ett envist och uthålligt arbete som krävs för att uppnå bättre resultat. Inom nätverket för patientsäkerhet och omvårdnad sprids goda exempel på framgångsrika åtgärder vars syfte är att stödja enheternas utvecklingsarbete inom området.

Även MCP används för att rapportera uppkomna trycksår. Dock är mörkertalet betydande avseende antal rapporterade trycksår vilket medför osäkra utdata.

Undernäring

Samtliga sjukhusförvaltningar följer data avseende riskbedömningar kopplat till undernäring. Inga specifika regionala mål är satta men vissa förvaltningar har egna mål. Måldiskussioner har förts regionalt under året men bland annat på grund av en kommande övergång från journalsystem Melior till Millennium har inga beslut fattats.

Positivt är att screening och riskbedömningar avseende undernäring har ökat i antal inom regionen. Att fortsätta sprida kunskap, underlätta dokumentationen och använda Vårdhandboken som stöd i arbetet är viktigt. Det finns ett stort engagemang och en utvecklingspotential för området undernäring. Förvaltningarnas samordnare för undernäring har ett nära samarbete och stödjer varandra.

Fall

Alla halk- och fallhändelser ska rapporteras i avvikelshanteringssystemet MedControl PRO (MCP). Dock vet vi att det finns ett mörkertal.

Nedanstående tabell visar antal rapporterade halk- och fallhändelser i MCP per år i VGR.

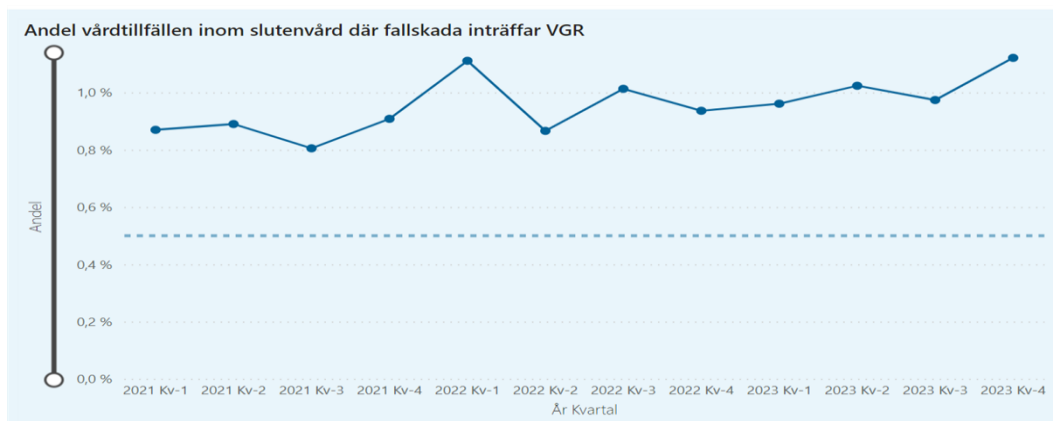
År	2020	2021	2022	2023
Antal halk- och fallhändelser	4273	4237	4533	4206

Källa: MCP (datauttag 24-02-15)

https://pbirs.vgregion.se/Reports_pbirs/powerbi/Sj%C3%A4lvbetj%C3%A4ning/VGR/Avvikelsehantering/MedControl

Sedan 2021 har sjukhusförvaltningarna dokumenterat uppkomna fysiska fallskador inom slutenvården i ett gemensamt sökord i Melior i en s.k. fallskadeindikator. Målet är 0,5 % och uppnås inte.

Verksamhet kirurgi Östra har genomfört ett arbete med "Sköra äldre rum" med fokus bland annat på att minska fallskador genom nysorters hjälpmedel och ombyggnation av två rum med bland annat färgsättning, ledstång och dygnsrytmsbelysning. Ett annat verksamhetsområde har erhållit medel från innovationsplattformen för sitt arbete med fallprevention via AI och utvärderat metoden under 2023 med goda resultat. Nedanstående diagram visar det regionala resultatet för fysisk fallskada per kvartal 2021 -2023.



Källa: Patientsäkerhet i VGR (regional Power BI-rapport)

Det regionala målet för andel vårdtillfällen inom slutenvård där fallskada inträffar är 0,5 % uppnås inte under 2023. En av sjukhus förvaltning (NU) har valt att sätta 1 % som mål istället för 0,5 %

Förvaltningarna arbetar med fallriskbedömningar och fallriskvärderingar och åtgärder för att minska risker för fall. Antal fallriskbedömningar eller fallriskvärderingar och förebyggande åtgärder som genomförts följs upp hos flera förvaltningar som ett mått på fallriskförebyggande arbete. Vissa förvaltningar mäter även antalet fallhändelser som medfört förlängd vårdtid.

Sammanställning indikatorer 2023

Målområde	Mätetal	Värde 2022	Målvärde 2023	Resultat 2023
Vårdrelaterade infektioner	Andel vårdtillfällen i somatisk slutenvård med vårdrelaterade infektioner	5,5%	<4,5%	5,4%
Trycksår	Uppkomna trycksår under vårdtid	1,8%	<2%	1,9%
Fallvårdskador	Andelen vårdtillfällen i slutenvård med fallskada	1%	<0,5%	1,01%
Läkemedelsrelaterade skador	Andel personer, 75 år och äldre, som får olämpliga läkemedel (% Vårdval vårdcentral).	12,7 %	Minska mot föregående år	12,8%
	Potentiellt olämpliga läkemedel till personer, 75 år och äldre, ska minska mot föregående år (% sjukhusvården)	1,9%	Minska mot föregående år	1,8 %
Antibiotikaresistens	Antibiotikaförskrivning på recept i antal recept per 1000 invånare och år	244	<250	262
	Totala användningen av antibiotika på rekvisition (DDD/vårddygn och år) inom sjukhusvården	76,4	Minska jämfört med föregående år.	79,4
	Andel resistensdrivande och bredspektrumantibiotika minskad av antibiotika totalt. För indikatorer, se Riktlinjer för patientsäkerhet	Ökat	Minska mot föregående år	minskat
	Antal verksamheter per sjukhusförvaltning som infört antibiotikaronder	1–10	Minst 2 till 5	2–10
Beläggning	Oplanerade återinläggning inom 30 dagar (slutenvård)	7,9 %	Minska	7,33%

Öka kunskap om inträffade vårdskador

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

Att mäta och lära av inträffade vårdskador är en viktig del i patientsäkerhetsarbetet. Att inträffade vårdskador utreds är centralt för patienterna som drabbas och för hälso- och sjukvården som behöver ha kunskap för att förhindra att de inträffar igen. Hälso- och sjukvården behöver ha kännedom om var vårdskadorna inträffar och var riskerna finns. För att nå framgång i patientsäkerhetsarbetet är det samtidigt nödvändigt att stärka det skadeförebyggande arbetet genom att arbeta med riskmedvetenhet.

Avvikelser, synpunkter och klagomål kommer på olika vägar till förvaltningarna - direkt till verksamheterna via patienter och/eller anhöriga, via IVO, Patientnämnden och via vårdgrannar (sjukhus, primärvård, kommuner).

