

Diarienummer: 2018-00932

Västra Götalandsregionen

# Riktlinjer för Patientsäkerhet 2019

Fastställd av Hälso- och sjukvårdsstyrelsen 2018-11-21

## Innehåll

Inledning .....	3
1 Övergripande strategiområden .....	4
1.1 Patientsäkerhetskultur .....	4
1.2 Patientdelaktighet .....	5
1.2.1 Synpunkter och klagomål .....	5
1.3 Regional samordning och erfarenhetsutbyte .....	6
2 Verktyg och metoder .....	7
2.1 Systematisk journalgranskning .....	8
2.2 Händelse- och riskanalyser .....	9
2.3 Analys av inträffade vårdskador och tillbud .....	10
3 Insatsområden .....	12
3.1 Vårdrelaterade infektioner och smittspridning i vården .....	12
3.2 Antibiotikaresistens .....	14
3.3 Trycksår .....	16
3.5 Medicintekniska produkter .....	17
3.6 Överbeläggningar och utlokaliseringar .....	19
3.7 Fallskador .....	20
3.8 Undernäring .....	22
3.9 Läkemedelsrelaterade skador .....	22
3.11 Patientsäkerhetsutbildning .....	24

# Inledning

Patientsäkerhet handlar ytterst om skydd mot vårdskada. En vårdskada är enligt patientsäkerhetslagen när en patient drabbas av lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid en patients kontakt med hälso- och sjukvården.

Utöver individens lidande medför vårdskador stora kostnader för vården, resurser som behöver användas till att skapa värde för invånare och patienter.

Hälso- och sjukvården är ett komplext system som behöver leverera god och säker vård oavsett de variationer som förekommer i verksamhet och förutsättningar, vilket kräver en god anpassningsförmåga. Inom Västra Götalandsregionen arbetar vi för att utveckla en god patientsäkerhetskultur med en nollvision för vårdskador. I detta ingår att bevaka och inkludera nya metoder och forskningsresultat i patientsäkerhetsarbetet.

Vårdskadeutvecklingen i Västra Götaland 2013–2016, en rapport med resultat av markörbaserad journalgranskning av somatisk sjukvård i regionen, visar på en ökning av vårdskador i regionen. De vanligaste vårdskadorna för hela perioden 2013–2016 såväl som för 2016 var urinvägsinfektioner, postoperativa sårinfektioner, trycksår, läkemedelsrelaterade skador, blåsoverfyllnad och fallskador. SKL:s rapport Skador i vården-utveckling 2013–2017 visar samma sak.

Förbättringstakten behöver öka och för detta krävs ett fortsatt tydligt fokus, engagemang och uthållighet.

Överbeläggningar och utlokalisering av patienter ökar risken för vårdskador och kompetensförsörjningen är viktig för att uppnå god patientsäkerhet

Av ”riktlinjer för patientsäkerhet 2019” framgår grunden för patientsäkerhetsarbetet i Västra Götalandsregionen med strategiområden, verktyg och metoder samt insatsområden. Här anges viktiga insatsområden som ständigt behöver arbetas med. Av riktlinjerna framgår fastslagna inriktningar för förvaltningarna som utför hälso- och sjukvård. Med förvaltningar inbegrips här också de vårdgivare som Västra Götalandsregionen har vårdavtal med. I riktlinjerna anges också möjliga indikatorer för uppföljning. Patientsäkerhetsområdet utvecklas kontinuerligt och nya insatsområden diskuteras. Ökad patientdelaktighet, diagnostiska fel och vårdens övergångar är exempel på områden som diskuteras och inför 2020 kommer en fördjupad diskussion att ske.

Patientsäkerhetsplanen för 2019 har fortsatt fokus på ett fåtal prioriterade mål för förbättring. De regiongemensamma målen ska brytas ner i respektive förvaltning utifrån lokala förutsättningar, för att ange vad förvaltningen behöver uppnå för att de regiongemensamma målen ska nås.

Uppföljning av patientsäkerhetsarbetet sker i respektive förvaltnings/vårdgivares patientsäkerhetsberättelse, vid regional controlling samt kontinuerligt på möten för funktionsgrupp chefläkare. För de delar som rör den vård som Västra Götalandsregionen själv bedriver sammanfattas arbetet och resultaten i den regionala patientsäkerhetsberättelsen som publiceras senast den 1 mars 2020.

# 1 Övergripande strategiområden

## 1.1 Patientsäkerhetskultur

### Inriktning

En god patientsäkerhetskultur är en av förutsättningarna för att nå hög patientsäkerhet. Patientsäkerhetskulturen är en del av organisationskulturen och baseras på både skrivna och oskrivna regler, uttalade och outtalade uppfattningar, normer och värderingar i organisationen. Ett uttryck för kulturen i hälso- och sjukvården är ledarnas och medarbetarnas attityder och förhållningssätt till patientsäkerhet. Grunden för en hög patientsäkerhet och en hälsofrämjande arbetsplats är ett väl fungerande systematiskt patientsäkerhetsarbete och arbetsmiljöarbete. Resultaten av enkätstudien ”Säkerhetskultur i vård och omsorg – stöd och hinder” som Marianne Törner m.fl. genomförde 2013 visar att patientsäkerhetsklimat och personalsäkerhetsklimat går hand i hand. Det framkom bl.a. att organisatoriska enheter med ett högt patientsäkerhetsklimat också hade ett högt personalsäkerhetsklimat och tvärtom. Genom goda arbetsförhållanden för personalen kan hög säkerhet för patienterna byggas.

Mätning av patientsäkerhetskulturen (patientsäkerhetsenkät) och medarbetarenkäten genomfördes för första gången samtidigt hösten 2017 genom två samordnade enkäter. I resultatredovisningen av enkäterna ingick en gemensam del som redovisade svar från båda enkäterna på ett antal påståenden som har samband med faktorerna: arbetsbelastning, stöd från närmsta chef, stöd från arbetsgruppen och organisatoriskt stöd. Denna del är ett underlag för gemensam utveckling kring det systematiska förbättringsarbetet av både patientsäkerhet och arbetsmiljö. Ett integrerat patientsäkerhets- och arbetsmiljöarbete skapar synergier som bidrar till effektivitet, helhetssyn och delaktighet.

### Ansvarsfördelning

Koncernstaben

- Stödjer och samordnar regionens patientsäkerhetskulturmätning och medarbetarenkät.
- Stödjer ett integrerat patientsäkerhets- och arbetsmiljöarbete.
- Initierar och stödjer erfarenhetsutbyte mellan förvaltningarna.
- Bevakar forskning och utveckling inom området.

Förvaltningarna

- Utifrån resultatet från patientsäkerhetskulturmätning och medarbetarenkäten planerar, genomför och följer upp åtgärder som syftar till en stärkt säkerhetskultur.

- Deltar i mätning av säkerhetskulturen.

## 1.2 Patientdelaktighet

### 1.2.1 Synpunkter och klagomål

#### Inriktning

Patienters och närståendes upplevelser och synpunkter på hälso- och sjukvården är värdefulla och de ska därför ges möjligheter att vara delaktiga i det fortlöpande patientsäkerhetsarbetet. Synpunkter och klagomål på vården ska tas emot på alla sätt på alla nivåer i organisationen. De ska utredas av berörd verksamhet som också bemöter, besvarar och vidtar åtgärder. Verksamheterna ska ständigt utveckla sina system för att befrämja detta. De uppgifter som tas emot ska bedömas utifrån patientlagens och patientsäkerhetslagens perspektiv. Synpunkter som kommer till vårdgivarens kännedom ska hanteras i samma avvikelshanteringssystem som personalrapporterade avvikelser (för Västra Götalandsregionens verksamheter i Med Control Pro) så att de tas tillvara på ett systematiskt sätt (se avsnitt 2.3 Analys av inträffade vårdskador och tillbud).

