



Sammanträde med:

**Beredning för somatisk specialistvård och högspecialiserad vård**

**Sammanträdet sker digitalt, endast ordförande, nämndsekreterare och ansvarig tjänsteperson deltar fysiskt.**

Sammanträdesdatum: 2021-03-11

Tid: kl. 09:00-12:30

Plats: Digitalt och konferensrum Eken, Eklundavägen 1

**Eventuella gruppmöten med teknik ordnas av respektive parti.**

Meddela förhinder snarast möjligt till nämndsekreterare maria.bostrom2@regionorebrolan.se 019-602 72 52.

Du som är ersättare meddelar om du kommer att delta.

**Ledamöter kallas**

Ewa Sundkvist (KD), ordförande  
Azra Prepic (S), vice ordförande  
Sebastian Cehlin (M), 2:e vice ordförande  
Patrik Renberg (S)  
Ulla Kalander-Karlsson (S)  
Ingvar Ernstson (C)  
Linda Brunzell (M)  
Birgitta Malmberg (L)  
Gunilla Fredriksson (SD)

**Ersättare underrättas**

Dan Dahlén (S)  
Erica Gidlöf (KD)  
Anna Gunnarsson (C)  
Monika Klockars (M)  
Andreas Tranderyd (MP)



## 1. Tidplan

Föredragande:

09:00-09:10 Mötet öppnas, upprop, val av protokollsjusterare, anmälan av frågor

09:10-09:15 Beslut: Meddelandeärenden

09:15-09:50 Handlingsplan för ekonomi i balans: lägesrapport och kommande utmaningar – Peter Hansson

09:50-10:05 Aktuellt från verksamheten – Gustav Ekbäck

10:05-10:45 Från verksamhetsplan 2021 till verksamhetsplan 2022 med riktning Målbild 2030 (information och diskussion) – Gustav Ekbäck

10:45-10:55 Paus

10:55-11:25 Nationella processen kring högspecialiserad vård – Gustav Ekbäck, Karin Haster, Lise Bergman Nordgren

11:30-12:00 Etikrådet - Mia Svantesson Sandberg, Rose-Marie Wilnerzon Thörn

12:00-12:10 Aktuellt nationellt, sjukvårdsregionalt och lokalt – Ted Rylander

12:10-12:20 Aktivitetsplan 2021, inklusive årets uppdrag – Gustav Ekbäck och Ted Rylander

12:20-12:30 Svar på anmälda frågor

## 2. Protokollsjustering

### Förslag till beslut

Beredning för somatisk specialistvård samt högspecialiserad vård beslutar

att jämte ordföranden justera dagens protokoll utse Gunilla Fredriksson (SD) med Linda Brunzell (M) som ersättare.

Protokollet ska vara justerat senast den 25 mars 2021.

## 3. Anmälan av frågor

## 4. Anmälnings- och meddelandeärenden

Darienummer: 20RS12101



**Förslag till beslut**

Beredning för somatisk specialistvård och högspecialiserad vård beslutar

att godkänna redovisningen.

**Sammanfattning**

Meddelandeärende:

1. Protokollsutdrag hälso- och sjukvårdsnämnd 2021-01-22, §10 HS Återrapportering av uppdrag från hälso- och sjukvårdsnämndens beredningar
2. Utvärdering av ortopediska kliniken i Region Örebro län, 21RS1700.
3. Sammanfattning utvärdering av ortopediska kliniken i Region Örebro län, 21RS1700.

**Beslutsunderlag**

- §10 HS Återrapportering av uppdrag från hälso- och sjukvårdsnämndens beredningar
- Utvärdering ortopediska kliniken Region Örebro län
- Sammanfattning utvärdering ortopediska kliniken Region Örebro län

**5. Information**

1. Handlingsplan för ekonomi i balans: lägesrapport och kommande utmaningar – Peter Hansson
2. Aktuellt från verksamheten – Gustav Ekbäck
3. Från verksamhetsplan 2021 till verksamhetsplan 2022 med riktning Målbild 2030 (information och diskussion) – Gustav Ekbäck
4. Nationella processen kring högspecialiserad vård – Gustav Ekbäck, Karin Haster, Lise Bergman Nordgren
5. Etikrådet - Mia Svantesson Sandberg, Rose-Marie Wilnerzon Thörn
6. Aktuellt nationellt, sjukvårdsregionalt och lokalt – Ted Rylander
7. Aktivitetsplan 2021, inklusive årets uppdrag – Gustav Ekbäck och Ted Rylander

**Underlag**

- Aktivitetsplan 2021 för Beredning för somatisk specialistvård och högspecialiserad vård - uppd 2021-02-03
- VP 2021 contra målbild
- Verksamhetsberättelse hälso-och sjukvårdsnämnd 2020
- Patientsäkerhetsberättelse för år 2020

**6. Besvarande av anmälda frågor**

**7. Presentation från sammanträdet**



Föredragande:

4

# Anmälning- och meddelandeärenden

## 20RS12101



## § 10 Återrapportering av uppdrag från hälso- och sjukvårdsnämndens beredningar

Diarienummer: 20RS12578

### Sammanfattning

Hälso- och sjukvårdsnämnden har tilldelat de tre beredningarna ansvaret för ett antal uppdrag under 2020. Med anledning av uppdragen har rapporter sammanställts och överlämnats till hälso- och sjukvårdsnämnden.

### Beslutsunderlag

- FöredragningsPM hälso- och sjukvårdsnämnd 2021-01-22, Återrapportering av uppdrag från hälso- och sjukvårdsnämndens beredningar
- Rapportering av uppdrag till HSN från beredning för närsjukvård
- Rapportering av uppdrag 2020 till hälso- och sjukvårdsnämnden, beredning för psykiatri, habilitering och hjälpmedel
- Beredning för somatisk specialistvård och högspecialiserad vård, rapportering till hälso- och sjukvårdsnämnden angående uppdrag för 2020

### Anteckning

I samband med ärendets behandling föredrar beredningarnas tre ordförande Carina Dahl (S), Ewa Sundkvist (KD) och Charlotte Edberger (C) respektive berednings återrapportering.

### Beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att godkänna återrapporteringarna av uppdrag från beredningarna.

### Skickas till

Beredning för närsjukvård

Beredning för somatisk specialistvård och högspecialiserad vård

Beredning för psykiatri, hjälpmedel och habilitering

# UTVÄRDERING AV ORTOPEDISKA KLINIKEN I REGION ÖREBRO LÄN

Örebro 2021-01-31

André Stark  
Olle Svensson  
Kerstin Tengberg  
Carl Johan Tykesson  
Jennie Änghagen

# Utvärdering av Ortopediska kliniken i Region Örebro län

## 1 Innehåll

<b>1.</b>	<b>Bakgrund.....</b>	<b>5</b>
1.1	Behovet av att omstrukturera vårdens organisation i ett nationellt perspektiv.....	5
1.2	Region Örebro läns bevekelsegrunder - länsuppdraget.....	5
1.3	Länsklinikernas bildande .....	7
<b>2</b>	<b>Länsklinikens uppdrag och syftet med utvärderingen.....</b>	<b>8</b>
<b>3</b>	<b>Sammanfattning – har det varit värt priset? .....</b>	<b>9</b>
3.1	Förbättringsområden .....	10
<b>4</b>	<b>Metod .....</b>	<b>12</b>
<b>5</b>	<b>Kliniken ur ett medicinskt perspektiv .....</b>	<b>13</b>
5.1	Åldersutvecklingen.....	13
5.1.1	Befolkningens hälsa .....	15
5.1.2	Ortopedi.....	15
5.2	Klinikens utvecklingsarbete.....	16
5.3	Ledproteser – kvalitativa resultat .....	20
5.3.1	Ledproteser.....	20
5.3.2	Omoperationer av ledproteser .....	21
5.3.3	Knäproteser .....	21
5.3.4	Övriga ledproteser .....	22
5.3.5	Framtida utveckling .....	22
5.3.6	Resultat från svenska Höftprotesregistrets årsredovisning 2018 .....	22
5.4	Traumacenter.....	25
5.5	Geriatriskt trauma.....	27
5.6	Ortogeriatriskt centrum .....	29
5.6.1	Ortogeriatrisk .....	29
5.7	Omvårdnad .....	30
5.8	Patientsäkerhet.....	31
5.8.1	Infektionsverktyget.....	31
5.8.2	Avvikelsehantering.....	31
5.9	Övriga verksamheter inom kliniken .....	32
5.9.1	Frakturmottagning.....	32
5.9.2	Fysisk aktivitet på recept .....	32
5.10	Förebyggande arbete .....	32
5.10.1	Statistik och folkhälsoarbete .....	34



<b>6</b>	<b><u>Forskning, utveckling och utbildning (FoUU)</u></b>	<b>35</b>
6.1	FoUU-verksamheten vid Ortopediska regionsjukvården i Region Örebro län	35
6.2	Forskning	36
6.2.1	Ny angelägen forskning	36
6.3	Docentbrist	37
6.4	Grundutbildning	37
6.5	ST-utbildning	37
6.6	Omvårdnadsutbildning	38
6.7	Forskningsfinansiering	38
6.8	Sammanfattning	39
<b>7</b>	<b><u>Klinikens mätbara resultat</u></b>	<b>40</b>
7.1	Frågeställningar	40
7.2	Sammanfattning	40
7.3	Metod	41
7.4	Disposition och termer	41
7.5	Del 1 - Finansiering; kostnader och ekonomiskt resultat	42
7.5.1	Kort om hur vården finansieras i Region Örebro län	42
7.5.2	Beskrivning av variabler som används i analysen	42
7.5.3	Bruttokostnad	44
7.5.4	Nettokostnad	44
7.5.5	Jämförelse av brutto- och nettokostnad	44
7.5.6	Resultatutveckling	46
7.6	Del 2 - Klinikens resultat	47
7.6.1	Beskrivning av variabler som används i analysen	47
7.6.2	Den samlade vårdproduktionen	48
7.6.3	Nationell jämförelse av vårdproduktionen	49
7.6.4	Vårdproduktionen i relation till kostnaderna - marginalkostnad	50
7.6.5	Hemtagning av vård i egen regi och såld vård	53
7.6.6	Tillgänglighet och väntetider	55
7.6.7	Profilering av sjukhusen	58
7.6.8	Ledtider och komplexitet	61
7.6.9	Arbetad tid	63
<b>8</b>	<b><u>Organisation, ledning och styrning</u></b>	<b>64</b>
8.1	Uppdraget	64
8.2	Sammanfattning - Hur har det varit möjligt att genomföra en så snabb förändring på så kort tid och med så goda resultat?	64

8.2.1	Risker .....	64
8.2.2	Förslag till åtgärder för långsiktig hållbarhet .....	65
8.3	Utredarnas sammanhangsmarkering för förändringsledning och förändringsarbete 65	
8.3.1	Vad händer med människor i förändring? .....	66
8.3.2	Förstå, vilja och kunna .....	67
8.3.3	Förändring tar tid .....	67
8.4	Ortopediska kliniken formar sin nya organisation och sitt arbetssätt .....	68
8.5	Strategi – Lean/Agile .....	70
8.6	Utvärdering av ledningsorganisation .....	71
8.6.1	Rollen som sektionschef .....	71
8.6.2	Rollen som lokalt ledningsansvarig .....	72
8.6.3	Rollen som omvårdnadschef och omvårdnadssektionen .....	73
8.6.4	Staben .....	73
8.7	Utvärdering av klinikens ledning och styrning .....	73
8.7.1	Ledningsgruppernas inre och yttre effektivitet .....	74
8.7.2	Hur har förändringen mottagits i organisationen? .....	76
8.8	Slutsatser och förslag till åtgärder för långsiktig hållbarhet .....	78
8.8.1	Syftet med förändringen, det gemensamma uppdraget och ramar för arbetet 78	
8.8.2	Klargöra och förankra sektionschefens mandat, ansvar och befogenheter .....	79
8.8.3	Utveckla sektionernas ledningsfunktion .....	79
8.8.4	Fortsätta med riktade insatser för ledningsgruppens utveckling .....	79
8.8.5	Arbeta med kommunikationsstrategier för att nå ut i verksamheten .....	79
8.8.6	Lyft fram omvärldsbevakning som en naturlig del av arbetet .....	80
8.8.7	Tillvarata medarbetarnas engagemang, skapa förutsättningar för delaktighet	80
<u>9</u>	<u>Referenser .....</u>	<u>81</u>
<u>10</u>	<u>Bilagor .....</u>	<u>83</u>
10.1	Bilaga 1 Infektionsverktyget .....	84
10.2	Bilaga 2 Avvikelsehantering .....	85
10.3	Bilaga 3 Åsa Andersson utredning 2018 .....	86
10.4	Bilaga 4 Tabeller till Kapitel 7 Resultat .....	96
10.5	Bilaga 5 Ortopediska kliniken – organisation, befattningsbeskrivningar mm .....	101
10.6	Bilaga 6 SWOT-analys .....	106

# 1. Bakgrund

## 1.1 Behovet av att omstrukturera vårdens organisation i ett nationellt perspektiv

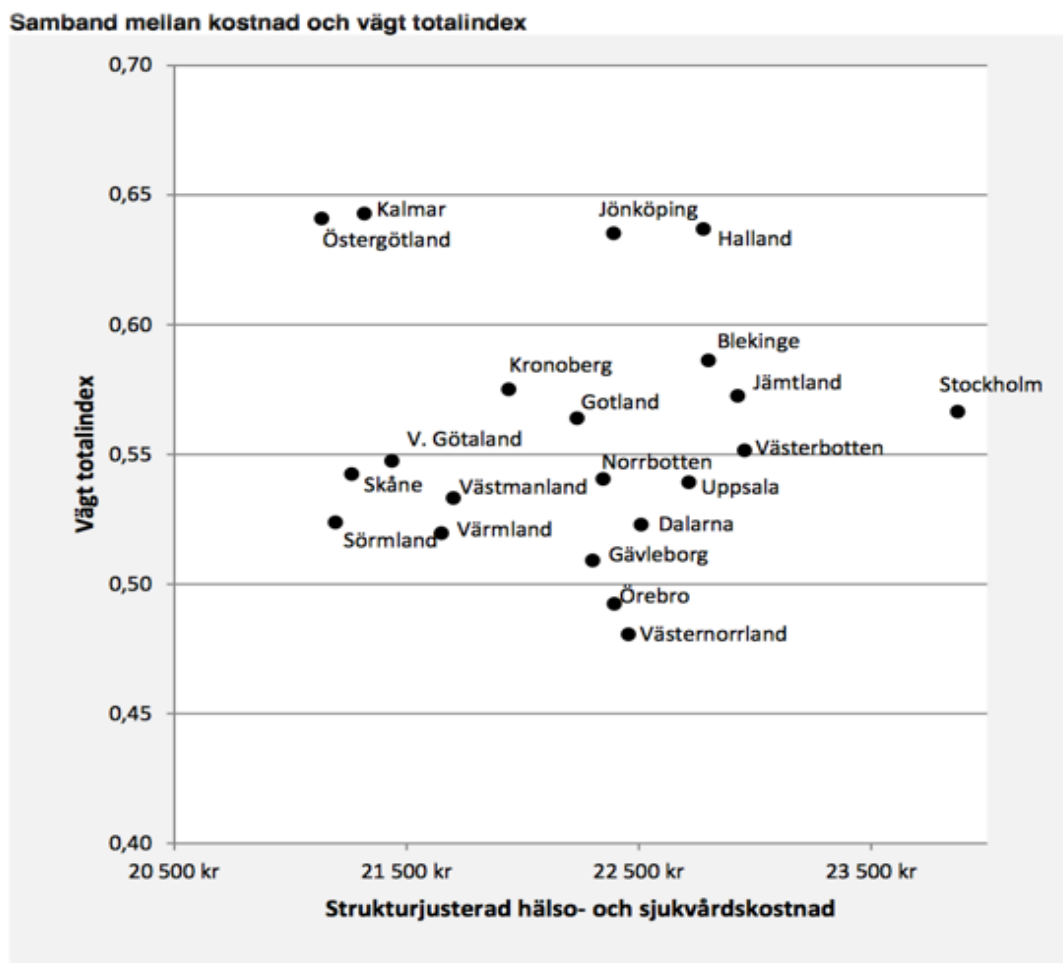
Det finns flera skäl varför en omstrukturering av vårdens organisation varit oundviklig:

- a. Specialiseringen gör att vårdteamen behöver stora patientmaterial för att upprätthålla och utveckla sin kompetens, det gäller särskilt kirurgisk verksamhet, där få om ens några kirurger kan behärska hela fältet av dagens allt mer specialiserade metoder (1).
- b. Nya metoder, exempelvis modern radiologisk diagnostik och operationsutrustning, kräver stora investeringar, och måste därför kunna utnyttjas effektivt, speciellt i den ekonomiska recession som kommer framöver efter Covid-19 pandemin.
- c. Det finns för många sjukhus i Mellansverige för att kunna sprida ut komplexa behandlingsmetoder, vilket kräver en samordning. När landstingen uppgraderades till regioner var det bara nominellt, de är fortfarande för små för att vara funktionella enheter. Jämför med den mer rationella regionindelningen i våra grannländer <http://www.nordhels.org/sv/organisation/norge/>.
- d. Bristen på kompetent personal kommer att bli än värre och motiverar också en koncentration av den högspecialiserade vården, bristen på sjuksköterskor, speciellt operationssköterskor, kan delvis hanteras genom att knyta servicepersonal till enheterna. Det finns också en utbildningsskuld som måste betalas.
- e. Universitetssjukvård i Region Örebro län behöver för sin trovärdighet fler profilområden.

## 1.2 Region Örebro läns bevekelsegrunder - länsuppdraget

Region Örebro län placerade sig i SKR:s öppna jämförelser 2014 tillsammans med Västernorrland, på en ofördelaktig sista plats i kategorin "kostnad per patient i relation till kvalitet" (Diagram 1.1). Om detta var en rättvisande bild eller inte, tvistar de lärde. Öppna jämförelser gav ändå en tydlig indikation på förbättringspotential för dåvarande landstinget. Blickar hade redan tidigare riktats från Region Örebro län mot Östergötland, som enligt dåvarande och tidigare jämförelser, lyckats betydligt bättre avseende både kostnader och kvalitet. Östergötland hade flera år tidigare gjort en relativt stor omstrukturering av hälso- och sjukvården.

**Diagram 1.1 1: Öppna jämförelser, där olika regioners kostnadseffektivitet jämförs fick Region Örebro län en mindre hedrande bedömning**



## Öppna jämförelser 2014

### Region Örebro läns vårdkostym

Förutom en tråkig placering i öppna jämförelser hade Universitetssjukhuset några år dessförinnan tappat viktiga utomlänsuppdrag. Region Örebro län var och är fortfarande beroende av att sälja vård. Befolkningsunderlaget i sig kan inte ensamt finansiera den vårdkostym man har byggt upp. Länets förmåga att positionera sig nationellt är därför helt avgörande.

### Regeringen utreder hälso- och sjukvården i Sverige

På nationell nivå började man också se över svensk hälso- och sjukvård. Regeringen utsåg en utredare för mer effektivt resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården – Göran Stiernstedt (2) samt en utredare av den högspecialiserade vården – Måns Rosén(1).

Båda dessa utredningar gav tyngd åt den förändring man ville genomföra i Region Örebro län. Rosén gav bland annat ut ett betänkande om nationell nivåstrukturering. Förslaget innebar att *vården måste koncentreras*, vilket fick till följd att Sveriges sjukvårdsregioner inte längre kunde räkna med att få fortsätta göra i stort sett allting. Till och med universitetslandstingen insåg att de inte längre kunde räkna med att få behålla all sin verksamhet.

Tvärtom framhöll han att *”träning ger färdighet”* och att små volymer innebar att patienten riskerade att opereras av relativt otränade kirurger. Större volymer och en ökad mängdträning för varje enskild operatör, skulle även få positiva effekter för hela teamet runt patienten, då även dessa skulle bli betydligt skickligare. Komplikationer skulle därmed minska och liv skulle kunna räddas. Högre kvalitet och mer jämlik vård för patienten med andra ord.

Region Örebro läns dåvarande hälso- och sjukvårdsdirektör, Jan Olsson, framhöll bland annat ovanstående som några av de bärande argumenten inför den stora omställning som gjordes av hela hälso- och sjukvården i regionen. Ytterligare argument var förstås att också få bukt med tillgängligheten. Genom bättre hushållning av gemensamma resurser skulle patienten kunna få god vård i rätt tid.

Det var väsentligt att i första hand inte framhäva besparingar i samband med omstruktureringen. De ekonomiska vinsterna skulle bli en effekt av en ökad kvalitet. *”En hög kvalitet och låg variation ger hög kostnadseffektivitet”*, framhöll Jan Olsson.

### **Kunskapsstyrning införs som ett led i ökad kvalitet och jämlik vård**

Uppdraget från Hälso- och sjukvårdsdirektören var således att vården i Region Örebro län skulle organiseras för att skapa större värde för patienterna. Sättet att göra detta på - förutom att koncentrera vården och förbättra tillgängligheten - var att styra genom kunskap, d.v.s. *”fritt valt arbete”* på länets olika arbetsplatser skulle inte längre vara acceptabelt. Man skulle istället tillämpa *”best practice”* och evidensbaserade metoder och samtidigt utveckla metoder som inte var värdeskapande för patienten. Ansvaret för allt detta skulle ligga i linjeorganisationen, d.v.s. chefer skulle efterfråga resultat.

### **Forskning och utbildning**

Som Sveriges yngsta universitetslandsting behövde också forskningen stärkas avsevärt. Att öka konkurrenskraften gentemot de övriga mer etablerade universitetslandstingen var viktigt. Läkarutbildningen var t.ex. initialt helt och hållet lokalt finansierad och ALF-medel tilldelades inte de första åren. Genom att bland annat bygga centrum med stora volymer av samma/liknande ingrepp, skulle bättre förutsättningar skapas för den kliniska forskningen.

Ex. venöst centrum och bråckcentrum i Karlskoga och ett centrum för ledplastiker i Lindesberg. Integrationen med universitetet behövde också fortsätta och utvecklas, och företrädare för universitetet integreras i klinikernas ledningsgrupper.

## **1.3 Länsklinikernas bildande**

År 2016 slogs flera tidigare självständiga och sjukhusbundna kliniker samman till gemensamma länskliniker. Bevekelsegrunderna var de ovan redovisade. En sammanslagning av länets tre ortopedkliniker till en enhet var den enda framkomliga vägen för Region Örebro län, som då var ett av de få landsting som inte var omstrukturerat.

## 2 Länsklinikens uppdrag och syftet med utvärderingen

### Uppdraget

2016 förändrades ortopedin i Region Örebro län. Tre tidigare självständiga kliniker i Karlskoga, Lindesberg respektive Örebro, gick samman till en gemensam länsorganisation, med en gemensam ledning. De flesta landsting hade gjort den förändringen redan vid sekelskiftet - ofta under stora politiska våndor.

Uppdraget för den nya länskliniken var att:

- Etablera god forskning
- Lösa tillgängligheten
- Säkerställa en god kvalitet
- Införa en hållbar struktur

Ortopediska kliniken skapade en för uppdraget förändrad ledningsorganisation för den samlade ortopediska verksamheten i länet.

### Syfte och mål med utvärderingen

1. Att utreda och bedöma i vilken mån de fyra målen i uppdraget är uppnådda och rekommendera vägval för det fortsatta arbetet. Identifiera möjligheter och hinder för klinikens fortsatta arbete inom forskning, vårdproduktion, kvalitet och struktur.
2. Att utifrån den förändrade ledningsorganisationen, få en fördjupad analys av Ortopediska kliniken ledning och styrning och bedöma om kliniken har en ändamålsenlig och över tid hållbar ledningsorganisation. Föreslå åtgärder för att ytterligare stärka klinikens arbete med uppdraget och ledningsgruppens samlade förmåga att utveckla ortopedin i Region Örebro län.
3. Att analysera och redovisa de ekonomiska effekterna av uppdraget och identifiera vilka ekonomiska förutsättningar som finns eller behövs för den fortsatta utvecklingen.

### 3 Sammanfattning – har det varit värt priset?

Ortopediska kliniken har uppfyllt målen. Kliniken har genom en framgångsrik uppdelning av den ortopediska verksamheten mellan de tre sjukhusen uppnått flera tydliga fördelar för Region Örebro läns invånare. **Tillgängligheten** till vård är god. Den nya **strukturen** har bidragit till att man kunnat erbjuda mer vård med bibehållen hög **kvalitet**. Hemtagning av avancerad rygg- och bäckenkirurgi har minskat behovet av att köpa vård och samtidigt lämnat viktiga bidrag till regionens framgångsrika satsning på en multitraumaenhet. Den ökade kapaciteten har också gjort det möjligt att erbjuda **mer utomlänsvård** och på så sätt bättre **utnyttja den egna kapaciteten** samtidigt som **väntetiderna minskat** för alla patienter.

Samtidigt har utbildning och **forskning** utvecklats, vilket återspeglas av ett stort antal doktorander, flera disputationer, och goda nationella resultat gällande läkarutbildningens nationella tentamina. Detta har uppnåtts genom rekrytering av spetskompetens och en omfattande utbildning av personal. Ortopediska kliniken har startat en avancerad testbädd med flera forskningsprojekt, högspecialiserad traumaortopedi, forskning inom flera olika andra områden bl.a, barnortopedi där det också byggts upp ett gång-laboratorium mm.

Den nya stora sjukhusövergripande universitetskliniken har skapats på mycket kort tid och man har utformat en fungerande universitetsklinik. Två år i rad har Universitetssjukhuset i Region Örebro län blivit utsett till Sveriges bästa universitetssjukhus av tidningen Dagens medicin. Sjukhuset ligger i topp både vad gäller medicinska resultat och tillgänglighet, de två tyngsta kategorierna.

I Region Örebro län finns många eldsjälar för geriatrisk vård och omvårdnad, och många bra ortogeriatriska projekt på olika vårdnivåer. Som exempel kan nämnas uppföljningen av infektionskomplikationer och att följa antibiotikaförskrivningen för att minska risken för multiresistenta mikroorganismer. Avvikelsehantering på avdelningarna drivs sedan flera år, med regelbunden återkoppling.

Ortopediska kliniken har, såsom vi bedömer det, tagit viktiga steg för att skapa en organisation och ledningsstruktur som är väl rustad för att möta framtidens krav. Det finns en struktur för organisation, arbetssätt och kompetens som skapar både spets och bredd. Ortopediska kliniken i Region Örebro län har därmed ett försprång i förhållande till andra ortopedkliniker som inte kommit lika långt.

Kostnaden för den utveckling som kliniken genomfört och som här beskrivs är rimlig och relativt låg i ett nationellt perspektiv. Region Örebro län i allmänhet och Ortopediska kliniken i synnerhet tillhör en liten exklusiv skara i landet som under analysperioden levererar mer vård!

Den resa som Ortopediska kliniken genomför är inte avslutad och sker inte utan friktion. Bitvis har motståndet varit intensivt mot delar av den omstrukturering som har genomförts och som fortfarande pågår.

### Har det varit värt priset?

Ja, det är vår bestämda uppfattning. Ur patienternas perspektiv finns inga tvivel om att förändringen kommit dem till gagn och att framtiden för ortopedin och Region Örebro län i stort, är att fortsätta på inslagen väg. Behovet av ortopedi kommer att öka i takt med att resurserna minskar. Det visar bl.a. den demografiska utvecklingen där vi ser en kraftig ökning av en äldre befolkning (+80 år), d.v.s. fler patienter i behov av vård samtidigt som antalet medborgare i arbetsför ålder minskar.

### 3.1 Förbättringsområden

1. Lindsberg har bildat en ledprotes-sektion med nationellt renommé. Med en ytterligare ökning av verksamheten stärks sjukhusets betydelse. För att uppnå ett modernt välfungerande protescentrum utvecklas för framtida högkvalificerad vård måste den lokala acceptansen ökas för denna nödvändiga förändring. Detta kommer att göra sjukhuset i Lindsberg lika känt som exempelvis Coxakliniken i Finland. Utredarna bedömer att framtiden för Lindsbergs lasarett kommer att vara mycket ovisst, om man inte går mot samma utveckling som Svensk hälso- och sjukvård i stort. Det hänger samman både med regionens ekonomi och att det är mycket tätt mellan akutsjukhusen i Mellansverige i allmänhet och Region Örebro län i synnerhet. Politikerna borde därför initiera en dialog om vad som definierar ett akutsjukhus.
2. Universitetssjukvården måste stärkas och även skapa egna profilområden. För att överleva i den hårdnande konkurrensen måste Lindsberg och Karlskoga profileras som utbildnings- och forskningsenheter, med en ämnesövergripande akademisk utveckling. För ortopedins vidkommande kan det bara ske genom en fortsatt diversifiering:
  - a. Ortogeriatriskt centrum i Karlskoga, med multiprofessionell behandlingsforskning och fallprofylax i samarbete med kommunerna, primärvård och universitetet. Det är viktigt att det delvis redan befintliga samarbetet fördjupas och framför allt formaliseras för en hållbar utveckling.
  - b. Fortsatt satsning på ledprotescentrum i Lindsberg med ytterligare ökning av volymerna, men också mer specialkirurgi, svåra protesoperationer och komplikationer från andra regioner. Konkurrensen kommer att öka nationellt och internationellt med det fria EU-vårdvalet som sannolikt kommer som ett led i frihandelssträvandena. Det kommer också att ge arbetstillfällen.
  - c. Ryggkirurgi och stödfunktion till traumacentrum i Region Örebro län måste utvecklas som ytterligare en spetskompetens.
3. FoUU-enheten fungerar på det stora hela väl. Det finns en professor, en docent och en forskningskunnig verksamhetschef. Det råder absolut ingen brist på doktorander, däremot är bemanningen av formellt kompetenta handledare en bristvara vilket gör systemet känsligt. Det krävs att fler disputerade blir docenter inom en snar framtid.
4. Den nya stora sjukhusövergripande universitetskliniken har skapats på mycket kort tid och man har utformat fungerande verksamheter. För en fortsatt hållbar utveckling krävs dock ett samarbete över lokala gränser och en acceptans av att man nu för att utveckla ortopedin är en del av en ny regionövergripande universitetsklinik, snarare än lokala enheter.



5. Kliniken har skapat en hållbar struktur för ledningsorganisationen. Möjligheterna att fortsätta växa inom ramen för befintlig struktur är mycket goda, vilket innebär utveckling av både spets och bredd. Kliniken föreslås arbeta vidare med att:
  - a. Göra ett omtag kring syftet med förändringen, det gemensamma uppdraget och ramar för arbetet.
  - b. Klargöra och förankra sektionschefernas ansvar, mandat och befogenheter.
  - c. Utveckla sektionernas ledningsfunktioner.
  - d. Fortsätta med riktade insatser för ledningsgruppens utveckling.
  - e. Arbeta med kommunikationsstrategier för att nå ut i verksamheten och till samhället i övrigt.
  - f. Lyfta fram omvärldsbevakning som en naturlig del i arbetet.
  - g. Tillvarata medarbetarnas engagemang, skapa förutsättningar för delaktighet.
6. Vad gäller omvårdnad, patientsäkerhet och vårdkvalitet ligger regionen väl framme vid nationella jämförelser. Den åldrande och skörare befolkningen kräver dock ytterligare satsningar.
7. Man har arbetat hårt för att höja kvalitén och minska oönskade händelser. Men arbetet hämmas av undermåliga IT-system; generellt sätt kan man nog säga att förbättringspotentialerna härvidlag i Region Örebro län är osedvanligt stora vid en nationell jämförelse.
8. Region Örebro län bör utveckla sin styrning och uppföljning av sjukvården mot en tydligare koppling mellan uppdrag/vårdproduktion och finansiering.

Se också SWOT-analys i bilaga 6.

## 4 Metod

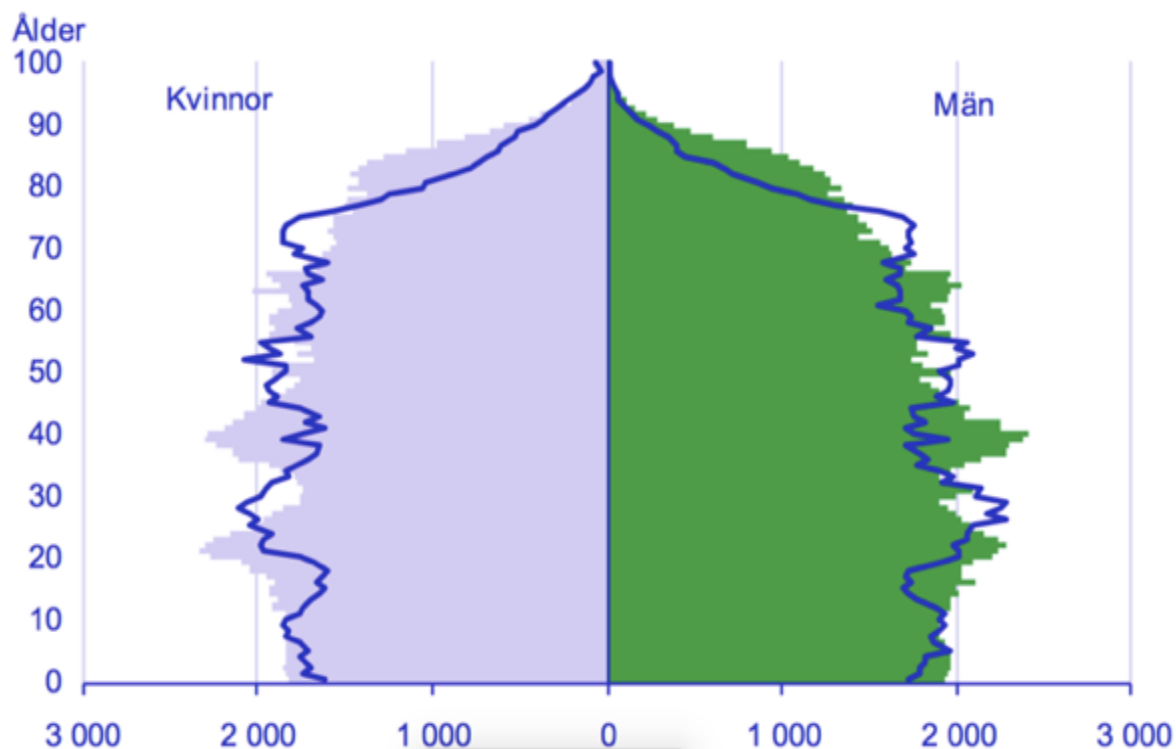
Utredarna har vid sin granskning använt ett antal olika metoder:

- Genom studier av tillgänglig dokumentation, t.ex. utredningar och andra förarbeten inför bildandet av länsklinikerna, har utredarna kunna bilda sig en uppfattning om bakgrund och förutsättningar inför länsklinikens bildande.
- Intervjuer av ett stort antal nyckelpersoner har genomförts i Region Örebro län, inom såväl som utanför Ortopediska kliniken.
- Utredarna har deltagit i klinikens aktiviteter såsom möten med ledningsgruppen, läkargruppen, stabsmöten. Sektionerna har också presenterat sina verksamheter.
- Ett evidensbaserat verktyg (GDQ) har använts för mätning av ledningsgruppens inre effektivitet och workshops har hållits med 30-talet medarbetare i Karlskoga, Lindesberg och Örebro.
- Insamling och bearbetning av data avseende utförd vård, ledtider, väntetider och ekonomi från ett flertal olika källor inom Region Örebro län, liksom kvalitetsregister, öppna jämförelser och [www.vardenisiffror.se](http://www.vardenisiffror.se) samt forskningsrapporter och bibliografiska analyser för perioden 2015-2019.

## 5 Kliniken ur ett medicinskt perspektiv

### 5.1 Åldersutvecklingen

Den viktigaste faktorn i den framtida medicinska utvecklingen är det globala åldrandet där framför allt antalet över 80 kommer att öka, vilket kommer att få dramatiska effekter för vård och omsorg. Ålderspyramiden har blivit mer fyrkantig.



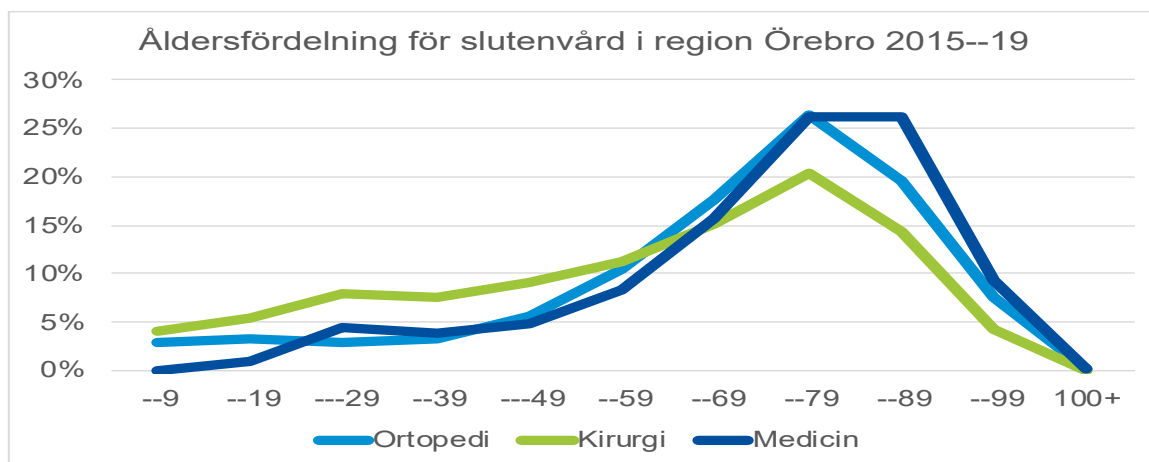
**Diagram 5.1: Prognos över befolkningsutvecklingen i Region Örebro län. 2019. Blått kvinnor. Grönt män. Blå linje är prognos för 2030. (SCB, Anders Joelsson)**

Befolkningsutvecklingen i regionen karakteriseras av inflyttning till tätorter och en kraftig ökning av äldre och äldre-äldre, vilket kommer att ställa enorma krav på vården i allmänhet och ortopedin i synnerhet, p.g.a. det ökade antalet fallskador och sjukdomar i leder och rygg.

Kommun	2019	2030	Ålder						Förändring
	Totalt	Totalt	0-5	6-15	16-24	25-64	65-79	80+	
Askersund	11 400	11 000	700	1 200	900	4 800	2 200	1 200	-400
Degerfors	9 700	9 600	600	1 000	900	4 200	1 900	1 000	-100
Hallsberg	15 900	15 300	1 100	1 900	1 400	7 200	2 300	1 400	-600
Hällefors	7 000	6 300	400	600	600	2 700	1 300	700	-700
Karlskoga	30 400	30 000	1 800	3 300	3 000	13 900	5 000	3 000	-400
Kumla	21 700	22 300	1 700	3 000	2 200	10 800	2 900	1 700	600
Laxå	5 700	5 400	300	600	400	2 300	1 200	600	-300
Lekeberg	8 200	9 100	800	1 300	800	4 200	1 300	700	900
Lindesberg	23 600	22 200	1 400	2 500	2 100	10 100	3 900	2 200	-1 400
Ljusnarsberg	4 800	4 000	200	400	300	1 800	900	400	-800
Nora	10 700	10 400	700	1 300	900	4 400	1 900	1 200	-300
Örebro	155 700	184 600	13 300	21 100	25 000	90 400	22 900	11 900	28 900
	304 800	330 200	23 000	38 200	38 500	156 800	47 700	26 000	25 400

**Tabell 5.1: Åldersfördelningen i Region Örebro län på kommunnivå. 2030 kommer 22 % över 65 år vara 65+, antalet 80+ kommer att öka med 60 %. (Källa Anders Joelsson och SCB).**

Redan nu visar åldersfördelningen av slutenvårdspatienter att ortopedin kanske borde byta namn till Ortogeriatrisk.