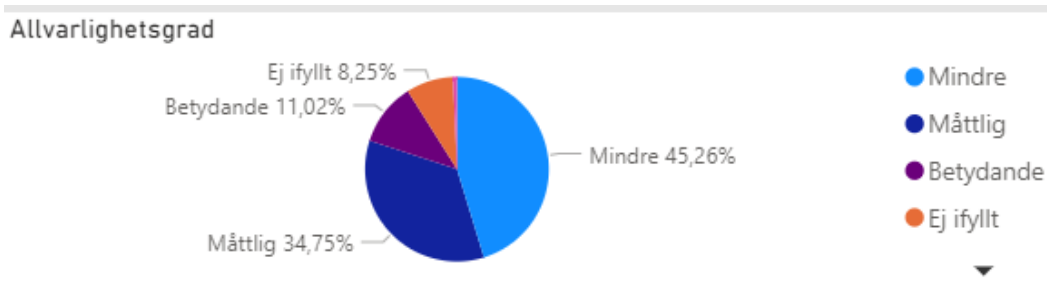
Alla avvikelser som rapporteras i avvikelshanteringssystemet (Medcontrol PRO) utreds med avseende om vårdskada inträffat eller om det förelåg risk för vårdskada. Utredningarna syftar till att få kunskap om återkommande systembrister i vården som bidrar till risker för patientsäkerheten.

Identifierade riskområden där arbete behöver intensifieras är framförallt, vårdrelaterade infektioner, diagnostiska fel och omvårdnadsrelaterade vårdskador, trycksår och fall. När det gäller omvårdnad sker arbete i Nätverket för patientsäkerhet och omvårdnad och för vårdrelaterade infektioner kommer implementering av Vägledning för vårdhygieniskt arbete att påbörjas.

Nedanstående tabeller redovisar antal rapporterade avvikelser samt registrerade patientsäkerhetsärenden i MCP där vårdskada inträffat eller kunnat inträffa, per år i VGR.

År	2019	2020	2021	2022	2023
Rapporterade avvikelser i MCP rapporterade av Hälso- och Sjukvårdsförvaltningarna	82627	80031	83131	87905	92901

År	2019	2020	2021	2022	2023
Antal registrerade patientsäkerhetsärenden i MCP där vårdskada inträffat/kunnat inträffa	27199	23473	28121	30900	34207



Källa: MCP (datauttag 24-02-20)

Majoriteten av avvikelserna handlar om vård och behandling och rapporterade orsaker är brister i procedurer/rutiner/riktlinjer och kommunikation.

Den ökade benägenhet att rapportera oönskade händelser bedöms vara kopplat till ökad riskmedvetenhet, ett positivt bidrag till att stärka säkerhetskulturen. Viktigt är att avvikelserna hanteras skyndsamt och att berörda medarbetare/enheter får snabb återkoppling avseende åtgärder. Vissa förvaltningar påtar problem med långa utredningstider av avvikelser och brister i återkoppling vilket är negativt på flera sätt. Här finns en utvecklingspotential som kräver ett aktivt och uthålligt arbete.

Allvarliga händelser utreds i de flesta fall med metoden händelseanalys och Nitha (Nationellt it-stöd för händelseanalys) används som stöd.

Händelseanalyserna genomförs av team med relevant expertis och leds av utbildade analysledare. Resultatet av händelseanalysen är en del av bedömningen om en händelse skall Lex Maria anmälas. Händelseanalysen bifogas Lex Maria anmälningen

Genomförandet av händelseanalyserna och återföringen av resultaten bidrar till personalens delaktighet i patientsäkerhetsarbetet och ökar kunskapen om riskerna i vården som därigenom gör vården säkrare. Patientsäkerheten stärks därigenom på ett såväl reaktivt som proaktivt sätt.

Nedanstående tabeller visar antal händelseanalyser samt Lex Maria-anmälda ärenden till IVO, per år i VGR.

År	2019	2020	2021	2022	2023
Påbörjade händelseanalyser i Nitha per år i VGR	193	166	182	180	202

Källa: Nitha analys (datauttag 24-02-16)

År	2019	2020	2021	2022	2023
Antal Lex Maria anmälda ärenden i MCP per år i VGR	250	205	212	137	147

Källa: MCP (datauttag 24-02-08)

Under 2023 har två nätverksmöten för förvaltningarnas lokala Nitha-administratörer hållits och förvaltningar har vid behov fått stöd i händelseanalysmetoden, en enklare support i Nitha och hjälp med kvalitetsgranskningar vid behov.

Antal strålsäkerhetsrelaterade avvikelser

- KU: 0
- FTV: 252
- NU: 28
- SKAS: 32
- SU: 280 (6 anmällda till Strålsäkerhetsmyndigheten)
- SV: 22
- SÄS: 17

Vanliga avvikelser generellt inom radiologi är fel i remiss, att fel typ av undersökning utförs, att patienter förväxlats och att fel kroppsdel röntgats (framför allt fel med höger – vänster). Inom strålbehandling och nuklearmedicin är det mer blandade avvikelser.

Tillförlitliga och säkra system och processer

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

Antibiotikaresistens

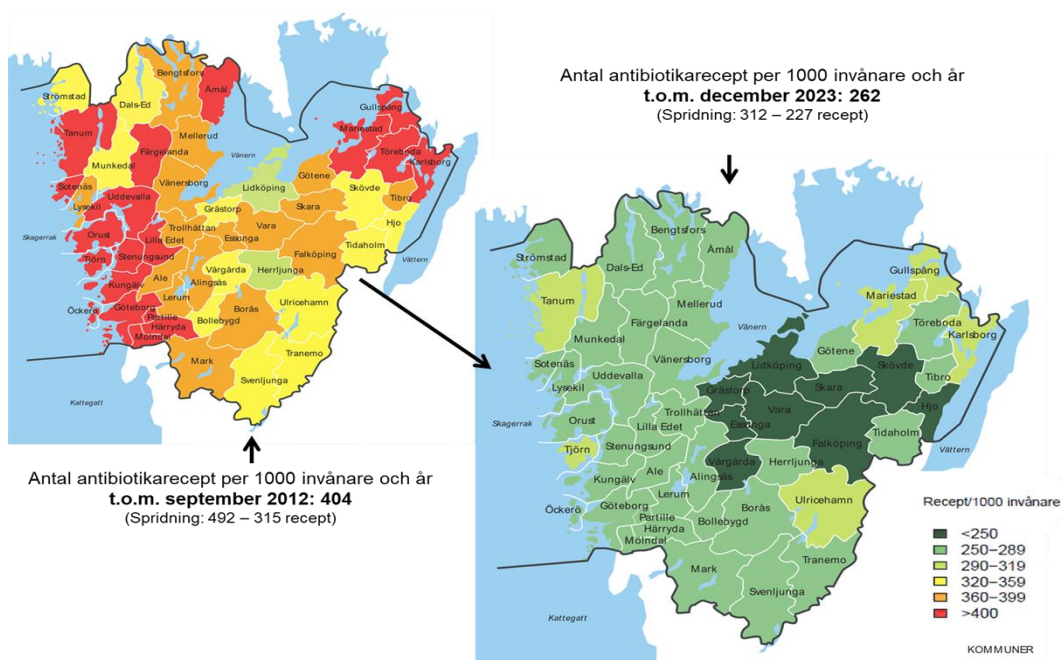
Resistensläget

Resistensläget i Västra Götaland skiljer sig inte nämnvärt från Sverige som helhet. Inom SU ses en högre resistens än i primärvården och på övriga större sjukhus. Högst andel resistens ses för bakterier som orsakar urinvägsinfektion, främst *E. coli*. Resistens mot kinoloner ökar oroande liksom andelen multiresistenta *E. coli* med ESBL. Ökningstakten för de sistnämnda överstiger vida den för MRSA vars andel varit väsentligen oförändrad i odlingsprov tagna på misstanke om infektion.

