



Patientsäkerhetsberättelse 2024

Västra Götalandsregionen

Datum: 2025-03-01

Dokumentnamn: Patientsäkerhetsberättelse 2024 för Västra Götalandsregionen

Diarienummer: RS 2025-00694

Kontaktperson: Jacob Wulfsberg, Regionchefläkare,

Koncernkontoret, Avdelning patientsäkerhet och medicinsk krisberedskap

E-post: jacob.wulfsberg@vgregion.se

Sammanfattning

Patientsäkerhet handlar om skydd mot vårdskada, vilket 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. Målet är 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 2024 med mål och aktiviteter.

Alla förvaltningar arbetar för att ge god och säker vård. Sjukhusförvaltningarna beskriver risker för vårdskador på grund av hög beläggningsnivå, ett fortsatt högt söktryck på akutmottagningarna och svårigheter med att nå tillgänglighetsmål. Antalet disponibla vårdplatser har inte minskat men beläggningen på vårdavdelningarna har kontinuerligt legat på en hög nivå, oftast över 100%. Risken för vårdskador ökar vid en beläggningsgrad över 90%. Svårigheter att såväl rekrytera som behålla medarbetare är den främsta anledningen till att antalet vårdplatser inte ökar. Det ger brister i både patientsäkerhet och arbetsmiljö. En god samverkan mellan region och kommun behövs för att patienter ska kunna vårdas på rätt vårdnivå vid varje tillfälle, med hög kvalitet och säkerhet.

Antalet Lex Maria-anmälningar och händelseanalyser är svagt ökande vilket tolkas som en ökad riskmedvetenhet.

Under året har VGR deltagit nationellt i Markörbaserad Journalgranskning, NITHA kunskapsstöd och Vårdhandboken.

Funktionsgrupp Chefläkare och Nätverket för patientsäkerhet och omvårdnad har haft regelbundna möten varje månad och under hösten har dessa varit gemensamma.

Strama Västra Götaland är en del i det nationella Stramanätverket. Strama verkar för ansvarsfull antibiotikaanvändning vid bakteriella infektioner. För att uppnå målen för adekvat antibiotikabehandling genomförs utbildningar och uppföljning för primärvård och sjukhus. På sjukhusen är antibiotikaronder av särskild vikt och inom primärvården det lokala självdeklarationsarbetet.

Samordning inom regionen medför att hela regionens kapacitet kan nyttjas vid speciella situationer med hög belastning. Liksom tidigare år skedde det inför semesterperioden, och 2024 även under vårens arbetsmarknadskonflikt och inför införandet av Millenium i södra området. Team Patientsäkerhet har deltagit i RSO (Regional särskild organisation) som inrättades vid båda dessa händelser, för att bevaka patientsäkerhetsfrågorna.

Patientsäkerhetsberättelsen har sammanställts av Team patientsäkerhet, Koncernkontoret, Västra Götalandsregionen.

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; SV, Sjukhusen i Väster, som inkluderar KS, Kungälv sjukhus; AL, Alingsås lasarett; HN, Högsbo närsjukhus; ANS, Angered's närsjukhus; FTV, Folktandvården; HH, Hälsa och habilitering; HSM, Hälsan och stressmedicin. RH, Regionhälsan, KU Kulturutveckling

1 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.

1.1 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.

Patientsäkerhetskompetens finns representerad i flera ledningsgrupper och är på agendan i många styrelser och en ytterligare ökning är eftersträvarvärd. Goda exempel är Folktandvården där nya klinikledningar genomgår digital utbildning i sin introduktion där det även ingår information om patientsäkerhet och hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet utförs i Folktandvården. Ett annat gott exempel är från Habilitering och Hälsa, förvaltningen har en patientsäkerhetsgrupp där samtliga verksamhetschefer och chefläkare finns representerade.

Under året har Operativa nämnden temadagar för genomlysning av verksamhetsområden där även patientsäkerhets aspekter redovisas. Team patientsäkerhet informerar kontinuerligt vårdgivaren i patientsäkerhetsfrågor och chefläkarna och chefsjuksköterskorna engageras i regionövergripande projekt och i förvaltningarnas ledningsarbete. Nytt sedan 2024 är att regionchefläkaren ingår i Gemensam ledningsgrupp hälso- och sjukvårdsstaberna.

På Koncernkontoret har det inrättats RSO (regional särskild organisation) vid arbetsmarknadskonflikten under våren och inför införandet av Millennium i södra området under hösten. Då behövde patientflöden styras om från södra området, till både sjukhus och öppen vård, vilket bidrog till att nödvändig vård för regionens invånare kunde upprätthållas trots stora problem vid införandet.

Team patientsäkerhet har deltagit för att bevaka patientsäkerhetsfrågorna under dessa perioder med ökad belastning och behov av samordning i regionen.

1.1.1 Övergripande mål och strategier

Västra Götalandsregionen har för 2023–24 en Regional handlingsplan för ökad patientsäkerhet med gemensamt långsiktigt mål att hälso- och sjukvård ska ges med högsta kvalitet och patientsäkerhet samt alltid utgå från den enskilda personens behov och erfarenheter. Den utgör ett stöd i regionens och förvaltningarnas arbete för en god och säker vård.

Uppföljning av patientsäkerhetsarbetet sker i respektive förvaltnings/vårdgivares patientsäkerhetsberättelse, vid regional uppföljning samt kontinuerligt på möten för Funktionsgrupp chefläkare och Nätverket för patientsäkerhet och omvårdnad.

Samtliga sjukhusförvaltningar har en chefsjuksköterska med fokus på patientsäkerhetsfrågor avseende omvårdnad.

Utvecklingen av digitala tjänster och verktyg för patienter och medarbetare i syfte är att öka tillgängligheten och bidra till att öka patienterna delaktighet i sin vård, vilket bidrar till att stärka patientsäkerheten.

På förvaltningarna har chefläkare och chefsjuksköterska regelbundna möten med verksamheterna för patientsäkerhetsdiskussioner och för att skapa ett lärande mellan verksamheterna.

I VGR används till stor del händelseanalysverktyget NITHA (Nationellt IT händelseanalys) vilket bidrar till att sprida lärande av inträffade händelser.

1.1.2 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.

Uppföljning av patientsäkerhetsarbetet sker under året i Funktionsgrupp chefläkare.

Team patientsäkerhet

Teamet ingår i Avdelningen för patientsäkerhet och medicinsk krisberedskap och består av regionchefläkare, chefläkare, medicinsk rådgivare och regionutvecklare. Teamet ansvarar för kontakter med tillsynsmyndigheten (IVO) inom ramen för Västra Götalandsregionens roll som vårdgivare. I teamet ingår också Strama Västra Götaland som verkar för ändamålsenlig antibiotikaanvändning samt Strålsäkerhet.

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 och även de privata vårdgivare som regionen har vårdavtal med är representerade. Möten hålls en gång per månad. Under hösten har dessa hållits tillsammans med Nätverket för omvårdnad och patientsäkerhet, där bland andra chefsjuksköterskor från förvaltningarna ingår.

Strama Västra Götaland

Strama Västra Götaland (Strama VG) har ett övergripande ansvar för strama-arbetet i regionen och har 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 sjukhusstramagrupper. 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 i samarbete med sjukhusets stramagrupp. På de mindre sjukhusen stöttar Strama VG lokala kontaktpersoner. Inom tandvården bistår Strama tandvård.

1.1.3 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 samverkar för bästa möjliga vård och omsorg genom sex 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 samt sprider information och ny kunskap inom patientsäkerhet. Teamets medarbetare deltar och samverkar i många av regionens övergripande processer där de bevakar och stöttar i patientsäkerhetsfrågor. Teamets medarbetare har som exempel under året deltagit i arbetat med:

- Regional särskild organisation (arbetsmarknadskonflikt och införande Millenium)
- Läkemedel och restsituationer
- Framtagande av läns gemensam riktlinje för egenvård
- Uppdrag säkerhetsrelaterad information sjukvårdsprodukter

Funktionsgrupp Chefläkare

Genom erfarenhetsutbyte och samverkan bidrar funktionsgruppen i arbetet för en säker vård. Möten hålls tillsammans med Nätverk för patientsäkerhet och omvårdnad.

Exempel på funktionsgruppens arbete:

- Införande av vårdinformationssystem Millenium
- Sommarplanering för en säker och jämlik vård i regionen
- Uppföljning av patientsäkerhetsarbetet i regionen
- Erfarenhetsutbyte i 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.

Exempel på nätverkets arbete

- Utarbeta regional rutin för trycksår, undernäring och fall
- Planera för en regional utbildning gällande trycksår, undernäring och fall
- Införande av vårdinformationssystem Millenium
- Spridit goda exempel så som SEUPP som står för Smärta, Elimination, Undernäring, Position och Patienttillhörigheter, och är en metod som hjälper vårdpersonal att systematiskt bedöma patienterna inom dessa fem områden.

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.

Strama Västra Götaland

Strama Västra Götaland (Strama VG) samverkar aktivt med sjukhusens sjukhusstramagrupper, bland annat med utbildningsinsatser, möten för benchmarking och med återkommande jämförande forskrivastatistik. Statistiken sprids även till förvaltningarnas ledningsgrupper via chefläkarnätverket. Sjukhusstramagrupper koordinerar stramaarbetet på sjukhusen och bistår kontakt-/verktygläkare 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 VG ett aktivt strama-arbete via omfattande

utbildningsinsatser för alla personalkategorier vilket även inkluderar besök på arbetsplatsträffar på utvalda vårdcentraler. 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 för att använda på lokal nivå. Strama VG samt Strama SU medverkar i flera styrgrupper på nationell nivå inkluderande det nationella Stramanätverket, Nationell arbetsgrupp (NAG) Strama inom ramen för den nationella kunskapsstyrningen vid SKR, Folkhälsomyndighetens (FHM) samverkansgrupp för stramafrågor, Antibiotikasmart Sverige, den nationella Strama-appen, arbetet med Primärvårdskvalitet och Antibiotikaresistensgruppen vid FHM. Det utbildningsmaterial som Strama VG tar fram varje år används av flera Stramagrupper i landet och rekommenderas av SKR.

