

# Patientsäkerhetsberättelse 2023



# Inledning

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

Enligt patientsäkerhetslagen<sup>1</sup> 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"

<sup>1</sup> PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

## Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Sammanfattning.....	3
Grundläggande förutsättningar för säker vård.....	5
1. Engagerad ledning och tydlig styrning.....	5
2. En god säkerhetskultur .....	10
3. Adekvat kunskap och kompetens .....	11
4. Patienten som medskapare .....	11
Öka kunskap om inträffade vårdskador.....	15
Tillförlitliga och säkra system och processer.....	25
Säker vård här och nu .....	32
Stärka analys, lärande och utveckling .....	42
Öka riskmedvetenhet och beredskap.....	46
Mål och utmaningar för år 2024 .....	52
Bilaga 1. Organisation och patientsäkerhetsansvar .....	58
Bilaga 2. Avvikelser.....	63
Bilaga 3. Goda exempel och förbättringsarbete .....	65

# Sammanfattning

År 2023 präglades för hälso- och sjukvårdens del i Region Örebro län (RÖL) av frågor rörande tillgången på vårdplatser inom hälso- och sjukvårdens slutenvård, men också av den allvarligt försämrade ekonomin i RÖL. Bristen på vårdplatser var visserligen mindre än under 2022, men förblir ändå en patientsäkerhetsrisk och en arbetsmiljöfråga. Genom engagemang, hårt arbete, kunskap och kompetens inom verksamheterna kunde länets invånare få en god vård trots alla utmaningar.

Den ekonomiska situationen med ett gradvis ökat underskott har medfört att en ekonomisk handlingsplan tagits fram med uppdraget att minska kostnaderna med 414 miljoner kronor under 2024. För att möta den demografiska utvecklingen och kompetensförsörjningsproblematiken har samtidigt en utvecklingsplan tagits fram i syfte att hitta strukturella åtgärder som gör hälso- och sjukvårdsförvaltningens verksamhet långsiktigt hållbar. Utvecklingsplanen antogs i november och skall under 2024 effektueras med hjälp av färdplaner. Utvecklingsplanen innefattar betydande förändringar i sjukvårdens organisation och bemanning, vilket kan påverka patientsäkerheten.

Införandet av ett nytt journalsystem, Cosmic, i RÖL har pågått länge, men under 2023 har förberedelserna intensifierats och konsumerat åtskillig tid för att det skall kunna ske så patientsäkert som möjligt. Införandet har nu uppskjutits på grund av brister i leveransen och i skrivande stund är det oklart när Cosmic införs och huruvida RÖL blir den första regionen i det nätverk av nio regioner som samverkat i införandet i upphandling av Cosmic.

Under 2023 antogs en ny katastrofmedicinsk beredskapsplan och ett beredskapscentrum inrättades i staben för Verksamhets- och ledningsstöd för att på ett strukturerat och effektivt sätt kunna hantera den statliga styrningen mot ett förbättrat civilt försvar. Dessutom antogs RÖL:s egen handlingsplan för ökad patientsäkerhet av hälso- och sjukvårdsnämnden i september 2023.

Patientsäkerhetsenheten utvidgades under 2023 och tack vare detta har det strategiska patientsäkerhetsarbetet tagit fart och bedrivs nu på många fronter och med stor intensitet dels för att hantera befintliga patientsäkerhetsrisker, men också för hämta in förlorad mark. Betydande framsteg har gjorts.

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

RÖL:s 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<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> 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).<sup>3</sup>

## **Organisation och ansvar**

RÖL är en politisk styrd organisation. Ett centralt lagstadgat uppdrag för RÖL är att säkerställa att länets invånare erbjuds god och jämlik hälso- och sjukvård samt tandvård<sup>4</sup>. 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.

## **Samverkan och ledarskap för att förebygga vårdskador**

Det viktigaste arbetet för att förebygga vårdskador sker dagligen i samverkan mellan verksamheter<sup>5</sup>, 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.

## **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.

---

<sup>3</sup> PSL 2010:659, 3 kap. 1 §, SOSFS 2011:9, 3 kap. 5 §

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

<sup>5</sup> SOSFS 2011:9 4 kap. 6 § och 7 kap. 2 § p 3

Detta kan exempelvis gälla samverkan kring vårdplatser och operationsresurser, samverkan mellan vårdcentraler och en fördjupad samverkan mellan somatik och psykiatri.

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

### **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.
- Folk tandvården arbetar i nära samverkan med HS liksom Regionservice, särskilt Område Medicinsk teknik. Enheten för Vårdhygien är en resurs även för Folk tandvårdens 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 hälso- och sjukvården.

Vad gäller samverkan kring informationssäkerhet, var god se nedan.

### **Informationssäkerhet**

I RÖL och hälso- och sjukvårdsförvaltningen hanteras mycket information, vilket också är en av regionens viktigaste tillgångar och en förutsättning för en säker och effektiv verksamhet. Med informationssäkerhet inom regionen menas att lagkraven på konfidentialitet, riktighet och tillgänglighet är



tillgodosedda<sup>6</sup>. Medborgarna skall kunna lita på att den information som regionen hanterar skyddas.

Informationssäkerhetspolicyn beskriver regionens mål och övergripande principer avseende informationssäkerhet i verksamheten. Riktlinjer, rutiner och stödjande dokument kompletterar policyn.

Under större delen av år 2023 har ett fokus legat på informationssäkerhetsarbetet kopplat till det nya vårdinformationssystemet Cosmic. Regionens informationssäkerhetssamordnare har deltagit i en informationssäkerhetsgrupp bestående av de nio regioner som ingår i den s k Sussa-samverkan. Samordnarna har även arbetat med informationssäkerhetsfrågor internt kopplat till Cosmicinförandet. Sussa står för ”strategisk utveckling av sjukvårdsstödjande applikationer”. Gruppen bildades i mitten av 1990-talet och samverkar idag bland annat kring utveckling av vårdinformationsstöd.

Det Sussa-gemensamma arbetet har bl.a. inneburit att hantera gemensamma informationssäkerhetsfrågor samt att ta fram gemensamma mallar och underlag för det systematiska informationssäkerhetsarbetet. Exempelvis har mallar för riskanalyser och konsekvensbedömning baserat på rättsliga krav tagits fram.

Digitaliseringen och informationssäkerhet hänger ihop eftersom informationssäkerhet (inklusive dataskydd som är en del av informationssäkerheten) är en förutsättning för digitalisering. Den tekniska utvecklingen går snabbt fram, inte minst inom HS och det är en utmaning att fånga upp informationssäkerhets- och dataskyddsfrågor i god tid inför upphandling och inköp av nya system och tjänster.

Det ställs lagkrav på regionen, hälso- och sjukvårdsnämnden och berörd informationsägare att bedriva ett systematiskt informationssäkerhetsarbete. Inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen har arbetet med att informationsklassa och riskanalysera informationsmängder fortsatt med stöd av informationssäkerhetshandläggare. Det finns fortsatt ett

---

<sup>6</sup> HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

stort behov av att öka kunskapen i regionens verksamheter, så även i hälso- och sjukvårdsförvaltningen, om roller och ansvar kopplat till informationssäkerhetsarbetet och om när och hur informationsklassningar och riskanalyser skall ske.

För mer detaljer se Årsrapport Informationssäkerhet 2023.

## Strålskydd<sup>7</sup>

Under året har övergripande riskanalyser för verksamheterna nuklearmedicin och brachyterapi genomförts.

I samarbete med Akademiska sjukhuset i Uppsala har två internrevisioner genomförts. Dels med fokus på berättigandebedömning utifrån perspektiven genomförande och remitterande verksamhet, dels med fokus på dosplanering vid extern strålbehandling.

En ny magnetresonanskamera (MR) placerad på strålbehandlingen har tagits i drift. Riskanalys av nya arbetsflöden där MR ingår har gjorts.

Tidsintervallet som används för uppföljning av stråldoser till huden vid intervention har utökats för att minska risken att eventuella strålningsinducerade hudskador missas.



Antal strålningsrelaterade avvikelser som rapporterats i Platina är 19 som handlar om röntgenundersökningar, 7 nuklearmedicinska som handlar om undersökningar och 18 gällande strålbehandling, vilket bedöms som rimligt i förhållande till verksamhetens omfattning.

För mer detaljer, v.g. se Strålsäkerhetsrapport 2023.

---

<sup>7</sup> SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §

## 2. En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur, som nämnts ovan. 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 avvikelshandläggare erbjuds en heldagsutbildning med fokus på avvikelshantering och patientsäkerhetsarbete. Under 2023 utbildades 83 nya handläggare inom regionen.

Kursen *“Patientsäkerhet för chefer i hälso-och sjukvårdsförvaltningen”* återupptogs under 2023 och i oktober deltog 15 chefer.

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.

### 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

Kompetensförsörjningsfrågan är avgörande för att klara HS verksamhet och förblir en utmaning. Personalomsättningen av tillsvidareanställda var lägre 2023 än både 2021 och 2022. Det finns dock många vakanser i organisationen varför hyrpersonal behövt tas in för att upprätthålla ett acceptabelt vårdutbud. I primärvården motsvarade antalet hyrläkare 51 heltidstjänster. Motsvarande siffra för psykiatrin var 7,5 och för somatiken 12.

#### Kompetens

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

### 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<sup>8</sup>. 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.

---

<sup>8</sup> PSL 2010:659 3 kap. 4§

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



Patientrapporterade mått (PROM, PREM 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 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 arbete 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 nationell 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
- primärvård.

Svarsfrekvensen brukar vara låg (ca 50%) i NPE, varför resultaten måste tolkas med försiktighet. Under 2023 genomfördes en enkät avseende den specialiserade somatiska vården. Inom slutenvården tillfrågades i RÖL 3062 patienter varav ca 55 % svarade. Inom öppenvården tillfrågades 8017 patienter varav ca 52 % svarade. Nio av tio tillfrågade patienter uppgav att de haft en bra helhetsupplevelse vid kontakt med både den öppna och slutna specialiserade sjukhusvården. Under hösten 2023 har RÖL även deltagit i en enkät som skickats ut till patienter som besökt primärvården. Resultatet från den enkäten kommer att presenteras våren 2024.

## **Min vårdplan**

Sedan så kallade standardiserade vårdförlopp i cancervården (SVF) infördes har man arbetat med att införa "Min vårdplan", vilket innebär att det finns en vårdplan i pappersformat för berörda patienter. Ett arbete pågår nu 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.

Under 2023 har utbildningsinsatser genomförts inom olika verksamheter och vårdplaner har framtagits och aktiverats för flera diagnoser, exempelvis för akut lymfatisk leukemi hos barn, bröstcancer och myelom. Urologen planerar att börja med utbildningsinsatser avseende prostatacancer och urinblåsecancer under våren 2024. Det finns en införandeplan för de vårdplaner som ännu inte är startade, men på grund av det rådande ekonomiska läget är det oklart hur utbildningsinsatser kommer kunna genomföras under 2024.

## **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 bl.a. intervjuer, fokusgrupper, enkäter och personcentrerad processkartläggning.

## **Agera för säker vård<sup>9</sup>**

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

## **Regional handlingsplan för ökad patientsäkerhet**

Socialstyrelsen kom 2020 med 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 ska behöva drabbas av vårdskada, som nämndes inledningsvis. Handlingsplanen är utformad för att kunna användas av kommuner och regioner som mall för egna handlingsplaner i det egna patientsäkerhetsarbetet.

HS fick 2022 i uppdrag att med utgångspunkt i Socialstyrelsens nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet utforma en regional handlingsplan för ökad patientsäkerhet. Planen färdigställdes i juni 2023 och antogs av hälso- och sjukvårdsnämnden 2023-09-07. Implementeringsarbetet påbörjades därefter.

---

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

## Öka kunskap om inträffade vårdskador<sup>10</sup>

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.



