

Västra Götalandsregionen

# Patientsäkerhetsplan 2015

Fastställd av Hälso- och sjukvårdsstyrelsen 2015 –02-27

## Innehåll

Patientsäkerhetsplan 2015.....	2
Övergripande strategiområden.....	2
Patientsäkerhetskultur .....	2
Patientdelaktighet .....	3
Regional samordning och erfarenhetsutbyte.....	4
Verktyg och metoder.....	4
Systematisk journalgranskning.....	4
Händelse- och riskanalyser.....	5
Analys av inträffade vårdskador och tillbud.....	7
Insatsområden.....	9
Vårdrelaterade infektioner.....	9
Antibiotikaresistens.....	10
Trycksår .....	11
Strålsäkerhet .....	12
Överbeläggningar .....	13
Fallskador .....	14
Läkemedelsrelaterade skador .....	14
Patientsäkerhetsforskning.....	15

# Patientsäkerhetsplan 2015

## **Inledning**

Västra Götalandsregionens vård håller mycket hög kvalitet. Samtidigt är vården inte så säker som den kunde vara. Man kan uppskatta att undvikbara skador (vårdskador) uppkommer i samband med mellan 5 och 10 procent av alla slutenvårdstillfällen. Även i öppen vård förekommer vårdskador.

Patientsäkerhetsarbete innebär insatser för att minska riskerna för vårdskador. Alla skador som kunnat undvikas om rätt åtgärd vidtagits av vården räknas som vårdskador.

Patientsäkerhetsarbetet skall i grunden innebära en nollvision för vårdskador vilket innebär att sjukvården hela tiden skall sträva efter att minska antalet undvikbara skador

Patientsäkerhetsarbetet inom Västra Götalandsregionen har under åren 2011-2014 dominerats av insatser inom ramen för den nationella satsningen för ökad patientsäkerhet. När denna satsning i sin nuvarande form upphör är det angeläget att Västra Götalandsregionen fortsätter arbetet med ett systematiskt och samordnat patientsäkerhetsarbete. Den infrastruktur som byggts upp för arbetet både regionalt och nationellt måste bibehållas och utvecklas så att vi även under kommande år har arbetsmetoder och uppföljningsmetoder för ett systematiskt arbete.

I föreliggande patientsäkerhetsplan definieras strategiområden, arbetsmetoder och insatsområden för patientsäkerhetsarbetet i Västra Götalandsregionen. Inriktning och ansvarsfördelning definieras. Där det är möjligt anges övergripande regionala mål. Dessa mål måste sedan brytas ned till enskild förvaltning utifrån den verksamhet som bedrivs.

Uppföljning av mål och aktiviteter sker i Patientsäkerhetsberättelse för 2015.

Patientsäkerhetsplanen avser all vård som finansieras av Västra Götalandsregionen .

## Övergripande strategiområden

### Patientsäkerhetskultur

#### **Inriktning**

Patientsäkerhetskultur innefattar förhållningsätt och attityder, hos individer och grupper inom en vårdenhet, som har betydelse för patientsäkerheten. Fortlöpande uppföljning av patientsäkerhetskulturens utveckling är en viktig komponent i den egenkontroll som vårdgivaren är skyldig att genomföra regelbundet.

Mätningar av patientsäkerhetskulturen ska genomföras i Västra Götalandsregionens utförarförvaltningar 2015 och sedan vart annat år. Mätningarna följs upp med handlingsplaner på alla nivåer baserat på mätningens resultat

Insatser för att förbättra patientsäkerhetskulturen ska genomsyra samtliga insatsområden i patientsäkerhetsplanen.

#### **Ansvarsfördelning**

Koncernstaben:

- Stödjer och samordnar regionens patientsäkerhetskulturmätningar
- Initierar och stödjer erfarenhetsutbyte mellan förvaltningarna
- Bevakar forskning och utveckling inom området

Förvaltningarna:

- Genomför patientsäkerhetskulturmätningar
- Fortsätta interventioner för att stärka patientsäkerhetskulturen
- Verka för att öka benägenheten att rapportera avvikelser

## Mål

En procentuell höjning med 10 % jämfört med resultatet 2013 i dimensionerna:

- Benägenhet att rapportera avvikelser
- Återföring och kommunikation av avvikelser

En svarsfrekvens =>70 % i nästa mätning av patientsäkerhetskulturen

## Patientdelaktighet

### Inriktning

Systematisk patientmedverkan i patientsäkerhetsarbetet är ett viktigt och nödvändigt förbättringsområde för att stärka patientsäkerheten, genom att tillvarata patienter och närståendes synpunkter och förbättringsförslag kring vård och behandling.