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.

1.1.4 Informationssäkerhet

Ett ändamålsenligt informationssäkerhetsarbete är en förutsättning för att kunna upprätthålla Västra Götalandsregionens förmåga 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.

Fokus under året har varit verksamhetsutveckling för att säkerställa god tillämpning av ledningssystem för informationssäkerhet i regionen samt följsamhet mot tillskärpning i NIS -direktivet (Network and Information Systems Directive).

Det genomfördes en GAP-analys nuvarande ledningssystem samt vad som behöver tas höjd för utifrån ny lagstiftning. I GAP-analysen identifierades också var de största och/eller tydligaste bristerna finns i efterlevnad av ledningssystemet, framför allt ur ett hotbildsperspektiv.

Förmågan att följa upp tekniska sårbarheter och systemsäkerhet har generellt förstärkts och förbättrats under året. Majoriteten av VGR:s infrastruktur scannas systematiskt efter sårbarheter och ev. sårbarheter som identifierats lämnas över till ansvarig för åtgärd. Åtgärd följs upp och eskaleras om ohanterad.

Även penetrationstester på större system har genomförts.

Dataskyddsombuden har följt upp dataskyddsarbetet i VGR. Uppföljningen har utgjort en viktig del avseende prioriteringar inom dataskyddet framåt.

Riskanalyser

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 såväl enskilda IT-stöd men också krav vid upphandling och behov utifrån verksamhetsprocessen. Genom konsekvensbedömningar avseende

dataskydd samt säkerhetsskyddsanalyser har arbete genomförts med risker kopplat till den personliga integriteten samt risker kopplat till säkerhetsskydd. Arbete har bedrivits för att säkra förutsättningar för en mer samlad och ändamålsenlig riskhantering på olika nivåer och inom olika områden inom organisationen.

Åtgärder för förbättring av informationssäkerheten

- Reviderat ledningssystemet för informationssäkerhet.
- Etablerat återkommande rapportering Koncernledning(ar)
- Sammanslagit det regulatoriska och styrande ansvaret för Informationssäkerhet, it-säkerhet, cybersäkerhet och dataskydd till en gemensam funktion under en CISO / Informationssäkerhetsroll.
- Inom det etablerat stödfunktioner, gemensam instyrning och konsultationsförmåga.
- Systematiska förbättringar inom informationssäkerhetsområdet är en viktig del av regionens arbete för ökad patientsäkerhet.
- Systemstöd för informationssäkerhets- och dataskyddsarbetet har köpts in och ska implementeras under kommande år. En digital lösning för register över personuppgiftsbehandlingar har implementerats.

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 påbörjat arbete för förbättrad behörighetsadministration i syfte att tydliggöra styrnings- och ledningsstrukturer och regiongemensamma arbetssätt och därmed öka säkerheten kring tilldelning av behörigheter och åtkomst till information.

VGR har förbättrat sin tekniska övergripande förmåga att identifiera olovlig åtkomst till nätverk och informationssystem genom implementering av ett s.k XDR system.

1.1.5 Strålskydd

Västra Götalandsregionen (VGR) bedriver både anmälningspliktig och tillståndspliktig verksamhet med joniserande strålning inom ett flertal områden. Som utövare av och speciellt 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.

Strålskyddsbokslut 2024 VGR finns som bilaga till denna patientsäkerhetsberättelse.

I strålskyddsbokslutet redovisas hur väl förvaltningen uppfyller några av lagkraven samt Västra götalandregionens strålsäkerhetsmål. Strålsäkerhetsmålen för perioden 2023–2025 (RS 2022-02478) pekar på områden där det enligt tidigare uppföljningar visat sig finnas behov av större förbättringar.

Strålskyddsbokslutet är till huvuddelen en sammanfattning av berörda förvaltningars strålskyddsbokslut, dvs. sjukhusförvaltningarna, Folkvandvården och Kulturutveckling. Tillagt är sådant som härrör från regional strålsäkerhet på Koncernkontoret, från Inköpsstrukturerna och från Fastighet Stöd och Service där egenkontroll har utförts. Verksamhet med joniserande strålning är spritt inom många delar av VGR:s verksamhet. I regionen finns ca 1500 utrustningar som kan sända ut joniserande strålning, utöver det finns slutna (strålkällor i form av inneslutet radioaktivt ämne) och öppna strålkällor (radioaktiva ämnen i vätska eller gas) samt en cyklotron. Uppskattningsvis är närmare 7 000 personer verksamma inom strålningsverksamhet och behöver strålsäkerhetsutbildning i någon form. För att ta del av all information hänvisas till respektive förvaltnings strålskyddsbokslut.

Västra Götalandsregionens strålsäkerhetsmål gäller för åren 2023 – 2025 och är framtagna efter områden som bedömdes ha god förbättringspotential. Arbetet är påbörjat med fler mål än tidigare år. Ett mål bedöms vara avslutade inom stora delar av organisationen, nämligen Hantering av strålningsrelaterade avvikelser. För till exempel Strålskärning av lokaler och Strålsäkerhetskompetens för personer i verksamhet med strålning rapporterar flera att arbetet är avslutat även om målet inte alltid är fullt uppnått. Sammantaget avspeglar detta ett arbete som går framåt. Arbetet följer dock inte alltid tidplanen.

Vad gäller kravuppfyllnaden syns en viss förbättring. Ingen förvaltning bedömer att kravuppfyllnaden är bristfällig under någon punkt. Andelen lagkrav som anses ha god kravuppfyllnad har ökat väsentligt.

På det stora hela bedöms strålsäkerheten som god i VGR. I den mån kravuppfyllnaden är något bristfällig bedöms detta inte påverka strålsäkerheten negativt på kort sikt.

1.2 En god säkerhetskultur

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

Hälso- och sjukvårdsförvaltningar ställer sedan 2017 frågor kring patientsäkerhet, som mäter hur medarbetare inom hälso- och sjukvårdsyrken upplever patientsäkerhetskulturen. Från och med 2022 sker mätningen med stöd av HSE-frågor vartannat år.

HSE står för Hållbart Säkerhets Engagemang och innehåller 11 frågeställningar som är viktiga i arbetet för en säkrare vård.

HSE-frågeställningarna bör kombineras med HME-frågorna (Hållbart Medarbetar Engagemang) för att arbeta med en säker vård utifrån både ett patientsäkerhets- och ett arbetsmiljöperspektiv.

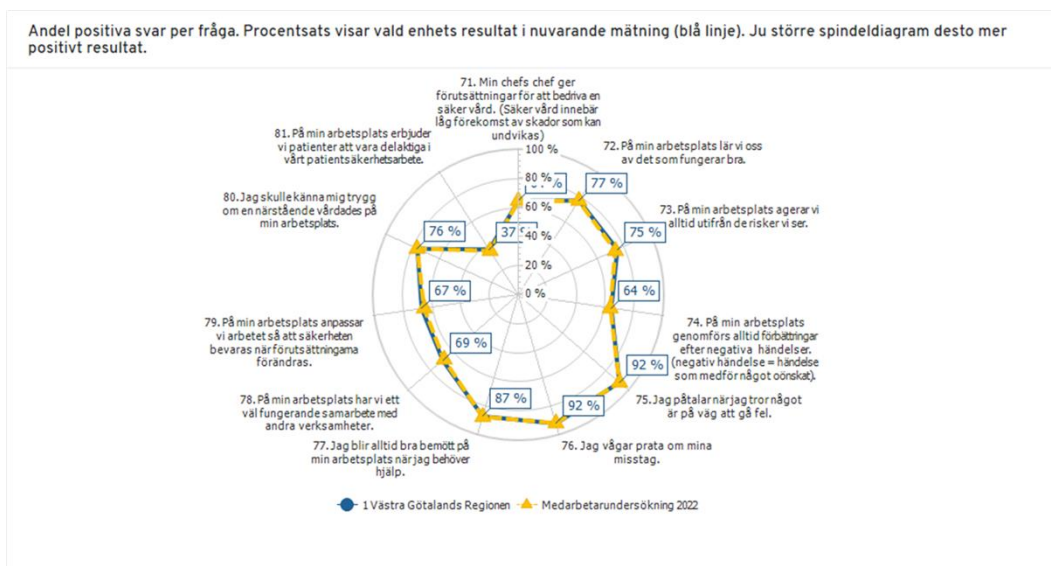
Utvecklingen av verksamhet, arbetsmiljö och patientsäkerhetskultur är ett långsiktigt och ständigt pågående förbättringsarbete i vardagen, där medarbetarundersökningen är verktyg för att mäta hur detta arbete fortgår.

Under 2024 genomfördes medarbetar- och patientsäkerhets mätning (Maps) mellan 16 oktober - 6 november. Resultatet blev tillgängligt 26 november.