### 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.

### PPM avseende trycksår 2023

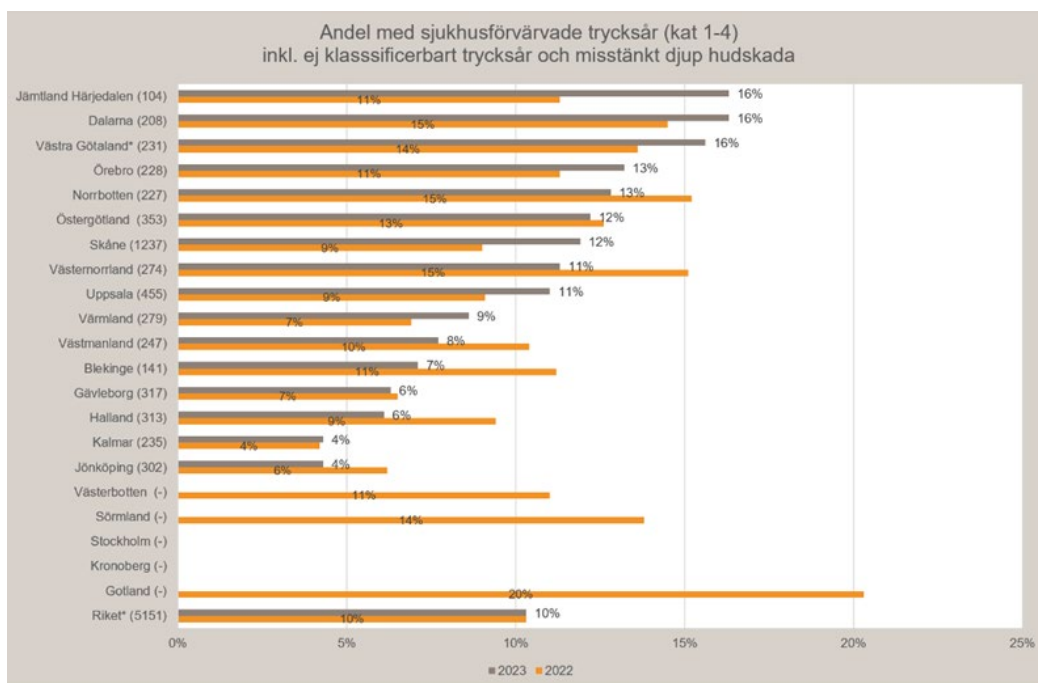
Mätningen genomfördes under v 37 år 2023 under en dag. Det är viktigt för alla som arbetar i vården att ha rutiner för att snabbt identifiera de patienten som är i riskzonen för att utveckla trycksår så att dessa kan undvikas i samband med vård. Befintliga sår som identifierats vid inläggning på vårdavdelning skall också omhändertas så bra som möjligt.

Resultat för 2023 visar på en viss ökning i RÖL mot föregående år (11% -> 13%) och en plan för att öka information och åtgärder om trycksårspåbyggande arbete kommer att arbetas fram under 2024. V.g. se diagrammet på nästa sida.

---

<sup>10</sup> SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §





### PPM avseende vårdrelaterade infektioner (VRI) 2023

En vårdrelaterad infektion (VRI) är en infektion som uppkommer hos en person under slutenvård eller till följd av något slags åtgärd inom sjukvård och omsorg.

VRI ger ett ökat lidande för patienten och kan medföra förlängda vårdtider och ökade kostnader.

RÖL deltog under vecka 16–20 år 2023 i EU:s smittskyddsmyndighets (ECDC) mätning av VRI och antibiotikaanvändning. Mätningen utfördes av enheten för vårdhygien och Strama (Samverkan mot antibiotikaresistens) på de tre sjukhusen i RÖL.

I den nationella mätningen hade 10% av patienterna minst en pågående VRI och hälften av dessa bedöms undvikbara. I RÖL var förekomsten av VRI ungefär densamma (9,9%) bland de sjukhusvårdade patienterna.



De vanligast förekommande VRI inom RÖL var infektioner efter utförd operation, lunginflammation och infektion i nedre luftvägar och urinvägar, infektioner i mag-tarmkanalen samt förekomst av bakterier i blodet. Tydliga rutiner och god följsamhet till gällande föreskrifter är en förutsättning för att förebygga VRI, särskilt då vårdtyngden är stor. Precis som det nationella ECDC-resultatet visar, har mer än var tredje patient pågående antibiotikabehandling inom RÖL. Minskat antal VRI ger minskad antibiotikaanvändning, vilket är gynnsamt i arbetet mot antibiotikaresistens, och förbättrad patientsäkerhet.

### **PPM avseende basala hygienrutiner och klädregler (BHK)**

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

En punktprevalensmätning (PPM BHK) genomfördes under vecka 11 & 12 samt 42 & 43 år 2023. Metoden innebär att medarbetarnas följsamhet till åtta grundläggande hygiensteg och klädregler, observeras i patientnära arbete exempelvis vid omvårdnad, undersökning och behandling.

<b>Resultat PPM följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (PPM-BHK)</b>		
Område	Vecka 11-12 2023	Vecka 42-43 2023
Nära Vård	81%	73%
Psykiatri	45,5%	36%
Specialiserad vård	77%	75%

En god patientsäkerhetskultur är en förutsättning för att skapa en säker vård.

En god kultur tillåter och uppmuntrar konstruktiva påminnelser, som kan vara aktuellt då det gäller till exempel följsamhet till basal hygien och de regler som gäller för arbetskläder inom regionen. Att få full följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler kräver ett långsiktigt arbete med utbildningsinsatser, regelbunden uppföljning, dialog med linjechefer och engagemang från ledningen.



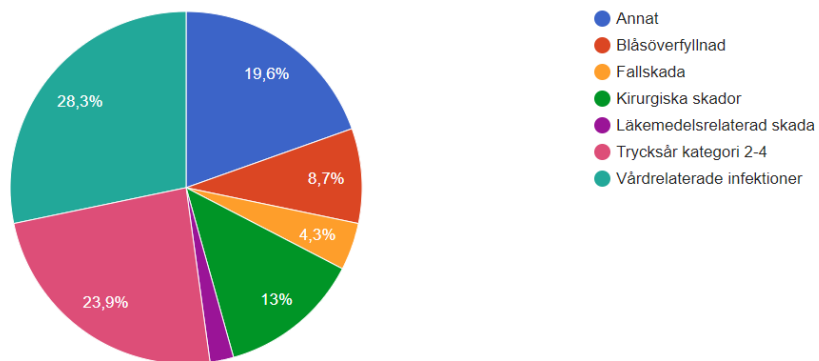
### **Markörbaserad journalgranskning (MJG)**

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.

För att granska journaler enligt MJG behövs tid och resurser. Resultaten rapporteras in i en nationell databas som drivs av SKR. MJG har bidragit till kunskap om vårdskador på riksnivå under åren, men då urvalet per klinik och sjukhus är litet, kan det vara svårt att dra några större slutsatser inom den egna regionen. Möjligheterna att få ut statistik från databasen är dock begränsad. SKR kommer att avveckla databasen under 2024. Metodikens möjligheter skall tillvaratas inom RÖL och befintlig kunskap användas för fortsatt riktade granskningar.

Nedan presenteras resultat från USÖ, Lindesbergs och Karlskoga lasarett. USÖ granskar 30 journaler per månad, Karlskoga och Lindesberg granskar 10 journaler var per månad. Totalt granskades 497 journaler mellan januari och oktober 2023. Av de nästan 500 journalerna som granskades förelåg en skada i 40 fall (8%), varav 24 (5%) klassificerades som vårdskador och alltså bedömdes som undvikbara.

Andel skador per skadegrupp av totala antalet skador, Karlskoga lasarett, Lindesbergs lasarett, Universitetssjukhuset i Örebro, från 2023-01 till 2023-10



## Har vården varit säker?

Hälso- och sjukvårdspersonal är skyldig att **rapportera** händelser som medfört eller hade kunnat medföra vårdskada<sup>11</sup>. Vårdgivaren är skyldig att **utreda** händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada<sup>12</sup>. Syftet med utredningen är att så långt som möjligt klarlägga händelseförloppet och vilka faktorer som har påverkat det, samt ge underlag för beslut om åtgärder som kan förhindra att liknande händelser inträffar på nytt, eller att begränsa effekterna av sådana händelser om de inte helt går att förhindra.

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)<sup>13</sup>. Vem som skall anmäla, vad som skall anmälas och vad anmälan skall innehålla regleras av Patientsäkerhetslagen och föreskriften om Vårdgivarens systematiska patientsäkerhetsarbete.

<sup>11</sup> PSL 6 kap 4§

<sup>12</sup> PSL 3 kap 3§

<sup>13</sup> PSL 3 kap 5§

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*”.<sup>14</sup>

Vårdgivaren har även skyldighet enligt Socialstyrelsens föreskrift<sup>15</sup> 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 av sjukvården på olika sätt.

### ***Via avvikelser:***

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

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

Patientsäkerhetsstrategerna på Patientsäkerhetsenheten har en kontinuerlig

---

<sup>14</sup> PSL 1 kap §5

<sup>15</sup> HSLF-FS 2021:52 5 kap

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 anmälningsskylt på hemsidan eller via post till klagomålsfunktionen, som lyder under Patientsäkerhetsenheten. Klagomål fördelas till aktuell verksamhet som ansvarar för att svara. Svar skall förmedlas till patient/närstående skyndsamt, helst inom 4 veckor. Inkomna 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 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 föreskriften.

Fördelning av ärenden sker:

- Chefläkarmarkerade avvikelser bedöms primärt av respektive chefläkare.
- Ärenden gällande omvårdnad bedöms av respektive patientsäkerhetsstrateg. Ärendet diskuteras vidare på gemensamt omvårdnadsmöte för synpunkter från övriga patientsäkerhetsstrateger.
- Ärenden som helt eller huvudsakligen berör medicintekniska produkter bedöms av anmälningsskyldig för medicintekniska produkter.
- Ärenden som berör tandvården bedöms av cheftandläkare.
- Ärenden som berör laborativ verksamhet 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. Händelser där anmälan enligt lex Maria kan vara aktuellt diskuteras i chefläkargruppen. I gruppen ingår alla chefläkare samt alla andra anmälningsansvariga. Beslut om anmälan jämlikt lex Maria fattas gemensamt av chefläkarkollegiet.

### ***Anmälan:***

Om vårdskadan bedöms som allvarlig (dvs allvarlig undvikbar skada enligt ovan) anmäler chefläkare eller anmälningsansvarig händelsen jämlikt 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 anmälnings skyldighet enligt ovan, anmäls detta till Läkemedelsverket av anmälningsansvarig för medicintekniska produkter.

### ***Kommunikation:***

Resultat av internutredning eller händelseanalys, att lex Mariaanmälan görs och IVO:s beslut kommuniceras till berörd verksamhet. Minst en gång årligen genomförs en patientsäkerhetsrond inom varje verksamhetsområde. En gemensam mall för patientsäkerhetsronden används. Verksamhetsområdets eventuella lex Maria-ärenden diskuteras då och följs upp.

Ärenden anmälda enligt lex Maria publiceras på Regionens hemsida med en kortfattad beskrivning av händelsen.

Resultat av utredning, t.ex. att anmälan till Läkemedelsverket görs och Läkemedelsverkets eventuella kommentarer och utredningsrapporter från tillverkare kommuniceras till berörd verksamhet.

### *Uppföljning:*

För att säkra att åtgärder föreslagna i lex Mariaanmälan 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.