**Diagram 5.1: Åldersfördelningen för slutenvårdspatienter: Ortopedi liknar internmedicin, men ortopedpatienterna är inte bara gamla och sjuka de är också rörelsehindrade/nyskadade.**

Organisationen av Sveriges vård har inte anpassat sig till dagens verklighet och än mindre inför morgondagens, som skarpt påpekades i Göran Stiernstedts utredning Effektiv vård från 2016 (2). Sedan dess har det tyvärr inte hänt så mycket rent konkret. Det behövs nya metoder för gamla patienter. Nu!

### 5.1.1 Befolkningens hälsa

Den dramatiska befolkningsutvecklingen beror bara till dels på bättre hälsa även om det allmänna hälsotillståndet aldrig varit så bra som nu, men missnöjet har snarast ökat. Generellt så har resultaten i medicin/kirurgi heller aldrig varit så bra som idag. Hjärtkärlsjukdomar minskar, exempelvis har förekomsten av hjärtinfarkt halverats. Nu dominerar livsstilsrelaterade hälsorisker, framförallt rökning, övervikt och missbruk.

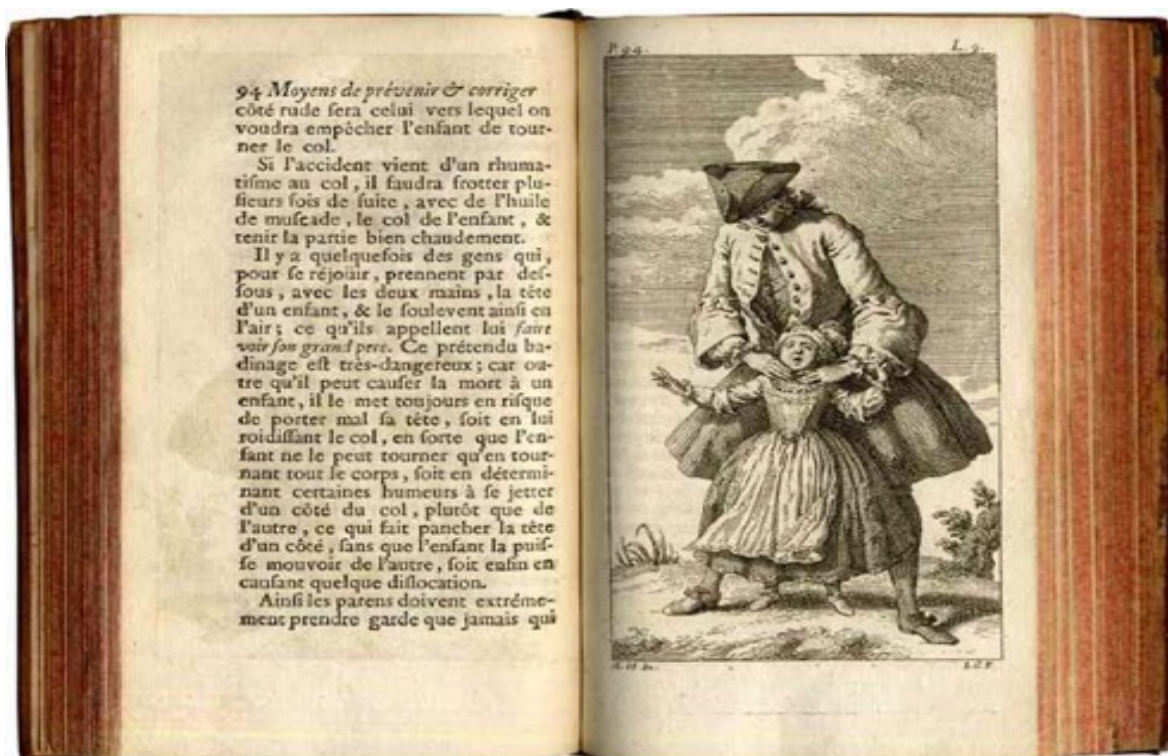
Antalet **amputationer** har minskat kraftigt p.g.a. minskad rökning. På 1970-talet rökte var tredje, 2018 7 % av den vuxna befolkningen i Sverige.

**Ledsjukdomarna** berörs också i samband med ortopedins pansarkryssare, ledproteser. I ett folkhälsoperspektiv kan vi inte låta bli att fästa uppmärksamheten på de fantastiska framsteg som reumatologin gjort, så att det numera är sällan man behöver operera reumatiker!

Den största delen av ryggkirurgi går ut på att lindra smärta. Det vanligaste ingreppet är nu att dekomprimera förträngningar i ryggmärg/nervrötter, som har ökat 5-10 falt de senaste decennierna, och efterfrågan verkar inte minska.

### 5.1.2 Ortopedi

Orto betyder rak och pedi anspelar på barn. Ordet myntades 1741 av Nicolas Andry i en lärobok om konsten att göra barn raka (Bild 5.1).



**Bild 5.1: Behandlingsmetod för korrigerig av ryggdeformiteter som inte längre anses förenlig med vetenskap och beprövad erfarenhet. Nicolas Andry (1741) Ortopedi eller konsten att förebygga och korrigera kroppsdeformiteter hos barn.**

Ända långt in på 1900-talet sysslade ortopedin mest med barn och med livshotande eller svårt invalidiserande infektioner och tumörer. Idag är bilden en helt annan i rika länder; ortopedin har övertagit en stor del av traumakirurgin och det har skett en enorm teknikutveckling av reservdelar (se avsnittet om ledproteser) men även av implantat för att stabilisera frakturer och korrigera deformiteter. I fattiga länder är bilden en helt annan, majoriteten är unga och våld/infektioner dominerar scenen.

Grunden för utvecklingen är naturvetenskaplig: den moderna medicinen, nya kirurgiska metoder, bildiagnostik och anestesi har förbättrat resultaten och gett många människor aktiva och smärtfria liv. Men samtidigt har det skapat en enorm efterfrågan som i Sverige inte kan - och aldrig kommer att kunna - helt tillfredsställas därför att förväntningarna automatiskt ökar ännu mer. Vårdgarantin - att man har rätt till den operation som någon doktor anser är tekniskt möjlig att göra - har också skapat en överkonsumtion, som mest gynnar unga och friska, medan gamla och sjuka inte accepteras som utomlänspatienter eller i privatsjukvården. Det strider mot Hälso- och sjukvårdslagens § 1(28).

Men utan vårdgarantin hade vi varit kvar på "den gamla dåliga tiden" då långa väntelistor var klinikchefernas främsta vapen för att kapa åt sig högre anslag. Och då hade heller inte den remarkabla förvandlingen av ortopedin i Region Örebro län skett, och vi hade heller inte fått nöjet att skriva denna rapport.

## 5.2 Klinikens utvecklingsarbete

Den ortopediska verksamheten i Region Örebro län hade till 2016 tre separata förvaltningar: Lindesberg, Karlskoga och Örebro vilka arbetat oberoende av varandra och ibland mot varandra. Produktiviteten inom ortopedin täckte inte behovet, vilket hade satts på sin spets av det fria vårdvalet som gjorde att regionen fick köpa ortopediska operationer för betydande belopp.

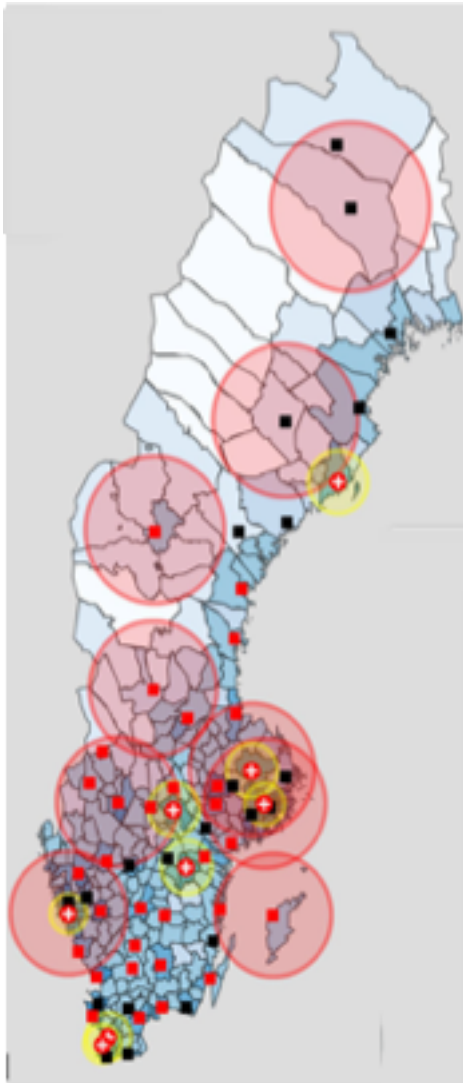
I samband med länsklinikens bildande rekryterades en ny verksamhetschef. Han hade tidigare gjort en liknande omstrukturering i norra Skåne, vilket har dokumenterats i en serie vetenskapliga artiklar (3-7). Nu skedde förändringarna under bara några år snarare än decennier: Lindesberg specialiserades till en högspecialiserad produktionsenhet för proteskirurgi, liknande Hässleholm (3), Karlskoga mot traumatologi, artroskopier, axelkirurgi och ledbandskirurgi på knän medan Örebro fick multitrauma i samarbete med kirurgi, neurokirurgi, ryggkirurgi, fot- och barnortopedi.

På så sätt kunde man ta hem stora delar av den köpta vården. Verksamheten fungerar i stort väl, även om det finns missnöje bland vissa personalgrupper och även inom andra kliniker. Missnöjet är störst i Lindesberg där man är orolig över att sjukhuset kommer att läggas ner och man vill återgå till ett autonomt sjukhus "som det var förr".

Lindesberg har bildat en ledprotes-sektion med nationellt renommé. Med en ytterligare ökning av verksamheten stärks sjukhusets betydelse. För att uppnå att ett modernt välfungerande protescentrum utvecklas för framtida högkvalificerad vård måste den lokala acceptansen ökas för denna nödvändiga förändring. Detta kommer att göra sjukhuset i Lindesberg lika känt som exempelvis Coxakliniken i Tammerfors.

Utredarna bedömer att framtiden för Lindesbergs lasarett kommer att vara mycket oviss, om man inte går mot samma utveckling som Svensk hälso- och sjukvård i stort. Det hänger samman både med regionens ekonomi, men även med att det är för tätt mellan akutsjukhusen i Mellansverige i allmänhet och Region Örebro län i synnerhet. Politikerna borde initiera en dialog om vad som definierar ett akutsjukhus För att alla regionens tre sjukhus ska vara bärkraftiga krävs därför att de blir remisscentra för omkringliggande regioner vilket det finns goda möjligheter till, eftersom verksamheten i andra regioner emellanåt kan svikta.

En av anledningarna att Region Örebro län beslöt inrätta ett traumacenter är det geografiska läget (Bild 5.2) (8).



**Bild 5.2: Mellansverige är ett av världens mest sjukhustäta områden. Kommunerna är blåfärgade efter befolkningstäthet. Röda punkter med vitt kors markerar traumacenter, röda och svarta punkter sjukhus (I storstäderna är inte alla markerade). De röda cirkelarna visar 1 timmes helikopteravstånd och de gula cirkelarna visar en timmes bilavstånd (8).**

## Örebro

Kompetens- och utrustningsmässigt är Örebro väl rustat för en komplett multitraumaverksamhet, med en bred kompetens i allmänkirurgi, kärlkirurgi, anestesi och intensivvård, neurokirurgi och nyinrättade specialfunktioner i ortopedi för bäcken- och ryggkirurgi. Ett ungt universitetssjukhus behöver också markera sitt revir med flera spetskompetenser som inte länssjukhus kan tillgodose. Se avsnitt 5.4 om traumacentrum.

### **Karlskoga**

Karlskoga har en mycket modern, välplanerad och välutrustad operationsavdelning som förnärvarande inte utnyttjas fullt ut. Överdimensioneringen av regionens operationskapacitet kommer att bli ännu större när den nya operationsavdelningen på USÖ invigs. Regionen blir då än mer tvingad att sälja sin operationskapacitet med inriktning på ledproteser och ryggkirurgi där det finns en stor efterfrågan i övriga Sverige, främst inom smärtekirurgi men även för halsryggskirurgi och deformiteter.

Kompetensen på länslasarett i riket är varierande, och det är inte ovanligt att många ortopedkliniker inte utför de vanligaste ryggingreppen eller omoperationer av ledproteser, två områden där man kan förutse en kraftigt ökad efterfrågan.

I Karlskoga driver kirurgkliniken ett venöst centrum och har även framgångsrikt centraliserat bråckkirurgin. Ortopediskt görs bl.a. elektiv och akut artroskopisk verksamhet samt axelkirurgi, inklusive proteser. Med tanke på den demografiska utvecklingen i regionen med en fördubbling av antalet människor över 85 år, och Karlskogas operationsavdelnings potentialer, vore det rationellt att starta ett Ortogeriatriskt centrum med förstärkt geriatrisk/internmedicinsk kompetens. Inte främst för att frigöra operationsutrymme från de övriga sjukhusen, utan för att ytterligare kunna utveckla vård och omvårdnad för de äldre och multisjuka. I en undersökning från en utvärdering av det ortogeriatriska samarbetet på USÖ fann geriatriken Åsa Andersson (se rapport i bilaga 3) att höftfrakturpatienterna hade en medelålder på 85,5 år. Och de hade många andra sjukdomar, i medeltal 4,5 diagnoser, och även i medeltal 11,6 förskrivna mediciner. Dessa komplexa medicinska tillstånd ger en extrem vårdtyngd. Ofta är inte frakturen patientens största problem, utan det strå som knäcker kamelens rygg. En mer rationell traumavård, inte bara av multitraumapatienter utan även av multisjuka traumapatienter skulle ge stora ekonomiska och humanitära vinster och även vara ett nytt forskningsområde för multiprofessionell forskning där Örebro universitet kan bryta ny mark. Se även kapitel 5.7 om omvårdnad.

### **Lindesberg**

I Lindesberg har man inte bara en högkvalitativ produktion av höft/knäledsproteser utan man tar även svårbehandlade komplikationer som proteslossningar och protesinfektioner, även på utomlänspatienter. Här interagerar man med regionens framstående infektions/mikrobiologiska kompetens.

Det finns en önskan från klinikledningen att ytterligare höja produktionen i Lindesberg så att det i snitt opereras fyra primära ledproteser per sal och dag. Här finns dock delade meningar om just denna fråga där man anser att man faktiskt har tredubblat länsproduktionen och att man först bör konsolidera nuvarande verksamhet med tanke på tillgång till övrig personal. Man kan ändå inte avstå från att jämföra produktiviteten och kvaliteten hos konkurrerande nationella och internationella centra.



Som nämnts varierar acceptansen för nyordningen i Lindesberg. Några önskar återgå till den gamla ordningen med ett autonomt lasarett där man själva avgör vad som skall göras och inte göras. Nattöppen akut- och operationsavdelning året runt har blivit en het symbolfråga som engagerat hela bygden, inte bara sjukhuset. Men det saknas förutsättningar och pengar för att ha nattöppet på en operationsavdelning för 30 akuta nattoperationer per år, vilket varit medeltalet 2015-2019. Det förtjänar att upprepas att det inte enbart är en fråga om ekonomi utan även om patientsäkerhet.

Man måste även tillstå att lokalerna inte är helt optimala för att höja bytshastigheten på salarna; det saknas exempelvis förberedelse- och avvecklingsrum för alla operationssalar, vilket avsevärt kan höja produktiviteten. Gällande utbildningen av ST-läkare inom proteskirurgi är inställningen att lära ut varierande bland specialistläkarkollektivet i Lindesberg. En del är mycket aktiva, andra anser att de patienter som de själva satt upp för operation är deras patienter och dessa kan inte opereras av någon annan än den läkare som först träffat patienten. En dylik inställning hindrar givetvis utbildningen.

### **Alternativa lösningar**

Det finns flera lösningar. Den mest radikala vore att delvis skifta verksamheter mellan Karlskoga och Lindesberg: protesverksamheten till Karlskoga och knäligamentskador och axelkirurgi till Lindesberg. Det skulle ge mer ändamålsenliga lokaler för protesverksamheten. Det finns emellertid även stora risker med denna rockad; stockning av protesproduktionen i samband med flytt över längre tid, förlust av kompetent operationspersonal som inte vill flytta från Lindesberg, risk att inte få tillräckligt med vårdpersonal till Karlskoga, och inte minst ökad misstämning i Lindesberg.

Därför förefaller en ökad satsning på Lindesbergs högspecialiserade vård vara en bättre lösning. En återgång till den gamla verksamheten och kapacitet för akuta nattoperationer är som nämnts orealistisk. Det krävs då att samtliga specialiteter samarbetar. Utmaningarna är bland annat: det finns för många akutsjukhus för Mellansveriges behov, de kommande ekonomiska åtstramningarna och den förutsägbara ökningen av vårddyngden det närmaste decenniet. Det är också en fråga om arbetstillfällen. Det är vitalt att även regionledningen och politiken inte bara accepterar det faktiska trängda läget, utan även de utvecklingspotentialer som specialiseringen ger.

## 5.3 Ledproteser – kvalitativa resultat

### 5.3.1 Ledproteser

- Region Örebro län har nästan fördubblat sin produktion av proteser år 2019 jämfört med år 2015, vilket skett genom att man i Lindesberg mer än tredubblat produktionen.
- Patientsäkerheten och kvalitén har bibehållits, Region Örebro län ligger i paritet med eller bättre än riksgenomsnittet.
- Patientnöjdheten och livskvalitetförbättringen är bättre än riksgenomsnittet.
- Operationskapaciteten är nu större än vad som behövs för Region Örebro län – utomlänspatienter kan opereras.
- Region Örebro län har lyckats öka ledprotesproduktionen med förbättrad kvalitet just genom att koncentrera verksamheten.
- Behovet av ledproteser kommer att öka eftersom det inte är någon medicinsk behandling av artros i sikte.
- Antalet personer med höft/knäproteser ökar ständigt.
- Med ökande livslängd för patienter och proteser kommer sena komplikationer att öka.
- Omoperation av ledproteser är vanskeligare operationer än primära proteser, båda kräver koncentration, även för att utbilda yngre personal.

Ledprotes - en de av mest framgångsrika kirurgiska operationerna någonsin - har gett många miljoner människor aktiva liv. Protesersättning av höftleden korades till 1900-talets operation, "Operation of the century", av den ansedda medicinska tidskriften The Lancet(9).

Behoven och efterfrågan av ledprotesoperationer ökar ständigt på grund av det globala åldrandet(10) i kombination med de allt bättre resultaten som gett ökade förväntningar och efterfrågan(11). De senaste två decennierna har antalet primära höftproteser i Sverige nästan dubblats till nu 18 000 per år(12). Resultaten redovisas fortlöpande i de svenska höft/knäprotesregistren, som även ger läsvärda populärvetenskapliga översikter(12-13).

Idag har cirka 200 000 svenskar åtminstone en höftprotes, och kring 5 % av alla över 40 år har åtminstone en höft- eller knäprotes inopererad, i högre åldrar mellan 10-20 %. Även om originaldelarna är bättre än reservdelarna så håller ledproteserna förvånansvärt bra med tanke på vad de utsätts för i fråga om daglig belastning; ofta mer än kroppsvikten, 10 000 steg per dag.

Idag är tidiga komplikationer efter ledprotesoperation ovanliga; nu överväger de sena komplikationerna efter decennier snarare än år. Men ändå är protesöverlevnaden mycket hög i Sverige vid internationella jämförelser, och Region Örebro län ligger över genomsnittet i flertalet nyckeltal i kvalitetsregistren.

Region Örebro län har, som nämnts, en större kapacitet av höftprotesoperationer än regionens behov. Detta exemplifieras av antalet patienter över 40 år som opererats 2018 i relation till antalet hemmahörande i Region Örebro län som opererats; 769 respektive 546. Detta visar att Region Örebro län genom sin kapacitet och kvalitet attraherar patienter från andra landsting. Kvaliteten återspeglas exempelvis av att protesöverlevnaden efter 10 år uppgår till 97,1 %. Patientnöjdheten ligger med 89,1 % över riksgenomsnittet liksom förbättringen av livskvalitet hos 88 %.

År 2018 har 18 629 höftplastiker genomförts i Sverige. Av dessa har 776 gjorts i Region Örebro län vilket är 4,2 % av Sveriges produktion. Den totala produktionen av höftproteser har i Region Örebro län ökat från 615 år 2014 till 771 år 2018. Det skall poängteras att detta skett med bibehållen kvalitet och som nämnts ligger bättre än genomsnittet i Sverige vilket måste ses som en följd av det kvalitets- och utvecklingsarbete som bedrivs i samarbete med universitetet.

### 5.3.2 Omoperationer av ledproteser

Antalet proteser som lossnar och som behöver opereras om har under de senaste åren hållit sig relativt konstant även om orsakerna varierar över tid. I Lindesberg har under perioden 2017-2018 utförts 77 omoperationer vilket är en tillräcklig volym för att upprätthålla kompetens i vårdteamen. På sikt kommer antalet revisioner sannolikt att öka med en åldrande befolkning, där fler patienter har både knä- och höftproteser vilket bidrar till ökat antal frakturer i anslutning till proteserna. Härtill kommer att patienterna blir äldre, skörare och får ökad fallbenägenhet. Detta kommer att ställa högre krav på revisionskirurgen vilken måste koncentreras eftersom denna typ av kirurgi är betydligt mer tekniskt krävande.

### 5.3.3 Knäproteser

Det opereras något färre knä- än höftproteser i Sverige med 15 430 ingrepp på knän 2018. Av dessa genomfördes 503 i Region Örebro län, vilket motsvarar 3,3 % av riksproduktionen. En ökning av knäprotesoperationer i Region Örebro län har skett från 350 år 2014 till 503 år 2018. Även vad gäller knäproteser ligger regionen bättre till än riksgenomsnittet(13).

Ser man till antalet utförda knäprotesoperationer per 100 000 invånare ligger regionen lägst i Sverige med 109 och klart under riksgenomsnittet på 151. Det finns också kapacitet uppbyggd för att operera utomlänspatienter som söker sig till regionen.

Risken för omoperation efter 10 år uppgår till 3,75 % mot 3,5 % i hela riket. Dessa siffror talar för en hög och jämn standard. Den relativa revisionsrisken ligger inom det tillåtna. Resultaten efter knäproteskirurgi håller en lika god nivå som resultaten efter höftproteskirurgi i Region Örebro län.

Regionsjukvården i Region Örebro län har insett vikten av att utveckla en produktionsenhet för höft- och knäproteser i Lindesberg: 2015-2018 har produktionen nära nog tredubblats. Kvalitetsmässigt håller sig enheten i Lindesberg mycket väl framme vad det gäller kvalitetsmättet reoperationer inom 2 år för höftproteskirurgi där man ligger under riksgenomsnittet. Gällande knäproteser är man väl i paritet med hur det ser ut i riket. Båda ingreppstyperna som utförs i regionen är definitivt livskvalitetsstegrande och därmed samhällsviktiga.

### 5.3.4 Övriga ledproteser

Proteser i andra leder är mera ovanliga. Enligt kvalitetsregistren utförs cirka 2 000 axelproteser(14), per år i Sverige vilket liksom för andra proteser, armbågar, fotled, handled, diskar, är för få för en meningsfull statistik.

### 5.3.5 Framtida utveckling

Den största förändringen vad gäller kirurgi vid ledsjukdomar är att den medicinska behandlingen vid ledgångsreumatism blivit så bra att det lyckligtvis numera är sällsynt att man behöver sätta ledproteser på reumatiker. Men proteskirurgin kommer att öka kraftigt i betydelse under de närmaste 50 åren. Dels för att resultaten är så bra att proteser opereras på allt yngre, men också för att vi lever längre och antalet personer med inopererade ledproteser ständigt ökar i högre åldrar, ofta kring 5-10 %. Någon medicinsk bot för artros - den vanligaste orsaken till ledprotes - är i dag inte i sikte. Det är därför även av dessa skäl nödvändigt att koncentrera denna typ av verksamhet till en produktionsenhet som inte störs av några akuta flöden. Produktionen blir då förutsägbar med en jämn och hög kvalitet, då övning som bekant ger färdighet (1). Det är också nödvändigt, inte minst av utbildningsskäl, att knyta ihop rutinfall av ledproteser med omoperation av ledproteser, d.v.s. med mer komplicerade operationer. Därmed får operatören själv se sina komplikationer, vilket inte är fallet i exempelvis Stockholm där det nästan helt saknas kontinuitet när den klinik som opererat in en protes inte tar hand om sina komplikationer.

### 5.3.6 Resultat från svenska Höftprotesregistrets årsredovisning 2018

Följande graf återger oönskade händelser för patienter som opererats med en primär höftprotes i elektiv kirurgi. Oönskade händelser innebär alla former av återinläggning inom 30 respektive 90 dagar som kan ha samband med det primära ingreppet. Det gäller allmänna komplikationer, specifika komplikationer och även död. Återigen håller sig de tre enheterna i Region Örebro län mycket väl framme vilket framgår ur tabellen nedan. Gröna staplar representerar kliniker som ligger statistiskt bättre än riksgenomsnittet, svarta staplar kliniker som ligger inom riksgenomsnittet och röda staplar innebär kliniker som ligger statistiskt sämre än riksgenomsnittet, diagram 5.3:

Oönskade händelser för elektiva patienter  
varje rad representerar en enhet, primäroperation 2015–2017

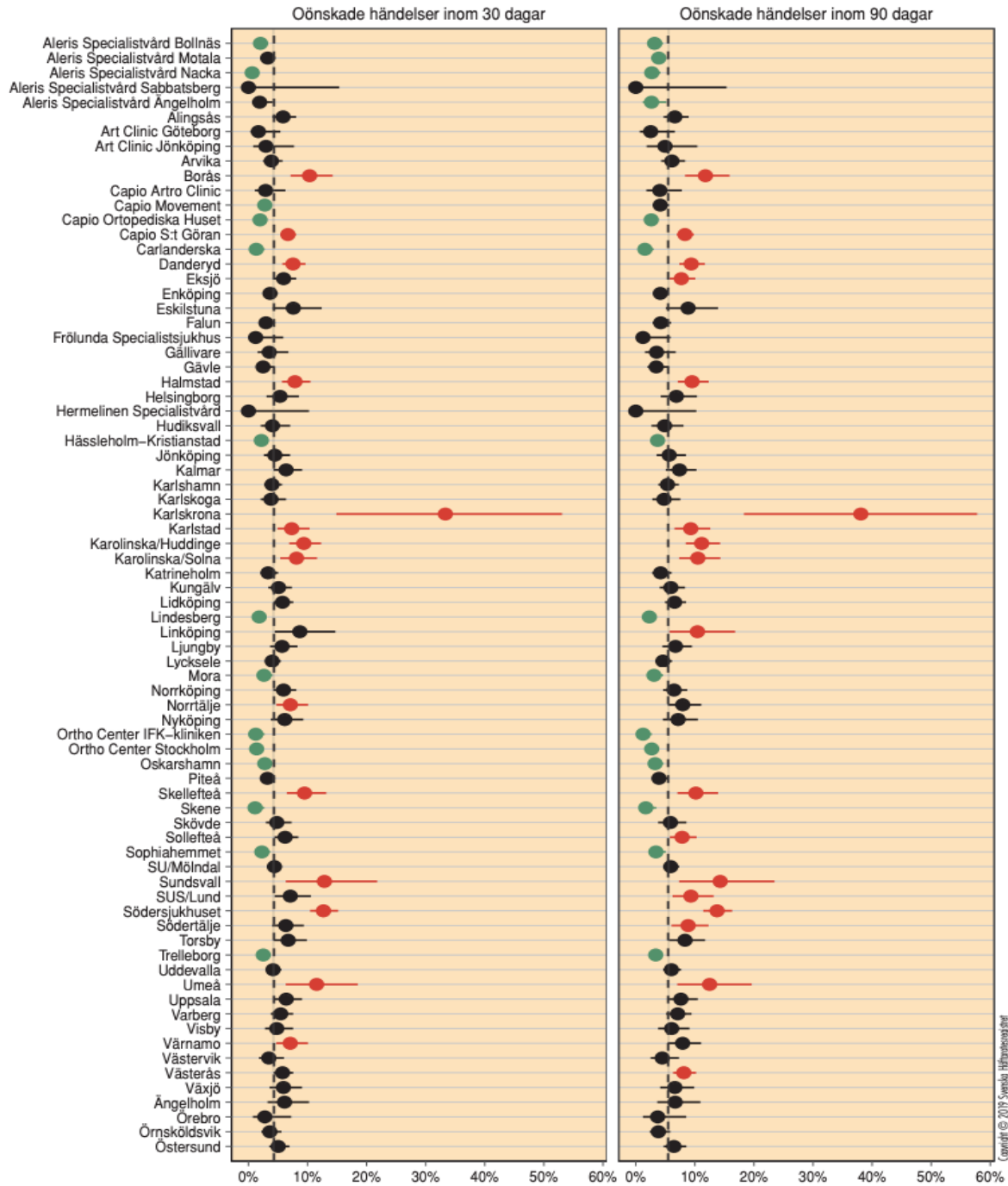


Diagram 5.3: Källa:

[https://registercentrum.blob.core.windows.net/shpr/r/årsrapport\\_Höftprotes\\_2019\\_pdf\\_FINAL-B1gibPvrv.pdf](https://registercentrum.blob.core.windows.net/shpr/r/årsrapport_Höftprotes_2019_pdf_FINAL-B1gibPvrv.pdf)

Ett annat exempel omfattar patienter som primärt protesförsörjts på grund av ett brott på lårbenshalsen. Här redovisas reoperationer inom sex månader. Lindesberg ligger inom riksgenomsnittet medan Örebro och Karlskoga ligger högre. Särskilt den sistnämnda enheten har här en förbättringspotential, tabell 5.2:

### Reoperationer inom sex månader per enhet Frakturpatienter 2016–2018

Enhet	Antal primär-operationer <sup>1)</sup>	Antal reoperationer <sup>2)</sup>	Andel, % <sup>3)</sup>	Enhet	Antal primär-operationer <sup>1)</sup>	Antal reoperationer <sup>2)</sup>	Andel, % <sup>3)</sup>
<b>Universitets- eller regionssjukhus</b>							
Karolinska/Huddinge	373	14	3,9	Ystad	147	4	2,7
Karolinska/Solna	182	14	7,7	Östersund	355	17	4,9
Linköping	268	7	2,7	<b>Länsdelssjukhus</b>			
SU/Mölnadal	1 224	18	1,5	Alingsås	142	12	8,5
SUS/Lund	647	16	2,5	Gällivare	123	7	5,8
SUS/Malmö	621	27	4,5	Hudiksvall	210	4	2
Umeå	317	7	2,2	Karlskoga	249	18	7,5
Uppsala	657	24	3,8	Kungälv	243	4	1,7
Örebro	228	11	4,9	Lidköping	169	9	5,4
<b>Länssjukhus</b>				Lindesberg	95	3	3,4
Borås	378	7	1,9	Ljungby	147	7	4,8
Danderyd	740	17	2,3	Lycksele	80	1	1,2
Eksjö	185	15	8,4	Mora	204	4	2
Eskilstuna	353	15	4,4	Norrälje	146	5	3,5
Falun	472	22	4,7	Nyköping	160	5	3,2
Gävle	474	5	1,1	Piteå	31	0	0
Halmstad	286	11	3,9	Skellefteå	181	8	4,5
Helsingborg	584	26	4,6	Sollefteå	23	0	0
Hässleholm	66	1	1,5	Södertälje	158	6	3,9
Jönköping	264	10	3,9	Torsby	104	0	0
Kalmar	286	3	1,1	Trelleborg	39	0	0
Karlskrona	373	9	2,5	Visby	106	2	2
Karlstad	535	13	2,5	Värnamo	139	6	4,6
Kristianstad	498	18	3,7	Västervik	167	7	4,2
Norrköping	352	2	0,6	Örnsköldsvik	251	4	1,6
NÄL	710	11	1,6	<b>Privatsjukhus</b>			
Skövde	343	21	6,4	Aleris Specialistvård	126	2	1,6
Sunderby	320	5	1,6	Motala			
Sundsvall	367	7	1,9	Capio S:t Göran	574	14	2,6
Södersjukhuset	992	30	3,1	Riket	18 601	555	3,1
Uddevalla	29	0	0				
Varberg	298	4	1,5				
Västerås	519	13	2,6				
Växjö	228	3	1,3				

Tabell 12.2.2

<sup>1)</sup> Avser antal primäroperationer för frakturpatienter 2016–2018. Kliniker med färre än 20 operationer under aktuell period är exkluderade.

<sup>2)</sup> Avser antal som reopererats inom 6 månader.

<sup>3)</sup> Andel reoperationer uträknade med hjälp av competing riskanalys vid sex månaders uppföljning.

Tabell 5.2: [https://registercentrum.blob.core.windows.net/shpr/r/årsrapport\\_Höftprotes\\_2019\\_pdf\\_FINAL-B1lgibPvrv.pdf](https://registercentrum.blob.core.windows.net/shpr/r/årsrapport_Höftprotes_2019_pdf_FINAL-B1lgibPvrv.pdf)

## 5.4 Traumacenter

### Stortrauma

Omfattande akuta olycksfall är numera lyckligtvis tämligen ovanliga men ett korrekt omhändertagande kan vara livräddande, de senare åren mellan 150 och 300 traumafall per år vid USÖ, de flesta trafikskador. Det kan jämföras med mer vardagliga fallskador. Av totalt 21 573 vårdtillfällen på Ortopediska kliniken 2015-19 hade 9 619 skadediagnoser, varav 83 % fallskador, 10 % av trafikskador och 7 % övriga skador.

Men för stortrauma som trafikolyckor och katastrofer krävs en komplex logistik med ambulanssjukvård, och sedan på sjukhuset tränade traumateam och speciell utrustning. Det viktigaste och farligaste är akut blödning och andningspåverkan liksom skador på hjärnan.

### Traumacentrum i Örebro

”Traumacentrum drivs av Kirurgiska kliniken”, för närvarande fem bakjournskompetenta allmän- och kärllkirurger, som har ett upparbetat samarbete med anesthesiologin. Man rapporterar mycket goda resultat(8).



***Bild 5.3 Omhändertagande av svårt skadade patienter kräver ett väl intrimmat team med militär disciplin och klinisk precision. Teamledaren i röd väst, kirurgbakjouren, leder arbetet där varje medarbetare har sina givna arbetsuppgifter.***

Det har drivits en omfattande utbildningsverksamhet och internationella konferenser och kurser har organiserats ([www.jevtm.com](http://www.jevtm.com)). Här krävs det att forskning och vård samarbetar intimt.

Modern traumavård kräver förutom en utvecklad transportlogistik, stora investeringar i form av s.k. hybridsalar där man kan diagnostisera med datortomograf och operera de svårt skadade patienterna i samma lokaler på akutmottagningen.

Kärllskador kan numera lättare behandlas delvis perkutant där man i röntgengenomlysning med katetrar och små ballonger kan stilla blödningar som ofta inte kan göras med konventionella öppna kirurgiska metoder. Här har kärllkirurgerna tagit hem kompetens och utvecklat avancerande metoder.

### **Ortopedins roll inom stortrauma**

Ortopedins roll inom stortrauma är sällan det mest akuta, dock kräver framför allt bäcken- och ryggsador ett snabbt omhändertagande. Krosskador mot buk/bäcken ger livshotande blödningar som kan behöva stoppas genom att man packar bäckenet med dukar, eftersom det inte går att suturera massiva blödningar från småkärl. Det kräver en speciell kompetens som man inhämtat genom internationella kurser och studiebesök. År 2019 utförde man 29 komplicerade bäckeningrepp på svårt skadade patienter (se bilaga 4, tabell B4.7).

För att upprätthålla verksamheten krävs större volymer med fler patienter från exempelvis Värmland och Dalarna. Den förra regionen har man redan ett utvecklat samarbete med. Här är helikoptertransporterna en nyckelfråga. Det framgår av utredningen "Träning ger färdighet"<sup>(1)</sup> att för att kunna upprätthålla spetskompetens och rekrytera kompetenta team krävs ett tillräckligt antal patienter.

En annan ortopedisk uppgift är den akuta behandlingen av svåra ryggsador med eller utan förlamningssymtom p.g.a. skador på ryggmärg/nervrötter. Ryggkirurgin har haft en enorm utveckling det senaste decenniet som gör att man nu kan behandla och bevara liv och funktion. Genom nya tekniker och diagnostiska metoder kan man klarlägga skadornas omfattning och utbredning. Även här krävs stora investeringar i utbildning, diagnostik, implantat och instrument.

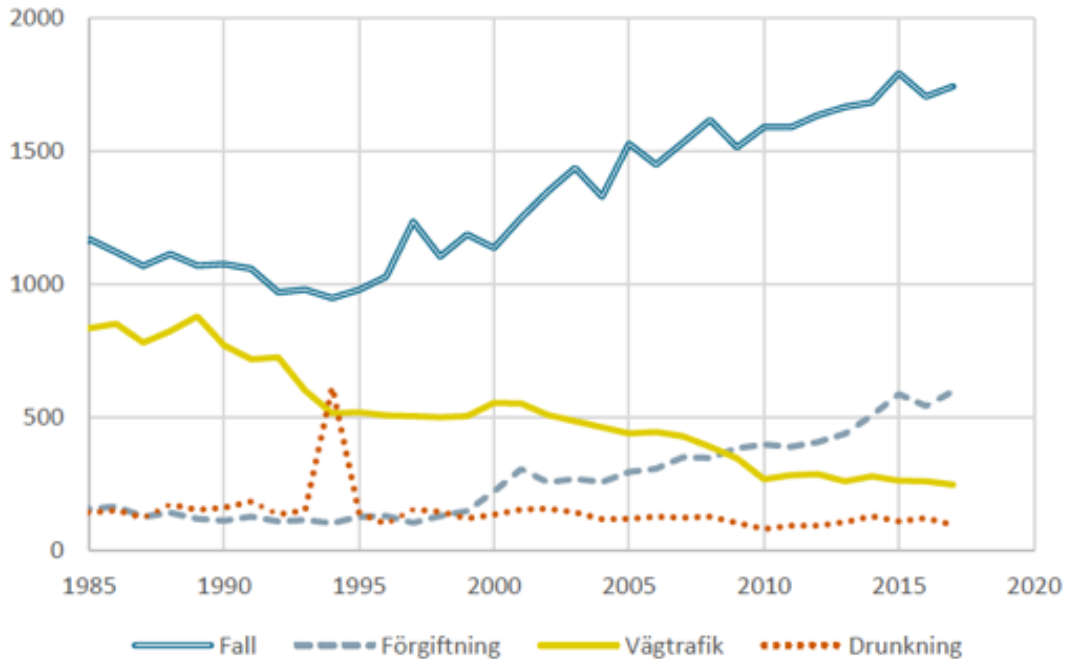
Ortopedin i Region Örebro län har därför genomfört kraftfulla investeringar även genom nyckelrekryteringar av erfarna rygg- och bäckenkirurger, vilket är en bristvara nationellt och internationellt. För att få en hållbar verksamhet behövs även här en breddning av patientunderlaget.

En annan viktig förutsättning för ett välutvecklat traumaomhändertagande är tillräcklig omvårdnadskompetens, adekvat utrustning för omvårdnadsarbetet samt säkrade möjligheter till IMA-vård och postoperativ rehabilitering. Detta är inte sällan patienter med stora vårdbehov och det krävs god samordning kring vården efter det akuta omhändertagandet. Ortopediska kliniken utför idag eftervård av dessa patienter på sin befintliga akutvårdsavdelning med befintliga resurser med resultat på kvaliteten som följd. En verksamhetsanpassning är nödvändig för att större volymer patienter ska kunna hanteras.