Verksamhetsutveckling i Västra Götalandsregionen har utvecklat metoden "Tänk om i 4 steg" i syfte att involvera patient och närstående i att utveckla vården. 4-steg är en metod som gör det möjligt att ta tillvara patienternas och personalens erfarenheter i syfte att öka patienttillfredsställelse och patientsäkerhet.

### Ansvarsfördelning

Koncernstab

Utveckla metoder för patientdelaktighet i patientsäkerhetsarbete på alla nivåer i organisationen

Förvaltningar

Tillämpa metoder för patientdelaktighet och göra patienter delaktiga såväl i utvecklingsarbete som i utredning av enskilda tillbud och vårdskadehändelser.

## Regional samordning och erfarenhetsutbyte

### Inriktning

Inom Västra Götalandsregionen bedrivs ett aktivt arbete för att förebygga vårdskador inom alla utförarförvaltningar såväl som inom koncernstaben. För få avsedd effekt i den direkta sjukvårdsverksamheten måste en stor del av arbete ske på förvaltnings- och verksamhetsnivå. Stora vinster finns dock att göra med erfarenhetsutbyte och samverkan inom ramen för ledningsarbetet inom hälso- och sjukvården. Koncernstaben måste här ha en aktiv roll dels i arbetet med att utveckla system för samverkan och erfarenhetsutbyte, dels genom att direkt sprida erfarenheter och ta initiativ till förbättringsarbete.

För att säkra kontakterna mellan utförarförvaltningar och koncernstaben sker regelbundna avstämningar i form av chefläkarmöten och nätverksträffar inom olika insatsområden

Arbetet med att utveckla regionens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete utgör en betydande del i detta arbete.

### Ansvarsfördelning

#### Koncernstab

- Driver chefläkarmöten och nätverksträffar för ansvariga befattningshavare inom patientsäkerhetsarbetet
- Sprider erfarenheter av patientsäkerhetsarbete genom t.ex. analyser, konferenser, utbildningar
- Samordnar arbetet med att utforma patientsäkerhetsberättelser på regional- och förvaltningsnivå
- Ansvarar för kontakter med tillsynsmyndigheter på översta vårdgivarnivån
- Tar initiativ till att regionala riktlinjer utformas med utgångspunkt i erfarenheter från risk- och händelseanalyser samt statlig tillsyn
- Utvecklar regionens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

#### Förvaltningar

- Deltar i regionalt erfarenhetsutbyte
- Sprider erfarenheter från övriga regionen inom egen organisation
- Utvecklar sina egna ledningssystem inom ramen för det regionala arbetet

## Verktyg och metoder

### Systematisk journalgranskning

### Inriktning

En nationell databas med data från samtliga sjukhus skapar en unik möjlighet att följa skador och vårdskador över tid.

Socialstyrelsens vårdskadestudie 2003/2004 omfattade 1 967 granskade slutenvårdstillfällena. Studien visade att 8,6 procent av patienterna fått vårdskador (undvikbara skador).

Sveriges Kommuner och Landstings studie omfattar hittills 29 860 granskade slutenvårdstillfällena från perioden 2013-14. SKL beräknar att 9,1 procent av patienterna fick vårdskador (undvikbara skador) Om studiens resultat räknas om till att gälla samtliga 1,35 miljoner vårdtillfällen under studieperioden beräknar SKL att drygt 3000 patienter\* kan ha fått bestående men av varierande allvarlighetsgrad. I 1400-1800 fall kan vårdskador ha varit en bidragande orsak till att patienten avled.

Metoden att genomföra strukturerade journalgranskningar ger deltagande verksamheter förutsättningar att kartlägga vårdskadeförekomsten inom sitt område och vilket ger ett värdefullt stöd till säkerhets- och utvecklingsarbete och en möjlighet att jämföra egen utveckling över tid

### **Ansvarsfördelning**

Koncernstaben:

- Sprida information från SKL avseende metoden och kommande utbildningar
- Erfarenhetsutbytesdagar för granskningsteam

Förvaltningarna:

- Fortsatt granskning på sjukhusnivå enligt nationella överenskommelser (halverat antal journaler/sjukhus jämfört med 2014)
- Fortsatt användning av journalgranskning på klinisknivå som grund för förbättringsarbete
- Påbörja journalgranskning inom barnsjukvård och psykiatri