Genom samarbete med patientnämnden kan klagomål analyseras och användas så att patientens förtroende för vården och patientsäkerheten stärks. Patienten och närstående ska aktivt ges möjligheter till och goda förutsättningar för att delge sin syn på händelseförloppet och orsaker samt ge förslag på förbättringsområden när utredningar görs av händelser som medförde eller kunde medföra vårdskada. Synpunkter från patienter och patientorganisationer är också värdefulla vid riskanalyser som görs för att höja vårdens kvalitet och säkerhet. Patienter, närstående, invånare och patientorganisationer bör därför systematiskt och på olika sätt bjudas in att delge sina synpunkter på hur vården kan förbättras och delta i det fortlöpande patientsäkerhetsarbetet.

#### Ansvarsfördelning

##### Koncernstaben

- Stödjer patientdelaktighet i patientsäkerhetsarbete på alla nivåer i organisationen.
- Underlättar för invånarna att framföra klagomål och synpunkter genom att påverka utvecklingen av tjänsten 1177.se (Inera) och dess klagomålsmodul samt dess implementering i verksamheterna.
- Stödjer förvaltningarna i att skapa processer för en ändamålsenlig klagomålshantering genom utveckling av det gemensamma avvikelshanteringssystemet.

##### Förvaltningarna

- Uppmuntrar systematiskt patienten att medverka till att risker för vårdskada till följd av den egna vården minimeras.
- Uppmuntrar patienten att delta i verksamheternas fortlöpande patientsäkerhetsarbete utifrån ett organisations- och systemperspektiv.
- Har rutiner för att systematiskt ta emot och hantera synpunkter från patienter och närstående oavsett hur de har kommit till vårdgivarens kännedom (direkt eller via andra aktörer).
- Använder 1177.se för att ta emot synpunkter från patienter och anhöriga

- Använder MedControlPro som stöd för att registrera, utreda, och följa upp patienters och närståendes synpunkter och dokumentera handläggningen
- Sammanställer systematiskt och tar tillvara patienters och närståendes erfarenheter och synpunkter och använder dessa som underlag i såväl förbättringsarbetet och förändringsarbete för att skapa mervärde för patienten.
- Har rutiner för ett strukturerat omhändertagande av medarbetare i samband med en oönskad händelse som medförde allvarlig vårdskada.
- Har rutiner för ett strukturerat omhändertagande av patient och närstående i samband med en oönskad händelse som medförde allvarlig vårdskada. Detta inbegriper delaktighet i de utredningar som görs.
- Säkerställer att resultaten av de utredningar som görs med anledning av oönskade händelser återförs till patienten och att de utgör del i underlaget för utveckling av verksamheten.

## 1.3 Regional samordning och erfarenhetsutbyte

### Inriktning

Inom Västra Götalandsregionen bedrivs ett aktivt arbete för att förebygga vårdskador inom utförarförvaltningar och koncernstaben. De olika arbetsformerna och fokusområdena beskrivs närmare i kapitel 2 Verktyg och metoder.

Merparten av arbetet sker på förvaltnings- och verksamhetsnivå med stöd från koncernstaben. Stora vinster finns att göra med erfarenhetsutbyte och samverkan inom ramen för ledningsarbetet inom hälso- och sjukvården. Arbetsmiljö och kompetensförsörjning är viktiga faktorer i patientsäkerhetsarbetet varför ett utökat samarbete med HR både på regional- och förvaltningsnivå är viktigt. Koncernstaben har en aktiv roll i att utveckla en plattform för samverkan och erfarenhetsutbyte ~~samt genom i att~~ där spridning av erfarenheter och ~~ta~~ initiativ till regionövergripande förbättringsarbete kan tas. Det är också angeläget att i ökande omfattning involvera de privata vårdgivarna som landstinget har vårdavtal med i samverkansarbetet.

För att bidra till styrning, samordning och erfarenhetsutbyte inom patientsäkerhetsområdet i Västra Götalandsregionen finns funktionsgrupp chefläkare och ett nära samarbete med funktionsgrupp utvecklingschefer. Därtill finns nätverk inom olika insatsområden, vilka leds via koncernstaben. Dessa ska bidra till att målen i Patientsäkerhetsplanen uppnås.

Arbetet med att utveckla regionens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete skapar både förutsättningar för och är ett led i en ökad samordning.

Samverkan på regional och nationell nivå sker med IVO (Inspektionen för vård och omsorg), patientnämnd och andra aktörer. Koncernstaben företräder översta vårdgivarnivån i tillsynsändan från IVO.

### Ansvarsfördelning

Koncernstaben

- Tar initiativ för och samordnar regionövergripande arbetsgrupper i patientsäkerhetsarbete
- Utarbetar regiongemensamma måltal för patientsäkerhets områdena

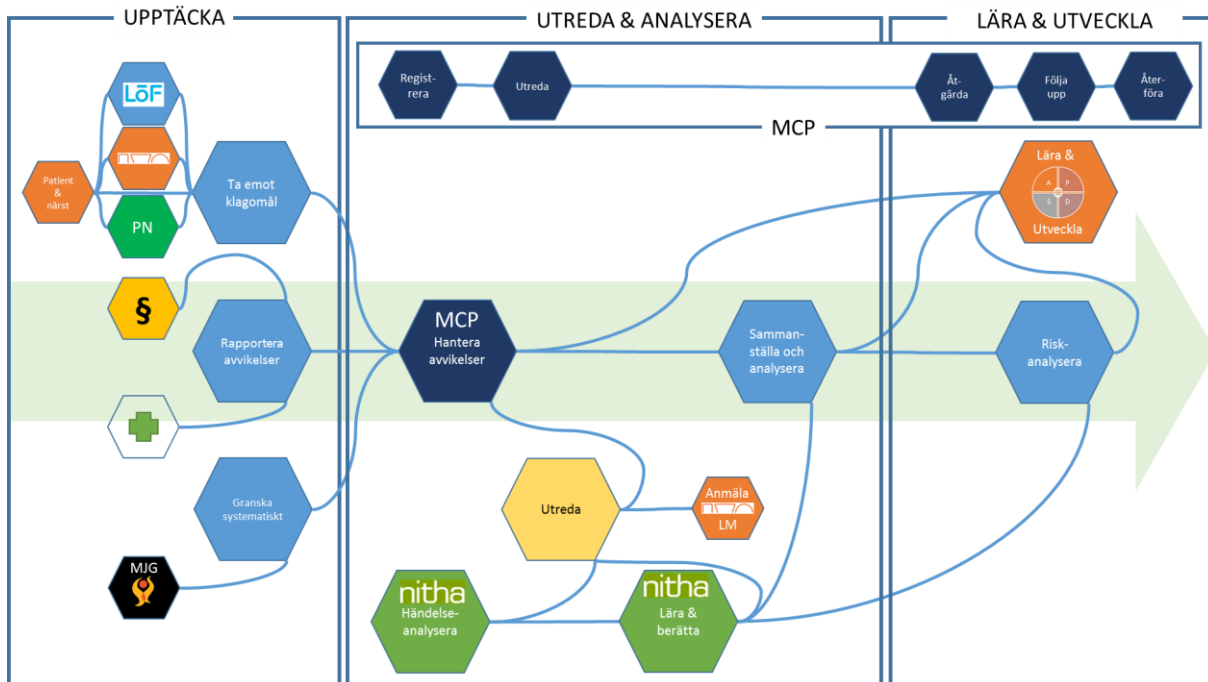
- Samordnar arbetet med patientsäkerhetsberättelser på regional- och förvaltningsnivå
- Tar initiativ till att regionala riktlinjer utformas med utgångspunkt i erfarenheter från risk- och händelseanalyser samt statlig tillsyn