### **Inspektion och tillsyn 2023**

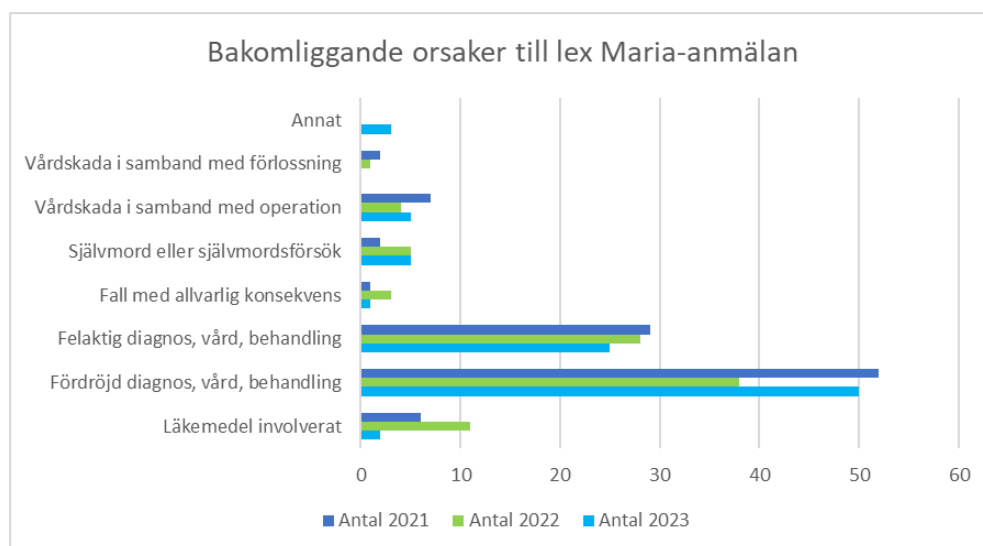
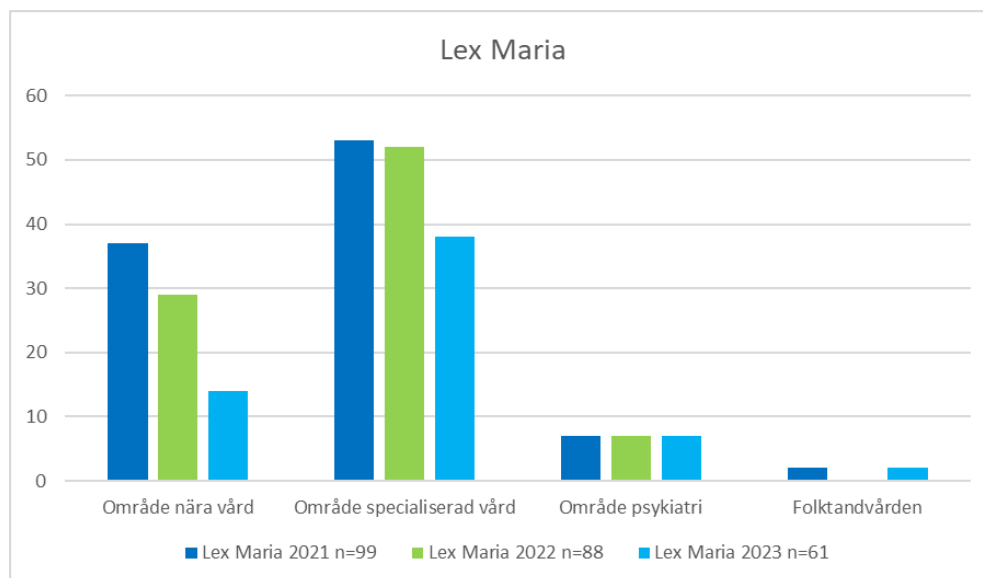
Hälso- och sjukvården samt tandvården, står under statlig tillsyn från Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Säkerheten i vården baseras på vårdgivarens ansvar enligt ovan. IVO bedriver därutöver sin tillsyn via inspektioner såväl utifrån pågående ärenden som egeninitierade områden. IVO:s tillsyn av HS i RÖL har skett enligt nedan.

<b>Tillsyn i RÖL under 2023</b>
Verksamhetsområde obstetrik och gynekologi, fertilitetsenheten USÖ, Område specialiserad vård
Inspektion av vårdplatser USÖ
Verksamhetsområde laboriemedicin, blodverksamheten, Område specialiserad vård
Verksamhetsområde akutsjukvård USÖ, Område specialiserad vård



## Sammanställning HS utrednings- och anmälningsansvar 2023

Under 2023 verkställde HS-förvaltningen 61 anmälningar till IVO enligt lex Maria. Ytterligare ärenden är under utredning.



Två händelseanalyser fullbordades under 2023, ytterligare en har påbörjats men inte avslutats. Under 2022 genomfördes inga händelseanalyser då personal och kompetens saknades för uppgiften.

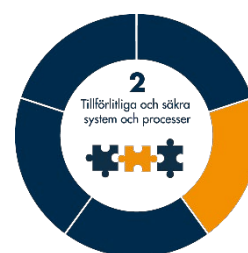
Under 2023 har sex anmälningar om negativa händelser med medicintekniska produkter till Läkemedelsverket gjorts, och ytterligare tre ärenden är under behandling.

Det är en minskning mot tidigare år som delvis kan förklaras av att Läkemedelsverket under 2023 ändrat rutin kring anmälningar. Numera är det tillåtet att göra en sammanfattande anmälan där flera händelser av samma typ kan beskrivas i samma anmälan, medan man tidigare krävde en anmälan per tillfälle.

Anmälningarna har handlat om bl.a. felmärkning av produkter eller produkters förpackning, produkter som gett allergiska reaktioner, produkter med mjukvara som inte uppmärksammat användaren på vissa feltillstånd och produkter med mjukvarubugg som under vissa förhållanden inte kan hantera svenska tecken.

## 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.



### Läkemedel

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
- fånga upp behov och ge förslag på åtgärder och rutiner inom läkemedelshanteringsområdet för att på så sätt förbättra

patientsäkerheten och stötta klinikerna i arbetet att leva upp till föreskrifter genom att ta fram lokala rutiner inom läkemedelshanteringsområdet.

## **2. Läkemedelskommittén**

I varje region skall, enligt lag, finnas en eller flera läkemedelskommittéer<sup>16</sup>, som genom rekommendationer skall verka för en tillförlitlig och rationell läkemedelsanvändning i regionen

Varje läkemedelskommitté skall erbjuda företrädare för farmaceutisk och medicinsk expertis att på lämpligt sätt delta i kommitténs arbete. I RÖL ingår 13 personer i kommittén.

I RÖL har under 2023 den sedvanliga läkemedelsinformationen från Läkemedelskommittén förmedlats till länets vårdcentraler vår och höst, innehållande bl.a. statistik över förskrivningen av olämpliga läkemedel till äldre, information om lustgas som berusningsmedel, information från Socialstyrelsen om att patienter rekommenderas att hämta ut läkemedel i god tid för att ha ett litet lager hemma.

Läkemedelskommitténs tidning Rapport om Läkemedel har getts ut med sex stycken nummer.

## **3. Läkemedelscentrum**

Läkemedelscentrum lyder under område Forskning och utbildning.

Under 2023 har medarbetare på Läkemedelscentrum börjat bygga upp ett bibliotek av mallar för ordination och förskrivning av läkemedel, hjälpmedel, nutritionsprodukter mm som behövs i det nya journalsystemet Cosmic. Arbetet har samordnats på Sussa-gemensam nivå (se ovan), men arbete sker även på lokal nivå. Förvaltning av dessa Cosmic-mallar kommer ske centraliserat via Läkemedelscentrum för att säkerställa hög kvalitet och patientsäkerhet.

---

<sup>16</sup> Lag (2019:899)

## Farmaceut på vårdavdelning avlastar sjuksköterskor

Läkemedelscentrum fick 2023 i uppdrag av HSLG att utöka verksamheten farmaceuter på vårdavdelning, varför fyra receptarier rekryterades våren 2023. Sedan tidigare arbetar tre receptarier på Läkemedelscentrum med avdelningsfarmaci. Syftet var att stödja sjuksköterskor med läkemedelshandlingen.

Det har lett till att patienterna i större utsträckning får samtliga ordinerade läkemedel (farmaceuterna ordnar fram de läkemedel som inte finns på avdelningen alternativt kommer med förslag på alternativ till sjuksköterska eller läkare). Farmaceuten tillför ett extra kontrollsteg, identifierar dubbelförskrivning, interaktioner samt upptäcker avvikande doseringar, men bidrar också med farmaceutisk kunskap som kan komma patienten till nytta.



Under hösten 2023 genomfördes en utvärdering genom intervjuer med enhetschefer samt en enkät till sjuksköterskor (50 svar) på vårdavdelningar som haft hjälp av avdelningsfarmaceut under sommaren. Utvärderingen visar positiva effekter båda avseende arbetsmiljö och patientsäkerhet. Av de svarande upplever 88 % att patientsäkerheten kring läkemedelshandlingen förbättrats. Sjuksköterskorna har fått mer tid till patientnära arbete och omvårdnad samtidigt som stressen har minskat, vilket bidrar till ökad patientsäkerhet.

## **Farmaceut på utskrivningsavdelningen på USÖ**

Farmaceuterna har sedan augusti 2023 (då utskrivningsavdelningen gick från försök till permanent avdelning) uppdraget att iordningställa läkemedel till medicinskt färdigbehandlade patienter som vårdas på utskrivningsavdelning. Patienterna på utskrivningsavdelningen får också samtliga läkemedel delade inför hemgång/annat boende för att inget glapp ska uppstå i medicineringen. Bakgrunden till denna nyordning är de brister avseende läkemedelshanteringen som uppdagades då avdelningen öppnades.

## **Kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen**

Vid den externa kvalitetsgranskningen av läkemedelshanteringen som genomförs årligen, har fokus lagts på hur enheterna arbetat med förslag till förbättringar som inkom år 2022 samt att tillse att det finns en uppdaterad lokal rutin för läkemedelshanteringen inklusive skriftliga dokument som beskriver vem som innehar respektive ansvarsuppdrag. Sammanfattningsvis visar granskningen att mycket fungerar bra (75 % av enheterna har en lokal rutin för läkemedelshandtering som är uppdaterad det senaste året och som man också implementerat i verksamheten). Många enheter arbetar aktivt med förbättring, men det finns också saker att utveckla ytterligare.

## **Läkemedel som får ges enligt generellt direktiv och sömnutbildning**

En gemensam baslista för läkemedel som får ges enligt generellt direktiv och en utbildning om sömn togs fram under 2022. Under 2023 har arbetet med implementering av både baslistan och utbildningen fortsatt. Ett av målen med utbildningen om sömn och en gemensam baslista är att minska användningen av sömnläkemedel till inneliggande patienter. Utbildningen tar bland annat upp hur vårdpersonal kan bidra till att en god sömn hos patienter främjas på andra sätt så som att försöka skapa en så lugn och rogivande miljö som möjligt.

## Utbildning i läkemedelshantering för sjuksköterskor

Sedan ett flertal år bidrar farmaceuter från Läkemedelscentrum med utbildning i läkemedelshantering på introduktionsåret för nyexaminerade sjuksköterskor. En förkortad variant av utbildningen tillhandahålls också för mer erfarna sjuksköterskor på uppdrag av Utvecklingsenheten.



## Läkemedelsgenomgångar<sup>17</sup>

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 ökade under 2023 både inom primärvård såväl som specialistvård vilket är positivt ur patientsäkerhetsperspektiv. Inför övergången till nytt vårdokumentationssystem 2024 har man inom primärvården, där flest läkemedelsgenomgångar sker, under året informerat och uppmanat till läkemedelsgenomgång med syfte att förbättra patientsäkerheten och förenkla patientmötet vid byte av vårdokumentationssystem.

---

<sup>17</sup> HSLF-FS 2017:37

En översyn görs för närvarande av den rutin för läkemedelsgenomgångar inom hemsjukvården och vården i de särskilda boendena för äldre, som är överenskommen i samverkan mellan regionen och länets kommuner. Syftet är att öka antalet läkemedelsgenomgångar i denna vård, genom enklare och tydligare arbetssätt kring dessa. Detta för att säkerställa att alla äldre, sköra/multisjuka patienter med komplexa vårdbehov får sina ordinationer noggrant genomgångna.

	<b>Enkel läkemedelsgenomgång</b>	<b>Fördjupad läkemedelsgenomgång</b>
<b>2023</b>	<b>12 730</b>	<b>5305</b>
<b>2022</b>	10 139	3 862
<b>2021</b>	9 966	3 527
<b>2020</b>	7 826	2 959

### **Infektionsverktyget**

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

Infektionsverktyget uppdaterades i februari 2020. Under den mest intensiva perioden i början av covid-19 pandemin prioriterades inte validering och utbildning av personal.

