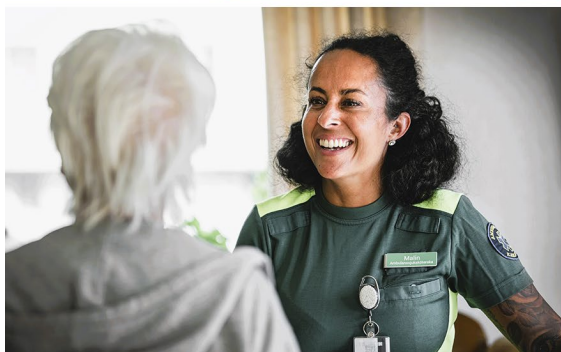


Patientsäkerhetsberättelse 2024



Inledning

Denna patientsäkerhetsberättelse utgår från lagkrav och baseras på mallen för den regionala handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

Enligt patientsäkerhetslagen¹ skall vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen skall underlätta en bedömning av hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla kvaliteten i verksamhetens olika delar.

Patientsäkerhetsberättelsen skall vara färdig senast den 1 mars varje år, finnas tillgänglig för den som vill ta del av den och den bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.

Källa:

Socialstyrelsen ”Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024”



¹ PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

Innehållsförteckning

Inledning	1
Sammanfattning	3
Grundläggande förutsättningar för säker vård	4
1. Engagerad ledning och tydlig styrning	4
2. En god säkerhetskultur	9
3. Adekvat kunskap och kompetens	10
4. Patienten som medskapare	13
Öka kunskap om inträffade vårdskador	17
Tillförlitliga och säkra system och processer	27
Säker vård här och nu	35
Stärka analys, lärande och utveckling	53
Öka riskmedvetenhet och beredskap	58
Erfarenheter från 2024 samt mål och utmaningar för år 2025	67
Bilaga 1. Organisation och patientsäkerhetsansvar i regionen	73
Bilaga 2. Exempel på Lex Maria-fall och ett individärende från 2024 ..	78
Bilaga 3. Goda exempel och förbättringsarbete	79

Sammanfattning

År 2024 präglades för hälso- och sjukvårdens (HS) del i vad avser patientsäkerhet i Region Örebro län (RÖL) av frågor rörande införandet av det nya journalsystemet Cosmic. Även genomförandet av färdplanerna som ett av flera sätt att begränsa kostnadsutvecklingen i RÖL och uppnå besparingskravet på 414 miljoner under 2024 har präglat frågorna om patientsäkerhet. Dessutom tillkom Vårdförbundets strejk under slutet av våren 2024, vilket också medförde att patientsäkerheten sattes under blyxbelysning.

Tillgången på vårdplatser inom hälso- och sjukvårdens slutenvård var fortfarande problematisk, men inte lika påtagligt som under 2023 och 2022. Genom engagemang, hårt arbete, kunskap och kompetens inom verksamheterna kunde länets invånare få en god vård trots alla utmaningar.

Patientsäkerhetsenhetens strategiska patientsäkerhetsarbete bedrivs på många fronter och med stor intensitet dels för att hantera befintliga patientsäkerhetsrisker, men också för att hämta in förlorad mark. Betydande framsteg har gjorts de senaste åren tack vare ett förtroendefullt samarbete med verksamheterna och ledningen på olika nivåer.

Andreas Wladis
*Förvaltningsövergripande
chefläkare*

Anna Calais
*Patientsäkerhetsstrateg, leg.
sjuksköterska*

Grundläggande förutsättningar för säker vård

Ett kärnvärde inom all hälso- och sjukvård är att minimera risken för undvikbar skada av patienter. För att lyckas med det, krävs ett särskilt arbetssätt. Nedan beskrivs mål och strategier, organisation och struktur för arbetet med att minska antalet vårdskador.

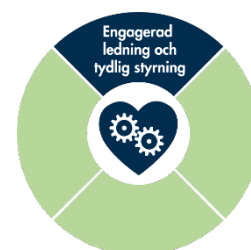
För att nå visionen om *”God och säker vård – överallt och alltid”* och målet *”ingen patient skall behöva drabbas av vårdskada”*, finns fyra grundläggande förutsättningar beskrivna i den regionala handlingsplanen för ökad patientsäkerhet:

1. Engagerad ledning och tydlig styrning
2. En god säkerhetskultur
3. Adekvat kunskap och kompetens
4. Patienten som medskapare

Dessa förutsättningar beskrivs härnedan.

1. Engagerad ledning och tydlig styrning

För en säker sjukvård, är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer en absolut förutsättning.



Övergripande mål och strategier

Region Örebro läns vision är: *Tillsammans skapar vi ett bättre liv.*

God patientsäkerhet och hög medicinsk kvalitet utgör centrala mål för RÖL. Patientsäkerhetsarbetet är en del av vårdgivarens lagstadgade systematiska kvalitetsarbete och skall bedrivas som en integrerad del i det dagliga arbetet.²

² PSL 2010:659, 3 kap. 1 §, SOSFS 2011:9, 3 kap. 1–3 §

I RÖL skall patienter känna sig trygga, informerade och delaktiga i den vård som ges.

Med patientsäkerhet menas skydd mot vårdskada, vilket i patientsäkerhetslagen (PSL) definieras som lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som kunnat undvikas om adekvata åtgärder vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården (HS).³

Organisation och ansvar

RÖL är en politisk styrd organisation. Ett centralt lagstadgat uppdrag för RÖL är att säkerställa att länets innevånare erbjuds god och jämlik hälso- och sjukvård samt tandvård.⁴ Detta arbete utförs huvudsakligen av Hälso- och sjukvårdsförvaltningen och Folktandvården, men även i privat regi. RÖL erbjuder högspecialiserad vård till länsinvånare och invånare från andra län genom särskilda avtal. För en detaljerad översikt över organisation och ansvar i RÖL, v.g. se bilaga 1. Sammanfattningsvis kan dock sägas att hälso- och sjukvårdsdirektören är ansvarig för beslutat patientsäkerhetsarbete. Verksamhetscheferna är ansvariga för att arbetet verkställs.

Samverkan och ledarskap för att förebygga vårdskador

Det viktigaste arbetet för att förebygga vårdskador sker dagligen i samverkan mellan verksamheter⁵, mellan professioner och framför allt mellan medarbetare och ledning. Ledningens och chefernas signaler utgör grunden för patientsäkerhetskulturen på respektive arbetsplats. Det handlar om mål, uppföljning och kommunikation, med åtgärder för förbättring där så krävs och positiv återkoppling när så ges möjlighet.

Samverkan mellan RÖL och de 12 primärkommunerna i länet är av stor vikt för patientsäkerheten gällande de ofta äldre, multisjuka patienterna som är inskrivna i hemsjukvård eller våras på särskilda boenden.

³ PSL 2010:659, 3 kap. 1 §, SOSFS 2011:9, 3 kap. 5 §

⁴ PSL 2010:659, 3 kap. 1 § och 9 §, SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 § p 1

⁵ SOSFS 2011:9 4 kap. 6 § och 7 kap. 2 § p 3

Samverkan inom förvaltningen

Hälso och sjukvården (HS) är organiserad på ett sätt som syftar till att skapa en jämlik vård med god tillgänglighet, hög kvalitet och patientsäkerhet inom alla olika verksamheter, med goda förutsättningar för samverkan över verksamhetsgränser och med fokus på medarbetarskap och arbetsmiljö. Detta kan exempelvis gälla samverkan kring vårdplatser och operationsresurser, samverkan mellan vårdcentraler, en fördjupad samverkan och mellan somatik och psykiatri.

Frågor som rör läkemedel är en viktig del av patientsäkerhetsarbetet. Läkemedelscentrum (varom mer härnadan) har en central roll och har ett nära samarbete med Patientsäkerhetscentrum. Chefläkare och patientsäkerhetsstrateg ingår i den förvaltningsövergripande läkemedelsgruppen. Läkemedelscentrum deltar också i vissa av patientsäkerhetsenhetens utbildningar.

Samverkan inom regionen

- Område Medicinsk teknik ligger organisatoriskt under Regionservice. Enheten arbetar i nära samverkan med HS-förvaltningen. Anmälningansvarig för medicintekniska produkter ingår som ordinarie medlem i chefläkargruppen.
- Folktandvården arbetar i nära samverkan med HS liksom Regionservice, särskilt Område Medicinsk teknik. Enheten för Vårdhygien är en resurs även för Folktandvårdens verksamheter. Cheftandläkare ingår som ordinarie medlem i chefläkargruppen.
- Patientnämnden har en viktig funktion inom HS avseende hantering av synpunkter och klagomål från patienter och närstående. Patientnämndens verksamhet utgår från lagen (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården. Där framgår att nämnden skall vara oberoende och fristående gentemot HS.

Vad gäller samverkan kring informationssäkerhet, var god se nedan.

Informationssäkerhet⁶

I RÖL och HS-förvaltningen hanteras en stor mängd information. Information är också en av regionens viktigaste tillgångar och en förutsättning för en säker och effektiv verksamhet. Med informationssäkerhet inom regionen menas att kraven på konfidentialitet (sekretess), riktighet (att informationen är riktig) och tillgänglighet (att informationen är tillgänglig när det behövs) är tillgodosedda. Medborgarna skall kunna lita på att den information som regionen hanterar skyddas på ett bra vis. Informationssäkerhetspolicyn beskriver regionens mål och övergripande principer som gäller för informationssäkerhet i verksamheten. Riktlinjer, rutiner och stödjande dokument kompletterar policyn.

Under 2024 har ett stort fokus varit på informationssäkerhetsarbetet kopplat till det nya journalsystemet Cosmic. Regionens informationssäkerhetssamordnare och HS informationssäkerhetshandläggare har deltagit i och representerat regionen i Sussa-gemensamma informationssäkerhetsgrupp där de åtta andra regionerna som ingår i den s k Sussa-samverkan också är representerade. Sussa-gemensam informationssäkerhetsgrupp är ett stöd till det Sussa-gemensamma arbetet samt det regionala informationssäkerhetsarbetet. Frågor som har hanterats i Sussa-gemensam informationssäkerhetsgruppering samt regionalt har även till stor del involverat regionjurist samt regionens dataskyddsombud.

Det Sussa-gemensamma arbetet har exempelvis inneburit att på Sussa-nivå hantera gemensamma informationssäkerhetsfrågor samt ta fram gemensamma mallar och underlag för det systematiska informationssäkerhetsarbetet. Det interna regionala informationssäkerhetsarbetet har framför allt tagit sikte på att genomföra informationsklassningar, riskanalyser, konsekvensbedömningar, lämplighetsbedömning, tester, rättsutredningar och underlag för beslut.

⁶ *HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §*

Vidare har det interna informationssäkerhetsarbetet inneburit att ge råd och stöd i informationssäkerhetsfrågor inom HS-förvaltningen. Det ställs lagkrav på regionen, HS-nämnden och berörd informationsägare att bedriva ett systematiskt och riskbaserat informationssäkerhetsarbete. Inom HS-förvaltningen har arbetet med att informationsklassa och att genomföra riskanalyser av informationsmängder fortsatt med stöd av förvaltningens informationssäkerhetshandläggare. Det finns fortsatt ett stort behov av att öka kunskapen i regionens verksamheter, så även HS-förvaltningen, om roller och ansvar kopplat till informationssäkerhetsarbetet och om när och hur informationsklassningar och riskanalyser skall ske. Det uppföljande arbetet behöver dock komma mer i fokus, vilket blir ännu tydligare genom det nya NIS2-direktivet som ska implementeras genom en ny svensk lag under 2025. För mer detaljer, var god se Årsrapport Informationssäkerhet 2024.

Strålskydd⁷

Under 2024 har införandet av MR för strålbehandling fortsatt och en riskanalys och utvärdering av ett arbetsflöde där strålbehandling skall kunna baseras enbart på MR-undersökning har inletts, men ännu ej införts.

Ett arbetsflöde har riskanalyserats och införts avseende stereotaktiska strålbehandlingar av metastaser i kotpelaren. Dessa behandlingar ger hög precision och höga stråldoser vid varje tillfälle.

Det har även arbetats med åtgärdsplanen som skrevs efter revision av dosplaneringsflödet. Det pågår ett kontinuerligt arbete med avvikelser för att förbättra verksamheten. För mer detaljer se Strålsäkerhetsrapport 2024.



⁷ SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §

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.



En god säkerhetskultur innebär att alla i hälso-och sjukvården är medvetna om och vaksamma på risker som kan uppstå. Chefer och ledare har ett avgörande ansvar för att skapa förutsättningar för en god säkerhetskultur, men envar i organisationen har en viktig roll, oavsett yrke.

Kännetecknande för en god säkerhetskultur är att det finns ett klimat som inte är skuldbeläggande, där medarbetare tryggt kan rapportera, diskutera och ställa frågor om säkerhet samt ett aktivt arbete med att identifiera och minska risker och skador. Det är en lärande organisation avseende både negativa händelser och situationer där det gick bra.

All personal i regionen som skall arbeta eller redan arbetar som avvikelsehandläggare erbjuds en heldagsutbildning med fokus på avvikelshantering och patientsäkerhetsarbete. Under 2024 utbildades 63 nya handläggare inom regionen.

Kursen *“Patientsäkerhet för chefer i hälso-och sjukvårdsförvaltningen”* återupptogs under 2023 och fortsätter ges regelbundet.

Även utbildningar för ST-läkare, AT-läkare, utbildningsdagar för nyanställda sjuksköterskor, och studenter på läkar- och sjuksköterskeprogrammen om säkerhetskultur har genomförts genom Patientsäkerhetscentrums försorg. Frågor om säkerhetskultur tas dessutom upp på patientsäkerhetsronderna som sker årligen i varje verksamhet.

Medvetenhet om och struktur för att kommunicera och lära av inträffade händelser finns i de flesta verksamheter liksom förståelse för vikten av att ha ett öppet klimat. Ett lämpligt forum att rutinmässigt lyfta patientsäkerhetsfrågor är arbetsplatsträffar (APT).

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.



Personalfrågor

Den demografiska utmaningen att en större andel av befolkningen är äldre i kombination med att de yngre blir färre innebär en stor utmaning för regionens kompetensförsörjning. RÖL behöver planera sin verksamhet utifrån verksamhetens och patienternas behov och anpassa arbetssätt så att vi kan fortsätta erbjuda en högkvalitativ vård till hela länets invånare.

Under 2024 har det varit ett starkt fokus på att behålla och utveckla befintliga medarbetare. Ett fokus som behöver fortsätta och stärkas även under 2025. En del i det arbetet är satsningen på utbildning av specialistsjuksköterskor.

Under 2024 har 57 medarbetare fått en utbildningstjänst. Beslut fattas i hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp (HSLG) hur utbildningstjänsterna fördelas och grunden är vilka behov som finns utifrån ett kompetensförsörjningsbehov. Att vi har rätt kompetens i organisationen har ett direkt samband med kvalitet och patientsäkerhet. Den ekonomiska inbromsningen som krävdes inför 2024 innebar bland annat ett anställningsstopp varför HS-förvaltningen har minskat antalet anställda. Övergripande har vi dock lyckats bibehålla nivåerna av yrkeskategorier med medellång och lång vårdutbildning på samma nivå som tidigare.

De ekonomiska handlingsplaner som togs fram innefattade bland annat en målsättning att kraftigt minska hyrbemanningen i våra verksamheter, vilket också lyckats. Kostnaden för hyrpersonal har minskat med över 30 % jämfört med 2023. Att i stället för hyrbemanning ha egen personal gynnar verksamheten och patientsäkerheten, då vi får en verksamhet med större kontinuitet och medarbetare som bidrar till utvecklingen av verksamheten samt mer stabila arbetsgrupper.

Vården har påverkats av de ekonomiska handlingsplanerna, när tjänster inte återtillsatts. Men handlingsplanerna har också inneburit ett ökat samarbete

mellan verksamheter, översyn av patientflöden för ökad effektivitet samt större flexibilitet hos medarbetarna att arbeta inom olika enheter; nya arbetssätt som på ett positivt sätt bidrar till att vi klarar kompetensförsörjningen.

Våren 2024 präglades till stor del av att Vårdförbundet utlyste en konflikt i samband med avtalsrörelsen. Konflikten innebar ett anställningsstopp samt övertidsblockad för samtliga inom vårdförbundets avtalsområde. HS chefer planerade om efter rådande förutsättningar och genomförde de skyddsarbeten som behövdes för att upprätthålla en god patientsäkerhet. Detta var dock inte utan ansträngning.

För 2024 kan följande rapporteras:

- Vid administrativa tjänster som tillsätts av HS-utbildade medarbetare ingår fortsatt kliniskt arbete som en del av uppdraget.
- Extra ersättning för arbete kvällar, helger och nätter kvarstår för att premiera arbete inom 24/7 verksamhet.
- Omsättningen av medarbetare minskar och det upplevs i stora delar av verksamheten att det är något lättare att rekrytera medarbetare med medellång vårdutbildning.
- Projekt inom vårdnära stöd (VNS) att utbilda sjukvårdsbiträden för att de också skall kunna genomföra arbetsuppgifter som är mer patientnära. Detta görs i syfte att frigöra tid för mer kvalificerat patientnära arbete för vårdpersonal och att fler ska kunna jobba på toppen av sin kompetens.
- Resurs finns fortsatt inom HS för att arbeta strategiskt och stödjande med stöd i schema- och bemanningsfrågor. Beslut om det fortsatta arbetet fattades i HSLG i december.
- Projekt startades för att förenkla processen med introduktionsprogram (s.k. "onboarding") för nya chefer.
- Region- och HS-gemensam digital introduktion finns på plats för att nyanställda skall komma in och känna sig trygga i sin roll.

- Rekryteringsenheten har fått i uppdrag att stärka stödet till chefer i rekrytering. Stödet innefattar alla yrkesgrupper. Målet är att detta skall frigöra tid för chef då rekrytering är en tidskrävande process samt att kvalitetssäkra rekryteringsprocessen.
- En regional kompetensförsörjningsplan inom mödrahälsovård, förlossningsvård och kvinnors hälsa har framtagits enligt överenskommelsen mellan staten och SKR. I planen redogörs det för insatser som genomförs och skall genomföras för att attrahera, utveckla och behålla barnmorskor och andra professioner inom förlossningsvården.

För 2025 planeras följande:

- Återuppta arbetet med kompetensmodeller och de regiongemensamma lönekriterierna för att hitta en modell som är anpassad efter HS behov.
- Titta på attraktiva lönomodeller och schemamodeller för att stärka bemanningen och ha effektiva hälsosamma scheman som är anpassade efter verksamhetens behov men som också är attraktiva för medarbetarna.
- Fokusera på förebyggande arbetsmiljöarbete.
- Förbereda en stor avtalsrörelse där samtliga avtal skall omförhandlas.