### Förvaltningarna

- Bryter ned de regiongemensamma måltalen utifrån lokala förutsättningar
- Deltar i och bidrar till regional samordning och erfarenhetsutbyte
- Sprider erfarenheter från övriga regionen inom egna organisationen
- Sprider erfarenheter från egna organisationen till övriga förvaltningar.
- Utvecklar sina egna ledningssystem inom ramen för det regionala arbetet

## 2 Verktyg och metoder

I patientsäkerhetsarbetet används flera olika verktyg och metoder. Dessa utgör dels stöd för olika processer (processtöd), med avvikelshanteringssystemet (Med Control PRO) som centralt exempel, dels stöd vid användning av olika metoder (metodstöd), såsom händelseanalys (Nitha – Nationellt it-stöd för händelseanalys), systematisk journalgranskning (MJG – markörbaserad journalgranskning) och dagliga strukturerade systematiska patientsäkerhetsronder (t.ex. Gröna korset). Syftet är att genom systematiska underlag bidra till verksamhetsutveckling (PDSA) med målet att stärka patientsäkerheten, d v s öka skyddet mot uppkomst av vårdskador. Systemet för patientsäkerhetsarbetet kan sammanfattas i nedanstående modell.



Utöver dessa finns också verktyg för egenkontroll för att följa effekterna av förbättringsarbetet på skadeförekomsten. Infektionsverktyget är ett sådant exempel, och fler är under utveckling (t ex trycksår och fallskador).

## 2.1 Systematisk journalgranskning

### Inriktning

Strukturerad granskning av slumpvis valda vårdtillfällen med metoden markörbaserad journalgranskning (MJG) används för att följa utvecklingen av vårdskadeförekomsten över tid och att mäta effekterna på patientsäkerheten av det patientsäkerhetsarbete som genomförs. Genom tematiska granskningar av journaler i verksamheterna kan dessutom särskilda vårdskadeområden identifieras för närmare analys som ett led i det fortlöpande och systematiska förbättringsarbetet.

Med MJG kan avvikelser som medfört vårdskador identifieras och utgör ett värdefullt komplement till de avvikelser som framkommer genom personalens rapporter och klagomål från patienter och närstående. Tillsammans ger dessa system en god täckning av de olika avvikelser som kan förekomma och möjliggör därför att relevant kunskap kan erhållas om hur vårdens kvalitet och säkerhet kan förbättras.

Markörbaserad journalgranskning som utvecklats av SKL har använts för systematisk granskning av somatisk slutenvård av vuxna sedan 2013 och av vuxenpsykiatri sedan hösten 2017. Metoden finns sedan 2016 också tillgänglig för barnsjukvård där användningen hittills varit begränsad. Önskvärt är att ett slumpvis urval på förvaltningsnivå av minst 1 % av vårdproduktionen granskas månadsvis.

MJG finns i dagsläget inte utvecklad för granskning av primärvård vilket har hög angelägenhet. Förutsättningar finns att utveckla en sådan regionalt där de regionala kunskapsunderlag som finns om vårdskador i primärvården skulle kunna vara användbara.

### Ansvarsfördelning

Koncernstaben

- Sprider information om utbildningar som ges av SKL.
- Sammanställer, analyserar och återför resultaten på regional nivå.
- Stödjer och stimulerar till erfarenhetsutbyte mellan granskningsteamerna genom att arrangera årliga möten.

Förvaltningarna

- Slumpvis granskning på sjukhusnivå av den somatiska slutenvården av vuxna där det minsta antalet slumpvis utvalda granskade journaler per månad är: 20 för universitetssjukhuset, 15 för länssjukhusen och 10 för länsdelssjukhusen där resultaten matas in i SKLs databas.
- Genomföra tematiska granskningar på verksamhetsnivå och använder resultaten som grund för förbättringsarbete.
- Genomföra journalgranskning inom barnsjukvård och vuxenpsykiatri
- Registrera och hantera funna vårdskador i avvikelshanteringssystemet



## 2.2 Händelse- och riskanalyser

### Inriktning

Händelseanalyser görs för att så långt det är möjligt 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 inte skall uppkomma i en verksamhet eller en vårdprocess.

Riskanalyserna är viktiga i verksamheternas förebyggande arbete av vårdskador och framtagande av handlingsplaner. Riskanalyser bör som underlag bl.a. innefatta resultaten av gjorda händelseanalyser (såväl i den egna organisationen som av andra) och utredningar av avvikelser. Händelse- och riskanalyser bör göras i samverkan om flera verksamheter berörs och det är förenligt med bestämmelser för sekretess. Analyserna leder till att åtgärder kan identifieras och implementeras i de berörda verksamheterna och syftar till att minska risken för oönskade händelser och därigenom stärka patientsäkerheten. 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 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 systematiskt följas upp och utvärderas genom egenkontroll, vilket bl.a. avvikelshanteringssystemet ger stöd för.

En ny metod som bygger på att analysera komplexa system av vårdprocesser (FRAM – Funktionell resonansanalysmetod) är sedan 2015 under införande 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

Koncernstaben

- Följer utvecklingen och implementeringen av kriterier för vilka suicidhändelser som ska utredas utifrån patientsäkerhet och bidrar till att utveckla metoder för hur de bör utredas
- Sammanställer, analyserar och återför resultaten av händelseanalyser på aggregerad nivå.
- Sprider kunskap om hur händelse- och riskanalyser kan och bör genomföras.
- Koordinerar och stödjer den regionövergripande implementeringen och användningen av Nitha och händelseanalys enligt handboken.
- Stimulerar till användning av regionövergripande och nationella databaser för händelseanalyser (Nitha Kunskapsbanken) och riskanalyser i det proaktiva patientsäkerhetsarbetet.
- Ger utbildningar i och stödjer implementering av funktionell resonansanalysmetod (FRAM) för analys och förbättring av patientnära system.
- Deltar i och bevakar arbetet och kunskapsbildningen kring händelse- och riskanalyser nationellt och internationellt.

## Förvaltningarna

- Säkerställer att det finns analysledare med kompetens att genomföra risk- och händelseanalyser enligt handboken och med Nitha.
- Deltar i utvecklingen av och implementerar kriterier för vilka suicidhändelser som ska utredas med händelseanalys enligt den rekommenderade metoden.
- Gör händelseanalyser med Nitha Analys som ett led i den interna utredningen vid Lex Maria-anmälningar.
- Följer upp att beslutade åtgärder implementeras och deras effekter på patientsäkerheten. Dokumentera uppföljningen i avvikelshanteringssystemet.
- Överför händelseanalyser som gjorts i Nitha Analys till Nitha Kunskapsbank.
- Gör riskanalyser inför förändringar av verksamheten och vid upprepade oönskade händelser.
- Använder erfarenheterna från tidigare gjorda händelse- och riskanalyser som underlag i det proaktiva patientsäkerhetsarbetet.
- Implementerar funktionell resonansanalysmetod (FRAM) som ett verktyg i utveckling av patientnära system.