## 5.5 Geriatriskt trauma

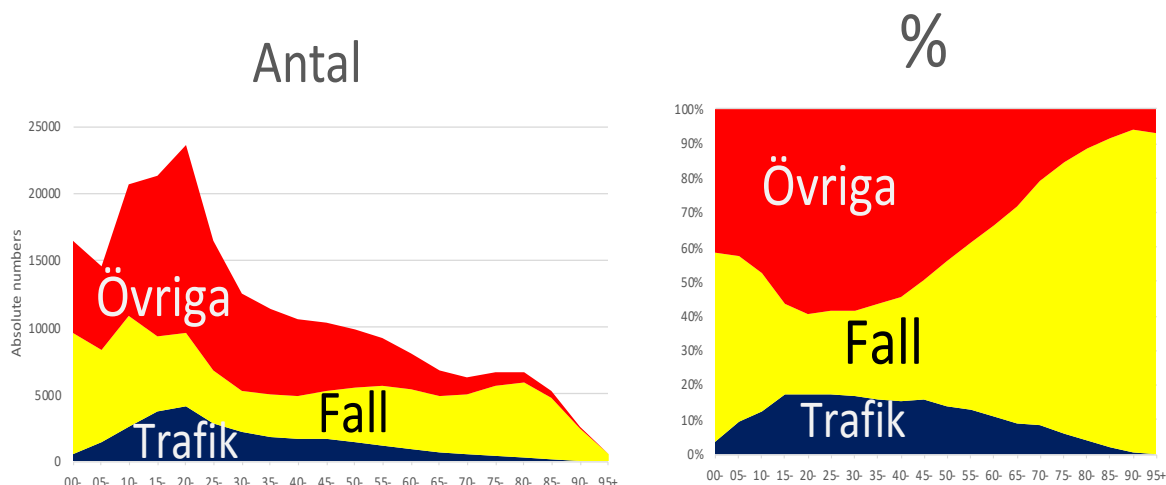
De flesta människor tror att skador domineras av trafik och våld. Det är fel(29-31).



**Diagram 5.4: Dödsfall till följd av skador i Sverige. Fallskador, blå heldragen linje ökar, liksom förgiftningar, narkotikaöverdoseringarna, blå streckad linje. Trafikskador, gul linje minskar och är faktiskt idag bara på procentsnivå jämfört med 1950. Drunkning, där toppen är Estonia-katastrofen, illustrerar något fundamentalt i skadeförebyggande arbete. Det fanns inte en orsak till förlisningen utan det var många samverkande faktorer. Källa Myndigheten för samhällsskydd och beredskap.**

Fallskador dominerar - som framgått - den ortopediska traumascenen. Av de skadefall som lades in på Ortopediska kliniken, Region Örebro län, 2015-2019 (n=9 619) orsakades 83 % av fallskador, oftast i triviala, vardagliga sammanhang, 10 % av transportskador och övriga skademekanismer 7 %. (Jämför med de 150-300 multitrauma som kommer till traumacentrum på USÖ). De spektakulära våldsbrott och gangstermord som toppar löpsedlarna är, lyckligtvis, fortfarande ovanliga i Sverige. Fallskador dödar och invalidiserar således många fler människor än alla andra skademekanismer tillsammans.

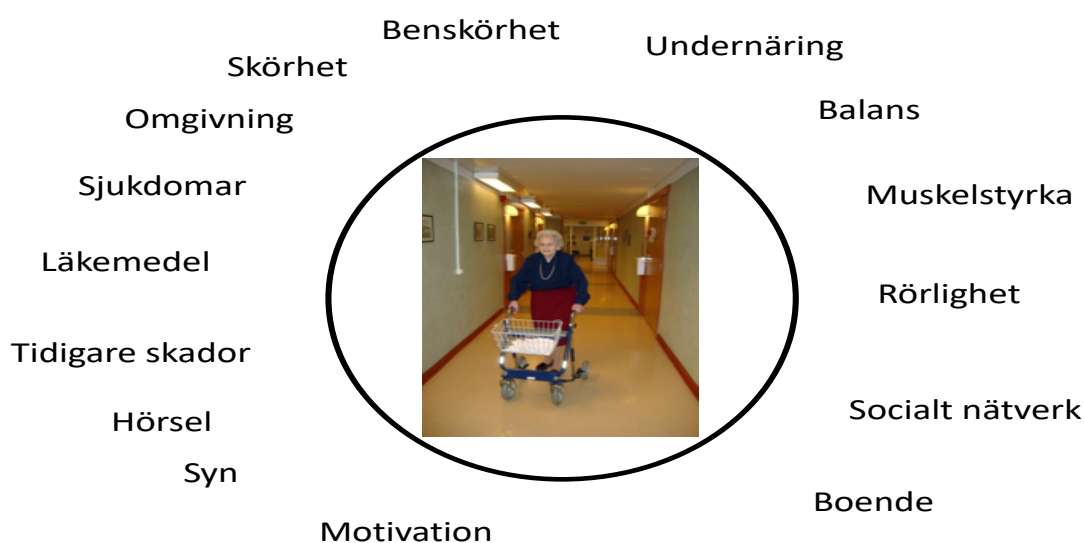
Fallskadorna är vanligast hos yngre och äldre (Diagram 5.5), hos yngre är de oftast triviala, hos äldre ofta fatala. Principen för geriatrisk frakturkirurgi är enkel: för nedre extremiteten ska det hålla att gå på meddetsamma, och arm och hand ska kunna användas, även om man inte behöver gå på händer.



**Diagram 5.5: Åldersfördelningen av skademekanismen vid 220 014 skadetillfällen vid akuten, 1993-2014 Norrlands universitetssjukhus, Umeå. Blå är trafik, gul är fall och röd är alla andra skademekanismer.**

Ofta är skadan i sig inte det största av den äldre patientens problem: samsjuklighet, övermedicinering, social isolering, inaktivitet och undernäring för att nu bara nämna några av de dussintals faktorer som tillsammans gör behandlingen så svår och som gör det nödvändigt att ändra vårdens organisation(1).

Det finns flera anledningar varför geriatriskt trauma är så eftersatt; många tror att "olyckor" är oundvikliga och ödesbestämda. Att det är fel, visar att man lyckats minska trafik-"olyckor". Citationstecknen anspelar på att skadorna nästan alltid sker p.g.a. en orsakskedja där många orsaker går att modifiera. Annars hade vi som sagt inte kunnat minska döden på vägar och arbetsplatser.



**Bild 5.4: Det finns många faktorer som avgör resultatet av traumabehandling och omvårdnad. Därför krävs en ökad geriatrisk/medicinsk kompetens för gamla skadade människor.**

I Region Örebro län sker det kring 500 höftfrakturer per år. Samhällskostnaderna för en (1) höftfraktur är över 706 000 kr bara det första året(27), över 376 miljoner, som fördelas ungefär lika på sjukvård och kommun.

Därför är det nödvändigt - inte bara av humanitära skäl - utan även av snäva ekonomiska orsaker - att organisera den akuta geriatriska skadevården på ett mer rationellt sätt. Dessutom står det i hälso- och sjukvårdslagen att behov ger företräde i vården(28). Vårdgarantin gynnar, som nämnts, främst yngre och friskare.

## 5.6 Ortogeriatriskt centrum

I Region Örebro län finns många eldsjälar för geriatrisk vård och omvårdnad, och många bra ortogeriatriska projekt på olika vårdnivåer. I mängden kan man nämna "Toppen av ett isberg" från geriatriken, frakturkedjor, fallprofylax och Läkemedelsverkets och Socialstyrelsens tyvärr delvis felaktiga riktlinjer.

År 2013 startades ett samarbete med geriatriska konsulter som har slagit mycket väl ut. Ortopederna har insett vilken nytta de har av *geriatric assessment*, och samarbetet har successivt utvecklats. Vi föreslår att man inventerar och samordnar alla goda krafter. Det är då nödvändigt att man i framtiden i den sekundära skadepfylaxen inte bara inkluderar frakturer utan alla fallskador - mekanismerna är desamma. Man måste anknyta till de tidigare upparbetade rutinerna eller organisationsformerna som frakturkoordinatörer och osteoporosmottagningar. Det kan ske till motsvarande kostnad som för någon enstaka höftfraktur. Det behövs motsvarande organisationer som man gjort exempelvis i trafik och näringsliv. Det kan inte bygga på enskilda eldsjälar som mycket snart blir utbrända.

Det har saknats en redovisning av de terabytes av data som matas in i olika journaler och kvalitetsregister. Det är funktionellt att ortopedin har en central roll i arbetet, eftersom utfallet av fallen registreras som ICD-koder som lätt kan omvandlas till begriplig grafik, så man ser förändringar. Utan spaning ingen aning.

### 5.6.1 Ortogeriatrisk

Det finns ett etablerat ortogeriatriskt samarbete med geriatriken, och gemensamma ronder/konferenser och regelbundna läkemedelsgenomgångar. Dessutom finns två gemensamma doktorander. Det är en solid plattform för det planerade utökade samarbetet som även avses innefatta fallförebyggande verksamhet och utökat samarbete med kommun och primärvård.

Sedan länge har det skett ett intimt samarbete mellan de ortopediska och geriatriska klinikerna på USÖ. I Karlskoga finns ett gott samarbete med internmedicin och primärvården. I Lindesberg är läget oklart. Syftet är att förbättra vård och omvårdnad, framförallt av äldre ortopedpatienter. Samarbetet har resulterat i en rapport av femårsresultaten, se bilaga 3, och vetenskapliga artiklar(32-34).

Men samarbetet bör även innefatta skadeförebyggande arbete, vilket tidigare inte varit ortopedins starkaste gren, speciellt om man jämför med andra specialiteter som kardiologi och infektionssjukdomar. För att inte tala om trafik- och arbetsplatskador. Grunden är att återkoppla skadestatistik som begriplig information.

Men framförallt finns det en utvecklingspotential i samarbete med kommunerna och universitetet på alla vårdnivåer.

Kommunerna står för kostnaderna för äldreomsorgen men gör sällan några samordnade insatser för att minska de kostsamma och förödande skadorna. En av de bärande idéerna i det ortogeriatriska förslaget är att räkna skador, kronor och ören, och mäta effekterna av massiva samordnade åtgärder - som i trafiken. Ett stort hinder är de gammalmodiga IT-systemen i vården, som nyligen kommenterats i *The Economist*(37). Ett annat hinder är de vattentäta skott som juridiken satt upp för informationsflödet mellan vård och omsorg - det är ju samma patienter som far som skottspolar mellan äldreboenden och akuten. Covid-19 har dock visat: om behovet av information är tillräckligt stort, så väger paragraferna lätt; fallskador dödar/invalidiserar fler än Covid-19.

Universitetet behöver också samhällsviktiga profilmråden, och det är svårt att finna något som vore mer angeläget inom något annat område inom multiprofessionell behandlingsforskning. Ortogeriatrisk är också lika eftersatt som angeläget ur jämlikhet- och jämställdhetssynpunkt. Fallskador drabbar främst kvinnor. Att det inte fått samma politiska uppmärksamhet som andra kvinnosjukdomar är svårt att förstå, kanske beror det på att det är en fråga om gamla människor? Det är svårsmält ur en demokratisk synpunkt när 25 % av väljarna är pensionärer och hela 2,6 % av riksdagsledamöterna är pensionärer.

Det gäller att förstärka förståelsen hos ortopederna att även den mest eleganta operation kan spolieras om patienten inte kan följa ordinationer eller får en komplikation som gör att hon inte kan använda sin nya fina protes. Den svagaste länken avgör en kedjas styrka. Det senaste decenniet har ortopedpatienterna blivit sjukare och skröpligare, se bilaga 3.

Som tidigare nämnts har regionen satsat på ett multitrauma-centrum. De multisjuka som skadas är cirka 100 gånger fler och har högre mortalitet och morbiditet. Därför krävs ett multiprofessionellt omhändertagande av kvalificerade vårdteam - delad vårdnad!

## 5.7 Omvårdnad

Kliniken har tillsatt en omvårdnadschef, Erika Fjordkvist, som beskriver flera projekt, varav några redovisas nedan som goda exempel.



**Bild 5.5: Omvårdnadschef, Erika Fjordkvist, beskriver flera projekt, varav några redovisas nedan som goda exempel.**

Omvårdnadssektionen har arbetat systematiskt med att skapa gemensamma verksamhetsmål som baseras på en god och säker vård och en attraktiv arbetsplats. Det har varit ett digert arbete att ena flera autonoma avdelningar och mottagningar på tre olika sjukhus men kliniken har kommit långt i det arbetet, bland annat genom viss medarbetarrotation men också genom att skapa gemensamma arbetsätt och rutiner.

Kliniken har också verkat för att anpassa omvårdnaden utifrån de nya kunskaper som krävs genom den ökade specialisering som sektioneringen inom kliniken har medfört där ett exempel från avdelningen i Karlskoga kan nämnas: På grund av högre flöden av patienter med höftfrakturer har man där utvecklat omhändertagandet kring dessa patienter och utbildat sjuksköterskorna att lägga smärtlindrande höftblockad, något som tidigare utfördes av läkare i mån av tid. Genom delegeringen av blockaden till sjuksköterskorna har man nu säkerställt att patienten blir bra smärtlindrad tidigt i vårdförloppet – ett arbetssätt som därtill också genom omvårdnadssektionens engagerade medarbetare och chefer blivit ett standardiserat arbetssätt på klinikkens samtliga avdelningar.

Hindrande faktorer för omvårdnadsutvecklingen är bemanningsbrist som leder till orimligt mycket fokus på att lösa bemanning kvantitativt och ger mindre utrymme för att bygga på kvalitet. Hög medarbetaromsättning och låg kompetens som beror på för många med få år i yrket skapar risk för en sämre vård. Omvårdnadssektionens ledning vill bygga på en tydligare uppdelning av medarbetarnas kompetensnivåer, där uppdrag, uppgifter och lön är kopplade till aktuell kompetensnivå.

## 5.8 Patientsäkerhet

### 5.8.1 Infektionsverktyget

Infektionsverktyget(38) ger möjlighet att följa upp infektionskomplikationer och följa antibiotikaförskrivningen för att minska risken för multiresistenta mikroorganismer. Den används sedan en längre tid och återrapporteras. Se bilaga 1.

### 5.8.2 Avvikelsehantering

Man har arbetat hårt för att höja kvalitén och minska oönskade händelser. Men arbetet hämmas av undermåliga IT-system; generellt sätt kan man nog säga att förbättringspotentialerna härvidlag i Region Örebro län är osedvanligt stora vid en nationell jämförelse.

Avvikelsehanteringen på avdelningarna drivs sedan flera år med regelbunden återkoppling. Se bilaga 2.

Det sker genom att man manuellt knappar in på SKR:s hemsida PPM, punktprevalensmätningar. Ett direkt användarfientligt program. Ett slukhål där man manuellt måste knappa in samma data som redan står i journalerna. Det går heller inte att få ut automatiska rapporter, utan man måste gå in i ett obsolet formulär och ladda hem otympliga filer som man sedan själv måste bearbeta i andra program för att få rapporter. Det är ett skandalöst slöseri med personalens tid.

Och dessutom ett hot mot patientsäkerheten. Erika Fjordkvist, omvårdnadschefen, säger: "Tröttsamt. Hade vi kunnat lägga den tiden på att vårda våra patienter istället skulle ju kvaliteten också onekligen bli bättre..." Hon har nämligen noterat anhopningar av incidenter av och till, men saknar nu möjligheter att skapa en överblick för att göra riktade åtgärder.

Kostnaden för att skapa moderna funktionella kontrollsystem motsvarar inte ens några komplikationer och skulle snabbt betala sig genom att vårdpersonalen fick mer tid för patienterna.

Man registrerar också parallellt omvårdnadsdata i det i och för sig förträffliga kvalitetsregistret Senior Alert. Problemet är att man inte hinner med den onödiga dubbeldokumentationen, så registreringen blir så ofullständig att data inte går att använda till något vettigt syfte.

Onödig dubbeldokumentation är ett av vårdens stora ineffektivitets-problem!

Det finns över 100 medicinska kvalitetsregister, vara över 10 är ortopediska, delvis överlappande med varandra och flera parallella journaler som enligt Socialstyrelsen till 70 % består av upprepningar. SKR har tyvärr inte visat överdrivet intresse för att konkret samordna informationsflödena i vården och koordinera journaler med kvalitetsregister.

## 5.9 Övriga verksamheter inom kliniken

### 5.9.1 Frakturmottagning

På dagtid behandlar frakturmottagningen akuta skador. Det frigör resurser från akutmottagningen och ger även en möjlighet att utvidga personalens ansvar och ge nya arbetsuppgifter, vilket upplevs mycket positivt av alla professioner - att det går att göra saker på nya sätt.

### 5.9.2 Fysisk aktivitet på recept

Efter akut skada/sjukdom är man mer mottaglig för råd om att ändra sin livsstil för att minska risken för återfall. Därför bör fysioterapeuter göra en bedömning av vilka råd om träning av muskelstyrka/balans som kan vara lämplig för den enskilda patienten<sup>(35)</sup>. Speciellt viktigt är det för äldre med fallbenägenhet. Men nästan alla ortopediska ingrepp kräver individuell rådgivning i rehabiliteringen. En ökad insats av fysioterapeuter och arbetsterapeuter vore önskvärd.

## 5.10 Förebyggande arbete

Visst, det hade varit mer logiskt att skriva om profylax först, men det kan också ses som en markering att förebyggande arbetet har haft en eftersatt roll inom ortopedin. Sedan 1950-talet har det funnits effektiva organisationer för att minska de flesta skador; det finns många statliga verk och intresseorganisationer. Men inte för geriatriska fall.

Av alla samhällskostnader för skadepfylax går 5 % till fall - den skademekanism som dödar och invalidiserar fler människor än alla andra tillsammans - och större delen bekostas av näringslivet, där arbetsgivaren har juridiskt och ekonomiskt ansvar för arbetsskador. En tredjedel av alla arbetsskador som leder till sjukskrivning beror på fall.

Kostnaderna för fallskador hos äldre är större än trafikskadorna. Det är regioner och kommuner som står för lejonparten av kostnaderna - inte staten eller försäkringsbolagen.

I en norsk studie beräknade man att de totala samhällskostnaderna bara under första året efter en (1) höftfraktur var 706 000 SEK(27), även om 20 % dör redan inom tre månader, vilket avsevärt reducerar kostnaderna.

På nationell nivå finns det inget sammanhållet ansvar för fallskadorna som exempelvis, brand, trafik och flyg för att nu bara nämna några. Det delas mellan 7-8 olika myndigheter som inte samarbetar för att formera en gemensam front som exempelvis i trafiken och brandväsendet(29-31) . Både Socialstyrelsen, SKR, de flesta regioner, liksom professions- och patientföreningar driver parallella kampanjer, ibland icke utan en viss animositet.

Därför bör Region Örebro län och dess kommuner - som tillsammans står för kostnaderna - lokalt gemensamt gå in och stödja primär och sekundär fallprevention. Svårigheterna är naturligtvis att i det enskilda fallet veta vilket strå det är som knäcker kamelens rygg: skadan eller sjukdomar? Oftast båda. Men på gruppnivå kan man avläsa effekterna av det förebyggande arbetet som enligt erfarenheter från Skottland redan inom några år borde kunna ligga mellan 4-5 %.

Hur? Ortopediska kliniken registrerar alla fallskador som läggs in och som opereras, så man även kan beräkna kostnaderna (se kapitel 7), vilket kommunerna också kan göra för sina kostnader. Det går då att se effekterna av förebyggande arbete och bättre vård på kommunnivå, vilket ger politisk kraft.

Varför inte kopiera de metoder man använt i det så framgångsrika trafiksäkerhetsarbetet? Grunden där var att analysera helheten för att ta fram alla påverkbara riskfaktorer: trafikregler, krocksäkra bilar, säkerhetsbältets införande, nykterhetskontroller hastighetsbegränsningar, för att nu bara nämna några. För fallskador vet vi vad som skulle gå att påverka (Tabell 5.3). Det krävs strukturerade analyser som ser till helheten. Det går inte - etiskt eller praktiskt – att göra kontrollerade randomiserade studier, varken i trafiken eller för fallskador.

Människa			
Miljö			
Teknik			
	Före skadan	Skadan	Efter skadan

**Tabell 5.3 Haddons matris används ofta i säkerhetsarbete i flyg, industri och vägtrafik, men tyvärr mer sällan inom patientsäkerhetsarbete. Man kan också lägga till en tredje dimension med ekonomiska, politiska och rättvisaspekter(36).**

### 5.10.1 Statistik och folkhälsoarbete

Grunden är att vården redan för officiell statistik i form av diagnos- och åtgärds-koder. Den kan lätt återföras till och publiceras online i gripbar form grafiskt till allmänhet och vårdpersonal för att illustrera förändringar. Det gör man med Covid-19. Fallskador dödar och invalidiserar i samma storleksordning. Så det kan rimligen inte finnas några juridiska hinder.

Kunde vi samordna dessa goda krafter för en modern ortogeriatrisk, regionsövergripande handläggning av multisjuka äldre, inkludera det till skadeprefylax, och koppla det till multiprofessionell forskning samt skapa en egen profil på universitetet så skulle detta projekt sannolikt göra större samhällsnytta än de flesta andra folkhälsoprojekt - inte minst för att området är så eftersatt. En dylik satsning kan vara svår att tillskapa vid äldre universitet. I Region Örebro län finns förutsättningarna. Se vidare kapital 6 om FoUU.

Det är ett långsiktigt gnetigt folkhälsoarbete där det i det dagliga slitet på operations-salar och vårdavdelningar kan vara svårt att se skogen för bara träd. Det första steget är att inse att skador inte är olycksfall: det är inte fråga om otur eller olycka. Det andra är att återföra data som information och mäta effekter av åtgärderna. Data finns, det förtjänar att upprepas, redan i vårdens ICD-koder, men vi för inte ut det online som begriplig information som man gör i alla andra verksamheter. Feedback är motorn i allt förändringsarbete.



***Bild 5.6: Folkhälsoarbete riktar sig mot populationer och ger inte samma snabba och tillfredställande resultat som när man behandlar enskilda patienter.***



## 6 Forskning, utveckling och utbildning (FoUU)

### 6.1 FoUU-verksamheten vid Ortopediska regionsjukvården i Region Örebro län



Uppsala

Örebro

Karolinska institutet

**Bild 6.1: Örebro universitet - en katt bland hermelinerna? (15)**

Universitetet i Örebro grundades 1999 och medicinarcampus invigdes 2014. Många äldre och mer värnadsvärda universitet undrade då om det ändå inte kommit in en katt bland hermelinerna.

Det är nog tyvärr så som Universitetet delvis uppfattats både av sina egna medlemmar och av andra universitet. Emellertid är bilden på världsrankingen en helt annan. Örebro Universitet ligger bland de 400 bästa universiteten i världen (nr 389) enligt the World University Ranking(16).

I topp ligger Oxford, Stanford och Harvard. Högst rankade svenska universitet är Karolinska Institutet (nr 36) följt av Lund (nr 103), Uppsala (nr 111), Stockholm (nr 183), Göteborg (nr 191), Chalmers och KTH (nr 201-250) och därefter kommer således Örebro Universitet som ligger före både Linköping och Umeå! De artiklar som produceras av Örebro Universitet har uppenbarligen impact; ser man till antalet citeringar har Örebro Universitet stigit från plats 137 år 2019 till plats 127 år 2020. I ett globalt perspektiv är det imponerande, det finns nämligen kring 17 000 lärosäten i världen.

Två år i rad har Universitetssjukhuset i Region Örebro län blivit utsett till Sveriges bästa universitetssjukhus av tidningen Dagens medicin. Sjukhuset ligger i topp både vad gäller medicinska resultat och tillgänglighet, de två tyngsta kategorierna.

Man måste också komma ihåg att Örebro Universitet endast består av tre fakulteter: fakulteten för ekonomi- natur- och teknikvetenskap, fakulteten för humaniora och socialvetenskap samt fakulteten för medicin och hälsa. Varje fakultet leds av en dekan. Dekantjänsten för medicin och hälsa är nytillsatt genom en rekrytering från Karolinska Institutet, Professorn i neurologi Mia von Euler.



**Bild 6.2: "Det första som slog mig när jag kom till Örebro var den öppna och inkluderande miljön", säger medicinska fakultetens dekan, professor Mia von Euler.**

Ortopediska klinikens forskning, undervisning över tiden har utvecklats: genom rekryteringen av en ledande ledproteskirurg, professor, Per Wretenberg, som byggt upp verksamheten i Lindesberg.



***Bild 6.3: "Här lönar det sig att arbeta hårt", säger Professor Per Wretenberg.***

## 6.2 Forskning

Detta märks inte minst genom forskningsproduktionen. Per Wretenberg tillträdde 2016. Dessförinnan hade man på kliniken i modern tid haft två disputationer år 2012 varvid det krävdes handledning utifrån för att få projekten i hamn. Från 2016 och fram till i dag har två disputationer genomförts, det finns 14 registrerade doktorander och man har hittills i år publicerat 13 artiklar i internationella, referensgranskade tidskrifter. Speciellt anmärkningsvärt är antalet registrerade doktorander som är bland det högsta en ortopedklinik kan uppvisa i Sverige.

Forskningen inom ortopedi omfattar ett stort spann: allt från grundforskning om broskskador, över elektronisk navigation vid insättning av konstgjorda leder, till mera läkemedelsinriktade studier som betablockadens betydelse för minskandet av komplikationer. Många projekt rör höft- och knäproteskirurgi, resultat och komplikationer, liksom rygg-, korsbands- och axelkirurgi.

### 6.2.1 Ny angelägen forskning

Vad som saknas är reell ämnesövergripande forskning av ett samhälls-intressant ämne. Den åldrande befolkningen - med en fördubbling av antalet personer över 80 år det närmaste decenniet - ger en kraftig ökning av ledsjukdomar och skador. Därför behövs specialiserade ortogeriatriska enheter för behandling och forskning. Regionen har goda förutsättningar att starta viktig behandling som tar ett helhetsgrepp på den skadade äldre patienten. Oftast är inte själva skadan patientens största problem utan behandlingen kompliceras av många andra sjukdomar och sociala problem. För att säkerställa optimalt resultat räcker det inte med att bara reparera frakturen eller ge en ny höft. Det är också viktigt att försöka hindra att patienten faller igen och får nya skador och att hen slipper komplikationer som blodpropp och sjukhussjuka. Här ger ett holistiskt synsätt - helheten är större än summan av dess delar - stora humanitära och ekonomiska vinster.

Det saknas också koordinerade forskningsprojekt som kan attrahera stora anslagsgivare som Vetenskapsrådet och privata anslagsgivare för ortogeriatrisk forskning. Speciellt viktigt är, som tidigare nämnts, breda projekt om fallskadeprefylax. Den största delen av den traumabehandling som genomförs i Region Örebro län är förorsakad av fallskador hos äldre och orsaker och prevention är kraftigt eftersatt. Samhällskostnaderna för en (1) höftfraktur är över en halv miljon kronor, bara det första året(27).

### 6.3 Docentbrist

Bemanningen av Ortopediska kliniken FoUU är i dag en relativt ömtålig punkt. Det finns en mycket aktiv professor, det finns ett stort antal doktorander men det saknas formellt kompetenta handledare i form av docenter. Det finns endast en docent. På kliniken finns för närvarande sex medarbetare med medicine doktorsgrad: två av dem speciminerar för docentur, men fler måste till för akademisk hållbarhet.

### 6.4 Grundutbildning

Örebro universitet erhöll examinationsrätt för läkarstudenter år 2010. Ersättningen som då förhandlades fram är dock låg, hälften av vad Karolinska Institutet får! Det är heller inte hållbart. Undervisningen av läkarstudenter i ämnet ortopedi under kirurgterminen är i stort amanuensdriven. Två amanuenser per termin är avdelade för denna undervisning. Det finns även en kurssekreterare som är stationerad på Campus. Undervisningen fungerar bra, men bör breddas, eftersom det är en bra rekryteringsbas. Det senare gäller även andra vårdstudenter.

Som ett mått på kunskapsförmedling kan man ta resultatet ur den allmängiltiga AT-tentamen där studenter från Örebro Universitet varje år uppvisar mycket goda resultat. Enligt en kommande artikel i Läkartidningen hade man bättre resultat än genomsnittet och inga underkända.

Det man kan undra över är huruvida behovet av två amanuenser, d.v.s. underläkare som fått undervisningsuppdrag, är nödvändigt. Ett effektivt kurssekreterariat som är studentnära och där kurssekreteraren ingår i kursledningen kan eventuellt effektivisera verksamheten. Det är viktigt att även professorn aktivt deltar i undervisningen av läkarstudenter. Här kan man exempelvis tänka sig en kontrollfunktion i form av fortlöpande kunskapsprov och seminarier.

### 6.5 ST-utbildning

Även ST-utbildningen bör sammankopplas med FoUU-verksamheten. Kliniken har inga rekryteringsproblem vilket återspeglas av det stora antalet ST-läkare.

Med en så stor verksamhet måste emellertid ST-undervisningen formaliseras bättre. Detta börjar med rekryteringen av ST-läkare. Det saknas någon slags kravspecifikation: vad behöver kliniken och verksamheten för närvarande? Behovet kan ändras över tiden men man bör nog ha klart för sig vilken typ av läkare man kommer att behöva under de närmaste åren.

Hittills testas sökande först med en lång tjänstgöring på akuten vilket kan leda till att en ny ST-läkare blir ett slags "kanonmat" på akutmottagningen. Den kirurgiska utbildningen kommer in sent i förloppet. Det har till följd att man inte inom rimlig tid vet om en person är lämplig eller inte för en så teknisk disciplin som ortopedi vilket leder till problem både för en ung kollega och för kliniken och patientsäkerheten. Således bör en kirurgisk utbildningsperiod läggas in tidigt i ST-utbildningen. Den kirurgiska utbildningen bör ske genom nodal inläring, d.v.s. att man successivt lär sig att genomföra vissa specifika moment.

Ett dylikt förfarande har fördelen att operationstiden inte förlängs oproportionerligt och att kvaliteten bevaras, vilket i sin tur både ger bättre kvalitet för patient såväl som för läkare under utbildning. Om möjligt bör samma ST-läkare och samma ansvarige operatör paras ihop så ofta som det går. Ett slags lärlingssystem om man så vill.

Generellt måste sålunda vikten av kirurgisk skolning av ST-läkare förtydligas på kliniken då utbildningsviljan varierar avsevärt mellan olika kollegor. Det går i dag inte att försvara ståndpunkten att "jag opererar mina patienter själv, utbildning kan ske på patienter som ST-läkaren satt upp".

En organiserad nodal inläring av färdigheter är som nämnts effektiv. En annan viktig punkt i ST-utbildningen på en universitetsklinik är den vetenskapliga skolningen. Med tanke på det enorma informationsflödet inom medicinen måste unga läkare lära sig att sovra vilken information som är användbar och vilken som inte är det. Det gäller att lära sig att kritiskt granska vetenskapliga artiklar. Detta kan uppnås genom en formaliserad journal club: en vetenskapligt skolad person håller i verksamheten och delar ut utvalda vetenskapliga artiklar - av olika kvaliteter - bra eller dåliga - som skall bedömas. Deltagarna skall sedan kunna analysera artikeln på vedertagna bedömningsmallar av frågeställning, metodik, statistik och om resultaten är rimliga. Diskussionen kan stimuleras om deltagarna kan delas upp i två grupper varav den ena gruppen ska argumentera för, och den andra mot. Att enbart läsa igenom en artikel och tycka att den är bra eller dålig leder sällan till en vetenskaplig skolning som aktiva ställningstaganden kan ge.

Vid slutet av varje placering bör ST-läkaren genomgå någon form av examination av teoretiska kunskaper och praktiska färdigheter, där även en provoperation av ett standardingrepp kan komma i fråga. Detta kräver naturligtvis vissa resurser men i det långa loppet är det dyrare att låta bli. Det dyraste i vården är nämligen att göra fel. Vid kliniken finns en ambitiös studierektor men intrycket är att vederbörande behöver mycket hjälp av övriga kollegor vid en nybildad storklinik i en tid när det skett stora lokala omvälvningar.

## 6.6 Omvårdnadsutbildning

Utöver läkarutbildning bedriver kliniken sedan 2017 ett traineeprogram för sjuksköterskor och undersköterskor där deltagarna under två terminer kombinerar kliniskt arbete med studier och hospitering inom verksamhetens olika enheter. Kliniken står också sedan många år för en Ortopedikurs för sjuksköterskor, undersköterskor, medicinska vårdadministratörer m.fl. där deltagare från hela Norden får möjlighet att utöka sina kunskaper inom ortopedi.

## 6.7 Forskningsfinansiering

Ser man till den ekonomiska situationen för forskningen befinner sig verksamheten för närvarande i ett "guldläge". Detta kan exemplifieras med finansieringen av doktorander. För att anmäla en doktorand till doktorandutbildningen krävs inga externa medel. Doktoranderna har möjlighet att söka upp till 6 veckor finansierad tid om det finns en bärkraftig forskningsplan och sedan påvisad progress föreligger. Efter disputation finns möjlighet att söka halv finansiering. Således väsentligen bättre villkor för klinisk forskning än vid andra universitetssjukhus.

Likaså behöver professorer inte söka externa medel för sin lön i syfte att upprätthålla sin professur. På Karolinska Institutet är det omöjligt att utan externa medel anmäla en doktorand, för en läkare krävs 400-500 tkr. Det nu rådande ekonomiska guldläget i Örebro kommer att kunna upprätthållas bara några år till. Sedan kommer man sannolikt att anpassa verksamheten efter andra lärosäten i Sverige.

Därför måste man redan nu stimulera kliniska forskare att söka externa medel. Det kan exempelvis ske genom succesivt införda krav på motfinansiering. Det finns annars en risk att man fostrar forskare som inte är motiverade för och kunniga i att söka externa anslag. Även om nu lokala medel finns för närvarande, måste alla aktiva forskare redan nu börja söka medel i konkurrens, och att man kanaliserar vilka forskningsprojekt som har chanser att leda till stora anslag och vilka inte. Här är det viktigt att genomföra ämnesövergripande forskningsprojekt som exempelvis ortogeriatrisk forskning etc. Det är då nödvändigt inkludera alla vårdprofessioner.

## 6.8 Sammanfattning

- FoUU-enheten fungerar på det stora hela väl. Det finns en drivande professor och en forskningserfaren verksamhetschef, Ewald Ornstein.
- Det råder absolut ingen brist på doktorander däremot är bemanningen av formellt kompetenta handledare en bristvara, vilket gör systemet känsligt. Det krävs att flera disputerade blir docenter inom en snar framtid.
- Den ekonomiska situationen med en nu rådande ekonomisk guldålder kommer förr eller senare att förändras. Det gäller att redan nu ställa in sig på att söka stora externa anslag i konkurrens.
- För att nå framgång i denna punkt krävs sannolikt insatser av ämnesövergripande natur. Gällande undervisningen behövs en omförhandling av ersättning per läkarstudent så att denna anpassas till övriga Sverige.
- Kurssekreteraren bör aktivt införlivas i kursledningen och vara den person läkarstudenterna vänder sig till när det finns problem.
- Detta kan spara amanuensis. ST-läkarutbildningen bör formaliseras, det gäller hela resan från anställning till specialistkompetens, där den formella examinationen bör göras obligatorisk.
- Den kirurgiska utbildningen bör till en del tidigareläggas och inläringen bör ske efter mönstret med nodal inläring.
- Införandet av formellt ledda seminarium, exempelvis journal club, kommer att höja det vetenskapliga kritiska tänkandet bland alla läkarkollegor så att alla kommer att bli kapabla att sovra väsentlig från oväsentlig information.
- Specialitetsövergripande föreläsningar/seminarier för hela regionen bör införas.
- Den nya stora sjukhusövergripande universitetskliniken har skapats på kort tid och man är på god väg att lyckas skapa en bestående universitetsklinik på ett mycket bra sätt. Ett ord på vägen är att alla måste samarbeta över de lokala gränserna och inse att man nu är en del av en ny regionövergripande universitetsklinik snarare än en anställd på ett lokalt lasarett för att nå utveckla ortopedin.

## 7 Klinikens mätbara resultat

### 7.1 Frågeställningar

De övergripande frågeställningarna är:

- Vilka resultat har kliniken uppnått och till vilken kostnad?
- Är kostnaden rimlig utifrån de resultat som presenteras? (Produktivitet)
- Är resultaten de som hälso- och sjukvårdsledningen kan förvänta sig utifrån den målbild/det uppdrag som fanns när länskliniken bildades? (Effektivitet)

### 7.2 Sammanfattning

*”Region Örebro läns val att finansiera sjukvård åt egna invånare via ramar gör det svårt att värdera klinikernas kostnadsutveckling eftersom finansieringen inte på ett tydligt sätt väger in hur vårdproduktionen utvecklas.”*

*”För ekonomin redovisas en ganska dyster bild av utvecklingen under analysperioden för de åtta undersökta klinikerna. Kostnaderna har skenat samtidigt som Region Örebro läns skattebetalare hittills inte velat finansiera kalaset. Stora ekonomiska underskott blir följden.”*

*”I den kostnadsjämförelse som gjorts framgår att nettokostnaden i riket för den somatiska vården ökat med 20 % under analysperioden. Även i Region Örebro län har kostnaderna ökat markant. Skillnaden är att Region Örebro län i allmänhet - och Ortopediska kliniken i synnerhet - levererar mer vård för pengarna!”*

*”Utredarna gör bedömningen att kostnaderna för den ökade vårdproduktionen är rimliga för Ortopediska kliniken och Urologkliniken men att övriga kliniker levererat en relativt liten ökning av vården för pengarna. Samtidigt bör man ha i åtanke den nationella statistiken; I riket produceras mindre vård till en högre kostnad!”*

*”Trendbrottet med en lägre produktion från och med hösten 2018 samtidigt som kostnaderna fortsatte att stiga är otillfredsställande. Samtidigt bör man kunna återställa produktionen till 2018 års nivåer utan att detta ska medföra ytterligare kostnadsökningar. ”Kostymen” finns redan. Men Covid-19 pandemin har förändrat de framtida ekonomiska förutsättningarna.”*

*”Ortopediska kliniken har utvecklat sin kapacitet och breddat sin verksamhet genom hemtagning av vård som tidigare inte kunnat utföras i Region Örebro län. Härigenom får invånare i Region Örebro län en ökad tillgänglighet samtidigt som kliniken i mycket större utsträckning kunnat erbjuda vård till patienter från andra regioner. Väntetiderna har kortats påtagligt. Före trendbrottet fick samtliga patienter – inomläns såväl som utomläns - vård inom 90 dagar. I riket är väntetiderna betydligt längre – även efter trendbrottet!”*

*”Inom Ortopediska kliniken har det skett en tydlig profilering av vården vid de tre sjukhusen.*

- *Alla tre sjukhusen bedriver närsjukvård i samverkan med primärvård och kommuner.*
- *Hand-, arm-, ben- och höftledsbrott (”vardagstraumatologi”), samt axel- och knäligamentskador i Karlskoga som dessutom är centrum för axelproteskirurgi inklusive revisioner samt korsbandskirurgi inklusive revisioner.*
- *Lindesberg är centrum för knä/höftproteser.*
- *I Örebro återfinns avancerad sällanvård såsom rygg- och bäckenoperationer, därmed stöds traumacentrum på USÖ, samt fot- och barnkirurgi.*
- *Dagkirurgi koncentreras till Karlskoga och Örebro genom att det första hanterar axel/knäligament och det senare barn/fot.*

### 7.3 Metod

I utvärderingen analyseras utvecklingen under tidsperioden 2015-2019. (Nedan kallat analysperioden). År 2015 utgör basår eftersom det var sista året innan länsklinikerna bildades. Klinikens resultat definieras som läget år 2018-19 i förhållande till läget år 2015 för ett antal variabler som beskrivs i det kommande avsnittet om disposition och termer.

År 2020 har uteslutits eftersom covid-19 pandemin inte möjliggör en rättvisande jämförelse med tidigare år. Bland annat har stora delar av den elektiva vården minskat eller upphört helt under långa perioder år 2020.

Utöver att jämföra Ortopediska kliniken med sig självt över tid ställs också klinikens resultat i relation del 1 till den nationella utvecklingen del 2 till utvecklingen inom andra kliniker inom område Opererande och onkologi:

- Handkirurgiska kliniken
- Kirurgiska kliniken
- Kvinnokliniken
- Onkologiska kliniken
- Ortopediska kliniken
- Urologiska kliniken
- Ögonkliniken
- Öron-, näsa- och halskliniken

Inom området fanns ytterligare tre kliniker som inte ingår i jämförelsen eftersom deras verksamheter inte enkelt går att jämföra med övriga kliniker inom området. De tre klinikerna som uteslutits är Anestesi- och intensivvårdskliniken (ANIVA), Plastik och käk-kirurgiska kliniken, samt Vårdenhet hud, plastik och öron.