Under 2022 återupptogs arbetet för att validera infektionsverktyget, men p.g.a. att regionens nya organisationsträd inte var uppdaterat i systemet kunde validering inte slutföras. Frågan har lyfts med IT vid flera tillfällen som har kommunicerat med Inera för att få frågan löst. I slutet av 2023 fanns äntligen ett uppdaterat organisationsträd tillgängligt i Infektionsverktyget och valideringen kan nu återupptas med förhoppning att standardrapporter kring VRI och antibiotikaanvändning till respektive verksamhet inom slutenvården kan levereras under våren 2024.

Målet är att 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. För att detta skall fungera behöver personal som kan bistå verksamhetsområdenas ledningar med att ta ut regelbunden statistik utbildas. Vårdhygien och Strama (Samverkan mot antibiotikaresistens) kan sedan bistå med hjälp av tolkning och förbättringsarbete utifrån resultatet.

## **Suicidprevention**

Suicidprevention inom HS blir ofta en fråga om arbete med suicidnära patienter. Inom psykiatrin bedöms och dokumenteras suicidrisken som en del i diagnostiken och förnyad bedömning sker alltid vid förhöjd risk.

Preventionsarbetet är större än så. Regionens vårdprogram för suicidnära ger värdefull kunskap i suicidologi inklusive skydds- och riskfaktorer och stöd för frågor till patienter.

Frågan är ständigt aktuell och rör allt från att behandla underliggande sjukdom, somatisk eller psykiatrisk, till korrekta tvångsåtgärder där sådana måste genomföras.

Under 2023 innebar arbetet bland annat att regionens mobila resurs för suicidprevention blev ett team för alla åldrar samt att uppdraget tydliggjordes avseende stöd för efterlevande. Resursen erbjuder nu stödkontakter med patienter efter suicidförsök till dess att ordinarie behandlare tagit över, anhörig- och efterlevandestöd samt utbildnings- och konsultationsinsatser. Det genomfördes även, på uppdrag av lokalt programområde psykisk hälsa, en kartläggning inom regionens hälso- och sjukvård avseende hur man ser på sitt arbete med suicidprevention. Återkoppling av detta har skett till deltagande verksamheter och Hälso-och sjukvårdsledningen.

Under oktober 2023 kom oroande signaler om att antalet självmord i RÖL ökade, varför en grupp under ledning av chefläkaren med ansvar för psykiatri tillsattes för att snabbtreda frågan. Preliminärt förefaller ökningen som noterades i oktober vara tillfällig. Utredningen blir klar i början av 2024.



## Säker vård här och nu

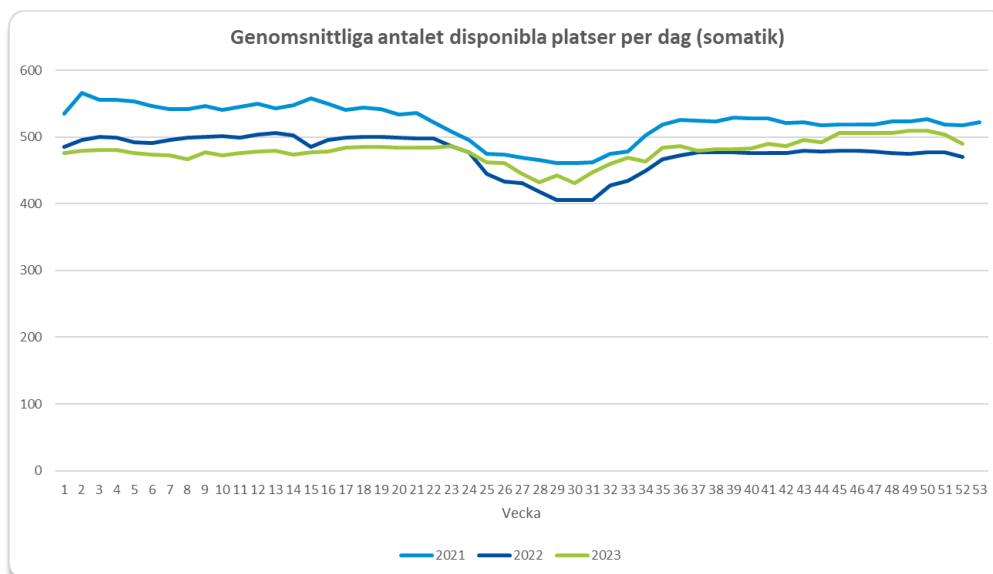
HS präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation. Förutsättningarna för säkerhet förändras snabbt och det är viktigt att agera på störningar i närtid.



### Är vården säker idag?

Antalet disponibla vårdplatser i RÖL inom slutenvården minskade från 822 år 2013 till 525 år 2022 enligt SKR:s verksamhetsstatistik<sup>18</sup>, vilket motsvarar en minskning om ca 36 procent. Eftersom befolkningen ökat under samma tidsperiod har antalet disponibla vårdplatser per capita minskat ännu mer, relativt sett. Detta är en av förklaringarna till situationen med ökat antal överbeläggningar, utlokaliserade patienter och ökade vistelsetider på akutmottagningarna som sågs under 2022 och även under 2023 om än ej lika uttalat. Det innebär också att mer tid och resurser läggs på att hitta vårdplats eller andra vårdinsatser för att i möjligaste mån bibehålla god och säker vård.

Ett tillräckligt antal vårdplatser inom slutenvården i RÖL är en viktig del för att upprätthålla både hög patientsäkerhet och god arbetsmiljö. För att få en gemensam bild över vårdplatsläget i hela regionen sker vårdplatsmöten varje vardag.



<sup>18</sup> [Verksamhetsstatistik 2013-2022 SKR.xlsx \(live.com\)](#)

Utlokalisering innebär att patienten vårdas på annan vårdenhet än den som har specifik kunskap, kompetens och medicinskt ansvar för patienten. Överbeläggning är när en inskriven patient vårdas på en vårdplats som inte uppfyller kraven på en disponibel vårdplats. En disponibel vårdplats definieras som en vårdplats i slutenvård med fysisk utformning och bemanning som säkerställer patientsäkerhet och arbetsmiljö.

Ett vårdplatsutskott har bildats inom HS bestående av verksamhetschefer för de verksamheter på USÖ som bedriver slutenvård. I utskottet inkluderas även representanter från prehospital vård och akutmottagningarna. Under hösten 2022 fick vårdplatsutskottet i uppdrag att se över rutiner för:

1. vårdplatskonferensen,
2. bakjournmandat i den dagliga styrningen samt
3. rutiner och flöden för utlokaliserade patienter.

Utskottet tog fram konceptet med utskrivningsavdelningen till sommaren 2023 och som sedan dess permanentats.

Grundorsaken 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 sjuka, äldre patienter.
- *Patienter överflyttas till annat sjukhus inom regionen*  
Detta 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. Väntetiden för att boka och erhålla resa uppgår ibland till flera timmar vilket kan leda till orimligt långa vistelsetider på akutmottagningen.

- *Patienten skickas hem*

Trots att vårdbehov föreligger kan patienten inte alltid beredas plats utan får istället gå hem med instruktioner om att återkomma om problemet förvärras alternativt komma på återbesök till akutmottagningen följande dag. Därmed kan ett orimligt stort ansvar att själv bedöma sitt medicinska tillstånd läggas på enskilda patienter. Möjligheterna till snabb uppföljning av patienter som har sökt akutmottagningen via olika mobila team utnyttjas i lämpliga fall, men möjligheterna härtill varierar beroende på var patienten bor och på avståndet till sjukvården. I t.ex. den norra länsdelen finns inte något mobilt team och det finns begränsade resurser vid långa avstånd. En snabb uppföljning i hemmet kan heller inte alltid ersätta en slutenvårdsplats.

- *Patienten får en vårdplats på en annan vårdenhhet (utlokaliseras, ibland benämnt satellitpatient) 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.

Införande av utskrivningsavdelningar på USÖ och i Karlskoga under 2023, där patienter som är medicinskt färdigbehandlade vårdas i väntan på hemgång eller annan vårdnivå, har minskat antalet utlokaliserade patienter och överbeläggningar. Utvärdering av dessa verksamheter är pågående.

## Utlokaliserade patienter, sommaren 2022 jämfört med 2023

Område Specialiserad vård			Område Nära vård		
	2022	2023		2022	2023
Antal	1088	878	Antal	77	65
Genomsnitt antal per dag	14,1	9,2	Genomsnitt antal per dag	1,0	0,84

*Under sommarperioden 2023 var 210 färre patienter utlokaliserade i Område specialiserad vård och 12 färre patienter i Område nära vård.*

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.

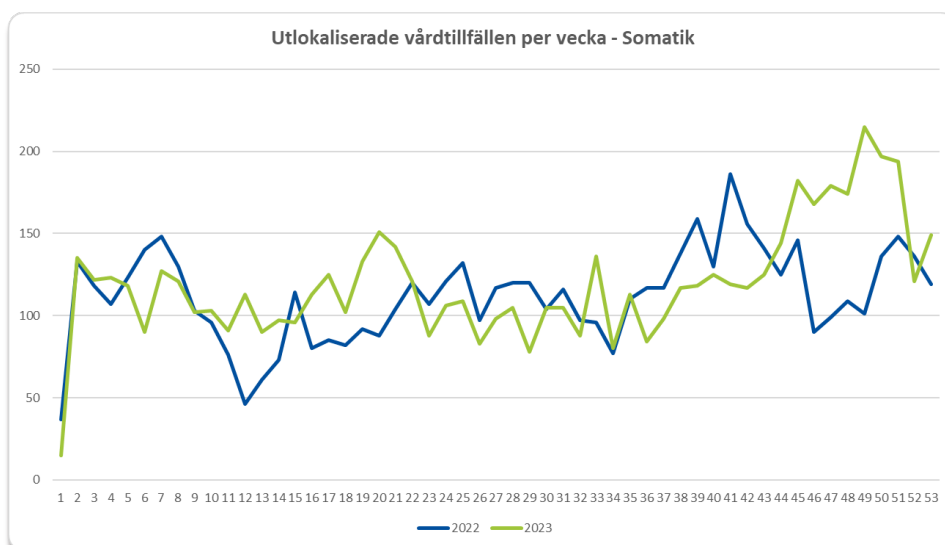
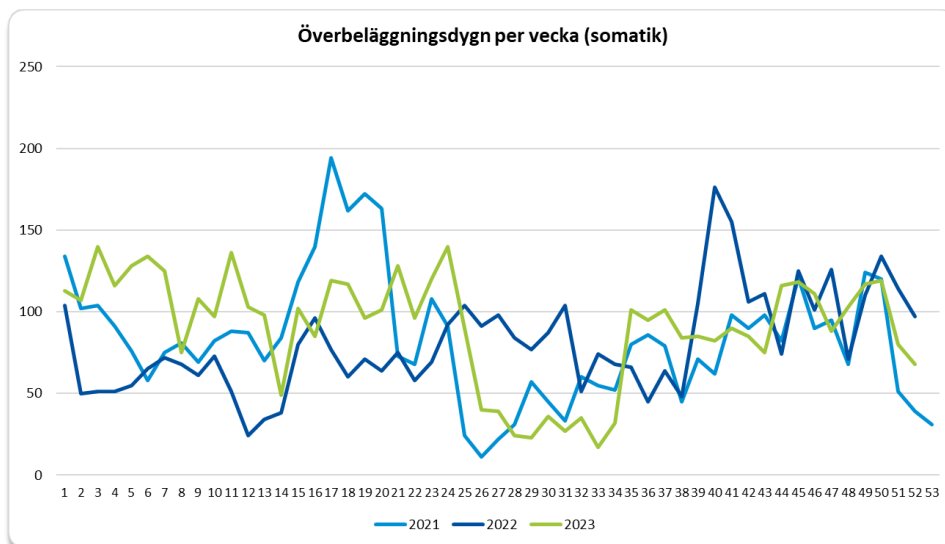
Socialstyrelsen tog under 2023 fram riktvärden och beräkningar för antalet vårdplatser i riket och föreslår 85 procent som riktvärde för genomsnittlig beläggningsgrad i oplanerad vård och 95 procent för planerad vård<sup>19</sup>. Riktvärdena föreslås på regional nivå och behöver fördelas mellan verksamheter och avdelningar där de bäst behövs som del i regionernas operativa vårdplatsplanering.