Förskrivning av antibiotika på recept

Under pandemin förelåg en historiskt låg förskrivning av antibiotika på recept. Med minskande restriktioner och ett ökat antal luftvägsinfektioner, har förskrivningen ökat under året från 244 till 262 recept/1000 invånare och år. Nivån är lägre än före pandemin och under riksgenomsnittet men över det nationella målet om 250 recept/1000 invånare och år. Förskrivningen har ökat för alla åldersgrupper och mest för barn i åldern 0–4 år. Det är främst antibiotika mot luftvägsinfektioner som ökat. Samma trend ses i hela landet. Spridningen (227–312) för förskrivningen i regionen är fortfarande påtagligt stor och Västra Götalands förskrivning av

luftvägsantibiotika ligger över riksgenomsnittet, vilket visar på behovet av fortsatta insatser. Den högsta förskrivningen vid årsskiftet sågs till invånarna i Tanums kommun (se bild nedan).



Antal antibiotikarecept/1000 invånare och år september 2012 jämfört december 2023 förskrivet till personer bosatta i respektive kommun i Västra Götaland

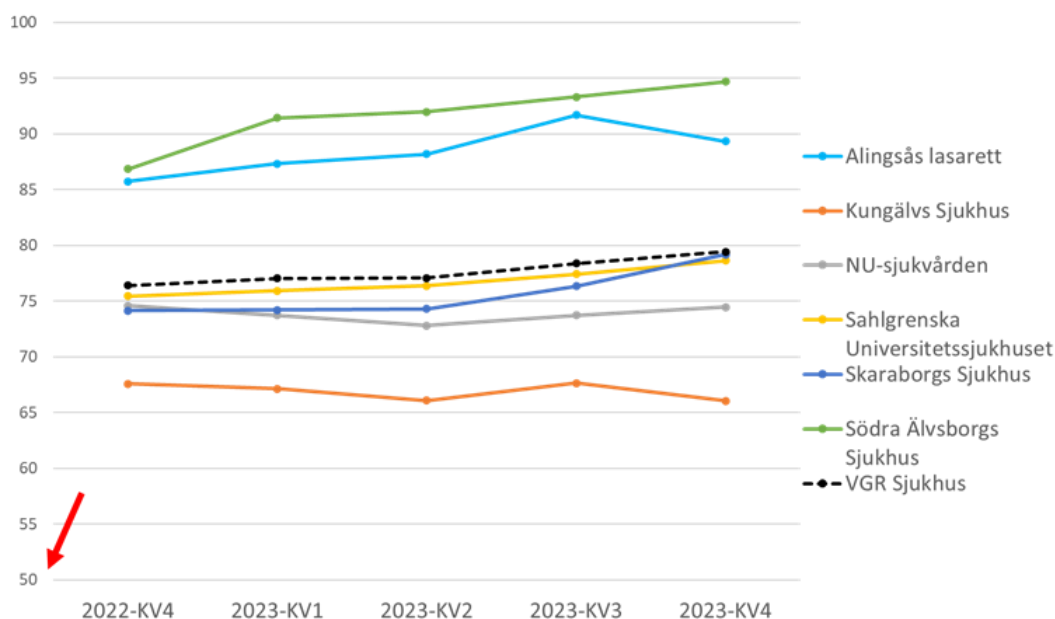
Samtliga vårdgivarkategorier i Västra Götaland har ökat eller har en väsentligen oförändrad receptförskrivning under året (se tabell nedan). Störst ökning noteras för primärvården.

Förskrivet av:	2022	2023
Närhälsan	62,3	66,8
Privata VC	48,7	53,6
Övrigt Vårdval VGPV (jourcentraler)	21,5	26,3
Vårdval VGPV (vårdcentraler och jourcentraler)	132,6	146,7
Sahlgrenska Universitetssjukhuset	24,4	24,7
Skaraborgs Sjukhus	9,7	9,4
NU-sjukvården	8,8	9,2
Södra Älvsborgs Sjukhus	7,8	8,1
Sjukhusen i väster	5,2	5,2
Sjukhus VGR	55,9	56,6
Folktandvården	7,6	7,3
Privat tandvård	8,4	8,0
Tandvård VGR	16,0	15,3
Övriga VGR	21,5	25,1
Övriga riket	17,9	18,8
Totalsumma antal recept per 1000 invånare i VGR	244	262

Antal antibiotikarecept/1000 invånare och år till personer bosatta i Västra Götaland, uppdelat på förskrivare utifrån arbetsplats inom respektive utanför Västra Götaland, 2022–2023. Målet om 250 recept/1000 invånare och år i Västra Götaland uppnås inte.

Användning av antibiotika inom sjukhusvården.

Antibiotikaförbrukningen mätt som DDD/per vård dygn har återgått till samma nivå som före pandemin och ökar inte längre i samma takt. Ökningen under 2023 är 4,0 % (se bild nedan).



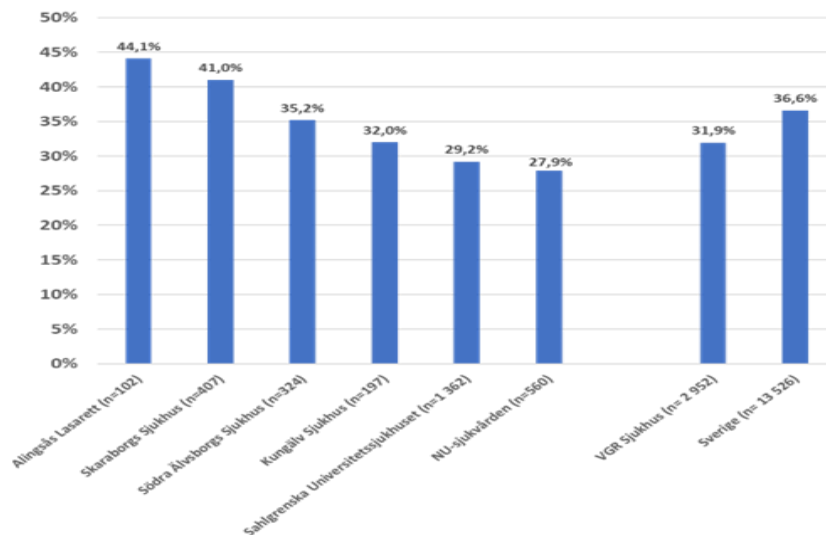
Användning av antibiotika på de större sjukhusen i Västra Götaland (rekvirerade DDD/100 vård dygn och år, rullande 12). En minskning jämfört med föregående år eftersträvas.