### 7.4 Disposition och termer

**I del 1** analyseras klinikens kostnads- och resultatutveckling som sedan i **del 2** ställs i relation till klinikens resultat i termer av vad kliniken har åstadkommit för de i del 1 redovisade insatta resurserna. Fokus ligger på att besvara frågorna om klinikens uppdrag har uppfyllts vad gäller ökad vårdproduktion och tillgänglighet, en tydligare profilering av sjukhusen, i vad mån mer vård utförs i egen regi och om produktionskapaciteten utnyttjas bättre (såld vård). De variabler som granskas är:

- Vårdproduktion
- Väntetider och tillgänglighet
- Hemtagning av vård
- Breddat eller förändrat uppdrag
- Hur produktionskapaciteten utnyttjas – såld vård
- Eventuell profilering av sjukhusen
- Förändrade ledtider

**I del 2** prövas också om de redovisade resultaten kan anses ha skett till en rimlig kostnad.

## 7.5 Del 1 - Finansiering; kostnader och ekonomiskt resultat

### 7.5.1 Kort om hur vården finansieras i Region Örebro län

I Region Örebro län finansieras vård åt egna invånare via skattsedeln och kommuniceras till hälso- och sjukvårdsförvaltningen som bryter ner till områden som sedan bryter ner till klinikernas ramar (regionbidrag). Vård som utförs åt invånare boende i andra regioner finansieras via intäkter i enlighet med Uppsala-Örebroregionens samverkansavtal.

Regionbidraget är ett exempel på klassisk ramfinansiering i den meningen att regionbidraget justeras på marginalen. Med det menas att man utan att nämnvärt värdera helheten, d.v.s. om regionbidraget är rimligt i förhållande till uppdraget, justerar regionbidraget uppåt och nedåt för eventuella verksamhetsförändringar, politiska satsningar, tillkommande eller avgående statsbidrag, lönerrevisioner med flera olika händelser. Ofta sker justeringar flera gånger per år. Däremot finns ingen omedelbar koppling till den samlade vårdproduktionen och hur den förändras. Styrmodellen ger inget inneboende incitament till att utöka vårdproduktionen åt invånare i Region Örebro län eller för den delen till att utveckla vården mot t.ex. öppnare vårdformer. Förutom möjligen det incitament som kan finnas i att korta vårdköerna via ersättning från de så kallade kömiljarderna, men då sker styrningen via en särskild statlig finansiering. Däremot finns det ett tydligare incitament att öka vården/tillgängligheten för patienter boende i andra regioner eftersom den ersätts per vårdtillfälle enligt samverkansavtalet. Även här finns det svagheter eftersom samverkansavtalet är en form av abonnemang där justering sker vartannat år utifrån hur vårdproduktionen utvecklats. En kraftigt ökad produktion år 1 leder således till ökade intäkter först år 3. En tämligen märklig konstruktion eftersom ökade kostnader till följd av den högre vårdvolymen uppstår år 1.

*Region Örebro läns val att finansiera sjukvård åt egna invånare via ramar gör det svårt att värdera klinikernas kostnadsutveckling eftersom finansieringen inte på ett tydligt sätt väger in hur vårdproduktionen utvecklas.*

### 7.5.2 Beskrivning av variabler som används i analysen

De variabler som används är:

- Bruttokostnad: Den totala kostnadsmassan utan intäkter.
- Nettokostnad: Bruttokostnaden med avdrag för alla intäkter. Det är nettokostnaden som Region Örebro läns skattebetalare finansierar.
- Regionbidrag: Region Örebro läns skattebetalares bidrag (ram) till klinikerna för att finansiera nettokostnaden så att klinikens samlade ekonomiska resultat ska bli ekonomisk balans (åtminstone i budgeten).
- Resultatet: Skillnaden mellan intäkter (inklusive regionbidrag) och kostnader.



I budget och utfall fungerar sambanden mellan storheterna enligt nedanstående exempel. I normalfallet tilldelas kliniken ett regionbidrag och övriga storheter justeras så att det budgeterade resultatet blir ekonomisk balans, d.v.s. att summan av alla kostnader och intäkter blir 0, såsom i exemplet i den vänstra tabellen nedan. (Ofta krävs det olika åtgärdsprogram för att det tilldelade regionbidraget ska räcka till). I tabellen till höger exemplifieras normaltillståndet för de granskade klinikerna under tidsperioden – att regionbidraget inte räcker till för att finansiera verksamheten. I exemplet är nettokostnaden av olika skäl högre än det tilldelade regionbidraget varför det ekonomiska resultatet blir ett underskott.

<b>BUDGET</b>		<b>UTFALL</b>	
Bruttokostnad	-100	Bruttokostnad	-125
+ Intäkter	+25	+Intäkter	+25
= Nettokostnad	-75	=Nettokostnad	-100
+ Regionbidrag	+75	+ Regionbidrag	+75
= Budgeterat resultat	0	= Verkligt resultat	-25

Man kan säga att skillnaden mellan nettokostnad och regionbidrag är att det förstnämnda är den kostnad för vård åt egna invånare som Region Örebro läns skattebetalare tvingas att finansiera (utfallet) medan regionbidraget är den kostnad för vård åt egna invånare som Region Örebro läns skattebetalare är villiga att finansiera (budgeten).

Att beakta:

- I analysen ingår inte kostnader för medicinsk service. Delvis beror det på att kostnaderna inte redovisas på klinikerna och regionbidragen täcker inte dessa kostnader. Delvis beror det på att priser som tillämpas inom medicinsk service är missvisande och ger en bild av att klinikernas kostnader för medicinsk service har ökat mycket mer än vad de i verkligheten har gjort.
- Kostnaderna för köpt vård som inte redovisas på Ortopediska kliniken (Capio Läkargruppen) har medtagits i analysen eftersom det är nödvändigt för att på ett korrekt sätt avgöra i vilken mån vård har tagits hem i egen regi under perioden.

### 7.5.3 Bruttokostnad

Bruttokostnaden för de åtta utvalda klinikerna har under analysperioden ökat med 341 miljoner kronor (mnkr). Det är en ökning med 25 % sedan år 2015. Ortopediska kliniken andel är 70 mnkr, en ökning med 26 %.

Bruttokostnaden har ökat betydligt mer än i riket. Av tabellen nedan framgår att bruttokostnaden för den specialiserade somatiska vården i sin helhet har ökat med 15 %.

**Tabell 7.1: Bruttokostnad i riket. Miljoner kronor, löpande priser per år**

Verksamhetsområde	2015	2016	2017	2018	2019
Specialiserad somatisk vård	185 561	187 220	194 344	204 174	213 726

Källa: SCB, statistikdatabasen

**Förändring  
19 jmf 15 (%)**  
15%

Bruttokostnaden per klinik för analysperioden redovisas i tabell B4.1 i bilaga 4.

### 7.5.4 Nettokostnad

I nettokostnaden ingår intäkter för t ex den sålda vården. Om den sålda vården ökar eller minskar så utvecklas nettokostnaden annorlunda än bruttokostnaden. Nettokostnaden har under analysperioden ökat med 310 mnkr. Det är 30 mnkr mindre än ovan redovisade utveckling av bruttokostnaden. Det beror framförallt på ökade intäkter från ökad försäljning av vård till andra regioner. Detta påverkar i högsta grad Ortopediska kliniken vars nettokostnad har ökat med 41 mnkr under analysperioden. Det är en ökning med 18 %, i nivå med riket, vilket tabellen nedan visar.

**Tabell 7.2: Nettokostnad i riket. Miljoner kronor, löpande priser per år**

VERKSAMHETSOMRÅDE	2015	2016	2017	2018	2019
Specialiserad somatisk vård	129 511	136 005	141 879	149 033	155 396

Källa: Räkenskapssammandraget SCB

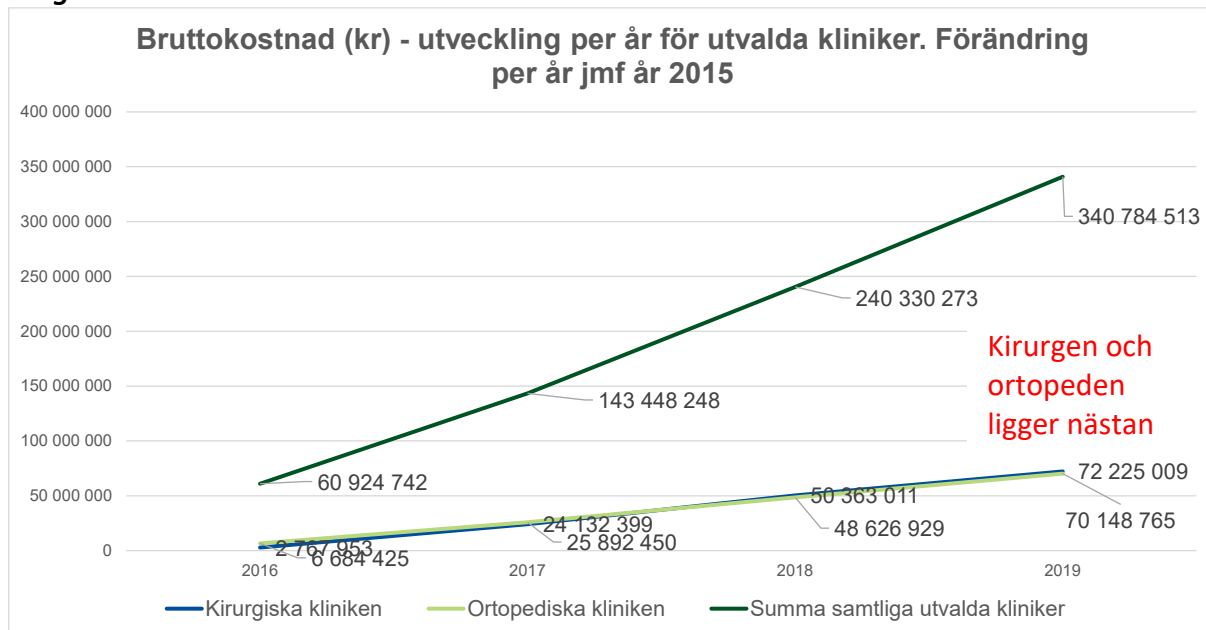
**Förändring  
19 jmf 15 (%)**  
20%

Nettokostnaden per klinik för analysperioden redovisas i tabell B4.2 i bilaga 4.

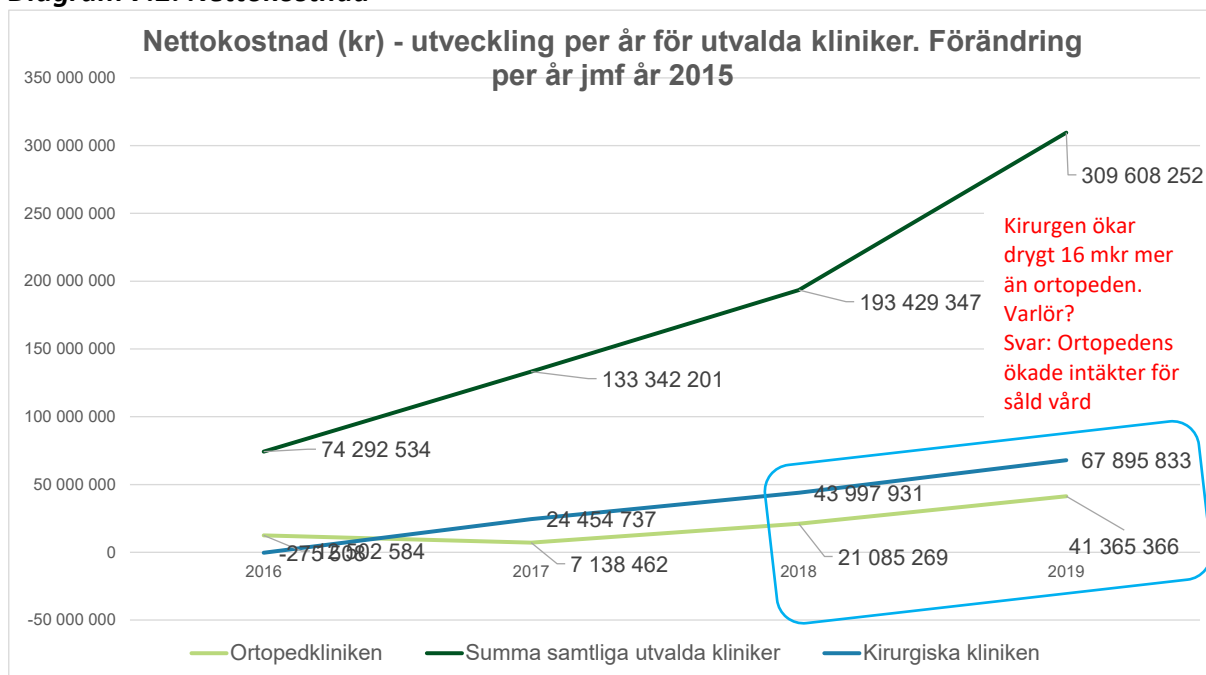
### 7.5.5 Jämförelse av brutto- och nettokostnad

De två diagrammen nedan visar hur brutto- respektive nettokostnad har utvecklats under analysperioden för Ortopediska kliniken, Kirurgiska kliniken och samlat för de åtta utvalda klinikerna inom området. Ortopediska kliniken och Kirurgiska kliniken har under analysperioden ungefär samma utveckling av bruttokostnaden. Men för nettokostnaden delar kurvorna på sig. Kirurgiska kliniken har marginellt lägre nettokostnad medan Ortopediska kliniken nettokostnad är väsentligt lägre. Det beror på att det för Ortopediska kliniken noteras en ökad försäljning av vård.

**Diagram 7.1: Bruttokostnad**



**Diagram 7.2: Nettokostnad**



### 7.5.6 Resultatutveckling

Som ovan redovisats har nettokostnaden ökat med 310 mnkr under analysperioden. Under samma tid har klinikerna endast tillförts 189 mnkr via utökat regionbidrag, varav Ortopediska kliniken fått 25 mnkr.

Nettokostnaden är som nämnts tidigare den reella kostnaden för vård åt invånare i Region Örebro län medan regionbidraget är den politiskt beslutade ram som medges för finansieringen.

När finansieringen inte täcker de faktiska kostnaderna leder det till underskott vilket framgår av tabellen nedan. Ortopediska klinikers ljusgröna stapel visar hur klinikers underskott gått från -13 mnkr år 2015 till -40 mnkr år 2019. De mörkgröna staplarna visar den sammantagna resultatutvecklingen för de åtta utvalda klinikerna. Regionbidrag och resultatutveckling per klinik redovisas i tabell B4.3 respektive tabell B4.4. i bilaga 4.

**Diagram 7.3: Ortopediska klinikers ekonomiska resultat**



*Så här långt redovisas en ganska dyster bild av utvecklingen under analysperioden för de åtta klinikerna. Kostnaderna har skenat samtidigt som Region Örebro läns skattebetalare hittills inte velat finansiera kalaset. Stora ekonomiska underskott blir följden.*

## 7.6 Del 2 - Klinikens resultat

I denna del fokuserar analysen på de resultat som kliniken har åstadkommit för de i del 1 redovisade kostnaderna. För ändamålet redovisas data för ett antal variabler som syftar till att beskriva klinikens utveckling och resultat under analysperioden.

### 7.6.1 Beskrivning av variabler som används i analysen

Den samlade vårdproduktionen beskrivs med hjälp av begreppet Diagnosrelaterade grupper (DRG) som är ett internationellt vedertaget system för jämförelser inom vården. **DRG-vikt (DRG-poäng)** är ett relativt mått på vård- och behandlingskostnaden för en genomsnittspatient i varje DRG-grupp. Ju högre vikt ett vårdtillfälle har desto högre är kostnaden.

För att mäta om vårdproduktionen sker till en rimlig kostnad (produktivitet) ställs vårdproduktionen uttryckt som DRG-poäng i relation till kostnaderna varigenom begreppet **kostnad/DRG-poäng** introduceras. Det är också intressant att se vad en eventuellt ökad vårdproduktion har kostat. Det görs genom att mäta **marginalkostnaden** för den förändrade vårdproduktionen.

Genom att titta specifikt på **kostnader för köpt vård** och **intäkter för såld vård** går det att bedöma i vilken mån kliniken har tagit hem vård i egen regi, respektive utnyttjat den egna produktionskapaciteten till att ge vård åt invånare i andra regioner. Det går också att följa vårdproduktionen till utomlänspatienter i termer av antal operationer eller antal DRG-poäng.

**Antal operationer** eller **antal DRG-poäng per sektion och per sjukhus** används också för att beskriva om vårduppdraget har förändrats under analysperioden. Fokus ligger naturligtvis på att kunna besvara frågorna om klinikens uppdrag har uppfyllts vad gäller en tydligare profilering av sjukhusen, i vad mån mer vård utförs i egen regi, och om produktionskapaciteten utnyttjas bättre, t.ex. genom vård åt utomlänspatienter.

Det är också viktigt att analysera hur tillgängligheten och **väntetiderna** till vården har utvecklats. Följs vårdgarantin som innebär **vård inom 90 dagar**? Leder eventuellt utökad utomlänsvård till att Region Örebro läns egna patienter får vänta längre?

I analysen ingår också stickprov för att utröna hur **ledtiderna** har påverkats under analysperioden. För ändamålet granskas hur **medelvårdtiderna** på de tre sjukhusen har förändrats under analysperioden. Vidare redovisas en fördjupad granskning av ryggoperationer som är en verksamhet som har utvecklats kraftigt under analysperioden enligt vad som beskrivs tidigare i rapporten. Utvecklingen åskådliggörs genom att granska **knivtider**, d.v.s. den operationstid som registrerats, och ingreppens **komplexitet** som återspeglas i vårdtillfällets DRG-poäng.

## 7.6.2 Den samlade vårdproduktionen

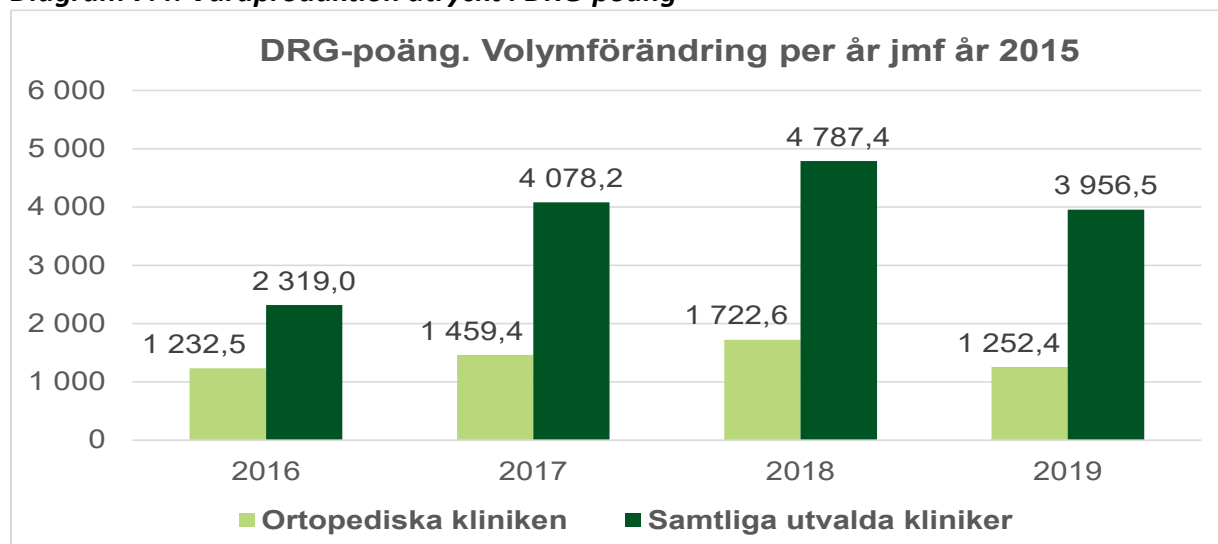
Ortopediska klinikens vårdproduktion uttryckt i DRG-poäng har under analysperioden fram till och med år 2018 ökat med 1 723 DRG-poäng. Det är 22 % mer än år 2015. Begreppet DRG är på många sätt ett abstrakt och svårtolkat begrepp som behöver förklaras närmare:

- **I ekonomiska termer:** Enligt Uppsala-Örebroregionens samverkansavtal ersätts vården som utförs åt varandras invånare enligt DRG. Taxan är 1 DRG-poäng = 55 000 kronor. Då värderas 1 723 DRG-poäng till ca 94 mnkr.
- **I termer av vårdproduktion:** För 1 723 DRG-poäng kan man t.ex. få vård enligt nedan.
  - 1 258 st. Primära ledprotesoperationer i höft, 1,37 poäng/st. = 75 000 kr/operation, eller
  - 324 st. Komplexa ryggoperationer, 5,307 poäng/st. = 292 000 kr/operation, eller
  - 24 600 st. Läkarbesök, 0,07 poäng/st. = 3 850 kr/besök.

Ortopediska kliniken levererar betydligt mer vård i slutet av analysperioden jämfört med läget året innan länskliniken bildades. Sammantaget har de åtta utvalda klinikerna fram till och med år 2018 ökat sin vårdproduktion med 13 % vilket framgår av diagrammet nedan. Ortopediska kliniken ökning på 22 % står för 36 % av den totala ökningen för de åtta klinikerna.

Under hösten 2018 skedde ett trendbrott. Klinikerna kunde inte längre upprätthålla den höga nivån. Vårdproduktionen började falla och tappet fortsatte under våren år 2019 för att därefter åter börja vända uppåt igen. Sammantaget blev vårdproduktionen lägre år 2019 men fortfarande på en betydligt högre nivå jämfört med läget vid analysperiodens början. Orsaker till trendbrottet är flera. De kommer att närmare belysas i avsnitt 7.6.6 om tillgänglighet och väntetider. Vårdproduktionen per klinik för analysperioden redovisas i tabell B4.5 i bilaga 4.

**Diagram 7.4: Vårdproduktion uttryckt i DRG-poäng**

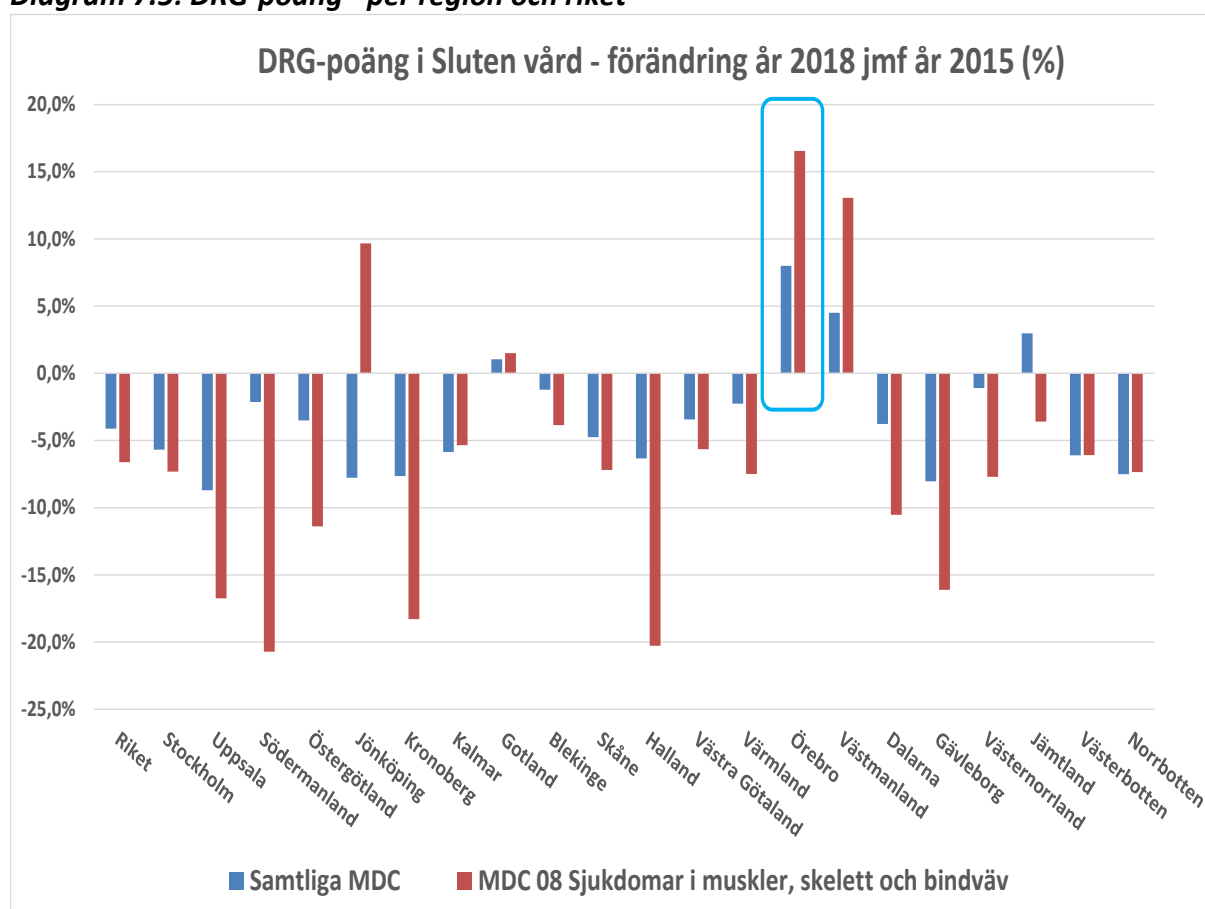


### 7.6.3 Nationell jämförelse av vårdproduktionen

Som framgått har vårdproduktionen i Region Örebro län ökat. I en nationell jämförelse sticker Region Örebro län ut – påtagligt och positivt – som en av endast två-tre regioner som kan redovisa ökad vårdproduktion i slutenvård, uttryckt i DRG-poäng, år 2018 jämfört med år 2015:

- Region Örebro län och Region Västmanland redovisar sammantaget en högre vårdproduktion. Den blå stapeln i diagrammet nedan.
- Region Örebro län, Region Västmanland och Region Jönköpings län redovisar dessutom en högre vårdproduktion inom ortopedi. Den röda stapeln i diagrammet nedan.
- Samtliga övriga regioner redovisar vikande vårdproduktion.

**Diagram 7.5: DRG-poäng - per region och riket**



*Det bör noteras och påminnas om den kostnadsjämförelse som gjordes i del 1 där det framgår att nettokostnaden i riket för den somatiska vården ökat med 20 % under analysperioden. Även i Region Örebro län har kostnaderna ökat markant. Skillnaden är att Region Örebro län i allmänhet - och Ortopediska kliniken i synnerhet - levererar mer vård för pengarna!*

## 7.6.4 Vårdproduktionen i relation till kostnaderna - marginalkostnad

I detta avsnitt fördjupas analysen kring om den totala vårdproduktionen sker till en rimlig kostnad (**kostnad per DRG-poäng**) och om den ökade vårdproduktionen under analysperioden åstadkommit till en rimlig kostnad. (**Marginalkostnad**) Analysen görs i tre steg:

### 7.6.4.1 Steg 1: Vårdproduktion och nettokostnader

I tabellen nedan redovisas hur vårdproduktionen uttryckt som DRG-poäng och nettokostnad har förändrats år 2018 jämfört med år 2015. För de flesta av klinikerna som ingår i jämförelsen noteras en ökad produktion, om än att den är marginell för någon klinik och i några fall har produktionen minskat. Samtidigt redovisar samtliga kliniker en ökad nettokostnad. Tabell 7.3.

**Tabell 3: Vårdproduktion och nettokostnad.**

Klinik	DRG-poäng			Nettokostnad (tkr)		
	2015	2018	Förändring	2015	2018	Förändring
Handkirurgiska kliniken	2 248	2 096	-152	15 804	20 683	4 880
Kirurgiska kliniken	9 405	9 796	391	328 990	372 988	43 998
Kvinnokliniken	5 551	6 144	593	188 450	223 853	35 403
Onkologiska kliniken	2 698	3 537	840	130 196	170 391	40 195
Ortopedkliniken	7 662	9 385	1 723	228 214	249 300	21 085
Urologkliniken	2 313	3 452	1 139	55 071	72 690	17 619
Ögonkliniken	3 020	3 363	343	64 400	89 658	25 258
ÖNH-kliniken	3 594	3 505	-89	24 672	29 663	4 992
<b>Samtliga utvalda kliniker</b>	<b>36 490</b>	<b>41 278</b>	<b>4 787</b>	<b>1 035 796</b>	<b>1 229 225</b>	<b>193 429</b>

### 7.6.4.2 Steg 2: Kostnad per DRG-poäng

Nästa steg blir att relatera kostnaderna till vårdproduktionen genom att dividera nettokostnaden med antalet DRG-poäng. I tabellen nedan redovisas kostnaden per DRG-poäng. Den varierar mellan klinikerna. Tabell 7.4.

**Tabell 4: Nettokostnad per DRG-poäng**

Klinik	Kronor/DRG-poäng (Kr)		
	2015	2018	Förändring
Handkirurgiska kliniken	7 030	9 869	2 839
Kirurgiska kliniken	34 981	38 075	3 094
Kvinnokliniken	33 951	36 437	2 485
Onkologiska kliniken	48 261	48 168	-93
Ortopedkliniken	29 785	26 565	-3 220
Urologkliniken	23 806	21 058	-2 748
Ögonkliniken	21 325	26 660	5 336
ÖNH-kliniken	6 865	8 463	1 598
<b>Samtliga utvalda kliniker</b>	<b>28 386</b>	<b>29 779</b>	<b>1 394</b>



Observera att kostnaderna per DRG-poäng är lägre än prislistan enligt samverkansavtalet (55 000 kronor per poäng). Det beror till viss del på att priset är en överenskommelse mellan olika parter och inte nödvändigtvis speglar självkostnaden. Men framförallt beror det på att kostnaderna för medicinsk service, märkligt nog, inte ingår i nettokostnaden. Det är trots detta intressant att jämföra hur kostnaden per DRG-poäng utvecklar sig över tiden.

Ortopediska kliniken och Urologkliniken utmärker sig genom att de för den samlade vårdproduktionen redovisar en betydligt lägre kostnad per DRG-poäng år 2018 jämfört med år 2015. Det beror på att de båda klinikerna redovisar en relativt stor ökning av vårdproduktionen samtidigt som kostnaderna ökat relativt lite.

#### 7.6.4.3 Steg 3: Marginalkostnad för den under analysperioden ökade vårdproduktionen

Marginalkostnaden definieras i detta sammanhang som kostnaden för att producera ytterligare enheter vård (DRG-poäng). Ortopediska kliniken har år 2018 ökat sin produktion med 1 723 DRG-poäng. Under samma period ökade nettokostnaden med 21 mnkr. Då blir marginalkostnaden 12 241 kronor per DRG-poäng för den ökade vårdproduktionen. I tabellen nedan redovisas på motsvarande sätt marginalkostnaderna för klinikerna dels år 2018 dels år 2019. Som framgår ökar marginalkostnaderna år 2019 vilket beror på det tidigare redovisade trendbrottet med lägre produktion år 2019 i kombination med att kostnaderna fortsatte att öka under året. Tabell 7.5.

**Tabell 5: Marginalkostnad för utökad vårdproduktion 2018-19 jämfört med år 2015 (Kr/DrG-poäng)**

Klinik	2018	2019
Handkirurgiska kliniken*	-----	-----
Kirurgiska kliniken	112 447	148 165
Kvinnokliniken	59 697	88 187
Onkologiska kliniken	47 870	60 213
Ortopedkliniken	12 241	33 029
Urologkliniken	15 474	25 791
Ögonkliniken	73 638	133 165
ÖNH-kliniken*	-----	-----
<b>Samtliga utvalda kliniker</b>	<b>40 404</b>	<b>78 252</b>

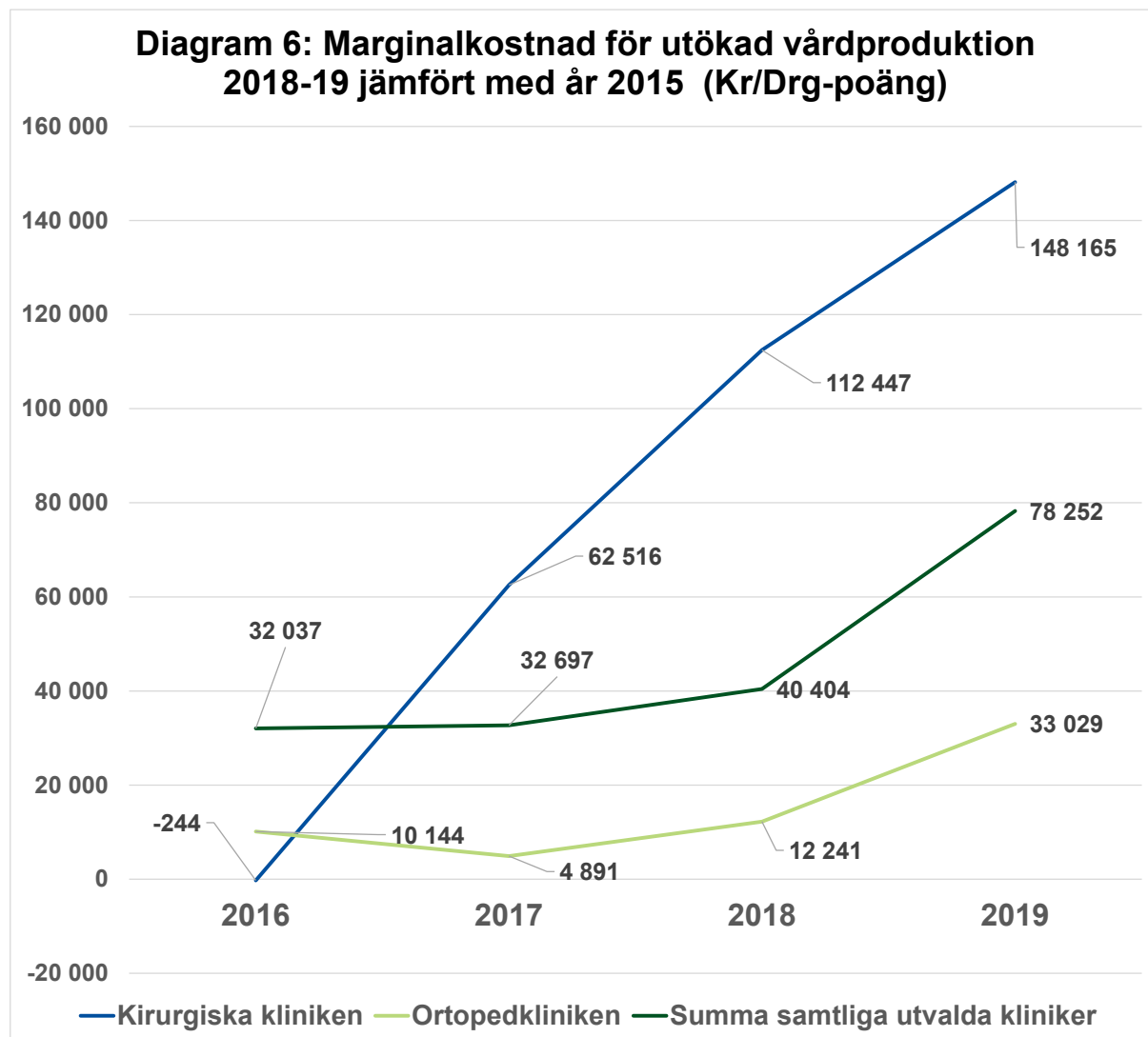
\*Handkirurg och ÖNH har lägre produktion 2018-19 jmf 2015

Flera kliniker redovisar en mycket hög marginalkostnad som en följd av relativt hög kostnadsutveckling, i kombination med en måttlig eller obefintlig ökning av vårdproduktionen.

Kirurgiska kliniken sticker ut med en marginalkostnad på långt över 100 000 kr/DRG-poäng. Det är följden av att kliniken år 2018 endast producerar 391 fler DRG-poäng jämfört med år 2015 samtidigt som nettokostnaden ökade med 43 998 tkr.

Utredarna har inte funnit några verksamhetsförändringar under analysperioden som skulle kunna förklara Kirurgiska klinikkens utveckling. Det ligger dock utanför detta uppdrag att mer ingående analysera orsakerna.

Diagrammet nedan sammanfattar skillnaderna mellan klinikerna. Observera att marginalkostnaden skulle ha varit högre för samtliga kliniker om kostnaderna för medicinsk service hade ingått i nettokostnaden. Diagram 7.6.



*Sammantaget gör utredarna bedömningen att kostnaderna för den ökade vårdproduktionen är rimliga för Ortopediska kliniken och Urologkliniken men att övriga kliniker levererat en relativt liten ökning av vården för pengarna. Samtidigt bör man ha i åtanke den nationella statistiken; I riket produceras mindre vård till en högre kostnad!*

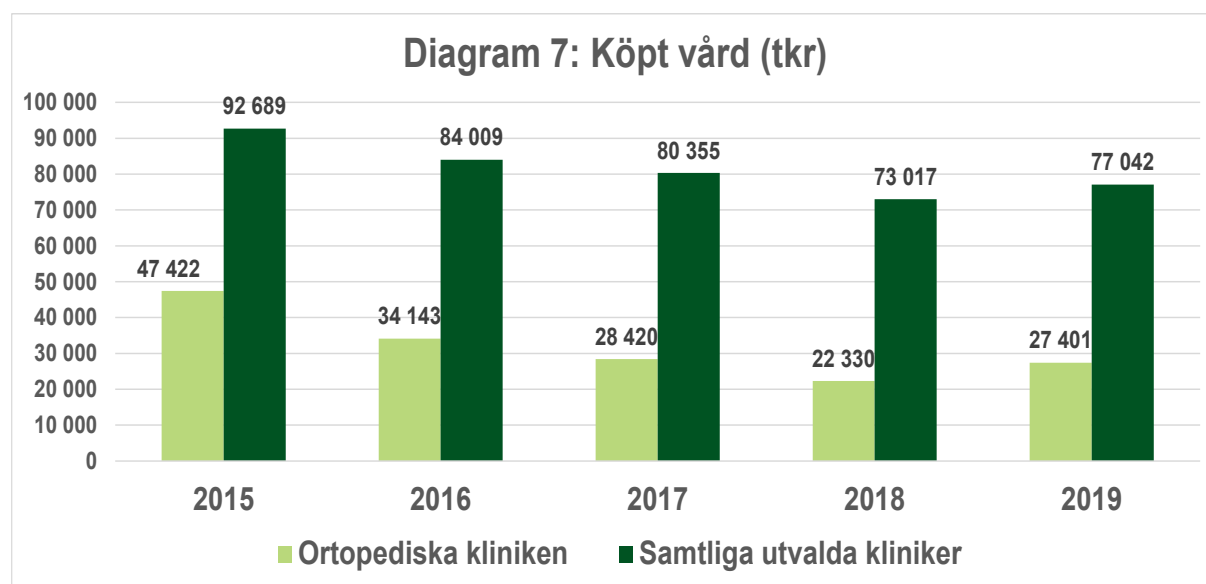
*Trendbrottet med en lägre produktion från och med hösten 2018, samtidigt som kostnaderna fortsatte att stiga, är otillfredsställande. Samtidigt bör man kunna återställa produktionen till 2018 års nivåer utan att detta ska medföra ytterligare kostnadsökningar. "Kostymen" finns redan. Men Covid-19 pandemin har förändrat de framtida ekonomiska förutsättningarna.*

### 7.6.5 Hemtagning av vård i egen regi och såld vård

I förarbetena inför beslut om bildandet av länsklinikerna framkommer bland annat att befolkningsunderlaget i Region Örebro län i sig inte ensamt kan finansiera den vårdkostym som byggts upp. Den egna produktionskapaciteten var överdimensionerad och ansågs kunna utnyttjas bättre dels genom hemtagning av vård som utfördes av andra aktörer dels genom att utveckla möjligheterna att erbjuda vård till patienter från andra regioner.

