

Västra Götalandsregionen

Datum: 2026-05-29

Mötesanteckning

Samordnande grupp chefläkare

Tid: 09:00 – 12:00

Plats: *Digitalt*, MS Teams

Deltagare

Samordnande grupp chefläkare

Nätverk för Patientsäkerhet och omvårdnad

Kontaktpersoner för Plan & Styr (09:05 – 09:40)

Mötespunkt	Anteckning	Ansvarig
1.	Välkommen och inledning Regionchefläkare Jacob Wulfsberg hälsar alla välkomna till dagens möte.	Jacob Wulfsberg
2.	VEK (Vårdhygienisk egenkontroll) checklistan i Plan & Styr <ul style="list-style-type: none"><i>NU-sjukvården berättar hur de arbetar med checklista i Plan och styr</i> Det är smidigt att genomföra uppföljning, och identifiera var verksamhetsstöd behövs. När man identifierar en brist får man skriva in det i verksamhetsplanen, och då blir det logiskt att koppla på det	Elisabet Pamryd / Lisa Starlander Graciela Carlson / Clara Helgesson

	<p>som en aktivitet, mot det strategiska fokusmålet, i.o.m. att NU-sjukvården har patientsäkerhet som ett område för detta.</p> <p>Cheferna är vana att jobba i Plan & Styr, och vill inte ha något annat. Vissa kanske upplever att det kan vara lite svårt att hitta. En utmaning som finns är att det endast är chefer har behörighet, emedan t.ex. hygienombud inte har det.</p> <p>Synpunkt att detta är jättebra, inte minst utifrån att det finns regionalt beslut på att alla vårdavdelningar ska göra VEK. VEK måste bli en mer självklar del av patientsäkerhetsarbetet. Måste bli mer noga med städning, eftersom vi sett smittutbrott på flera förvaltningar. När man infört detta, är det inte mycket mer arbete sedan än "penna och papper".</p> <ul style="list-style-type: none">○ <i>Regional checklista för VEK i Plan och Styr</i> Graciela informerar kort om bakgrunden, där tanken är om man kan få fram en checklista i Plan & Styr, för att alla ska kunna jobba med VEK. Har uppdaterat en	
--	---	--

regional, gemensam checklista för VEK, i Plan & Styr, utifrån NU-sjukvårdens erfarenheter.

Clara Helgesson presenterar checklistemodulen i Plan & Styr. Finns två sätt att logga in: Egenkontroll i vänstermenyn, alt. markera den checklista som ska besvaras, och klicka på "Gå till checklista". Informeras även om de olika förvaltningarnas kontaktpersoner Plan & Styr.

Ställs fråga om skillnaden mellan egenkontroll och checklista och att det kan vara svårt för användarna att hitta checklistan via egenkontroll. Ta kontakt med sin förvaltnings kontaktperson för behörighetsfrågor.

När kommer denna checklista fördelas ner på förvaltningsnivå? När aktiveras den? Information idag, för att därefter öppna checklistan i skarp version, förmodligen redan v. 23.

Måste man släcka ner sin egen hittills använda modul, och gå in i den regionala? Så är tanken. Påtalas även att man skulle kunna arbeta med detta inom FSS.

	<p>Fråga ställs om vilka som har behörighet. Clara svarar att man får ta kontakt med supporten, och se vilken lösning som blir bäst för resp. förvaltning.</p> <p>För närmare information/detaljer; se ppt: Vårdhygienisk egenkontroll 29 maj.pptx</p>	
3.	<p>Regional plan för psykisk hälsa och suicidprevention</p> <p>Information om den Nationella strategin för psykisk hälsa och suicidprevention: vision, övergripande mål, områden med delmål.</p> <p>Presentation av den regionala handlingsplanen, och information om beslut SSN 2026-03-25. Finns tre faser av genomförande, nationellt och regionalt: mobilisera och inledande genomförande, upptrappning och fördjupning, etablering och hållbarhet.</p> <p>Berättas även om de olika delmålen, och hur man avser gå till väga. Särskilt fokus på mest utsatta barn, t.ex. som riskerar hamna i kriminalitet. Handlar om att vi behöver stärka kunskapen kring psykisk hälsa brett.</p> <p>Fråga hur patienterna kommer märka av detta inom 10 år? Magnus svarar att han hoppas att patienterna känner mer delaktighet och mer medskapande. Att man känner mer stöd från olika aktörer.</p>	Magnus Skog

Att den nationella strategin leder till en mer samlad bild av psykiatri och psykiatriska sjukdomar.