Kompetens

Regionen har etablerat tre kliniska träningscentra (KTC), ett vid varje sjukhus, för att tillgodose personalens behov av kompetensutveckling, varom mer härnadan.



Färdighetsträning vid KTC.

4. Patienten som medskapare

En förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad och deltar aktivt i sin vård. Vården skall så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.⁸ Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.



Patientmedverkan sker på olika nivåer inom HS. En grund är patientens delaktighet i egenvård och behandling. Den patient som är väl insatt i varför och hur olika moment i undersökning och behandling skall genomföras, bidrar även till att vårdförloppet blir som det är tänkt och till att avvikelser uppmärksammas.

Patienters klagomål och synpunkter sammanställs och analyseras och utgör en källa till fokus på förbättringsområden, varom mer härnadan under rubriken *”Klagomål och synpunkter”*.



Patientrapporterade mått (PROM, PREM⁹ för patienter i standardiserade vårdförlopp vid cancerdiagnos) och den nationella patientenkäten (NPE) används för att på ett övergripande plan få en bild av patienters upplevelse av

⁸ PSL 2010:659 3 kap. 4§

⁹ PROM står för ”Patient Reported Outcome Measures” och är ett mått på hur patienterna själva upplever sin sjukdom och hälsa efter behandling eller annan intervention. PREM står för ”Patient Reported Experience Measures” och mäter patientens upplevelse av och tillfredsställelse med vården.

vården. Patienters synpunkter på vården är en viktig källa för att ständigt förbättra vården, men inhämtas ännu av få verksamheter på ett strukturerat och kontinuerligt sätt, vilket är ett tillkortakommande.

I Område psykiatri finns ett etablerat arbetssätt, där personer med egen erfarenhet av psykisk ohälsa utbildas till att arbeta som stödpersoner inom verksamheter som erbjuder vård, stöd eller rehabilitering.

Nationell patientenkät

Den nationella patientenkäten (NPE) är ett samlingsnamn för återkommande nationella undersökningar av patientupplevelser inom hälso- och sjukvården i regi av SKR. Samtliga regioner deltar. I NPE kan patienter berätta om och svara på frågor rörande sina erfarenheter och upplevelser av vården.

Det finns fyra obligatoriska enkäter som genomförs vartannat år och avser:

- specialiserad somatisk öppen- och slutenvård,
- akutmottagningar,
- specialiserad psykiatrisk öppen- och slutenvård samt
- Område nära vård

Svarsfrekvensen brukar vara låg (ca 50 %) i NPE, varför resultaten måste tolkas med försiktighet. Under vårterminen 2024 genomfördes en enkät avseende den psykiatriska vården. Svarsfrekvensen för denna enkät ligger på cirka 30 % eller lägre. I tabellen nedan redovisas svarsfrekvens för regionens olika enheter inom Område psykiatri i jämförelse med riket. För tre enheter redovisas enbart rikets svarsfrekvens, vilket beror på att endast några individer har svarat, varför SKR enbart redovisar rikets svarsfrekvens.

Svarsfrekvens NPE Område psykiatri 2024		
	RÖL	Riket
Barn- och ungdomspsykiatri, slutenvård		28%
Barn- och ungdomspsykiatri, öppenvård	28%	26%
Rättspsykiatri slutenvård		37%
Rättspsykiatri öppenvård		16%
Vuxenpsykiatri slutenvård	24%	24%
Vuxenpsykiatri, öppenvård	33%	31%

I fria textkommentarer framkommer bland annat att man önskar:

"I största möjligaste mån få träffa samma läkare/sjuksköterska, vilket är extra viktigt när man mår dåligt."

"Ett större samarbete mellan enheter."

"Utökad längd på besökstid."

Fritextsvaren är citerade från de tre olika områdena inom psykiatrin.

Under hösten 2024 kunde RÖL inte delta i NPE gällande akutmottagningar på grund av osäkra utdata kopplat till införandet av Cosmic i september 2024.

Min vårdplan

Sedan standardiserade vårdförlopp i cancervården (SVF) infördes har man arbetat med att införa "Min vårdplan". Den delas ut till alla patienter där det finns en välgrundad misstanke om cancer eller där cancerdiagnos fastställts. Den finns på papper för alla diagnoser. Arbetet pågår för att också ta fram en digitaliserad vårdplan med målet att alla SVF-förlopp i förlängningen skall bli digitala. Det har emellertid visat sig att somliga patienter önskar att bibehålla vårdplanen i pappersformat då de anser att den digitala versionen är svår att hantera, varför man sannolikt kommer att erbjuda båda formerna. Syftet med min vårdplan är att patienter skall kunna ha en vis kontroll på sitt vårdförlopp. Min Vårdplan är patientens dokument.

Patientmedverkan inom kunskapsstyrning

Målet med kunskapsstyrning är en mer kunskapsbaserad, jämlik och resurseffektiv vård av hög kvalitet. I det lokala arbetet med kunskapsstyrning medverkar patient/ närstående/brukare i olika arbetsgrupper. Metoder som används är exempelvis intervjuer, fokusgrupper, enkäter och personcentrerad processkartläggning.

Agera för säker vård¹⁰

Vårdgivaren skall utöva egenkontroll med den frekvens och i den omfattning som krävs för att kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen kan innefatta jämförelser mellan verksamhetens nuvarande och tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella och regionala uppgifter.

Regional handlingsplan för ökad patientsäkerhet

Socialstyrelsen utgav 2020 Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i HS. Visionen i handlingsplanen är *God och säker vård – överallt och alltid* med det övergripande målet att ingen patient skall drabbas av en vårdskada, som nämndes inledningsvis. Handlingsplanen är utformad för att kunna användas av kommuner och regioner som mall för egna handlingsplaner.

Socialstyrelsens plan utges i en ny upplaga under 2025. Inga större förändringar förväntas i den.

HS utformade under 2022–2023 en egen regional handlingsplan för ökad patientsäkerhet baserad på den nationella. Den planen antogs av HS-nämnden 2023-09-07.

Implementeringsarbetet påbörjades därefter. Vid en utvärdering under 2024 kunde patientsäkerhetsenheten konstatera att implementeringen av den regionala planen är på god väg.



¹⁰ SOSFS 2011:9, 5 kap. 2 §, 7 §, 8 §, 7 kap. 2 § p 2, PSL 2010:659, 3 kap. 10 §

Öka kunskap om inträffade vårdskador¹¹

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



Identifiering av vårdskador kan ske på olika sätt, exempelvis genom så kallad punktprevalensmätningar, markörbaserade journalgranskningar, klagomål från patienter och anhöriga samt avvikelser rapporterade av personal.

Punktprevalensmätningar (PPM)

PPM används för att mäta förekomst av trycksår, vårdrelaterade infektioner (VRI) samt följsamhet till basala hygien- och klädrutiner (BHK) vid en bestämd tidpunkt och är ett sätt att mäta kvalitet och undvikbara skador i vården.

Lokal PPM avseende trycksår 2024

En lokal mätningen genomfördes under vecka 48 under en dag och inkluderade 299 patienter. Alla i vården skall snabbt kunna identifiera patienter i riskzonen för att utveckla trycksår, så att dessa kan undvikas. Vid 2024 års mätning i RÖL minskade andelen sjukhusförvärvade trycksår av alla slag från 13 % år 2023 till 7 %. År 2022 var motsvarande siffra 11 %.

Tydliga rutiner och god följsamhet till gällande föreskrifter är en förutsättning för att förebygga VRI, särskilt då vårdtyngden är stor.

PPM avseende basala hygienrutiner och klädregler (BHK)

Följsamhet till BHK är av vikt för att förhindra smittspridning och motverka vårdrelaterade infektioner (VRI).

¹¹ SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §

PPM avseende BHK genomfördes 2024 i två omgångar under vecka 11, 12 respektive 42 och 43. Metoden grundar sig på observationsstudier där medarbetarnas följsamhet, till åtta grundläggande hygiensteg och klädregler, observeras i patientnära arbete exempelvis vid omvårdnad, undersökning och behandling. Då det inte längre finns en gemensam nationell databas för registrering får verksamheterna spara resultaten själva.

Då en regional databas saknas, har regionala data ännu ej sammanställts. Socialstyrelsen har tagit fram ett dokument "Egenkontroll av följsamhet till basala hygienkrav och rutiner" som stöd för punktprevalensmätning. Det är viktigt att återkoppla resultaten från PPM till samtliga medarbetare i verksamheten om förbättringar skall åstadkommas.



Att få full följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler kräver ett långsiktigt arbete med utbildningsinsatser, regelbunden uppföljning, dialog med linjechefer och engagemang från ledningen.

Markörbaserad journalgranskning (MJG) inom somatik och psykiatri

Strukturerad journalgranskning används för att mäta förekomsten av skador i vården. MJG innebär att journaler granskas från ett slumpvist urval av avslutade vårdtillfällen på sjukhus. Vid granskningen identifieras journaluppgifter med hjälp av markörer, som kan indikera skada. Ett team bestående av sjuksköterskor och läkare bedömer uppgifterna för att kunna fastställa om en skada skett och i så fall vilken typ, vilka konsekvenserna var, vilken allvarlighetsgrad skadan hade samt om den anses vara undvikbar eller inte. Om skadan hade kunnat undvikas betecknas den som en vårdskada.

Under 2024 har SKR avvecklat sitt arbete med MJG och Socialstyrelsen tar över handböckerna samt visst utbildningsmaterial. I och med detta kommer det inte ske någon insamling, analys och redovisning av nationella resultat efter resultaten från 2023. Metoden MJG kan dock fortsatt användas i det lokala patientsäkerhetsarbetet.

På grund av införandet av Cosmic, har ingen lokal granskning inom somatisk vård genomförts i RÖL under 2024. Arbete pågår med att undersöka vilka möjligheter som finns för lokal granskning samt om automatiserad journalgranskning med hjälp av artificiell intelligens (AI) kan komplettera befintlig metodik.

MJG görs även inom allmän- och specialistpsykiatri varje månad förutom i juni och juli. Ingen vårdskada upptäcktes med hjälp av MJG inom psykiatri under 2024. MJG har oftast utförts av två personer, men vid ett tillfälle var ingen läkare med, vilket avviker från SKR:s instruktioner och riskerar att försämra granskningens kvalitet. Att inte varje verksamhetsområde som deltar i MJG har representanter i granskningen försvårar återrapporteringen av fynd till verksamhetsområdet. Följande har emellertid noterats vid psykiatrisk MJG 2024:

- Patientjournaler saknar uppgifter om somatiskt status i vid slutenvård.
- Det saknades ofta aktuell vårdplan.
- Oplanerade besök på psykiatrisk akutmottagning under pågående öppenvård eller snart efter avslutad slutenvård.

Även om dessa fynd inte har bedömts leda till vårdskada är det kvalitetsbrister som påverkat patientsäkerheten negativt.

Har vården varit säker?

HS-personal är skyldig att rapportera¹² och utreda¹³ händelser som medfört eller hade kunnat medföra vårdskada. Syftet med utredningen är att klargöra händelseförloppet och vilka faktorer som har påverkat det, samt ge underlag för beslut om åtgärder som kan förhindra att liknande händelser inträffar på nytt. Ytterligare ett syfte är att begränsa effekterna av sådana händelser om de inte helt går att förhindra.

¹² PSL 6 kap 4§

¹³ PSL 3 kap 3§

Vårdgivare har dessutom skyldighet att till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en **allvarlig** vårdskada (lex Maria)¹⁴. Vem som skall anmäla, vad som skall anmälas och vad anmälan skall innehålla regleras av Patientsäkerhetslagen och föreskriften om Vårdgivarens systematiska patientsäkerhetsarbete. Vårdskada definieras i Patientsäkerhetslagen som "lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården".¹⁵

Vårdgivaren har även skyldighet enligt Socialstyrelsens föreskrift¹⁶ att utreda negativa händelser eller tillbud som har inträffat med en medicinteknisk produkt. Anmälan om negativa händelser och tillbud med medicintekniska produkter skall göras till Läkemedelsverket och tillverkaren vid funktionsfel och försämring av en produkts egenskaper eller prestanda samt vid felaktigheter och brister i märkning eller bruksanvisning som kan leda till eller har lett till:

1. en patients, en användares eller någon annan persons död, eller
2. en allvarlig försämring av en patients, en användares eller någon annan persons hälsotillstånd.

Nedan beskrivs hur identifiering, utredning, anmälan och uppföljning av vårdskada hanteras inom RÖL samt hur det kommuniceras.

Identifiering

Vårdskador kan identifieras på olika sätt.

Via avvikelser:

Vid händelse som innebär skada eller risk för skada skall en avvikelserapport upprättas. Ansvar för avvikelsehantering ligger på respektive verksamhet. Avvikelse rörande händelse som inneburit eller kunnat medföra allvarlig vårdskada för patienten skall markeras så att den går till chefläkare.

¹⁴ PSL 3 kap 5§

¹⁵ PSL 1 kap 5§

¹⁶ HSLF-FS 2021:52 5 kap

Anmälningsskyldigheten jämlikt lex Maria avser händelser som lett till allvarlig vårdskada eller inneburit risk därför.

Patientsäkerhetsstrategerna på Patientsäkerhetsenheten har en kontinuerlig dialog med avvikelsehandläggare samt läser även icke-chefläkarmarkerade avvikelser för att identifiera allvarliga avvikelser som inte chefläkarmarkerats.

Via klagomål:

Klagomål och synpunkter från patienter eller närstående kan inkomma direkt till verksamheten, via e-tjänst på 1177.se, via anmälningsformulär på hemsidan eller via post till klagomålsfunktionen, som lyder under Patientsäkerhetsenheten. Klagomål fördelas till aktuell verksamhet som ansvarar för att svara skyndsamt, helst inom fyra veckor. Klagomål som inger misstanke om allvarlig händelse, kontrolleras för att säkerställa att en avvikelse registrerats.

Klagomål som inkommer till IVO och förmedlas till chefläkare eller verksamhet, hanteras på likartat sätt.

Patient eller närstående kan också vända sig till Patientnämnden i RÖL, som i sin tur kontaktar verksamheten. Patientnämndens handläggare kontaktar även patientsäkerhetsenheten vid klagomål som inger misstanke om allvarlig vårdskada.

Utredning

Vid vårdskada eller risk för vårdskada skall utredning och dokumentation ske inom verksamheten i enlighet med patientsäkerhetslagen.¹⁷

Fördelning av ärenden sker enligt nedan:

- Chefläkarmarkerade avvikelser bedöms primärt av respektive chefläkare.

¹⁷ PSL (2010:659), 3 kap, 3§

- Ärenden gällande omvårdnad bedöms av respektive patientsäkerhetsstrateg. Ärendet diskuteras vidare på gemensamt omvårdnadsmöte.
- Ärenden som helt eller huvudsakligen berör medicintekniska produkter bedöms av anmälningsansvarig för medicintekniska produkter.
- Ärenden som berör tandvården bedöms av cheftandläkare.
- Ärenden som berör laborativ verksamheten bedöms av utsedd biomedicinsk analytiker.

Om händelsen inneburit vårdskada eller risk för vårdskada görs en bedömning av allvarlighetsgrad och en internutredning genomförs.

Om händelseförloppet är komplicerat eller involverar flera olika verksamheter kan internutredningen fördjupas i form av en händelseanalys.¹⁸

Händelser där anmälan enligt lex Maria kan vara aktuellt diskuteras i chefläkargruppen. I gruppen ingår alla chefläkare samt alla andra anmälningsansvariga. Beslut om anmälan jämligt lex Maria fattas gemensamt av chefläkarkollegiet.

Anmälan

Om vårdskadan bedöms som allvarlig (det vill säga allvarlig undvikbar skada enligt ovan) anmäler chefläkare eller anmälningsansvarig händelsen jämligt lex Maria och internutredning eller händelseanalys bifogas anmälan. I anmälan skall framgå händelseförlopp, konsekvenser, orsaksanalys, åtgärder, uppföljning och patientens upplevelse.

Om en händelse relaterad till medicinteknisk utrustning och den bedöms uppfylla kriterier för anmälningsskyldighet enligt ovan, anmäls detta till Läkemedelsverket av anmälningsansvarig för medicintekniska produkter.

¹⁸ En händelseanalys kan komplettera en utredning av vårdskada och förbättra förutsättningarna för lärande. Händelseanalyser syftar till att på ett strukturerat sätt analysera komplexa incidenter med flera aktörer, för att kunna föreslå åtgärder så att det som skett ej upprepas.

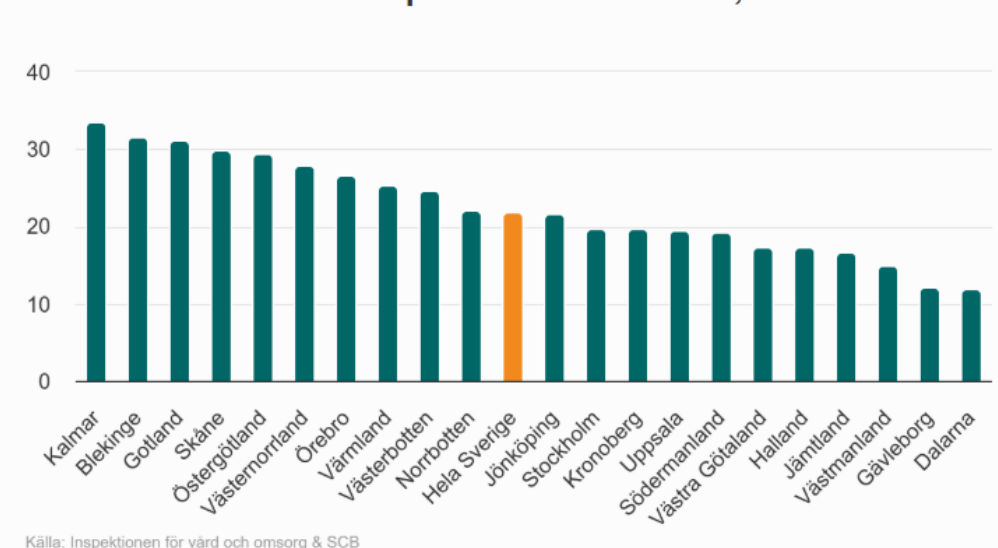
Kommunikation

Att en anmälan jämlikt lex Maria görs och vad IVO småningom beslutar, kommuniceras till berörd verksamhet. Minst en gång årligen genomförs en patientsäkerhetsrund inom varje verksamhetsområde. En gemensam mall för patientsäkerhetsronden används. Från och med 250101 kommer en ny elektronisk mall att nyttjas. Den bygger på Officeprogrammet Forms, vilket ger bättre möjligheter till statistiska analyser och uppföljning av patientsäkerhetsronderna. Verksamhetsområdets eventuella lex Maria-ärenden diskuteras vid ronderna och följs upp. Ärenden anmälda enligt lex Maria publiceras på regionens hemsida med en kortfattad beskrivning av händelsen. Resultat av utredning av medicintekniska avvikelser, t.ex. att anmälan till Läkemedelverket görs och Läkemedelsverkets eventuella kommentarer och utredningsrapporter från tillverkare kommuniceras till berörd verksamhet såsom vid lex Maria-fall.