*Socialstyrelsens bedömning är ”att behovet av vårdplatser i slutenvård på sjukhus är större än antalet vårdplatser idag, och att regionerna behöver prioritera åtgärder för att vända trenden och öppna fler disponibla vårdplatser på kort sikt trots utmaningar i kompetensförsörjning”*

Socialstyrelsen anger för RÖL:s del att antalet vårdplatser inom somatisk vård (exklusive intensivvård) var 443 under år 2022 och att det skulle behöva öka till 521 på kort sikt för att sedan minska till 450 på medellång sikt.

<sup>19</sup> Riktvärden för beläggningsgrad och vårdplatser Delredovisning av uppdraget att stödja och stärka regionernas produktions- och kapacitetsplanering, Socialstyrelsen 2023

## Överbeläggningar och utlokaliserade patienter



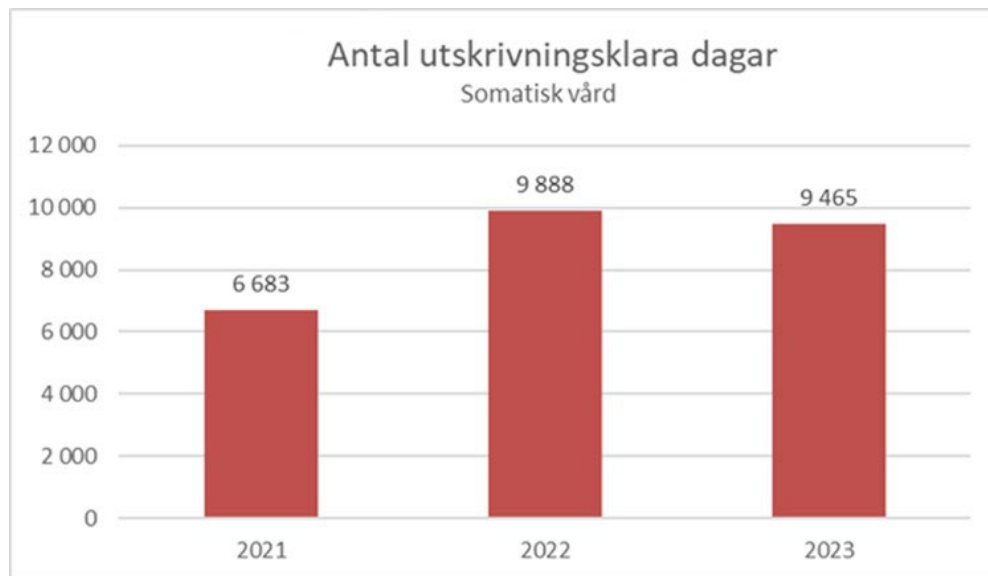
## Vårdövergångar mellan regional slutenvård och kommunal vård

Etablerade arbetssätt för samverkan med stöd av ViSam-modellen<sup>20</sup> har bidragit till att vårdtiderna för utskrivningsklara har kunnat hållas nere under

<sup>20</sup> ViSam är länets gemensamma modell för in- och utskrivning till och från sjukhusen. Modellen skall ge förutsättningar för en sammanhållen vård med hög kvalitet och trygga en säker informationsöverföring och samverkan vid in- och utskrivning från sjukhus för patienter som har behov av insatser från fler än en huvudman. ViSam används också för att samordna insatser för personer som har behov av insatser från både region och kommun utan föregående vistelse inom slutenvården. ViSam antogs redan 2013, och en uppdatering skedde 2018 mot bakgrund av en ny lag om samverkan vid utskrivning.

2023 även om antalet dygn för utskrivningsklara är fler än före pandemin, Orsaken här till är främst att några kommuner periodvis har haft svårt att klara efterfrågan på vård- och omsorgsboendeplatser. Örebro kommun påverkar siffrorna mest på grund av sin storlek. Det finns ett etablerat arbetssätt där snabb kontakt upprättas med kommuner som har långa vårdtider för dialog om åtgärder.

### Antal utskrivningsklara dagar



Något färre dagar än under 2022. 9465 dagar motsvarar 27 vårdplatser/dag



Fortsatt låga värden inom psykiatrin. De flesta patienter där åker hem den dag de är utskrivningsklara

Vårdövergångar mellan regionens verksamheter och kommunens hälso- och sjukvård innebär en risk för patienten. Särskilt viktiga utvecklingsområden där brister identifierats är:

- samordnad individuell planering,
- informationsöverföring och
- förebyggande åtgärder för att undvika onödig inskrivning på sjukhus

Vidareutveckling av vårdsamordnarrollen på länets vårdcentraler för att säkra rollen som fast vårdkontakt pågår liksom arbete för att ta fram en gemensam rutin för fast vårdkontakt i hela hälso- och sjukvården.

Vård- och omsorgskollen är ett trygghetsskapande samtal som möjliggör uppföljning av verksamheten. Samtalet fokuserar på personens upplevelse av trygghet, kontinuitet, delaktighet, tillgänglighet och samordning av vården och omsorgen.

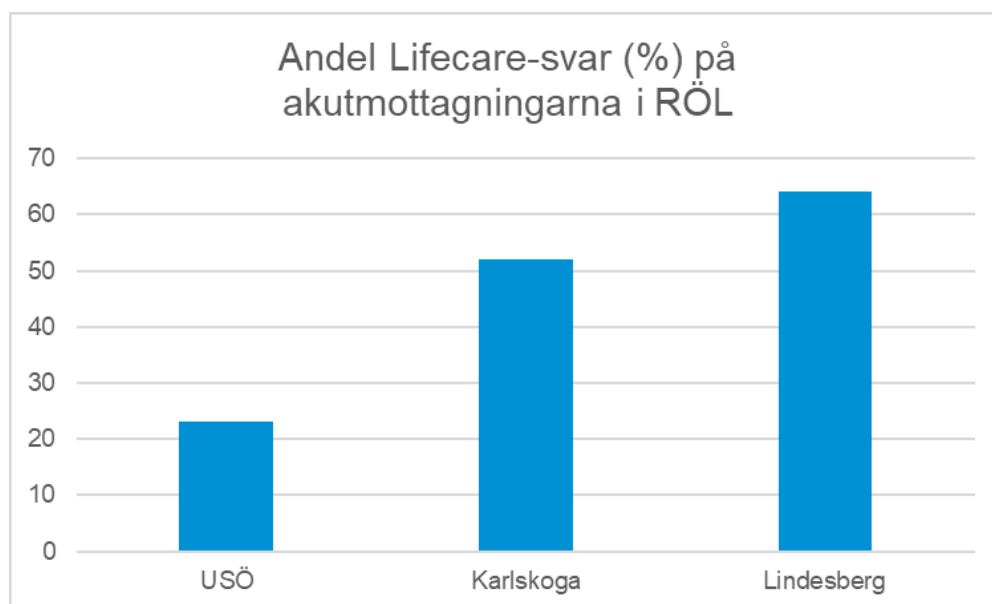
Vårdsamordnarna vid länets vårdcentraler ringer upp cirka 100 personer som skrivs ut från sjukhuset varje månad. De flesta patienterna är då nöjda. Information erhålls även avseende det som inte fungerar på både individ- och verksamhetsnivå.

En processledare för ViSam finns nu i HS, vilket skapar bättre förutsättningar för att följa upp gällande rutiner.

Säkra rutiner behövs för så kallad "begäran om vård" (dvs en vårdremiss i Lifecare) för att förbättra informationsöverföring mellan kommunens sjuksköterska och akutmottagningen i samband med inskrivning. Särskilt fokus läggs vid förbättrade rutiner på akutmottagningarna för att säkerställa rätt information till kommunerna om vidtagna åtgärder när patienterna återgår till hemmet. Diagrammet nedan visar på att informationsöverföring från akutmottagningarna brister. Återkoppling till kommunerna sker alldeles för sällan.

## Andel besvarade Lifecare-remisser

Avser svar på vårdremisser där patienten inte blev inskriven på vårdavdelning. Avser akutmottagningarna inom RÖL 230101–231213.



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 har presenterats under hösten 2023. Föreslagna åtgärder berör bland annat förbättrade kontaktvägar mellan verksamheterna, medicinska vårdplaner för de mest sjuka patienterna och ett bättre dimensionerat utbud för identifierade målgrupper.

## Leveransproblem medicinsk teknik

De leveransproblem som fanns under 2022 gällande vissa typer av medicinteknisk utrustning och förbrukningsmaterial minskade något, men var en faktor även under 2023. Bristen på defibrillatorbatterier har påverkat den takt man kunnat byta batterier och de har inte alltid kunnat bytas enligt de utbytesrutiner som finns i regionen. Dock har leveranserna börjat komma igång under Q4 och det finns nu ett litet lager på Medicinsk teknik för de utrustningar som behöver byta batteri.

Inga allvarliga konsekvenser uppstod som följd av leveransproblemen och inga vårdskador identifierades avseende medicinsk teknik under 2023.



I december 2023 upptäcktes ett mjukvarufel hos Siemens bildhanteringssystem Sectra, vilket medfört att bilder som skickats mellan olika regioner och vårdgivare innehållit delvis inkompleta utlåtanden. Detta har anmälts till Läkemedelsverket och frågan om hur det påverkats vårdkvaliteten utreds.

### **Outskrivna diktat**

Per den 31 december 2023 fanns i RÖL 18 076 diktat som ännu ej skrivits ut. Diktaten fördelas enligt nedan:

- Slutenvården (10 948),
- Nära vård dvs habilitering, geriatriken, Karlskoga, Lindesberg (6227),
- Psykiatri (602)
- Privat 299

Diktaten som ej skrivits ut avser alltifrån mottagningsanteckningar, slutanteckningar, operationsberättelser mm. Under år 2023 skapades 4 017 821 diktat.

De diktat som väntar på utskrift innebär en konkret patientsäkerhetsbrist då det leder till fördröjning av återbesök, utredningar, remisshantering osv. Varje år ses allvarliga avvikelser som är hänförliga till att diktat ej skrivits ut i tid.

### **Riskhantering<sup>21</sup>**

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.

Under året har det utförts flera riskanalyser med bäring på patientsäkerhet och medicinteknisk säkerhet. Bl.a. har riskanalyser skett i samband med

---

<sup>21</sup> SOSFS 2011:9, 5 kap. 1 §, 7 kap. 2 § p 4

ansökan till Strålskyddsmyndigheten gällande tillstånd för nuklearmedicin samt inför byte av vattenreningsanläggning för dialysavdelningen. Förutom riskhantering i den dagliga verksamheten har ett antal riskanalyser genomförts i samband med verksamhetsförändringar och tidigare utförda riskanalyser har följts upp under året.

## **Åtgärder**

HS centrala uppgift är att ge god vård i rätt tid. Mot bakgrund av detta och de svårigheter som har förelegat 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 tillsätta och utöka samarbetet med andra personalfunktioner, exv. 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.

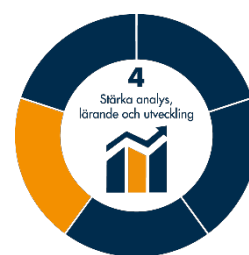
För att hantera vårdplatsbristen har HS ledningsgrupp (HSLG) under 2023 fokuserat på det strategiska arbetet med kompetensförsörjning. Det har utmynnat i förslag på åtgärder, som verksamhetsföreträdare sedan har fått tycka till om. HSLG har därefter satt samman en färdplan. Bland annat följande aktiviteter har prioriterats och påbörjats hösten 2023:

- Sommaren 2023 blev undersköterska en skyddad yrkestitel. De medarbetare som ännu inte fått bevis om skyddad titel anställs som omvårdnadsassistent.
- Sommaren 2023 prövades nya arbetssätt och s.k. utskrivningsavdelningar togs i bruk, som nämnts ovan. Utvecklingsenheten fick under våren 2023 ett uppdrag att kartlägga behov och etablering av en avdelning för utskrivningsklara patienter som väntar på kommunal sjukvård. Den startade i pilotform under april månad och gick sedan i skarp drift under vecka 24 på avdelning 92, VO Neuro och rehabmedicin. Under sommaren togs beslut om att fortsätta driva verksamheten under VO Infektion, varefter den flyttade dit i augusti 2023.