### Händelse- och riskanalyser

#### **Inriktning**

Händelseanalyser görs för att klarlägga händelseförlopp och bidragande orsaker till att oönskade händelser uppstått som medförde eller kunde medföra vårdskada. Riskanalyser görs för att identifiera risker och orsaker till att oönskade händelser och skador ska uppkomma i en verksamhet eller en vårdprocess. Detta angreppssätt att identifiera brister, i både händelse- och riskanalyser, kallas för safety 1. Analyserna kan också användas för att identifiera faktorer som är av betydelse för att dämpa risken för att en skada ska uppstå efter en oönskad händelse eller att begränsa skadans omfattning och konsekvenser. Att på detta sätt identifiera framgångsfaktorer kallas för safety 2. Riskanalyser bör som underlag bli en innefatta resultaten av gjorda händelseanalyser (såväl i den egna organisationen som av andra) och utredningar av avvikelser. Händelse- och riskanalyser leder till att åtgärder som baseras på safety 1 och/eller safety 2 kan identifieras och implementeras i

verksamheten vilka syftar till att minska risken för oönskade händelser och därigenom stärka patientsäkerheten. Hittills har arbetet med risk- och händelseanalyser huvudsakligen grundat sig på safety 1. Arbetet med framför allt riskanalyser bör utvidgas så att fler analyser görs. Arbetet med händelseanalyser bör i ökad omfattning ske strukturerat och enligt den metod som stöds av Nitha (Nationellt IT-stöd för händelseanalys) som i sin tur baseras på den handbok som getts ut av Socialstyrelsen och SKL. Resultaten av händelseanalyser bör läggas in i den nationella kunskapsbank som finns i Nitha och därigenom bidra till att öka möjligheterna till erfarenhetsutbyte nationellt. För att säkerställa att de åtgärder som vidtas på basen av fynden av händelse- och riskanalyser får avsedd effekt måste de följas upp och utvärderas genom egenkontroll.

En ny metod som bygger på att analysera vårdprocesser som funktioner och deras samverkan och beroende av varandra är under utveckling (FRAM – Funktions- och ResonansAnalysMetod) och kan vara användbar i situationer där de vanliga metoderna för händelse- och riskanalys inte upplevs som tillräckliga. FRAM bör utgöra en del av utvecklingsarbetet inom patientsäkerhetsområdet.

### **Ansvarsfördelning**

Koncernstab:

- Delta i arbetet med ett regionövergripande ledningssystem som berör händelse- och riskanalyser
- Sammanställa, analysera och återföra resultaten av händelseanalyser på aggregerad nivå
- På regionövergripande nivå följa uppföljningen av implementerade åtgärder och effekterna av patientsäkerhetsarbetet genom gemensamma system för egenkontroll
- Sprida kunskap om hur händelse- och riskanalyser bör genomföras
- Koordinera regionövergripande implementering av Nitha och strukturerad händelseanalys
- Sprida erfarenheter av riskanalyser, bl.a. genom att forma en regionövergripande databas
- Tillhandahålla kunskaper om och driva utvecklingen av FRAM till en implementerad metod i patientsäkerhetsarbetet
- Delta i och bevaka arbetet och kunskapsbildningen kring händelse- och riskanalyser nationellt och internationellt

Förvaltningarna:

- Göra händelseanalyser vid oönskade händelser som medförde eller kunde medföra allvarlig skada eller vid upprepade händelser
- Öka implementeringen av strukturerade händelseanalyser med hjälp av Nitha och överföra dessa analyser till den nationella kunskapsbanken
- Göra riskanalyser inför förändringar av verksamheten och vid upprepade oönskade händelser
- Följa upp vidtagna åtgärder och deras effekter på följsamhet och patientsäkerhet genom egenkontroll
- Bevaka och delta i utvecklingen och implementeringen av FRAM

### **Mål**

Genom att använda relevanta metoder för händelse- och riskanalys öka kvaliteten i utredningarna av händelser och inför verksamhetsförändringar så att risken för vårdskador minskar på ett effektivt sätt.

- Antalet gjorda riskanalyser ska varje år öka på förvaltningsnivå.
- Samtliga förvaltningar som utför hälso- och sjukvård ska under 2015 ha implementerat Nitha.

- Andelen Lex Maria-anmälningar som föregåtts av händelseanalys i Nitha ska varje år öka på förvaltningsnivå.
- Minst 2 analyser med FRAM ska göras årligen i regionen

## Analys av inträffade vårdskador och tillbud

### Inriktning

För att kunna bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete krävs bl. a. att identifierade avvikelser (oönskade händelser) rapporteras in i och handläggs genom den process som styrs av ett avvikelshanteringssystem. Systemet ska bl. a. säkerställa att händelserna utreds och att åtgärder vidtas som leder till att patientsäkerheten stärks genom att verksamheten fortlöpande utvecklas. MedControl PRO (MCP) är det system för avvikelshantering som används av alla utförare där Västra Götalandsregionen är vårdgivare och har varit i bruk i sin nuvarande form sedan 2010.