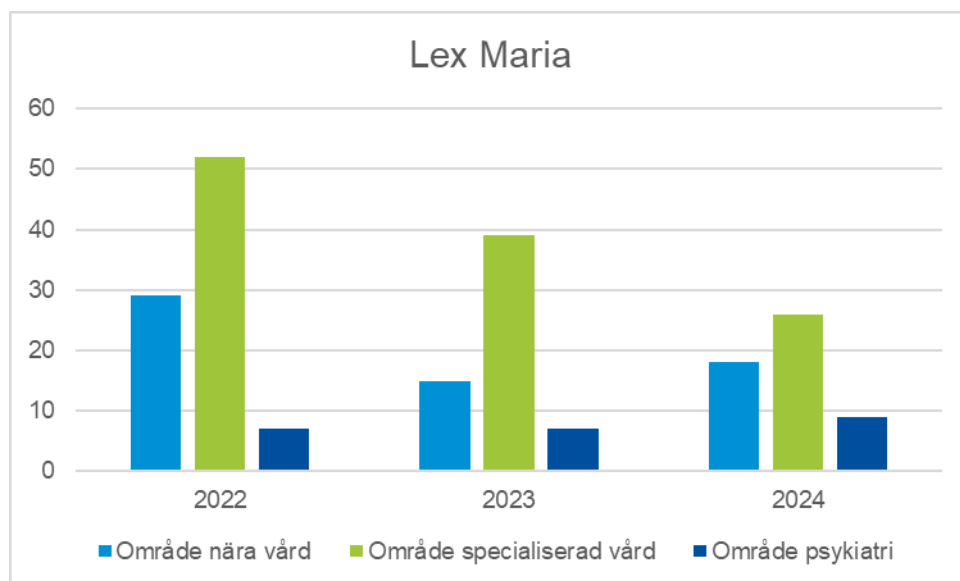
Uppföljning

För att säkra att åtgärder föreslagna i lex Maria-anmälan är vidtagna skall uppföljning av anmälan om allvarlig vårdskada ske inom sex månader. Ansvarig chefläkare stämmer av sexmånadersuppföljningen med respektive verksamhet, och dokumenterar i diarieärendet att uppföljningen är genomförd. Under 2023 låg RÖL över genomsnittet när det gäller antalet lex Maria-fall jämfört med riket, som framgår av diagrammet från IVO nedan. Data från 2024 fanns ej när detta skrevs.

Antal avslutade ärenden per 100 000 invånare, år 2023



Diagrammet nedan visar antal lex Maria-ärenden för hälso- och sjukvårdsförvaltningens olika områden år 2022–2024.



Sammanställning HS utrednings- och anmälningansvar 2024

Under 2024 verkställde HS-förvaltningen 53 anmälningar till IVO enligt lex Maria. Ytterligare ärenden är under utredning.

De 53 anmälningarna enligt Lex Maria fördelades under 2024 enligt nedan.

	Fel beslut	Fel utförande	Personärende
Område specialiserad vård	18	8	5
Område nära vård	5	13	2
Område psykiatri	5	4	2

Det som skiljer kategorierna åt är vad den felaktiga handläggningen kan relateras till:

- "fel beslut" – avsaknad eller otydlighet i befintliga riktlinjer, rutiner, vårdprogram med mera.
- "fel utförande" – avsteg från befintliga riktlinjer.

I båda kategorierna finns det i grunden en felaktig (medicinsk) handläggning som blev orsaken till en allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada.

Fördelningen kan även ge viss vägledning kring inriktning av åtgärder:

- a) "fel beslut" - utvecklingsarbete (skapa, justera och aktualisera våra rutiner)
- b) "fel utförande" – implementering (kommunicera rutinerna, introducera personal, utbilda, öva).

Personnärande avser fall där legitimerad personal rapporterats av ansvarig chefläkare till IVO jämlikt patientsäkerhetslagen då de har bedömts utgöra en fara för patientsäkerheten.¹⁹

Inspektion och tillsyn 2024

HS står under tillsyn av IVO. Säkerheten i vården baseras på vårdgivarens ansvar enligt ovan. IVO bedriver därutöver sin tillsyn via inspektioner såväl utifrån pågående ärenden som egeninitierade områden. IVO:s tillsyn av HS i regionen under 2024 har skett enligt nedan.

IVO-tillsyn i RÖL under 2024

Verksamhetsområde obstetrik och gynekologi, fertilitetsenheten USÖ, Område specialiserad vård

- *En tillsyn av förlossningsvård vid universitetssjukhuset*

Tillsynen omfattade två inspektionsdagar. Under dessa dagar genomfördes två intervjuer per dag. IVO:s medarbetare intervjuade barnmorskor, undersköterskor, läkare, ledningsgruppen samt åtta patienter. Denna tillsyn följdes av ett beslut från IVO med begäran om återredovisning.

¹⁹ 3 kap. 7 § PSL

- *Tillsyn av mödrahälsovård i RÖL*

Tillsynen omfattade två mottagningar. Vid varje mottagning intervjuades ledningen samt barnmorskor. Totalt genomfördes fyra intervjuer.

Verksamhetsområde laboriemedicin, blodverksamheten, Område specialiserad vård, USÖ

*Verksamhetstillsyn enligt lagen om blodsäkerhet vid
blodverksamheten vid KIT USÖ.*

Inspektionen skedde enligt lagen (2006:496) om blodsäkerhet och tillsynen sker vartannat år. Tillsynen omfattade två inspektionsdagar 240916–240917, en i Lindesberg och en i Karlskoga.

Inspektionen genomfördes till stor del vid sittande bord där IVO ställde frågor utifrån föreskrifterna som reglerar blodverksamheten. Representanter för blodverksamheten som deltog var verksamhetschef, särskilt utsedd ansvarig person, medicinsk ledningsansvarig läkare, enhetschef, kvalitetsledare, kvalitetssamordnare, processansvarig blod-/plasmatappning, processansvarig för utlämningslaboratoriet och orthovision, biträdande enhetschef, framställningsansvarig, tf. enhetschef akutlaboratoriet och biomedicinsk analytiker.

Tillförlitliga och säkra system och processer

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



Läkemedelshanteringen i RÖL övervakas av tre grupperingar:

- 1) den förvaltningsövergripande läkemedelsgruppen (FÖL),
- 2) läkemedelskommittén och
- 3) Läkemedelscentrum.

1. Förvaltningsövergripande läkemedelsgruppen (FÖL)

FÖL bildades av hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp (HSLG) 2015 och skall:

- överse dokument och föreskrifter som reglerar läkemedelshanteringen,
- upprätta förvaltningsövergripande dokument inom läkemedelshanteringsområdet,
- sprida kunskaper om föreskrifter inom läkemedelshanteringsområdet,
- identifiera behov och ge förslag på åtgärder inom läkemedelshantering för att förbättra patientsäkerheten och stötta klinikerna i arbetet att följa föreskrifter genom att ta fram lokala rutiner för läkemedelshantering.

2. Läkemedelskommittén

I varje region skall, enligt lag, finnas en läkemedelskommitté, som genom rekommendationer skall verka för en tillförlitlig och rationell läkemedelsanvändning.

I RÖL har under 2024 den sedvanliga läkemedelsinformationen från Läkemedelskommittén förmedlats till länets vårdcentraler under våren och höst, innehållande bland annat nya behandlingsrekommendationer för

kronisk njursvikt, vätskebrist och läkemedel, vaccinationer, uppdaterade behandlingsrekommendationer för hjärtsvikt samt Cosmicmallar. Därutöver har Läkemedelskommitténs tidning Rapport om läkemedel givits ut med fyra nummer.

Läkemedelskommittén har även genomfört en digital utbildning om läkemedel för kommunernas sjuksköterskor.

3. Läkemedelscentrum (LC)

LC lyder under område Forskning och utbildning. LC har genomfört två möten med representanter för länets apotek och även haft fortlöpande kontakter. På så vis kan LC tillse att apotek har läkemedel hemma när en ny regim tillkommer samt uppmärksamma apoteken om vilka regionövergripande generella licenser som har sökts. Apoteken hör också av sig och uppmärksammar RÖL om de upplever problem med förskrivningar.

Under våren 2024 skickades en enkät från LC ut till läkare på regionens sjukhus. Enkäten syftade till att identifiera varför fel i läkemedelslistor uppkommer. Svarsfrekvensen var bara cirka 37 %, men visar att drygt 80 % av de svarande läkarna ofta eller ibland upptäcker fel i läkemedelslistorna och att knappt 30 % upplever att de inte fått adekvat introduktion till läkemedelsmodulen i det gamla journalsystemet.

Ett arbete med att föra ut resultaten från enkäten, samt att ta fram åtgärdsförslag till hur man skulle kunna arbeta med att minska risken för fel i läkemedelslistor har påbörjats.

I samarbete med Läkemedelsverket arbetar LC för att öka antalet biverkningsrapporteringar från regionen genom utbildningsinsatser och informationsspridning.

Restnoterade läkemedel, bevakning och hantering

LC arbetar med att bevaka samt informera om läkemedel som är restnoterade. Det gäller både läkemedel som beställs på rekvisition och sådana som förskrivs på recept. Läkemedelscentrum har en nära dialog med

verksamheterna och är ett aktivt stöd för att hjälpa till att hitta bästa lösningen i varje enskild situation vid restnotering av läkemedel.

Läkemedelsmallar

LC förvaltar regionens samtliga läkemedelsmallar och läkemedelspaket för ordination och förskrivning av läkemedel i journalsystemet Cosmic. Verksamheterna ansvarar för det medicinska innehållet i mallar och paket. På så sätt tillskapas mallar av god kvalitet för hela RÖL. Mallarna följer behandlingsrekommendationer och inkluderar upphandlade preparat mm. Uppdraget ger en högre patientsäkerhet, men blir också verksamhetsutvecklande på grund av ökad harmonisering mellan specialiteter avseende läkemedelsordinationer och arbetssätt.

Avdelningsfarmaci

Under 2024 har verksamheten med avdelningsfarmaceuter i vårdverksamhet fortsatt utvecklats utifrån vårdens behov. Fördelning av farmaceuter planeras tillsammans med vårdplatsutskottet och styrs av behovet.

Avdelningsfarmaceuterna utför olika typer av uppdrag avseende läkemedel. De bidrar också med ökad farmaceutisk kunskap och utgör ett stöd för vårdpersonalen.



Utvärderingar har visat att arbetssättet ger positiva effekter på både patientsäkerhet och arbetsmiljö. Med farmaceuterna har avdelningarna kunnat öka antalet patienter per sjuksköterska och på så sätt öka antalet vårdplatser eller kunnat ändra resursfördelningen.

Farmaceut på utskrivningsavdelningen på USÖ

Farmaceuter från LC har i uppdrag att iordningställa läkemedel till medicinskt färdigbehandlade patienter som vårdas på utskrivningsavdelningen, som i övrigt bemannas av undersköterskor. För att tillse en patientsäker läkemedelshantering på avdelningen, så delas samtliga läkemedel i dosett, en dosett som sedan följer med patienten till den nya vårdformen i kommunen. Därmed säkerställs en patientsäker övergång till kommunen.

Kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter om läkemedelshantering²⁰ skall all vårdverksamhet regelbundet genomgå en extern kvalitetsgranskning. Den har i år skett genom att LC skickat en webbenkät som stöd för egenkontroll till alla regionens enheter som förskriver eller hanterar läkemedel. Digitala eller fysiska möten har bokats med de enheter som önskat.

Målet för granskningen och egenkontrollen är att identifiera områden som kan utvecklas och förbättras i arbetet med läkemedel och syftar till att sträva efter att hanteringen av läkemedel i alla delar ska ske på ett så patientsäkert sätt som möjligt.

Enkätfrågorna satte i år huvudsakligen fokus på uppföljning av de förbättringsförslag som framkom vid kvalitetsgranskningen 2023, översyn av den lokala rutinen för läkemedelshantering, att alla ansvarsuppdrag har utsedda personer, en plan för introduktion till läkemedelshanteringen för sjuksköterskor och läkare samt att det finns utsedda personer med ansvar för introduktionen. Även översyn av att reservlösningar finns på plats inför driftstopp i vårdsystemets läkemedelsmodul togs upp samt att läkare och sjuksköterskor har den kunskap som krävs för att hantera ett sådant driftstopp.

²⁰ HSLF-FS 2017:37

Utbildning i läkemedelshantering för sjuksköterskor

Sedan flera år bidrar farmaceuter från LC med utbildning i läkemedelshantering, dels under introduktionsåret för nyexaminerade sjuksköterskor, men också för mer erfarna sjuksköterskor.

Läkemedelsinformationscentralen (LIC)

LIC i RÖL under namnet CLINT besvarar komplicerade frågeställningar från vården som kräver lite eller mer omfattande utredning innan svaret kan ges. CLINT har under 2024 svarat på många läkemedelsfrågor. I 48 fall har CLINT gjort en skriftlig utredning med en systematisk litteratursökning som grund som sedan även publicerats på SVELIC.se.

CLINT deltar både i ett nationellt samarbete av alla svenska LIC och i ett nordiskt samarbete av de nordiska LIC.

Läkemedelsgenomgångar²¹

En läkemedelsgenomgång är en process i flera steg med syfte att förebygga fel i vårdens övergångar och åstadkomma en så hög överensstämmelse som möjligt mellan de läkemedel som en patient är i behov av, är ordinerad och använder vid det aktuella vårdtillfället. Syftet är att säkerställa en korrekt och säker läkemedelslista samt att bedöma behovet av en fördjupad läkemedelsgenomgång.

Den patient som efter en *enkel läkemedelsgenomgång* har eller misstänks ha kvarstående läkemedelsrelaterade problem, skall erbjudas en *fördjupad läkemedelsgenomgång*. Fördjupad läkemedelsgenomgång skall även erbjudas vid inskrivning i hemsjukvård samt vid inflyttning till vård och omsorgsboende.

Antalet läkemedelsgenomgångar har ökat sedan 2021 inom både primärvård och specialistvård, vilket är positivt ur patientsäkerhetsperspektiv.

²¹ HSLF-FS 2017:37

Inför övergången till Cosmic har primärvården, där flest läkemedelsgenomgångar sker, under 2023 och 2024 informerat och uppmanat till läkemedelsgenomgång för att öka patientsäkerheten och förenkla patientmötet vid byte av journalsystem. Ett arbete pågår fortfarande med den rutin för läkemedelsgenomgångar inom hemsjukvården och vården i de särskilda boendena för äldre (SÄBO), som är överenskommen i samverkan mellan regionen och länets kommuner. Syftet är att öka antalet läkemedelsgenomgångar i denna vård med målet att öka antalet förenklade läkemedelsgenomgångar och prioritera fördjupade läkemedelsgenomgångar till de patienter som har behov av det. Detta för att säkerställa att alla äldre, sköra, multisjuka patienter med komplexa vårdbehov får sina ordinationer genomgångna.

Äldrevårdöverläkare har deltagit vid uppföljningar av vårdcentraler inom Hälsoval och har redovisat för varje vårdcentral antalet utförda läkemedelsgenomgångar i relation till en ny beräkningsmodell baserat på antalet patienter inskrivna i hemsjukvård och SÄBO.

Tabellen nedan visar läkemedelsgångar i HS 2021–2024:

	Enkel läkemedelsgenomgång	Fördjupad läkemedelsgenomgång
2024	12185	4461
2023	12730	5305
2022	10139	3862
2021	9966	3527

Vårdrelaterade infektioner (VRI)

Antibiotikaresistens bedöms vara ett av de största hoten mot befolkningens hälsa. Stor användning av antibiotika och i synnerhet bredspektrumantibiotika bidrar till resistensproblematik. I Sverige är läget mer gynnsamt än i många andra länder, men det krävs ett fortsatt arbete med att bedriva sjukvård baserad på en ansvarsfull antibiotikaanvändning för att även i framtiden kunna erbjuda god infektionssjukvård.

HSLG har under 2024 medgivit att Strama (Samverkan mot antibiotikaresistens) och enheten för vårdhygien introducerar projektet AntibiotikaSmart Sverige inom sjukvården i RÖL. Projektet är initierat av Folkhälsomyndigheten och syftar till att med stöd av verksamhetsspecifika kriterier tydliggöra hur man på alla nivåer inom sjukvården, men också i samhället, kan arbeta systematiskt mot antibiotikaresistens.

Punktprevalensmätningen genomförs av Europeiska Smittskyddsinstitutets (ECDC) vart femte år och nu senast under 2023. Den visade att en tredjedel av alla patienter som vårdas på svenska sjukhus behandlas med antibiotika.²² Denna siffra förväntas öka under de följande åren med en ökad andel äldre i befolkningen, men också eftersom sjukvården blir bättre och fler med allvarliga sjukdomar överlever längre.²³

Infektionsverktyget är ett nationellt IT-stöd för registrering av VRI och antibiotikaordinationer som skall användas för lokalt förbättringsarbete. I dag används verktyget för att registrera antibiotikakrävande infektioner. Detta möjliggör rapporter som visar vårdskador i form av VRI.

Sedan våren 2024 finns åter möjligheter att få fram rapporter från infektionsverktyget, men införandet av Cosmic medförde ett avbräck på några månader, eftersom data i rapporterna behöver valideras.

Mål för 2025:

- Varje verksamhet skall kunna ta ut och analysera rapporten för att vidta åtgärder med syfte att förebygga VRI och följa att antibiotika förskrivs på en adekvat nivå för den egna verksamheten.
- andelen patienter med minst en pågående VRI vara högst 5 % (10,3 % år 2023²⁴)

²² <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publikationer-och-material/publikationsarkiv/v/vardrelaterade-infektioner-och-antibiotikaanvandning-pa-akutsjukhus-i-sverige-ecdc-ppm-2023/>

²³ Torisson Lancet Reg Health Eur. 2022

²⁴ Vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning på akutsjukhus i Sverige (ECDC PPM 2023)

- Samtliga sjukhus och vårdcentraler i RÖL certifieras som AntibiotikaSmarta.