Användningen av bredspektrumantibiotika har ökat på flertalet förvaltningar under 2023 och piperacillin-tazobactam (pip-taz) är det vanligaste (drygt 50%) intravenösa antibiotika som ordinerar initialt (undantaget profylax) alla infektioner sammantaget. Förbrukningen av pip-taz, cefalosporiner och karbapenemer (meropenem) ökade i Västra Götaland med 2,7%, 6,1% respektive 3,3% vilket är oroande, även om ökningstakten är lägre än för 2022.

Följsamhet till behandlingsriktlinjer för infektioner på sjukhus

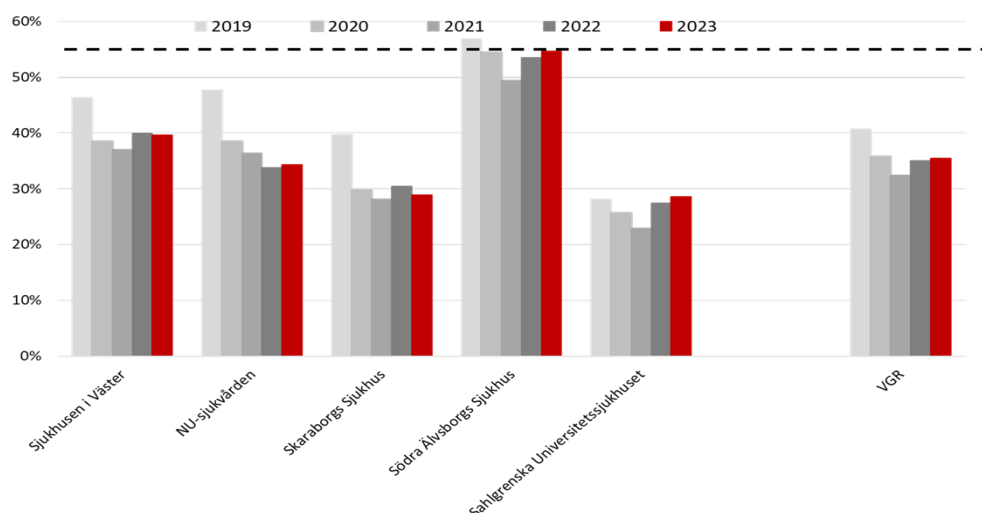
Strama-arbetet på regionens sjukhus har succesivt börjat återgå till sin prepandemiska struktur med ökande aktiviteter. Samtliga sjukhusförvaltningar genomförde den europeiska smittskyddsmyndighetens (ECDC) punktprevalensmätning för vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning under senhösten 2023. Bearbetning av det europeiska resultatet från denna mätning pågår. Resultaten för sjukhusen i VGR ses i bilden nedan. SKaS har dessutom

deltagit som pilotsjukhus i innovationsplattformen ”Antibiotikasmarta sjukhus” som leds från Folkhälsomyndigheten och nationella Strama med syfte att utvärdera kriterier för ett antibiotikasmart arbetssätt på sjukhusnivå med givande insikter som följd. Strama-SU har gjort journalgranskningar inom nio respektive åtta verksamhetsområden med fler än 100 episoder av samhällsförvärd pneumoni respektive afebril UVI och identifierat flera förbättringsområden inte minst avseende registreringar i infektionsverktyget.

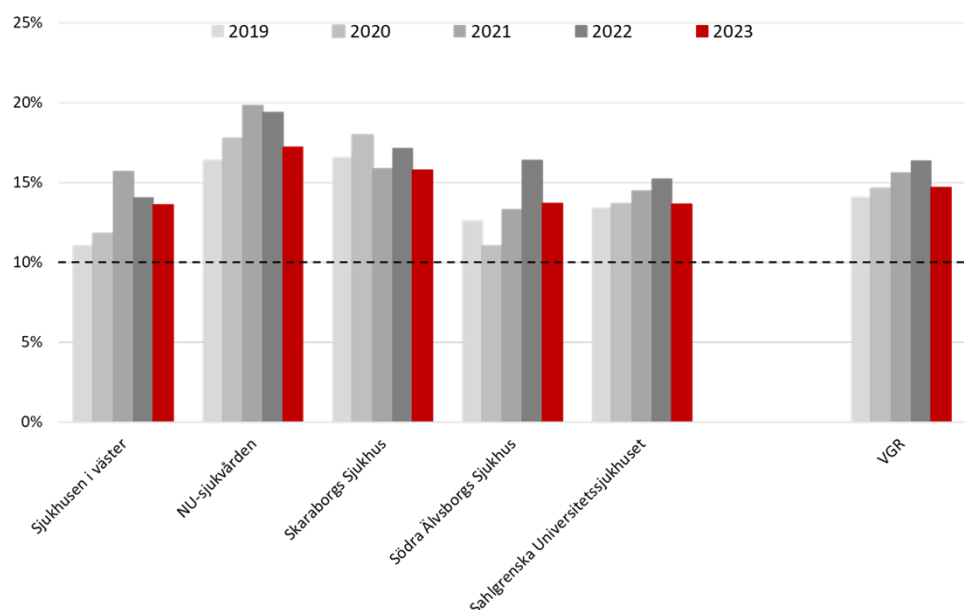


Andel patienter som behandlats med antibiotika (inklusive profylax) vid respektive sjukhus vid ECDCs punktprevalensmätning våren 2023. Antal registrerade patienter per sjukhus anges inom parentes.

Andel patienter som erhållit smalspektrumpenicillin vid samhällsförvärd lunginflammation är väsentligen oförändrad på alla regionens sjukhus (se bild nedan) och långt från målet med undantag för SÄS. Användning av kinolon (ciprofloxacin) vid afebril urinvägsinfektion ökar inte längre men är fortsatt över måttalet på flera sjukhus (se bild nedan). Journalgranskningar genomförda inom NU, SKAS och SU under året visar dock på fortsatt felregistrering av denna diagnos i infektionsverktyget vilket kan bidra till missvisande värden. För enbart kvinnor ligger nivån dock under det nationella målet om 10 % för samtliga sjukhus.



Andel patienter som initialt behandlats med smalspektrumpenicilliner för misstänkt samhällsförvärd lunginflammation på respektive sjukhus i Västra Götaland (VGR) senaste fem åren. Ett måltal på minst 55 % eftersträvas. Data från Infektionsverket.