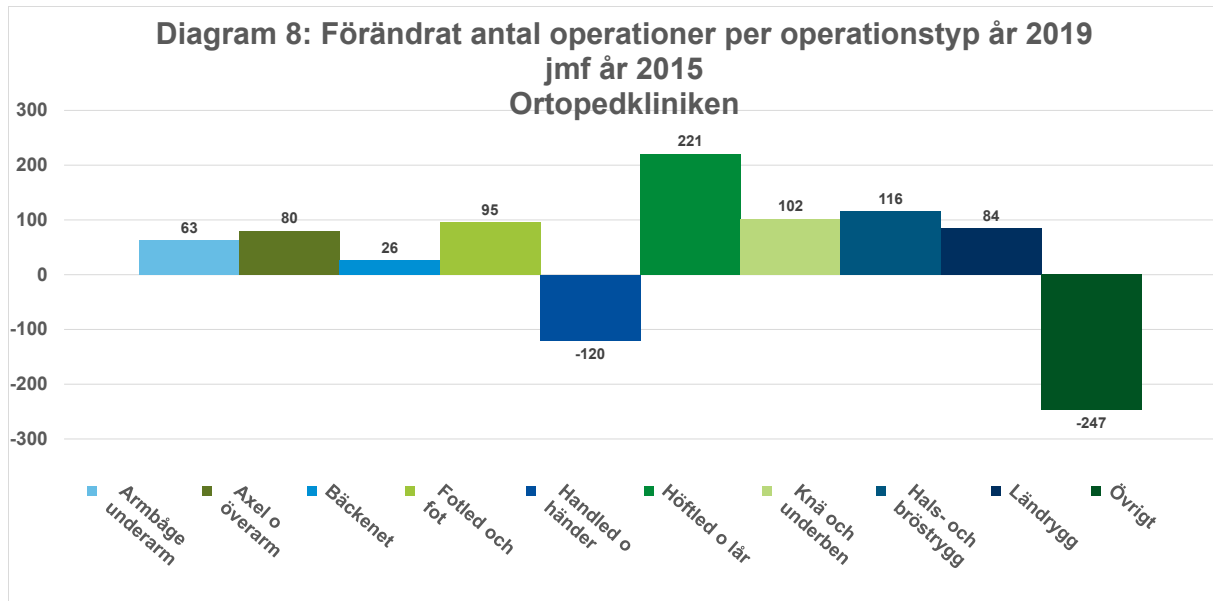
#### *Hemtagning av vård*

Av diagrammet nedan (diagram 7.7) framgår att Ortopediska kliniken tagit hem stora vårdvolymer i egen regi. Kostnaderna för den köpta vården minskar med 40 % eller 20 mnkr. Då ingår hemtagning av vård som tidigare utfördes av Capio Läkargruppen där kostnaderna redovisas centralt i förvaltningen. Ortopediska kliniken ensamt har tagit hem mer vård uttryckt i pengar än vad de åtta klinikerna gjort tillsammans vilket innebär att övriga sju kliniker tillsammans köper mer vård 2019 än vad de gjorde år 2015. Mellan dessa sju kliniker är variationerna stora. Även Ortopediska kliniken köper mer vård år 2019 än året innan vilket beror på att det fria vårdsökandet ökar som en följd av trendbrottet hösten 2018 med vikande egen produktion. För detaljer kring respektive klinik se tabell B4.6 i bilaga 4.



#### *Vilken vård har Ortopediska kliniken tagit hem i egen regi?*

Diagrammet nedan (diagram 7.8) visar hur antalet operationer fördelat per operationstyp har förändrats år 2019 jämfört med år 2015. Det ska särskilt noteras att det numera görs operationer på bäcken samt hals och brösttrygg i betydligt större omfattning än tidigare. Det är avancerade operationer som inte tidigare utfördes i regionen. Detaljerad information återfinns i tabell B4.7 i bilaga 4.

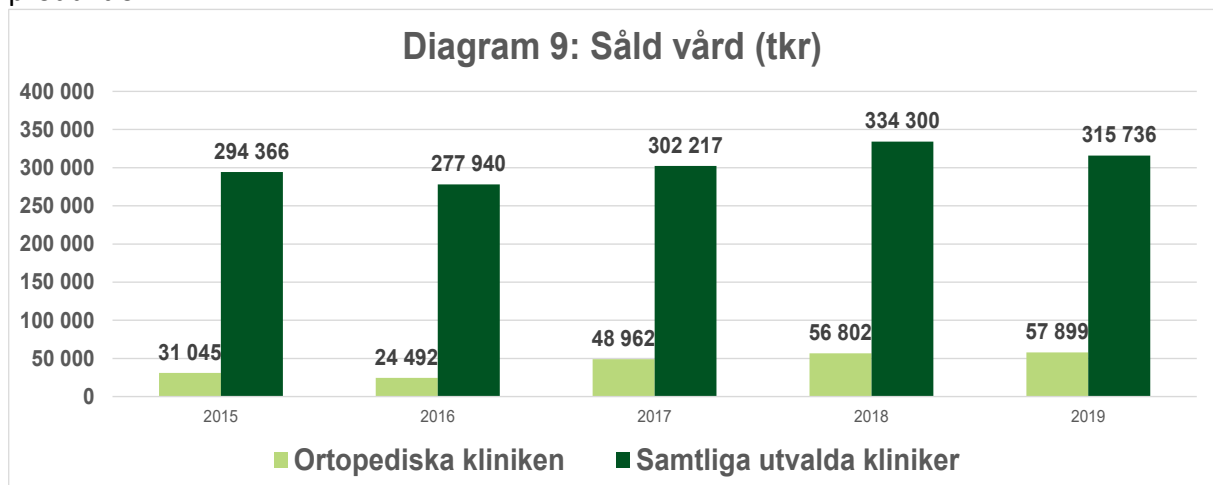


KVÅ-kapitel är ett internationellt vedertaget sätt att indela kirurgiska ingrepp.

### Utomlänsvård

Numera utför Ortopediska kliniken stora vårdinsatser åt invånare från andra regioner. Kliniken har under analysperioden, som framgått, ensam stått för den ökade försäljning som redovisas för alla åtta klinikerna tillsammans, och mer därtill, vilket framgår av diagrammet nedan (Diagram 7.9). Övriga sju kliniker har sammantaget sålt mindre vård under senare år jämfört med nivån år 2015. Variationerna mellan klinikerna är stora. Se detaljer i tabell B4.8 i bilaga 4.

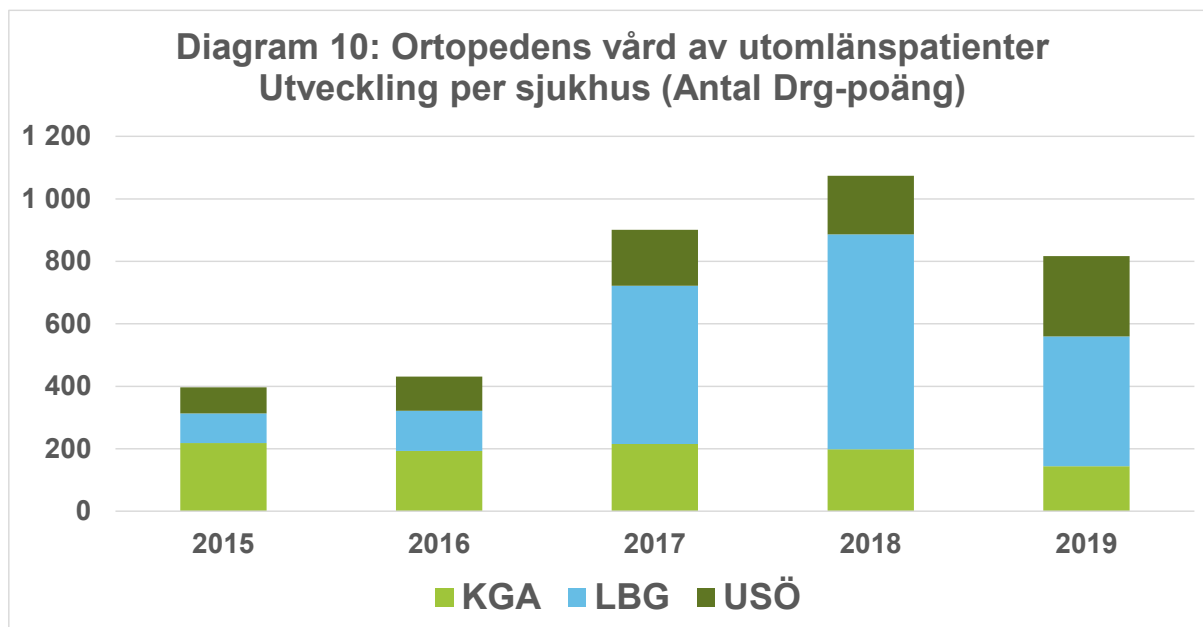
Ett observandum är regionavtalets eftersläpning som innebär att de intäkter som redovisas för den sålda vården år 2019 i verkligheten avser intäkter för de volymer som producerades år 2017. Därmed syns ännu inte effekterna av trendbrottet från hösten 2018 med vikande produktion.



### Vilken vård säljer kliniken till andra regioner?

Ortopediska kliniken utomlänsvård har, uttryckt i DRG-poäng, dubblerats år 2019 jämfört med nivån år 2015. Ökningen har till stora delar skett vid den effektiva ledprotessektionen i Lindsberg. Av diagrammet nedan (Diagram 7.10) framgår detta tydligt. Som mest år 2018 var ökningen 597 DRG-poäng för elektiva operationer i Lindsberg jämfört med nivån år 2015. Det är en ökning med inte mindre än 867 %.

Trendbrottet från hösten år 2018 gör att man tappar en del år 2019. I Karlskoga har utomlänsvården minskat vilket till stora delar beror på den profilering av sjukhusen som närmare beskrivs i nästa avsnitt. I Region Örebro län har utomlänsvården mer än dubblerats år 2019 vilket framförallt beror på hemtagningen av bäcken- och ryggoperationerna. För detaljer om utvecklingen per sjukhus uppdelat på akut och elektiva vård hänvisas till tabell B4.9 i bilaga 4.

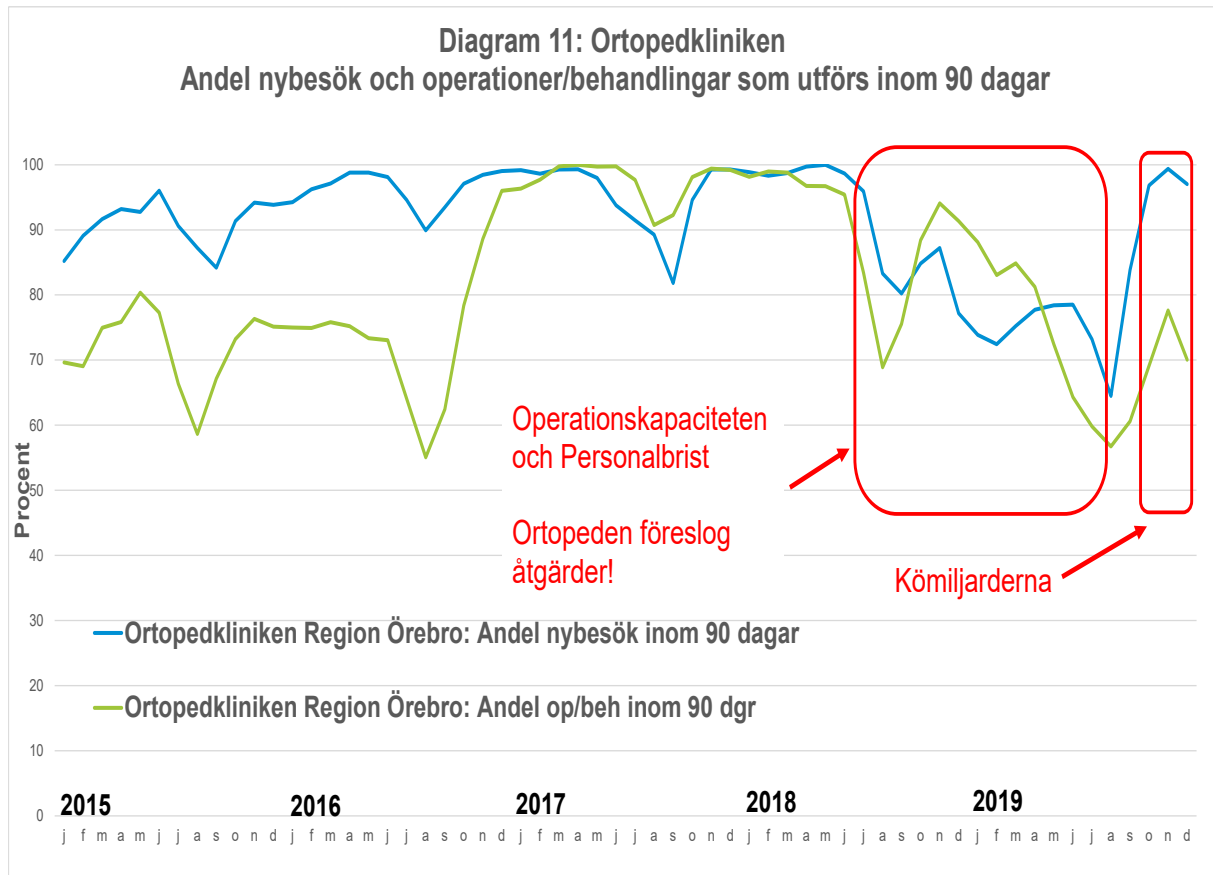


### 7.6.6 Tillgänglighet och väntetider

I diagrammet nedan (Diagram 7.11) redovisas hur väntetiderna för nybesök och operationer/åtgärder har utvecklats för Ortopediska kliniken patienter under analysperioden. Nivån 100 % innebär att ingen patient väntar längre än 90 dagar i enlighet med vårdgarantin. Nivån 50 % innebär att endast hälften av patienterna får vård inom 90 dagar. Som framgår av diagrammet utvecklas Ortopediska kliniken väntetider mycket gynnsamt fram till och med sommaren år 2018. Vid den tidpunkten hade i stort sett alla patienter under nästan två års tid fått vård inom 90 dagar. År 2015 fick 25-30 % av patienterna vänta längre tid än 90 dagar.

Under hösten 2018 ser man tydliga trendbrott som vi berör på många olika ställen i denna rapport. Väntetiderna ökade som en följd av att kliniken inte längre kunde upprätt hålla den höga produktion man hade haft fram till sommaren. Orsakerna till trendbrottet är flera men framförallt att operationskapaciteten minskade påtagligt.

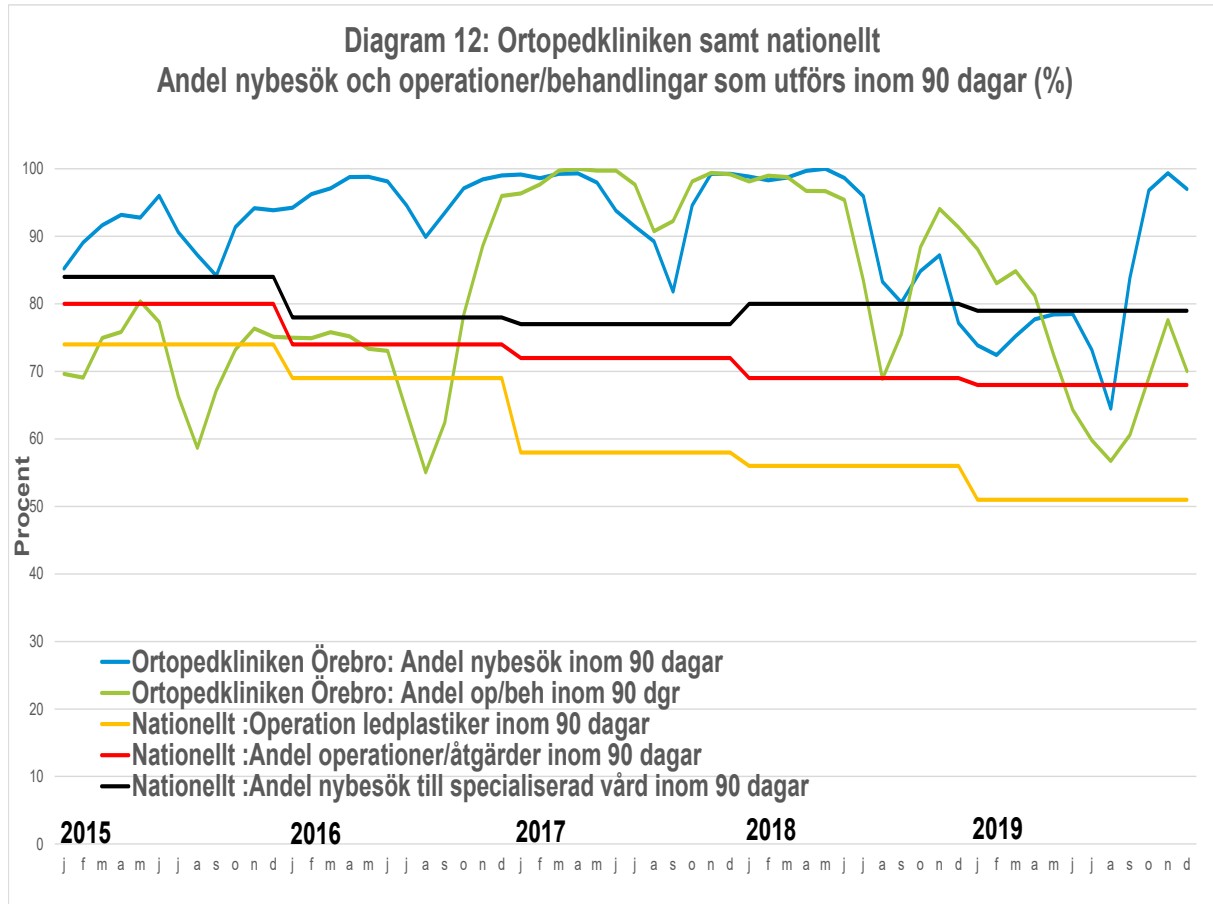
Under hösten år 2019 förbättras läget igen vilket hänger samman med den stimulans som uppstod till följd av nya statliga satsningar för att minska väntetiderna, (kømiljarden). Om man förlänger kurvan in i år 2020 så förstår alla hur den fortsättningen ser ut. Pandemin Covid-19 innebär att väntetiderna ökar kraftigt, inte minst eftersom de elektiva operationerna i stort sett upphör under långa perioder. En annan slutsats man kan dra av diagrammet är att den kraftigt ökade vården åt utomlänspatienter inte medfört undanträngningseffekter för regionens egna invånare.



Källa: Kristin Grip

### Hur står sig Ortopediska kliniken väntetider i en nationell jämförelse?

I diagrammet nedan (Diagram 7.12) har föregående diagram kompletterats med de genomsnittliga nationella väntetiderna för nybesök, operationer/åtgärder och ledplastikoperationer. Som framgår står sig Ortopediska kliniken väntetider mycket väl vid en jämförelse, i nästan alla tidperioder under analysperioden. Särskilt påtagligt är det från sommaren år 2016 när Ortopediska kliniken operationskapacitet ökat.



Källa för nationella data: SKR Hälsa- och sjukvårdsrapporten 2020, tabell sid 18 och 19. OBS! Årsdata, ej per månad.

Ortopediska kliniken har utvecklat sin kapacitet och breddat sin verksamhet genom hemtagning av vård som tidigare inte kunnat utföras i Region Örebro län. Härigenom får invånare i Region Örebro län en ökad tillgänglighet samtidigt som kliniken i mycket större utsträckning kunnat erbjuda vård till patienter från andra regioner. Väntetiderna har kortats påtagligt. Före trendbrottet fick samtliga patienter – inomläns såväl som utomläns - vård inom 90 dagar. I riket är väntetiderna betydligt längre – även efter trendbrottet!

*I Region Örebro län finns numera via Ortopediska kliniken:*

- Kompletta ryggverksamhet
- Sällanvård
  - Rygg- och bäcken trauma
  - Periacetabulära osteotomier
  - Bäckmetastaser
  - Avancerad Ilizarow teknik
  - Scolioskirurgi
  - Multitrauma
  - Axelproteskirurgi
- Ledprotesverksamhet i nationell toppklass
- Fot- och barnkirurgi
- Axel- och knäligamentkirurgi
- Stöd till Traumacenter

### 7.6.7 Profilering av sjukhusen

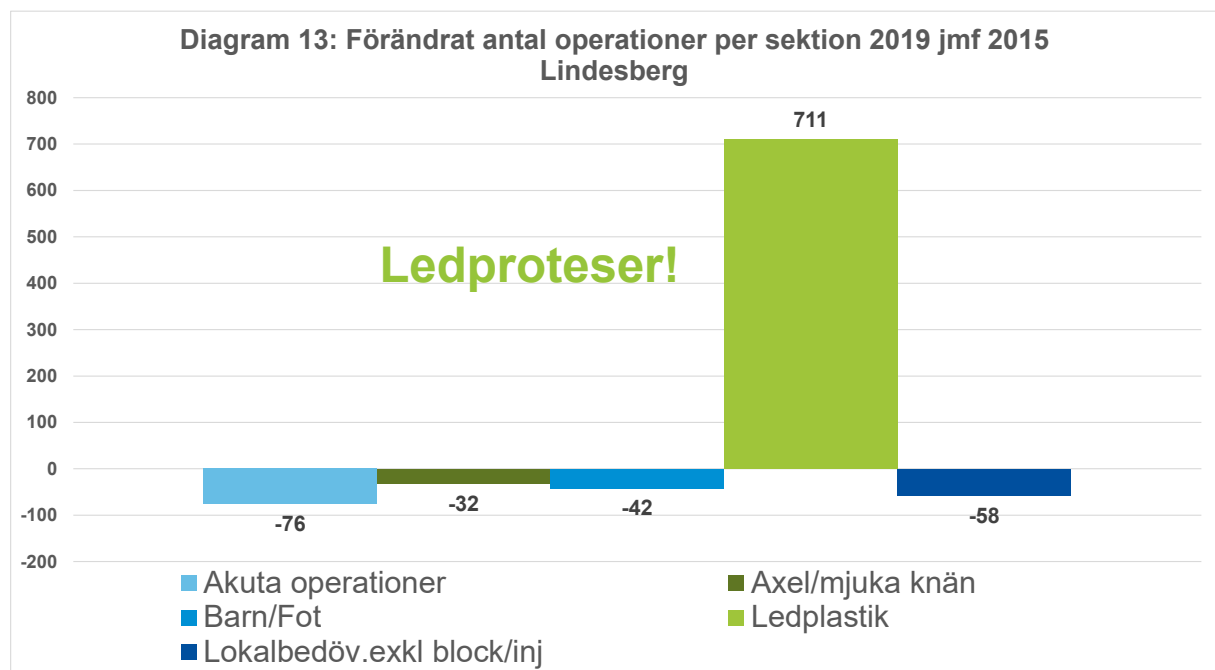
I inledningen till denna utvärdering refereras till regeringens utredning "Träning ger färdighet" (1), som framhöll att patientsäker kirurgi kräver att en enhet utför ett visst antal operationer. Det ökar kvalitén och minskar risken för komplikationer. Kirurgiska ingrepp bör med andra ord nivåstruktureras och koncentreras. Detta var en viktig bevekelsegrund för beslutet om att bilda länsklinikerna och att organisationsförändringen i sin tur skulle bidra till en ökad profilering. Ortopediska kliniken påbörjade en strukturuomvandling som fortfarande pågår, med följande målsättningar;

- *Alla tre sjukhusen bedriver närsjukvård i samverkan med primärvård och kommuner.*
- *Hand-, arm-, ben- och höftledsbrott ("vardagstraumatologi"), samt axel- och knäligamentskador i Karlskoga som dessutom är centrum för axelproteskirurgi inklusive revisioner samt korsbandskirurgi inklusive revisioner.*
- *Lindesberg är centrum för knä/höftproteser.*
- *I Örebro återfinns avancerad sällanvård såsom rygg- och bäckenoperationer, därmed stöds traumacentrum på USÖ, samt fot- och barnkirurgi.*
- *Dagkirurgi koncentreras till Karlskoga och Örebro genom att det första hanterar axel/ knäligament och det senare barn/fot.*

Hur har det gått så här långt?

#### 1. Strukturuomvandling i Lindesberg

Diagrammet nedan (Diagram 7.13) visar tydliga effekter. I Lindesberg noteras en kraftig ökning av ledplastiker samtidigt som annan vård har minskat. Utöver ledproteserna genomförs fortfarande en del akuta operationer på sjukhuset. År 2015 utfördes 173 operationer i dagkirurgi. År 2019 hade antalet minskat till 16 operationer. Detaljer återfinns i tabell B4.10 och B4.13 i bilaga 4.

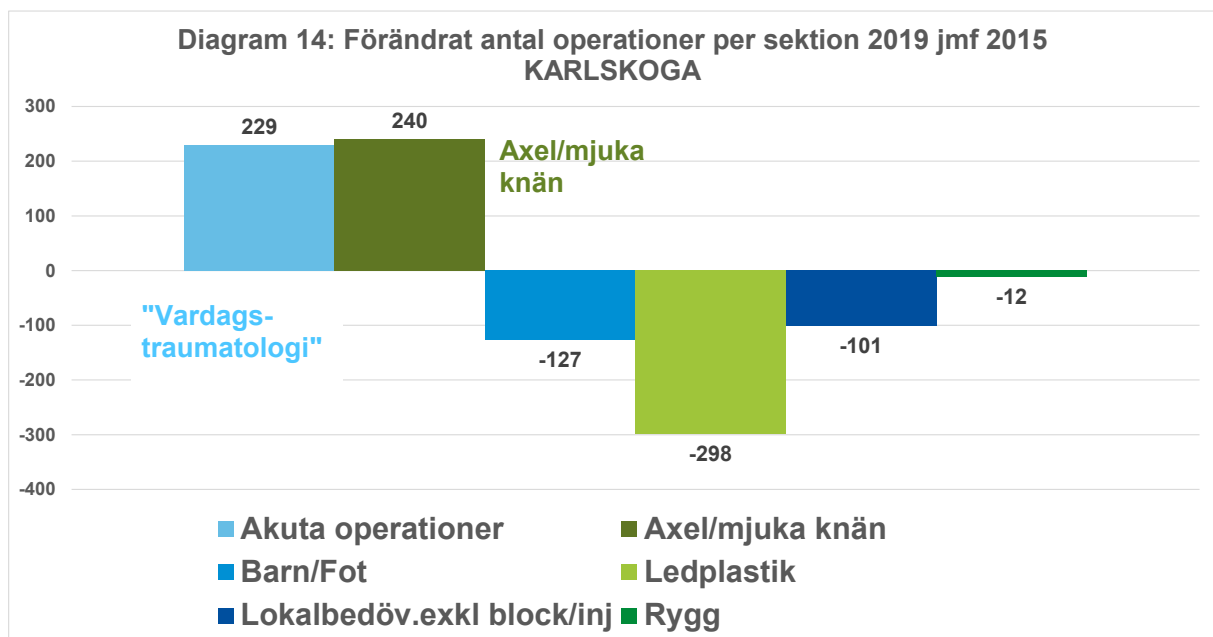




## 2. Strukturomvandling i Karlskoga

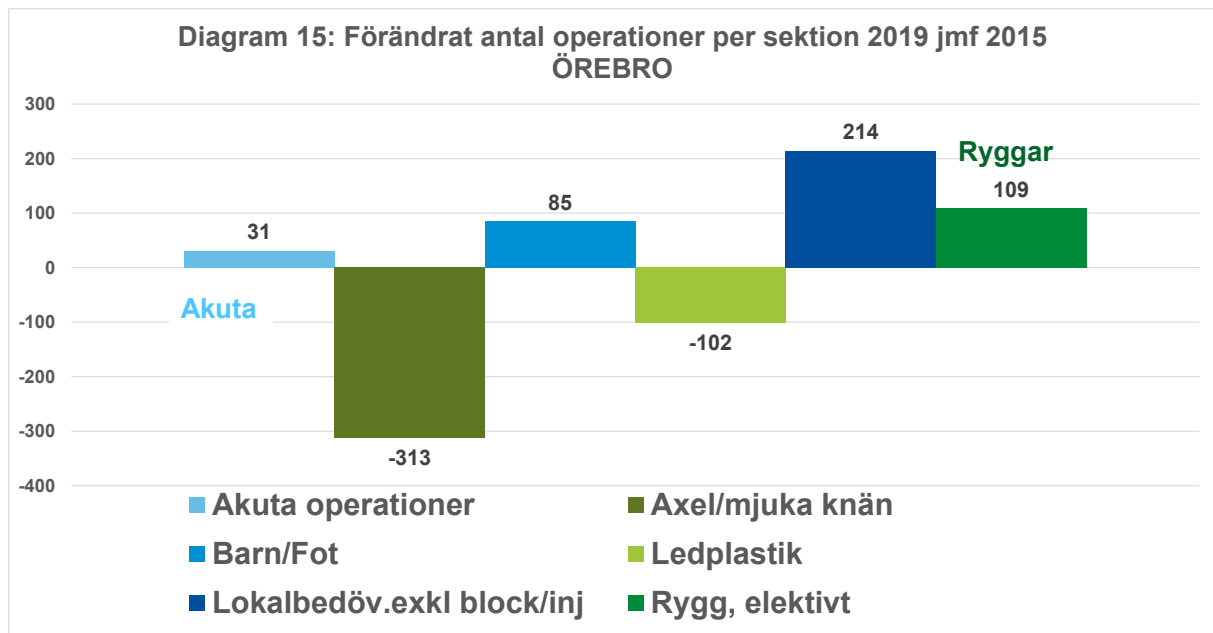
Även detta sjukhus har en annan profil idag jämfört med år 2015. Numera utför sjukhuset i stort sett bara akuta operationer, s.k. "vardagstraumatologi" samt all planerad axelkirurgi och knäledens mjukdelskirurgi, företrädesvis artroskopiska operationer. Så sent som år 2016 utfördes 224 elektiva ledplastikoperationer på sjukhuset. År 2019 hade det minskat till en (1) operation. Samtidigt används höftprotes vid akut behandling av höftfraktur, vilket kommer att öka i omfattning framöver.

Omvandlingen syns tydligt i diagrammet nedan. (Diagram 7.14) Av det totala antalet operationer i Karlskoga är ca 800 st. i dagkirurgi år 2019 (axel och knäligament). Det är ungefär samma antal som år 2015. Detaljer återfinns i tabell B4.11 och B4.13 i bilaga 4.



### 3. Strukturomvandling i Örebro

I Örebro noteras framförallt hemtagning av sällanvården. (Diagram 7.15) Som tidigare redovisats har kliniken bland annat tagit hem avancerade operationer i rygg och bäcken. Det har krävt stora investeringar i utbildning, implantat och instrument. Dessa operationer utförs i Örebro. Dagkirurgi som utförs i Örebro avser barn och fot. Detaljer i tabell B4.12 och B4.13 i bilaga 4.



*Inom Ortopediska kliniken har det skett en tydlig profilering av vården vid de tre sjukhusen.*

- *Alla tre sjukhusen bedriver närsjukvård i samverkan med primärvård och kommuner.*
- *Hand-, arm-, ben- och höftledsbrott ("vardagstraumatologi"), samt axel- och knäligamentskador i Karlskoga som dessutom är centrum för axelproteskirurgi inklusive revisioner samt korsbandskirurgi inklusive revisioner.*
- *Lindesberg är centrum för knä/höftproteser.*
- *I Örebro återfinns avancerad sällanvård såsom rygg- och bäckenoperationer, därmed stöds traumacentrum på USÖ, samt fot- och barnkirurgi.*
- *Dagkirurgi koncentreras till Karlskoga och Örebro genom att det första hanterar axel/ knäligament och det senare barn/fot.*

## 7.6.8 Ledtider och komplexitet

### 7.6.8.1 Exempel på ökad komplexitet - Ryggoperationerna

Numera görs 400 ryggoperationer i regionen. Det är dubbelt så många som år 2015. Men det är inte hela sanningen, vilket framgår av tabellen nedan. Det handlar om operationer som kräver mycket resurser. År 2015 gjordes endast två (2) avancerade operationer, med en knivtid över 4 timmar. År 2019 görs 35 avancerade ryggoperationer. Hemtagningen av ryggoperationer i egen regi har också kommit grannregionerna till nytta. En betydligt större andel av operationerna görs idag på utomlänspatienter.

**Tabell 7.6: Ryggoperationer – Antal, knivtid mm år 2015-19**

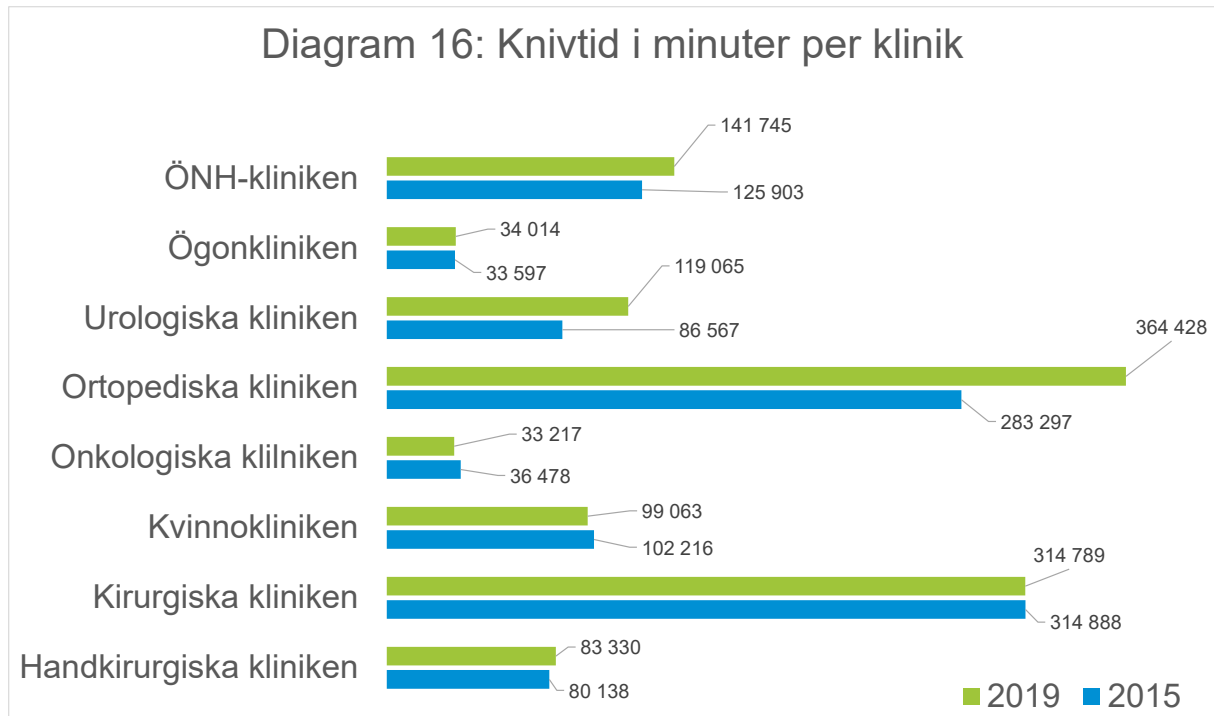
År	Knivtid min	Knivtid min	Varav knivtid	Varav knivtid	Antal	Varav antal
	Alla	varav utomlän	>4 timmar	>5 timmar	Alla	Utomlän
2015	16 079	526	2	0	199	8
2016	21 290	252	2	0	258	3
2017	30 329	927	9	2	325	10
2018	34 392	2 594	8	6	356	24
2019	43 931	6 692	25	10	401	43
	173 %	1 172%			102 %	

### 7.6.8.2 Knivtider

Ortopediska klinikers knivtider i öppen och sluten vård var 283 297 minuter år 2015 och 364 428 minuter år 2019. Det är en ökning med 29 %. Antalet operationer har under samma tidsperiod ökat med 9 %. Den genomsnittliga knivtiden per operation har ökat med 18 %. En förklaring till att den genomsnittliga knivtiden ökar är att det år 2019 utförs mer avancerad sällanvård som ofta kräver längre operationer.

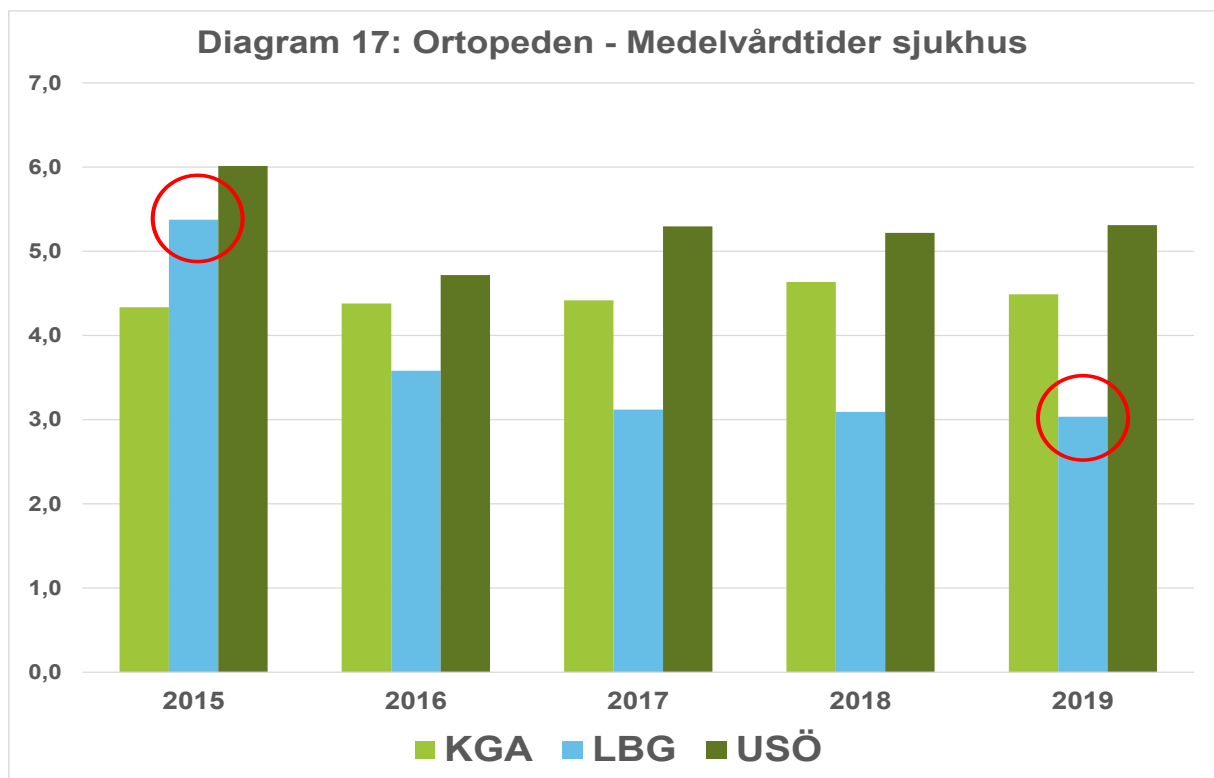
Diagram 7.16 nedan visar utvecklingen av de undersökta klinikernas knivtid under analysperioden. Det framgår bland annat att Ortopediska klinikers andel av den totala knivtiden i Region Örebro län ökat. Den uppgår till 27 % år 2019. Som jämförelse noteras att Kirurgiska klinikers knivtid är på samma nivå år 2019 som år 2015 och klinikers andel av den totala knivtiden har minskat till 23 %.

Detaljer återfinns i tabellerna B4.7 samt B4.16-18 i bilaga 4.