Suicidprevention

Suicidprevention inom HS blir ofta en fråga om arbete med suicidnära patienter. Preventionsarbetet är större än så; suicidprevention bör utgå dels från ett befolkningsperspektiv, dels från ett individperspektiv. Samtlig personal som arbetar i HS har en viktig roll i att uppmärksamma tidiga tecken och förhöjd risk. Inom psykiatri bedöms och dokumenteras suicidrisken som en del i diagnostiken och förnyad bedömning sker alltid löpande vid förhöjd risk. Att behandla underliggande allvarig psykisk sjukdom där sådan finns och att genomföra korrekta tvångsåtgärder är psykiatrins ansvar.

Det finns också förhöjda risker vid till exempel långvarig smärta och vissa neurologiska sjukdomar.

Dessa hanteras i andra delar av vården, inom både primärvården och specialiserad vård. Regionens vårdprogram för suicidnära ger värdefull kunskap i suicidologi inklusive skydds- och riskfaktorer och ger stöd för frågor till patienter.



Under året genomförde chefläkaren med ansvar för psykiatri i RÖL, med stöd av förvaltningsövergripande chefläkare och chefläkargruppen, en granskning av vård och behandling för alla de patienter som avlidit av suicid eller genomfört ett allvarligt suicidförsök under perioden oktober 2023 till april 2024; detta efter att ambulansen rapporterat en ökning av suicid i länet under oktober 2023.

Granskningen, som redovisades för hälso- och sjukvårdsnämnden i september 2024, visade att inget av självmorden bedömdes som undvikbara utom ett, vilket anmäldes till IVO jämlikt Lex Maria. Det var dock anmärkningsvärt att fem av de förekommande fallen inte hade haft någon kontakt med vården alls

och att de flesta var ungdomar under 25 år. Fenomenet att stor andel av de personer som tar livet av sig och ej har någon kontakt med vården är beskrivet i forskning om suicidologi. Granskningen påvisade även att det fanns några, som hade en pågående vårdkontakt för annat än psykisk sjukdom.

Tillsammans med kartläggningen som genomfördes inom ramen för Kunskapsstyrningen under 2023 visar detta på vikten av kunskaper kring riskfaktorer och riktlinjer för hantering vid förhöjd risk för suicid inom hela HS samt att sjukvården inte når alla som tar sina liv.

Regionens mobila resurs för suicidprevention arbetar vidare i sitt uppdrag och erbjuder stödkontakt vid suicidförsök tills dess ordinarie behandlare kan ta över och efterlevandestöd för alla åldrar.

Säker vård här och nu

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



Det är därför av värde att samla in relevant, pålitlig data, som kan identifiera patientsäkerhetsrisker tidigt. Nedan presenteras ett flertal variabler som säger något om patientsäkerheten under 2024.

Är vården säker idag?

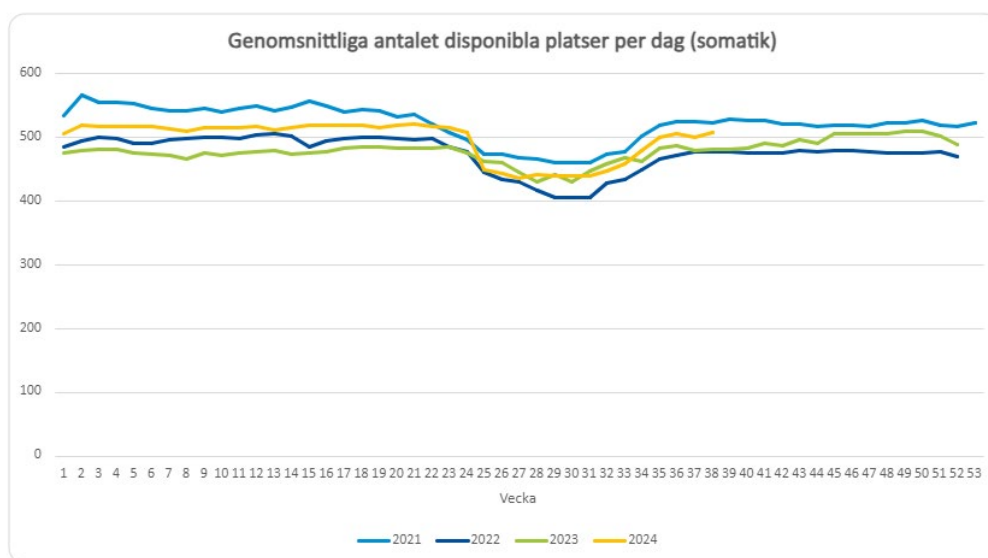
Bakgrund: Faktabaserad styrning (FBS) är en metod för strategisk verksamhetsstyrning som fokuserar på att fatta beslut baserade på analys, med syftet att förbättra vårdens resultat mot uppsatta mål. Under 2024 har Produktionsenheten fortsatt arbetet med att implementera, planera och genomföra utbildningsinsatsen inom FBS. Uppdraget initierades av HSLG. Utbildningen har slutförts enligt plan.

Utbildningen har riktat sig till chefer, ledare och stödfunktioner på lednings- och områdesnivå och har varit en viktig del i att utveckla en systematisk och faktabaserad styrning i hela organisationen. Under våren 2024 genomfördes

behovsdialoger med samtliga verksamheter som har vårdplatser. Dessa dialoger har legat till grund för verksamheternas planer, som nu är fastställda och implementerade. Alla enheter har påbörjat planering och kommer under våren 2025 påbörja uppföljning enligt FBS.

Resultat: Antalet disponibla vårdplatser²⁵ i RÖL inom slutenvården minskade från 822 år 2013 till 515 år 2023 enligt SKR:s senaste verksamhetsstatistik²⁶ (se diagram nedan). Detta och att vissa färdigbehandlade patienter ej kan skrivas ut (varom mer härnadan) förklarar situationen med överbeläggningar²⁷ och utlokaliserade patienter²⁸ som sågs under 2022 och 2023. Under 2024 var antalet överbeläggningar och utlokaliserade patienter lägre (se gul kurva i diagrammen nedan)

Ett tillräckligt antal vårdplatser inom slutenvården i RÖL är en viktig del för att upprätthålla både hög patientsäkerhet och god arbetsmiljö.



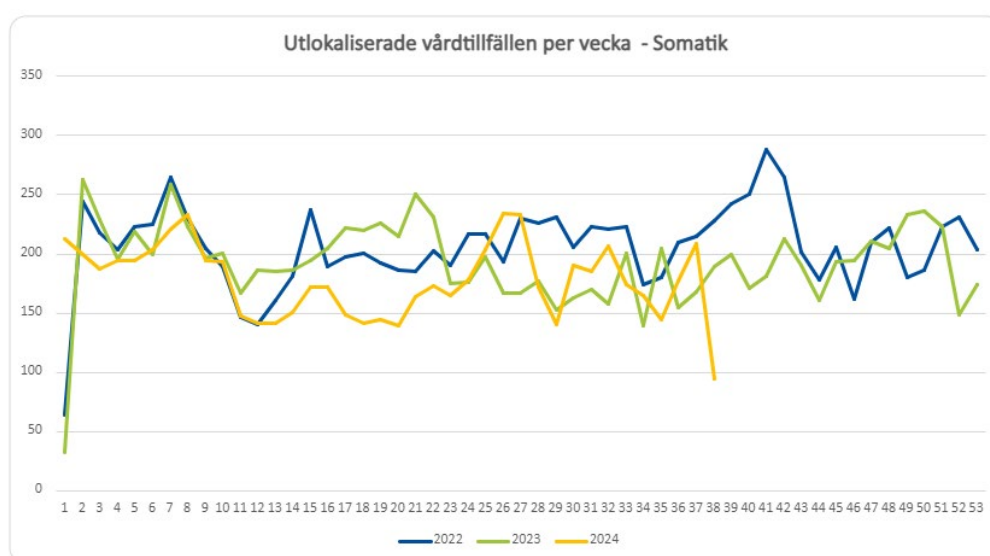
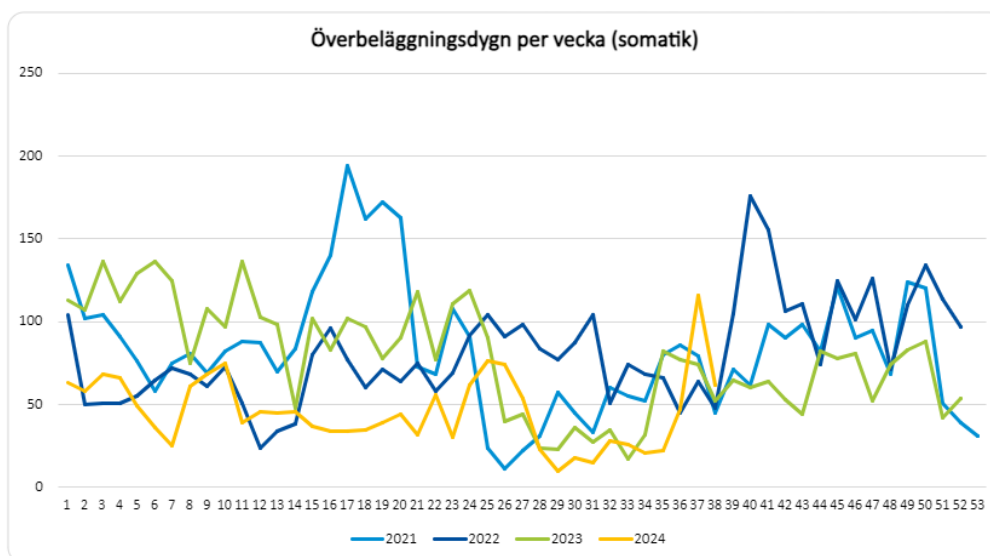
²⁵ En disponibel vårdplats definieras som en vårdplats i slutenvård med fysisk utformning och bemanning som säkerställer patientsäkerhet och arbetsmiljö.

²⁶ Verksamhetsstatistik 2013-2023 SKR

²⁷ Överbeläggning är när en inskriven patient vårdas på en vårdplats som inte uppfyller kraven på en disponibel vårdplats såsom t.ex. en korridorplats.

²⁸ En utlokaliserad patient vårdas på annan vårdenhets än den som har specifik kompetens och medicinskt ansvar för patienten.

Överbeläggningar och utlokaliserade patienter i RÖL. OBS! Data saknas efter att Cosmic infördes 240919.



Orsaken till att vissa vårdplatser i RÖL inte kan hållas öppna är personalbrist.

Vårdplatsbristen medför bland annat följande:

- *Förlängda vistelsetider på akutmottagningarna innan vårdplats kan frigöras, vilket är särskilt riskabelt för äldre patienter.*
- *Patienter överflyttas till annat sjukhus i regionen, vilket medför ökade transporter mellan sjukhusen för att utnyttja vårdplatserna maximalt. Resurser som skall användas till akuta ambulanstransporter*

inom RÖL belastas då hårt. Överflyttningarna sker oftast på tider med begränsad tillgång till ambulanser och då lättvårdsambulansen ej är i drift. Situationen medför även ett ökat behov av sjukresor vid tidpunkter då Sjukreseenhetens resurser är begränsade.

- *Patienten skickas hem* trots att vårdbehov föreligger. Patienten kan inte alltid beredas plats utan går hem med instruktioner om att återkomma vid förvärring alternativt komma på återbesök till akutmottagningen följande dag. Därmed kan ett orimligt stort ansvar att själv bedöma sitt medicinska tillstånd läggas på enskilda patienter.
- *Patienten får en vårdplats på en annan vårdenhets (utlokaliseras) eller bereds plats som överbeläggning.*

Överbeläggning och, i än högre grad, utlokalisering av patienter ger avsevärt ökad risk för vårdskador då det inte alltid finns tillräcklig kompetens och kapacitet för att möta patientens behov och sjukdomstillstånd. Utlokalisering försämrar möjligheterna till en god utskrivningsplanering och uppföljning av patienten.

Åtgärder: *Hur hanteras vårdplatsbristen inom HS?*

Ett vårdplatsutskott inom HS bestående av verksamhetschefer finns för de verksamheter på USÖ samt lasaretten i Karlskoga och Lindesberg som bedriver slutenvård. I utskottet finns även representanter från prehospital vård och akutmottagningarna. Utskottet möts varannan vecka och bereder frågor för beslut i områdesledningen. För att få en gemensam bild över vårdplatsläget i RÖL, äger också vårdplatsmöten rum varje vardag, med vårdkoordinatorer, vårdplatsansvariga verksamhetschefer, ledningssjuksköterskor från akutmottagningarna i Lindesberg och Karlskoga samt berörda jourer. Syftet är att planera utifrån aktuellt vårdplatsläge och behov av åtgärder.

Införandet av utskrivningsavdelningar på USÖ och i Karlskoga under 2023, där patienter som är medicinskt färdigbehandlade vårdas i väntan på hemgång eller annan vårdnivå, har bidragit till att minska antalet utlokaliserade patienter och överbeläggningar. Utskrivningsavdelningen på USÖ, förlagd till infektionskliniken, hade under 2024 12 vårdplatser och tog emot färdigbehandlade patienter från hela USÖ. I december 2024 påbörjades

ett samarbete med Tullhuset, en utrednings- och rehabiliteringsenhet under Örebro kommun. Syftet är att förkorta väntetiderna till korttidsboende.

Vid Karlskoga lasarett har under 2024 utskrivningsavdelningen med sex platser huserat på en av medicinavdelningarna i Karlskoga, men flyttade i december till egna lokaler. Platserna fylls främst med patienter från ortoped- och medicinavdelningarna. Kirurgen har under året enbart haft enstaka patienter här. Vid denna utskrivningsavdelning har man under 2024 arbetat mycket med läkemedelshanteringen, då bemanningen utgörs av undersköterskor och sjukvårdsbiträden med delegering på läkemedelshantering. Ett framtida arbete handlar om riskbedömningar på patienterna efter ett besök av Arbetsmiljöverket.

Sammanfattningsvis utgör vårdplatsbristen en central fråga gällande patientsäkerheten och den buffert som finns i det dagliga kliniska arbetet för att vårdskador inte ska uppstå var kritiskt låg under 2022, men har stabiliserats på en något högre nivå under 2023 och 2024.



Socialstyrelsen tog under 2023 fram riktvärden och beräkningar för antalet vårdplatser i riket och föreslog 85 procent som riktvärde för genomsnittlig belägningsgrad i oplanerad vård och 95 procent för planerad vård.²⁹ Socialstyrelsens bedömning var då *”att behovet av vårdplatser i sluten vård på sjukhus är större än antalet vårdplatser idag...”* I juni 2024 kom Socialstyrelsen så med en uppföljande rapport om vårdplatserna i riket.³⁰ I rapporten skrivs bl.a. att *”Alla regioner utom tre*

²⁹ Riktvärden för belägningsgrad och vårdplatser. Delredovisning av uppdraget att stödja och stärka regionernas produktions- och kapacitetsplanerin. Socialstyrelsen, 2023.

³⁰ Plats för vård. Förslag till en nationell plan för att minska bristen på vårdplatser i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen, juni 2024.

bedöms ha en vårdplatsbrist idag...". RÖL anges som en av dessa tre regioner. De antaganden som underbygger myndighetens siffror för RÖL:s del bedöms inte vara helt verklighetsbaserade.

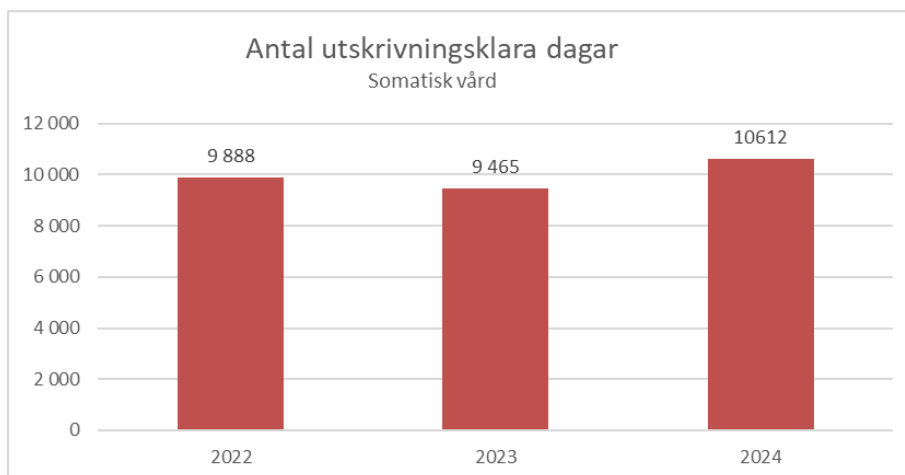
Regionens insatser från primärvården och mobila team för att kunna ge hälso- och sjukvård i hemmet varierar mellan länets olika delar. En utredning med förslag på åtgärder för att få ett jämlikt utbud av mobil sjukvård i länet presenterades under 2023. Arbetet med att implementera detta pågår.

Vårdövergångar mellan regional och kommunal vård

Bakgrund: Vårdtiderna för utskrivningsklara patienter har ökat under 2024, vilket främst beror på att det periodvis varit brist på vård- och omsorgsboendeplatser i några av kommunerna, särskilt Örebro kommun. Antalet utskrivningsklara patienter har i synnerhet i slutet av 2024 påverkat tillgången på vårdplatser vid sjukhusen i RÖL. Det finns emellertid ett etablerat arbetssätt där kontakt kan upprättas med kommuner som har långa vårdtider för dialog om åtgärder.

En tydlig ökning av antalet utskrivningsklara patienter inom *somatisk* vård noterades under 2024 jämfört med 2023 (se diagram nedan). Diagrammet visar på 10 612 dagar med utskrivningsklara patienter under 2024, vilket motsvarar 29 vårdplatser/dag. Ett annat sätt att beskriva detta är att det varje dag, året runt, finns mer än en hel vårdavdelning i RÖL med färdigbehandlade patienter, som av olika skäl inte kan skickas hem. Det medför patientsäkerhetsrisker för dessa 29 patienter, men också för de patienter som i stället hamnar på överbeläggningsplatser eller blir utlokaliserade. Inom psykiatrin, var situationen betydligt bättre då de flesta patienterna åker hem då de är utskrivningsklara (se diagram).

*Antal utskrivningsklara dagar inom **somatisk** sjukvård i RÖL*



*Antal utskrivningsklara dagar inom **psykiatrisk** sjukvård i RÖL*



Vården i samverkan (ViSam)

Bakgrund: Vårdövergångar mellan regionens verksamheter och kommunens hälso- och sjukvård innebär risker för patienten.