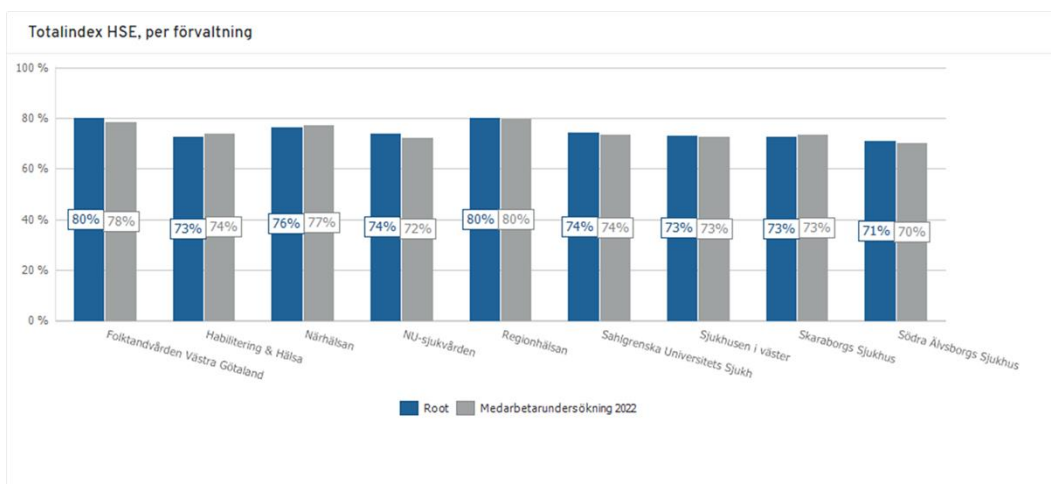
Det finns även möjlighet för regionens chefer att genomföra puls- och

uppföljningsmätningar mellan dessa mätningar.

Resultat VGR Hållbart säkerhetsengagemang. Svarsfrekvens för VGR var 76 %.



HSE index baseras på frågorna 71–79 (se spindeldiagram ovan)



Analys

Resultatet visade inga stora skillnader jämfört med år 2022.

Det är väldigt bra resultat på frågorna 75–77 vilket är mycket positivt och kan tolkas som att det är ett öppet arbetsklimat och en god säkerhetskultur inom samtliga förvaltningar i VGR.

Enkätfrågor:

75. Jag påtalar när jag tror att något är på väg att gå fel.

76. Jag vågar prata om mina misstag.

77. Jag blir alltid bra bemött på min arbetsplats när jag behöver hjälp.

Folktandvården och NU-sjukvården har förbättrat sina resultat och Regionhälsan har lyckats bibehålla sina fina resultat.

Alla förvaltningar inom VGR genomför analys av sina resultat och väljer 2–3 områden att behålla samt att förbättra.

Gröna korset eller motsvarande dagliga reflektionsmöten med syfte att bland annat stärka säkerhetskulturen används inom förvaltningarna. Inom många verksamheter tas även arbetsmiljörisker (Gröna A) upp i samband med Gröna korset.

2023 påbörjades en förstudie för att hitta ett regiongemensamt IT-stöd för metoden Gröna Korset. Flera förvaltningar efterfrågade ett digitalt stöd och hade även initierat egna digitala stöd. Förstudien resulterade i en rapport, våren 2024, med rekommendationen att regionen föreslås utveckla ett regionövergripande IT-stöd till Gröna Korset.

1.3 Adekvat kunskap och kompetens

En grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete.

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.

Socialstyrelsen har tagit fram nationella kompetensmål för patientsäkerhet under året. Kompetensmålen anger den kompetens inom patientsäkerhet, som Socialstyrelsen bedömer behövs för att arbetet ska kunna utföras med god kvalitet och bidra till säker vård.

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.

1.4 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.

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 vårdsystemet. Exempelvis vid planering av hälso- och sjukvård, i utbildningen av vårdpersonal, i forskningen och i utformning av policys och reglering av hälso- och sjukvård. Formerna för och graden av patientens delaktighet bör utgå från patientens behov och önskemål.

Regionala aktiviteter som stödjer patientmedverkan i patientsäkerhetsarbete

- Levande bibliotek är en regional stödfunktion för att rekrytera patientföreträdare till utvecklingsarbeten av olika slag. Levande bibliotek skapar struktur och arbetssätt för att hur sam/medskapande kan gå till.
- Dokumenterad överenskommelse (tidigare patientkontrakt) innebär att tillsammans med patienten göra en gemensam plan för vad som ska göras, vem som gör vad och vem patienten ska kontakta vid behov. Det inkluderar också fasta kontakter med vården och överenskomna tider. Det är ett sätt att stärka patientsäkerheten, även om det ordet inte är uttalat.
- Vid den regional kunskapsstyrningen finns patientföreträdare i de regionala processteamen.

Förvaltningarna har olika arbetssätt för att göra patienterna delaktiga i vården. Här beskrivs några exempel:

- Sjukhusgemensamma strukturer för patientinvolvering
- Patient- och närstående råd för att få input på strategiska sjukhusövergripande frågor
- Patientrepresentant i ledningsgrupp och i verksamhetsledningsgrupper
- Patienter och närstående erbjuds möjlighet att på ett flertal sätt medverka i patientsäkerhetsarbetet, till exempel i händelseanalyser
- Informationsmaterial kring vad patienter kan göra själv för att förebygga vårdskador.

Patienter och närstående har möjlighet att framföra synpunkter och klagomål på olika vägar till förvaltningarna - direkt till verksamheterna i första hand men även till Patientnämnden och IVO. Det är viktig information för att utveckla vården och ska besvaras skyndsamt.

2 Agera för säker vård/ prioriterade fokusområden

2.1 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 samt 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 (tabell 1) samt registrerade patientsäkerhetsärenden i MCP där vårdskada inträffat eller kunnat inträffa, per år i VGR (tabell 2).

Tabell 1

År	2022	2023	2024
Rapporterade avvikelser i MCP rapporterade av Hälso- och Sjukvårdsförvaltningarna	86965	99075	112538

Källa: MCP (datauttag 25-01-21)

Tabell 2

År	2022	2023	2024
Antal registrerade patientsäkerhetsärenden i MCP där vårdskada inträffat/kunnat inträffa	31097	34569	36678

Källa: MCP (datauttag 25-01-21)

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, Viktigt är att avvikelserna hanteras skyndsamt och att berörda medarbetare/enheter får snabb återkoppling avseende åtgärder. Förkortade utredningstider av allvarliga händelser är positivt och underlättar möjligheten att minnas vad som inträffat när man intervjuar involverade medarbetare.

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

År	2022	2023	2024
Påbörjade händelseanalyser i Nitha per år i VGR	180	202	206

Källa: Nitha analys (datauttag 25-01-30)

Antalet händelseanalyser som VGR har publicerat i Nitha kunskapsbank har ökat med 42 % från 71 publicerade analyser under 2023 till 101 publicerade analyser under 2024. VGR står för 36 % av innehållet i Nitha kunskapsbank. Under 2024 har ett nätverksmöte 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. Sahlgrenska Universitetssjukhuset anordnar en digital orienterande utbildning i händelseanalys som är öppen för alla förvaltningar och kommuner i VGR. Under 2024 har utbildningen hållits vid fem tillfällen.

År	2022	2023	2024
Antal Lex Maria anmälda ärenden i MCP per år i VGR	142	146	159

Källa: MCP (datauttag 25-01-21)

Avvikelser inom Millennium

Inför införandet 12 november 2024 uppmanades medarbetare att vara observanta och rapportera alla eventuella avvikelser och patientsäkerhetsrisker. 620 ärenden (2448 händelser) har registrerats där Millennium angivits som en bidragande faktor. De flesta är IT-relaterade. Patientsäkerhetsrelaterade avvikelser har utretts och i ett fåtal fall kommer verksamheten gå vidare med händelseanalys inför ställningstagande till Lex Maria anmälan.

2.2 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.

En del i att förbättra patientsäkerheten är att öka kunskap om inträffade vårdskador och risker. Genom att följa upp och använda erfarenheter av avvikelser, händelseanalyser och riskanalyser ökar kunskapen och möjligheten till analys av bakomliggande orsaker på systemnivå. Detta förbättrar möjligheterna att rikta åtgärder, aktiviteter och utbildningsinnehåll.

Samtliga förvaltningar genomför händelseanalyser i det nationella 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 genomfört ett arbete för att kunna följa regionens användning av nationella tjänster från Inera. Detta har gjorts genom att skapa regionala PowerBI-rapporter som är tillgängliga för medarbetare inom VGR. Uppföljningen kan visas både på regional nivå och brytas ned till enhetsnivå. Under sista delen av 2024 påbörjades arbetet med att visualisera data från Nitha.

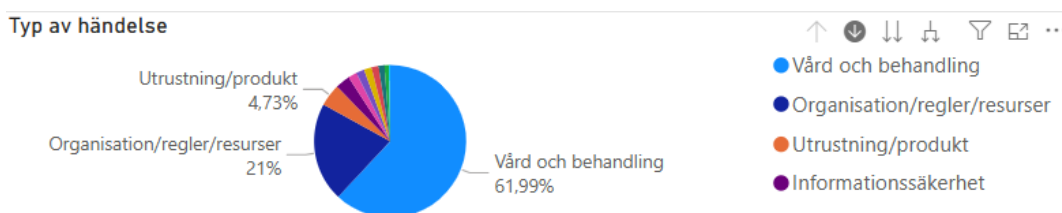
Genomförandet av händelseanalyserna och återföringen av resultaten bidrar till personalens delaktighet i patientsäkerhetsarbetet och ökar kunskapen om riskerna i vården som därigenom gör vården säkrare. Patientsäkerheten stärks därigenom på ett såväl reaktivt som proaktivt sätt

2.2.1 Avvikelser

Varje medarbetare informeras om sin skyldighet att rapportera händelser som har medfört eller kunnat medföra vårdskada i avvikelshanteringssystemet MedControlPRO, 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.