### 7.6.8.3 Medelvårdtiden

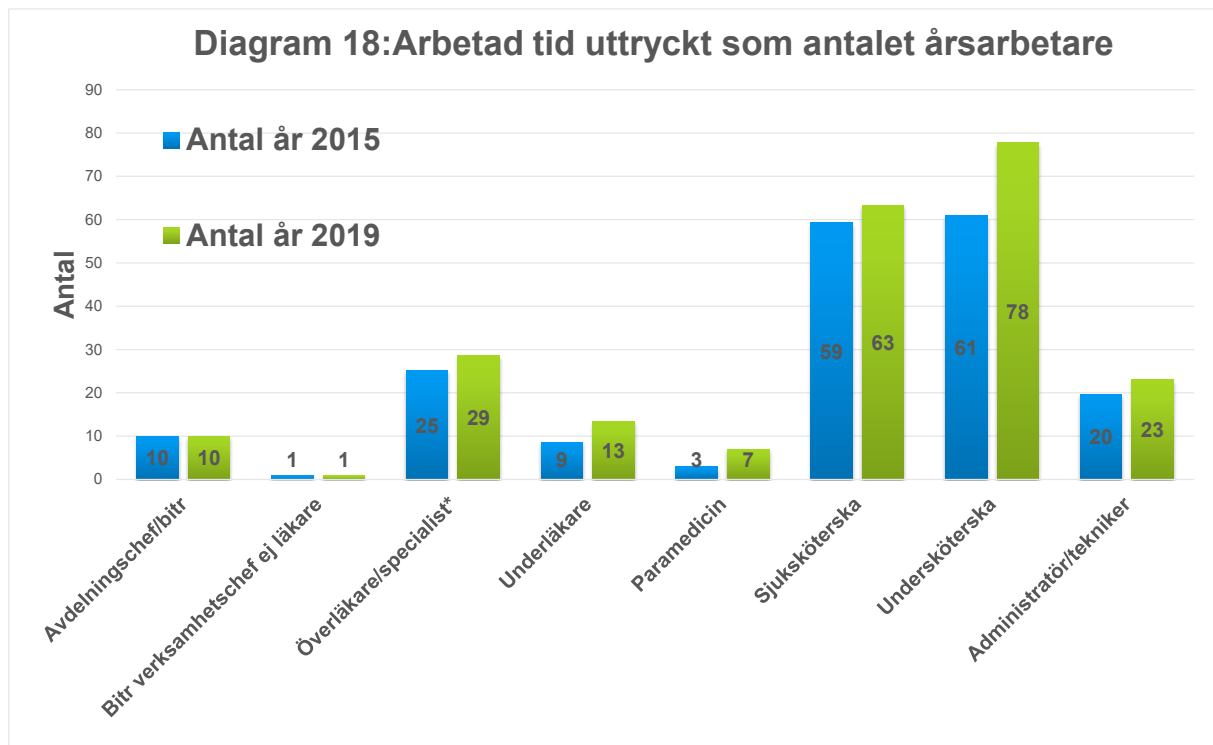
Medelvårdtiderna har under analysperioden minskat med 44 % i Lindesberg och med 12 % i Örebro. (Diagram 7.17) Lindesberg opererar inte bara rutinfall utan även fler komplexa höft/knäoperationer med komplikationer/infektioner som innebär längre vårdtid. Detsamma gäller specialortopedin vid USÖ. Detaljer återfinns i tabell B4.14 i bilaga 4.



### 7.6.9 Arbetad tid

Den faktiskt arbetade tiden - uttryckt som antal årsarbetare - har under analysperioden ökat från 187 till 224 årsarbetare. Det innebär att den faktiskt arbetade tiden på kliniken har ökat med ca 20 %. (Diagram 7.18)

Den arbetade tiden för överläkare och specialistläkare har ökat med ca 14 % medan den ökat med 7 % för sjuksköterskorna och 27 % för undersköterskor. Se detaljer i tabell B4.15 i bilaga 4.



\* Överläkare/specialist inkluderar en verksamhetschef och en biträdande verksamhetschef, som båda är överläkare. Källa: Shpend Mustafa, Region Örebro län.

## 8 Organisation, ledning och styrning

### 8.1 Uppdraget

- att utreda och bedöma i vilken grad målet – hållbar struktur – är uppnått och rekommendera vägval för det fortsatta arbetet.
- att utifrån den förändrade ledningsorganisationen få en fördjupad analys av Ortopediska kliniken ledning och styrning och bedöma om kliniken har en ändamålsenlig och hållbar ledningsorganisation.
- att föreslå åtgärder för att ytterligare stärka kliniken arbete och ledningsgruppens samlade förmåga att utveckla ortopedin i Region Örebro län.

### 8.2 Sammanfattning - Hur har det varit möjligt att genomföra en så snabb förändring på så kort tid och med så goda resultat?

- Ortopediska kliniken inre organisation speglar på ett tydligt sätt det uppdrag som gavs och har skapat förutsättningar för att nå målen – en högkvalitativ jämlik vård i rätt tid, samt bättre hushållning av gemensamma resurser.
- Organiseringen har skapat möjligheter för konkurrenskraftig forskning och utbildning. Ortopeden har tagit vara på regionens goda forskningsfinansiering och man har stärkt samarbetet med universitetet. Idag finns också fler doktorander på Ortopediska kliniken i Region Örebro län, än på de flesta andra ortopedkliniker i landet.
- Justeringar i organisationen har gjorts efterhand när det inte har fungerat.
- Kliniken har lojala och engagerade medarbetare som har arbetat hårt för att bidra i om-ställningen.
- Det finns en hög kompetens och utvecklingskraft i alla yrkesgrupper.
- Ett starkt ledningsstöd har inrättats, där vi särskilt vill framhålla produktions- och controllerfunktionen som viktiga förutsättningar för styrningen. Det gör att kliniken har en god planering och kontroll över verksamheten, som i sin tur gör att man också kan genomföra snabba omställningar vid behov.
- Man har lyckats rekrytera kompetenta medarbetare till strategiska funktioner, såväl kliniska som administrativa. Dessa ser vi också är viktiga ambassadörer och kulturbärare i förändrings- och utvecklingsarbetet.
- En aktiv omvärldsbevakning har inneburit att möjligheter som haft betydelse för kliniken utveckling tagits tillvara.

#### 8.2.1 Risker

- Ledningsansvaret ligger i för hög grad på verksamhetschef och stab.
- Ansvar och befogenheter för roller och funktioner är i vissa fall otydligt.
- Det saknas till viss del ett "sense of urgency", d.v.s. förståelse för nödvändigheten och värdet av förändringen.
- Det saknas en bredare delaktighet i förändrings- och utvecklingsarbete.
- Identiteten är i för stor utsträckning kopplad till ort och inte till ett nytt gemensamt uppdrag.

### 8.2.2 Förslag till åtgärder för långsiktig hållbarhet

- Ett omtag kring syftet med förändringen, det gemensamma uppdraget och ramar för arbetet.
- Klargör och förankra sektionschefernas ansvar, mandat och befogenheter.
- Utveckla sektionernas ledningsfunktioner.
- Fortsätt med riktade insatser för ledningsgruppens utveckling.
- Arbeta med kommunikationsstrategier för att nå ut i verksamheten.
- Lyft fram omvärldsbevakning som en naturlig del i arbetet.
- Tillvarata medarbetarnas engagemang, skapa förutsättningar för delaktighet.

### 8.3 Utredarnas sammanhangsmarkering för förändringsledning och förändringsarbete

”En dag ser det annorlunda ut” så beskrev den nyutträdde verksamhetschefen det som den nybildade länsövergripande Ortopediska kliniken stod inför. Budskapet innebar att förändringsresan hade påbörjats och att saker och ting inom ortopedin inte längre skulle se ut som tidigare. När man startar en förändringsprocess kan man aldrig exakt veta hur det nya kommer att se ut. Det enda man med säkerhet kan veta är, precis som verksamhetschefen beskrev, att det kommer att se annorlunda ut.

Det som var tydligt var regionens övergripande mål; en högkvalitativ, jämlik vård i rätt tid, bättre hushållning av gemensamma resurser, en konkurrenskraftig forskning och utbildning och en utvecklingskraft i länet. Vägen dit för Ortopediska kliniken skulle innebära ett hårt arbete och förändringen komma att påverka och beröra alla medarbetare på något sätt.

Omfattningen av hälso- och sjukvårdens omställning är genomgripande. Så är även Ortopediska kliniken. Att gå från att vara självständiga kliniker med ett lokalt länsuppdrag, till att bli del av en större universitetsklinik är en mycket omfattande förändring.

Förändringen visade sig innebära bland annat följande:

- Den nya kliniken skulle bli en universitetsklinik, vilket innebar att utöver hälso- och sjukvård skulle nu även klinisk forskning och utbildning utgöra en del av kärnverksamheten.
- Vården skulle koncentreras, vilket innebar nya/andra patientgrupper och ett förändrat uppdrag.
- En helt ny organisation.
- Nya roller och funktioner.
- Nya arbetssätt och rutiner.
- Nya mötesformer och sammanhang.
- Nya kommunikationsvägar och gränssnitt.
- Nya arbetskamrater och kanske en ny närmaste chef.
- För många innebar det nya uppdraget också en ny identitet.
- Vissa fick även en ny geografisk placering.
- Nya kompetenser – behov av kompetensutveckling.
- Ett förändrat handlingsutrymme.
- Ytterligare konsekvenser som uppstår av en förändrad hälso- och sjukvård i stort.

Det är ganska många saker att förhålla sig till som enskild medarbetare och vissa saker är lättare att förändra än andra.

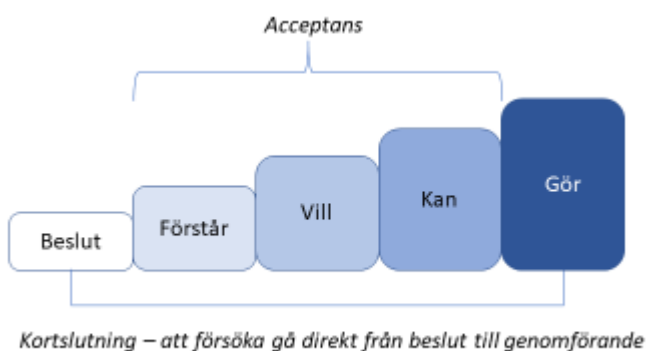
### 8.3.1 Vad händer med människor i förändring?

Att driva förändringsarbete är svårt. Delvis beror det på att all förändring i viss mån är oförutsägbar, då det handlar om människor och organisationer. Människor och organisationer är komplexa sociala system och reagerar inte alltid på ett förutsägbart sätt. Det är lätt att tänka sig förändringsarbete som en linjär process från ett läge till ett annat, men så ser inte verkligheten ut. Förändring skapar kaos och det är ett tillstånd som de flesta människor upplever som väldigt påfrestande. Vi människor strävar efter förutsägbarhet och begriplighet, vilket kan vara svårt att upprätthålla under ett förändringsarbete.

För att kunna leda en förändringsprocess krävs en övergripande plan, men också en lyhördhet för att göra nödvändiga justeringar när det behövs. Det krävs också en förmåga att möta och stötta medarbetarna i deras individuella förändringsprocess, för att få den samlade organisationen att göra den nödvändiga förflyttningen.

När vi ställs inför ett val har vi en benägenhet att hellre behålla det vi har, om inte värdet av det nya är betydligt högre. Det innebär att vi inte är beredda att t.ex. ta till oss en ny organisation, innan vi vet vad det innebär och vad värdet för oss själva blir. Innan jag vet vad jag ska göra, hur det ska göras, vem jag ska jobba med och vem som blir min chef, är det nya väldigt abstrakt och konsekvenserna för mig mycket otydliga.

För att åstadkomma verklig förändring som innebär att chefer och medarbetare tänker, känner och agerar på ett nytt sätt, behöver man ta hänsyn till den mänskliga förändringsprocessen. Den innebär att vägen från beslut till görande behöver gå via acceptans, d.v.s. att man förstår, vill och kan bidra. Om man kortsluter systemet kan man åstadkomma nya beteenden och därmed snabb förändring men långsiktigt hållbar förändring förutsätter acceptans.



Figur 8.1: Efter Granberg O och Wallenholm H – Ledningsgruppen, Lund Studentlitteratur 2017(17)

Dialog och kommunikation i alla dess former, är de viktigaste verktygen i allt förändringsarbete.



### 8.3.2 Förstå, vilja och kunna

Det är naturligt att förändring möter på motstånd. Ett vanligt misstag är att tolka motreaktioner som ovilja, när det snarare handlar om ett naturligt sätt att försvara sig mot en oviss framtid och att bevara viktiga värden. För att minska motståndet och göra saker och ting begripligt, behöver medarbetare förstå **varför** förändring är nödvändig.

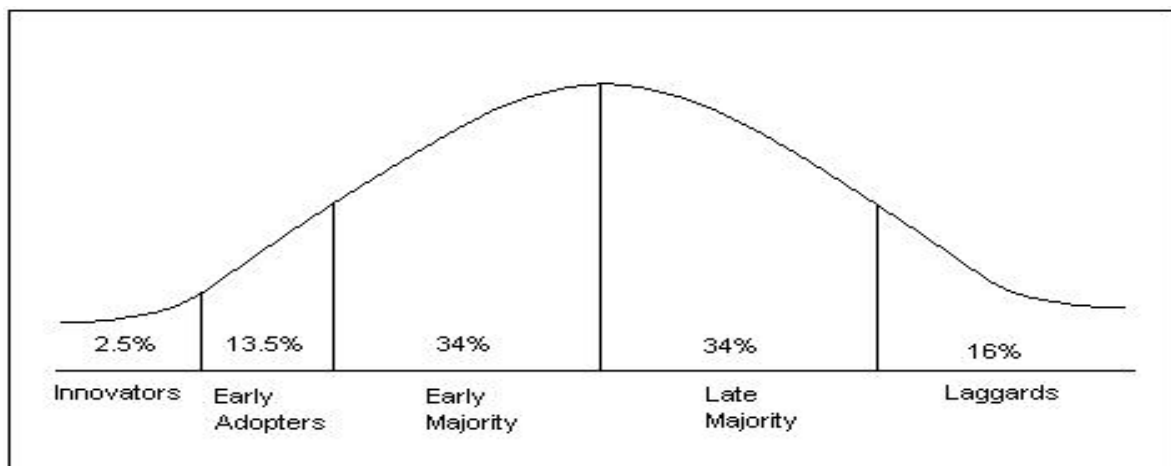
Medarbetare som befinner sig i en reaktionsfas ser sig sällan som motståndare. De ser sig snarare måna om saker. De vill försäkra sig om att ledningen har sett och förstått de viktiga konsekvenser och farhågor som de själva ser. I det här läget är det viktigt att bli hörd och få möjlighet att lyfta frågor och farhågor. Att bli hörd är inte samma sak som att få som man vill, men man behöver få ett kvitto på att de farhågor man lyfter, beaktats och tagits på allvar och värderats. Det är också viktigt att den närmaste chefen står stadigt och ställer sig bakom beslutet och att denne kan förklara och svara på frågor. Likaså är det viktigt att ledningen kan måla upp en positiv framtidsbild av det nya. Det finns en risk att medarbetare som upplever att de inte blivit hörda, blir kvar i den här fasen under alltför lång tid.

När medarbetare förstår varför, behöver de också kunna se på vilket sätt förändringen är meningsfull för dem. Det innebär att kommunikationen behöver anpassas för olika målgrupper för att skapa **vilja** och motivation.

Att **kunna** handlar om att få förutsättningar att agera i sin nya roll och/eller utifrån nya förväntningar. Man kan känna sig osäker i ett förändrat uppdrag eller en ny roll och kan också behöver tid för kompetensutveckling och nyorientering.

### 8.3.3 Förändring tar tid

All förändring tar tid. En så genomgripande förändring som Ortopediska kliniken gör, måste man se på många års sikt. I relation till förändringens omfattning har det därför gått ganska kort tid. Utvärderingen handlar om att identifiera var man befinner sig i förändringsprocessen och föreslå åtgärder för att underlätta det fortsatta arbetet. Vi förväntar oss i vår utvärdering att olika delar av verksamheten kommit olika långt, då individer och grupper stått inför olika utmaningar och medarbetare också tar till sig förändring olika snabbt. Ett sätt att se på detta är att använda modellen nedan.



Figur 8.2: Modell från E Rogers (18)

**Innovators** är de medarbetare i verksamheten som snabbt är med på tåget, ser möjligheterna och vill bidra. Samma sak är det med **early adopters**. De är positiva och också snabba att ställa om och behöver som regel bara bli lite mer övertygade om att det nya är bra.

Dessa två grupper av medarbetare bör man involvera tidigt och ge möjligheter att bidra då de kommer att vara värdefulla för att driva utvecklingen framåt. De kommer också att kunna visa vägen och påverka den stora grupp av medarbetare som behöver mer tid för att låta sig övertygas.

Det är gruppen **early majority**. De brukar som regel ansluta sig när det blir tydligt att det är det nya som gäller och man också ser konkreta exempel som visar på att förändringen lyckas och är på allvar. Den andra stora gruppen, **late majority**, ansluter sig också så småningom även om de kan behöva ännu mer tid innan de är övertygade om värdet av det nya.

Det kan också finnas också en mindre grupp av medarbetare som aldrig accepterar det nya och som inte vill vara en del av förändringen. Att ständigt och under lång tid befinna sig i frustration över en förlorad tid, är en mycket stor psykisk påfrestning och skapar ohälsa för den enskilde. Man kommer slutligen till en punkt när man som medarbetare därför måste göra ett eget aktivt val. Antingen stanna och acceptera eller söka sig vidare.

#### 8.4 Ortopediska kliniken formar sin nya organisation och sitt arbetssätt

Inför förändringsarbetet valde verksamhetschefen att i början behålla befintlig struktur, samtidigt som det genomfördes omfattande analyser kring hur den framtida organisationen skulle se ut. Ett förslag presenterades av den nya organisationen och dess ledningsfunktioner vid ledningsgruppsmöten, verksamhetsuppföljningar och personalmöten, samt på klinikens fortbildningsdagar i augusti 2016. Alla fick möjlighet att kommentera förslaget och det inkom även en hel del synpunkter som ledde till vissa korrigeringar.

Därefter presenterades den planerade organisationen för områdeschefen i Område opererande och onkologi samt för dåvarande hälso- och sjukvårdsdirektör. I organisationsförslaget presenterades nio enheter med varsin chef, ansvarig för verksamhet, personal och ekonomi, samt fem stabsfunktioner. Rollbeskrivningar och kravprofiler utformades och utlystes sedan genom intresseanmälan internt på kliniken, se bilaga 5.

För att prova den nya organisationen tillsattes alla funktioner i första hand under ett år. Därefter planerades 3-4 års förordnanden. Följande funktioner presenterades som klinikens nya ledningsorganisation:

- Sektionschefer med ansvar för de medicinska sektionerna, indelade efter diagnosgrupper, som i sin tur koncentrerats till de olika orterna.
- ST-chef med särskilt ansvar för läkare under utbildning samt alla vikarierande underläkare.
- Forsknings- och utbildningschef, tillika professor i ortopedi.

- Länsövergripande omvårdnadssektion, med ansvar för klinikens samtliga vårdavdelningar och mottagningar. Rollen som omvårdnadschef finns inte i Region Örebro läns linjeförhållanden och utgör ett 6:e chefsled (i förvaltningen ett 4:e chefsled). Denna chefsnivå verkar mellan verksamhetschef och 1:a linjens chefer. Syftet var att samla omvårdnadsfrågorna i en funktion i ledningsgruppen. Omvårdnadschefen har samma mandat som verksamhetschefen inom sin sektion.
- Avdelningschef för operationsavdelningen.
- Länsövergripande sekretariat med en gemensam chef, dock utan underställda chefer i 1:a linjen.
- Ställföreträdande verksamhetschef, med särskilt ansvar för patientsäkerhetsfrågor.
- Biträdande verksamhetschef, tillika produktionschef, med särskilt ansvar för produktion och vid behov samordning och prioritering mellan sektionerna.
- Biträdande verksamhetschef med inriktning verksamhetsutveckling, samordning och flöden.
- Controllerfunktion med syfte att förse verksamheten med underlag för planering, styrning och uppföljning.

I ledningsgruppen ingår också en redan befintlig funktion i form av en verksamhetsutvecklare i Lindesberg, samt för varje nybildad länsklinik inrättade funktioner för lokalt ledningsansvar på sjukhusen i Lindesberg och Karlskoga.

Efter hand har vissa justeringar skett. Ortopediska kliniken har övertagit operationsenheterna i Lindesberg och Karlskoga, varför nu fler avdelningschefer ingår i klinikens ledningsgrupp. Klinikens ambition är att på sikt även samla operationsresurserna i en gemensam sektion, precis som omvårdnadssektionen. Likaså har lokala enhetschefer för sekretariaten i Karlskoga, Lindesberg och Örebro inrättats, då uppdraget blev alltför splittrat för en ensam chef.

Enhetscheferna samverkar nu i ett teamledarskap och ingår från och med 2019 under omvårdnadssektionen och omvårdnadschefen. En av enhetscheferna ingår i klinikens övergripande ledningsgrupp. Funktionen ställföreträdande verksamhetschef har försvunnit och patientsäkerhetsansvaret har överlämnats till respektive sektionschef. 2017 inrättades också en tjänst som forskningshandläggare, som är direkt underställd FoUU-chefen och vars uppgift bland annat är att bygga broar mellan forskning och det kliniska arbetet. Forskningshandläggaren ingår också i klinikens ledningsgrupp.

Klinikens samlade ledningsgrupp är därmed mycket stor, ett medvetet val för att få en bred förankring och en balans mellan läkare och övriga yrkesgrupper.

På kliniken finns också en stab med biträdande verksamhetschefer, controller och forskningshandläggare. Stabens uppdrag är följande:

- Stöd till verksamhetschefen.
- Ta fram/förbereda underlag av uppdrag för diskussion och därefter beslut i ledningsgruppen.
- Stötta sektionscheferna.

## 8.5 Strategi – Lean/Agile

Den modell för verksamhetsstyrning som Ortopediska kliniken har valt, bygger på att kombinera *lean*-konceptet med ett *agilt* arbetssätt(6). Inom *lean* arbetar man utifrån patientens behov och med standardiserade arbetsprocesser, i syfte att höja kvaliteten, minska onödiga moment och därmed onödig resursanvändning. Konceptet innebär också att man samordnar processer mellan olika enheter för att åstadkomma en effektiv och kvalitetssäkrad vårdkedja.

Ett *agilt* arbetssätt innebär att man snabbt kan ställa om utifrån förändrade förutsättningar och skiftande behov. Man arbetar i mindre steg och utvärderar och justerar utifrån nya insikter och erfarenheter, d.v.s. testar sig fram i större utsträckning. I det *agila* arbetssättet är människan i fokus, vilket betyder att de som arbetar i processen är viktigare än processen i sig. Samverkan och anpassning är centralt.

En förutsättning för att kunna arbeta *agilt* är ständig lyhördhet inför de förändringar som sker i in- och omvärld och som kan påverka verksamheten. Man behöver också ha stor processmognad, förståelse för arbetssituationen och i första hand arbeta utifrån patientens behov, framför organisatoriska hänsyn eller utifrån personalens preferenser.

Man kan tycka att dessa två modeller står i konflikt med varandra, men Tolfs avhandling (6) visar att kombinationen är ett framgångsrikt angreppssätt för den komplexitet som vården hanterar.

Strategin som Ortopediska kliniken valde för att utveckla arbetssättet, bygger på tre steg:

1. Först ökade man effektiviteten i befintliga arbetssätt, genom att ”provocera luft i systemet”.
2. Därefter arbetar man med att standardisera arbetssätten, genom att tillämpa processtyrning.
3. På sikt är målet att utveckla mer självständiga sektioner och enheter, som i högre grad själva utvärderar och anpassar sitt arbetssätt utifrån gemensamma mål och visioner.

Modellen *Lean* och *Agile* har stora inslag av tillit, likt ledningsfilosofin ”tillitsbaserad ledning och styrning” som beskrivs i SOU 2018:47 – Med tillit växer handlingsutrymmet(23).

Definitionen beskrivs enligt följande: *”Tillitsbaserad styrning och ledning är styrning, kultur och arbetssätt med fokus på verksamhetens syfte och brukarens behov, där varje beslutsnivå aktivt verkar för att stimulera samverkan och helhetsperspektiv, bygga tillitsfulla relationer samt säkerställa förmåga, integritet och hjälpvillighet”.*

I vår utvärdering av den långsiktiga hållbarheten för Ortopediska klinikkens ledning och styrning, har vi i stor utsträckning valt att ha den tillitsbaserade ledningsfilosofin som utgångspunkt för de åtgärder vi föreslår för framtiden.

## 8.6 Utvärdering av ledningsorganisation

Vi bedömer att målet att skapa en hållbar struktur för ledningsorganisationen är uppnått. Klinikens möjligheter att fortsätta växa inom ramen för befintlig struktur ser vi som mycket goda, vilket innebär utveckling av både spets och bredd.

Nedan utvecklar vi några områden där vi ser risker för långsiktig hållbarhet:

I vår utvärdering framkommer att Ortopediska kliniken, liksom väldigt många andra verksamheter, kontinuerligt behöver tydliggöra och förankra roller/funktioner, d.v.s. stämna av att alla berörda har en gemensam förståelse av vad rollen innebär och vilka förväntningar som kan ställas på denna. Generellt kan man se att många missförstånd och konflikter som uppstår i organisationer, just handlar om otydligheter kring roller, dess uppdrag, mandat och befogenheter.

Olika perspektiv på roller beskrivs också i boken *Ledarskapsmodellen – konsten att matcha individuella och organisatoriska förutsättningar*(24):

- Förväntad roll, d.v.s. gemensamma förväntningar på beteendet i en specifik situation, för varje person som har en bestämd position.
- Upplevd roll, d.v.s. rolltagarens egen uppfattning om dessa förväntningar, påverkar starkt det som individen faktiskt gör i en given situation.

Vi har valt att lyfta fram några funktioner som vi anser är värdefullt för kliniken att se över. Dessa är följande:

### 8.6.1 Rollen som sektionschef

Alla nya länskliniker fick i uppdrag att inrätta "läkarchefer". På ortopedien benämns dessa som sektionschefer. Syftet var bland annat att renodla verksamhetschefens uppdrag och att göra uppdraget mer strategiskt. Ett annat indirekt syfte, var att uppmuntra den medicinska professionen att engagera sig i chefs- och ledarskapsfrågor och ett sätt för förvaltningen att arbeta mer proaktivt med den framtida chefsförsörjningen.

Att verksamhetschefen inte längre skulle vara läkarnas närmaste chef var därför, vid länsklinikernas bildande, helt nytt för Region Örebro län. Det innebar att det i förvaltningen saknades direkta förebilder att relatera till. Förvaltningen bidrog heller inte nämnvärt med att tydliggöra rollen som sektionschef, tvärtom framhölls att det var viktigt att varje verksamhetschef fick forma sin egen ledningsorganisation och att utveckla rollerna, men inom vissa givna ramar, ex. att alla linjechefer skulle vara trebenta, d.v.s. ha ansvar för verksamhet, personal och ekonomi. Detta skulle också tillämpas för sektionscheferna inom Ortopediska kliniken.

Det finns också en särskild utmaning för deltidschefer, som ofta har sin starkaste identitet kvar i det kliniska arbetet. Ett sätt se på just läkare som chefer, beskrivs i boken - *Att leda i en komplex organisation - utmaningar och nya perspektiv för chefer i offentlig verksamhet* (25).

Där belyses sjukvården som ovanligt komplex och svår att styra och ett av skälen till detta bottnar i logikkonflikter i djupt specialiserade och professionaliserade organisationer. Cregård och Eriksson(25) använder *Reay* och *Hinings* modeller för att förklara de spänningar som uppstår mellan chefslogik och professionslogik och som kan leda till motstridiga intressen kring hur vården ska styras och ledas.

Chefslogik handlar om att använda begränsade resurser på ett effektivt sätt till så många som möjligt. Professionslogiken å andra sidan, bygger på bästa möjliga vård till den enskilde patienten. Höga krav ställs på den som befinner sig i gränlandet mellan de olika logikerna då förväntningarna kan bli motstridiga.

Stor förståelse för ovanstående krävs därför när man beskriver hur rollerna har utformats, tolkats och landat i organisationen. Man kan betrakta utformandet av rollen som sektionschef under dessa år som ett lärande för både organisationen och personen i rollen.

Vi ser att det finns en rollförbistring när det gäller framför allt rollen som sektionschef och att några av orsakerna sannolikt kan ses utifrån det vi beskrivit ovan, d.v.s. otydlighet i uppdrag och förväntningar, vilket kan ses som en diskrepans mellan förväntad roll och upplevd roll samt konflikt mellan chefsuppdrag och klinisk gärning.

### 8.6.2 Rollen som lokalt ledningsansvarig

Viss rollförbistring gäller också för rollen som lokalt ledningsansvarig. Här samverkar dessutom lokalt ledningsansvarig i Karlskoga och Lindesberg i en matrisorganisation, d.v.s. det finns en platsansvarig chef på sjukhuset med processansvar för gemensamma processer där Ortopediska kliniken ingår, vilket gör frågan mer komplex. I en matrisorganisation är det viktigt att klargöra i samråd med alla berörda hur samarbetet ska gå till samt hur ansvar, mandat och befogenheter ska fördelas så att rätt förväntningar ställs på varandra.

Rollen som lokalt ledningsansvarig ligger dessutom på olika funktioner på de tre sjukhusen. Karlskoga har en överläkare med det lokala ledningsuppdraget. I Lindesberg ligger uppdraget på sektionschefen för ledprotessektionen; i Örebro är det produktionschefen som är lokalt ledningsansvarig. Vi har inga synpunkter på vem man utser och förstår att detta givetvis sker utifrån personlig lämplighet, men vi väljer ändå att problematisera några delar som vi ser kan skapa otydlighet och som kliniken behöver vara uppmärksam på.

I och med att de lokalt ledningsansvariga på Ortopediska kliniken har olika mandat i sina andra roller, sektionschef, produktionschef och överläkare, kan förväntningarna från omgivningen bli olika och rollerna blandas ihop. Rollen som lokalt ledningsansvarig finns också på andra länsövergripande kliniker och även här varierar det vem som har rollen. Ibland är det till och med verksamhetschefen som är lokalt ledningsansvarig. Det är lätt att roller blandas samman och att omgivningens förväntning antingen ställs utifrån individens andra roll alternativt att förväntningar ställs utifrån mandatet som andra kliniker valt att ge samma position.

### 8.6.3 Rollen som omvårdnadschef och omvårdnadssektionen

Omvårdnadssektionen förefaller fungera väldigt väl. Vi ser att det finns fördelar i stora verksamheter såsom en länsövergripande klinik med en sammanhållande kraft. Det är heller inte osannolikt att det dagliga stödet för 1:a linjens chefer på många sätt är mer tillgängligt med en omvårdnadschef.

Utmaningen med konstruktionen, som 1:a linjens chefer beskriver det, är att de riskerar att tappa sin känsla av sammanhang då de inte blir delaktiga i det övergripande klinikerbetet. De uttrycker ett behov av att få höra diskussionerna och få bryta sina egna idéer kring de beslut som fattas.

Vi ser att det i denna organisering blir ännu viktigare med lokala ledningar, där avdelningschefer och sektionschefer tillsammans driver och utvecklar verksamheten. Vidare ser vi det som värdefullt att omvårdnadssektionen själva bedriver ett aktivt och självständigt ledningsarbete för omvårdnadsfrågor och sekretariat. Det är också betydelsefullt att även verksamhetschefen stöttar och ger personlig feedback till första linjens chefer och visar sig i verksamheten. En ekvation som vi förstår kan vara svår att få till, men nog så betydelsefull.

### 8.6.4 Staben

Staben utgör en förutsättning för klinikkens ledning och styrning. Funktionen beskrivs av klinikkens chefer som mycket betydelsefull. Flera av cheferna (och även vissa medarbetare) på kliniken har dock uppfattningen att det är staben som fattar besluten och att uppdragen kommer från staben och inte från klinikkens ledningsgrupp. Flera betraktar staben som klinikkens egentliga ledningsgrupp.

Staben är synnerligen effektiv och kompetent. Vi ser dock fördelar med att ledningsgruppen på sikt tar ett större helhetsansvar och staben intar en mer stöttande roll. Om den gemensamma diskussionen i ledningsgruppen uteblir, kan det riskera att försvåra förståelsen för helheten och minska det personliga ansvarstagandet längre ut i organisationen.

## 8.7 Utvärdering av klinikkens ledning och styrning

Vi ser att verksamhetschef och stab har varit en nödvändig förutsättning för klinikkens goda ledning och styrning. För att ledningsgruppens samlade förmåga att utveckla ortopedin ska vara långsiktigt hållbar, ser vi att fler i ledningsgruppen behöver få förbättrade förutsättningar och också ta ett större helhetsansvar.

Vid utvärderingen av klinikkens ledning och styrning har vi valt att utgå från analys av ledningsgruppens arbete. Vår uppfattning är att kvaliteten i ledningsgruppens arbete direkt påverkar förutsättningarna för resten av verksamheten att göra ett bra arbete. En effektiv ledningsgrupp som har samsyn i viktiga frågor, där medlemmarna tar personligt ansvar för helheten och samverkar för att lösa de problem som uppstår, ger goda förutsättningar för verksamhetens arbete och bidrar till en sund organisationskultur.

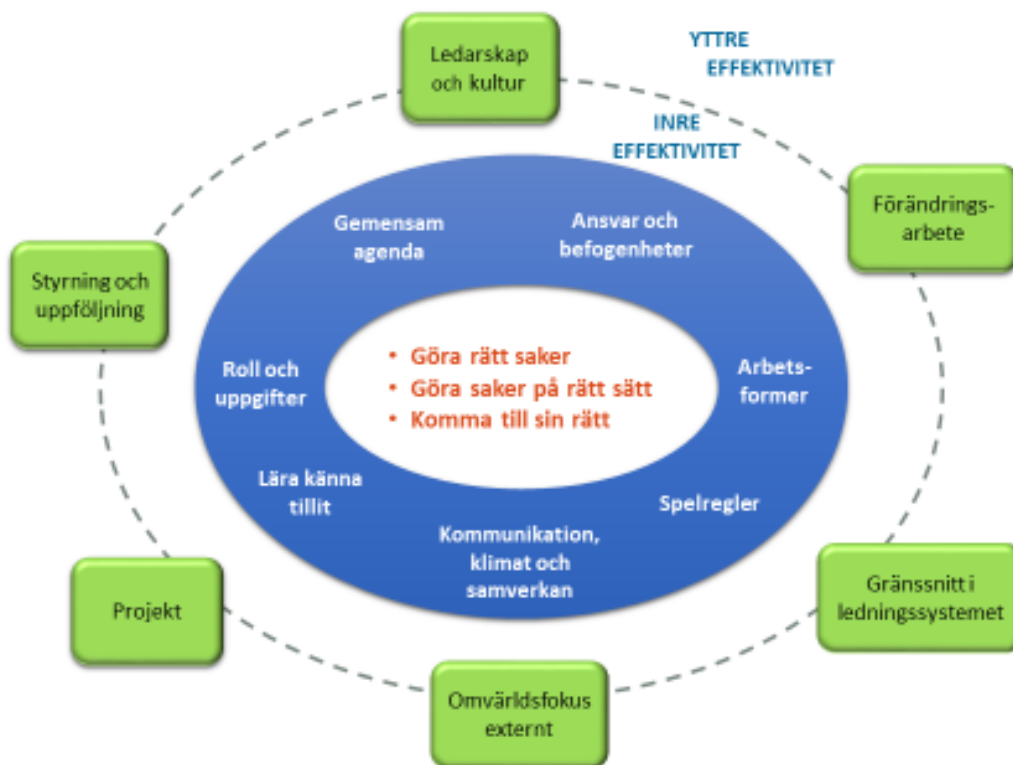
### 8.7.1 Ledningsgruppernas inre och yttre effektivitet

Fokus för utvärderingen är ledningsgruppens inre och yttre effektivitet.

Den inre effektiviteten handlar om ledningsgruppens förmåga att göra rätt saker, d.v.s. ägna sin tid åt de frågor som skapar mest värde för verksamheten. Men också om att skapa arbetsformer som stödjer gruppens arbete för att åstadkomma kvalitet i både beredning av frågor och beslutsfattande samt förmågan att ta vara på den kompetens som gruppen har.

Den yttre effektiviteten, å andra sidan, handlar om ledningsgruppens samspel med den verksamhet man leder samt med omvärlden och externa intressenter. Vi har i huvudsak fokuserat på samspelet mellan ledningsgruppen och den verksamhet man leder, d.v.s. internt på kliniken, och har valt att inte fördjupa analysen till samarbetet med angränsande kliniker, även om denna fråga är av yttersta vikt för ledningsgruppen att hantera.

**Figur 8.3: Modellen beskrivs i boken *Ledningsgruppen* av Granberg och Wallenholm(17).**



#### 8.7.1.1 Ledningsgruppens inre effektivitet

För att utvärdera den inre effektiviteten valde vi att göra en analys enligt Wheelan, Group Development Questionnaire (GDQ) (26), som ger en bild av gruppens nuvarande effektivitet/produktivitet, och visar vilka frågor gruppen behöver arbeta med för att komma vidare och bli effektivare i sitt arbete. GDQ är baserad på mångårig forskning och utbredd praktik.



Själva utvärderingen, återkoppling av resultatet och arbetet som ledningsgruppen gör, utifrån resultatet är i sig en intervention som hjälper gruppen framåt, vilket också har varit ett av syftena med vårt arbete.

Under vårt gemensamma arbete med resultatet beslutade ledningsgruppen att arbeta vidare med följande utvecklingsområden. Varje punkt i planen nedan är viktiga initiativ för att förbättra gruppens inre effektivitet och därmed också förbättra förutsättningarna för den övriga verksamheten.

- Konkretisera strategierna – d.v.s. jobba med att sätta rimliga och konkreta mål för kliniken (på kort och lång sikt) och tillsammans diskutera konsekvenserna för olika enheter och skapa en gemensam bild för kliniken.
- Ledningsgruppen kan ge i uppdrag till mindre arbetsgrupper att jobba med klinikövergripande frågor.
- Skapa förutsättningar och underlätta för verksamheten/cheferna i deras arbete.
- Enas om vad och hur vi ska kommunicera med övrig verksamhet.
- Besluta om befogenheter och mandat för olika roller och delar av verksamheten.
- Skapa en tydlig ledningsstruktur och mötesstruktur för att använda vår tid effektivt.

#### 8.7.1.2 *Ledningsgruppens yttre effektivitet*

För att utvärdera den yttre effektiviteten inom den egna kliniken har vi, i workshops med medarbetare, fokuserat på medarbetarnas *upplevelse* av hur den nya kliniken, dess ledning, styrning och arbetssätt förankrats. Medarbetargrupperna har satts samman med representant från varje yrkeskategori. På varje ort har vi träffat ett 10-tal medarbetare. Vi vill betona att medarbetarnas upplevelse inte är detsamma som huruvida verksamhetens resultat har varit framgångsrika eller inte. Inte heller kan en människas subjektiva upplevelse tas för sanning eller fakta.

Varför väljer vi då att ägna tid till medarbetarnas upplevelse? Det är ett sätt att få en bild över var medarbetarna befinner sig i sin förändringsprocess, som beskrivits i kapitel 8.3.

Att lyssna på medarbetarna ger oss information om hur förändringen kommunicerats och förankrats. Det, i sin tur, säger något om hur hållbart förändringsarbetet, tillika ledningsarbetet, är över tid och hänger samman med förståelse och förtroende för ledningens arbete. Det sätt som medarbetarna uppfattar att förändringsarbete bedrivs på påverkar arbetsglädje och motivation, d.v.s. viljan att sträva mot gemensamma mål, och ger oss därför viktig information om vad vi tror är nödvändiga åtgärder för kliniken att vidta i det fortsatta arbetet.