Mål:

- förbättrad samordnad individuell planering för de som behöver det,
- förbättrad informationsöverföring mellan verksamheter
- förbättrad information till patienten och
- förebyggande åtgärder för att undvika onödig inskrivning på sjukhus

Resultat:

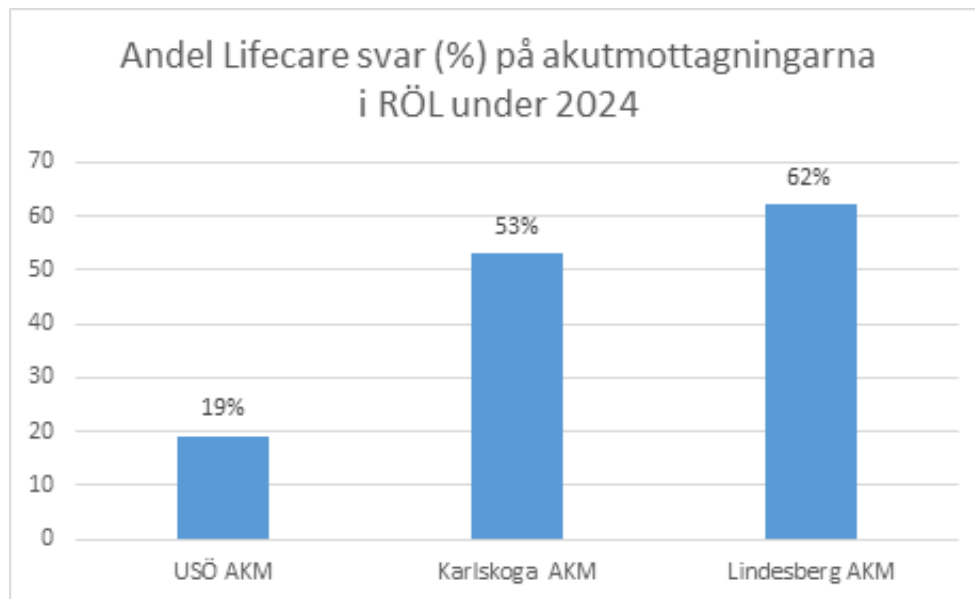
- Etablerade arbetssätt för samverkan med stöd av ViSam-modellen³¹ har bidragit till att säkra trygga vårdövergångar och identifiera brister i vårdkedjan.
- Vårdsamordnare vid vårdcentralerna, utskrivningssamordnare på länets sjukhus och kommunernas motsvarigheter är nyckelfunktioner i arbetet med trygg och säker utskrivning. För att utveckla rutiner samt skapa goda relationer över gränserna samlar processledaren för ViSam dessa funktioner regelbundet i olika nätverk.
- En gemensam riktlinje för hur HS skall arbeta med patientens fasta kontakter och individuella planering togs fram under 2024. Till riktlinjen finns även en rutin för hur detta skall dokumenteras i Cosmic.
- Vård- och omsorgskollen är ett trygghetsskapande samtal som ger en bild av hur utskrivningen fungerar för patienten och möjliggör uppföljning av verksamheten. Samtalet fokuserar på personens upplevelse av trygghet, kontinuitet, delaktighet, tillgänglighet och samordning av vården och omsorgen. Vårdsamordnarna vid länets vårdcentraler har ringt upp drygt 1000 patienter under året. Det framkommer att 70–80 % av patienterna är nöjda, men det finns också många synpunkter på det som inte fungerar.

Lifecare

Bakgrund: Ett sätt att förbättra informationsöverföring mellan kommunens sjuksköterska och akutmottagningen när en hemsjukvårdspatient besöker akutmottagningen är en så kallad vårdbegäran (en vårdremiss i Lifecare). Syftet är att information skickas till kommunerna från akutmottagningarna om vidtagna åtgärder när patienterna återgår till hemmet.

³¹ ViSam är länets gemensamma modell för in- och utskrivning till och från sjukhusen. Modellen skall ge förutsättningar för en sammanhållen vård med hög kvalitet, en säker informationsöverföring och samverkan vid in- och utskrivning från sjukhus för patienter med behov av insatser från fler än en huvudman. ViSam antogs 2013. En uppdatering skedde 2018 mot bakgrund av en ny lag om samverkan vid utskrivning.

Resultat: Diagrammet nedan visar att informationsöverföring från akutmottagningarna till kommunerna brister. Återkoppling sker för sällan. Problemet är väl känt i HS sedan flera år, men har ej angripits tillräckligt.



Avser akutmottagningarna inom RÖL 240101–241213. Svar på vårdremisser där patienten inte blev inskriven på vårdavdelning.

Analys av resultat: Dessa resultat kan enbart förbättras under förutsättning att ledningen på respektive akutmottagning signalerar att återkoppling till inremitterande är en självklarhet i synnerhet eftersom det gäller de sjukaste och äldsta personerna i länet.

Punktprevalensmätning (PPM) av korttidsvård i Örebro län

Bakgrund: Korttidsvård utförs av kommunerna, men ansvar för insatser från läkare och fysioterapeut ligger hos regionen. Syftet med denna PPM var att beskriva orsaken till att personer erbjudits korttidsvård samt vilken typ av vård och omsorg de fått med fokus på bland annat planering av vården, riskbedömningar och dokumentation av behandlingsbegränsningar.

Mätningen utfördes genom journalgranskningar regionala och kommunalt och gav följande resultat.

Resultat:

- Ojämlighet i länet gällande patientgrupper och avsatt resurs.
- Bristande samstämmighet i dokumentation mellan huvudmännen.
- Riskbedömningar görs i för liten omfattning.
- Bristande samordnad individuell planering.
- Vården bygger i för hög grad på tillfälliga konsultativa kontakter mellan huvudmännens professioner.

Resultatet har under 2024 presenterats i grupperingar för samverkan mellan regionen och kommunerna både på övergripande och lokal nivå.

Vistelsetider för äldre på akutmottagningen³²

Bakgrund: Äldre som söker akut är en särskilt sårbar grupp på grund av att de inte sällan har ett flertal sjukdomar, varför långa väntetider vid akutbesök kan medföra påtagliga patientsäkerhetsrisker. Därför registreras deras vistelsetider på akutmottagningarna i RÖL.

Resultat: Data är från år 2023, då uppgifter för 2024 ännu saknas.

Antal besök

Antalet besök på akutmottagningarna i länet ökade för de äldre, med 3,1% från 2022 till 19 546 besök år 2023 hos gruppen 65-79 år, och med 6% från år 2022 till 13 779 år 2023 besök hos gruppen 80 år och äldre.

Tid till läkarkontakt

Mediantiden till läkarkontakt på akutmottagningarna minskade dock under samma period med 3,3% från 2022 till 2023 för gruppen 65-79 år och med 7,3% för dem 80 år och äldre. Förbättringarna ses huvudsakligen på USÖ och Lindesberg. På Karlskoga lasarett ökar mediantiderna till första läkarkontakt.

³² Dag Salaj, äldrevårdsläkare

Total vistelsetid på akutmottagningen

Mediantiden för den totala vistelsen på akutmottagningen minskade dock endast marginellt i länet, med -0,4% i båda grupperna. I Lindesberg ökar den totala vistelsetiden för dessa grupper. I Karlskoga minskar den totala vistelsetiden minskar marginellt.

Analys av resultat: Förändringarna i patientgruppen och länet som helhet speglar utvecklingen för patientgruppen i riket, det vill säga en ökning av antalet besök, minskning av mediantiderna till läkarbedömning och marginell minskning av total vistelsetid på akutmottagningen.

Återinläggningar

Statistiken för återinläggningar påverkas i år av flera förändringar. Dels har länsdelssjukhusens verksamheter under våren bytt verksamhetsområde till Område Specialiserad vård. Dels har skiftet av journalsystem i september medfört ett avbrott i utdata varför det enbart finns statistik fram till augusti månad. Statistiken för 2024 redovisas därför samlad för alla sjukhusen och enbart till och med augusti månad.

Andelen akuta återinläggningar av äldre patienter har inte har minskat under de två första tertialerna av 2024.

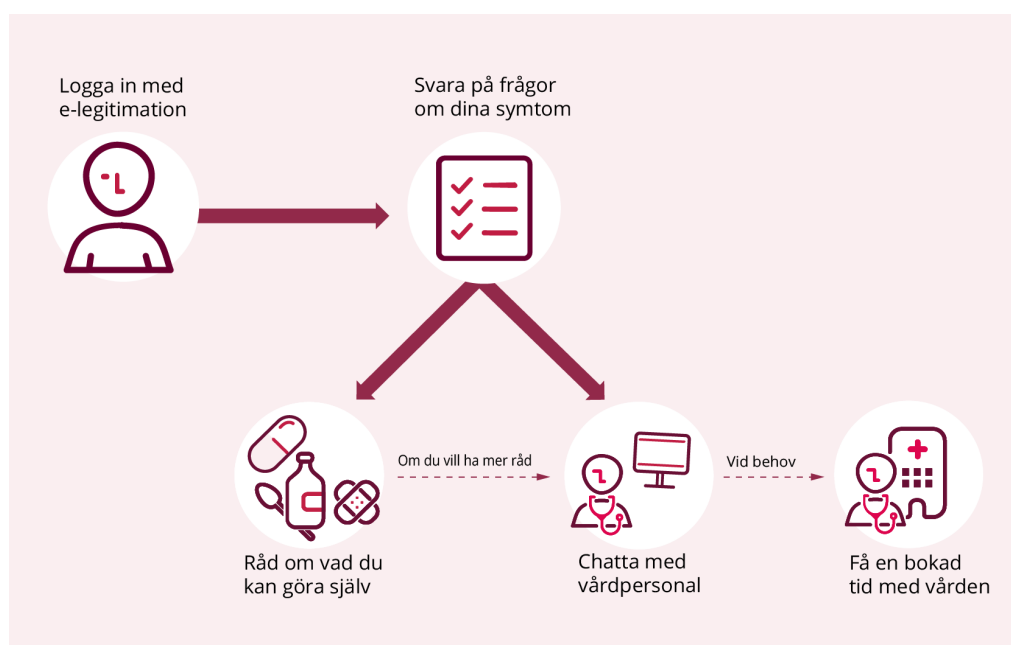


Akuta återinläggningar inom 30 dagar, 65 år och äldre, samtliga sjukhus.

1177 direkt

Bakgrund: Regionens 1177 direkt är en vårdtjänst som består av flera delar; dels ett automatiserat patienttriage, dels olika digitala interaktioner med framförallt sjuksköterskor och läkare.

Triagefunktionen sorterar patientärenden och ger möjligheten att prioritera de patienter som bedöms ha störst behov. Detta bedöms vara en fördel jämfört med det vanliga förfarandet, där bokningar till telefon sker enligt principen om ”först till kvarn”. Enligt 1177 direkts hemsida, är ser upplägget för medborgarna ut så här:



I RÖL:s centrala enhet för 1177 direkt arbetar sjuksköterskor och läkare för att ge vård på distans. Sjuksköterskorna på 1177 direkt ger egenvårdsråd, förskriver recept och hänvisar i förekommande fall till hela HS. Patienten kan från den centrala enheten hänvisas till sin patientens egen vårdcentral om digital distansvård inte kommer längre.

Mål: Olika former av hudbesvär, infektioner och sjukintyg är exempel på ärenden som handläggs. I de fall patienten får hjälp med sina besvär innebär det ett besök mindre på vårdcentralen, en tid som då kan erbjudas en annan patient.

Resultat: Under 2024 genomfördes i RÖL drygt 2 000 digitala distriktläkarkonsultationer, vilket medför minskad tidsåtgång för vård och patient, färre resor och kort väntetid.

Det har framförts farhågor från primärvårdens läkare och sjuksköterskor om att 1177 direkt medför att resurser tas från patienter med kroniska sjukdomar, vilket föranledde ett brev under hösten 2023 till HS-nämnden.

”... Genom att skapa ännu fler kontaktvägar, som i sig är resurskrävande, åstadkoms en undanträngningseffekt. De som är äldst eller så märkta av medfödd alternativt förvärvad sjukdom att de själva inte kan behärska dessa kontaktvägar, hamnar ännu längre ifrån vården. De med högst reellt vårdbehov får inte vård.”

Centrala enheten arbetar aktivt med avvikelser. Avvikelse som handlar om mjukvara och autotriage skickas till Inera.³³ Under 2024 registrerades ingen avvikelse med koppling till 1177 direkt. Inkomna avvikelser handlar nästan enbart om interaktionen mellan centrala enheten och mottagande vårdcentral och berör gränsdragningen mellan ansvarsområden, vilket ej anses hota patientsäkerheten. Klagomål avseende 1177 direkt besvaras enligt gängse rutin.

Anmälningar Medicintekniska produkter

Under 2024 har nio anmälningar om negativa händelser eller tillbud med medicintekniska produkter till Läkemedelsverket gjorts.

Anmälningarna gäller bland annat anestesiventilatorer som ej mätte gasinnehåll korrekt, mjukvara för audiogram som i utskrifter ej visade rätt värden, problem med uppkoppling av patientövervakningsenheter i ambulanser och problem med sprutor till infusionspumpar.

En annan avvikelse som också anmälts är granskningsmjukvara för EEG som efter anmälan utretts och åtgärdats.

³³ Inera är ett digitaliseringsbolag som på uppdrag av kommuner och regioner försöker bidra till utveckling av svensk offentlig välfärd.

Under 2023 och 2024 har det anmälts händelser där användning av värmekuddar har orsakat brännskador. Dessa anmälningar har lett till att leverantören gjort en förtydligad bruksanvisning. Läkemedelsverket har också publicerat dessa ärenden (avidentifierat) som exempel på ärenden där anmälares avvikelshantering och anmälan till Läkemedelsverket lett till en förbättring av produkten eller tillhörande dokumentation.

Osignerade prov- och röntgensvar

Per den 31 december 2024 fanns enligt Uppföljningsportalen 99 248 osignerade provsvar från kemiska laboratoriet och 8 859 osignerade röntgensvar. Svaren kan vara hanterade trots att de ej signerats, men detta utgör en icke obetydlig risk. Flera verksamhetsområden har rutiner i Platina som anger att provsvar skall signeras skyndsamt. Det är oklart om införandet av Cosmic har bidragit till dessa siffror.

Utskrivna diktat

Per den 31 december 2024 fanns i RÖL 29 844 ännu ej utskrivna diktat, som framgår av tabellen nedan. Det innebär en ökning på 65 % jämfört med samma tidpunkt förra året. Sannolikt beror denna ökning på införandet av Cosmic i september 2024. Diktaten som ej skrivits ut avser alltifrån mottagningsanteckningar, slutanteckningar till operationsberättelser med mera. De diktat som väntar på utskrift innebär en patientsäkerhetsbrist då det kan leda till fördröjning av återbesök, utredningar, remisshantering och så vidare. Varje år ses allvarliga avvikelser som är hänförliga till att diktat ej skrivits ut i tid.

	2023	2024
Nära vård	6 227	11 727
Spec vård	10 948	14 607
Psykiatri	602	1 913
Privat	299	1 597
Summa totalt	18 076	29 844

Utskrivna diktat i Region Örebro län.

Riskhantering³⁴

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

Åtgärder

HS centrala uppgift är att ge god vård i rätt tid.³⁵ Mot bakgrund av detta och de svårigheter som har förelegat, enligt ovan, har flera åtgärder vidtagits med fokus på ett gott omhändertagande av patienterna och dessutom en god arbetsmiljö. Åtgärderna omfattar bland annat en förbättring av sjuksköterskors och undersköterskors möjligheter att koncentrera sig på omhändertagandet av patienter genom att utöka samarbetet med andra personalfunktioner såsom vårdnära service och farmaceuter; v.g. se mer härom ovan.

Åtgärderna omfattar också förbättrade förutsättningar för patienter att få vård på enheter med personal med rätt kunskap och erfarenhet inom RÖL samt en utökad samverkan mellan RÖL och länets kommuner enligt ovan.

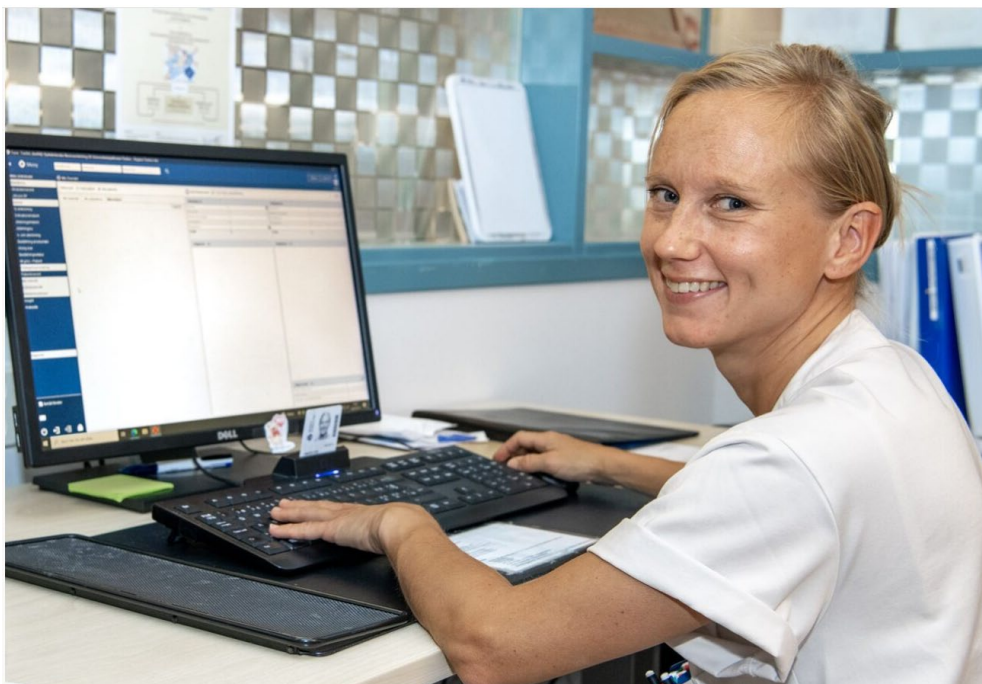
Införandet av journalsystemet Cosmic

Bakgrund: I september 2024 infördes ett nytt journalsystem, Cosmic, i HS efter flera års förberedelser. Utformningen av Cosmic har skett tillsammans med åtta andra regioner och utgått från nationella riktlinjer för att skapa förutsättningar för en säker och jämlik vård. RÖL var först ut av dessa regioner med införandet av Cosmic, vilket berörde över 7 000 medarbetare i vården.

³⁴ SOSFS 2011:9, 5 kap. 1 §, 7 kap. 2 § p 4

³⁵ Hälso- och sjukvårdslag (2017:30), 5 kap 1§

Under 2024 har arbete skett i RÖL med tester, tekniska förberedelser, migrering av viss data från det gamla journalsystemet till Cosmic, utbildning samt anpassning av rutiner och arbetssätt inför starten 240919.