Inrapporteringsfrekvensen i MCP är hög och i stigande vilket talar för att systemet uppfattas som ändamålsenligt. Genom att alla avvikelser, oavsett hur de har upptäckts, konsekvent rapporteras in i systemet skapas förutsättningar för en enhetlig hantering med hög kvalitet. Hanteringen som stöds av MCP innefattar bl. a. bedömning av händelsens art och svårighetsgrad, beslut om händelseanalys, ställningstagande till Lex Maria-anmälan och uppföljning av beslutade åtgärder. Genom att samtlig dokumentation som rör utredningen av händelsen samlas i MCP ges möjligheter till extrahering av data för analyser på aggregerad nivå som är användbara för strategiska beslut och för generering av ny kunskap inom patientsäkerhetsområdet.

Hittills har MCP huvudsakligen använts för inrapportering av händelser som upptäckts av hälso- och sjukvårdspersonalen i den egna verksamheten. Eftersom många andra händelser upptäcks genom klagomål från patienter och närstående (genom direkt kontakt med verksamheten, via Patientnämnden eller IVO, eller genom ansökan om ersättning hos LÖF) samt vid strukturerad journalgranskning (MJG) bör även sådana händelser läggas in i MCP för att säkerställa en systematisk hantering med hög kvalitet.

Avvikelsehanteringssystemet ska utöver att ge stöd för att varje avvikelse hanteras på ett adekvat sätt också användas för återkommande sammanställningar av avvikelser, de resultat som utredningarna gett och uppföljningar av åtgärder. Sammanställningarna kan göras på alla nivåer i organisationen beroende på vilket fokus de efterföljande analyserna ska ha. Målet med analyserna är att identifiera risk- och förbättringsområden på basen av återkommande händelser, samt av upptäckta brister och framgångsfaktorer. Sammanställningarna och resultaten av analyserna ska, precis som resultaten av de enskilda händelseanalyserna, återföras till verksamheten och dess personal och leda till ökad kunskap om patientsäkerheten i verksamheten och delaktighet i verksamhetsförbättring. De sammanställningar som görs i varje verksamhet utgör underlag för förvaltnings- och regionövergripande sammanställningar som får strategisk betydelse för vårdgivarens patientsäkerhetsarbete. Rapportering och återföring på varje nivå i organisationen är en viktig grund för delaktighet och framgång.

Vid Patientsäkerhetsenheten har sedan början av 2012 innehållet i samtliga utredningar som lett till beslut från Socialstyrelsen/IVO i klagomål och Lex Maria-ärenden systematiskt extraherats och samlats i en databas ("Beslutsdatabasen"). Databasen ger möjligheter till systematisk sammanställning och analys av allvarliga avvikelser vilket ger kunskaper om hur och varför avvikelser uppstår inom olika verksamhetstyper och vårdprocesser. Genom att sprida denna kunskap kan

medvetenheten om riskerna i vården stärkas. Kunskapen kan också utgöra underlag för strategiska beslut om förändringar på alla nivåer. Databasen kan användas som underlag för riskanalyser och för att identifiera händelser som upprepas och som behöver särskilt fokus.

### **Ansvarsfördelning**

Koncernstaben:

- På regionövergripande nivå stödja och följa upp användningen av MCP för att hantera avvikelser och uppföljning av åtgärder
- På regionövergripande nivå sammanställa och analysera innehållet i MCP med fokus på allvarliga avvikelser
- Göra sammanställningar och analyser av allvarliga händelser som anmälts till IVO
- Göra kunskapssammanställningar på basen av analyserade avvikelser och sprida dessa via olika kanaler och media
- Medverka till att regionala riktlinjer utarbetas som stärker patientsäkerheten
- Samverka med IVO, Patientnämnden och andra aktörer på regional och nationell nivå i frågor som rör patientsäkerheten i Västra Götalandsregionen
- Delta i och bevaka arbete på nationell nivå som påverkar handläggningen av avvikelser och deras kunskapsinnehåll
- Delta i utvecklingen av användbarheten och användningen av MCP
- Underhålla och utveckla beslutsdatabasen samt använda databasen för att identifiera förbättringsområden och följa upp effekterna av det sammantagna patientsäkerhetsarbetet
- Ha fortlöpande kännedom om alla allvarliga händelser som inträffar inom vårdgivarområdet och som leder till Lex Maria-anmälan
- Ha fortlöpande kännedom om de klagomål på vården som framförs till IVO och Patientnämnden