## 2.3 Analys av inträffade vårdskador och tillbud

### Inriktning

Ett avvikelshanteringssystem ska finnas för att stödja processen för registrering, utredning, åtgärd och uppföljning av oönskade händelser, med syftet att stärka patientsäkerheten. Genom att alla sådana händelser, oavsett om de upptäcks genom personalens rapporteringsskyldighet, som klagomål eller vid journalgranskning/egenkontroll, konsekvent hanteras i systemet skapas förutsättningar för en hantering med hög kvalitet. I avvikelshanteringssystemet samlas också samtlig dokumentation som rör utredningen av händelsen vilket ger möjligheter till sammanställningar och analyser på aggregerad nivå som är användbara för strategiska beslut och för generering av ny kunskap inom patientsäkerhetsområdet. En form av system för upptäckt och egenkontroll av avvikelser utgörs av de dagliga patientsäkerhetsronder som genomförs på avdelningarna. Den mest utvecklade formen är Gröna korset som används i allt fler förvaltningar och verksamheter. Ansatser görs att öka systematiken i hur man fångar uppseglade problem och uppkomna händelser genom att specifikt belysa kända riskområden, kvalitetsbrister och skador, och där såväl personalens iakttagelser som journaluppgifter ingår i underlaget. Detta kan göras löpande dagligen på samtliga patienter vid en vårdavdelning eller på ett urval av patienter (t ex i det som har benämningen Patientsäkerhet i Realtid – PiR). Detta utvecklingsarbete bör uppmuntras och stödjas. Systemen bidrar dels till att omgående vidta åtgärder så att skador inte uppkommer (proaktivitet) dels till att registrera avvikelser för det övergripande systematiska arbetet.

Avvikelshanteringssystemet ska användas för regelbundna sammanställningar på alla nivåer i organisationen (från enhetsnivå till regionövergripande) och ska regelbundet efterfrågas av chefer som underlag för beslut vid utveckling av verksamheten. Syftet med sammanställningarna är att identifiera risk- och förbättringsområden och utgöra underlag i det kontinuerliga lärandet och förbättringsarbetet. Sammanställningarna och resultaten av

analyserna ska återföras till verksamheten och dess personal och leda till ökad kunskap om patientsäkerheten i verksamheten och ökad delaktighet i verksamhetsförbättring. Rapportering och återföring på varje nivå i organisationen är en viktig grund för delaktighet och framgång.

Vid avdelning patientsäkerhet har sedan början av 2012 innehållet i de utredningar som lett till beslut från Socialstyrelsen/IVO i klagomål och Lex Maria-ärenden systematiskt samlats i en databas ("Beslutsdatabasen"). Databasen ger möjligheter till systematisk sammanställning och analys av olika verksamhetstyper och vårdprocesser där oönskade händelser uppkommer. Databasen kan användas som underlag för riskanalyser och för att identifiera händelser som upprepas och som behöver särskilt fokus.

## **Ansvarsfördelning**

### Koncernstaben

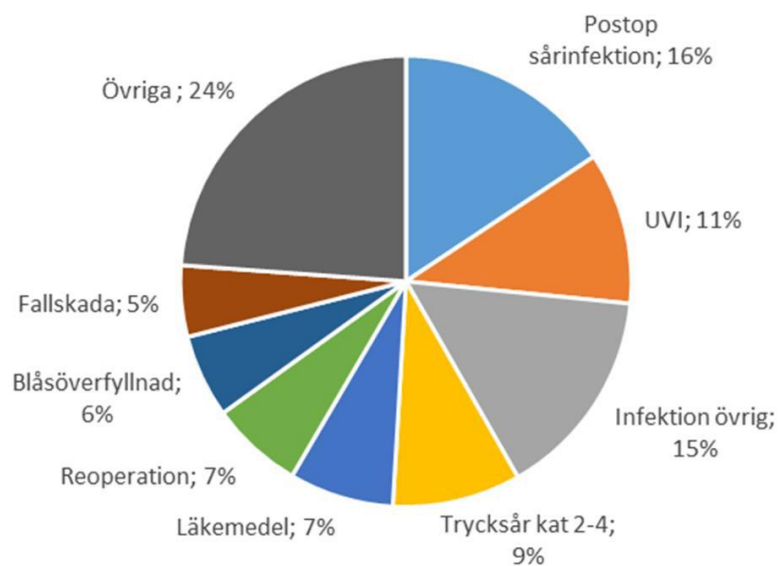
- På regionövergripande nivå utvecklar, stödjer och följer upp användningen av MedControlPro.
- På regionövergripande nivå sammanställer och analyserar avvikelser, klagomål och Lex Maria-utredningar, samt sprider dessa via olika kanaler till hälso- och sjukvårdspersonalen och till beslutsfattare.
- Samverkar med IVO, Patientnämnden och andra aktörer på regional och nationell nivå i frågor som rör hantering av avvikelser i Västra Götalandsregionen.
- Deltar i och bevakar arbete på nationell nivå som påverkar handläggningen av avvikelser och deras kunskapsinnehåll.
- Har fortlöpande kännedom om de Lex Maria-anmälningar som görs på den vård som finansieras av landstinget.
- Har fortlöpande kännedom om de klagomålsbeslut hos IVO på den vård som finansieras av landstinget.

### Förvaltningarna

- Använder MedControlPro (eller annat system i VGR-finansierad vården som drivs av annan vårdgivare) för rapportering och hantering av oönskade händelser som har bäring på patientsäkerhet (personlrapporter, klagomål, systematisk granskning av vården).
- Följer upp beslutade åtgärder i MCP (eller system för avvikelshantering) och deras effekter på patientsäkerhet genom systemen för egenkontroll.
- Gör systematiska sammanställningar och analyser av avvikelser som rör patientsäkerhet samt återför dem i verksamheterna.
- Använder de systematiska sammanställningarna som underlag för verksamhetsförbättring på alla nivåer inom organisationen.
- Informerar fortlöpande koncernkontoret om Lex Maria-anmälningar, gjorda interna utredningar (inklusive händelseanalys) och inkomna beslut från IVO (t.ex. genom att säkerställa att dessa dokumenteras i avvikelshanteringssystemet).

## 3 Insatsområden

Insatsområdena berör insatser dels mot specifika vårdskadetyper, dels mot strukturella förutsättningar för en vård som ska medföra skydd mot uppkomst av vårdskada. Exempel på det senare är antibiotikaanvändning och beläggning av vårdplatser. De vårdskadetyper som utgör fokus är de som framkommer som vanligast baserat på tillgängliga resultat av markörbaserad journalgranskning (MJG) i Västra Götalandsregionen (Vårdskador i Västra Götalandsregionen 2013-2016 MJG rapport): vårdrelaterade infektioner, trycksår, läkemedelsrelaterade skador och fallskada. Blåsöverfyllnad har hittills inte varit ett



regionalt insatsområde men kan ingå i de områden som förvaltningarna valt som särskilda insatsområden. Gemensamt för samtliga nämnda vårdskadetyper är att de har stark koppling till omvårdnad.