HS ledning och chefläkarrepresentanter har varit kontinuerligt involverade och delaktiga i beslut gällande införandet av Cosmic. Även fackliga representanter har löpande fått lägesrapportering kring arbetet. För att säkerställa verksamhetens delaktighet har förberedelsearbetet organiserats med delprojekt med en hög andel verksamhetsrepresentanter. Detta för att kunna identifiera och omhänderta risker och behov av förändringsaktiviteter på respektive enhet, exempelvis planering för produktionsbortfall i samband med utbildning, migrering av patientdata samt att säkerställa bemanning i samband med övergången till Cosmic.

En annan viktig del i förberedelsearbetet har varit såväl övergripande som arbetet med lokala rutiner och arbetssätt, samt växlings- och reservrutiner i samband med och övergången till Cosmic.

En utmaning har varit försenade leveranser från leverantören, Cambio, vilket inneburit att olika aktiviteter såväl inom projekt som i verksamheterna påverkats, till exempel gällande arbetssätt och rutiner där många rutiner togs fram kort inpå produktionsstarten. För att möta verksamhetens behov av stöd

i detta har fokus varit att erbjuda extra stöd, frågestunder, lathundar och stödmaterial.

Risker med Cosmicinförandet som belystes i Patientsäkerhetsberättelsen för 2023 var:

1. Genomtänkt plan för övergången till Cosmic, där den manuella hanteringen sågs som ett riskmoment.
2. Manuell hantering av läkemedelslistor kommer att kräva mycket tid och merarbete vid besök då journaler skall sammanfattas.

Resultat: Den första risken hanterades genom att en samlad rutin med konkreta instruktioner för alla verksamheter togs fram och förankrades genom dialog med verksamheterna under hela införandeperioden. Båda riskerna hanterades genom att automatiserad migrering till Cosmic användes, och att manuell migrering samlades i ett migreringskansli och därmed utfördes av färre individer. Det innebar att tid för medarbetare sparats före och efter införandet. De risker som finns vid manuell hantering ersätts av systematiska risker, vilka är enklare att hantera. Ett omfattande analys- och testarbete genomfördes för att minska de systematiska riskerna och hittills har utfallet varit gott.

När Cosmic väl driftsattes, gick det, rent tekniskt, som planerat. Att göra ett så stort systemskifte kräver gedigna förberedelser och kontinuerlig riskhantering, inte minst ur ett patientsäkerhetsperspektiv. På grund av leveransförseningarna har beslut behövt fattas om att exkludera viss funktionalitet vid införandet.

Efter införandet av Cosmic har arbetet fortsatt med att justera utformningen av Cosmic samt optimera olika arbetsflöden, rutiner och processer. Anpassning mot de nationella tjänsterna som patienter/invånare har tillgång till fortsätter, vilket ytterligare skapar förutsättningar för patientens delaktighet.

Nuvarande risker associerade med införandet av det nya journalsystemet Cosmic baseras främst på att systembytet har inneburit en förändring för alla medarbetare, vilket i någon mån innebär att alla är ”nya på jobbet”. Nya

arbetssätt skall etableras i vårt nya system för alla medarbetare. Detta innebär en systematisk arbetsmiljörisk i alla verksamheter vilken behöver hanteras strategiskt.

Utmaningarna som genererats av de sena leveranserna från Cambio kommer att kräva fortsatt stor vaksamhet avseende risker vi inte tidigare identifierat med de nya arbetssätt som nu implementeras.

Utmaningarna finns på två plan:

1. Implementering tar tid och det är viktigt att fortsatt arbete görs för att korrekta arbetssätt etableras och vidmakthålls.
2. Analys av arbetssätten och funktionalitet i Cosmic för att utan fördröjning kunna arbeta med systematisk förbättring och utveckling.

Vidare analys av områden som identifierats som potentiellt riskabla har påbörjats. Exempel på sådana områden är:

- konfiguration och arbetssätt i nära vård,
- SVF-flödet,
- kontroll på flödet av remisser och laboratorieresultat,
- vårdövergångar,
- roller i systemet/behörigheter,
- dokumentationsmallars användbarhet,
- diktatflöden,
- användning av läkemedelsmodul,
- arbetsbesparande åtgärder (minskat knapptryckande),
- prestandafrågor, utskriftsfunktionen,
- hantering av väntelista och schemaläggning (så kallad resursplanering).
- brist på utdata från Cosmic sedan införandet,
- otillräcklig loggfunktionalitet.

Man ser redan effekter av analysarbetet i form av kompletterande och tydliggörande rutindokument, uppdateringar av rutiner, och regionala konfigurationsförändringar i väntan på att Sussas gemensamma grundkonfiguration skall uppdateras och arbetet är fortgående när programmet nu övergår i förvaltning.

Analys av resultat: Systematisk uppföljning och dialog med användarna är nycklar till ett framgångsrikt arbete och det nätverk av kontaktpersoner som funnits under införandet kommer att finnas kvar och användas i arbetet. Annan systematik bygger på skyndsam hantering av avvikelseärenden och uppfångandet av risker via inkomna frågor i stödkanalerna. Signaler fångas även upp i det systematiska lokala patientsäkerhetsarbetet, i patientsäkerhetsronder och andra dialoger med verksamheterna.

Utmaningar avseende hantering och tillgång till utdata kvarstår och har resulterat i konsekvenser för såväl myndighetsrapportering som kvalitetsregister. Arbeta pågår med att säkerställa att rapporteringskrav uppfylls och att datakvaliteten kan upprätthållas enligt gällande standarder och regelverk.

Stärka analys, lärande och utveckling

Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom HS. 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.



Avvikelser³⁶

En avvikelse definieras som en icke förväntad händelse som har medfört eller hade kunnat medföra skada på patient, medarbetare, besökande, utrustning eller organisation. Enligt Patientsäkerhetslagen är hälso- och sjukvårdspersonal skyldig att bidra till att upprätthålla hög patientsäkerhet

³⁶ PSL 2010:659, 6 kap. 4 §, SOSFS 2011:9 5 kap. 5 §, 7 kap. 2 § p 5

genom att rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada till vårdgivaren.³⁷ Varje verksamhet skall ha rutin för avvikelshantering. Verksamhetschefen ansvarar för detta.

Merparten av de avvikelser som rapporteras inom HS-förvaltningen och drygt hälften inom Folktandvården handlar om patientsäkerhet. Avvikelser hanteras först i respektive verksamhet. Dessutom läses och bedöms samtliga avvikelser rörande patientsäkerhet av patientsäkerhetsstrateg. Denna dubbelkoll syftar till att identifiera allvarliga händelser som inte markerats till chefläkare i dokumenthanteringssystemet Platina.

Inom Region Örebro finns det målvärden för när avvikelser skall vara hanterade. De indikerar hur det systematiska arbetet med avvikelser fungerar. Målet är att minst 70% av avvikelserna skall vara öppnade och påbörjade i det administrativa systemet inom 7 dagar samt att 80% av avvikelserna skall vara avslutade inom 180 dagar. Båda målvärdena uppnåddes under 2024 med god marginal.

Under 2024 registrerades inom HS 9920 avvikelser, varav 6797 var kopplade till patientsäkerhet, vilket är på samma nivå som föregående år (se tabell nedan).

Antalet avvikelser bör ställas mot antalet vårdkontakter (1 439 368) som ägde rum i RÖL under 2023. För 2024 går motsvarande siffra inte att ta fram på grund av brister i utdatan efter att Cosmic införts.

	Antal avvikelser 2024	Antal avvikelser 2023	Antal avvikelser 2022
HS-förvaltningen	6 797	6 538	6 600

Antal avvikelser avseende patientsäkerhet.

³⁷ PSL 2010:659, 5 kap

Avvikelser i samverkan

Det saknas ett övergripande gemensamt patientsäkerhetsarbete över huvudmannagränserna inom Örebro län (RÖL och länets kommuner). När en avvikelse involverar två eller flera huvudmän hanteras det som enskilda händelser, varför analys på systemnivå ofta uteblir. Ansats till att lösa ut frågan om avvikelser i samverkan har funnits sedan några år, men har ännu inte kunnat lösas. Därför påbörjades ett projekt för att underlätta och möjliggöra aggregering av avvikelser med övergripande mål att skapa ett systematiskt arbete med avvikelser i samverkan mellan Örebro läns kommuner och RÖL. Projektet avslutades i maj 2024 utan framgång. Projektet har representanter från både kommuner och RÖL.

I ljuset av detta, så började patientsäkerhetsenheten i slutet av våren 2024 att undersöka på egen hand om systemet med säker digital kommunikation (SDK) skulle kunna nyttjas för att utbyta avvikelser mellan kommuner och regioner.

Klagomål och synpunkter³⁸

Bakgrund: Verksamhetschefen ansvarar för att klagomål och synpunkter i den egna verksamheten hanteras och besvaras. Svar skall skickas senast fyra veckor efter att klagomålet emottagits. Klagomål och synpunkter skall bedömas utifrån ett vårdskadeperspektiv för att garantera god och säker vård. Vid misstanke om allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada skall verksamhetschef involvera chefläkare. Detsamma gäller vid misstanke om brister i yrkesutövning hos legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.

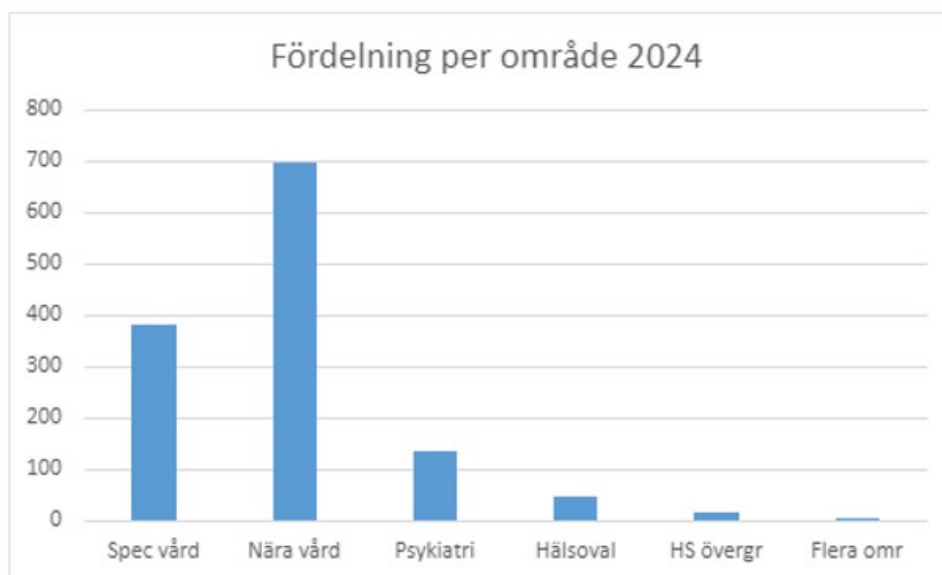
Klagomål som inkommer centralt, fördelas till de tre områdena inom HS-förvaltningen av sekreterare på Patientsäkerhetsenheten.

Patientsäkerhetsstrategerna vid Patientsäkerhetsenheten är medhandläggare i ärendena och har en viktig roll att bevaka patientsäkerhetsfrågor. Inflödet av klagomål och spridningen inom förvaltningen följs. Siffrorna inkluderar inte

³⁸ SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §, 3 a § och 6 §, 7 kap. 2 § p 6

klagomål via Patientnämnden, vars ärenden redovisas under egen rubrik härnedan.

Resultat: År 2024 var antalet klagomålsärenden 1279, vilket är något fler än år 2023 (1223). Liksom tidigare kommer flest klagomål till Område nära vård (se figur 1 nedan). Den sista figuren (figur 3) visar en kategorisering av ärenden. De vanligaste klagomålen avser vård och behandling samt kommunikation. I ärenden som är kategoriserade som kommunikation är det oftast bemötande som patienterna är missnöjd med.

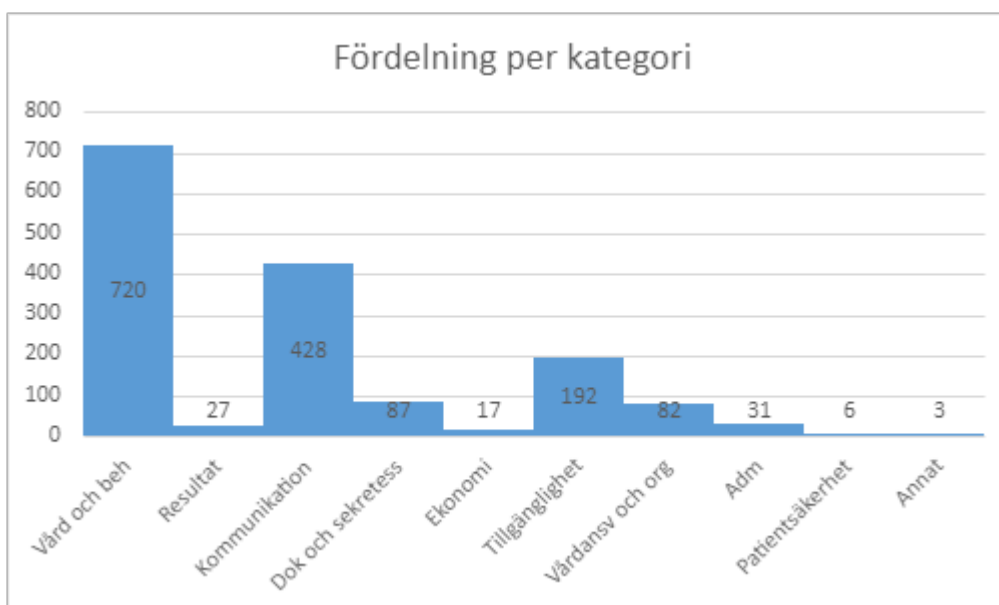


Figur 1

Klagomål inom HS 2024 fördelat på områden.



Figur 2



Figur 3

Ett klagomål kan beröra flera kategorier. Vård och behandling samt kommunikation dominerar.

Patientnämnden (PN)³⁹

Bakgrund: I RÖL är PN underställd regionfullmäktige för att hålla ett avstånd organisatoriskt från HS. PN är en opartisk instans, som lyssnar på patientens upplevelser och förmedlar dessa på ett lämpligt sätt till ansvariga inom HS. Det kan kännas svårt att framföra synpunkter eller klagomål direkt till vårdgivaren. Patienter och närstående kan då vända sig till PN och få stöd med att framföra sina klagomål och synpunkter.

Resultat: Under 2024 inkom 1598 klagomål till PN. Av dessa var 1378 (86%) från HS och resten från privata vårdgivare. Av de 1378 skickades 961 till HS med begäran om svar. Det är alltid patienten som avgör om ett klagomål skall skickas av PN.

Svarstiden är fyra veckor och baseras på vad som anges i förarbeten till lagen om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården (2017:372). I 22% (211) av de ärenden där begäran om svar skickats, inkom inte svar inom utsatt tid utan påminnelser skickades. År 2023 var motsvarande siffra 30%.

³⁹ Lag om stöd vid klagomål mot hälso-och sjukvården (2017:372)

Under 2024 hölls en avstämning mellan patientsäkerhetsstrateg och handläggare vid PN:s kansli. Vid avstämningen presenterades statistik kring klagomål, svar och svarspåminnelser. Under 2024 deltog chefläkare vid det sammanträde med PN då PN:s halvårsanalys av inkomna klagomål presenterades.

Varje år sammanställer PN klagomålen från patienter och närstående i analyser och rapporter med olika teman och återför till vården. I samband med presentation av dessa rapporter och analyser förs vanligtvis en dialog mellan inbjudna representanter från vården och ledamöterna i PN.

- Helårsanalys av 2023 års ärenden: klagomål och synpunkter på primärvård som avser tillgänglighet, vårdansvar och organisation.
- Rapport: klagomål och synpunkter som avser kvinnosjukvård.
- Rapport: ”Finns det några skillnader i klagomålen mellan region Örebro läns vårdcentraler och de vårdcentraler som drivs privat?”
- Halvårsanalys: klagomål på hälso- och sjukvården som inkommit perioden 1 januari–30 juni 2024.
- Rapport: klagomål och synpunkter som avser intyg.
- Rapport: stödpersonsverksamheten.

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.



Kompetensutveckling

En hörnsten för säker vård är att identifiera behov av och skapa förutsättningar för kompetensutveckling. Att vårdpersonal kan förutse, känna igen, förebygga och tidigt upptäcka en akut försämring hos en patient är nödvändigt för en god patientsäkerhet.

Kliniska träningscentra (KTC)

RÖL har sedan 2012 KTC vid varje sjukhus och de har olika chefer.

KTC-USÖ: KTC vid USÖ lyder under patientsäkerhetscentrum och leds av en enhetschef. Under 2024:

- fortsatte utvecklingen med utbildningskonceptet ”Tidig upptäckt och behandling” (TUB),
- i samarbete med vårdcentraler och ambulanssjukvård utarbetades TUB VC utifrån akuta situationer som kan uppstå i primärvård. Ett utbildningstillfälle och en instruktörsutbildning genomfördes under hösten och fler är planerade under 2025.
- utvecklade medarbetare på KTC USÖ en grundutbildning i sårbehandling baserat på efterfrågan från verksamheter och i samråd. Den blev nästan fullbokad och ingår nu i KTC: s utbildningsutbud.

För övrigt, var god se KTC-USÖ:s verksamhetsberättelse för 2024 i Platina.

KTC-Lindesberg: KTC vid Lindesbergs lasarett sorterar under platschefen. Utbildningsutbudet samt verksamheternas möjligheter att frigöra personal för utbildning har under 2024 påverkats av införandet av det nya vårdinformationsstödet Cosmic. Under 2024:

- har antalet TUB-instruktörer utökats med flera personer, vilket ger förutsättning för att starta repetitionsutbildningar.
- Följande utbildningar givits:
 - förutom metodträning,
 - scenarioträning på vårdcentraler,
 - förflyttningsutbildningar,
 - 5-dagarskursen ”Klinisk bedömning för sjuksköterskor”,
 - grundläggande sårbehandling.
- Arbetsgrupperna som utgår från KTC Lindesberg (VRISS, Nätverk smärta, sårgruppen) fortsatte med lokala kompletteringar till Vårdhandboken, färdigställande av smärtpärm samt kompetensutveckling avseende för sårombud.