Av inrapporterade avvikelser där det föreligger vårdskada eller risk för vårdskada är den största händelsetypen Vård och behandling. Bryter man ner vård och behandling blir underrubrikerna Fördröjd/uppskjuten behandling, följt av övrigt och sedan halk och fall där personal inte var närvarande och som nummer fyra fördröjd/uppskjuten diagnostik/utredning.

2.2.2 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 eventuell 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	2022	2023	2024
Registrerade patientklagomål i MCP	5974	6379	6504

Källa: MCP (datauttag 25-01-21)

Det har skett en liten ökning av antal klagomål och synpunkter till de fem patientnämnderna inom VGR mellan åren 2023 och 2024.

2.3 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.

Sjukhusförvaltningarna beskriver risker till följd av hög beläggingsgrad och utlokaliserade patienter till enheter som inte har rätt specialitet. Inläggningsklara patienter får ofta kvarvårdas på akutmottagningen i väntan på vårdplats, med bristande möjligheter till god omvårdnad och medicinsk övervakning. Alla arbetar med åtgärder för att minska dessa risker. Överbeläggningar ökar risken för vårdskador och förlänger vårdtiden. Forskning visar att längre tids beläggingsgrad över 90 procent ökar allvarliga vårdskador.

En bra samverkan mellan sjukhus, kommuner och primärvård krävs för att patienter ska vårdas på rätt vårdnivå så långt som möjligt, vilket kan bidra till fler tillgängliga vårdplatser.

En god tillgänglighet och kontinuitet i primärvården minskar patientsäkerhetsrisker, till exempel gällande diagnostisk säkerhet och läkemedelsbehandling. Genom gott teamarbete, som innefattar både hälso- och sjukvårdspersonal samt patient och närstående kan risker minskas ytterligare.

Leveransproblem och framför allt restnoteringar av läkemedel är ett stort problem för verksamheterna. Genom regionala licensansökningar och samverkan kring kritiska restsituationer har en del av dessa problem kunnat minskas.

I enlighet med WHO:s program ska antalet läkemedelsrelaterade skador i VGR minska. Väl underbyggda läkemedelsrekommendationer, en säker läkemedelshantering och säkra ändamålsenliga IT-stöd är väsentliga framgångsfaktorer. Patientdelaktighet och säkerställande av att patienter vid utskrivning från sjukhus erhåller skriftlig läkemedelsberättelse och en aktuell läkemedelslista är centrala mål.

Exempel från sjukhusförvaltningar är att medarbetare från sjukhusapoteket genomför regelbundna utbildningar med temat "Klok läkemedelshantering" för sjuksköterskor under kliniskt basår, sjuksköterskestudenter och på enheter som efterfrågar detta. Arbetet med apotekare och receptarier på vårdavdelning är ett sätt att både öka patientsäkerhet och kunskap hos läkare och omvårdnadspersonal. Exempel från primärvården är att Närhälsan har anställda apotekare som arbetar kontinuerligt med uppföljning, utbildning och information inom läkemedelsområdet.

2.3.1 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 belyses. 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 Riskanalys från LÖF (regionernas ömsesidiga försäkringsbolag)

På uppdrag av RSO genomförde Team patientsäkerhet en sammanställd bedömning av patientsäkerheten inför införandet av Millennium, färdigställd 2024-11-05. Den baserades på insamlade fakta genom avstämningsmöten med medicinskt ansvariga för program Millennium, chefläkarna för Södra Älvsborgs Sjukhus (SÄS), Regionhälsan (RH) och Närhälsan (NH) i Södra området. Som underlag fanns också riskanalyser gjorda inom förvaltningarna, program Millenniums fyra regionala riskanalyser med arbetsmiljöperspektiv och Klinisk säkerhetsrapport VGR Program Millennium. Bedömningen gjordes att berörda förvaltningar med stöd av program Millennium hade tagit det förväntade

ansvaret för patientsäkerheten inför införande av Millennium södra området den 12 november.

2.4 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 bejaskas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.

Patientöverisktstavor utvecklas för att stärka uppföljning och kvalitetsdrivet utvecklingsarbete inom patientsäkerhetsområdet på enhets- verksamhets- och sjukhusövergripande nivå. Det innebär att riskbedömningar för bla trycksår, undernäring, fall och läkemedelsgenomgångar kan följas i realtid.

Inom flera sjukhusförvaltningar finns ombud på avdelnings/enhets-nivå för att stödja inom de olika områdena såsom följsamhet till rutiner för basala hygienrutiner och klädregler, VRI, trycksår, undernäring och fall.

God följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler har betydelse för att förhindra smittspridning av framför allt virusinfektioner, t.ex. influensa, vinterkräksjuka och covid-19 inom vården. Arbetet med följsamhetsmätningar utgör en integrerad del av patientsäkerhetsarbetet och egenkontrollen på alla verksamheter

Även strukturella förutsättningar behövs såsom tillgång till enkelrum, isoleringsrum, tillräcklig bemanning samt minimera överbeläggning och utlokalisering. Detta har utmanat vården på våra sjukhus även 2024.

Stramas kontaktläkare inom primärvården har starkt bidragit till framgångsrik utveckling av antibiotikaanvändning inom regionen under ett decennium. För att nå liknande resultat inom sjukhusen behövs återkommande samverkan mellan Sjukhusstrama, verksamhetsledning och kontaktläkare på alla sjukhus. Det kräver avsatt tid i ökad omfattning för kontaktläkarna, på liknande sätt som den tid som erbjuds inom primärvården.

I krisplaner inom specialistpsykiatrin 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.

En nedåtgående trend för registrering av åtgärdskod för läkemedelsgenomgångar är tydlig senaste åren. Det är svårt att bedöma om detta är en verklig nedgång av antalet genomförda läkemedelsgenomgångar med god kvalitet, då registrering av en kod inte är ett ändamålsenligt sätt att följa en indikator. Det är angeläget att genomgång av aktuella läkemedel, indikation och biverkningar genomförs regelbundet speciellt hos äldre och sköra patienter med flera läkemedel.

För en fortsatt omställning till nära vård behöver samverkan mellan region och kommun stärkas och vårdens övergångar bli mer patientsäkra. Under året har Team patientsäkerhet varit representerad i framtagande av Läns gemensam riktlinje för egenvård, där fortsatt implementering och tolkning kommer att

behöva göras för ett bättre samarbete mellan region och kommuner.

Ett väl fungerande IT-system är centralt i dagens sjukvård. Det är en förutsättning för patientsäker vård, smidiga arbetsätt och god arbetsmiljö. VGR har under lång tid arbetat för att ersätta stora delar av vårdens olika föråldrade system och skapa en gemensam vårdinformationsmiljö där journalsystemet Millennium är navet. Vid planerad driftsättning i södra delen av regionen den 12 november 2024 uppstod tilltagande problem på flera olika nivåer och förutsättningar för patientsäker vård försämrades. Efter tre dagar beslutades att pausa införandet, varefter de tidigare använda IT-systemen har återaktiverats. Arbete påbörjades med att tillvarata erfarenheter och ta fram förslag på handlingsalternativ avseende ett adekvat patientsäkert vårdinformationssystem. I detta arbete deltar Team patientsäkerhet. Behovet av att ersätta befintliga system kvarstår, då det innebär risker att fortsatt använda system som inte utvecklas vidare och som inte kommer att fungera tekniskt hur länge som helst.

2.5 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.


I avsikt att förbättra patientsäkerheten har kliniska träningscentrum (KTC) och simulering blivit allt vanligare inom hälso- och sjukvård. Simulering och HLR-utbildningar har visat sig vara effektivt när det gäller att uppmärksamma problem, situationer och säkerhetsbrister där patienter vårdas.

Vid extraordinära händelser i regionen kan det vid behov upprättas en regional krisledningsorganisation för samordning och styrning. Detta har använts vid flera tillfällen under 2024, vilket givit möjlighet att öva inför andra händelser i framtiden.

Digital patientöversikt med riskområden och monitorering av preventiva åtgärder är, tillsammans med Gröna korset, verktyg som används av flertalet sjukhusförvaltningar.