### 3.1 Vårdrelaterade infektioner och smittspridning i vården

#### Inriktning

Vårdrelaterad infektion (VRI) förekommer enligt SKLs prevalensmätningar hos knappt 10 % av alla patienter som vårdas inom somatisk slutenvård. Ungefär 90% av dessa har bakteriell genes. VRI är den enskilt vanligaste vårdskadan och prevalensen är i stort sett oförändrad sedan 2010, i VGR och landet i övrigt. Sedan 2014 studeras förekomst av bakteriell VRI på sjukhusen genom kontinuerlig incidensmätning med hjälp av Infektionsverket. Tre års mätningar visar på en oförändrad incidens på knappt 6% på regional nivå med ganska stor variation mellan regionens sjukhus. Incidenstalen ligger lägre än prevalenstalen, både pga. att virusinfektioner inte fångas och som en följd av annan mätmetod, men också beroende på att många vårdrelaterade infektioner fel kategoriseras som samhällsförvärvade vid registreringen, vilket valideringar 2014 och 2015 visat. Den sanna incidensen i nuläget kan därför skattas till 8-9 %.

För att minska VRI-förekomsten över tid behöver ett systematiskt förbättringsarbete bedrivas av verksamheterna. I det ingår analys av VRI-förekomst, att upprätta och genomföra handlingsplaner för att förebygga VRI och följa upp resultatet av aktiviteterna

med hjälp av data från Infektionsverktyget. Ledning på alla nivåer måste erbjuda stöd och efterfråga resultat.

För att få största möjliga nytta av Infektionsverktyget behövs fortsatt utbildning - i användning av Infektionsverktyget och i korrekt registrering av VRI. En regional webbutbildning med syfte att förbättra registreringskvaliteten har tagits fram som stöd för detta arbete. Denna finns tillgänglig på Lärplattformen..

Även inom specialiserad öppenvård och primärvård ska, trots avsaknad av ett jämförbart registreringsstöd, ett systematiskt arbete för att minska VRI bedrivas.

Vårdrelaterad smittspridning av resistent bakterier med eller utan symptomgivande infektion och vårdrelaterade fall av smittsamma sjukdomar (t ex vinterkräksjuka, Clostridium difficile, influensa, tuberkulos, mässling, vattkoppor, kikhosta, hepatit A ), utgör en vanlig vårdskada och medför stora kostnader för smittspårningsarbete, vårdplatsstängning, förlängda vårdtider och i vissa fall profylaktiska åtgärder riktat till personal och patienter.

Frekventa omflyttningar, brist på enkelrum och överbeläggningar är strukturella faktorer som ökar risken för vårdrelaterad smittspridning. Både på verksamhets- och ledningsnivå krävs ett intensifierat arbete med fokus på rutiner som förhindrar smittspridning. Tidig upptäckt av vårdrelaterad smittspridning genom övervakning samt rapportering av utbrott och genomfört smittspårningsarbete från de vårdhygieniska enheterna stödjer detta arbete.

## Ansvarsfördelning

### Koncernstaben

- Arbetar fortsatt med kvalitetssäkring av datafångst och datakvalitet, det senare genom utbildningsstöd till förvaltningarna.
- Följer fortlöpande upp, analyserar och kommunicerar samlade regionala och jämförbara sjukhusövergripande resultat.
- Initiera regionövergripande arbetsgrupper inom VRI området

### Förvaltningarna

- Förbättringsarbetet bedrivs på verksamhetsnivå med stöd från respektive förvaltningsledning och regionens fyra vårdhygieniska enheter och i särskilda fall av utbrott med stöd av den lokala epidemiberedningsplanen och Smittskydd Västra Götaland
- Mätning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler sker inom ramen för verksamheternas egenkontroll
- På sjukhusen används resultat från Infektionsverktyget i förbättringsarbete. Kvaliteten i registreringarna förbättras genom att alla läkare genomgår webbutbildning i när en infektion är vårdrelaterad
- Städning av vårdlokaler ska ske enligt regionala riktlinjer
- Varje sjukhusförvaltning gör, med stöd av vårdhygienenheter, en årlig sammanställning av antalet fall av vårdrelaterad smittspridning av resistent bakterier (MRSA, VRE, tarmbakterier med ESBL), både antalet utbrott och antalet ingående fall, liksom av antalet indexfall som medfört smittspårningsarbete utan att sekundärfall påvisats
- Varje sjukhusförvaltning gör, med stöd av vårdhygienenheter, en årlig sammanställning av antalet vårdrelaterade fall av vinterkräksjuka, clostridium

difficile, influensa och andra smittsamma sjukdomar som medfört resurskrävande åtgärder för vårdgivaren

### Indikatorer för uppföljning

- Andel korrekt identifierade infektioner (vårdrelaterad eller samhällsförvärd) vid registrering i Infektionsverktyget ( 80%)
- Andelen läkare som genomgått webbutbildningen i Infektionsverktyget

### Mål

- Incidensen av vårdrelaterade infektioner i somatisk slutenvård ska understiga 5 % för regionen som helhet.

## 3.2 Antibiotikaresistens

### Inriktning

Antibiotika används inom alla verksamheter och är en fundamental byggsten i dagens högteknologiska vård. Den tilltagande antibiotikaresistensen påverkar alla invånare. För att möta detta hot krävs långsiktiga åtgärder inom all vård och som innefattar alla personalkategorier. Det föränderliga resistensläget medför behov av tät övervakning och återkoppling om aktuellt resistensläge, förskrivningsmönster och anpassade riktlinjer för antibiotikabehandling. Genom ett rationellt bruk av antibiotika kan antibiotikaresistensutvecklingen och dess konsekvenser reduceras.

Den sammanlagda receptförskrivningen minskar om än i långsammare takt och stora skillnader kvarstår i regionen inom såväl primär- som sjukhusvården.

Antibiotikaanvändningen är fortsatt hög och användningen av bredspektrumantibiotika ökar inom sjukhusvården. Det driver resistensutvecklingen och andelen resistenta bakterier ökar snabbare inom sjukhusvård än inom primärvård-

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

### Ansvarsfördelning

Koncernstaben

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

- Analyserar och övervakar såväl under- som överförskrivning samt följsamhet till behandlingsriktlinjer på övergripande nivå i regionen.
- Bedriver omvärldsbevakning och sprider nyheter av vikt inom Västra Götaland samt stå till tjänst med information och utbildning till beslutsfattare samt allmänheten.

#### Alla förvaltningar

- Arbetar utifrån de punkter som beskrivs i ”Stramas 10-punktsprogram” för att minska antibiotikaresistens (se underlag alternativt [www.infektion.net/strategidokument](http://www.infektion.net/strategidokument)).
- Ökar följsamheten till behandlingsriktlinjerna genom att varje verksamhet och dess förvaltning har kunskap om resistensläget, den egna förskrivningen av antibiotika och följsamhet till aktuella behandlingsriktlinjer.
- Kontaktläkare/verktygsläkare för strama-arbetet ska finnas inom varje verksamhet som med uppdrag från verksamhetschef och i samarbete med verksamhetsledningen ges förutsättningar att verka för en rationell antibiotikaanvändning på verksamhetsnivå.
- Strama Västra Götaland respektive Sjukhusstrama bistår genom att föra ut kunskap om nya behandlingsriktlinjer och analysera samt öka följsamheten till dessa i samarbete med verksamheterna och dess kontaktläkare/verktygsläkare/stramaansvarig tandläkare.