- Dessutom pågår arbete med att utveckla andra kompetenser, såsom läkarstudenter i rollen som medicinsk omvårdnadsresurs.
- Inför sommaren 2023 rekryterades också ett tiotal medarbetare med sjukvårdsbakgrund från Ukraina.
- Under 2023 har även en process tagits fram för hantering av medarbetare utanför EU/EES.
- Ett projekt har också initierats gällande rekrytering av ST-läkare till primärvård och psykiatri där även mässbesök utomlands planeras.

## 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.



### Avvikelser<sup>22</sup>

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 genom att rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada till vårdgivaren.

Varje verksamhet skall ha rutin för avvikelshantering. Verksamhetschefen ansvarar för detta.

Merparten av de avvikelser som rapporteras inom HS-förvaltningen och drygt hälften inom Folk tandvården 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.

<sup>22</sup> PSL 2010:659, 6 kap. 4 §, SOSFS 2011:9 5 kap. 5 §, 7 kap. 2 § p 5

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 2023 med god marginal.

Under 2023 registrerades inom HS 6507 avvikelser som klassificerats som kopplade till patientsäkerhet, vilket är i stort sett lika många som under 2022. Antalet avvikelser bör ställas mot antalet vårdkontakter (1 439 368) som ägde rum i RÖL under 2023.

### Antal avvikelser 2023

	<b>Antal avvikelser 2023</b>	<b>Varav patientsäkerhet</b>	Antal avvikelser 2022	Antal avvikelser 2021
<b>HS-förvaltning</b>	9464	<b>6507 (69%)</b>	9407	9172
<b>Folktandvården</b>	550	<b>288 (52%)</b>	501	543
<b>Regionservice</b>	695	<b>123 (18%)</b>	778	635

### 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 förändringar på systemnivå ofta uteblir. Ansats till att lösa ut frågan om avvikelser i samverkan finns, men har dessvärre 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 beräknades fortgå till hösten 2023, men i avsaknad av framsteg fortsätter det in i 2024. Projektet har representanter från både kommuner och RÖL. Projektägare är områdeschefen för Valfärd och folkhälsa.

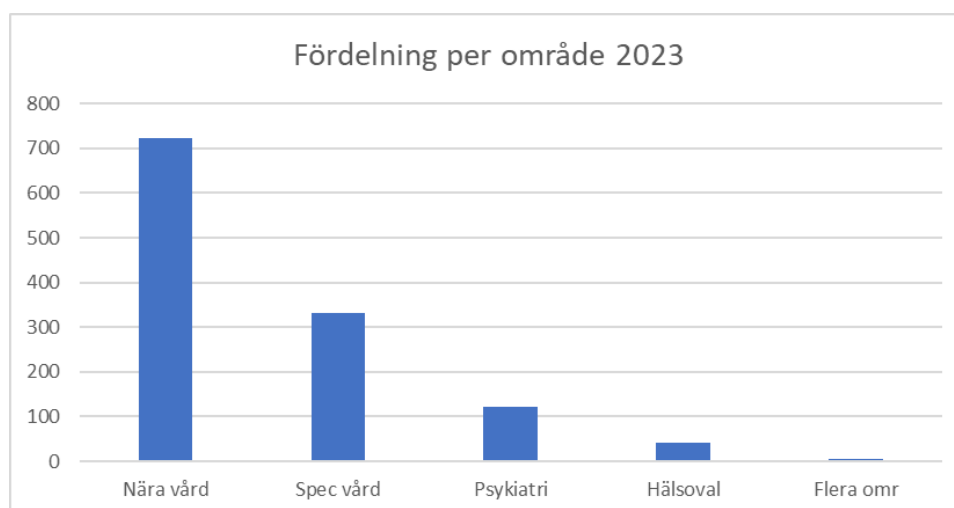
## Klagomål och synpunkter<sup>23</sup>

Verksamhetschefen har det yttersta ansvaret 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 (lex Maria) skall verksamhetschef involvera chefläkare. Detsamma gäller vid misstanke om brister i yrkesutövning hos legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.

Fördelningen av ärenden sker av sekreterare. Patientsäkerhetsstrategerna vid patientsäkerhetsenheten är medhandläggare i ärendena och har en viktig roll att bevaka patientsäkerhetsfrågor. Inflödet och spridningen inom förvaltningen följs. Under 2023 var antalet klagomål och synpunkter 1223, det vill säga ungefär som 2022 (1208). Siffrorna inkluderar inte klagomål via Patientnämnden, vars ärenden redovisas under egen rubrik härnedan. Liksom tidigare dominerar klagomål från Område nära vård (v.g. se figur nedan).

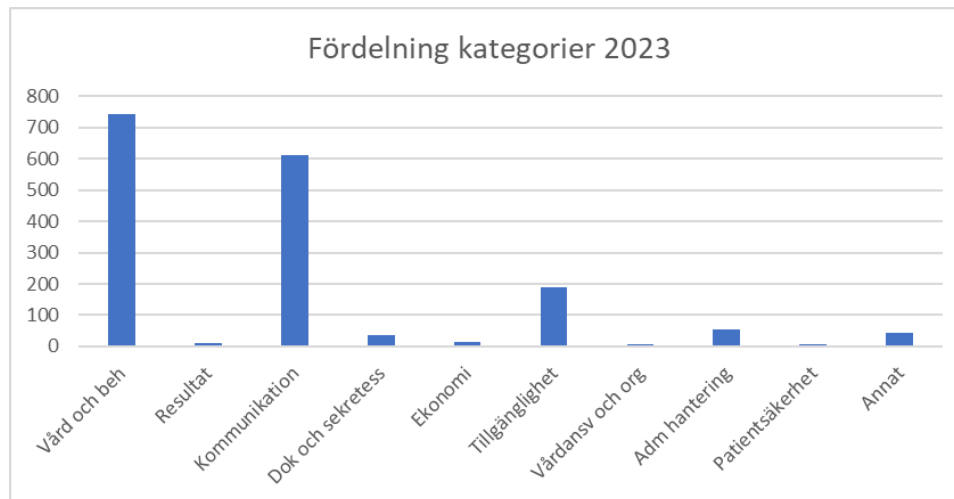
### Klagomål inom HS år 2023.



Summan av områdenas antal kan överstiga totalsumman då ett klagomål kan beröra flera områden

<sup>23</sup> SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §, 3 a § och 6 §, 7 kap. 2 § p 6

Klagomål inom HS år 2023 fördelat per typ.



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

### Patientnämnden<sup>24</sup>

I RÖL är Patientnämnden underställd regionfullmäktige för att hålla ett avstånd organisatoriskt från HS.

Patientnämnden är en opartisk instans, som lyssnar på patientens upplevelser och förmedlar dessa på ett lämpligt sätt åter till ansvariga inom HS.

Under år 2023 inkom 1428 klagomål till patientnämnden. Av dessa skickades 864 till HS med begäran om svar. I 234 av dessa ärenden (ca 30%) räckte inte de fyra veckor som angavs i begäran utan verksamheterna måste påminnas om att svara. I en del fall räckte en påminnelse, men i en del fall fordrades flera påminnelser. Fyra veckor som svarstid baseras på vad som anges förarbetena till lagen om stöd vid klagomål mot hälso-och sjukvården (2017:372). Där anges att det är **den längsta tiden** det ska ta att som patient/närstående få ett svar i sitt ärende när man har ett klagomål gentemot HS.

Förvaltningsövergripande chefläkare och patientsäkerhetsstrateger har regelbundna avstämningar med tjänstemän på patientnämndens kansli samt får del av statistik kring klagomål, svar och svarspåminnelser. Därutöver deltar företrädare för patientsäkerhetsenheten vid de nämndmöten då sammanställningar och rapporter presenteras.

<sup>24</sup> Lag om stöd vid klagomål mot hälso-och sjukvården (2017:372)

## Patientnämndens rapporter och analyser 2023

- Helårsanalys av 2022 års ärenden: Klagomål på vården som rör unga vuxna med psykisk ohälsa.
- Rapport: Klagomål och synpunkter som avser repressalier i mötet med vården.
- Halvårsanalys: Klagomål på hälso- och sjukvården som inkommit perioden 1 januari - 30 juni 2023.
- Rapport: Klagomål och synpunkter på vården från patienter som är 70 år och äldre.
- Rapport: Redogörelse för likheter och skillnader i klagomål och synpunkter på vården mellan olika delar av länet.

## 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. Det gäller både i den egna verksamheten såväl som på övergripande nivå. Att vårdpersonal kan förutse, känna igen, förebygga och tidigt upptäcka en akut försämring hos en patient är nödvändigt för att upprätthålla en god patientsäkerhet.

### Kliniska träningscentra

RÖL har sedan 2012 kliniska träningscentra (KTC) vid varje sjukhus och de har tre olika chefer. Av bland annat det skälet har förvaltningsövergripande chefläkare uppdragits att utreda om en sammanslagning av de tre KTC:na vore av värde. Slutredovisning skedde i december 2023. Resultatet presenterades för HSLG efter årsskiftet. Utredningen påvisade bland annat olikheter mellan sjukhusen i tillgänglighet för personalen till vissa utbildningar och betydande skillnader i kostnad per kursdeltagare.

**KTC-USÖ:** Kliniskt träningscenter (KTC) vid USÖ lyder under Patientsäkerhetscentrum och ansvarar för träning och utbildning på både basal och avancerad nivå.

Under våren 2023 påbörjades och leddes ett arbete vid KTC-USÖ med övergång från övningskonceptet ProAct för åtgärd vid hotade vitalfunktioner till Tidig upptäckt och behandling (TUB). Bytet föranleds av ekonomiska och kvalitetmässiga aspekter och omfattar även KTC:erna i Karlskoga & Lindesberg. Instruktörsutbildningen för HLR-instruktörer utökades under hösten 2023 från en dag till två för att göra utbildningen mer heltäckande.

**KTC-Lindesberg** har under året fullgjort femdagarskursen i Klinisk bedömning för sjuksköterskor på akutmottagningen vid Lindesbergs lasarett och för Primärvården i norr. Arbetsgrupperna som utgår från KTC Lindesberg (VRISS, sårgruppen, Nätverk smärta) har under året haft fokus på lokala kompletteringar till Vårdhandboken, trycksår, samt utformning av smärtpärm.

**KTC-Karlskoga** såg under 2023 en ökad förfrågan från verksamheter som inte tidigare anlitat KTC, framför allt inom Område nära vård (vårdcentraler). Önskemålen var att arrangera utbildningar i den egna verksamheten.

I samband med utskrivningsavdelningens öppnande i Karlskoga och Örebro gick respektive KTC in med utbildningsinsats gällande; grundutbildning S-HLR, ABCDE, NEWS, förflyttningsteknik, akutlarm samt akutvagn för att bidra till ökad patientsäkerhet samt för att öka personaltryggheten.

### **AT-läkarna**

AT-utbildningen rankas varje år av Läkarförbundet. År 2023 placerade sig Karlskoga lasarett på sista platsen av de 67 sjukhus som rankas. Lindesberg hamnade på plats 44 och Universitetssjukhuset på plats 57. Det är bland annat handledningen som fallerar enligt enkäten. Det förekommer även att AT-läkare får arbeta helt ensamma på akutmottagningen trots att så ej skall vara fallet.



Under 2023 har AT-läkarna placerade i Karlskoga och Lindesberg haft sin simuleringsdag där. Tidigare har detta skett i Örebro.

Via Läke-medelscentrum utfördes en utbildningsinsats där nya underläkare samt AT-läkare fick introduktion gällande hur man arbetar med läkemedel i aktuell verksamhet, övergripande i läkemedelsmodulen, kliniks specifika rutiner och hur läkemedelsgenomgång/berättelse utförs korrekt.