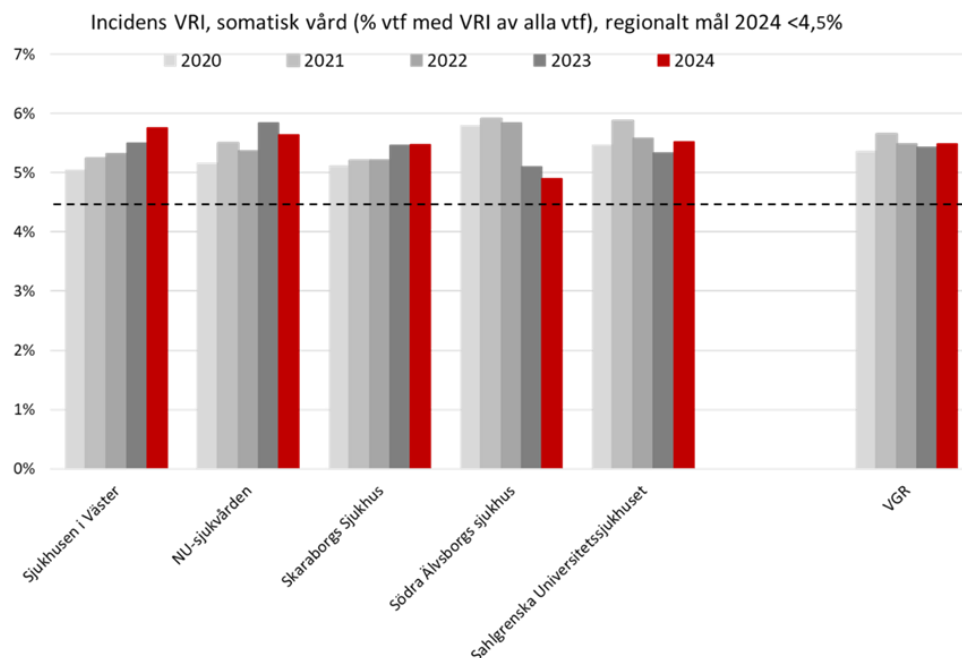
3 Prioriterade områden och indikatorer för uppföljning

3.1 Vårdrelaterade infektioner

Indikatorer	Utfall 2023	Utfall 2024	Målvärde 2024
Andel vårdtillfällen där patienten fått en vårdrelaterad infektion 	5,4 %	5,5 %	<4,5 %

Mål i patientsäkerhetsplanen för 2024 var att incidensen i somatisk slutenvård

skulle understiga 4,5 %. Resultatet för hela regionen för 2024 var 5,5%. Bland sjukhusen visar SÄS en minskande trend, men inget enskilt sjukhus når målet. Diagrammet visar de senaste fem årens resultat för varje sjukhusförvaltning och regionen totalt.



Undvikbara vårdrelaterade infektioner utgör en betydande del av vårdskadorna, framför allt inom somatisk slutenvård. Incidensmättet är en kvalitetsindikator i regionen och redovisas på Statistik- och analysportalen.

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. Syftet är att genom ett generellt kunskapslyft nå högre kvalitet på registrerade data i Infektionsverktyget. Det vore önskvärt att fler läkare och sjuksköterskor genomförde 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.

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 2024 vårdrelaterade utbrott av virusorsakade luftvägsinfektioner, främst covid-19 och influensa, men även norovirus (vinterkräksjuka) förekommit på sjukhusen.

Smittspridning av resistenta bakterier (MRSA, ESBL, ESBL-carba, VRE) inom slutenvården på sjukhus har förekommit, såsom av *Klebsiella oxytoca* på Södra

Älvsborgs sjukhus och av VRE på SU. Information om utbrott på övriga sjukhus saknas.






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.

Arbetet med följsamhetsmätningar utgör en integrerad del av patientsäkerhetsarbetet och egenkontrollen på alla verksamheter i alla förvaltningar.

3.2 Antibiotikaresistens

Indikatorer	Utfall 2023	Utfall 2024	Målvärde 2024
Antibiotikaförskrivning på recept i regionen (antal recept/1 000 invånare och år)	 262	257	<250
Antal verksamheter per sjukhusförvaltning som infört antibiotikaronder	 18	13	13
Andel bredspektrumantibiotika (ciprofloxacin) vid afebril urinvägsinfektion, män (Primärvård)	 22 %	21 %	10 %
Andel patienter inom sjukhusvård (öppen och sluten) med afebril urinvägsinfektion som initialt behandlas med ciprofloxacin, män (Sjukhus)	 25,3 %	24,1 %	10 %
Andel bredspektrumantibiotika (ciprofloxacin) vid afebril	 3,4 %	3,5 %	<10 %

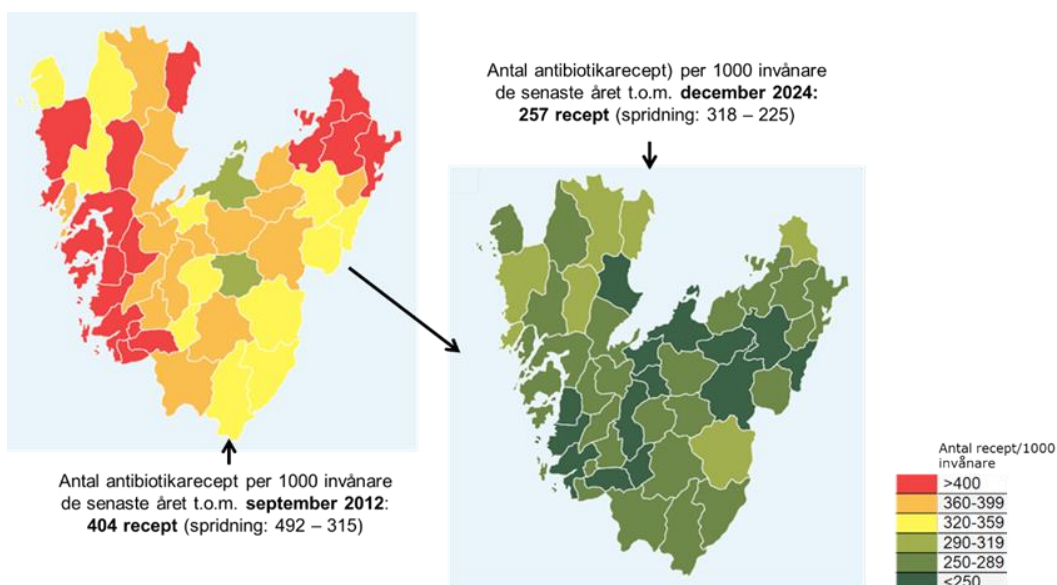
Indikatorer	Utfall 2023	Utfall 2024	Målvärde 2024
urinvägsinfektion, kvinnor (Primärvård)			
Andel patienter inom sjukhusvård (öppen och sluten) med afebril urinvägsinfektion som initialt behandlas med ciprofloxacin, kvinnor (Sjukhus)	7,1 %	7,7 %	10 %

Aktuell antibiotikaresistens

Resistensläget i Västra Götaland skiljer sig inte nämnvärt från Sverige som helhet. Högst andel resistens ses för bakterier som orsakar urinvägsinfektion och sepsis, främst E. coli. Resistens mot kinoloner ökar oroande liksom andelen multiresistenta E. coli med ESBL. Ökningstakten för de sistnämnda överstiger den för MRSA vars andel varit väsentligen oförändrad de senaste åren i odlingsprov tagna på misstanke om infektion.

Förskrivning av antibiotika på recept

Under pandemin förelåg en historiskt låg förskrivning av antibiotika på recept. Sedan uppgången efter pandemin har ökningen av förskrivna recept stannat upp och under 2024 minskade förskrivningen något, från 262 till 257 recept/1000 invånare och år i Västra Götaland. Nivån är lägre än före pandemin och betydligt under riksgenomsnittet och tangerar det nationella målet om 250 recept/1000 invånare och år. Det finns ett fortsatt behov av insatser eftersom stora skillnader kvarstår i regionen, med en mycket stor spridning i receptförskrivning mellan kommunerna (225-318 recept, se bild nedan). Den högsta förskrivningen vid årsskiftet sågs till invånarna i Gullspångs kommun. Därtill bör förskrivningen av antibiotika mot luftvägsinfektioner kunna minska utifrån en nationell jämförelse.



Antal antibiotikarecept/1000 invånare och år september 2012 jämfört december 2024 förskrivet till personer bosatta i respektive kommun i Västra Götaland.

Samtliga vårdgivarkategorier i Västra Götaland har en väsentligen oförändrad receptförskrivning under året, se tabell nedan.

Förskrivet av:	2023	2024
Närhälsan	65,5	64,0
Privata VC	54,8	55,5
Övrigt Vårdval VGPV (jourcentraler)	26,3	25,0
Vårdval VGPV (vårdcentraler och jourcentraler)	146,7	144,5
Sahlgrenska Universitetssjukhuset	24,7	24,5
Skaraborgs Sjukhus	9,4	8,9
NU-sjukvården	9,2	9,8
Södra Älvsborgs Sjukhus	8,1	7,6
Sjukhusen i väster	5,2	5,0
Sjukhus VGR	56,6	55,8
Folktandvården	7,3	7,2
Privat tandvård	8,0	8,1
Tandvård VGR	15,3	15,2
Övriga VGR	25,1	19,1
Övriga riket*	18,8	21,9
Totalsumma antal recept per 1000 invånare i VGR	262	257

* Innefattar bland annat digitala vårdgivare utanför VGR

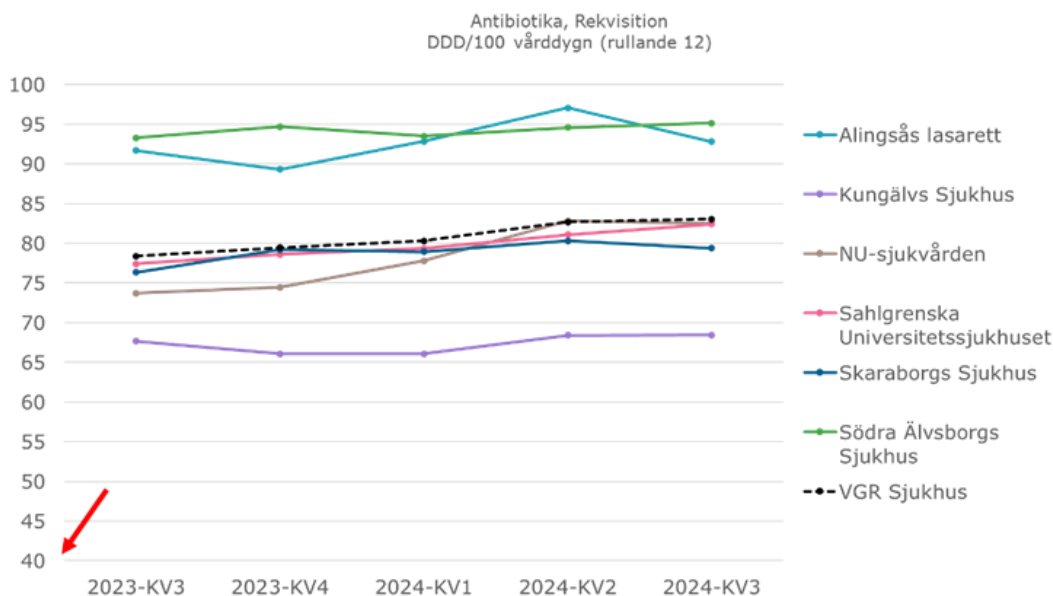
Antal antibiotikarecept/1000 invånare och år till personer bosatta i Västra Götaland,

uppdelat på förskrivare utifrån arbetsplats inom respektive utanför Västra Götaland, 2023–2024.