Förvaltningarna:

- Säkra att MCP används för rapportering och hantering av oönskade händelser som innebär vårdskada
- Säkra att alla avvikelser oavsett hur de upptäcks (personalrapporter, klagomål, journalgranskning) rapporteras in i MCP
- Säkra att beslutade åtgärder efter händelseutredningen införs och följs upp i MCP
- Säkra att verksamheterna gör systematiska sammanställningar och analyser av rapporterade avvikelser, samt att dessa ligger till grund för motsvarande sammanställningar på förvaltningsnivå
- Säkra att handläggningen av rapporterade avvikelser och sammanställningar återförs på alla nivåer i förvaltningen och utgör underlag för verksamhetsförbättring
- Säkra att resultaten av avvikelshanteringen återförs till personalen och att personalen görs delaktig i ett aktivt patientsäkerhetsarbete
- Gör Lex Maria-anmälningar av allvarliga händelser (oavsett hur händelsen upptäcktes) och använda innehållet i avvikelshanteringssystemet och regionens beslutsdatabas som en del i underlaget i internutredningen
- Säkra att koncernstaben får fortlöpande kännedom om händelser som leder till Lex Maria-anmälan, samt resultatet av internutredningen

## Mål

Öka den systematiska användningen av avvikelshanteringssystemet och resultaten av utredningar så att de kunskaper erhålls som behövs för ett fokuserat och effektivt patientsäkerhetsarbete där alla nivåer i organisationen är delaktiga.

- Årlig ökning av antalet inrapporterade avvikelser i MCP på förvaltningsnivå
- Öka andelen Lex Maria-anmälningar som görs på basen av klagomål respektive händelser som upptäcks vid strukturerad journalgranskning
- Öka antalet sammanställningar och analyser ur MCP som görs på verksamhetsnivå och som leder till verksamhetsförändringar
- På basen av sammanställningar och analyser av avvikelser årligen starta minst ett regionövergripande förändringsprojekt

## Insatsområden

### Vårdrelaterade infektioner

#### Inriktning

Vårdrelaterade infektioner förekommer hos knappt 10 % av alla patienter som vårdas inom somatisk slutenvård. Sedan 2008 har detta studerats med hjälp av återkommande punktprevalensmätningar. Efter en initial minskning av prevalensen har siffran under de senaste åren legat stationär för regionen som helhet. Den initiala förbättringen kan möjligen sättas i samband med en ökad följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler.

För att ytterligare minska förekomsten av vårdrelaterade infektioner krävs nu ett systematiskt arbete på verksamhetsnivå med insatser fokuserade på lokala resultat. För att stödja detta arbete har ett IT-baserat uppföljningssystem (Infektionsverktyget) införts på samtliga sjukhuset. Det lokala arbetet ska bedrivas av verksamheten med stöd av vårdhygienisk kompetens. Ledning på alla nivåer måste erbjuda stöd och efterfråga resultat.

Även inom specialiserad öppenvård och primärvård skall ett systematiskt arbete för att minska vårdrelaterade infektioner bedrivas.

Under året sker en övergång från att mäta antalet vårdrelaterade infektioner med punktprevalensmätning till att mäta med Infektionsverktyget. En punktprevalensmätning genomförs under våren 2015.

Följsamhet till basala hygienregler och klädregler skall ske inom ramen för verksamheternas egenkontroll

Städning av vårdlokaler skall ske enligt regionala riktlinjer som successivt införs efter beslut av Regionstyrelsen.

#### Ansvarsfördelning

Förvaltningarna:

- Förbättringsarbetet bedrivs på verksamhetsnivå med stöd från respektive förvaltningsledning och regionens fyra vårdhygieniska enheter.
- Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler mäts inom ramen för verksamheternas egenkontroll

- För sjukhusen skall resultat från Infektionsverktyget valideras och användas i förbättringsarbete

Koncernstaben:

- Samordning framför allt i form av att funktioner hos Infektionsverktyget säkras och validering följs upp
- Ett system för uppföljning av resultat samlat för regionen tas fram tillsammans med nya måttal.

## **Mål**

Regionfullmäktiges mål för vårdrelaterade infektioner under 2015 är 7 % mätt med punktprevalens för regionen som helhet. Varje förvaltning måste ta fram egna mål beroende på den verksamhet man bedriver. Alla förvaltningar skall ha mål som innebär en sänkning från 2014 års nivå.