Fråga om äldres psykiska ohälsa, och hur detta kommer in här? Magnus instämmer att det är en brist, i synnerhet äldre män, och att den målgruppen inte är definierad här.

Synpunkt att detta kanske ska marknadsföras som "god vård", och inte som suicidprevention. Hur vi får in det naturligt, som ett gott bemötande där man lyssnar på patienten? Det kan utgöra suicidprevention. Identifierar vi en risk, behöver vi ha verktyg att hantera det. Man måste våga vara kvar, och tala om svåra existentiella frågor. Allt som anas utgöra en suicidrisk kan inte skickas till psykiatrin.

Primärvårdens roll i detta poängteras. Man måste även inkludera näringslivet, liksom ambulans- och specialistsjukvård.

Synpunkt att man måste veta vilka åtgärder som har effekt. Det behövs kunskap om vad som ger resultat: är det psykiatriåtgärder, eller åtgärder i samhället?

För närmare information/detaljer; se ppt: [Psykisk hälsa och suicidprevention 29 maj.pptx](#)

<p>4.</p>	<p>Läkemedelsleveranser i egen regi samt resultatet av riskanalysen</p> <p>Lotta Siwerstram och Åsa Grönlund föredragande.</p> <p>Informeras initialt om Projektstatus:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Projektet som sådant - Sortiment - Kvalitet - RGL, Högsbodepån - Ekonomi och uppföljning - Apotekssystemet <p>Ang. licenser så kommer detta gå via Hamlet licens, där det även finns en steg-för-steg-guide. Licensflödet är dessutom redan i gång, och fungerar väl. Berättas även om Övergångsplanen för läkemedelsleveranser i egen regi, där t.ex. SU/M går igång 1/9. Därefter SU/Ö, eftersom dessa två ligger nära depån rent geografiskt. Det kommer att finnas en period till att justera, och Apotekets beredskapsjour finns för att hantera ev. störningar.</p> <p>Kort sammanfattning av Patientsäkerhetsriskanalys: bakgrund, huvudrisker, riskreducering.</p> <p>Ang. hantering av läkemedelsbeställningar under uppstartsperioden. Även om chefläkarnas ansvar, t.ex. att bedöma risker ur ett patientsäkerhetsperspektiv inom resp. förvaltning, samt återkoppla resultatet till deltagare i riskanalysen. Material skickas ut under v. 23. Synpunkt att detta potentiellt kan ha stor påverkan på patientsäkerheten om det inte fungerar. Hur har man tänkt kring</p>	<p>Lotta Siwerstam / Åsa Grönlund</p>
-----------	---	---

	<p>avvikelsehanteringen? Svar att man planerar en gedigen kommunikationsstruktur i uppstartsfasen, där kontaktpersoner har ansvar för att ta in information, som också behöver checka av vissa punkter inför och under uppstarten.</p> <p>Delprojektledarna tar detta vidare till projektledarna, bedömer status och sedan får man besluta om go eller no go. Finns snabb beslutsstruktur om något händer, liksom verktyg för att bromsa eller stoppa eller stoppa i flödet. Dagliga möten i början.</p> <p>Förväntas chefläkarna göra något i uppstarten? Åsa svarar att de fem kontaktpersonerna mellan verksamheterna och projektet sköter detta, men man kan alltid kontakta sin förvaltnings kontaktperson om man har frågor/funderingar.</p> <p>För närmare information och detaljer; se ppt: Läkemedelsleveranser i egen regi 29 maj.pptx</p>	
5.	<p>CHA (Centricity High Acuity) system för dokumentation och övervakning inom IVA, anesthesi, uppvakningsavd. och neonatal vård Läkemedel + digital assistent</p> <p>Informerar om bakgrund, status och vad man avser göra framgent. Kommer genomföras som ett pilotprojekt.</p> <p>Fråga om riskanalyser är genomförda inför piloten, eller planerar man breddinförande? Svar att KSD centralt gjort riskanalyser, och även informationssäkerhetsanalyser. Man har identifierat risker som också adresserats.</p>	Joacim Stalfors

Projektet har påtalat önskemål om lokala riskanalyser. Sker t.ex. på SU i v. 23.