Måltalet om 250 recept/1000 invånare och år i Västra Götaland uppnås i det närmaste.

Användning av antibiotika inom sjukhusvården

Antibiotikaförbrukningen inom sjukhusvården, mätt som DDD/per 100 vårddygn har återgått till samma nivå som före pandemin och fortsätter att öka om än i lägre takt. Ökningen för 2024 är 6,0 % för regionen som helhet (se bild nedan).



Användning av antibiotika på de större sjukhusen i Västra Götaland. Rekviderade DDD/100 vård dygn och år, rullande 12 (pilen markerar att skalan är bruten).

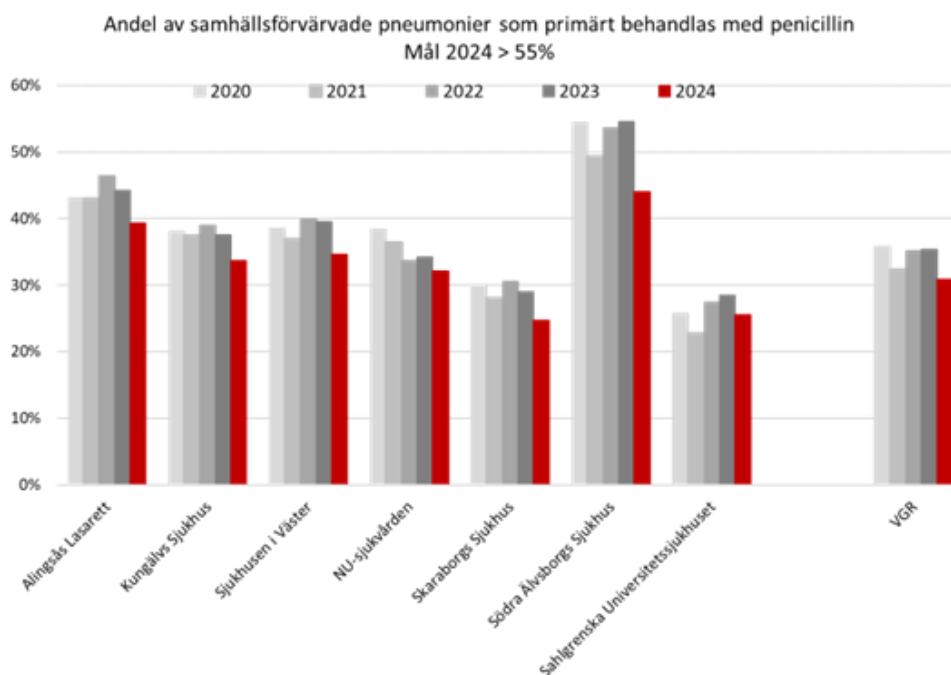
Piperacillin-tazobaktam (pip-taz) är fortsatt det vanligaste intravenösa antibiotika som ordinerar initialt enligt data från infektionsverket för alla infektioner sammantaget och undantaget profylax. Förbrukningen av intravenösa bredspektrumantibiotika har ökat under året, exempelvis för pip-taz (11,4 %) och cefalosporiner (8,5 %). Ökningen är oroande eftersom dessa antibiotika driver resistensutvecklingen. Ökningen under 2024 är dessutom högre än för 2023. Däremot minskar användningen av kinoloner, vilka är känt resistensdrivande, på alla sjukhus undantaget Kungälv sjukhus.

Följsamhet till behandlingsriktlinjer för infektioner på sjukhus

Strama-arbetet på regionens sjukhus har succesivt börjat återgå till sin prepandemiska struktur om än i långsam takt.

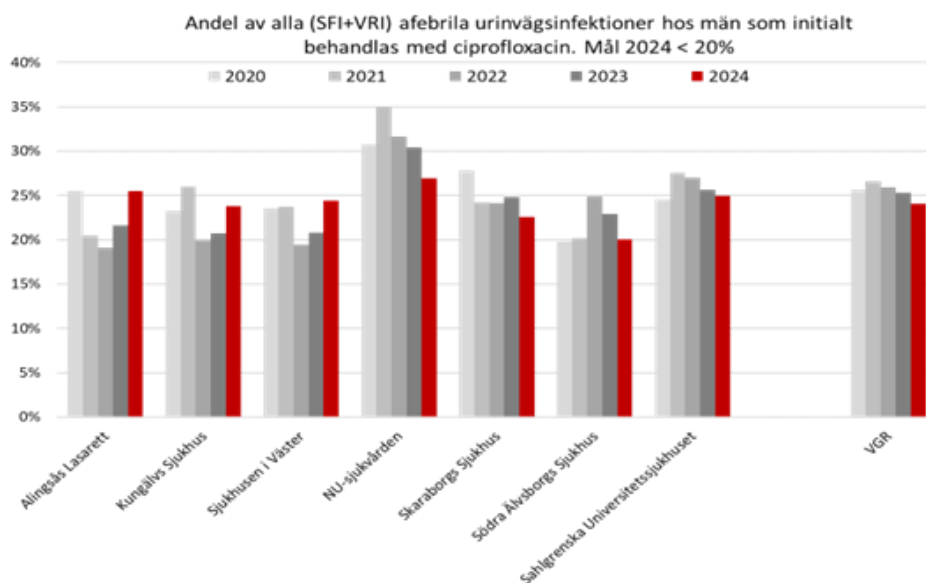
Antibiotikaronder som infektionsläkare genomför regelbundet på högförskrivande enheter är ett viktigt och uppskattat verktyg för att kunna påverka följsamhet till riktlinjerna på sjukhus. Antalet enheter där ronder utförts på de fem större sjukhusen i regionen har aldrig varit så lågt sedan de infördes som under 2024. Det är första gången som måltalet om 2–5 enheter/förvaltning (utifrån förvaltningens storlek) inte nås. Enbart NU (5 enheter) och SkaS (2 enheter) har bibehållen nivå medan antalet har minskat på SU (från 10 till 6 enheter) och på SÅS, Kungälv och Alingsås sjukhus har antibiotikaronder inte utförts under 2024.

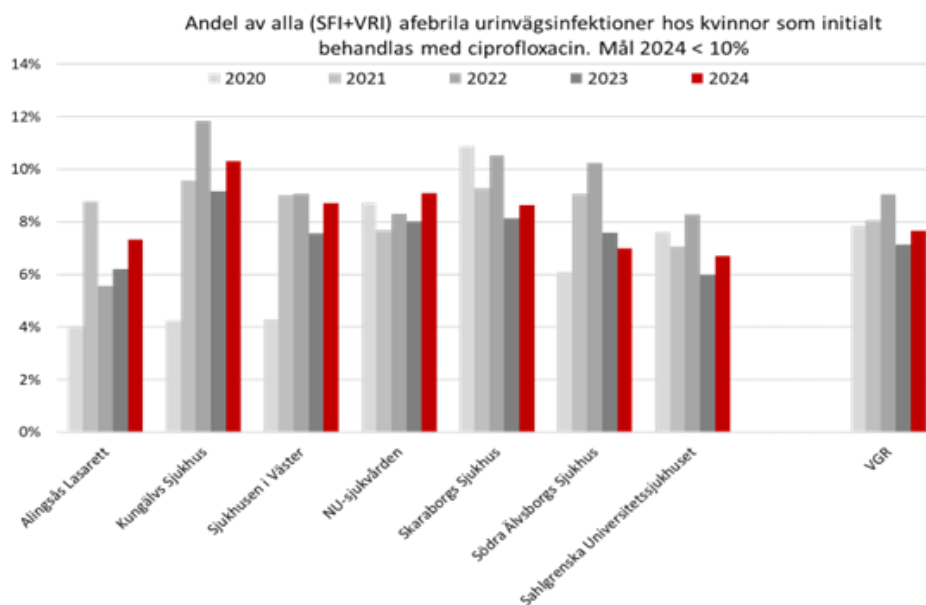
Andel patienter som erhållit smalspektrumpenicillin vid samhällsförvärd lunginflammation är lägre än föregående år och långt under målet på alla regionens sjukhus (se bild nedan), vilket till viss del kan förklaras av den pågående mykoplasma-epidemin sedan hösten 2024. För behandling av lunginflammation orsakat av mykoplasma rekommenderas inte penicillin.