## Antibiotikaresistens

### **Inriktning**

Tilltagande antibiotikaresistens utgör ett stort hot mot vår framtida hälsa. Antibiotika används inom alla verksamheter och är en fundamental byggsten i dagens högteknologiska vård. Åtgärder krävs för att minska smittspridning, minska infektionsbördan, inte minst de vårdrelaterade infektionerna (VRI), samt öka kunskapen om hur antibiotika används rationellt. För detta krävs information om aktuellt resistensläge och förskrivningsmönster, uppdaterade behandlingsriktlinjer anpassade till rådande resistensläge och utvärdering av följsamheten till dessa riktlinjer. Detta är Stramas huvudarbete. Trots ett framgångsrikt arbete, främst inom primärvården, som resulterat i en 20 % minskning av receptförskrivningen de senaste två åren är den sammanlagda förskrivningen fortsatt hög och stora skillnader kvarstår inom regionen.

Likaså är antibiotikaanvändning inom slutenvård hög och uppvisar stora skillnader mellan förvaltningar och vårdenheter utan påvisade medicinska orsaker. Med införande av infektionsverktyget skapas förutsättningar för att strama-arbetet inom slutenvård nu kan bli effektivare. Det kommer att kräva utbildningsinsatser om behandlingsriktlinjer, VRI, validering av data, rapportuttag och analys.

### **Ansvarsfördelning**

Regionala Strama har ett övergripande ansvar för att leda, samordna och stötta det strama-arbete som bedrivs i regionen inklusive inom tandvården. Därtill bör Regionala Strama bistå med information till allmänheten via exempelvis media.

Regionala Strama ansvarar för att analysera och övervaka antibiotikaresistensläget, förskrivning och följsamheten till behandlingsriktlinjerna på övergripande nivå. För slutenvården sker det sistnämnda huvudsakligen via infektionsverktyget. Såväl under- som överförskrivning måste bevakas med särskilt fokus på resistensdrivande behandlingar.

För strama-arbetet inom primärvården ansvarar Regionala Strama för att föra ut kunskap om nya behandlingsriktlinjer och analysera följsamheten till dessa i samarbete med kontaktläkare. Dessa ska

i sin tur sprida kunskap och uppmärksamma kollegor och chefer om det lokala förskrivarmönstret och följsamheten till riktlinjerna. En förutsättning är att erforderlig tid avsätts för kontaktläkaruppdraget.

För strama-arbetet inom slutenvården ansvarar förvaltningarnas egna sjukhusstramagrupper, med stöd från Regionala Strama. Sjukhusstramagrupperna ska övervaka och analysera lokala resistens- och förskrivardata samt följsamhet till behandlingsriktlinjer på förvaltningsnivå med särskilt fokus på resistensdrivande behandlingsalternativ. En förutsättning är att sjukhusstramagrupperna ges ett fortsatt och långsiktigt uppdrag samt att erforderlig tid avsätts. Infektionsverktyget blir ett viktigt instrument i detta arbete. Verksamhetsknutna kontaktläkare bör ges uppdrag likt de inom primärvården.

## Mål

- Att varje vårdcentral ska ha en kontaktläkare till Regionala Strama samt årligen genomföra samt rapportera strama-arbete utifrån Regionala Stramas riktlinjer och anvisningar i Krav- och kvalitetsboken.
- Att varje sjukhusförvaltning har en sjukhusstramgrupp, och att varje verksamhet har en kontaktläkare för Infektionsverktyget.
- Att varje verksamhet, primärvård såväl som slutenvård, har kunskap om resistensläget samt den egna verksamhetens förskrivning av antibiotika.
- Att kunskap om och följsamheten till aktuella behandlingsriktlinjer ökar hos alla förskrivare inklusive tandvårdens.
- Att antibiotikaförskrivningen minskar till en nivå motsvarande cirka 250 recept/1000 invånare och år i regionen som helhet.
- Att användningen av antibiotika inom slutenvården minskar.
- Att en ökad förskrivning av icke resistensdrivande och smalspektrum antibiotika sker så att kinolonförskrivningen till kvinnor med UVI fortsätter att underskrida 10 % samt att andelen penicillin/penicillin+cefalosporiner fortsatt ökar inom slutenvården.

## Trycksår

### Inriktning

14 % av inneliggande patienter beräknas ha trycksår. Trycksår orsakar stort lidande för patienter som drabbas och förlänger vårdtider. Enligt Sveriges kommuner och landsting står trycksåren för 20 % av den totala kostnaden för vårdskador. Fler förebyggande åtgärder behöver sättas in för att få ned andelen trycksår.