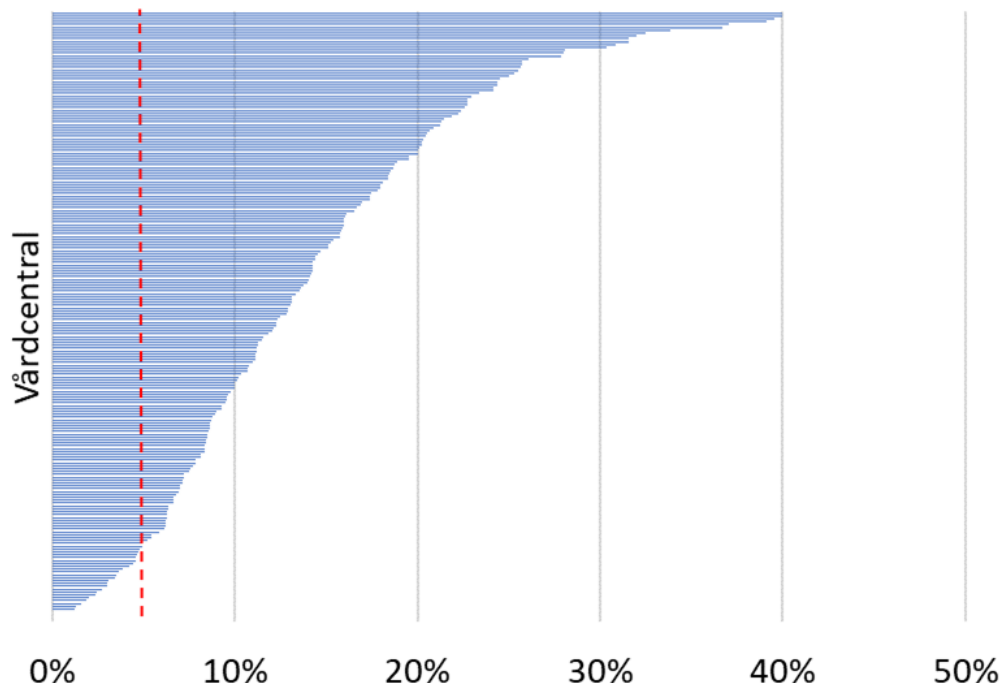
Andel patienter som initialt behandlats med en kinolon (ciprofloxacin) för misstänkt afebril urinvägsinfektion på respektive sjukhus i Västra Götaland (VGR) senaste fem åren. Ett måltal på högst 10 % eftersträvas. Data från Infektionsverket.

Antibiotikaronder som infektionsläkare genomför på högförskrivande enheter är ett viktigt och uppskattat verktyg för att kunna påverka antibiotikaanvändningen och följsamhet till riktlinjerna. De genomförs på samtliga större sjukhus i regionen undantaget på Alingsås sjukhus.

Följsamhet till behandlingsriktlinjer för infektioner inom primärvården

Det arbete som bedrivs lokalt på vårdcentralerna, med stöd av Strama VG, är en viktig faktor till att följsamheten till riktlinjerna ökar inom primärvården. Drygt 1100 läkare har granskat sin förskrivning och diskuterat behandlingsriktlinjerna ihop med kollegorna vid minst ett reflekterande möte utgående från det underlag Strama VG bistår med. Andelen (80%, 167/209) vårdcentraler som inkommit med en godkänd självdeklaration över sitt lokala Strama-arbete får fortsatt ses som hög om än lägre än tidigare år, särskilt för Närhälsan. Man lyfter åter behovet av en gemensam syn på handläggning, vikten av ett samstämmt budskap till patienterna samt att all personal måste vidareutbildas och inkluderas i Strama-arbetet. Dålig kontinuitet i bemanningen och hög andel tillfälliga vikarier poängteras ofta som bidragande faktor till låg följsamhet till riktlinjerna. Självdeklarationerna och dess slutsatser utgör ett viktigt underlag för det fortsatta Strama-arbetet inom primärvården i Västra Götaland. Se även Strama VGs rapport: "Strama-insatser inom primärvården 2023" (www.vgregion.se/strama).

Förskrivardata kopplad till aktuell infektionsdiagnos finns numera tillgängliga via SKRs kvalitetsregister "Primärvårdskvalitet". Strama VG fortsätter att utbilda i dess användning och förser under en övergångsperiod vårdcentralerna med lättolkade diagram för de viktigaste indikatorerna. Spridningen mellan vårdcentralerna är påtagligt stor och för flera indikatorer är det en stor andel vårdcentraler som inte uppnår de nationellt uppsatta målen exemplifierat i bilden nedan. Andelen kvinnor som får behandling med rekommenderade förstahandsantibiotika vid urinvägsinfektion (och inte kinoloner) är dock generellt mycket hög i hela primärvården och uppfyller väl de nationella måltalen.



Andel patienter som behandlats med antibiotika för infekterat nageltrång på respektive vårdcentral i VGR under 2023. Totalt har 2400 patienter

fått antibiotika (data från Primärvårdskvalitet). Ett måltal om färre än 5 % eftersträvas.

Följsamhet till behandlingsriktlinjer för infektioner inom tandvården. Föreskrivningen av antibiotika inom tandvården är väsentligen oförändrad (se tabell ovan). Folk tandvården Västra Götaland har inom ramen för ett kvalitetsprojekt upprepat kartlagt föreskrivning av antibiotika inom allmäntandvården. Man har identifierat ett behov av minskad antibiotikaföreskrivning på indikationen smärta samt en förbättrad handläggning av allvarliga infektioner.

Basala hygienrutiner och klädregler

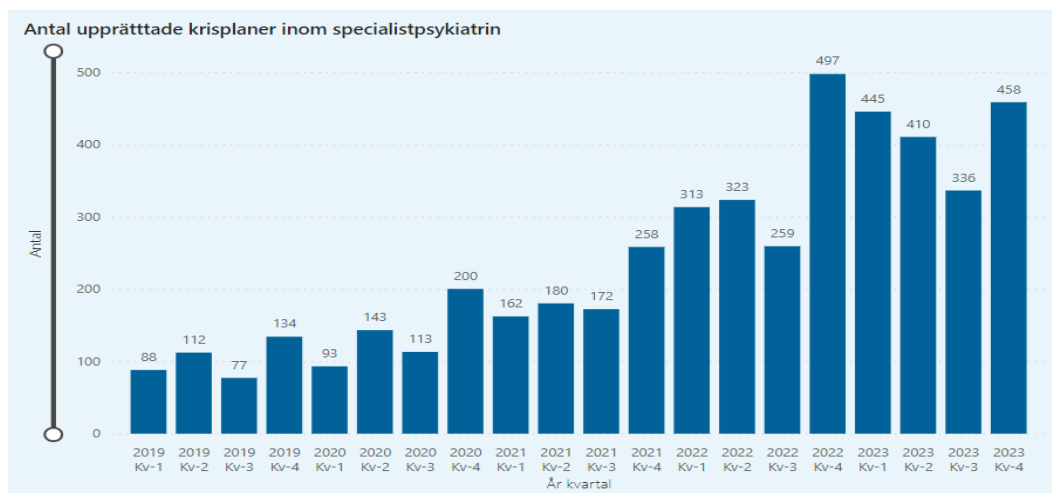
God följsamhet har framför allt betydelse för att förhindra smittspridning inom vården, mindre betydelse för att minska antalet bakterieorsakade vårdrelaterade infektioner. För vårdrelaterade virusinfektioner, t.ex. influensa, vinterkräksjuka och covid-19 har smittspridning stor betydelse.

All smittspridning kan i princip förhindras. Om detta ska lyckas beror inte bara av god följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler utan också på vilka strukturella förutsättningar som finns; tillgång till enkelrum, isoleringsrum, tillräcklig bemanning, vårdplatstillgång mm. Bemanning och som följd av det tillgång till vårdplatser på våra sjukhus har utmanat patientsäkerheten vid våra sjukhus 2023.

Arbetet med följsamhetsmätningar utgör en integrerad del av patientsäkerhetsarbetet och egenkontrollen på alla verksamheter i alla förvaltningar och följs inte längre överallt upp förvaltningsövergripande eller på regional nivå. För detaljer se respektive förvaltnings patientsäkerhetsberättelser.