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

Användning av kinoloner (ciprofloxacin) vid afebril urinvägsinfektion hos män fortsätter att minska och närmar sig det nationella målet (20%) på flera sjukhus. Målet har uppnåtts på SÄS. Förskrivningen har minskat på samtliga sjukhus under 2024, undantaget SV där trenden är den motsatta för båda de större sjukhusen (se bild nedan). Förskrivningen till kvinnor har ökat marginellt på samtliga sjukhus undantaget SÄS. Samtliga sjukhus ligger under det nationella målet om 10 %.





Andel patienter som initialt behandlats med en kinolon (ciprofloxacin) på grund av misstänkt afebril urinvägsinfektion på respektive sjukhus i Västra Götaland (VGR) senaste fem åren.

Ett måltal på högst 20 % för män och 10% för kvinnor eftersträvas. Data från Infektionsverket.

Följsamhet till behandlingsriktlinjer för infektioner inom primärvården

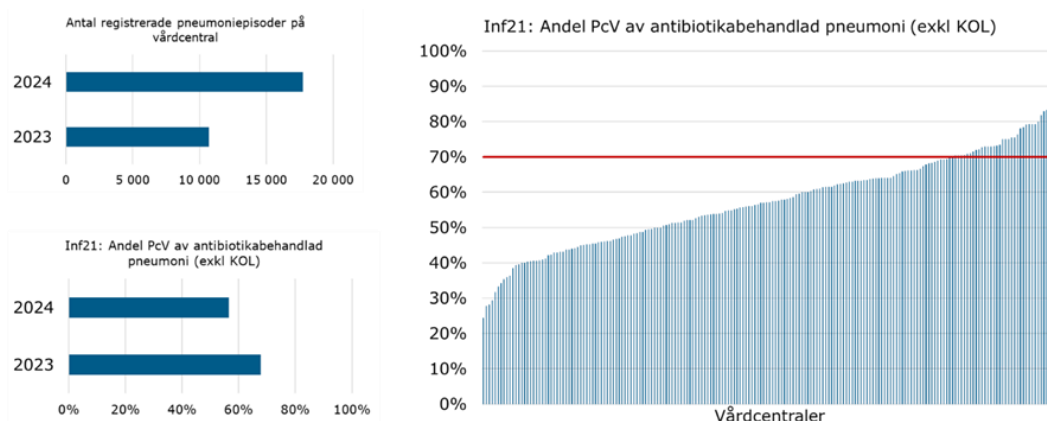
Det arbete som bedrivs lokalt på vårdcentralerna, med stöd av Strama VG, är en viktig faktor till att följsamheten till riktlinjerna ökar inom primärvården. Cirka 1500 läkare har granskat sin förskrivning och diskuterat behandlingsriktlinjerna ihop med kollegorna vid minst ett reflekterande möte med stöd av det underlag Strama VG bistår med för självdeklarationsarbetet. Den ekonomiska ersättningen för detta arbete utgår sedan 2024 med primärvårdspengen och inte som tidigare först efter genomfört arbete. Det har medfört att Strama VG har fått intensifiera sitt arbete påtagligt och ökat stödet till individuella vårdcentraler under hösten så att merparten (94%, 203/215) vårdcentraler genomfört detta arbete.

Vårdcentralerna lyfter åter behovet av en gemensam syn på handläggning, vikten av ett samstämmigt 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 faktorer 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 2024" (www.vgregion.se/strama).

Förskrivardata kopplade till aktuell infektionsdiagnos finns numera tillgängliga via SKRs kvalitetsregister "Primärvårds kvalitet". 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. Andelen kvinnor som får behandling med rekommenderade förstahandsantibiotika vid

urinvägsinfektion utan feber (och inte kinoloner) är dock generellt mycket hög i hela primärvården och uppfyller väl det nationella måtalet. För män tangeras det nationella målet om mindre än 20% av männen som får kinoloner vid denna diagnos.

Antalet patienter med lunginflammation har ökat under året och samtidigt har andelen patienter som behandlats med smalspektrumpenicillin vid lunginflammation minskat jämfört med föregående år. Det förklaras sannolikt av en påtagligt ökad förekomst av lunginflammation orsakat av mykoplasma under hösten 2024 men förklarar däremot inte de stora skillnader som ses mellan vårdcentraler i regionen med en mycket låg andel penicillin för vissa vårdcentraler (se bild nedan). Under pågående mykoplasmaepidemi kan förstahandsval med andra antibiotika än penicillin vid lunginflammation vara motiverat för de inom åldersgruppen 15–60 år men rekommenderas inte i första hand för övriga åldersgrupper.



Antal tillfällen (episoder) där lunginflammation (pneumoni) registrerats för patienter i primärvård i VGR samt andel av antibiotikabehandlade episoder där behandling skett med penicillin (PcV) under 2024 jämfört 2023. Motsvarande andel för respektive vårdcentral i VGR under 2024 ses i den högra bilden. Ett måltal om minst 70 % behandling med PcV eftersträvas. Data från Primärvårdskvalitet.

Följsamhet till behandlingsriktlinjer för infektioner inom tandvården.

Förskrivningen av antibiotika inom tandvården är väsentligen oförändrad (se tabell ovan). Folktandvården Västra Götaland har inom ramen för ett kvalitetsprojekt upprepat sedan 2012 kartlagt förskrivning av antibiotika inom allmäntandvården vilket resulterat i minskad förskrivning sedan dess. Utbildningsinsatser har genomförts under åren. Folktandvården har infört ett AI-hjälpmiddel för egenkontroll av antibiotikaförskrivningar vilket kommer att utvärderas under 2025.

3.3 Trycksår

Indikatorer	Utfall 2023	Utfall 2024	Målvärde 2024
Andel patienter med sjukhusförvärvade	1,8 %	1,9 %	1,5 %

Indikatorer		Utfall 2023	Utfall 2024	Målvärde 2024
trycksår (kategori 1-4)				
Andel mätbara vårdtillfällen	■	34 %	37 %	>70 %

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. 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.

Brister finns i dokumentationen av data och aktiviteter pågår inom förvaltningarna för att öka andelen mätbara vårdtillfällen. Under 2024 har omkring 37 % av samtliga vårdtillfällen inkluderats i mätningen och det är stora variationer mellan sjukhusförvaltningarna. Det är önskvärt att andelen mätbara vårdtillfällen ökar

3.4 Beläggning

Indikatorer		Utfall 2023	Utfall 2024	Målvärde 2024
Beläggingsgrad somatisk slutenvård	■	102,1 %	99 %	90 %
Beläggingsgrad psykiatrisk slutenvård	■	85,3 %	91,7 %	90 %

Indikatorer		Utfall 2023	Utfall 2024	Målvärde Dec 2024
Andel oplanerade återinläggningar inom 30 dagar (%), Avser 65 år och äldre	■	7,4 %	Nov 2024 6,4 %	<7,9 %

Juni 2024 publicerade IVO en slutrapport för den nationellt riktade tillsynen av landets akutsjukhus, som inleddes 2022. IVO konstaterade att överbelastade akutmottagningar tvingar sjukhusen till att utlokalisera patienter till fel avdelningar. Patienter riskerar att få vänta i dygn på en vårdplats och att bli utan den vård de behöver.

Beläggingsgraden inom VGR sjukhusförvaltningar kan följas via framtagen PowerBI rapport. Målvärdet i VGR är beläggning lägre än 90 procent. Kortare beläggningsperioder med toppar på över 90 procents beläggning har vetenskapligt ej kunnat belägga ökat antal vårdskador. Dock finns stark

vetenskap som styrker att medelbeläggning över 90 procent över tid kraftigt ökar antalet vårdskador och allvarliga vårdskador. Hög beläggningsgrad på över 100 procent över tid innebär en ökad risk för underrapporteringen av negativa händelser. I vissa fall har patienter, som bedömdes vara i behov av slutenvårdsresurser, erhållit sin vård inom en akutmottagnings lokaler i flera timmar och över dygnets gränser. En akutmottagning är varken i sina lokaler, sin logistik eller arbetsprocesser inriktad på en vårdepisod över tid. Utlokalisering av patienter på akutmottagning innebär en ökad risk för vårdskador med fördröjda eller uteblivna vårdåtgärder.

3.5 Fallskador

Indikatorer	Utfall 2023	Utfall 2024	Målvärde 2024
Andel vårdtillfällen i somatisk slutenvård med fallskada	1,1 %	1,2 %	<0,5 %

Det regionala målet för andel vårdtillfällen inom slutenvård där fallskada inträffar är 0,5 % nås inte. Alla fall/fallskador är inte undvikbara, även fall registreras vilket gör att utfallet kan bli falskt högt.

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.

	2022	2023	2024
Antal rapporterade halk/fall händelser	4546	4280	3986

Källa: MCP (datauttag 25-01-20)

För att göra det möjligt att arbeta mer med att förhindra fallskador har ett regionalt projekt "Rörelsemonitorering" påbörjats under året. Det är radarsensorer som ska läsa av patientens rörelsemönster och sensorn tolkar rörelsen och larmar om patienten riskerar falla. Samma teknik kan också användas för att förebygga trycksår. Regional projektgrupp har arbetat med kravställande inför upphandling av systemstöd under hösten 2024. Upphandling väntas vara avslutad under första kvartalet 2025. Chefsjuksköterskor från alla sjukusförvaltningar i VGR ingår i det regionala projektet


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.

3.6 Undernäring

Samtliga sjukhusförvaltningar följer data avseende riskbedömningar kopplat till undernäring. Inga specifika regionala mål är satta för 2024 men vissa förvaltningar har egna mål. Under året har en regional indikator för undernäring utarbetats för 2025.

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.