#### Primärvården

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

#### Sjukhusvården (sluten och öppen vård)

- Respektive förvaltning ansvarar för att Sjukhusstramagrupper ges ett långsiktigt uppdrag samt förutsättningar att genomföra uppdraget inom den egna förvaltningen i enlighet med ”Uppdragsbeskrivningen för Sjukhusstrama i Västra Götaland”
- Sjukhusstrama ansvarar för strama-arbete inom sjukhusvården och ska övervaka och analysera lokala resistens- och förskrivardata samt följsamhet till behandlingsriktlinjer på förvaltningsnivå med särskilt fokus på resistensdrivande behandlingsalternativ. Infektionsverktyget är ett viktigt instrument i detta arbete.
- I arbetet ingår att identifiera verksamheter med hög antibiotikaanvändning och i samarbete med respektive infektionsklinik bidra med riktade insatser till dessa. ”antimicrobial stewardship” program, inkluderandes antibiotikaronder, bör ingå som del i dessa insatser.

#### Närsjukhusvården

- Stramas kontaktläkare ska uppmärksamma kollegor och chefer inom den egna verksamheten på nya behandlingsriktlinjer, det lokala förskrivarmönstret och

följsamheten till riktlinjerna samt i samarbete med verksamhetsledningen bidra till ökad följsamhet med stöd av Strama Västra Götaland.

#### Tandvården

- Antibiotikaansvarig tandläkare finns sedan 2018 itandvården. Denne ska uppmärksamma kollegor och chefer inom den egna verksamheten på nya behandlingsriktlinjer, det lokala förskrivarmönstret och följsamheten till riktlinjerna samt i samarbete med verksamhetsledningen bidra till ökad följsamhet med stöd av Tandvårds-Strama och Strama Västra Götaland.

#### Mikrobiologiska laboratorierna

- De mikrobiologiska laboratorier som anlitas av Västra Götalandsregionens vårdgivare ansvarar för att bistå med epidemiologiska resistensdata i relation till lokalt rekommenderad empirisk behandling av våra vanligaste infektioner samt för att upptäcka särskilt oönskad resistensutveckling

#### Mål

- Att antibiotikaförskrivningen på recept minskar till en nivå motsvarande 250 recept/1000 invånare och år i regionen som helhet.
- Att totala användningen av antibiotika på rekvisition inom sjukhusvården minskar. En minskning med minst 5 % jämfört motsvarande 12 månadsperiod året innan mätt som DDD (defined daily doses) per vårddygn och år eftersträvas.
- Att antibiotikaronder införs på minst 2-4 verksamheter med hög antibiotikaförskrivning per sjukhusförvaltning utifrån storlek.
- Att förskrivning av resistensdrivande och bredspektrum antibiotika minskar så att:
  - För vårdgivare utan tillgång till infektionsverktyget bör andel kinoloner av urinvägsantibiotika som förskrivits till kvinnor under stiga 10 %.
  - Färre än 10 % av patienter inom sjukhusvård med afebril urinvägsinfektion initialt behandlas med kinoloner.
  - Minst 55 % av patienter inom sjukhusvård med samhällsförvärd pneumoni initialt behandlas med penicillin V eller G
  - Andelen av penicillin/penicillin+cefalosporin+piperacillin-tazobactam (parenterala beredningar mätt med DDD) ökar inom slutenvården och uppnår målet 70 % i regionen som helhet och inom samtliga sjukhusförvaltningar undantaget den högspecialiserade vården.

## 3.3 Trycksår

### Inriktning

Trycksår orsakar stort lidande för patienten och är i de flesta fall undvikbara. Förekomsten av trycksår i den somatiska slutenvården minskar inte i önskad takt trots insatser.

Regionens resultat från punktprevalensmätningen vecka 10 2018 visar en förekomst av trycksår kategori 2-4 inom den somatiska sjukhusvården på 8%, resultatet från 2017 var 7,6%.



Oavsett var i vårdkedjan vården äger rum ska det finns rutiner för att snabbt identifiera patienter som är i riskzonen för att utveckla trycksår. Ett ökat samarbete mellan alla aktörer i vårdkedjan är viktigt. Det är viktigt att använda omvårdnadsåtgärder och att de förebyggande åtgärderna fortsätter i hela vårdkedjan så länge risken för trycksår finns kvar. En regional arbetsgrupp med syfte att ge stöd till mikronivån kring implementering av vårdhandbokens rutiner avseende trycksår har startat. Detta arbete kommer fortsätta under 2019 och målet är att halvera förekomsten av trycksår inom den somatiska slutenvården.

Under 2019 ska de somatiska slutenvårdsavdelningarna leverera data till Kvartalen avseende fastställd regional trycksårsindikator. För att detta ska vara möjligt krävs dokumentation i Melior för eventuell förekomst av trycksår vid inskrivning och vid utskrivning. Kvalitetsindikatorn är andel vårdtillfällen av alla vårdtillfällen i somatisk slutenvård vid vilka trycksår, kategori 1-4 uppkommer. Måltalet är <3%. Under 2019 kommer den årliga PPM-mätningen vecka 10 kvarstå för jämförelse mot föregående år.

### Ansvarsfördelning

Koncernstaben

- Stödjer genomförande och analys av punktprevalensmätning trycksår.
- Initierar och stödjer erfarenhetsutbyte mellan förvaltningarna och leder arbetet i den regionala trycksårsgruppen.
- Stödjer det fortsatta arbetet med dokumentation och rapportering av trycksårsincidens med anledning av införande av kvalitetsindikator med måltal, i Kvartalen.

Sjukhusförvaltningarna

- Dokumenterar trycksårsincidens enligt regiongemensam mall.
- Genomför årlig punktprevalensmätning trycksår.
- Deltar och genomför uppdrag i den regionala trycksårsgruppen.
- Arbetar med förebyggande åtgärder enligt vårdhandboken.
- Utbildar medarbetare.
- Rapporterar trycksår i avvikelshanteringssystemet.

### Mål

- Förekomst av trycksår kategori 2-4 i somatisk slutenvård ska understiga 5 % för Västra Götalandsregionen som helhet (mätt genom punktprevalensmätning)
- Andel vårdtillfällen av alla vårdtillfällen i somatisk slutenvård vid vilka trycksår kategori 1-4 uppkommer ska understiga 3 % (regiongemensam indikator).

## 3.5 Medicintekniska produkter

### Inriktning

Begreppet medicintekniska produkter (MTP) innefattar ett mycket brett område av produkter som är avsedda att användas inom hälso- och sjukvård. Hit räknas även

medicinska informationssystem och egentillverkade produkter. Detta innefattar också egentillverkade MTP som har modifierats eller som har kombinerats eller som använts på ett sätt som inte var avsett från början. Oavsett användningsområde måste MTP hålla en hög standard och risker minimeras.

Det är viktigt att hälso- och sjukvårdspersonalen vet hur man använder MTP på rätt sätt. All användning medför någon typ av risk i större eller mindre grad, även då utrustningen används på avsett sätt. Medvetenhet måste finnas om vad som kan medföra komplikationer om produkten används felaktigt eller på fel indikation.

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

Av SOSFS 2008:1 om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården framgår bl.a. krav på ledningssystem och rutiner, grundläggande bestämmelser, vårdgivarens ansvar, verksamhetschefens ansvar och hälso- och sjukvårdspersonalens kompetens och ansvar, egentillverkade MTP samt utredning, bedömning och anmälningsplikt vid negativa händelser och tillbud med MTP.