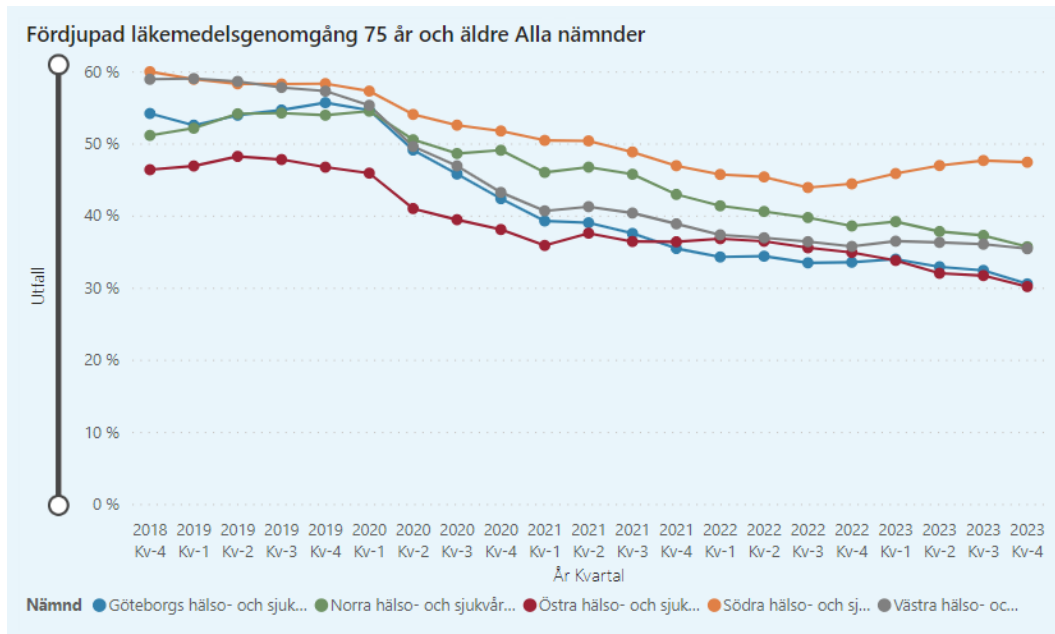
Krisplaner inom specialistpsykiatri

I krisplanen kan suicidriskbedömning ingå för vissa patienter men kan upprättas även för andra patientgrupper. Indikatorn behöver utvecklas för att mera specifikt följa utvecklingen av det suicidpreventiva arbetet. Svårigheter finns med dokumentation och statistik som behöver förenklas.



Läkemedelsgenomgångar

En nedåtgående trend för läkemedelsgenomgångar är tydlig förutom för en nämnd i regionen. Här behöver ökade insatser ske för att fler skall få en läkemedelsgenomgång.



Säker vård här och nu

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

Gröna korset är en enkel visuell metod för medarbetare i vården. Metoden används för att identifiera risker och vårdskador i realtid. Gröna korset skapar ett underlag för riktat systematiskt förbättringsarbete som ökar patientsäkerheten och stärker säkerhetskulturen. Allt fler verksamheter i VGR använder Gröna korset vid dagliga avstämningar. Under året har arbetet med ett regionalt digitalt system för dokumentation av Gröna korset fortsatt och beräknas komma med rapport våren 2024.

På SU använder man sig av metoden PIR, patientsäkerhet i Realtid och vårdomfattningsmätning för att säkra vården

Förvaltningarna har tagit fram olika typer av patientöversikter för att visualisera riskpatienter och vårdtyngd och därmed fördela resurserna för att minimera risker.

Närhälsan har under året tagit fram ett dokument med information om de vanligaste läkemedlen inom primärvården som är restnoterade. Dokumentet uppdateras varje vecka och finns tillgängligt på Närhälsans intranät.

Riskhantering

Vårdgivare ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivare uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

Arbete med att identifiera patientsäkerhetsrisker pågår kontinuerligt och är en del av det dagliga arbetet. Riskerna bedöms vid dagliga möten vid förbättringstavlor, på arbetsplatsträffar, vid kvalitet- och patientsäkerhetsombudsmöten, i ledningsgrupper samt utifrån analyser av avvikelser, synpunkter och klagomål. Vid återkommande allvarliga avvikelser övervägs att utföra riskanalys samt vid omfattande förändring i verksamheten där risk bedöms föreligga.

Exempel på arbetssätt som har införts i stora delar av Västra Götalands verksamheter i syfte att identifiera risker i verksamheten i realtid är Gröna korset. Kompletterande metoder för daglig reflektion om angränsande ämnesområden som kan påverka patientsäkerheten är Gröna A där arbetsmiljön belysas.

Barnsjukvården i regionen har via sitt Samordningsråd utarbetat en eskaleringstrappa för att arbeta förebyggande när barnsjukvården drabbas av omfattande smittspridning i samhället t.ex. RS

Vid återkommande allvarliga avvikelser, omfattande förändringar i verksamheten såsom förändringar i organisationsstruktur, ombyggnationer, arbetssätt, införande av nya IT-system eller patientflöde där risk bedöms föreligga övervägs att utföra riskanalys. Riskanalysarbete utgår från de egna ledningssystemen och *Handboken för Risk- och händelseanalys* från SKR (Sveriges Kommuner och Regioner).

I Närhälsan har riskanalysen som IVO begärde år 2022 i samband med tillsynsärendet gällande fel och misstag fortsatt varit en utgångspunkt för förvaltningens patientsäkerhetsarbete under året

Stärka analys, lärande och utveckling

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

Markörbaserad journalgranskning (MJG)

Förvaltningarna i VGR har bidragit till de nationella rapporterna avseende den somatiska vården för hela perioden 2013 - 2022 vilka innefattar drygt 18 000 slutenvårdstillfällen. Det är glädjande att se att andelen vårdtillfällen med skador och vårdskador har sjunkit. Den vanligaste skadetyper har under alla år varit vårdrelaterad infektion.

MJG-rapport psykiatrisk vård i visar att frekvensen av skador och vårdskador har sjunkit för varje år sedan mätningarna inom psykiatrin började 2017.