### Ansvarsfördelning

Koncernstaben:

- Stödjer genomförande och analys av punktprevalensmätningar trycksår
- Leder det regionala nätverket för Trycksår
- Initierar och stödjer erfarenhetsutbyte mellan förvaltningarna

- Bevakar forskning och utveckling inom området
- Anordnar utbildningar inom området

#### Sjukhusförvaltningarna

- Förebyggande åtgärder genomförs enligt SKL:s åtgärds paket
- Utbildningar av medarbetare
- Punktprevalensmätning genomförs årligen

#### Mål

- En minskning av andelen trycksår med 10 % årligen

#### Strålsäkerhet

**Insatsområde:** Strålsäkerhet vid medicinska undersökningar och behandlingar.

**Beskrivning av insatsområde.** Strålsäkerhet för patienter innebär att minimera risken för att vävnads- eller organskador uppkommer efter oavsiktlig överexponering vid undersökningar eller behandlingar. Då krävs att det i verksamhetsprocesserna utvecklas och införs tillräckliga säkerhetsbarriärer som tillämpas före och under undersökningar och behandlingar. Förutom sådana direkta skador ska också cancerrisken hanteras, är enskilda patienter eller hela patientgrupper kan utsättas för onödigt höga risker. Denna risk hanteras genom att begränsa överanvändning av strålning. En överanvändning kan exempelvis ske om undersöknings- eller behandlingsmetoder inte har anpassats till specifik medicinsk frågeställning eller till den individuella patientens förutsättningar. I vissa fall kan också exponeringen som helhet vara obefogad eftersom den inte utgör nytta för vården av den enskilda patient eller patientgrupper. Dessutom finns dessutom en risk att strålningen vid diagnostiska undersökningar används på ett suboptimerat sätt så att den diagnostiska informationen har en så låg kvalitet att detta utgör en risk för patientens vidare handläggning. En strålsäker verksamhet karakteriseras av att rätt exponering ges vid rätt tidpunkt och att omotiverad eller oavsiktlig exponering av patienter förhindras. Alla patienter oberoende av vårdgivare ska ha samma säkerhet.

Strålsäkerhet inbegrips i denna plans övergripande strategiområden och av dess gemensamma verktyg och metoder. Viktiga delar i strålsäkerhetsarbetet är att göra *riskanalyser* då nya behandlings- eller undersökningsmetoder införs. Detta har en stark koppling till de regionala medicinska riktlinjer som omfattar exponering av patienter men också för det lokala införandet av metoderna. Uppföljning av *händelseanalyser* i samband med strålningsrelaterade avvikelser kan ge viktig information till utvecklingen av riskhanteringen. Systematiska *uppföljningar och analyser* av exponeringsnivåer för olika patientgrupper är en förutsättning för bedömning av hur väl riskerna hanteras. Detta tillsammans med en *omvärldsbevakning* och *informationsspridning* ger förutsättningar för god strålsäkerhet för regionens patienter

#### Ansvarsfördelning

Koncernstab

Ta fram en övergripande struktur för styrning av verksamhet med strålning för tand- och sjukvården som ska ingå i regionkansliets ledningssystem. I de styrande dokumenten i detta system ska framgå hur en riskanalys ska genomföras och hur den regionala övergripande uppföljningen av förvaltningarnas verksamhet med strålning genomförs.

Utvärdera och vidareutveckla de regionala strålsäkerhetsmålen utifrån förvaltningarnas strålsäkerhetsberättelser och ta fram förslag på strålsäkerhetsmål för 2016-2017.

Utveckla en modell för att integrera strålsäkerhetsaspekter i de regionala medicinska riktlinjerna.

Utreda behovet av samverkan och utforma metod för samverkan och erfarenhetsutbyte inom området, t.ex. genom att formalisera ett nätverk inom strålsäkerhetsområdet.

#### Förvaltningar

Varje förvaltning ska fortsätta arbetet med att utveckla ledningssystemet för verksamhet med strålning. Den interna uppföljningen ska omfatta de i VGR fastställda strålsäkerhetsmålen. Systemet bör även vidareutvecklas för att omfatta vårdprocesserna.

Göra en uppföljning och redovisa detta i en strålsäkerhetsrapport för verksamhetsåret 2014 och i samband med detta göra en strategi för förbättringar.

#### Mål

Förvaltningarnas strålsäkerhetsrapport ska minst omfatta 85 % av de för enskild förvaltning relevanta uppgifter.

#### Överbeläggningar

##### Inriktning

Överbeläggningar och utlokaliseringar medför ökad risk för vårdskador. Detta har kunnat visas vid analys av regionala data avseende rapporterade vårdskador i avvikelshanteringssystemet och registrerad förekomst av överbeläggningar.