KTC Karlskoga: KTC vid Karlskoga (KTC-KGA) lasarett sorterar under platschefen. KTC-Karlskoga har under 2024:

- hållit i regelbundna HLR-simuleringsövningar för läkarna på medicinkliniken,
- gjort en omstart av gjordes av RQI (Resuscitation Quality Improvement), ett system för självträning av HLR som finns på Karlskoga lasarett och vårdcentraler i väster,
- genomförts flera grundutbildningar i förflyttning för att minska vårdskador, öka personaltrygghet och patientsäkerheten,
- undervisat i praktiska moment inom ramen för introduktionsprogrammet för nyutexaminerade sjuksköterskor,
- utbildat personal i de nya specialistpsykiatriskt omvårdnadsteam (SPOT) som i september började i Karlskoga med fokus på S-HLR⁴⁰ och vitalparametrar,
- fortsatt att hålla grundutbildningar i TUB för personalen på sjukhuset,
- påbörjat utbildning av fler instruktörer som kan bistå och hjälpa KTC-KGA vid grundutbildningar,
- påbörjat processen för att kunna starta/hålla utbildning för att få avdelningsinstruktörer i TUB under 2025.
- Haft instruktörsutbildningar för HLR-instruktörer om två dagar.
- hjälpt vissa avdelningar/enheter som ej haft egna instruktörer med både grund- och repetitionsutbildningar för att inte hamna efter.

AT-läkarna; allmän- och bastjänstgöring för läkare

Cirka 100 läkare tjänstgjorde under 2024 i allmän- (AT) eller bastjänstgöring (BT) i RÖL. AT-läkare har inte svensk yrkeslegitimation utan tjänstgör under ett särskilt förordnande. BT-läkare är legitimerade, för närvarande med utländsk läkarexamen.

⁴⁰ S-HLR är den lägsta rekommenderade utbildningsnivån för sjukvårdspersonal på och utanför sjukhus.

Båda grupperna har rätt till handledning under sin tjänstgöring. Bristande tillgång till klinisk handledning har påvisats i såväl externa som interna utvärderingar och kan potentiellt utgöra en patientsäkerhetsrisk. Dimensionering av utbildningstjänster i RÖL balanseras kontinuerligt mot handledarkapacitet.

En målsättning i patientsäkerhetsarbetet kopplat till AT under 2024 har varit att säkra tillgång till klinisk handledning av legitimerad läkare på plats, oavsett tid på dygn och placering. Förbättringsarbete är genomfört vid framför allt jourtjänstgöring inom kirurgisk specialitet med positivt utfall. Verksamhetsnära studierektorsuppdrag under 2024 finns nu på placeringar där det tidigare saknats. Det bidrar till att förbättra såväl introduktion som lärande- och arbetsmiljö under placeringen.

Utbildningscentrum har under 2024 organiserat länsövergripande introduktionsveckor för samtliga AT- och BT-läkare, där undervisning inom bland annat läkemedelshantering och patientsäkerhet ingår.

Vid behov av språkstöd för utbildningsläkare förmedlas kontakt med regionens språklärare. Praktisk scenarioträning och HLR-utbildning för AT- och BT-läkare har genomförts på respektive sjukhus KTC för att vara väl anpassad till lokala arbetsrutiner.



Under hösten 2024 har fokus även varit på ett patientsäkert införande av nytt journalsystem. Utbildningsläkarna har erbjudits utbildningar och support på samma sätt som övriga läkargrupper.

Introduktionsutbildning

- Projektet "Framtidens undersköterska" gick över till introduktionsutbildning för undersköterskor och skötare under första delen av 2024.
- De flesta utbildningar under hösten 2024 pausades under införandet av Cosmic, så även introduktionsutbildningarna för sjuksköterskor och undersköterskor/skötare. För de sistnämnda kunde de sista utbildningstillfällena på året genomföras.

Vårdnära service (VNS)/biträde

- I slutet av 2023 utreddes om vårdbiträden vore aktuellt för vårdavdelningarna och om utbildning skulle ske via utbildning hos lärosäte eller om utbildning skulle ske i regionens regi. Målgruppen vore måltidsvärdar anställda inom VNS. HSLG beslutade, med stöd av utredningen, att RÖL utbildar målgruppen via KTC-USÖ. I juni 2024 var ett förslag på utbildning framtaget och i september startades utbildningen i ett pilotförsök med fyra deltagare.

Utskrivningsavdelningen på USÖ

- Under våren 2024 fortsatte arbetet kring utskrivningsavdelningen.
- Utvecklingsenheten fanns med som chefsstöd där fokus har legat på arbete kring arbetsmiljö och andra personalfrågor.
- Somatisk kompetensutveckling för skötare och undersköterskor inom psykiatri.
- Under 2024 har ett koncept och program tagits fram för att utbilda personal inom psykiatri. Merparten av utbildningstillfällen fick dock ställas in på grund av för få deltagare eftersom verksamheterna haft svårigheter med bemanning och införandet av Cosmic tagit mycket tid.

Vårdhygien och smittskydd

Smittskyddsenheten tillhör organisatoriskt Patientsäkerhetscentrum. Smittskyddsläkaren lyder dock under hälso- och sjukvårdsdirektören och är en egen myndighet tillsatt av Regionstyrelsen.

Smittskyddsenhetens huvudsakliga uppdrag är att förebygga och minska spridning av smittsamma sjukdomar i RÖL. I detta ingår hantering av smittskyddsanmälningar, paragrafärenden, övriga handlingar, epidemiologisk övervakning av smittsamma sjukdomar, förebyggande insatser, utarbetande av lämpliga rutiner och riktlinjer, utbrottshantering, rådgivning, information till allmänhet och sjukvård samt utbildning. Verksamheten styrs av smittskyddslagen⁴¹ och smittskyddsförordningen.⁴²

Vårdhygien arbetar med att stötta verksamheter och personal inom regionen samt kommunal vård och omsorg. Verksamheten har under året hanterat flera utbrott inom både sluten- och öppenvården.

I december 2024 antog HSLG en ny "Övergripande handlingsplan för Region Örebro län baserad på Vägledning för vårdhygieniskt arbete". Undervisning har givits till olika målgrupper såsom hygienombud, chefer på olika nivåer, läkar-, sjuksköterske- och undersköterskestudenter. Man har även medverkat vid hygienronder.

Tjänsteutrymmet för hygiensjuksköterska med fokus på kommunal vård och omsorg utökades under 2024 till 150% då kommunernas behov av vårdhygieniskt stöd tydliggjordes under 2023. Hygiensjuksköterska deltar även i SÄBO-studien, som syftar till att värdera immunsvaret efter vaccination mot covid-19. Studien har pågått sedan 2021 under ledning från Umeå universitet. På grund av en flerårig underbemanning av läkare inom Vårdhygien, kommer under 2025 en tjänst som hygienläkare eller ST-läkare inom vårdhygien att utlysas.

⁴¹ SFS 2004:168

⁴² SFS 2004:255

Sjukvårdens säkerhet och robusthet inför kris och krig

En analys av HS säkerhet och robusthet i kris och krig (SSIK), genomfördes i samverkan med Regionservice under 2024 för länets tre sjukhus. Arbetet leddes av Beredskapscentrum HS samt lokala representanter och verksamhetsföreträdare. Analysen ger en lägesbild av vilka ytterligare robusthöjande åtgärder som behöver genomföras.



Terrorhotnivån motsvarar nu en fyra på den femgradiga skalan. Bakgrunden är ett försämrat läge avseende attentatshot mot Sverige. Säkerhetspolisen bedömer att hotet kommer att bestå under en längre tid.

En samverkansövning genomfördes under våren avseende en antagonistisk attack mot ett av våra sjukhus där HS-förvaltningen och Regionservice olika funktioner övades. Intern informationsspridning vid dessa händelser belystes då. Övningar har sedan planerats och genomförts på våra sjukhus och kommer under inledningen av 2025 utgöra grund för en samverkansövning med berörda operativa blåljusmyndigheter under ledning av den regionala PROSS-grupperingen⁴³ och dess övningsansvariga. Efter den inledande övningen inleddes ett arbete med att ta fram ett nytt larm att använda på de tre sjukhusen för snabb och effektiv informationsspridning via regionens larmserver.

⁴³ PROSS = Forum strategisk operativ samverkan mellan HS, Polis, Räddningstjänsten och SOS alarm AB, inom Region Örebro län.

Larmet ”hotfull situation” är nu infört på alla sjukhus i RÖL och kan användas vid exempelvis:

- Bombhot
- Pågående dödligt våld
- Bråk mellan olika grupperingar
- Gisslansituation på sjukhusområdet

Vid detta larm rings ett stort antal verksamheter och funktioner upp och erhåller information utifrån aktuell händelse.

Vidare pågår arbetet med ett ökat säkerhetsarbete genom låsning av dörrar, nedmontering av offentliga skåp samt minimering av ”öppna” ytor på våra sjukhus. Daglig kontroll av allmänna ytor sker av personal samt bevakningspersonal. I samverkan med Regionservice har kampanjen ”Våga fråga!” tagits fram för att skapa medvetenhet och öka säkerheten. Att våga fråga innan obehöriga släpps in är en grundläggande regel för att säkerställa trygghet på arbetsplatsen samt förebygga brott. I och omkring regionens lokaler rör det sig många människor. De flesta av dem befinner sig där de ska vara, men det finns också de som inte ska vara där. I en värld där hotbilden har ökat, behöver vi därför hjälpas åt för att skapa lugn och trygghet för regionens patienter, besökare och medarbetare medan de vistas i våra lokaler.

Under 2024 har medel sökts och beviljats på USÖ för att få larm från våra offentliga toaletter då dessa frekvent nyttjas av missbrukare för droghantering. Ett dylikt larm varskor ordningsvakterna om en person inte rör sig på en stund, vilket har räddat liv på missbrukare, men också patienter med akuta sjukdomstillstånd.

Beredskapscentrum

Under 2024 har det geopolitiska läget ytterligare försämrats, vilket ställer krav på HS att vara förberedd på både olika typer av kriser och krig. Grunden för det beredskapsarbetet är kontinuitetshantering, det vill säga att identifiera sin kritiska verksamhet och göra planer för hur den skall upprätthållas på en acceptabel nivå under alla omständigheter. Genom en

större utbildningsinsats och ett framtaget stödmaterial, har majoriteten av verksamheterna påbörjat sådan planeringen under 2024.

Beredskapscentrum har påbörjat uppdraget gällande vårdens prioriteringar i kris och krig genom en workshop med representation från samtliga förvaltningar inom RÖL, Länsstyrelsen och Försvarmakten. Arbetet förväntas fortsätta under hela 2025.

Arbetet med att skapa en gemensam beredskapsplan för operationsverksamheterna på USÖ har påbörjats vilket skett genom workshops med bred representation från verksamheten. Detta antas också fortsätta under 2025.

RÖL har under 2024, tillsammans med övriga tjugo regioner, deltagit i Katastrofmedicinsk beredskapsövning, KBÖ24. Det var en övningsserie om fyra dagar, som började med att hantera en förfrågan om vårdlandsstöd åt ett närliggande land, för att sedan övergå till den största nationella masskadeövning som genomförts i Sverige. RÖL:s roll i övningen var att agera drabbad region, vilket innebar att det i RÖL skulle ha ägt rum ett terrorattentat med en överväldigande mängd skadade och döda. Samma scenario utspelade sig simultant i sex andra regioner, vilket ställde stora krav på samordning och samarbete nationellt. Samtidigt övades bland annat regionens tjänsteman i beredskap (TiB), prehospital ledning samt uppstart och arbete för särskild sjukvårdsledning. Katastrofmedicinskt centrum i Linköping agerade nationell övningsledning på uppdrag av Socialstyrelsen. Beredskapscentrum planerade, genomförde och utvärderade övningen i RÖL som engagerade ett 60-tal medarbetare.

Samtliga medarbetare inom RÖL har blivit krigsplacerade som ett led i att kunna upprätthålla samhällsviktig verksamhet i höjd beredskap och krig. Information har gått ut via brev, på intranätet och via material som kan användas vid arbetsplatsträffar eller liknande.

Erfarenheter från 2024 samt mål och utmaningar för år 2025

Synpunkter från Patientsäkerhetsenheten (PSE)

PSE:s egen verksamhet har under 2024 påverkats av föräldraledighet, sjukfrånvaro, migreringsarbete och att en chefläkarposition inom specialiserad vård varit vakant från januari till november 2024. Trots det har, förutom arbetet med avvikelser, ett stort antal tunga frågor drivits vidare.

Enheten har blivit mer känd och etablerad i RÖL med ett förbättrat och förtroendefullt samarbete på områdes- och verksamhetsområdesnivå. Fyra händelseanalyser slutfördes under 2024 inom enheten. Dessa kräver en stor arbetsinsats, men ger en betydligt bättre förståelse av underliggande orsaker till allvarliga avvikelser och möjliggör därmed också mer relevanta åtgärder än vanliga internutredningar som verksamheterna genomför.

Medarbetare från PSE deltog under 2024 i en rad olika regionala och nationella fora med bäring på patientsäkerhet.

Regionalt har PSE deltagit i risk- och konsekvensanalys i samband med Centralisering av psykiatrisk heldygnsvård i Örebro och utveckling av SPOT i hela länet liksom i färdplanarbetet.

PSE har två representanter i den regionala samverkansgruppen i Mellansverige inom patientsäkerhet. Via gruppen har kunskapsstöd för patientsäkerhet, som har tagits fram i det nationella systemet för kunskapsstyrning HS, vidareförmedlats till regionen.

Representanter för PSE har även deltagit i nationella möten med kunskapsstyrningen för patientsäkerhet, Socialstyrelsen och LÖF.

Chefläkarna har bjudit in IVO till ett möte för att förbättra samarbetet med myndigheten. Chefläkarna tog även under våren 2024 initiativ till att etablera ett informellt chefläkarforum för chefläkare i alla regioner som deltar i det så kallade SUSSA-nätverket för samverkan gällande journalsystemet Cosmic.

Utmaningar inför 2025

Chefläkargruppen har identifierat flera risker och utmaningar för HS i RÖL att hantera avseende patientsäkerhet under 2025, varav några sammanfattas nedan.

Personal

- Kompetensbrist: stor andel av personal med relativt kort yrkeserfarenhet.
- Hög omsättning av personal med fortsatt beroende av tillfälligt inhyrd personal.
- Det nya hyrläkaravtalet har medfört att antalet hyrläkare minskat under 2024. Antalet bokade hyrveckor har minskat med 18% från 2111 år 2023 till 1740 under 2024, varmed även tillgängligheten för patienterna påverkats.
- Stor brist på personal inom psykiatrin, både läkare och sjuksköterskor, framför allt inom öppenvården.
- Avsaknad av specialistkompetens på de psykiatriska mottagningarna, vilket hindrar utveckling av arbetssätt och kompetens för att ta emot särskilt vårdkrävande patienter.
- Brist på medarbetare där ekonomiska ramar försvårar arbetet, vakanshållning och brist på nyckelkompetenser som astma/KOL-sköterskor, diabetessköterskor, distriktsläkare, fysioterapeuter.
- Brist på medicinska vårdadministratörer med hänsyn till ökade krav i Cosmic både gällande registrering och dokumentation.

Tillgänglighet

- Ökande mängd väntande patienter på årskontroller och uppföljningar i primärvården.
- Undanträngning av patienter, som väntar på åtgärder beroende på vakanshållning eller avsaknad av personal kombinerat med ökad tidsåtgång då Cosmic tagit mer tid både initialt (inläring) samt pågående (mer krav i dokumentation/rullister/knapptryck).

Vårdplatser

- Platsbrist, utlokaliserade patienter.
- Bristande kommunikation inom slutenvården, men även i kommunikationen mellan slutenvård och kommunen.

Transporter

- Problem med transporter mellan sjukhus, tillgången till vårdplatser påverkar hela vårdkedjan inklusive ambulansverksamheten.

Övergångar mellan olika verksamheter och förvaltningar

- Informationsöverföring brister mellan primärvård och hemsjukvård.
- Lifecare är underutnyttjat.

Läkemedelshantering

- Restnoterade läkemedel är ett återkommande problem.

Avvikelsehantering

- Långa ledtider för framtagande av internutredningar.
- Bristande förmåga att samverka kring vissa patienter.

Cosmic

- Initial och pågående produktionspåverkan av införandet av Cosmic.
- Systemet är problematiskt att hantera utifrån tidigare gällande rutiner.
- Primärvårdsvänliga delar saknas, brister finns i datauttag för exempelvis registerdata till NDR (nationella diabetesregistret).
- Koppling till Pascal saknas, vilket innebär risk för felaktig läkemedelsdokumentation och ordination.
- Cosmic har medfört en försämrad tillgänglighet för patienterna inom framförallt primärvården.
- Övriga problem:
 - Väntelistor som inte är i ordning.

- Mallar för barn saknas.
- Vid inläggning från akutmottagningen måste inläggningsanteckning göras på vårdavdelningen.
- Tillgång till Cosmic Insight⁴⁴ saknas, varför vissa diagnoser ej kan följas och utbrott kan missas.
- Sjuksköterskor kan stå som svarsmottagare, vilket ger en risk för ohanterade provsvar.

Psykiatri

- Personalbrist, både sjuksköterskor och läkare, särskilt specialister. Avsaknad av specialiserad personal är störst inom öppenvården.
- Patientjournaler saknar ofta uppgifter om somatiskt status i samband med slutenvård.
- Aktuell vårdplan saknas ofta.
- Risken för platsbrist inom heldygnsvård har ökat efter slutenvårdsplatserna i Lindesberg och Karlskoga försvunnit.
- Många avvikelser har rapporterats efter införandet av Cosmic:
 - Väntelistor har försvunnit, vilket lett till att patienter riskerat att tappas bort i systemet.
 - Vissa inkomna remisserna har inte kunnat lokalisera.
 - Provsvar har inte visualiserats.
- Bristande uppföljning av patienter, särskilt vid övergången mellan olika vårdnivåer.
- Hot och våld är en utmaning för arbetsmiljön samtidigt som patientsäkerheten skall bibehållas.

⁴⁴ Cosmic Insight är en funktionalitet för att ge vårdpersonal stöd vid statistisk analys av kliniska och icke-kliniska patientdata som registrerats i Cosmic.

Nutritionsvård

Bakgrund: Att ha tillgång till specialiserad nutritionsvård är en viktig del i många patienters vård. Ett problem i RÖL är att det inte alltid är patientens behov som styr tillgången till specialiserad nutritionsvården utan var i organisationen patienten befinner sig. Detta beror bland annat på att vissa verksamhetsområden inom specialiserad vård inte har någon dietist anställd samt att dietisterna inom primärvården har ett mycket smalt uppdrag.