Händelseanalyser - Nitha

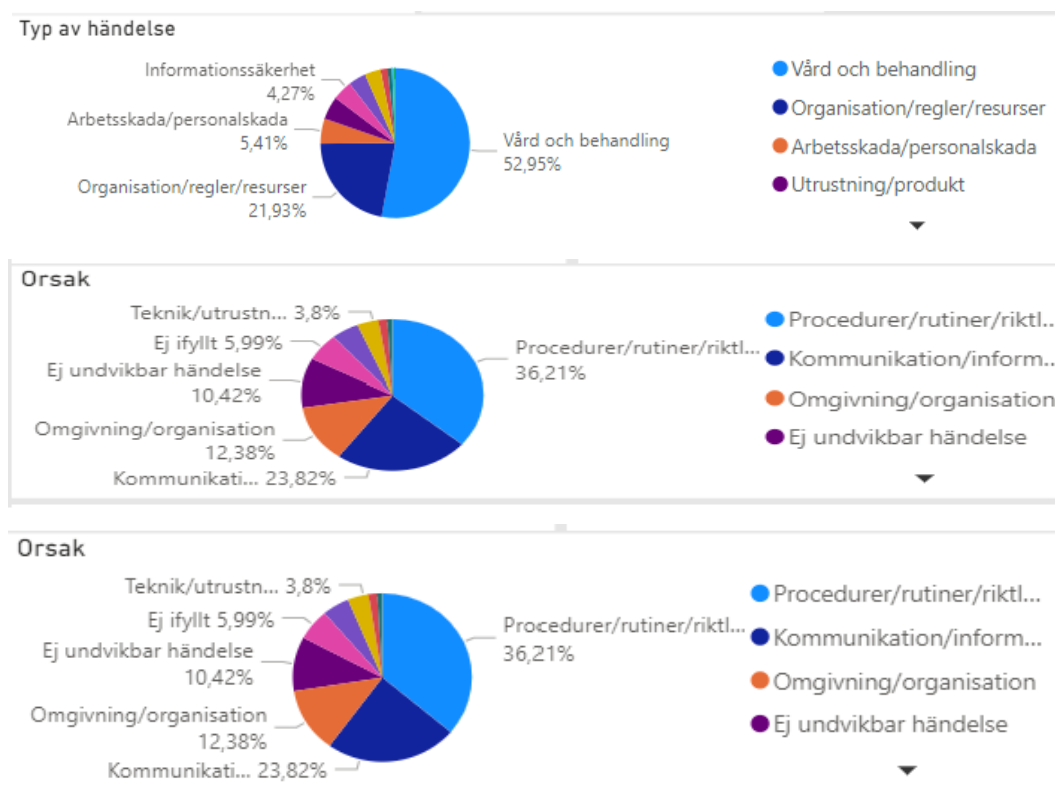
Samtliga förvaltningar genomför händelseanalyser i det nationella webbaserade it-stödet för händelseanalys, Nitha. Syftet med Nitha är att effektivisera händelseanalyserna, att öka kvaliteten och att bidra till lärande genom Nitha kunskapsbank. Kunskapsbankens syfte är att utgöra ett underlag för lärande på mikro-, meso- och makronivå. Det ökande antalet analyser i kunskapsbanken medför även att data kan aggregeras för händelser inom samma processer eller för händelser som berör samma orsaksområden. VGR har representation i den nationella expertgruppen för Nitha. VGR har under 2023 även haft kontakt med andra regioner för att dela med sig av VGRs arbetssätt gällande händelseanalyser och den höga graden av Nitha-användning.

Antalet händelseanalyser som påbörjades med Nitha i VGR sjönk med 14 % 2020 jämfört med året innan. Detta kan vara en följd av pandemin då antalet påbörjade analyser i Nitha ökade igen under 2021 och fortsatt låg på samma nivå 2022. Under 2023 ökade antalet påbörjade analyser ytterligare vilket sannolikt är en följd av att Närhälsan och Sahlgrenska Universitetssjukhuset har ökat antal påbörjade händelseanalyser jämfört med 2022. Antalet händelseanalyser som VGR har publicerat i Nitha kunskapsbank har fortsatt att minska, från 82 analyser 2022 till 71 analyser under 2023. Trots detta står VGR fortsatt för 35 % av innehållet i Nitha kunskapsbank. Förvaltningarna i VGR behöver arbeta mer aktivt för att publicera färdiga händelseanalyser i Nitha kunskapsbank för att sprida ett ökat lärande om inträffade händelser.

Under 2023 har två nätverksmöten för förvaltningarnas lokala Nitha-administratörer hållits och förvaltningar har vid behov fått stöd i händelseanalysmetoden, en enklare support i Nitha och hjälp med kvalitetsgranskningar vid behov.

Avvikelser

Varje medarbetare informeras om sin skyldighet att rapportera händelser som har medfört eller kunnat medföra vårdskada i avvikelshanteringssystemet MedControl PRO, MCP. Rapportören får via MCP en personlig återkoppling av ärendet under handlägningsprocessen. Chefer uppmuntrar medarbetare att även göra avvikelserapporter i samband med att avvikelser identifieras vid dagliga avstämningar/reflektioner typ Gröna korset, arbetsplatsträffar och vid patientsäkerhetsronder/-dialoger med mera. Genom att rapporterade avvikelser med åtföljande utredningar återkopplas vid möten på samtliga nivåer inom förvaltningarna (från arbetsplatsträffar till sjukhusledningens möten) får rapporterna en allt större betydelse i patientsäkerhetsarbetet. Utdata från avvikelserapporter följs på regional och lokal nivå bland annat utifrån antal händelser, om händelsen gäller patientklagomål eller vårdskada samt händelsetyp.



Klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter på vården från patienter och deras närstående tas emot muntligt eller skriftligt på alla nivåer inom hälso- och sjukvårdsförvaltningarna. Den som tar emot ett klagomål har ansvaret för att det blir registrerat i avvikelshanteringssystemet MCP. Samtliga klagomål utreds och de flesta besvaras av den verksamhet som klagomålet berör. Genom att hantera klagomål i avvikelshanteringssystemet blir de underlag för lärande och utveckling av verksamheterna. Ett klagomål som

innebär att en allvarlig vårdskada inträffat eller hade kunnat inträffa leder via verksamhetschef vidare till chefläkare inom respektive förvaltning, för beslut om lex Maria-anmälan.

I MCP anges om klagomålet kommit via patient, närstående, IVO, patientnämnden, Löf eller annan.

För att informera patienter och närstående om deras möjligheter att klaga använder förvaltningarna broschyrer med upplysning om till vilka instanser man kan vända sig (vårdgivaren/verksamheten, IVO, Patientnämnden och Löf) och kontaktuppgifter till dessa. För att underlätta för invånarna att framföra synpunkter och klagomål har vissa enheter öppnat för möjligheten att lämna klagomål och synpunkter på vård och behandling via 1177 vårdguidens e-tjänster.

Regionalt stöd erbjuder förvaltningarna kring att skapa en ändamålsenlig klagomålshantering. Bland annat genom att regelbundet delta i regionala förvaltningsmöten avseende MCP.

Precis som tidigare år rör majoriteten av klagomålen synpunkter på brister avseende vård och behandling, tillgänglighet samt bemötande/kommunikation/information.

Nedanstående tabell visar antal registrerade patientklagomål i MCP per år i VGR.

År	2019	2020	2021	2022	2023
Registrerade patientklagomål i MCP	5972	5264	5861	5763	6456

Källa: MCP (datauttag 24-02-19)

Det har skett en ökning av antal klagomål och synpunkter till de fem patientnämnderna inom VGR mellan åren 2022 och 2023. Antal klagomål för 2022 var 5013 att jämföra med 4939 för år 2021.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

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

Riskmedvetenhet och beredskap har fått ökat fokus i regionen de senaste åren. Allt mot bakgrund av Pandemin, Cyberhot och kriget i Ukraina. Arbetet pågår med för att förbättra regionens förmåga och beredskap. Här kan nämnas arbetet med förstärkt IVA vård, hantering av kritiska restsituationer av läkemedel och kontinuitetsplanering.

Inom regionens förvaltningar har olika metoder för att öka riskmedvetenhet hos medarbetare och beredskap använts under året. Exempel på detta är simulering och träning i akuta situationer, kompetensutveckling och lärande utifrån tidigare händelser. En metod för att öka riskmedvetenheten är Gröna korset.