### 8.7.2 Hur har förändringen mottagits i organisationen?

Det är tydligt att medarbetarna känner av att produktionen ökat väsentligt och att vårdtiderna kortats. Det har varit ett högt tempo och i perioder en hög arbetsbelastning. Flera förstår och stöttar klinikens utveckling och ser de möjligheter som skapats. Det är också tydligt att alla inte är helt tillfreds med den förändring som skett. Bland annat upplever man att arbetet var roligare förr, före koncentreringen, då verksamheten var mer varierad.

Just i det sammanhanget, att arbetet var mer intressant när man fick göra lite av varje, uppfattar vi att medarbetarna inte nödvändigtvis kopplar kvalitet till ökad tillgänglighet och koncentrering, d.v.s. att ett kvalitetsmått också skulle kunna vara att kliniken lyckats omhänderta fler patienter än tidigare eller att "träning ger färdighet", d.v.s. att man blivit skickligare på det man gör. Snarare hör vi att det finns föreställningar om att kvaliteten försämrats för patienten. Detta uppfattar vi främst är kopplat till att patienterna nu omhändertas utifrån diagnos och inte utifrån det geografiskt närmast belägna sjukhuset och att man i högre grad nu också hjälps åt mellan sektionerna när det fattas vårdplatser på en av enheterna, d.v.s. patienterna får åka runt i länet. Detta ser man har en negativ inverkan, framförallt på äldre, sköra patienter som ofta är förvirrade. Likaså att man kompetensväxlat, vilket inneburit att andra professioner övertagit vissa moment, varvid kontinuiteten för patienten försvunnit.

Vi ser att läkare och sekreterare arbetar med ganska tydliga mål och att dessa hålls levande och följs upp regelbundet. Övriga medarbetare i vårdkedjan beskriver inte detta lika tydligt och dessa medarbetare har också en önskan om egna konkreta mål som upplevs som relevanta för dem, och att medarbetare i alla delar av vårdkedjan ges tillfälle att diskutera hur man ligger till och hur man kan bli bättre. Överlag önskar man ett större samarbete över professionsgränserna och att arbeta i tvärfunktionella grupper. Många positiva förändringsarbeten beskrivs, exempelvis kompetensväxling och flödesarbete på operation, projektgrupper för höftfrakturer och kliniska kvalitetssjuksköterskor som arbetar klinikövergripande med rutiner och arbetsätt etc.

Självklart är det en stor utmaning att slå samman två mindre enheter med en större. Det är helt naturligt att medarbetare i Lindesberg och Karlskoga upplever att förändringen varit störst för dem och att de, såsom varande mindre enheter, därmed tappat sin autonomi och mycket av det man uppskattat med att arbeta på en mindre enhet, nämligen de korta beslutsvägarna, den personliga kännedomen och närheten till varandra. Medarbetare i Lindesberg och Karlskoga uttrycker också att de upplever kliniken "toppstyrd" och att verksamheten i stor grad är präglad av Örebro.

De medarbetare vi mött uttrycker uppskattning gentemot sin närmaste chef, samtidigt som man upplever avståndet till klinikledningen som stort. Denna uppfattning ser vi som ganska generell för hälso- och sjukvårdens verksamheter i stort, då liknande återkoppling framkom i den medarbetarundersökning som genomfördes 2018.

Man ser inte alltid sin egen chef som en del av klinikens ledning och skulle dessutom vilja se klinikens högsta ledning vara mer närvarande på enheterna. Det finns också en önskan om en ökad ömsesidig kommunikation och information mellan golv och ledning.

Kunskapen om klinikens forskningsuppdrag är varierande. En del har god kännedom och ger också exempel på den utveckling som skett, medan andra inte spontant uttrycker forskning och utbildning som en del av klinikens uppdrag. Medarbetarna har dock ett stort intresse för att ta del av mer forskning och tillämpning i klinik och man vill också se forskning för fler yrkesgrupper än läkare, t.ex. omvårdnadspersonal och fysioterapeuter.

Utvecklingskraften är stark och det finns en stor lust bland medarbetarna att fortsätta utveckla sin kompetens och förbättra sitt omhändertagande av patienterna. Man vill se mer kompetensutveckling och gärna fler gemensamma och kontinuerliga utbildningsinsatser på avdelningen. Traineeprogrammet för sjuksköterskor och undersköterskor lyfts fram som ett positivt exempel och också viktigt för att locka nya medarbetare.

Gemensamt för alla tre orterna är att förändringsarbetet upplevs gå med väldigt hög hastighet och att ledtiden mellan beslut och verkställande många gånger är alldeles särdeles kort. Det finns en förståelse för att alla inte kan involveras i allting, men man önskar en större inkludering och delaktighet i största allmänhet och i synnerhet i frågor som påverkar det egna arbetet. Vi anar också ett visst mönster när det gäller kommunikationen i hela vårdkedjan, där vi uppfattar att medarbetare på operation ofta är införstådda med förändringarna, medan medarbetare i resten av vårdkedjan inte är det. Ett ganska klassiskt misstag, men nog så viktigt att uppmärksamma.

Vi har träffat ett ytterst begränsat urval av klinikens medarbetare och förstår att vi endast sett och uppfattat en bråkdel av verkligheten. Vår reflektion är dock att förankringen av det nya varierar kraftigt. Vi ser en alltför stor grupp medarbetare som inte förlikat sig med förändringen. Identiteten är i hög grad fortfarande kopplad till ort och inte till ett nytt gemensamt uppdrag. Det finns en uppfattning av att man idag arbetar med "andras" patienter och inte sina "egna", vilket är en signal på att man fortfarande betraktar det egna geografiska upptagningsområdet som sitt.

Vi hör också att det i några grupper ägnas mycket tid åt att prata om hur det var förr. Den kulturen tycks så stark i vissa grupper att till och med nyanställda påverkas. När medarbetare ägnar mycket tid åt att prata om hur det var förr, håller man hoppet om en tillbakagång vid liv.

## 8.8 Slutsatser och förslag till åtgärder för långsiktig hållbarhet

Förslag till åtgärder för att ytterligare stärka klinikens arbete med uppdraget och ledningsgruppens samlade förmåga att utveckla ortopedin i Region Örebro län:

- a) Ett omtag kring syftet med förändringen, det gemensamma uppdraget och ramar för arbetet.
- b) Klargöra och förankra sektionschefernas ansvar, mandat och befogenheter.
- c) Utveckla sektionernas ledningsfunktioner.
- d) Fortsätt med riktade insatser för ledningsgruppens utveckling.
- e) Arbeta med kommunikationsstrategier för att nå ut i verksamheten.
- f) Lyft fram omvärldsbevakning som en naturlig del i arbetet.
- g) Tillvarata medarbetarnas engagemang, skapa förutsättningar för delaktighet.

### 8.8.1 Syftet med förändringen, det gemensamma uppdraget och ramar för arbetet

Det första området rör bredare förankring av förståelsen för syftet och nödvändigheten av att skapa länsövergripande universitetskliniker. Vi ser att det gjordes omfattande förarbeten och analyser och att en förankring bland medarbetarna fanns. Vår utvärdering visar dock som förväntat, att förändringsprocessen kommit olika långt i olika grupper och att det därför i vissa fall behövs ett omtag kring denna fråga.

Målbilderna behöver brytas ner på mer konkret verksamhetsnära nivå och beskrivas på ett sätt som gör att alla verkligen kan förstå vad det gemensamma uppdraget innebär, och inte minst se sin del i helheten.

Känslan av att man är en klinik och en starkare vi-känsla behöver utvecklas. Det finns kvar en uppfattning och känsla av förlust och degradering i vissa delar av verksamheten, vilket tar energi och fokus från framåtriktat arbete, och också gör att man har svårare att ta till sig och känna stolthet över klinikens resultat och se möjligheterna framåt.

Det behövs därför en överenskommen strategi och plan för hur det fortsatta arbetet ska gå till. I syfte att skapa större förståelse, förankring och förhoppningsvis större förändringsvilja, behöver man reflektera över hur kommunikation och konkreta aktiviteter kan utformas för olika målgrupper.

### 8.8.2 Klargöra och förankra sektionschefens mandat, ansvar och befogenheter

För att kunna utveckla verksamheten och få full effekt av organisationen, behöver man tydliggöra mandat, ansvar och befogenheter för ett antal roller och sedan implementera detta. Det gäller i första hand rollen som sektionschef. Sektionscheferna har en mycket viktig roll för att långsiktigt driva klinikens utveckling inom sin sektion och förväntas ta ett allt större helhetsansvar för sin del av verksamheten. Detta behöver förtydligas och förankras i gruppen som helhet och med den enskilda chefen. Det innebär också att andra roller behöver anpassa sitt arbete i takt med denna utveckling. Verksamhetschefen behöver lämna över mer och mer ansvar och staben inta en mer stöttande roll.

### 8.8.3 Utveckla sektionernas ledningsfunktion

Det finns ett uttalat behov av en lokal ledning/driftgrupp för sektionerna i Örebro, likt de som finns för sektionerna i Karlskoga och Lindesberg. Syftet är att öka samarbetet mellan sektionschefer och avdelningschefer och kunna lyfta förbättringsförslag och lösa gemensamma problem. Man ser att det skulle kunna öka hastigheten på förändrings- och förbättringsarbete samt minska avståndet och därför skapa bättre samarbete i vardagen. Vi ser också att detta långsiktigt skulle skapa en stark ledningsfunktion som tillsammans tar ansvar för verksamhetens utveckling där hela vårdkedjan är inkluderad.

### 8.8.4 Fortsätta med riktade insatser för ledningsgruppens utveckling

För att vara en långsiktigt hållbar ledningsfunktion behöver ledningsgruppen fortsätta sin utveckling. Idag vilar mycket av ansvaret på verksamhetschefen och staben. För att hantera en så komplex verksamhet och nå ut till alla med ett enhetligt budskap, behövs ett större gemensamt ansvarstagande för klinikens verksamhet. Ett första steg är självklart att implementera de aktiviteter som identifierades i samband med våra workshops med ledningsgrupperna.

### 8.8.5 Arbeta med kommunikationsstrategier för att nå ut i verksamheten

Ta fram kommunikationsstrategier för att nå ut med rätt information till olika delar av verksamheten, men också för att få viktig återkoppling från golvet. Vilka målgrupper berörs (internt/externt)? Vad behöver kommuniceras till dem? Hur ska budskapet formuleras för att bäst anpassas till aktuella målgrupper och i vilken form/kanal? Kommunikation är viktigt inte enbart ur perspektivet att delge information. Det är i lika hög grad ett sätt att påverka hur man vill bli uppfattad. Ett sätt att skapa tillit och bygga image både internt och externt. Med externt avser vi även allmänhet och politiker.

Det kan också finnas skäl att fundera över vilka begrepp som ska användas för att beskriva olika företeelser. Språket är en viktig del av att bygga kultur. Många reagerar t.ex. negativt på termer som *produktion och kapacitetsstyrning* därför att orden inte förknippas med värden som patientfokus och kvalitet. Kanske finns det andra sätt att uttrycka sig som skapar mindre negativa reaktioner och minst lika väl beskriver vad man gör.

Vi noterar också att sektionerna, förutom Ryggsektionen, benämns utifrån lokalisering, istället för sin specialisering. Detta kan befästa bilden av utlokalisering och motarbeta känslan av en klinik. Vi föreslår därför att man överväger att benämna de olika sektionerna utifrån sin inriktning.

#### **8.8.6 Lyft fram omvärldsbevakning som en naturlig del av arbetet**

Dialog kring den långsiktiga utvecklingen mot en förändrad hälso- och sjukvård behöver hållas levande. Det behövs ökad insikt om förändringar i omvärlden och de konsekvenser, risker och möjligheter, dessa kan få för verksamheten och vilka åtgärder man därför behöver planera för och vidta.

Utvärdering, anpassning och omställning vid förändringar behöver vara en naturlig del av arbetet och på sikt bör större ansvar för detta ligga på sektionerna.

#### **8.8.7 Tillvarata medarbetarnas engagemang, skapa förutsättningar för delaktighet**

Förändringsarbetet har gått fort och medarbetarna upplever att pressen varit hög under lång tid. För långsiktig hållbarhet krävs att medarbetarna i ännu högre grad involveras och att deras engagemang tas tillvara genom att uppmuntra och kanalisera idéer och förbättringsförslag. Vidare föreslår vi också att man skapar fler mötesplatser/forum för dialog mellan ledning och golv.

## 9 Referenser

1. Rosén M. Träning ger färdighet. Koncentrera vården för patientens bästa. SOU 2015:98, [https://www.regeringen.se/contentassets/13c797c47802474db94fabac1b3d81c8/sou-2015\\_98.pdf](https://www.regeringen.se/contentassets/13c797c47802474db94fabac1b3d81c8/sou-2015_98.pdf) (2015, accessed Oct 25 2020).
2. Stiernstedt G. Effektiv vård SOU 2016:2, [http://www.sou.gov.se/wp-content/uploads/2016/01/SOU-2016\\_2\\_Hela4.pdf](http://www.sou.gov.se/wp-content/uploads/2016/01/SOU-2016_2_Hela4.pdf) (2016, accessed Sept 10 2019).
3. Hansson J, Tolf S, Ovretveit J, et al. What happened to the no-wait hospital? A case study of implementation of operational plans for reduced waits. *Qual Manag Health Care* 2012; 21: 34-43. 2011/12/31. DOI: 10.1097/QMH.0b013e3182418113.
4. Nystrom ME, Terris DD, Sparring V, et al. Perceived organizational problems in health care: a pilot test of the structured problem and success inventory. *Qual Manag Health Care* 2012; 21: 93-103. 2012/03/29. DOI: 10.1097/QMH.0b013e31824d18ff.
5. Ovretveit J, Andreen-Sachs M, Carlsson J, et al. Implementing organisation and management innovations in Swedish healthcare: lessons from a comparison of 12 cases. *J Health Organ Manag* 2012; 26: 237-257. 2012/08/04. DOI: 10.1108/14777261211230790.
6. Tolf S. Lean, agile, and lean and agile hospital management. Responses to introducing choice and competition in public health care. Avhandling Karolinska institutet., <https://openarchive.ki.se/xmlui/handle/10616/45887> (2017).
7. Tolf S, Nystrom ME, Tishelman C, et al. Agile, a guiding principle for health care improvement? *Int J Health Care Qual Assur* 2015; 28: 468-493. 2015/05/29. DOI: 10.1108/IJHCQA-04-2014-0044.
8. Candefjord S, Asker L, Caragounis EC, Mortality of trauma patients treated at trauma centers compared to non-trauma centers in Sweden: a retrospective study, *European Journal of Trauma and Emergency Surgery*, 2020, pp. DOI:10.1007/s00068-020-01446-6.
9. Learmonth ID, Young C, Rorabeck C. The operation of the century: total hip replacement. *The Lancet* 2007;370:1508-19. doi: DOI: 10.1016/S0140-6736(07)60457-7
10. WHO. 10 Priorities for a Decade of Action on Healthy Ageing 2020 [Available from: <https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/10-priorities-for-a-decade-of-action-on-healthy-ageing> accessed April 06 2020].
11. Chammout GK, Mukka SS, Carlsson T, et al. Total hip replacement versus open reduction and internal fixation of displaced femoral neck fractures: a randomized long-term follow-up study. *J Bone Joint Surg Am* 2012;94(21):1921-8. doi: 10.2106/JBJS.K.01615 [published Online First: 2012/09/28]
12. Svenska höftprotesregistret årsrapport 2019 2020 [cited 2020 Sept 13]. Available from: <https://shpr.registercentrum.se/om-registret-1/arsrapporter/p/Hys5hJaLg>.
13. Svenska knäprotesregistret årsrapport 2019 2020 [cited 2020 Sept 13]. Available from: [https://www.myknee.se/Svenska\\_arbags\\_och\\_axelregistret\\_arsrapport\\_2020](https://www.myknee.se/Svenska_arbags_och_axelregistret_arsrapport_2020).
14. Svenska armbågs- och axelregistret, årsrapport 2020. 2020
15. Gerhard K. Katt bland hermelinerna, <https://www.youtube.com/watch?v=EgluWfoTD-8> (1955)
16. The world university ranking, [https://www.timeshighereducation.com/world-university-rankings/2019/world-ranking#!/page/0/length/25/sort\\_by/rank/sort\\_order/asc/cols/stats](https://www.timeshighereducation.com/world-university-rankings/2019/world-ranking#!/page/0/length/25/sort_by/rank/sort_order/asc/cols/stats) (2019)
17. Granberg O, Wallenholm H. Ledningsgruppen. Lund: Studentlitteratur, 2017.
18. Rogers, Everett M. (1962). *Diffusion of innovations* (1st ed.). New York: Free Press of Glencoe. OCLC 254636.
19. Tolf S, Nystrom ME, Tishelman C, et al. Agile, a guiding principle for health care improvement? *Int J Health Care Qual Assur* 2015; 28: 468-493. 2015/05/29. DOI: 10.1108/IJHCQA-04-2014-0044.
20. Ovretveit J, Andreen-Sachs M, Carlsson J, et al. Implementing organisation and management innovations in Swedish healthcare: lessons from a comparison of 12 cases. *J Health Organ Manag* 2012; 26: 237-257. 2012/08/04. DOI: 10.1108/14777261211230790.
21. Nystrom ME, Terris DD, Sparring V, et al. Perceived organizational problems in health care: a pilot test of the structured problem and success inventory. *Qual Manag Health Care* 2012; 21: 93-103. 2012/03/29. DOI: 10.1097/QMH.0b013e31824d18ff.
22. Hansson J, Tolf S, Ovretveit J, et al. What happened to the no-wait hospital? A case study of implementation of operational plans for reduced waits. *Qual Manag Health Care* 2012; 21: 34-43. 2011/12/31. DOI: 10.1097/QMH.0b013e3182418113.

23. Hartman Laura , m fl, Med tillit väser handlingsutrymmet – tillitsbaserad styrning och ledning av välfärdssektorn. SOU 2018:47  
<https://www.regeringen.se/49d37c/contentassets/1705dea13e1845d999ce29016897a1ce/med-tillit-vaxer-handlingsutrymmet--tillitsbaserad-styrning-och-ledning-av-valfardssektorn-sou-201847.pdf>
24. Larsson G LJ, Zander A – (2017 Ledarskapsmodellen – konsten att matcha individuella och organisatoriska förutsättningar. Lund, Studentlitteratur ISBN : 978-91-44-11489-7,  
<https://www.bokus.com/bok/9789144114897/ledarskapsmodellen-konsten-att-matcha-individuella-och-organisatoriska-forutsattningar/> (2017).
25. Cregård A BETSr. Stockholm, Natur & Kultur, <https://libris.kb.se/bib/22073362> (2018).
26. Wheelan SA. *Att skapa effektiva team*. Lund: Studentlitteratur AB, 2017.
27. Hektoen LF, Saltvedt I, Sletvold O, et al. One-year health and care costs after hip fracture for home-dwelling elderly patients in Norway: Results from the Trondheim Hip Fracture Trial. *Scandinavian journal of public health* 2016; 44: 791-798. DOI: 10.1177/1403494816674162.
28. Hälso- och sjukvårdslagen, [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag\\_sfs-2017-30](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30).
29. MSB. Samhällets kostnader för att förebygga olyckor. 2010.
30. MSB. Fallolyckor, <https://rib.msb.se/filer/pdf/27442.pdf> (2014, accessed July 5 2019).
31. MSB. Stärkt arbete mot hem- och fritidsolyckor, <https://www.msb.se/siteassets/dokument/om-msb/vart-uppdrag/regeringsuppdrag/2019/starkt-arbete-mot-hem-och-fritidsolyckor-2019.pdf> (2019, accessed Feb 27 2018).
32. Probert N, Loow A, Akner G, et al. A Comparison of Patients with Hip Fracture, Ten Years Apart: Morbidity, Malnutrition and Sarcopenia. *J Nutr Health Aging* 2020; 24: 870-877. 2020/10/04. DOI: 10.1007/s12603-020-1408-2.
33. Andersson AG, Seiger A and Appelros P. Hip fractures in persons with stroke. *Stroke Res Treat* 2013; 2013: 954279. 2013/05/22. DOI: 10.1155/2013/954279.
34. Andersson AG, Kamwendo K and Appelros P. Fear of falling in stroke patients: relationship with previous falls and functional characteristics. *Int J Rehabil Res* 2008; 31: 261-264. 2008/08/19. DOI: 10.1097/MRR.0b013e3282fba390.
35. FYSS—fysisk aktivitet på recept, <http://www.fyss.se>.
36. Runyan CW. Using the Haddon matrix: introducing the third dimension. *Inj Prev* 1998; 4: 302-307. DOI: 10.1136/ip.4.4.302.
37. The dawn of digital medicine. [Dec 9]. <https://www.economist.com/business/2020/12/02/the-dawn-of-digital-medicine>
38. Infektionsverket. <https://www.inera.se/tjanster/alla-tjanster-a-o/infektionsverket/#section-323>



## 10 Bilagor

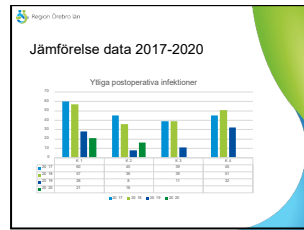
# 10.1 Bilaga 1 Infektionsverket

2020-12-07

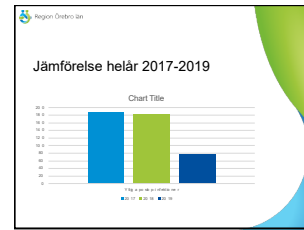
## Bilaga 1 Infektionsverket



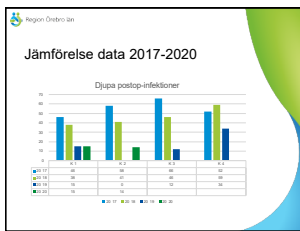
1



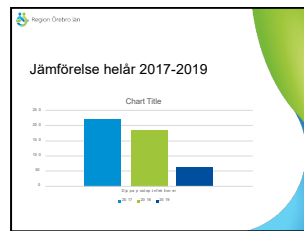
2



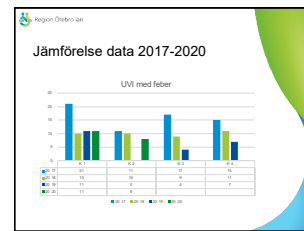
3



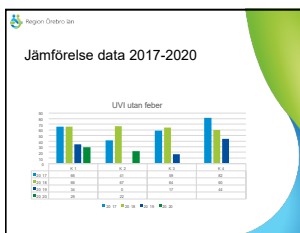
4



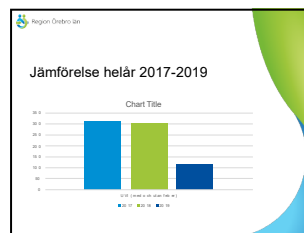
5



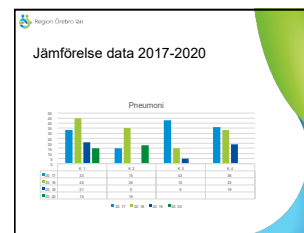
6



7



8



9

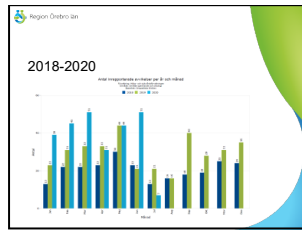
## 10.2 Bilaga 2 Avvikelsehantering

2020-12-07

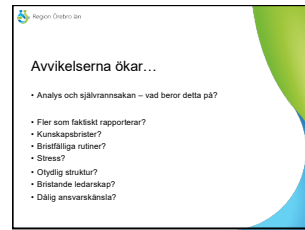
### Bilaga 2 avvikelserhantering



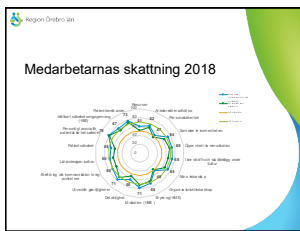
1



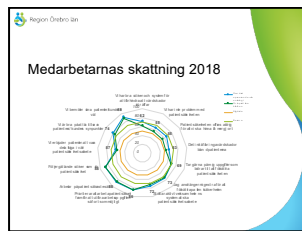
2



3



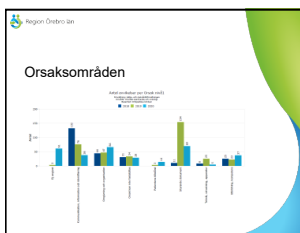
4



5



6



7

## 10.3 Bilaga 3 Åsa Andersson utredning 2018



Region Örebro län

Universitetssjukhuset Örebro

Ortopediska kliniken och Geriatriska kliniken

### Bilaga 3 rapport ortogeriatriskt samarbete

## ***Ortoped – geriatriskt samverkansprojekt***

Uppföljning efter fem  
år Februari – mars 2018

Åsa Andersson  
2018-10-19

## **INNEHÅLLSFÖRTECKNING**

### **BAKGRUND**

### **SYFTE**

### **METOD**

### **RESULTAT**

Tabell 1      Bakgrundsuppgifter angående Märta-patienterna

Tabell 2      Journalgranskning

### **AVSLUTANDE REFLEKTIONER**

Bilaga 1      Mall för journalgranskningen

## BAKGRUND

I april 2010 inkom en begäran om arbetsmiljöåtgärder från Vårdförbundet och Kommunal vid Ortopedkirurgiska kliniken eftersom arbetsituationen på kliniken upplevdes alltför pressad. Man beskrev bland annat att de vårdtunga patienterna blivit fler och allt äldre och sjukare, och att bemanning och kompetens inte var anpassad efter detta. Man kände en oro för hur man skulle klara verksamheten med bibehållen kvalitet på vården. Kliniken hade i och med det sjuhusövergripande Hilmaprojektet tagit del av geriatriska konsulter på vårdavdelningarna men inte fått önskat resultat av det.

Ortopedkirurgiska kliniken hade också vid denna tid problem med stor personalomsättning, framförallt på sjuksköterskesidan. Vid telefonintervjuer av sjuksköterskor som slutat sin anställning på kliniken framkom att en anledning till varför de slutat var att de upplevde att det saknades medicinskt stöd och engagemang för vården av de svårt sjuka patienterna.

Sjukhusledningen gav i och med detta en resursförstärkning avseende omvårdnadspersonal samt en distriktsläkare som fick ansvara för de multisyka äldre ortopedpatienterna under två år. Kliniken genomförde en sektionering där verksamheten delades upp i olika sektioner: akuta, elektiva och multisyka äldre ortopedpatienter. Personalen roterade mellan sektionerna på respektive avdelning och avdelningarna bytte verksamhet varje termin. Sektioneringen möjliggjorde att rätt patientgrupp fick rätt vård och att resurserna kunde användas där de behövdes bäst.

USÖ:s sjukhusledning gav enligt skrivning den 2013 03 20 i uppdrag åt Ortopedkirurgiska och Geriatriska klinikerna att genomföra och följa upp sektioneringsprojektet på Ortopedkirurgiska kliniken. Det övergripande målet är att patienterna ska erbjudas god vård med god tillgänglighet.

Geriatriska kliniken fick i uppdrag att bemanna ett ortogeriatriskt team som i samverkan med Ortopedkirurgiska kliniken ska omhänderta de så kallade de orto-geriatriska patienterna.

Fortsättningsvis benämns dessa "Märtapatienter". Kriterier för dessa patienter: vänligen se nedan under "Metod".

Läkare, arbetsterapeut och sjukgymnast anställda på Geriatriska kliniken påbörjade sitt samarbete med Ortopedkirurgiska klinikens personal på avdelning 27 och 37 den 7 oktober 2013.

## SYFTE

Syftet med denna uppföljning fem år efter projektets start är att

- upprepa delar av de journalgranskningar som genomfördes innan projektets start
- jämföra resultaten från dessa två granskningar.

## METOD

### *Kriterier för Märtapatienterna*

En patient som är 75 år eller äldre med minst tre diagnoser från olika organsystem och/eller använder fem läkemedel eller fler. Även syn och/eller hörselnedsättning om det påverkar funktionsnivån.

Alla patienter 75 år eller äldre med höftfrakturer orsakade av lågenergetiskt våld och samtliga benamputerade oavsett ålder om amputationen beror på multisjukdom.

### *Ändring*

Initialt övertog Geriatriska kliniken patienterna dag två postoperativt men numera sker övertagandet från dag ett postoperativt.

### *Uppgifter angående patienterna och vårdtillfället*

Utgångsläget utgörs av uppgifter avseende de 64 "Märtapatienter" som skrivits in på Ortopedkirurgiska kliniken under perioden 1 februari – 31 mars 2013 och

fem-årsuppföljningen utgår från uppgifterna avseende de 67 "Märtapatienter" som skrivits in under perioden 1 februari – 31 mars 2018.

### *Journalgranskning*

En granskningsmall upprättades som innehåller bakgrundsuppgifter angående patienterna och aktuella vårdtillfällen. Vänligen se mallens utformning i bilaga 1.

Granskningen genomfördes av en sjuksköterska och en läkare.

I de fall patienten skrevs in fler än en gång under inklusionstiden granskades journalen endast för det första vårdtillfället.

### *Sammanställning*

Från Divern erhöles uppgifter om antalet patienter och vårdtillfällen under den aktuella tidsperioden.

Uppgifterna ur Divern samt från granskningsmallen kodades och registrerades i Excel. Därefter bearbetades data som utgör underlag för denna sammanställning.

### *Statistik*

Median är det statistiska uttrycket för det värde som ligger i mitten när samtliga uppgifter rangordnas från det lägsta till det högsta värdet.

Om skillnaden var signifikant vid användandet av testet "Confidence Interval Analysis" eller Mann-Whitney's test har det markerats med "Ja". Om skillnaden inte var signifikant har det markerats med ett – och om inget test har genomförts har rutan lämnats tom.

Frågor angående metod samt granskningsformulär i övrigt: vänligen kontakta Åsa Andersson.



## RESULTAT

**Tabell 1.** Bakgrundsuppgifter angående Märta-patienterna

	Utgångsläge 2013 <i>n</i> = 64	Uppföljning 2018 <i>n</i> = 67	Signifikant skillnad
Kvinnor, <i>n</i> (%)	40 (63)	47 (70)	-
Ålder, år	86	86	-
Median (yngst – äldst)	66 – 98	70 – 103	
Huvuddiagnos, <i>n</i>			
Höftfrakturer	40 (63)	38 (57)	-
Kotkompressioner och rygg i övrigt	8	5	
Höftluxation och höft i övrigt	7	5	
Övriga frakturer	6	6	
Amputationer n ex och gangrän	3 (5)	13 (19)	Ja
Antal vård dagar, median (kortast – längst)	8 (2 – 29)	9 (1 – 64)	-
Utskrives till, <i>n</i> (%)			
vårdboende och korttidsplats	33 (52)	27 (40)	-
ordinärt boende	22 (34)	18 (27)	-
annan vårdavdelning	8 (13)	20 (30)	Ja
avliden	1 (1)	2 (3)	-
Åter in patienter totalt, <i>n</i> (%)	8 (12)	13 (19)	-
ortopediska kliniken, <i>n</i>	3	4	
inom 7 d, <i>n</i>	3	0	
inom 30 d, <i>n</i>	0	4	
Avliden inom 30 dagar efter utskr, <i>n</i>	2	7*	

\* Tre av dem var patienter som benamputerats.

**Tabell 2. Journalgranskning**

	Utgångsläge 2013 <i>n</i> = 64	Uppföljning 2018 <i>n</i> = 67	Signifikant skillnad
Ortostatisk blodtrycksmätning, <i>n</i> (%)	1 (2)	18 (27)	Ja
HLR-beslut - dokumenterat, <i>n</i> (%)	14 (22)	66 (99)	Ja
IVA-beslut - dokumenterat, <i>n</i> (%)	10 (16)	65 (97)	Ja
Antal bidiagnoser, median (minst – flest)	4 (0 – 8)	6 (0 – 12)	Ja
Känd kognitiv svikt, <i>n</i> (%)	19 (30)	26 (39)	-
Konfusion - vårdtiden, <i>n</i> (%)	27 (42)	26 (39)	-
Antal läkemedel*, median (minst – flest)	10 (2 – 21)	12 (4 – 28)	Ja
Stående ordination, median	7	12	
Vid behov, median	2	5	
Polyfarmaci, fem eller fler, <i>n</i> (%)	57 (93)	66 (99)	-
Extrem polyfarmaci, tio eller fler, <i>n</i> (%)	33 (54)	47 (70)	-
<i>Olämpliga läkemedel</i>			
Patienter som ordinerats något av dem, <i>n</i> (%)	21 (34)	17 (25)	-
Antal patienter som ordinerats			
Neuroleptika	10	6	
Propriomazin	5	1	
Antikolinergika	5	0	
Långverkande bensodiazepiner	4	6	
NSAID	1	0	
Tramadol	0	8	
Summa, <i>n</i>	25	21	

\* Beräkningen är gjord på de 61 patienter vars läkemedelslista fanns tillgänglig.

## AVSLUTANDE REFLEKTIONER

Utifrån våra två olika specialiteter arbetar vi för patientens bästa och vi är beroende av varandra. Det är viktigt att ha en öppen kommunikation och respekt för varandras arbete och det upplever vi att vi har.

Vi kunde snabbt se att vårt arbetssätt är framgångsrikt och att det ger medarbetarna stimulans i sitt dagliga arbete. Efter fem år är vi glada att kunna konstatera detsamma: detta arbetssätt ger oss möjlighet att nyrekrytera inom flera yrkeskategorier och våra medarbetare vittnar om en rolig och stimulerande arbetsmiljö.

Teamronden är mycket uppskattad och ger samtliga yrkeskategorier möjlighet att delge sin bild av patientens hälsotillstånd då vi hjälper varandra att se helheten. Det skapar också en känsla av att vara betydelsefull i sin arbetsroll och samarbetet medför också en trygghet. Framför allt för omvårdnadspersonalen på avdelningen som med regelbunden dialog tillsammans med medarbetare från geriatriken känner sig bättre rustade att göra självständiga bedömningar i det dagliga arbetet.

Även om arbetssättet nu efter fem år är välimplementerat så måste arbetssättet hela tiden hållas levande vilket bland annat sker genom daglig dialog. Då vi ser det som givande har vi fortsatt med regelbundet återkommande möten en gång per termin där klinikernas ansvariga chefer och medarbetare deltar. Dessa möten ger oss möjlighet att finslipa på detaljer och korrigera rutiner utifrån verksamhetens och framför allt patientgruppens behov.

Vi har under åren som gått utvecklat nya behandlingssätt och rutiner samt deltagit i olika forskningsprojekt vilket har varit en rolig väg som har mer att ge i framtiden. Även om samarbetet fungerar väl så strävar vi alltid efter ny utveckling och ny kunskap kring hur vi ska kunna hjälpa Märta på ett ännu bättre sätt.

Ovanstående reflektioner har sammanställts av undertecknad utifrån uppgifter inhämtade från Erika Fjordkvist, Mirabela Juresta, Christina Karlsson och Barbro Samuelsson.

Vi tackar varandra för ett gott samarbete och vi ser fram emot att fortsätta med det!

Med vänliga hälsningar  
Åsa Andersson

FoU-ansvarig

Geriatriska kliniken

**Granskningsmall**

Bilaga 1

Inkl nr \_\_\_\_\_

Födelseår \_\_\_\_\_

Kvinna

Man

**Ut till:**  Ord boende  VåBo  Annan vårdavd  Korttidsplats

Annat \_\_\_\_\_

Avliden Datum: \_\_\_\_\_

**Huvuddiagnos** enl ICD-10 \_\_\_\_\_

**Antal bidiagnoser** \_\_\_\_\_

Σ läkemedel \_\_\_\_\_

**Stående ordination** \_\_\_\_\_

**V.b ordination** \_\_\_\_\_

**Därav olämpliga läkemedel:**

- Neuroleptika                       NSAID                                       Långverk benzo  
 Tramadol                               Antikolinergika                               Propriomazin

**Känd kognitiv svikt**                                       Ja                                       Nej

Uppgift saknas      **Konfusion**

**under vårdtiden**                                       Ja                                       Nej

Uppgift saknas      **Ortostatisk**

**blodtrycksmätning**                                       Ja                                       Nej

Uppgift saknas

**HLR-beslut taget**                                       Ja                                       Nej                                       Uppgift saknas

**IVA beslut taget**                                       Ja                                       Nej                                       Uppgift saknas

**Återinlagd?**                                       Ortopeden                                       Annan

     Nej Om patienten varit återinlagd:

Datum för första återinläggningen efter utskrivningsdatumet på kodlistan

---

## 10.4 Bilaga 4 Tabeller till Kapitel 7 Resultat

Inom Ortopediska kliniken har det under många år byggts upp en kompetens för framtagning, bearbetning och analys av data kring klinikkens vårdproduktion. Kliniken har tillgång till en ansenlig mängd data. Områdesadministration för område Opererande och Onkologi samt hälso- och sjukvårdens förvaltningsadministration har mycket användbar data kring, ekonomi, väntetider och personal.

Allt material har stått till utredarnas förfogande. Utredarna har det fulla ansvaret för att sammanställningar är korrekta och för de analyser som görs. Men det hade inte varit möjligt att sammanställa och tolka materialet utan benäget bistånd från Kristina Nilsson, Jacob Bellio, Shpend Mustafa, Kristin Grip och Ingela Särnholm som med stort tålamod väglett utredarna. Ett stort tack till er!

Nedan följer ett urval av tabeller från den databas som utredarna byggt upp och som relaterar till de avsnitt som presenteras i kapitel 7.