## **Ansvarsfördelning**

### Koncernstaben

- Under 2019 fortsätter arbetet som innebär att vårdgivaren ger direktiv och säkerställer att det i ett regionalt ledningssystem finns riktlinjer för hur varje verksamhet ska organiseras för att möjliggöra en säker användning och hantering av MTP.
- Under 2019 fortsätter arbetet med översyn av ledningen av medicintekniska produkter i vardagsmiljö att ses över med syfte att förenkla och harmonisera. Meningen är att detta arbete ska göra det enklare att göra rätt vid förskrivning och användning av medicintekniska produkter.

### Förvaltningarna

- Säkerställer kompetensen hos den hälso- och sjukvårdspersonal som ska använda och hantera MTP och eventuella informationssystem som är anslutna till dessa.
- Rapporterar avvikelser från normala och förväntade funktioner hos MTP i avvikelserapporteringssystemet.
- Anmäler fel på MPT eller tillverkningsfel till Läkemedelsverket och tillverkaren.
- Anmäler händelser till Inspektionen för vård och omsorg avseende felaktig användning eller handhavande när en patient har skadats eller riskerat att skadas.

## 3.6 Överbeläggningar och utlokaliseringar

### Inriktning

Överbeläggningar och utlokaliseringar medför ökad risk för vårdskador vilket stöds av regionala data och av nationella mätningar. Antalet överbeläggningar per 100 disponibla vårdplatser vid regionens sjukhus har under 2014 - 2017 varierat mellan 3,0 och 4,0. Medelbeläggningen vid avdelningarna har på regionnivå legat kring 91-93 %, men med en stor variation mellan sjukhusen (2017 mellan 88-100 %). Målet är att medelbeläggningen på avdelningsnivå över tid inte ska överstiga 90 %.

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.

Bristen på hälso- och sjukvårdspersonal innebär att insatser kontinuerligt behöver göras när det gäller kompetensförsörjning, såväl att behålla erfarna medarbetare samt rekrytering och översyn av arbetsuppgifterna för olika personalgrupper och deras fördelning vid vårdenheterna. Risken för vårdskador ökar vid otillräcklig bemanning och kompetens enligt socialstyrelsen rapport [Kompetensförsörjning och patientsäkerhet](#)

Utlokaliseringar i betydelsen att patienten vårdas på annan avdelning än där patienten är inskriven och där erforderlig kompetens saknas (Socialstyrelsen term bank) ska inte ske. Inläggning ska i akutskedet alltid ske fysiskt på den avdelning där den medicinska och omvårdnadskompetens som behövs finns och är direkt tillgänglig.

Ett fortsatt arbete med att optimera vårdtider är också nödvändigt. Detta innebär bland annat att effektivisera sjukhusens interna processer men också processen för vårdplanering vid varje enhet inför överföring till kommunal hälso- och sjukvård. Ett nära samarbete mellan sjukhus, primärvård och kommuner är också viktigt för att förebygga försämring av patientens hälsotillstånd därmed minska behov av akuta slutenvårdsinsatser. I detta ingår fortsatt arbete med säkerutskrivning från slutenvården.

### Ansvarsfördelning

#### Koncernstaben

- Utvecklar system som stödjer förvaltningarnas samverkan kring användningen av vårdplatser
- Vårdar system för uppföljning av belägningsgrad, överbeläggningar, utlokaliseringar samt ledtider i vårdplaneringsprocessen

#### Förvaltningarna

- Planerar för så många disponibla vårdplatser att en medelbeläggning som medför hög kvalitet och patientsäkerhet kan upprätthållas
- Fortsätter utveckla vårdformer för att kunna överföra slutenvård till öppna vårdformer
- Ökar inslaget av samverkan mellan förvaltningarna kring användning av vårdplatser samt utvecklar samverkan med andra vårdaktörer för överföring mellan vårdgivare

- Rapporterar överbeläggningar, utlokaliseringar och disponibla vårdplatser till SKL:s nationella databas

### Indikatorer för uppföljning

- Andelen avdelningar inom förvaltningen som under året haft en genomsnittlig beläggning per dag på max 90 %.
- Antal överbeläggningar/100 disponibla vårdplatser, enligt rapportering till SKL.
- Antal utlokaliseringar/100 disponibla vårdplatser, enligt rapportering till SKL.

## 3.7 Fallskador

### Inriktning

[Fallprevention för Västra Götalandsregionens](#) sjukhus omfattar alla vuxna patienter inom sjukhusens slutenvårds- och öppenvårdsformer. Det fallförbyggande arbetet involverar många medarbetare både i den direkta vården, men också de som arbetar med en påverkan av patientens närmiljö, rutiner och vårdprocesser. Syftet är att minska antalet vårdskador som beror på fall och de utgör 5 % av vårdskadorna i VGR. Undvikbarheten vid fallskador var cirka 65 % enligt [Vårdskadeutvecklingen 2013-2016 i Västra Götalandsregionen](#).

Fallpreventionspyramiden i SKL:s kunskapsunderlag ligger till grund för de tre strategiska områden som ingår i det fallpreventiva arbetet. Den första delen omfattar alla patienter, de som är inskrivna i slutenvården eller de som besöker sjukhuset. Den innehåller generella åtgärder och på så sätt blir fallpreventionen för patienterna också en arbetsmiljöåtgärd för medarbetarna i att förebygga fall. Den andra delen innefattar riktade åtgärder där en förhöjd fallrisk finns för de patienter som är inskrivna i den vuxna slutenvården. Åtgärderna är individuella beroende på vilka riskfaktorer som framkommit i riskbedömningen. Den tredje delen innehåller ett lärande på enhets-, klinik- och sjukhusnivå av de fall som har förekommit. Till grund ligger de utredningar av fallrapporter som har gjorts i avvikelserapporteringssystemet MedControl Pro.

I arbetet med fallprevention bör man vinnlägga sig om att implementera Vårdhandboken fullt ut. Vårdhandboken bör vara känd hos alla och ersätta lokala rutiner som inte är motiverade av särskilda skäl. Vi utgår från Vårdhandbokens definitioner av fall och fallskada

### Definition av fall

En händelse då en person oavsiktligt hamnar på golvet eller marken, oavsett om skada inträffar eller inte. Ett fall är alltså inte bara när någon snubblar eller halkar utan även när någon rullar ur sängen eller glider ner på golvet från en stol.

### Definition - fallskada

En fysisk konsekvens som uppstår vid ett fall.

Under 2019 påbörjas ett arbete för att utarbeta en fastställd fallskadeindikator för uppföljning av ett resultatmått. Flera förvaltningar har idag uppföljning av fallriskvärdering och fallriskbedömning. Ett lägsta krav är att alla sjukhus med slutenvård ska genomföra fallriskvärdering och ha en fungerande uppföljning för detta.

## Fallriskvärdering

I samband med inläggning på somatisk vårdavdelning finns en rutin för fallriskvärdering vid alla förvaltningar. Fallriskvärderingen görs inom 24 timmar i samband med omvårdnadspersonalens ankomstsamtal. Alla patienter över 65 år och patienter som har neurologiska eller kognitiva sjukdomstillstånd ska fallriskvärderas inom 24 timmar efter ankomst till sjukhus samt vid behov om patientens tillstånd försämras

För att genomföra fallriskvärdering ska dessa två frågor ställas och jakande svar dokumenteras i journalsystemet Melior.