Utbildningen föll väl ut och kommer under nästa år att utökas och anpassas för att omfatta även över-, specialist-, och ST-läkare.

### **Sjuksköterskor**

Under 2023 har Utvecklingsenheten fortsatt arbetet med introduktionsåret för nya sjuksköterskor och etablerat en styrgrupp med HR chef som ordförande samt ägare av programmet. Introduktionsåret fokuserar på att nya sjuksköterskor ska reflektera över sin nya roll, diskutera praktiska frågor i vardagsarbetet, ges föreläsningar inom centrala områden såsom patientsäkerhet och läkemedelshantering samt scenarioträna utifrån givna patientsituationer.



Infektionssjukvård för sjuksköterskor är etablerad som återkommande utbildning/fortbildning för såväl nya som erfarna sjuksköterskor två gånger per år.

### **Framtidens undersköterska**

Programmet som kallas Framtidens undersköterska omformades under 2023 för att bättre motsvara deltagarnas behov med större fokus på praktiskt arbete runt patientfall, diskussioner och helhetsbild av patienten.

Utvecklingsenheten har påbörjat arbetet med att omforma projektet Framtidens undersköterska till att bli ett introduktionsår för undersköterskor.

## **Vårdhygien och smittskydd**

Smittskydds enheten tillhör organisatoriskt Patientsäkerhetscentrum. Smittskyddsläkaren finns under hälso-och sjukvårdsdirektören och är en egen myndighet, tillsatt av Regionstyrelsen.

Smittskydds enhetens 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 smittskyddslagen<sup>25</sup> och smittskyddsförordningen<sup>26</sup>.

Under hösten 2023 kom en förfrågan från regiondirektören i Sörmland om huruvida Vårdhygien i RÖL kunde bistå med vårdhygienska tjänster tills man i Sörmland rekryterat ny hygienöverläkare. Efter inventering av befintliga resurser, har avtal ingåtts och sedan i oktober 2023 ett vårdhygieniskt stöd motsvarande 20 procent av en heltid givits till Region Sörmland tills vidare.

## **Driftsäkerhet, beredskap och säkerhet**

HS utgör en samhällsviktig verksamhet och måste fungera trots olyckor, kriser, extraordinära händelser, krigsfara och krig.

Det nuvarande säkerhetspolitiska läget har aktualiserat behovet av beredskapsarbetet inom HS. Pandemin har även belyst betydelsen av att skyddsutrustning, medicinskt material och läkemedel kan tillhandahållas säkert. I RÖL pågår arbetet med att se över och stärka tekniska försörjningssystem samt övriga robustgörande åtgärder som fortsatt säkring av teknisk försörjning, IT, telefoni och kommunikation och alternativa lokaler att bedriva HS för regionens sjukhus.

Behovet av detta arbete illustrerades av att universitetssjukhuset i Örebro i juni 2023 under en period av högsommarvärme drabbades av ett driftstopp

---

<sup>25</sup> SFS 2004:168

<sup>26</sup> SFS 2004:255

avseende fjärrkyla, vilket medförde att reservkylan fick riktas mot prioriterade verksamheter under några timmar.

HS behöver stärka krisberedskap och civilt försvar genom att exempelvis arbeta med risk- och sårbarhetsanalys, kontinuitetshantering, omvärldsbevakning, säkerhetskydd, robusta och funktionssäkra vårdlokaler, skalskydd och skärpt uppmärksamhet för antagonistiska hot med flera åtgärder.

Inom HS har ett beredskapsnätverk bildats med inbjudna funktioner från övriga förvaltningar och viktiga samverkansparter. En förvaltningsövergripande samverkansgrupp för beredskapsfrågor samt en arbetsgrupp avseende civilt försvar har bildats inom RÖL för att brett effektivisera informationsvägarna och medvetandegöra beredskapsorganisationen och dess tillhörande arbete.

HS har tillsammans med Polisen, Räddningstjänsten och SOS alarm AB (PROSS) påbörjat ett strategiskt samarbete. Behovet av en samverkansstruktur har aktualiserats under de senaste åren. Planen är nu att PROSS skall underlätta arbetet mot gemensamma mål och förenkla kommunikationen mellan organisationerna vid extraordinära händelser både externt och internt då våra sjukhus skulle kunna vara mål för olika angrepp. I bred samverkan mellan HS och Regionservice har olika säkerhetshöjande åtgärder planerats för ökad trygghet och säkerhet i våra öppna offentliga miljöer på våra sjukhus.

En ny beredskapsplan har tagits fram och driftsatts, som nämnts ovan. Ett beredskapscentrum har bildats inom HS under 2023. Syftet är att driva och vidareutveckla HS planering inom civilt försvar så att förmåga finns att lösa vardagshändelser likaväl som ofred och krig.

Detta centrum finansieras delvis av statliga medel och bemannas av två beredskapsöverläkare och fem beredskapssamordnare.

Krisberedskap har under lång tid varit ett nedprioriterat område i svensk sjukvård. Regionerna har långtgående ansvar att bedriva fullgod vård såväl i fredstid som vid höjd beredskap och i krig. Arbetet med civilt försvar i regionen är ett stort och komplext arbete som berör regionens alla delar och kräver gemensam förståelse, planering, samverkan och samordning.

HS Funktionssäkerhetsråd har under året fortsatt arbetet med många olika frågor inom sitt uppdrag och inom ovannämnda områden.

Teknisk försörjningsplan är beslutad i servicenämnden, vilket också har betydelse för verksamheternas uthållighet och därmed patientsäkerheten.

### **Vår strategi:**

- Att skapa gemensamma förutsättningar för hantering av sådana kriser och extraordinära händelser som kräver ett regionövergripande perspektiv.
- Att verka för att beredskaps- och säkerhetsfrågor beaktas i de sammanhang där det behövs.
- Att överenskommelserna med staten avseende dels regionernas arbete med krisberedskap och civilt försvar, dels HS arbete med civilt försvar ligger som grund för regionens arbete med dessa frågor. I syfte att nå ett gott resultat för hela RÖL, utvecklas förvaltningsövergripande samarbetsformer som även syftar till att underlätta framtagandet av beslutsunderlag i olika fora.

För att RÖL med dess olika verksamheter skall klara av grunduppdraget inom HS, krävs samordning och robusthet därest vi skulle utsättas för olika påfrestningar eller andra extraordinära händelser.

Under 2023 utfördes genomlysningar av två centrala processer:

1. Säkerhets- och beredskapsfrågor där målet är ett systematiskt arbete före, under och efter inträffade händelser för att uppnå en likvärdig trygghet för patienter och medarbetare i RÖL.
2. Färdigställandet av en övergripande reservvattenrutin.

# Mål och utmaningar för år 2024

## Mål

Av RÖL:s verksamhetsplan framgår att HS i RÖL skall främja hälsa, förebygga sjukdom och ge god och patientsäker vård på lika villkor med en nollvision för vårdskador. All vård skall ges utifrån individens behov, med respekt för alla människors lika värde och genom ett professionellt bemötande.

Prioriterade uppgifter för att under 2024 uppnå det övergripande målet inkluderar bland annat nedanstående frågor.

## Patientsäkerhetscentrum

Patientsäkerhetsenheten som består av chefläkarfunktionen, patientsäkerhetsstrategerna, kliniskt träningscentrum vid USÖ samt Vårdhygien och Smittskydd bytte 1 januari 2024 namn till Patientsäkerhetscentrum. Detta för att undvika förväxling med Patientsäkerhetsenheten som efter detta datum enbart åsyftar chefläkarna och patientsäkerhetsstrategerna.

I början av 2023 rekryterades 4,5 patientsäkerhetsstrateger till Patientsäkerhetsenheten i enlighet med tidigare planering samtidigt som tjänsteutrymmet för chefläkarna minskade något.

## Implementering av den regionala handlingsplanen för ökad patientsäkerhet

I den regionala handlingsplanen för ökad patientsäkerhet i HS är visionen *God och säker vård överallt och alltid* med det övergripande målet att ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada. Planen antogs under hösten 2023 och implementeringsarbetet påbörjas under 2024.

## Förbättrad analys av HS-avvikelserna i RÖL

Under år 2023 registrerades 6507 avvikelser avseende patientsäkerhet i HS i RÖL, men i förhållande till antalet patientkontakter (1 439 368) är ändå antalet avvikelser rimligt.

Vissa händelser är komplicerade och ibland omöjliga att förebygga. Andra händelser är lättare att undvika, och där har sjukvården ett ansvar att skapa

och vidmakthålla ofta mycket enkla och basala rutiner för att förhindra upprepning.

Ett uppdrag har givits till Utvecklingsenheten att se över om artificiell intelligens (AI) skulle kunna förbättra analysen av inkomna avvikelser. Hela hanteringen av alla dessa avvikelser har under 2023 setts över och arbetet med dem kommer under 2024 att förändras för att skapa bättre effektivitet.

### **Ekonomi**

Ekonomi i RÖL är dålig och HS har för 2024 ett sparbudget på 414 miljoner kronor. Arbetet för att hämta hem dessa pengar har redan påbörjats och skall effektueras genom sex olika färdplaner. De planerade förändringarna är betydande, men sjukvårdens basala arkitektur bedöms förbli orubbad.

### **Patientflödet i RÖL under färdplanearbetet**

Det är angeläget att arbetet med att antalet slutenvårdsplatser i RÖL säkras år 2024 och att flödet av patienter med akuta åkommor mellan olika vårdinrättningar i regionen blir så patientsäkert som möjligt, inte minst i ljuset av de förändringar som nu förbereds som ett led i ovannämnda besparingsplan. Parallellt med detta måste samverka med länets kommuner fördjupas så att varje patient bereds vård inom den verksamhet som bäst tillgodoser dennes behov.

### **Beredskap**

Driftsäkerhet och en känd och övad katastrof- och beredskapsplan är också viktiga delar i patientsäkerhetsarbetet och där planeras fortsatt översyn och utveckling under 2024. En särskilt brännande fråga är HS förmåga att tillhandahålla god och säker vård i bristsituationer. Kärnområden härvidlag är läkemedel och sjukvårdsmaterial, både centralt och i verksamheterna, och hur lång period som bedöms vara nödvändig att kunna hantera. Den nuvarande geopolitiska situationen har skärpt behovet av en översyn av dessa frågor. Frågan om hur och var HS personal krigsplaceras har också aktualiserats.

## **Cosmic och läkemedelsfrågan**

En viktig faktor när det gäller olika typer av läkemedelsfel är personalresurser och brist på tid i en pressad arbetssituation. Förutsättningar för att utföra arbetet behöver ses över för att minska läkemedelsfelen. Strukturella fel har identifierats avseende läkemedelshanteringar inom vissa enheter i RÖL.

Dessa måste hanteras skyndsamt.

Här är det av särskild vikt att säkra övergången till det nya journalsystemet Cosmic när det införs, så det blir så patientsäkert som möjligt. Flera fallgropar har identifierats härvidlag.

## **Faktabaserad styrning**

År 2021 gavs Produktionsenheten i uppdrag att implementera, planera och utföra utbildningsinsats inom faktabaserad styrning (FBS) av HSLG.

Utbildningen skulle ske i tre olika etapper där slutenvården är etapp ett.

Första steget i utbildningen startade 21 mars 2023.

FBS är en metod för att fatta kloka beslut. Det handlar om strategisk verksamhetsstyrning med fokus på analys och förbättringar för att förändra resultat mot satta mål. Utbildningen riktar sig till chefer, ledare och stödfunktioner på HS lednings- och områdesnivå.

Målet är att vården skall planeras, ledas och kontrolleras på ett systematiskt sätt.

Under februari 2024 kommer behovsdialoger påbörjas inom verksamheter som har vårdplatser. Därefter kommer verksamheterna börja planera sin verksamhet och månatligen följa upp verksamheten och göra analyser.

Det som kommer att följas upp är styrande nyckeltal såsom:

- antalet utskrivningar,
- antalet vårdplatser,
- medelvårdtid,
- beläggningsgrad,
- antal överbeläggningar,
- antal utlokaliserade och
- undvikbara återinläggningar.