CHA är ett vårdinformationssystem för intensivvård och neonatalsjukvård. Ny och uppdaterad version införd på SÄS och i NU-sjukvården. Även NIVA är i gång. Sedan sker breddinförande där all intensivvård och neo-vård i regionen ska ha samma vårdinformationssystem senast 2027. Det ger en överblick över all patientdata. Västuderat system som ökar patientsäkerheten och medför tidsvinster. Man kan tidigare se en försämring i patientens tillstånd och det görs färre manuella fel. Rätt använt ger det stora fördelar.

Ett dilemma är dock att man får ytterligare ett system som har läkemedelshantering, som har ett annat "språk" än vad vi är vana vid från Meliors läkemedelsmodul. Det finns risker med överföring av läkemedel från ett system till ett annat, när patienten skrivs ut från IVA.

Diskussion om för- och nackdelar med detta, utifrån olika förvaltningars erfarenheter.

Från SU påpekas att man har speciella förutsättningar, då man har många olika personalkategorier, och många patientgrupper. Arbetssätten är väl beprövade. Poängterar vikten av ett sammanhållet modulsystem, där de olika delarna talar med varandra. Behövs en samlad läkemedelshantering.

Påpekas från SÄS att man startat CHA, och hittills haft 21 avvikelser. Inget som kvalificerade för chefläkaråtgärd. Under Millenniuminförandet hade man 600 avvikelser på 3 dagar. Finns möjlighet till titt-funktion i systemet, för till exempel infektionsläkarna. Kan medföra svårigheter att förstå ett system som man inte har vana att arbeta i.

Joacim uppger att detta arbete är i gång nationellt också, men kvarstår frågan om hur vi gör bäst för våra patienter när vi får ytterligare ett vårdinformationssystem (CHA), där man kan använda läkemedelsmodulen eller inte. En väsentlig fråga är huruvida man ska ha ett sammanhållet hälso- och sjukvårdssystem i hela regionen.

Från NU-sjukvården framförs att man har haft ett stort inflytande hur CHA utformats, och huruvida läkemedelsmodulen i CHA ska användas. Inte haft några avvikelser i detta.

Konstateras att man har olika erfarenheter, och därmed finns också olika risker. I klinisk ledning har man uttalat att det är önskvärt att man väljer en lösning, och då får man eftersträva det och diskutera riskerna, samt hur man löser detta. Dilemmat måste rätas ut, och vi ska se vad som blir bäst för patienterna.

Påtalas att det gjordes en riskanalys inför Millennium, där man beslutade att inte införa det på IVA. Går den att använda även här?

8.	<p>Korta inspel och avslutning</p> <p>Jacob berättar att fr.o.m. 2027 avser man att byta mötesdag från sista fredagen i slutet av varje termin till andra eller tredje fredagen. Detta p.g.a. krock med SV styrelsemöte. Någon emot? Så verkar inte fallet, varpå Jacob, Graciela och Lisa Jo. tittar på lämpliga mötesdatum inför nästa år och skickar ut.</p> <p>Graciela tackar också för alla synpunkter på utkastet för <i>Handlingsplan för ökad patientsäkerhet 2027–2029</i>.</p> <p>Jacob Wulfsberg avslutar dagens möte och tackar samtliga för gott deltagande.</p> <p>Förslag på framtida mötesämnen: Förslag till ämnen att ta upp på möten.xlsx</p>	Jacob Wulfsberg
----	--	-----------------

Information till andra grupper

Vid behov

Nästkommande möten

2026-08-21, digitalt möte, MS Teams, kl. 09:00 – 12:00

Kommentar om frågor som ska tas upp på nästkommande möten:

Samman kallande

Jacob Wulfsberg
 Avdelning Patientsäkerhet och
 Medicinsk krisberedskap
 Regionchefläkare
 Mobilnummer: 0700822753
 Mail: jacob.wulfsberg@vgregion.se

Sekreterare

Daniel Bjurquist
 Avdelning patientsäkerhet och
 medicinsk krisberedskap
 Administrativ koordinatör
 Mobilnummer: 0721439119
 Mail: dan.bju@vgregion.se