Sedan hösten 2012 pågår en systematisk nationell rapportering av överbeläggningar och utlokaliseringar. Antalet överbeläggningar vid regionens sjukhus har minskat under 2014 samtidigt som nya vårdplatser inrättats på flertalet sjukhus. Regionen ligger dock fortfarande något över riksgenomsnittet.

Fortsatt arbete innebär att anpassa antalet vårdplatser efter behov avseende både akut och planerad vård. Detta innebär bl.a. att se över fördelningen av vårdplatser mellan olika verksamhetsområden och behovet under olika veckodagar och årstider.

Ett fortsatt arbete med att anpassa medelvårdtider är också nödvändigt. Detta kan bl.a. innebära att effektivisera sjukhusens interna processer men också att förkorta tiden för vårdplanering inför överföring till kommunal hälso- och sjukvård.

Ett utvidgat samarbete mellan sjukhus, primärvård och kommuner är viktigt för att förebygga akuta behov av slutenvårdsinsatser.

#### Ansvarsfördelning

Sjukhusförvaltningarna har ytterst ansvar för att planera för tillräckligt antal disponibla vårdplatser i förhållande till sitt uppdrag.

Regionkansliet skall i sin produktions- och kapacitets ta hänsyn till behovet av vårdplatser. Regionkansliet skall också vårda system för uppföljning av belägningsgrad, överbeläggningar, utlokaliseringar samt ledtider i vårdplaneringsprocessen.

## Mål

- Den genomsnittliga belägningsgraden på varje sjukhus disponibla vårdplatser skall inte överskrida 90 %.
- Antalet överbeläggningar och utlokaliseringar för regionen som helhet skall minska jämfört med 2014.

## Fallskador

Data från nationell sammanställning av journalgranskningar visar att omkring 1.000 patienter årligen drabbas av undvikbara fallskador inom slutenvården i Västra Götalandsregionen. Det rör sig erfarenhetsmässigt ofta om allvarligare skador som frakturer och blödningar. Arbetet med att förebygga fallskador utgår från SKL:s kunskapsunderlag och har i huvudsak bedrivits på förvaltningsnivå. Under 2015 inriktas det samlade regionala arbetet på att skapa en strategi för att undvika fallskador inom sjukvården. Detta arbete utgår från koncernstaben.

## Läkemedelsrelaterade skador

### Inriktning

Undvikbara läkemedelsrelaterade skador drabbar knappt 2.000 patienter årligen (nationella data) i Västra Götalandsregionen. Läkemedelsfel kan inträffa vid en rad steg i processen från beslut att behandla med ett läkemedel fram till att det tillförs patienten. För att förebygga skador krävs insatser framför allt inom läkemedelsorganisationen, patientsäkerhetsorganisationen och IS/IT organisationen. Insatserna kan omfatta säkra läkemedelsrekommendationer, säker läkemedelshantering, säkert IT-stöd (beslutstöd och stöd vid förskrivning, ordination, iordningställande och tillförsel) och säker informationsöverföring. Betydelsen av patientdelaktighet i dessa sammanhang kan inte överskattas.

Under 2013 och 2014 har insatserna inom detta område fokuserats på patientdelaktighet och informationsöverföring, riktlinjer och rutiner har skapats för att säkerställa att alla patienter som skrivs ut från sjukhus erhåller en skriftlig läkemedelsberättelse och aktuell läkemedelslista. Uppföljning 2014 har visat att dessa rutiner används vid c:a 75 % av vårdenheterna med varierande täckningsgrad bland utskrivna patienter.

Arbetet med att öka följsamheten till riktlinjer om läkemedelsgenomgångar och läkemedelsberättelse fortsätter 2015.

### Ansvarsfördelning

#### Koncernstab

- Stöd till läkemedelskommitté i arbetet med regionala medicinska riktlinjer
- Stöd till arbetet med säkrare IT-stöd i läkemedelsprocessen

- Fortsatt uppföljning av att patienter som skrivs ut från sjukhus erhåller skriftlig läkemedelsberättelse

#### Sjukhusförvaltningar

- Följa upp och säkra att samtliga patienter som skrivs ut från sjukhus erhåller skriftlig läkemedelsberättelse vid utskrivningen

#### **Mål**

Andelen patienter som erhåller läkemedelsberättelse skall öka vid samtliga sjukhusförvaltningar

#### [Patientsäkerhetsforskning](#)

Västra Götalandsregionen skall även under 2015 stödja forskning inom patientsäkerhetsområdet som bedrivs inom regionen.