Finns avvikelser mot satta mål så kommer dessa att följas upp och åtgärder kommer att sättas in.

## **Primärvård**

Som första instans för flertalet av våra patienter krävs en robust primärvård som klarar av att hantera patienter över hela RÖL:s geografiska område. Kvalitet och kontinuitet krävs för att vi skall kunna erbjuda en bra och fungerande sjukvård för länets invånare.

Planerade insatser under 2024 för att närma oss denna målbild är:

Förbättrad introduktion av nyanställda, med bättre rutiner avseende vad som skall gås igenom vid anställning av såväl fast personal som såväl som tillfälligt inhyrd personal.

## **Utmaningar**

Chefläkargruppen har identifierat flera risker och utmaningar för HS i RÖL att hantera under 2024, 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 där överrapportering blir ett riskmoment.
  - Svårigheter att arbeta med effektivt förbättringsarbete på enheter där stora delar av läkargruppen byts varje vecka.
  - Minskande bemanning medför överföring av arbetsuppgifter till andra personalkategorier än de som uppgiften egentligen passar bäst för.
  - 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 arbetsätt och kompetens för att ta emot särskilt vårdkrävande patienter.



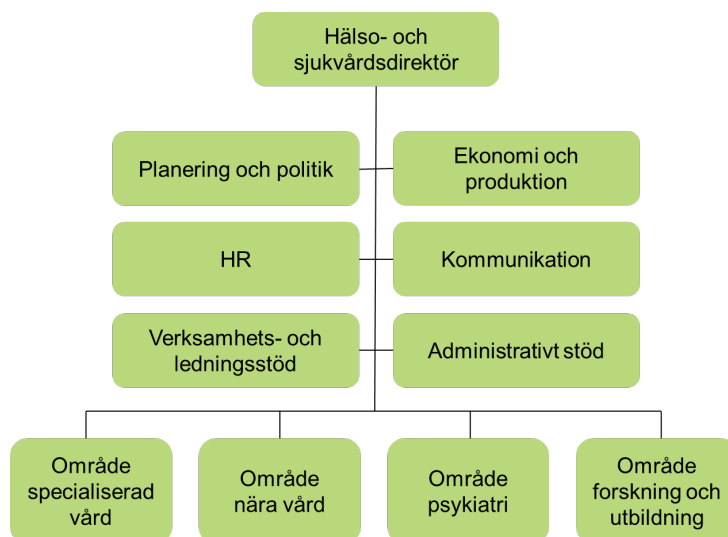
- **Vårdplatser:**
  - Platsbrist, utlokaliserade patienter,
  - Bristande kommunikation inom slutenvården, men även i kommunikationen mellan slutenvård och kommunen.
  - Platsbrist inom psykiatrisk heldygnsvård som förvärrats efter att vårdplatser i Lindesberg försvunnit.
- **Transporter:**
  - Problem 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.
  - När vissa verksamheter drar ner på grund av rådande ekonomiskt läge hänvisas patienter till vårdcentral, som får ökat tryck.
  - Både inom psykiatrin och mellan psykiatri och somatiken.
- **Väntelistor:**
  - Hantering av väntelistor inom nuvarande journalsystem i primärvården är en identifierad riskfaktor och följs upp.
  - Vårdcentralerna brottas med växande väntelistor då fler och fler uppgifter skall lösas.
  - Stora svårigheter att göra prioriteringar och erbjuda läkar- och sjukskötersketider inom psykiatrin före måldatum.
- **Larm:**
  - Otydliga, okända larmrutiner.
- **Läkemedelshantering:**
  - Restnoterade läkemedel har uppmärksammats som en återkommande risk.
  - Riskabel läkemedelshantering på utskrivningsavdelningen, på andra enheter och vid övergångar.
- **Medicinsk teknik:**
  - Problem med tillgång till andningsapparater,
  - Bristande kunskap om användning av medicinskt teknisk utrustning både på sjukhuset, SÄBO och i hemmen.

- **Cosmic:**
  - Genomtänkt plan för övergången till Cosmic där den manuella hanteringen ses som ett riskmoment.
  - Manuell hantering av läkemedelslistor kommer kräva mycket tid och merarbete vid besök då journaler skall sammanfattas.
- **Ekonomi:**
  - Den försämrade ekonomin under hösten 2023 har inneburit en organisatorisk utmaning för verksamheterna med mindre resurser för systematiskt patientsäkerhetsarbete, vilket kan förvärras under 2024.
- **Psykatri:**
  - Utmaningen under 2024 blir att arbeta fram ett arbetssätt för att hantera färre vårdplatser och samtidigt implementering av SPO-team (specialpsykiatriskt omvårdnadsteam).

# Bilaga 1. Organisation och patientsäkerhetsansvar

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 RÖL:s största förvaltning och leds av hälso-och sjukvårdsdirektören som också är förvaltningschef. Verksamhet bedrivs på Universitetssjukhuset i Örebro (USÖ), länsdelslasaretten i Karlskoga och Lindesberg, 25 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 21 verksamhetsområden. Dessa utgörs av sjukhusverksamheterna vid Universitetssjukhuset i Örebro, exklusive psykiatri och geriatrik, samt länsverksamhetsområdena anesthesi och

intensivvård, kirurgi, ortopedi och handkirurgi, röntgen och sjukhusfysik, kvinnosjukvård och laboratoriemedicin.

Inom område Nära vård ingår 11 verksamhetsområden. Dessa utgörs av primärvård, verksamhetsområdena geriatrik,habilitering och hjälpmedel samt de sjukhusverksamheter på de två länsdelssjukhusen som inte ingår i länsklinikerna.

I område psykiatri ingår de fyra verksamhetsområdena allmänpsykiatri, barn- och ungdomspsykiatri, rättspsykiatri och specialistpsykiatri.

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. Region Örebro län 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 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 Region Örebro läns verksamheter och ledning.

### **Hälso- och sjukvårdsförvaltningen**

*Hälso- och sjukvårdsdirektören* ansvarar på uppdrag av hälso- och sjukvårdsnämnden för att RÖL:s 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 avvikelsehantering 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
- Beredskapscentrum

#### Funktioner:

- Chefläkargruppen
- Patientsäkerhetsstrateger
- Regionala beredskapsöverläkare

Utöver förvaltningsövergripande chefläkare, finns även chefläkare och anmälningansvariga. Tjänsterna bemannades under 2023 av sex chefläkare och fem 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.

Inom Folktandvården finns cheftandläkare med ansvar för anmälningar och avvikelser, och inom Regionservice finns anmälningsansvarig för medicintekniska produkter. En biomedicinsk analytiker å 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 anmälningskyldighet.

## Bilaga 2. Avvikelser

### Exempel på avvikelser och klagomål inom primärvården som lett till förbättringar:

- Läkemedelsförändringar som ej meddelats kommunens sköterska.
  - **Åtgärd:**
    - Ny rutin för dokumentation av patienter med särskilda insatser.
- Uppmärksammade brister i introduktion av ny personal.
  - **Åtgärder:**
    - Framtagande av introduktionsschema och gemensamt arbetssätt för att minska risken för fel kopplat till tillfällig personal och nyanställda.
    - Mentorer för ny personal.
    - Utbildningsinsats i samarbete med ögonkliniken till sköterskor gällande suturtagning efter ögonoperation.
- Provsvar som ej signeras
  - **Åtgärd:**
    - Ny rutin för signering av provsvar och konsultremissvar vid såväl sjukfrånvaro som tillfälliga medarbetare.
- Miss i avbokning av patienter där patient inte nåtts av informationen skickad via sms.
  - **Åtgärder:**
    - Ändrat arbetssätt med 3 försök att ringa patient före avbokning.
- Flera avvikelser avseende SVF-remisser för bröstcancer.
  - **Åtgärd:**
    - Förtydligande av processen hos utföraren, Unilabs.



## Exempel på åtgärder insatta efter internutredning vid lex Maria-ärenden:

- Larmrutiner vid svårt sjuka barn har fungerat otillfredsställande, vilket lett till incidenter där stort barnlarm för barn med akut livshotande tillstånd ej aktiverats. Detta har medfört att adekvata åtgärder har fördröjts.
  - **Åtgärd:**
    - Kriterier för när litet och stort barnlarm skall dras har förtydligats.
    - Skyltar har satts upp i alla rum på vårdavdelning och akutmottagning med information om larmkriterier, vilket rum man befinner sig i och hur man larmar.
- Fördröjd reaktion på avvikande provsvar eller röntgenutlåtanden.
  - **Åtgärd:**
    - Avsatt läkartid 30 minuter måndag morgon för kontroll av provsvar.
- Fördröjning i diagnostiken av tjock- och ändtarmscancer.
  - **Åtgärd:**
    - Förtydligande i SVF (på regionnivå) med förslag på ändringar i arbetssättet och remisskraven.

# Bilaga 3. Goda exempel och förbättringsarbete

## Framgångar och framgångsrika arbetssätt

- **Psykiatri**
  - Daglig bevakning av avvikelser inom psykiatri på områdesnivå och information till chefläkare om allvarliga avvikelser.
- **Specialiserad vård**
  - Engagemang från kliniker i stort, lätt att samarbeta – men tyvärr har man haft svårt att leva upp till tidskrav på utredningar.
  - Verksamhetsområde (VO) barn som tidigare hade långa diktatköer har helt lyckats arbeta bort dem och bibehålla den nivån under hela året.
  - VO onkologi har arbetat med ”plan 5” där man har en gemensam enhetschef för vårdavdelningen och onkologmedicinska behandlingsmottagningen med en fungerande samverkan avseende personalen mellan verksamheterna.
  - VO medicin har lyckats öka bemanningen så att man nu kan ha alla vårdplatser öppna.
  - VO neurolog- och rehabmedicin har arbetat med språkgrupper på vårdavdelning med gott utfall.
  - VO röntgen och sjukhusfysik har lagt ner ett stort arbete med att korta väntetider för undersökningar som haft effekt.
  - Problem kring läkemedelshanteringen där man infört att ha farmaceuter på vårdavdelningarna.
- **Primärvården**
  - Stabilitet i chefsledet har medfört att man kunnat ta steg framåt i patientsäkerhetsarbetet. Kontinuitet har gjort att man kunnat hjälpa varandra i de lägen där nya kommit in och behövt stöd.

Engagerad och lyhörd personal som rapporterar in händelser där det gått/kunde gått fel.

- Hög följsamhet till uppsatta mål för hantering av avvikelser inom 7 respektive 180 dagar, både lokalt och centralt.
- Hög aktivitet gällande arbete med väntelistor/osignerade provsvar och anteckningar inför stundande nytt vårdinformationssystem.
- Fortsatt arbete med “*Månadens patient*” i norr för ökad samverkan primärvård/sjukhus/kommun.
- Ökad medverkan av läkare på enheterna (MLU, läkare med medicinskt ledningsuppdrag) i patientsäkerhetsarbetet.
- Nya gemensamma rutiner, dels genom Medicinska rådet, dels lokalt inom område väster och norr var för sig, exempelvis hypertoni, cystit, hypothyreos, antikoagulationsbehandling (NOAK).
- Patientsäkerhetsfrågor tas i större utsträckning upp både på gemensamma APT så väl som yrkesspecifika möten (läkarmöten/sköterskemöten).
- Journalgranskning av tillfälligt inhyrda läkare enligt checklista.
- Uppföljning via Medrave gällande medicinska resultat dels i samband med Hälsovalsuppföljning, dels lokalt på enheten. Medrave är ett program utvecklat för att ge en översiktlig bild av behandlad patientgrupp. Data utvinns ur befintligt journalsystem för rapporter på individ- och gruppnivå.
- Styrelsen för ackreditering och teknisk kontroll (SWEDAC) är en svensk myndighet och nationellt ackrediteringsorgan för Sverige som gör kontinuerlig kvalitetsgranskning av laboratorieverksamheten på vårdcentralerna.
- Hygienronder.

**Fotografer:**

Håkan Risberg/Region Örebro län – framsida, sida 12, sida 16, sida 28.

Maria Bergman/Region Örebro län – sida 9, sida 26, sida 47.

Creative Commons – sida 17