3.7 Läkemedelsrelaterade skador

Indikatorer	Utfall 2023	Utfall 2024	Målvärde 2024
Andel patienter 75 år och äldre med potentiellt olämpliga läkemedel 	15,2 %	15 %	10 %

Denna indikator har ändrats under 2024, från att tidigare ha beskrivit läkemedel som förskrivits i primärvård och hämtats ut (8.4%) till att nu gälla både primärvård och annan vård (15%). Båda värdena har varit relativt konstanta under en längre tid. Målet 10% valdes i förhållande till det första värdet, för att hålla detta under uppsikt och bevaka att inte nivån förändras i en negativ riktning, även om målet var uppfyllt sedan tidigare.

Enligt Socialstyrelsen bör dessa läkemedel endast användas om det finns särskilda skäl för det. Det ska vidare finnas en välgrundad och aktuell orsak (indikation) för att använda läkemedlet och läkaren ska ha bedömt att den förväntade nyttan med läkemedlet står i rimlig proportion till riskerna. Behandlingen bör också följas upp och omprövas regelbundet med täta intervaller. En exakt siffra som beskriver ”bästa nivå” kan inte definieras. Kvalitetsbrister i äldres läkemedelsanvändning handlar inte bara om överbehandling utan också om underbehandling. Indikatorn kan användas i ut- och fortbildningssammanhang, som utgångspunkt för kollegial diskussion och som stöd för förskrivaren.

3.8 Primärvård

Indikatorer	Utfall 2023	Utfall 2024	Målvärde 2024
Fördjupad läkemedelsgenomgång 	35 %	30 %	

Målvärde för 2024 var att nivån skulle öka jämfört med 2023.

Andel patienter där fördjupad läkemedelsgenomgång registrerats med en

åtgärdskod har minskat successivt senaste åren. Tidigare fanns inom Vårdval vårdcentral en specifik ekonomisk ersättning kopplad till registrering. Det är svårt att bedöma om åtgärden utfördes med högre kvalitet då och huruvida det har försämrats nu.

Läkemedelsgenomgångar är en av flera åtgärder som kan höja kvaliteten i äldres läkemedelsanvändning. En vårdgivare ska erbjuda de patienter som är 75 år eller äldre och som är ordinerade minst fem läkemedel en enkel

läkemedelsgenomgång vid: besök hos läkare i öppen vård; inskrivning i slutenvård; påbörjad hemsjukvård och inflyttning i en särskild boendeform. Det ska också erbjudas minst en gång per år under pågående hemsjukvård eller boende i särskilt boende, samt vid läkemedelsrelaterade problem eller misstanke om sådana. Om problemen kvarstår efter en enkel läkemedelsgenomgång ska patienten erbjudas en fördjupad läkemedelsgenomgång. Där ska patientens hela läkemedelsbehandling värderas, omprövas och optimeras. Om läkemedelsförändringar planeras bör en handlingsplan upprättas. Patienten, närstående och berörd vårdpersonal ska få individanpassad information om vad man kommit fram till under den fördjupade läkemedelsgenomgången. Förändringarna och syftet med dessa ska journalföras.

Det är viktigt att verksamheten har aktuella rutiner för hur fördjupade läkemedelsgenomgångar ska genomföras, i samverkan med olika aktörer, där den enskildes delaktighet är dokumenterad i journalen. Kontinuitet och medicinsk kompetens i kommunal hälso- och sjukvård är av stor vikt för hög kvalitet i äldres läkemedelsanvändning. Andel fördjupade läkemedelsgenomgångar bör vara hög, men en optimal nivå är svår att fastslå.

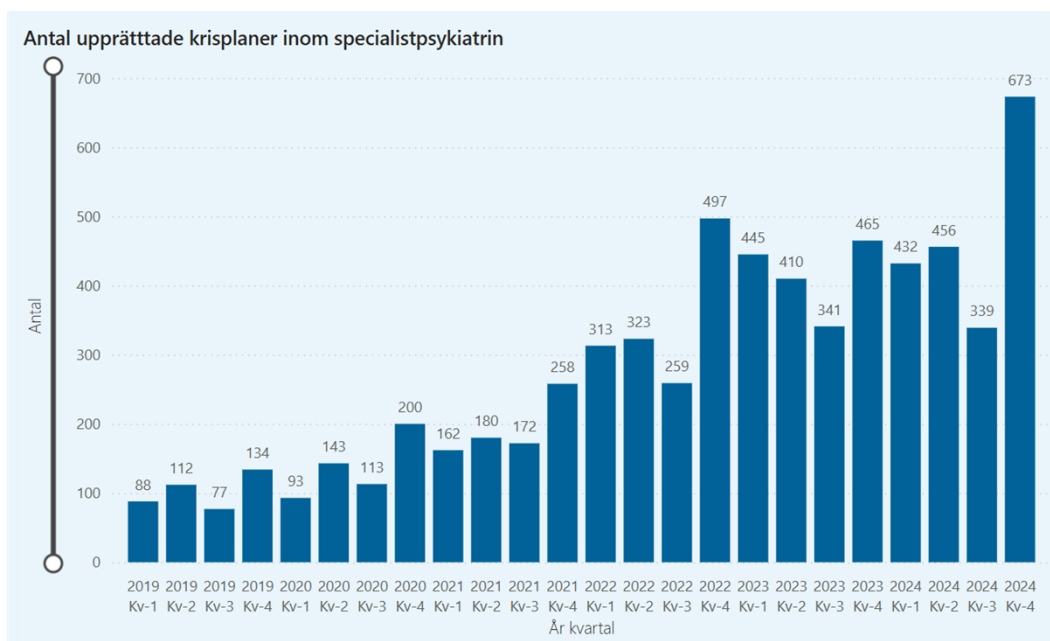
3.9 Suicidprevention

Indikatorer	Utfall 2023	Utfall 2024	Målvärde 2024
Antal upprättade krisplaner inom specialistpsykiatri	1 661	1 900	

Krisplaner/säkerhetsplaner inom psykiatri används för att förebygga risker som kan uppstå i samband med försämring av hälsotillstånd hos enskild patient. De ska utarbetas tillsammans med patienten. Om inget hinder bör närstående involveras. I säkerhetsplanen ska finnas angivet vilka saker som patienten själv kan göra och vad vården förväntas göra vid larm om ökad risk. Risken kan bestå i risk för självmord eller självskada, risk för aggressivitet mot andra eller risk för allvarlig försämring till exempel i samband med avbrott i medicinering eller varningssymtom som indikerar tidiga tecken till akutisering av sjukdomstillstånd.

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.

Det verkliga antalet antas vara högre eftersom upprepande gånger vid journalgranskning i enskilda fall har upptäckts att en krisplan upprättats men motsvarande KVA-kod inte dokumenterats. Kontinuerliga utbildningsinsatser pågår för att öka förståelse för vikten av rätt och fullständig kodning.



4 Mål och strategier för kommande år

Patientsäkerhetsarbetet är långsiktigt och kräver tålamod. Det är en utmaning att få tillförlitliga data och bra indikatorer, för att följa det man önskar.

En regional handlingsplan för ökad patientsäkerhet 2025–2026 är framtagen och beslutad.

Kompetensförsörjning är en central fråga, som behöver arbetas med från flera olika håll. Framåt är arbetet med att säkerställa en god bemanning inom sjukhusen ett prioriterat område för att upprätthålla tillräckligt antal vårdplatser samt undvika hög beläggingsgrad med de brister i patientsäkerhet, kvalitet och arbetsmiljö som det innebär.

Inom Närhälsan framhålls fortsatt arbete med kvalitetssäkrad läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården, egenkontroll förskrivning beroendeframkallande läkemedel samt minskad antibiotikaförskrivning.

Införande av ett gemensamt, modernt informationssystem har haft hög prioritet under lång tid. Avsikten är att underlätta dokumentation och informationsutbyte vilket skulle förbättra patientsäkerhet, kvalitet och arbetsmiljö. Efter svårigheterna som uppstod när Millennium infördes i södra området har införandet pausats, men ett intensivt arbete fortgår. Det är angeläget man så snart som möjligt beslutar om fortsatt riktning.

Strama-arbetet på sjukhus behöver intensifieras. För att detta ska ske behöver fler enheter nås med antibiotikaronder på samtliga förvaltningar och det lokala arbetet på verksamhetsnivå behöver stärkas påtagligt.

Det framgångsrika arbete som genomförts inom primärvården på lokal nivå

behöver fortgå kontinuerligt.

Strama VG kommer under året att inleda ett arbete för att regionen ska bli en diplomerad "Antibiotikasmart region" inom ramen för innovationsplattformen "Antibiotikasmart Sverige" som leds av Folkhälsomyndigheten, RISE och nationella Strama.

Funktionsgrupp chefläkare och nätverk för patientsäkerhet och omvårdnad utvecklar sitt samarbete och har i hög utsträckning haft gemensamma möten. Gruppernas uppdrag är att följa upp planen för ökad patientsäkerhet.

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. En omställning till en mer nära vård innebär att allt fler och därtill sjukare invånare vårdas i sin hemmiljö, vilket innebär flera utmaningar. Det medför ett utökat behov av samverkan och samarbete med fler verksamheter på Koncernkontoret, i regionen och med kommunerna. Det är viktigt att involvera patientsäkerhetsperspektivet i alla förändringsarbeten där risk- och konsekvensanalyser ur ett patientsäkerhetsperspektiv är viktiga komponenter.

Både medarbetare och ledning behöver vara förtrogna med patientsäkerhet. Patienter och närstående behöver involveras i allt arbete.