- *Har du fallit under det senaste året?* (fråga till patienten)
- *Tror du att patienten kommer att falla under vårdtiden om ingen åtgärd sätts in?* (fråga till personalen)

## Indikator:

Andel patienter >65 år som fallriskvärderats

Täljare: Antal patienter >65 år som fallriskvärderats

Nämnare: Totalt antal patienter >65 år

Datakälla: Melior, aktivitet ”inskrivning”

Måltal: >50%

Felkälla: Vissa verksamheter arbetar med fallriskbedömning av alla sina patienter som en initial åtgärd. Patienter <65 år och med neurologiska eller kognitiva sjukdomstillstånd medräknas inte.

## Ansvarsfördelning

Koncernstaben

- Stödjer genomförande av fallpreventivt arbete utifrån Västra Götalandsregionens och SKL:s kunskapsunderlag.
- Initierar och stödjer erfarenhetsutbyte mellan förvaltningarna
- Stödjer införande av enhetlig dokumentationsmall för fallskadeincidens med anledning av införande av kvalitetsindikator med måltal i Kvartalen.

Förvaltningarna

- Implementerar fallpreventivt arbete utifrån kunskapsunderlaget
- Genomför fallriskvärderingar och analyserar resultat– processmål 2019 50% av alla patienter som är 65 år eller äldre
- Utbildar medarbetarna
- Rapporterar fall i avvikelshanteringssystemet

## Mål

Gäller alla patienter inom slutenvård

- Antal fallvårdskador på sjukhusen i VGR uppskattat genom markörbaserad journalgranskning (MJG) samt rapporterat i Med Control Pro (MCP) skall understiga 750 (<750) (MJG)

## 3.8 Undernäring

### Inriktning

Undernäring medför ökade risker för uppkomst av några av de vanligaste skadorna i vården, bl. a. vårdrelaterade infektioner, trycksår och fallskador. Undernäring är oftast orsakad av en bakomliggande sjukdom. Brister i vård och behandling kan bidra till att patienten inte får sitt behov av näring tillgodosatt och leda till att undernäring uppkommer, förvärras eller att den kvarstår onödigt länge. Undernäring kan därigenom utgöra en vårdskada. Det saknas kunskap om hur vanlig denna vårdskada är, även om det finns belägg för att den förekommer i betydande omfattning.

Enligt SOSFS 2014:10 om förebyggande av och behandling av undernäring ska vårdgivaren fastställa rutiner för när en patients näringstillstånd ska utredas, hur en utredning ska göras, samt hur undernäring ska förebyggas och behandlas. Trots att undernäring länge har varit ett välkänt problem har inte tillräckliga resultat uppnåtts för att uppfylla de krav som framkommer av Socialstyrelsens föreskrifter. För att minska risken för uppkomst av de vanligaste vårdskadorna, inklusive undernäring, bör arbete bedrivas som inriktar sig på att öka följsamheten till Vårdhandbokens rutiner för att förhindra och behandla undernäring.

### Ansvarsfördelning

#### Koncernstaben

- Initierar och stödjer erfarenhetsutbyte mellan förvaltningarna.
- Stödjer det fortsatta arbetet med att följa upp dokumentation av riskbedömningar, upprättande av individuella nutritionsplaner samt behandling och uppföljning i enlighet med de upprättade nutritionsplanerna.

#### Förvaltningarna

- Fortsätter pågående arbete med bedömning av risk för undernäring, upprättande av individuella nutritionsplaner och uppföljning av nutritionsbehandlingen.
- Säkerställer att sådana händelser där undernäring uppkommit eller förvärrats under sjukhusvård och som inte uppenbart har orsakats direkt av patientens grundsjukdom rapporteras och handläggs i avvikelshanteringssystemet.
- Deltar i erfarenhetsutbyte mellan förvaltningarna.
- Utbildar medarbetarna.

## 3.9 Läkemedelsrelaterade skador

### Inriktning

Antalet läkemedelsrelaterade skador ska minska i VGR genom väl underbyggda läkemedelsrekommendationer, säker läkemedelshantering och säkra IT-stöd. Patientdelaktighet och säkerställande av att patient som skrivs ut från sjukhus erhåller skriftlig läkemedelsberättelse och läkemedelslista vid utskrivning är centralt.

Patienter över 75 år med fler än fem läkemedel ska erbjudas läkemedelsgenomgång. På sjukhusen ökas antalet farmaceutiska tjänster i vården, slutenvårdsdos införs och kunskapsstöden ePed för läkemedelsbehandling till barn och Cytobase för cytostatikabehandling implementeras.

De regionala medicinska riktlinjerna för läkemedel vidareutvecklas och Lex Maria-ärenden avseende läkemedelsavvikelser analyseras jämte att förebyggande åtgärder tas fram och genomförs.

## Ansvarsfördelning

Koncernstaben

- Stödjer läkemedelskommitté i arbetet med regionala medicinska riktlinjer
- Stödjer arbetet med säkrare IT-stöd i läkemedelsprocessen
- Fortsatt uppföljning av att patienter som skrivs ut från sjukhus i regionen erhåller skriftlig läkemedelsberättelse
- Stödjer implementering av ePed som stöd vid ordination och iordningställande av läkemedel till barn inom slutenvård
- Använda sammanställningar och analyser av Lex Maria-ärenden, klagomål och händelseanalyser avseende läkemedelsavvikelser i regionens databas och i NITHA Kunskapsbanken, i syfte att identifiera bakomliggande orsaker och förebyggande åtgärder som ett led i att utveckla strategin att minska läkemedelsrelaterade vårdskador

Förvaltningarna

- Följer upp och säkrar att patienter som är 75 år eller äldre och som är ordinerade fem eller fler läkemedel erbjuds läkemedelsavstämning
- Följer upp och säkrar att samtliga patienter som skrivs ut från sjukhus erhåller skriftlig läkemedelsberättelse och korrekt läkemedelslista vid utskrivningen
- Medverkar i projekt slutenvårdsdos
- Medverkar i utvecklingen av farmaceutiska tjänster i vården
- Följer upp kvalitetsrevision av läkemedelshantering
- Implementerar ePed som stöd vid ordination och iordningställande av läkemedel till barn inom slutenvård
- Säkerställer att varje förskrivare har åtkomst till läkemedelsförteckningen och att den används systematiskt för att stärka patientsäkerheten

## Indikatorer för uppföljning

- Andelen patienter som erhåller läkemedelsberättelse och läkemedelslista
- Antal vårdplatser som försörjs via slutenvårdsdos och för hur stor andel (%) av alla perorala läkemedel
- Antal farmaceutiska tjänster i vården

## Mål

- Vårdval Vårdcentral: Andel listade patienter 75 år och äldre med olämpliga läkemedel ska minska mot föregående år

- Specialistvården: Olämpliga läkemedel till personer, 75 år och äldre, ska minska mot föregående år

## 3.11 Patientsäkerhetsutbildning

### **Inriktning**

Öka kunskapen kring patientsäkerhet för att uppnå hög säkerhet i hälso- och sjukvården samt att orientera sig om teorier och metoder för detta.

### **Ansvarsfördelning**

Koncernstaben

- Samordnar utbildningar i patientsäkerhet

Förvaltningarna

- Säkerställer att förvaltningens linjechefer har den kompetens som de behöver avseende patientsäkerhet
- Säkerställer att personalen har de kunskaper inom patientsäkerhetsområdet som behövs för att vara delaktiga i patientsäkerhetsarbetet.

2018-XX-XX

Dokumentnamn: Riktlinjer för patientsäkerhet 2019

Diarienummer: HS

Beslutad av: Hälso- och sjukvårdsstyrelsen

Kontaktperson: Marga Brisman, Enhet patientsäkerhet, Koncernkontoret