Åtgärd: För att på ett regionövergripande sätt ha möjlighet att arbeta med och analysera frågan har Patientsäkerhetsenheten inlett ett projekt. Det handlar i ett första steg om att sammanställa nutritionsavvikelser systematiskt för att i nästa steg analysera och använda avvikelserna som ett förbättringsverktyg. Med dagens klassificeringssystem för avvikelser i regionen är det svårt att få tillförlitliga data. Efter dialog med regionens dietistgrupp har därför Patientsäkerhetsenheten beslutat att alla avvikelser gällande nutrition ska klassificeras på ett standardiserat sätt av regionens avvikelsehandläggare. Under våren och hösten 2024 har avvikelsehandläggarna fått information om det nya sättet att klassificera via nyhetsbrev samt på informationsmöten. I början av 2025 kommer inkommen data att analyseras.

Mätbara mål inom patientsäkerhet

Inom patientsäkerhetsområdet har flera uttalade mål hittills saknats till skillnad från hur det ser ut i flera andra regioner. Därför har mätbara mål hämtats från bland annat SKR:s databas Vården i siffror.⁴⁵ Målen måste vara relevanta, realistiska och mätbara. Samtliga nedanstående mål ingår i ett paket av nyckeltal, som utgör en baslinje för vad som kan och bör följas.

Bågen spänns här tydligt, men ödmjukt, när vi från Patientsäkerhetsenhetens sida uttalar att under 2025, så skall för sjukvården i RÖL målet vara:

- vid mätningar 100 % av personalen följa basala hygien- och klädrutiner,

⁴⁵ <https://vardenisiffror.se/>

- förekomst av VRI vara under 5% (10,3% år 2023⁴⁶)
- andelen patienter i slutenvård med sjukhusförvärvade trycksår ligga under 5%
- oplanerad återinskrivning för patienter över 65 års ålder inom 30 dagar inte överstiga 10%,
- antalet utlokaliseringar i somatisk vård per 100 disponibla vårdplatser vara högst 1%,
- antalet överbeläggningar i somatisk vård per 100 disponibla vårdplatser vara högst 1%,
- antalet uthämtade antibiotikarecept per 1000 invånare ligga under riksgenomsnittet,
- 100% av verksamheterna inom somatisk slutenvård använda Infektionsverktyget för systematisk uppföljning och återkoppling,
- andelen operationer där hela WHO:s checklista för säkrare operationer tillämpats vara >95% och
- andelen Lifecare-svar på inkomna vårdremisser vara minst 50% på alla sjukhus i RÖL.

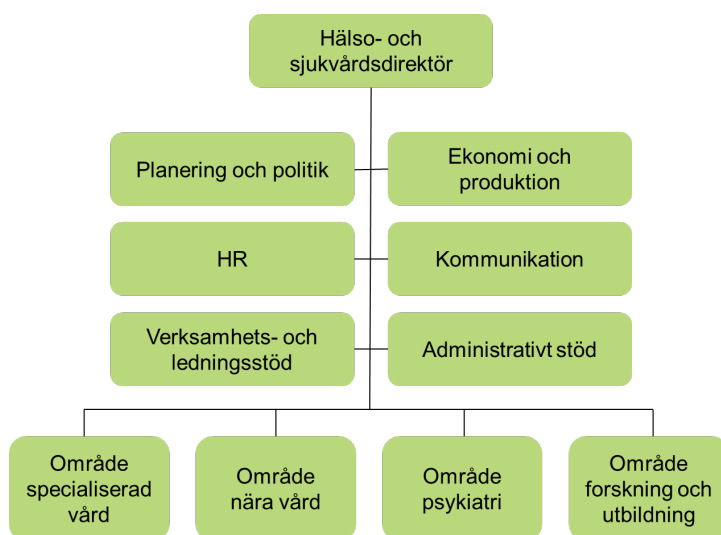
Återrapporteringen kommer att ske i nästa års patientsäkerhetsberättelse och därefter årligen följas och rapporteras.

⁴⁶ Vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning på akutsjukhus i Sverige (ECDC PPM 2023)

Bilaga 1. Organisation och patientsäkerhetsansvar i regionen

I den politiska organisation som trädde i kraft år 2019 är Hälso- och sjukvårdsnämnden vårdgivare i juridisk mening och har därmed det yttersta ansvaret för att ett systematiskt patientsäkerhetsarbete bedrivs. Detsamma gäller för Folk tandvårdsnämnden. Servicenämnden ansvarar för verksamheten inom Regionservice.

HS utgör regionens största förvaltning och leds av hälso- och sjukvårdsdirektören som också är förvaltningschef. Verksamhet bedrivs på Universitetssjukhuset i Örebro (USÖ), länsdelslasaretten i Karlskoga och Lindesberg, 24 vårdcentraler samt ett antal fristående enheter. Verksamheten är från och med 1 januari 2021 organisatoriskt indelad i fyra områden; Nära vård, Specialiserad vård, Psykiatri samt Forskning och utbildning.



Hälso- och sjukvårdsförvaltningens ledningsorganisation.

Inom Område specialiserad vård ingår 23 verksamhetsområden. Dessa utgörs av sjukhusverksamheterna vid Universitetssjukhuset i Örebro, vid Karlskoga lasarett och vid Lindesbergs lasarett, exklusive psykiatri. I området ingår även länsverksamhetsområdena anestesi och intensivvård, kirurgi, ortopedi och handkirurgi, röntgen och sjukhusfysik, obstetrik och gynekologi och laboriemedicin.

Inom Område nära vård ingår sedan omorganisationen våren 2024 nu åtta verksamhetsområden, nämligen primärvård, länsverksamheter inom primärvård, habilitering och hjälpmedel samt barn- och ungdomshabilitering.

I Område psykiatri ingår de fem verksamhetsområdena allmänpsykiatri, barn- och ungdomspsykiatri, rättspsykiatri, specialistpsykiatri och verksamhet- och ledningsstöd psykiatri.

Område FoU har sex verksamhetsområden, varav arbets- och miljömedicin är det enda med en viss patientnära verksamhet. Dock är flera verksamhetsområden inom område FoU nära samarbetspartner i frågor om systematiskt patientsäkerhetsarbete, exempelvis Läkemedelscentrum och Utbildningscentrum. RÖL bedriver också forskning och högre utbildning tillsammans med Örebro universitet.

För primärvården i Sverige finns sedan 2010 ett obligatoriskt vårdvalssystem. I RÖL kallas vårdvalssystemet Hälsoval Örebro län. Vårdvalsmodellen innebär att invånaren väljer vårdcentral och att den valda vårdcentralen är förstahandsvalet för vård och behandling och den naturliga koordinatören när invånaren har behov av hälso- och sjukvård.

Hälsovalet ger leverantörer av primärvård som uppfyller regionens krav på Vårdcentraler rätt att etablera sig fritt inom länet enligt Lagen om valfrihetssystem (2008:962). Rätt till etablering sker efter en utvärderingsprocess för godkännande. Basuppdraget och ersättningssystemet för vårdcentralerna är lika för alla vårdcentraler oavsett om de drivs i privat eller offentlig regi. Ersättningen till vårdcentralerna följer invånarens val av vårdcentral.

Regionservice är likaledes en egen förvaltning. Verksamheten utgörs av stödprocesser inom områdena Administrativ utveckling och service, försörjning, kundtjänst, regionfastigheter, region IT och medicinsk teknik. Regionservice uppgift är att stödja och ge service till RÖL:s verksamheter och ledning.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

Hälso- och sjukvårdsdirektören ansvarar på uppdrag av hälso- och sjukvårdsnämnden för att regionens HS-verksamheter uppfyller intentionerna i gällande lagar, förordningar och föreskrifter. Denne ansvarar enligt uppdrag och delegation för verksamheterna utifrån gällande ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete samt föreskrift avseende systematiskt patientsäkerhetsarbete. Direktören har till sitt stöd en ledningsgrupp (HSLG) med utsedda chefer, t.ex. områdeschefer med uppdrag enligt delegation.

Områdeschef ansvarar enligt uppdrag och delegation för verksamheterna utifrån gällande ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete samt föreskrift avseende systematiskt patientsäkerhetsarbete. Områdeschef ansvarar också för en organisationsstruktur med befogenheter och resurser för att stärka och utveckla kvalitet och patientsäkerhet och åtgärda brister, att egenkontroll och avvikelshantering sker inom områdets verksamheter, samt att den kvalitets- och patientsäkerhetsutbildning som erfordras för uppdraget anordnas för alla chefer och medarbetare

Verksamhetschef ansvarar för att organisera verksamheten så att den tillgodoser god medicinsk kvalitet, hög patientsäkerhet och kostnadseffektivitet. Verksamhetschefen ansvarar även för att alla medarbetare engageras, har rätt kompetens och tar ansvar för att god och säker vård bedrivs. Till verksamhetschefens stöd finns utifrån verksamhetens behov första linjens chefer med delegerat och avdelat ansvar.

Förvaltningsövergripande chefläkare har ett övergripande processansvar för samordning av chefläkarfrågor på förvaltnings- och områdesnivå. Den förvaltningsövergripande chefläkaren företräder huvudmannen i patientsäkerhetsfrågor, både lokalt, sjukvårdsregionalt och nationellt, och utgör ett stöd till övriga chefläkare vad gäller hanteringen av patientsäkerhetsfrågor med iakttagande av de specifika lagar, bestämmelser och myndighetskrav som föreligger inom patientsäkerhetsarbetet. Förvaltningsövergripande chefläkare är underställd chefen för verksamhets- och ledningsstöd, men rapporterar direkt till hälso- och sjukvårdsdirektör i

patientsäkerhetsfrågor och deltar regelbundet i hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp.

Förvaltningsövergripande chefläkaren är verksamhetschef för Patientsäkerhetscentrum och leder ett sammanhållet arbete tillsammans med övriga chefläkare och andra anmälningansvariga.

Patientsäkerhetscentrum

Centrumet är etablerat för att stärka processarbetet runt patientsäkerhet. Genom att samla enheter och funktioner som är centrala för det strategiska patientsäkerhetsarbetet uppnås samordningsvinster och en tydlighet ut i organisationen. Enheten samverkar inom flera områden med kompetens, tillgänglighet och minskad risk för vårdskador som minsta gemensamma nämnare.

Enheter:

- Kliniskt träningscentrum vid USÖ (KTC-USÖ)
- Vårdhygien/ Smittskydd/ Strama
- Patientsäkerhetsenheten
- Klinisk etikkommitté

Funktioner:

- Chefläkargruppen
- Patientsäkerhetsstrateger

Utöver förvaltningsövergripande chefläkare, finns även chefläkare och anmälningansvariga. Under större delen av 2024 var en av de sex chefläkartjänsterna vakant, men är nu tillsatt. Patientsäkerhetsstrategerna är fem till antalet och utgörs av legitimerade sjuksköterskor.

Chefläkarna arbetar på direkt uppdrag av förvaltningsövergripande chefläkare med ansvar för respektive område och arbetar med ett undantag huvudsakligen kliniskt. Anmälningansvarig sjuksköterska ansvarar för avvikelser som rör omvårdnad. Riktlinjer för de olika rollerna i patientsäkerhetsarbetet uppdaterades under 2024.

Inom Folktandvården finns cheftandläkare med ansvar för anmälningar och avvikelser, och inom Regionservice finns anmälningsansvarig för medicintekniska produkter. En biomedicinsk analytiker på USÖ är anmälningsansvarig för laboratorietjänster.

Förutom att vara anmälningsansvarig inom sitt ansvarsområde, deltar chefläkare och anmälningsansvariga i processinriktat patientsäkerhetsarbete på förvaltningsnivå samt inom områdets verksamheter. De skall också ansvara för att bevaka klagomål som handlar om patientsäkerhet, delta i risk- och händelseanalyser samt initiera och samordna utredning av vårdskador enligt gällande anmälningsskyldighet.

Bilaga 2. Exempel på Lex Maria-fall och ett individärende från 2024

- Patient som stod på blodförtunnande mediciner (NOAK) och som sattes ut felaktigt, varefter patienten drabbades av en stroke. Slutsats: Viktigt med kontinuitet för patient, att läkemedelshantering och genomgång prioriteras upp, läkare måste ha tid avsatt för detta kärnuppdrag.
- Patient med en hudförändring där handläggning på nio månader medförde fördröjd diagnos av malignt melanom.
- Slutsats: Hanteringen av väntelistor måste förbättras, så att även de som behöver en bedömning inom 2–6 veckor liksom patienter med kroniska sjukdomar får möjlighet att bedömas av läkare i rimlig tid.
- Fördröjd handläggning av blodbrist och bukbesvär, visade sig vara en tjocktarmscancer.
- Nydebuterad typ-1 diabetes hos barn misstogs för urinvägsinfektion.
- Slutsats: Stöd till utbildningsläkare är centralt och det måste finnas en struktur för handledning.
- Okunskap avseende så kallade standardiserade vårdförlopp (SVF) hos ny personal, särskilt hyrläkare.
- Åtgärd: Införande en kunskapstest under 2025 för nyanställda läkare kring SVF.

Utvalt personalärende som hanterats under 2024

- En senior hyrläkare inom radiologi gjorde under ett par veckor 2024 flera granskningsmissar, varav fyra fall resulterade i anmälningar jämlikt lex Maria. Tjänstgöringen avslutades och en eftergranskning genomfördes. Hyrläkaren anmälades till IVO.
- **Slutsats:** Viktigt att följa de riktlinjer som finns vid anställning av ny person, vilket gjorts här. Dock finns det en svårighet i att veta att man verkligen får relevanta referenser.

Bilaga 3. Goda exempel och förbättringsarbete

Framgångar och framgångsrika arbetssätt

Psykiatri

- Införandet av Specialistpsykiatriskt omvårdnadsteam (SPOT) innebär att specialistpsykiatriska insatser ges i patientens hem. Vårdnivån ligger mellan öppen och slutenvård. Ett SPOT startade i Lindesberg hösten 2023. Under 2024 har SPOT startat i Karlskoga och inom psykosvården i Örebro.
- Sommaren 2024 fattades beslut om att stänga de psykiatriska vårdavdelningarna i Lindesberg och Karlskoga till fördel för SPOT. De patienter som behöver slutenvård i RÖL erbjuds det i Örebro.
- Införandet av SPOT och stängningarna av vårdavdelningarna föregicks av risk- och konsekvensanalyser. Inga avvikelserapporter om allvarlig eller risk för allvarlig vårdskada relaterade till SPOT har inkommit.
- En betydande minskning av diktatköerna åstadkoms under 2024.
- Områdesledningen tillsatte en arbetsgrupp för hantering av patientsäkerhetsfrågor.
- Väntelistor har hanterats för att skapa bättre kontroll.
- En ny organisation för neuropsykiatriska utredningar har etablerats.
- Chefsöverläkare följer upp tvångsåtgärderna månadsvis.
- En metod för lågaffektivt bemötande har implementerats inom barnpsykiatrisk slutenvård.
- All personal inom barnpsykiatri har utbildats om lagen om psykiatrisk tvångsvård

Specialiserad vård

- Genomförda händelseanalyser är en framgångsfaktor.
- Regelbundna möten mellan chefläkare och områdesledning.

- Genomförd medarbetarenkät där hållbart säkerhetsengagemang (HSE) ingår, ett stöd för fortsatt arbete kring säkerhetskultur.
- Vår medverkan inom exempelvis arbetet med Cosmic och andra större projekt och förändringsarbeten inom regionen.
- Förbättringar i samverkan mellan barnkliniken, akutmottagningen och anestesikliniken avseende akut omhändertagande av patienter med avancerad andningssvikt,
- Kraftigt förkortade röntgenköer.
- Ett väl fungerande avvikelsearbete och klagomålshantering inom ambulanssjukvården.

Primärvården

- Ökande kompetens i hantering av avvikelser.
- En framgångsfaktor är ett delat uppdrag i handläggningen, att man inte är ensam och hanterar avvikelser i systemet, utan att det alltid finns medicinsk kompetens med vid bedömningen (läkare, chef samt minst en ytterligare kompetens).
- Hög följsamhet till uppsatta mål för hantering av avvikelser, både lokalt och centralt.
- Avvikelsehantering har förbättrats genom att nästan alla vårdcentraler har skapat avvikelsegrupper med fler kompetenser för att kunna granska och på sikt förbättra verksamheten.
- Under 2024 hölls i Område nära vård (Örebro + södra länsdelen) regelbundna möten mellan ansvarig chefläkare, verksamhetschef och medicinskt ledningsansvarig läkare för att arbeta med avvikelser och internutredningar. Alla medicinskt ansvariga läkare ingår i primärvårdens medicinska råd, vilket gör att det finns fora för att vidare arbeta med slutsatser från avvikelser och internutredningar. Föreslagna åtgärder från internutredningar (efter genomgång av Medicinska rådet) lämnas till Hälsovalet för regionövergripande implementering.
- Under hösten 2024 startades introduktionskurs för sjuksköterskor i primärvården (med presentation av avvikelser och internutredningar relaterade till telefonrådgivning).

- Under 2024 har Hälsovalet fortsatt med utveckling av kunskapsstödet för primärvården på externa vårdgivarwebben.
- Arbeta med kurs om internutredningar (med utförare som målgrupp) påbörjades.

Händelseanalyser

När en patient fått eller riskerat att få en allvarlig vårdskada är vårdgivaren skyldig att göra en anmälan till IVO enligt lex Maria. Anmälan skall ha föregåtts av en internutredning eller en händelseanalys. Att genomföra händelseanalyser är en del av det systematiska arbetet med att utveckla säkerhetskulturen i organisationen.

Syftet med en händelseanalys är att på ett strukturerat sätt identifiera brister i organisationen, analysera vad som skett och föreslå effektiva åtgärder för att förhindra att liknade händelser upprepas. En händelseanalys ger en djupare och mer övergripande förståelse för inträffade händelser än om verksamheterna utför egna internutredningar.

Under året har analysledare från Patientsäkerhetsenheten genomfört tre händelseanalyser och avslutat en som påbörjades under 2023. Arbetet med en av händelseanalyserna har mynnat ut i att en arbetsgrupp tillsatts avseende frågan om tvångsvård och lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT). Frågan om tvångsvård är komplex medicinskt, etiskt och juridiskt, varför även en regionjurist deltagit i arbetsgruppen.

Målet är att ha en riktlinje klar våren 2025 gällande samverkan mellan akut somatisk och psykiatrisk vård. Riktlinjen kommer att presenteras för regionens medarbetare i samband med ett Läkarforum i juni 2025.

Fotografer:

- Maria Bergman/Region Örebro län – sida 8, sida 29, sida 34, sida 50.
- Pavel Koubek – framsida, sida 13.
- Håkan Risberg/Region Örebro län – framsida, sida 12, sida 16, sida 61, sida 64.
- Creative Commons – sida 18
- Inera – sida 46