För stöd till regioner och kommuner för att ta fram handlingsplaner, göra prioriteringar och sätta mål för patientsäkerhetsarbetet används

analysverktyget "Verktyg för stärkt patientsäkerhetsarbete". Enheten för patientsäkerhet erbjuder stöd till användare av verktyget. Enhet patientsäkerhet ger metodstöd till riskanalyser när förvaltningar har behov. Vi kan även vara deltagare i riskanalyser som rör fler än en förvaltning.

Mål och strategier för kommande år

Patientsäkerhetsarbetet är långsiktigt och kräver tålamod. På kort sikt framgår i Västra Götalands mål och strategier i Regional Handlingsplan för ökad patientsäkerhet 2022–2024 samt dess kortversion.

Indikatoruppföljningen visar att det finns en stor förbättringspotential. Bedömningen är att fortsatt arbete med de största vårdskadeområdena är nödvändigt men ett ökat fokus från att "så få saker som möjligt blir fel" till att sträva efter att "så många saker som möjligt blir rätt". Det är även tydligt att implementeringen av av s kända förebyggande åtgärder behöver intensifieras

För att möta de framtida utmaningarna med kompetensförsörjning, ekonomi, tillgänglighet till vård, den medicinska utvecklingen och den åldrande befolkningen som regionen har framför sig behöver många åtgärder vidtas för att säkra en god och säker vård. Det är viktigt att involvera patientsäkerhets perspektivet i alla förändringsarbeten där risk- och konsekvensanalyser ur ett patientsäkerhetsperspektiv är viktiga komponenter. Arbetet med Omställning till Nära vård, kompetensförsörjning och prioriteringar i vården behöver intensifieras på alla nivåer i regionen.

Team patientsäkerhet kommer att övergripande stötta såväl Koncernkontoret som förvaltningarna i detta arbete.

Arbete behöver läggas på att minska den höga belägningsgraden som ökar risken för vårdskador. Flera åtgärder krävs i patientens hela "vårdresa" men även kompetensförsörjning och översyn av arbetsformer är viktiga för att öka antalet disponibla vårdplatser.

Samverkan och Samarbete.

Samverkan och samarbete på alla nivåer och mellan verksamheter är viktiga förutsättningar för utvecklingen av patientsäkerheten i regionen och har ökat under året men behöver ytterligare stärkas. Inte minst samverkan med kommunerna är viktig i omställningen till Nära Vård.

Patienters och Närståendes medverkan behöver öka för att tillvarata deras synpunkter och behov för att utveckla en vård som bättre uppfyller invånarnas förväntningar

Utbildning

Stor vikt behöver läggas på utökad utbildning i patientsäkerhet. Socialstyrelsens E-utbildning i patientsäkerhet kan användas på alla nivåer i hälso- och sjukvården. Målet är att utbildning i patientsäkerhet skall vara

en återkommande aktivitet på alla förvaltningar och att utbildning i patientsäkerhet skall få större plats i alla utbildningsplaner.

Patientsäkerhetskultur

Patientsäkerhetskulturen behöver stärkas och ett ökat användande av verktyget Gröna korset är en viktig. Utvecklandet av ett digital Gröna kors som pågår i regionen kommer att underlätta arbetet. MAPS, VGR:s app för att mäta arbetsmiljö och patientsäkerhet kommer att kunna användas för att mäta just för verksamheten specifika frågeställningar och resultat av förändringsarbetet. Uppföljning av riktade insatser kommer därmed att underlättas.

Trycksår, undernäring och fall

Team patientsäkerhet har som mål att arbeta integrerat med insatsområdena trycksår, undernäring och fall för att öka drivkraften i arbetet och få synergieffekter. Arbetet kommer bland annat att genomföras i samverkan med förvaltningarna genom Nätverk för patientsäkerhet och omvårdnad. Arbetet med ett utbildningspaket har under året påbörjats

Markörbaserad journalgranskning, MJG

Nationell insamling av MJG data via SKR har avvecklats. Behovet och efterfrågan på ett IT baserat verktyg för MJG har identifierats nationellt men finns inte att tillgå. Nationellt undersöks möjligheter att utveckla ett sådant verktyg och här kan regionen aktivt delta. Gransknings teamens kompetens trots att MJG inte sammanställs nationellt kan fortsatt användas i verksamhets utvecklande syften.

Vårdrelaterade infektioner och smittspridning i vården

Förhoppningen för 2024 är att det långsiktiga strategiska arbete som sattes på undantag under pandemiåren men som kunde återupptas under 2023 ska få ökad kraft och leda till resultat. I det arbetet kommer vårdrelaterade infektioner av annat slag än covid-19 att vara ett fokus för det förebyggande arbetet.

Under 2024 kommer en regional handlingsplan mot vårdrelaterade infektioner och smittspridning tas fram som ett led i implementering av Vägledning för vårdhygieniskt arbete, ett kunskapsstöd skapat inom ramen för regionernas kunskapsstyrning av Nationell arbetsgrupp vårdhygien, och som bygger på WHO:s koncept för vårdhygieniskt arbete. Planen ska fungera som ett styrdokument för regionens utförarverksamheter. Arbete för ökad användning av data från Infektionsverktyget i verksamheterna och ökad datakvalitet fortgår. Team patientsäkerhet vid Avd patientsäkerhet och medicinsk krisberedskap på Koncernkontoret kommer fortsätta att följa upp utbildningsmål relaterat till VRI för forskrivare.

Antibiotikaresistens

Trots ett framgångsrikt arbete i Västra Götaland sedan 10 år tillbaka är det en stor utmaning att fortsatt bibehålla och förbättra det goda arbetet. Strama-arbetet på våra sjukhus har succesivt återupptagits efter pandemin med vissa om än små tecken på begynnande förbättringar i följsamhet till behandlingsriktlinjerna. Flertalet sjukhus är dock långt från uppsatta mål, varför det är av stor vikt att antibiotikaranderna bibehålls och att antalet

ökar samt att det lokala arbetet på verksamhetsnivå tilltar för att förbättra följsamheten. Behovet av vägledning från sjukhusstramagrupperna på verksamhetsnivå är fortsatt påtagligt. Det förutsätter att stramagrupperna har ett tydligt och långsiktigt uppdrag. Årliga avstämningar mellan sjukhusstrama och de olika verksamheterna bör utföras i ökad omfattning. Likaså behöver kontakt-/verktygläkarfunktionen tydliggöras och tid regelbundet avsättas för arbetet enligt den uppdragsbeskrivning som tagits fram.

Det framgångsrika arbete som genomförts inom primärvården på lokal nivå behöver fortgå kontinuerligt. Det blir mycket tydligt när primärvårdens självdeklarationer granskas. Årets minskande andel (80%) inkomna självdeklarationer är därför oroande. Arbetet förutsätter att tid avsätts för kontaktläkararbetet och reflekterande möten på vårdcentralerna. Utan ersättning som morot för genomfört arbete skulle sannolikt andelen vårdcentraler som genomför självdeklarationsarbete bli ännu lägre. Strama VG kommer fortsatt att kontinuerligt stödja och underlättar det lokala förbättringsarbetet. Såväl fysiska som digitala utbildningar kommer fortgå, inte minst de mycket uppskattade lunch-webbinarierna. Särskilda satsningar riktad mot sjuksköterskor respektive jourcentraler och bemanningsläkare