**Tabell B4.1 Bruttokostnad per klinik**

Bruttokostnad per klinik (kr) Klinik*	År					Förändring 18 jmf 15	Förändring 18 jmf 15 (%)	Förändring 19 jmf 15	Förändring 19 jmf 15 (%)
	2015	2016	2017	2018	2019				
Handkirurgiska kliniken	37 565 237	40 116 406	45 546 940	44 621 514	42 625 482	7 056 277	19%	5 060 245	13%
Kirurgiska kliniken***	378 519 953	381 287 906	402 652 353	428 882 965	450 744 962	50 363 011	13%	72 225 009	19%
Kvinnokliniken	221 459 762	225 883 547	240 594 825	259 285 093	275 181 353	37 825 331	17%	53 721 591	24%
Onkologiska kliniken	177 500 566	190 236 788	197 702 386	214 410 866	238 819 997	36 910 301	21%	61 319 431	35%
Ortopedkliniken**	266 449 768	273 134 193	292 342 218	315 076 697	336 598 533	48 626 929	18%	70 148 765	26%
Urologkliniken***	93 493 010	110 449 804	121 634 860	124 297 816	128 108 685	30 804 806	33%	34 615 675	37%
Ögonkliniken	120 020 342	132 306 086	132 673 424	139 834 982	150 544 148	19 814 640	17%	30 523 806	25%
ÖNH-kliniken	73 819 119	76 337 769	79 129 001	82 748 097	86 989 110	8 928 978	12%	13 169 991	18%
<b>Samtliga utvalda kliniker</b>	<b>1 368 827 757</b>	<b>1 429 752 498</b>	<b>1 512 276 005</b>	<b>1 609 158 030</b>	<b>1 709 612 270</b>	<b>240 330 273</b>	<b>18%</b>	<b>340 784 513</b>	<b>25%</b>

\*Exkl kostnader för medicinsk service

\*\*Varav köpt vård Capio, centralt redovisat 12 500 000 8 500 000 6 400 000 4 300 000 1 800 000

\*\*\*Resurser motsvarande 4,75 tjänster överfördes från Kirurgkliniken till Urologkliniken enligt beslut 2016-09-01

**Tabell B4.2 Nettokostnad per klinik**

Nettokostnad per klinik (kr) Klinik*	År					Förändring 18 jmf 15	Förändring 18 jmf 15 (%)	Förändring 19 jmf 15	Förändring 19 jmf 15 (%)
	2015	2016	2017	2018	2019				
Handkirurgiska kliniken	15 803 505	18 618 858	23 347 950	20 683 323	26 802 608	4 879 818	31%	10 999 102	70%
Kirurgiska kliniken***	328 989 834	328 714 326	353 444 571	372 987 765	396 885 667	43 997 931	13%	67 895 833	21%
Kvinnokliniken	188 449 880	186 490 882	204 852 099	223 852 596	238 900 625	35 402 716	19%	50 450 745	27%
Onkologiska kliniken	130 195 896	147 957 089	156 745 671	170 390 915	193 671 639	40 195 019	31%	63 475 743	49%
Ortopedkliniken**	228 214 324	240 716 908	235 352 786	249 299 593	269 579 690	21 085 269	9%	41 365 366	18%
Urologkliniken***	55 070 907	76 123 551	80 587 628	72 689 903	79 076 845	17 618 996	32%	24 005 938	44%
Ögonkliniken	64 399 884	81 483 679	84 223 495	89 657 743	101 636 745	25 257 859	39%	37 236 861	58%
ÖNH-kliniken	24 671 643	29 983 116	30 583 876	29 663 384	38 850 307	4 991 741	20%	14 178 664	57%
<b>Samtliga utvalda kliniker</b>	<b>1 035 795 874</b>	<b>1 110 088 408</b>	<b>1 169 138 076</b>	<b>1 229 225 222</b>	<b>1 345 404 126</b>	<b>193 429 347</b>	<b>19%</b>	<b>309 608 252</b>	<b>30%</b>

\*Exkl kostnader för medicinsk service

\*\*Varav köpt vård Capio, centralt redovisat

\*\*\*Resurser motsvarande 4,75 tjänster överfördes från Kirurgkliniken till Urologkliniken enligt beslut 2016-09-01

**Tabell B4.3 Regionbidrag per klinik**

Regionbidrag per klinik (kr) Klinik	År					Förändring 18 jmf 15	Förändring 18 jmf 15 (%)	Förändring 19 jmf 15	Förändring 19 jmf 15 (%)
	2015	2016	2017	2018	2019				
Handkirurgiska kliniken	12 487 697	16 136 400	16 559 500	16 022 700	15 866 200	3 535 003	28%	3 378 503	27%
Kirurgiska kliniken	310 607 896	310 137 779	326 431 200	332 232 200	338 239 800	21 624 304	7%	27 631 904	9%
Kvinnokliniken	175 851 099	184 458 400	195 221 058	206 851 142	214 123 933	31 000 043	18%	38 272 834	22%
Onkologiska kliniken	128 693 701	137 956 100	147 802 290	152 646 600	165 411 500	23 952 899	19%	36 717 799	29%
Ortopedkliniken	202 570 468	212 623 100	223 157 400	224 428 100	227 688 487	21 857 632	11%	25 118 019	12%
Urologkliniken	46 949 603	53 264 700	57 689 400	61 303 200	63 190 000	14 353 597	31%	16 240 397	35%
Ögonkliniken	60 520 097	76 217 326	81 389 600	77 875 900	93 712 900	17 355 803	29%	33 192 803	55%
ÖNH-kliniken	20 746 997	31 323 800	30 711 600	31 518 200	29 025 500	10 771 203	52%	8 278 503	40%
<b>Samtliga utvalda kliniker</b>	<b>958 427 559</b>	<b>1 022 117 605</b>	<b>1 078 962 048</b>	<b>1 102 878 042</b>	<b>1 147 258 320</b>	<b>144 450 483</b>	<b>15%</b>	<b>188 830 761</b>	<b>20%</b>

**Tabell B4.4 Resultat per klinik**

Resultat per klinik (kr)	År					Förändring 18 jmf 15	Förändring 18 jmf 15 (%)	Förändring 19 jmf 15	Förändring 19 jmf 15 (%)
	2015	2016	2017	2018	2019				
Klinik									
Handkirurgiska kliniken	-3 315 808	-2 482 458	-6 788 450	-4 660 623	-10 936 408	-1 344 815	41%	-7 620 599	230%
Kirurgiska kliniken	-18 381 938	-18 576 547	-27 013 371	-40 755 565	-58 645 867	-22 373 627	122%	-40 263 929	219%
Kvinnokliniken	-12 598 781	-2 032 482	-9 631 041	-17 001 454	-24 776 692	-4 402 673	35%	-12 177 911	97%
Onkologiska kliniken	-1 502 195	-10 000 989	-8 943 381	-17 744 315	-28 260 139	-16 242 120	1081%	-26 757 944	1781%
Ortopedkliniken*	-13 143 856	-19 593 808	-5 795 386	-20 571 493	-40 091 203	-7 427 637	57%	-26 947 347	205%
Urologkliniken	-8 121 304	-22 858 851	-22 898 228	-11 386 703	-15 886 845	-3 265 399	40%	-7 765 541	96%
Ögonkliniken	-3 879 787	-5 266 352	-2 833 895	-11 781 843	-7 923 845	-7 902 056	204%	-4 044 058	104%
ÖNH-kliniken	-3 924 646	1 340 684	127 724	1 854 816	-9 824 807	5 779 462	-147%	-5 900 161	150%
<b>Samtliga utvalda kliniker</b>	<b>-64 868 316</b>	<b>-79 470 803</b>	<b>-83 776 028</b>	<b>-122 047 180</b>	<b>-196 345 806</b>	<b>-57 178 864</b>	<b>88%</b>	<b>-131 477 490</b>	<b>203%</b>
*Exklusive Capio:	12 500 000	8 500 000	6 400 000	4 300 000	1 800 000				

**Tabell B4.5 Vårdproduktion per klinik (DRG-poäng)**

DRG-poäng per klinik	År					Förändring 18 jmf 15	Förändring 18 jmf 15 (%)	Förändring 19 jmf 15	Förändring 19 jmf 15 (%)
	2015	2016	2017	2018	2019				
Klinik*									
Handkirurgiska kliniken	2 248	1 885	2 023	2 096	1 865	-152	-7%	-383	-17%
Kirurgiska kliniken**	9 405	10 535	9 796	9 796	9 863	391	4%	458	5%
Kvinnokliniken	5 551	5 827	6 112	6 144	6 123	593	11%	572	10%
Onkologiska kliniken	2 698	2 566	3 372	3 537	3 752	840	31%	1 054	39%
Ortopediska kliniken	7 662	8 895	9 121	9 385	8 914	1 723	22%	1 252	16%
Urologiska kliniken**	2 313	2 607	3 144	3 452	3 244	1 139	49%	931	40%
Ögonkliniken	3 020	3 166	3 414	3 363	3 300	343	11%	280	9%
ÖNH-kliniken	3 594	3 329	3 587	3 505	3 385	-89	-2%	-208	-6%
<b>Samtliga utvalda kliniker</b>	<b>36 490</b>	<b>38 809</b>	<b>40 568</b>	<b>41 278</b>	<b>40 447</b>	<b>4 787</b>	<b>13%</b>	<b>3 957</b>	<b>11%</b>

\*För utfall 2015 saknas tillförlitliga uppgifter för öppen vård och dagkirurgi. Här antas att utvecklingen i öppenvård och dagkirurgi ha varit densamma som i slutenvård

\*\* Resurser motsvarande 4,75 tjänster överfördes från Kirurgkliniken till Urologkliniken enligt beslut 2016-09-01

**Tabell B4.6 Köpt vård per klinik**

Kostnader för köpt vård (kr)	År					Förändring 18 jmf 15	Förändring 18 jmf 15 (%)	Förändring 19 jmf 15	Förändring 19 jmf 15 (%)
	2015	2016	2017	2018	2019				
Klinik									
Handkirurgiska kliniken	162 011	581 232	292 655	468 796	994 505	306 785	189%	832 494	514%
Kirurgiska kliniken	24 323 051	22 769 375	21 997 419	23 844 862	22 490 964	-478 189	-2%	-1 832 087	-8%
Kvinnokliniken	3 474 071	3 060 433	5 386 120	6 179 941	8 227 891	2 705 870	78%	4 753 819	137%
Onkologiska kliniken	4 333 496	4 964 995	6 411 029	7 387 742	8 385 696	3 054 246	70%	4 052 200	94%
Ortopedkliniken*	47 421 814	34 142 929	28 420 165	22 330 473	27 400 615	-25 091 341	-53%	-20 021 199	-42%
Urologkliniken	4 166 964	7 170 076	9 483 085	2 514 513	1 249 377	-1 652 451	-40%	-2 917 587	-70%
Ögonkliniken	3 131 026	4 540 624	4 228 067	5 581 481	4 369 178	2 450 455	78%	1 238 152	40%
ÖNH-kliniken	5 676 154	6 779 637	4 136 419	4 709 516	3 923 829	-966 638	-17%	-1 752 325	-31%
<b>Summa samtliga utvalda kliniker</b>	<b>92 688 587</b>	<b>84 009 300</b>	<b>80 354 960</b>	<b>73 017 325</b>	<b>77 042 056</b>	<b>-19 671 263</b>	<b>-21%</b>	<b>-15 646 532</b>	<b>-17%</b>
*Varav köpt vård Capio, centralt redovisat	12 500 000	8 500 000	6 400 000	4 300 000	1 800 000				

**Tabell B4.7 Ortopediska kliniken - Antal operationer per operationstyp (KVÅ-kapitel)**

Antal operationer per KVÅ-kapitel. Samtliga sjukhus, akut och elektiv vård Öppen och slutna vård	År					Förändring 18 jmf 15	Förändring 18 jmf 15 (%)	Förändring 19 jmf 15	Förändring 19 jmf 15 (%)
	2015	2016	2017	2018	2019				
KVÅ-kapitel									
Armbåge underarm	298	314	352	303	361	5	2%	63	21%
Axel o överarm	422	520	573	576	502	154	36%	80	19%
Bäckenet	3	4	5	8	29	5	167%	26	867%
Fotled och fot	751	825	842	920	846	169	23%	95	13%
Handled o händer	150	117	94	48	30	-102	-68%	-120	-80%
Höftled o lår	1 222	1 504	1 480	1 623	1 443	401	33%	221	18%
Knä och underben	945	1 176	1 277	1 211	1 047	266	28%	102	11%
Hals- och brösttrygg	30	41	73	86	146	56	187%	116	387%
Ländrygg	168	215	233	267	252	99	59%	84	50%
Övrigt	458	347	249	283	211	-175	-38%	-247	-54%
<b>Totalsumma</b>	<b>4 447</b>	<b>5 063</b>	<b>5 178</b>	<b>5 325</b>	<b>4 867</b>	<b>878</b>	<b>20%</b>	<b>420</b>	<b>9%</b>

**Tabell B4.8 Såld vård per klinik**

Intäkter för såld vård (kr)	År					Förändring 18 jmf 15	Förändring 18 jmf 15 (%)	Förändring 19 jmf 15	Förändring 19 jmf 15 (%)
	2015	2016	2017	2018	2019				
Klinik									
Handkirurgiska kliniken	19 949 790	19 521 781	20 241 939	21 765 159	13 525 863	1 815 369	9%	-6 423 927	-32%
Kirurgiska kliniken	40 454 866	41 348 951	39 257 312	44 815 201	43 051 359	4 360 335	11%	2 596 493	6%
Kvinnokliniken	27 291 593	32 449 322	28 615 202	28 278 701	28 299 375	987 108	4%	1 007 782	4%
Onkologiska kliniken	44 586 805	39 235 799	38 127 161	39 958 553	39 837 326	-4 628 252	-10%	-4 749 479	-11%
Ortopedkliniken	31 045 007	24 491 742	48 962 147	56 802 247	57 899 150	25 757 240	83%	26 854 143	87%
Urologkliniken	32 912 523	30 816 847	37 389 789	47 742 256	45 714 151	14 829 733	45%	12 801 628	39%
Ögonkliniken	51 598 056	46 314 905	43 959 664	45 240 342	42 832 861	-6 357 714	-12%	-8 765 195	-17%
ÖNH-kliniken	46 527 516	43 760 683	45 664 166	49 697 297	44 576 141	3 169 781	7%	-1 951 375	-4%
<b>Summa samtliga utvalda kliniker</b>	<b>294 366 156</b>	<b>277 940 030</b>	<b>302 217 380</b>	<b>334 299 756</b>	<b>315 736 227</b>	<b>39 933 600</b>	<b>14%</b>	<b>21 370 070</b>	<b>7%</b>

**Tabell B4.9 Ortopediska kliniken – Utomlänsvård per sjukhus. Akut/elektiv vård. DRG-poäng**

Antal DRG-poäng per sjukhus. UTOMLÄN Varav akut resp elektiv vård						Förändring	Förändring	Förändring	Förändring
Sjukhus/Akut elektiv	2015	2016	2017	2018	2019	18 jmf 15	18 jmf 15 (%)	19 jmf 15	19 jmf 15 (%)
<b>KGA</b>	<b>218</b>	<b>193</b>	<b>215</b>	<b>199</b>	<b>144</b>	<b>-20</b>	<b>-9%</b>	<b>-74</b>	<b>-34%</b>
Akut	176	168	197	184	131	8	5%	-45	-25%
Elektiv	42	25	18	15	13	-28	-65%	-30	-70%
<b>LBG</b>	<b>95</b>	<b>128</b>	<b>507</b>	<b>688</b>	<b>416</b>	<b>593</b>	<b>626%</b>	<b>321</b>	<b>339%</b>
Akut	26	15	11	22	32	-3	-13%	6	22%
Elektiv	69	113	496	665	384	597	867%	316	459%
<b>USÖ</b>	<b>84</b>	<b>110</b>	<b>179</b>	<b>188</b>	<b>257</b>	<b>104</b>	<b>125%</b>	<b>174</b>	<b>208%</b>
Akut	59	89	106	115	133	56	95%	74	125%
Elektiv	24	21	74	73	125	48	198%	100	409%
<b>Totalsumma</b>	<b>396</b>	<b>431</b>	<b>901</b>	<b>1 074</b>	<b>817</b>	<b>678</b>	<b>171%</b>	<b>421</b>	<b>106%</b>

**Tabell B4.10 Ortopediska kliniken – Antal operationer per sektion i Lindesberg**

Antal operationer per sektion i LINDESBERG						Förändring	Förändring	Förändring	Förändring
Sektion	2015	2016	2017	2018	2019	18 jmf 15	18 jmf 15 (%)	19 jmf 15	19 jmf 15 (%)
Akuta operationer	255	212	104	123	179	-132	-52%	-76	-30%
Axel/mjuka knän	35	26	9	1	3	-34	-97%	-32	-91%
Barn/Fot	42	54	2	0	0	-42	-100%	-42	-100%
Ledplastik	362	747	1 067	1 208	1 073	846	234%	711	196%
Lokalbedöv.exkl block/inj	61	23	3	6	3	-55	-90%	-58	-95%
Rygg	0	29	27	0	0	0	0%	0	0%
<b>Totalsumma</b>	<b>755</b>	<b>1 091</b>	<b>1 212</b>	<b>1 338</b>	<b>1 258</b>	<b>583</b>	<b>77%</b>	<b>503</b>	<b>67%</b>

**Tabell B4.11 Ortopediska kliniken – Antal operationer per sektion i Karlskoga**

Antal operationer per sektion i KARLSKOGA Öppen och sluten vård						Förändring	Förändring	Förändring	Förändring
Sektion	2015	2016	2017	2018	2019	18 jmf 15	18 jmf 15 (%)	19 jmf 15	19 jmf 15 (%)
Akuta operationer	611	624	712	837	840	226	37%	229	37%
Axel/mjuka knän	266	551	800	668	506	402	151%	240	90%
Barn/Fot	136	107	59	12	9	-124	-91%	-127	-93%
Ledplastik	299	224	61	8	1	-291	-97%	-298	-100%
Lokalbedöv.exkl block/inj	110	97	120	25	9	-85	-77%	-101	-92%
Rygg	12	0	0	0	0	-12	-100%	-12	-100%
<b>Totalsumma</b>	<b>1 434</b>	<b>1 603</b>	<b>1 752</b>	<b>1 550</b>	<b>1 365</b>	<b>116</b>	<b>8%</b>	<b>-69</b>	<b>-5%</b>

**Tabell B4.12 Ortopediska kliniken – Antal operationer per sektion i Örebro**

Antal operationer per sektion i ÖREBRO						Förändring	Förändring	Förändring	Förändring
Sektion	2015	2016	2017	2018	2019	18 jmf 15	18 jmf 15 (%)	19 jmf 15	19 jmf 15 (%)
Akuta operationer	1 359	1 441	1 389	1 465	1 390	106	8%	31	2%
Axel/mjuka knän	339	214	88	50	26	-289	-85%	-313	-92%
Barn/Fot	117	162	217	252	202	135	115%	85	73%
Ledplastik	116	130	68	34	14	-82	-71%	-102	-88%
Lokalbedöv.exkl block/inj	119	160	253	323	333	204	171%	214	180%
Rygg, elektivt	158	190	218	265	267	107	68%	109	69%
<b>Totalsumma</b>	<b>2 208</b>	<b>2 297</b>	<b>2 233</b>	<b>2 389</b>	<b>2 232</b>	<b>181</b>	<b>8%</b>	<b>24</b>	<b>1%</b>

**Tabell B4.13 Ortopediska kliniken – Antal dagkirurgiska operationer per sjukhus**

Dagkirurgi antal operationer						Förändring	Förändring	Förändring	Förändring
Sjukhus	2015	2016	2017	2018	2019	18 jmf 15	18 jmf 15 (%)	19 jmf 15	19 jmf 15 (%)
KGA	824	978	1 214	939	810	115	14%	-14	-2%
LBG	173	144	15	3	16	-170	-98%	-157	-91%
USÖ	963	913	815	871	796	-92	-10%	-167	-17%
<b>Totalsumma</b>	<b>1 960</b>	<b>2 035</b>	<b>2 044</b>	<b>1 813</b>	<b>1 622</b>	<b>-147</b>	<b>-8%</b>	<b>-338</b>	<b>-17%</b>



**Tabell B4.14 Ortopediska kliniken – Medelvårdtider per sjukhus. Akut/elektiv vård**

Medelvårdtider per sjukhus. Varav akut resp elektiv vård						Förändring	Förändring	Förändring	Förändring
Sjukhus/Akut elektiv	2015	2016	2017	2018	2019	18 jmf 15	18 jmf 15 (%)	19 jmf 15	19 jmf 15 (%)
<b>KGA</b>	<b>4,3</b>	<b>4,4</b>	<b>4,4</b>	<b>4,6</b>	<b>4,5</b>	<b>0</b>	<b>7%</b>	<b>0,2</b>	<b>4%</b>
Akut	4,2	4,7	4,5	4,8	4,7	1	14%	0,5	11%
Elektiv	4,6	3,8	3,9	3,9	3,6	-1	-14%	-1,0	-21%
<b>LBG</b>	<b>5,4</b>	<b>3,6</b>	<b>3,1</b>	<b>3,1</b>	<b>3,0</b>	<b>-2</b>	<b>-42%</b>	<b>-2,3</b>	<b>-44%</b>
Akut	5,6	4,8	4,0	7,2	6,1	2	30%	0,5	9%
Elektiv	5,2	3,1	3,0	2,5	2,4	-3	-52%	-2,8	-54%
<b>USÖ</b>	<b>6,0</b>	<b>4,7</b>	<b>5,3</b>	<b>5,2</b>	<b>5,3</b>	<b>-1</b>	<b>-13%</b>	<b>-0,7</b>	<b>-12%</b>
Akut	6,3	5,2	5,9	5,7	5,7	-1	-9%	-0,5	-9%
Elektiv	5,5	3,8	4,3	4,4	4,6	-1	-21%	-1,0	-17%
<b>Totalsumma</b>	<b>5,4</b>	<b>4,3</b>	<b>4,4</b>	<b>4,4</b>	<b>4,4</b>	<b>-1</b>	<b>-19%</b>	<b>-1,0</b>	<b>-19%</b>

**Tabell B4.15 Ortopediska kliniken – Faktiskt arbetad tid (antal årsarbetare)**

Faktiskt arbetad tid (antal årsarbetare)						Förändring	Förändring	Förändring	Förändring
Befattning	2015	2016	2017	2018	2019	18 jmf 15	18 jmf 15 (%)	19 jmf 15	19 jmf 15 (%)
Avdelningschef/bitr	10	10	10	10	10	0	0%	0	0%
Bitr verksamhetschef ej läkare	1	1	1	1	1	0	1%	0	14%
Överläkare/specialist*	25	27	25	28	29	3	10%	3	14%
Underläkare	9	10	15	14	13	5	60%	5	57%
Paramedicin	3	4	5	7	7	4	133%	4	133%
Sjuksköterska	59	57	57	57	63	-3	-4%	4	7%
Undersköterska	61	62	65	74	78	13	22%	17	28%
Administratör/tekniker	20	21	25	24	23	4	20%	3	16%
<b>Totalsumma</b>	<b>187</b>	<b>193</b>	<b>203</b>	<b>214</b>	<b>224</b>	<b>26</b>	<b>14%</b>	<b>37</b>	<b>20%</b>

**Tabell B4.16 Ortopediska kliniken – Knivtid i minuter per operationstyp**

Knivtid i antal minuter per KVA-kapitel						Förändring	Förändring	Förändring	Förändring
KVA-kapitel	2015	2016	2017	2018	2019	18 jmf 15	18 jmf 15 (%)	19 jmf 15	19 jmf 15 (%)
Armbåge underarm	14 482	16 071	19 297	18 971	22 756	4 489	31%	8 274	57%
Axel o överarm	28 475	34 198	33 510	38 174	35 700	9 699	34%	7 225	25%
Bäckenet	439	163	208	1 027	4 417	588	134%	3 978	906%
Fotled och fot	37 058	42 940	49 586	57 302	51 576	20 244	55%	14 518	39%
Handled o händer	5 601	3 673	2 924	2 414	1 930	-3 187	-57%	-3 671	-66%
Höftled o lår	95 959	117 516	120 007	124 054	117 792	28 095	29%	21 833	23%
Knä och underben	68 885	85 115	94 155	91 170	76 856	22 285	32%	7 971	12%
Kotpelare och nacke	2 521	3 545	8 144	10 493	20 661	7 972	316%	18 140	720%
Ryggmärg och nervrötter	13 518	17 665	21 520	23 664	22 559	10 146	75%	9 041	67%
Övrigt	16 359	13 228	11 655	11 081	10 181	-5 278	-32%	-6 178	-38%
<b>Totalsumma</b>	<b>283 297</b>	<b>334 114</b>	<b>361 006</b>	<b>378 350</b>	<b>364 428</b>	<b>95 053</b>	<b>34%</b>	<b>81 131</b>	<b>29%</b>

**Tabell B4.17 Ortopediska kliniken – Genomsnittlig knivtid i minuter per operationstyp**

Genomsnittlig knivtid per operation per KVA-kapitel						Förändring	Förändring	Förändring	Förändring
KVA-kapitel	2015	2016	2017	2018	2019	18 jmf 15	18 jmf 15 (%)	19 jmf 15	19 jmf 15 (%)
Armbåge underarm	49	51	55	63	63	14	29%	14	30%
Axel o överarm	67	66	58	66	71	-1	-2%	4	5%
Bäckenet	146	41	42	128	152	-18	-12%	6	4%
Fotled och fot	49	52	59	62	61	13	26%	12	24%
Handled o händer	37	31	31	50	64	13	35%	27	72%
Höftled o lår	79	78	81	76	82	-2	-3%	3	4%
Knä och underben	73	72	74	75	73	2	3%	1	1%
Kotpelare och nacke	84	86	112	122	142	38	45%	57	68%
Ryggmärg och nervrötter	80	82	92	89	90	8	10%	9	11%
Övrigt	36	38	47	39	48	3	10%	13	35%
<b>Totalsumma</b>	<b>64</b>	<b>66</b>	<b>70</b>	<b>71</b>	<b>75</b>	<b>7</b>	<b>12%</b>	<b>11</b>	<b>18%</b>

**Tabell B4.18 Knivtider i minuter per klinik**

Knivtid i minuter per klinik Klinik	År		Förändring		Förändring	
	2015	2019	19 jmf 15	19 jmf 15 (%)	Andel 2015	Andel 2019
Handkirurgiska kliniken	80 138	83 330	3 192	4%	6,7%	6,2%
Kirurgiska kliniken	314 888	314 789	-99	0%	26,4%	23,3%
Kvinnokliniken	102 216	99 063	-3 153	-3%	8,6%	7,3%
Onkologiska kliniken	36 478	33 217	-3 261	-9%	3,1%	2,5%
Ortopediska kliniken	283 297	364 428	81 131	29%	23,8%	26,9%
Urologiska kliniken	86 567	119 065	32 498	38%	7,3%	8,8%
Ögonkliniken	33 597	34 014	417	1%	2,8%	2,5%
ÖNH-kliniken	125 903	141 745	15 842	13%	10,6%	10,5%
Övriga kliniker inom RÖL	128 346	164 058	35 712	28%	10,8%	12,1%
<b>Samtliga kliniker</b>	<b>1 191 430</b>	<b>1 353 709</b>	<b>162 279</b>	<b>14%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

## 10.5 Bilaga 5 Ortopediska kliniken – organisation, befattningsbeskrivningar mm

### Framtiden 5.0

### Utkast organisation ortopediska kliniken RÖL 161101

#### Principer

- Chef ur respektive yrkesgrupp
- Lokalt – Länsövergripande
  - Patientgrupper
  - Enheter
- Chef – Stf chef
- Balans läkare – Övriga yrkesgrupper
- Intern – extern rekrytering
- Tidsbegränsat – Tills vidare
- Offentliggörande – Utse
- Storlek LG
- Stödet (stab, kansli)
- Kommunikation
- Ordning och reda
  - Planering
  - Utveckling
  - Uppföljning
- Mötesintervall
- Mötesplats
- Ut- och fortbildning

#### Ansvarsområden (ej patientspecifika)

- Patientsäkerhetsarbete
- FOU-U
- Studierektor
- Verksamhetsplanering
- Verksamhetsutveckling
- Verksamhetsuppföljning
- Kodning

## Sektioner

- Trauma
- Protes, arthros
- Övre extremiteten, mjuka knä, idrottsmedicin
- Rygg inklusive scolios, barn, fot

## Ledningsgrupp

### Treanta chefer

- Trauma
- Protes, arthros
- Övre extremiteten, mjuka knä, idrottsmedicin
- Rygg inkl scolios, barn, fot
- ST-chef
- FOU-U
- Sekretariat
- Omvårdnadschef
- Operationschef

### Funktionsansvar (stab)

- Ställföreträdande verksamhetschef
- Controller (verksamhetsuppföljning)
- Verksamhetsutvecklare
- Produktionsansvarig (verksamhetsplanering)
- Kommunikatör/Sekreterare
- 15 personer inklusive verksamhetschef och dess ställföreträdare

## Organisationskiss Ortopedi RÖL



## En dag ser det annorlunda ut!

- Skall vi korrigera något redan nu?
- Tror vi att detta förslag går att bemanna?
- Hur skall vi följa upp och utvärdera förslaget?

## Trebent chef (sektionschef)

### Sektionschefen

- som är direkt underställd verksamhetschefen är s.k.
- trebent chef
  - Det medicinska benet består av det traditionellt medicinska ansvaret i vid bemärkelse där gränsfrågor till övriga sektioner särskilt skall bevakas och dialog föras.
  - Personalbenet består i lednings-, chef- och utvecklingsansvar för de medarbetare (vanligtvis läkare) läkare som har sektionen som hemvist.
  - Det ekonomiska benet kommer att beskrivas i framför allt icke-monetära termer, som produktion, DRG, diagnoser, områden, läkartimmar, utbildningsbudget etc men är i behov av utveckling och fastställande.
- ingår i klinikenledningsgruppen.

### Ställföreträdande verksamhetschef

Den ställföreträdande verksamhetschefen företräder verksamhetschefen med dennes samtliga skyldigheter och mandat i dennes frånvaro. Den ställföreträdande verksamhetschefen har ett särskilt ansvar för patientsäkerhetsfrågorna i vid bemärkelse.

**Omvårdnadschefen** är direkt underställd verksamhetschefen, är s.k. trebent chef och ingår i klinikenledningsgruppen. Verksamheten, omvårdnadsbenet, består av det traditionella omvårdnads-ansvaret i vid bemärkelse där gränsfrågor till enheter på samma nivå som underställda särskilt skall bevakas och dialog föras med. Medarbetarbenet består i lednings- och chefsansvar för de medarbetare som har enheten som hemvist. Det ekonomiska benet är de kostnader och intäkter som berör enheten.

**Forsknings- och utbildningschefen** skall företrädesvis vara professor. FOU-U chefen som i sin kliniska del är direkt underställd verksamhetschefen är s.k. trebent chef och ingår i klinikenledningsgruppen. Ansvarsområdet är kliniken forskning och utbildning i vid bemärkelse. Medarbetarbenet består i lednings- och chefsansvar för de medarbetare som har sektionen som hemvist, t ex. kliniska adjunkten, amanuensen, eventuell forskningssjuksköterska och forskningssekreterare. Det ekonomiska benet består förutom av personalkostnader i diverse klinik-, förvaltnings- och region- och andra anslag och intäkter för t.ex. kursverksamhet, donationer etc.

**Controller**

Att utveckla och bistå kliniken med underlag, sammanställningar och slutsatser samt skapa rutiner för enkel, tydlig och fortlöpande planering av kliniken olika delar.

**Produktionsansvarig**

Att tillsammans utveckla, vid behov samordna och ibland prioritera mellan sektionerna.

**Verksamhetsutvecklare**

Att initiera, stödja och leda utvecklingsprojekt men också samordna mellan klinikens verksamheter som stöd för helheten och att kliniken följer fattade beslut om uppdrag och inriktning och går i takt.

## 10.6 Bilaga 6 SWOT-analys

### Styrkor

- Regionledningens stöd
- Universitetet
- Rekryteringar
- Stark organisation
- Allmänhetens förtroende
- Bra resultat
- Nya metoder och rekryteringar - spetskirurgi
- USÖ:s traumacentrum
- Yttre fiender
- Sektionering delvis genomförd
- Ordning och reda

### Svagheter

- Fusion av olika kulturer
- Litet patient-underlag för regionvård
- Covid-19 effekterna
- Sköterskebrist
- Mer information till allmänheten - lokalmedia
- Underfinansierad läkarutbildning

### Möjligheter

- Kringliggande regioner bromsar sig ur krisen – Region Örebro län gasar
- Utomlänsvård
- Ny teknik och kunskap
- Skadeprefylax, exempelvis fallskador och knäskador
- Ortogeriatrisk - omvårdnadsforskning
- Anställa även andra yrkeskategorier på operation och avdelning
- Undervisning för rekrytering
- Återkoppla kliniska resultat som nu görs för produktionssiffror
- Återkoppla och analysera komplikationer och misslyckanden: morbidity and mortality, M&M
- Samarbeta över de lokala gränserna - en regionövergripande universitetsklinik
- Spridning av kunskap till allmänheten
- PR i lokala media
- Symboler

### Hot

- Åldrande befolkning
- Patientunderlag i Mellansverige för högspecialiserad vård
- För många akutsjukhus i Mellansverige
- Ekonomisk recession post Covid-19
- Återgång till tidigare organisation
- För små regioner, 21 i Sverige jfr 5 i Norge och Danmark



## **”UTVÄRDERING AV ORTOPEDISKA KLINIKEN I REGION ÖREBRO LÄN”**

**Utvärderingen avser omstruktureringsperioden 2015-2019**

För detaljer hänvisas till rapporten **”UTVÄRDERING AV ORTOPEDISKA KLINIKEN I REGION ÖREBRO LÄN”** Örebro 2021-01-26, André Stark, Olle Svensson, Kerstin Tengberg, Carl Johan Tykesson, Jennie Änghagen

Region Örebro län placerade sig i SKR:s öppna jämförelser 2014 tillsammans med Västernorrland, på en ofördelaktig sista plats i kategorin ”kostnad per patient i relation till kvalitet”. Öppna jämförelser gav en tydlig indikation på förbättringspotential för dåvarande landstinget.

Förutom en tråkig placering i öppna jämförelser hade Universitetssjukhuset några år dessförinnan tappat viktiga utomlänsuppdrag.

På nationell nivå började man också se över svensk hälso- och sjukvård. Regeringen utsåg en utredare för mer effektivt resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården – Göran Stiernstedt samt en utredare av den högspecialiserade vården – Måns Rosén.

Måns Rosén framhöll att *”vården måste koncentreras”* och att *”träning ger färdighet”*.

Båda dessa utredningar gav tyngd åt den förändring man ville genomföra i Region Örebro län.

Det var väsentligt att i första hand inte framhäva besparingar i samband med omstruktureringen. De ekonomiska vinsterna skulle bli en effekt av en ökad kvalitet. ”En hög kvalitet och låg variation ger hög kostnadseffektivitet”, framhöll hälso- och sjukvårdsdirektören Jan Olsson.

Med syftet att skapa förutsättningar för framtiden lades Region Örebro läns 3 sjukvårdsförvaltningar, Örebro, Karlskoga och Lindesberg, samman till en från och med 2015. Året därpå skapades länskliniker, 5 stycken, för de verksamheter, AnIVA, Kirurgi, ortopedi, röntgen och kvinnosjukvård, som hade störst behov av samordning.

Den tillträdande verksamhetschefen för den ortopediska kliniken var noggrann med att efterfråga ett tydligt och så specificerat uppdrag som möjligt utifrån den aktuella situationen och det preciserades i 4 punkter:

- Etablera god forskning
- Lösa tillgängligheten
- Säkerställa en god kvalitet
- Införa en hållbar struktur

Sommaren-hösten 2020 genomfördes en utvärdering av ortopediska kliniken 4 första år med syftet att utvärdera måluppfyllelsen. Förutom nämnda 4 punkter ingår att försöka värdera det ekonomiska utfallet och ge ut ett underlag för de närmast kommande åren..

# Sammanfattning av klinikens mätbara resultat 2015-2019

## De övergripande frågeställningarna är:

Vilka resultat har kliniken uppnått och till vilken kostnad?

Är kostnaden rimlig utifrån de resultat som presenteras (produktivitet)?

Är resultaten de som hälso- och sjukvårdsledningen kan förvänta sig utifrån den målbild/det uppdrag som fanns när länskliniken bildades (effektivitet)?

*”Region Örebro läns val att finansiera sjukvård åt egna invånare via ramar gör det svårt att värdera klinikernas kostnadsutveckling eftersom finansieringen inte på ett tydligt sätt väger in hur vårdproduktionen utvecklas.”*

*”För ekonomin redovisas en ganska dyster bild av utvecklingen under analysperioden för de åtta jämförda klinikerna. Kostnaderna har skenat samtidigt som Region Örebro läns skattebetalare hittills inte velat finansiera kalaset. Stora ekonomiska underskott blir följderna.”*

*”I den kostnadsjämförelse som gjorts framgår att nettokostnaden i riket för den somatiska vården ökat med 20 % under analysperioden. Även i Region Örebro län har kostnaderna ökat markant. Skillnaden är att Region Örebro län i allmänhet - och Ortopediska kliniken i synnerhet - levererar mer vård för pengarna!”*

*”Utredarna gör bedömningen att kostnaderna för den ökade vårdproduktionen är rimliga för Ortopediska kliniken och Urologkliniken men att övriga kliniker levererat en relativt liten ökning av vården för pengarna. Samtidigt bör man ha i åtanke den nationella statistiken; I riket produceras mindre vård till en högre kostnad!”*

*”Trendbrottet med en lägre produktion från och med hösten 2018 samtidigt som kostnaderna fortsatte att stiga är otillfredsställande. Samtidigt bör man kunna återställa produktionen till 2018 års nivåer utan att detta ska medföra ytterligare kostnadsökningar. ”Kostymen” finns redan. Men Covid-19 pandemin har förändrat de framtida ekonomiska förutsättningarna.”*

*”Ortopediska kliniken har utvecklat sin kapacitet och breddat sin verksamhet genom hemtagning av vård som tidigare inte kunnat utföras i Region Örebro län. Härigenom får invånare i Region Örebro län en ökad tillgänglighet samtidigt som kliniken i mycket större utsträckning kunnat erbjuda vård till patienter från andra regioner. Väntetiderna har kortats påtagligt. Före trendbrottet fick samtliga patienter, inomläns- såväl som utomläns, vård inom 90 dagar. I riket är väntetiderna betydligt längre, även efter trendbrottet!”*

*”Inom Ortopediska kliniken har det skett en tydlig profilering av vården vid de tre sjukhusen.*

- *Alla tre sjukhusen bedriver närsjukvård i samverkan med primärvård och kommuner.*
- *Hand-, arm-, ben- och höftledsbrott (”vardagstraumatologi”), samt axel- och knäligamentskador i Karlskoga som dessutom är centrum för axelproteskirurgi inklusive revisioner samt korsbandskirurgi inklusive revisioner.*
- *Lindesberg är centrum för knä/höftproteser.*
- *I Örebro återfinns avancerad sällanvård såsom rygg- och bäckenoperationer, därmed stöds traumacentrum på USÖ, samt fot- och barnkirurgi.*
- *Dagkirurgi koncentreras till Karlskoga och Örebro genom att det första hanterar axel/knäligament och det senare barn/fot.”*

## Sammanfattning – har det varit värt priset?

Ortopediska kliniken har uppfyllt målen. Kliniken har genom en framgångsrik uppdelning av den ortopediska verksamheten mellan de tre sjukhusen uppnått flera tydliga fördelar för Region Örebro läns invånare. **Tillgängligheten** till vård är god. Den nya **strukturen** har

bidragit till att man kunnat erbjuda mer vård med bibehållen hög **kvalitet**. Hemtagning av avancerad rygg- och bäckenkirurgi har minskat behovet av att köpa vård och samtidigt lämnat viktiga bidrag till regionens framgångsrika satsning på en multitraumaenhet. Den ökade kapaciteten har också gjort det möjligt att erbjuda **mer utomlänsvård** och på så sätt bättre **utnyttja den egna kapaciteten** samtidigt som **väntetiderna minskat** för alla patienter.

Samtidigt har utbildning och **forskning** utvecklats, vilket återspeglas av ett stort antal doktorander, flera disputationer, och goda nationella resultat gällande läkarutbildningens nationella tentamina. Detta har uppnåtts genom rekrytering av spetskompetens och en omfattande utbildning av personal. Ortopediska kliniken har startat en avancerad testbädd med flera forskningsprojekt, högspecialiserad traumaortopedi, forskning inom flera olika andra områden bl.a, barnortopedi där det också byggts upp ett gång-laboratorium mm.

Den nya stora sjukhusövergripande universitetskliniken har skapats på mycket kort tid och man har **utformat en fungerande universitetsklinik**. Två år i rad har Universitetssjukhuset i Region Örebro län blivit utsett till Sveriges bästa universitetssjukhus av tidningen Dagens medicin. Sjukhuset ligger i topp både vad gäller medicinska resultat och tillgänglighet, de två tyngsta kategorierna.

I Region Örebro län finns många eldsjälar för geriatrisk vård och omvårdnad, och **många bra ortogeriatriska projekt på olika vårdnivåer**. Som exempel kan nämnas uppföljningen av infektionskomplikationer och att följa antibiotikaförskrivningen för att minska risken för multiresistenta mikroorganismer. Avvikelsehantering på avdelningarna drivs sedan flera år, med regelbunden återkoppling.

Ortopediska kliniken har, såsom vi bedömer det, **tagit viktiga steg för att skapa en organisation och ledningsstruktur som är väl rustad för att möta framtidens krav**. Det finns en struktur för organisation, arbetssätt och kompetens som skapar både spets och bredd. Ortopediska kliniken i Region Örebro län har därmed ett försprång i förhållande till andra ortopedkliniker som inte kommit lika långt.

**Kostnaden för den utveckling som kliniken genomfört och som här beskrivs är rimlig och relativt låg i ett nationellt perspektiv**. Region Örebro län i allmänhet och Ortopediska kliniken i synnerhet tillhör en liten exklusiv skara i landet som under analysperioden levererar mer vård!

Den resa som Ortopediska kliniken genomför är inte avslutad och sker inte utan friktion. **Bitvis har motståndet varit intensivt** mot delar av den omstrukturering som har genomförts och som fortfarande pågår.

## **Har det varit värt priset?**

**Ja, det är vår bestämda uppfattning**. Ur patienternas perspektiv finns inga tvivel om att förändringen kommit dem till gagn och att framtiden för ortopedin och Region Örebro län i stort, är att fortsätta på inslagen väg. Behovet av ortopedi kommer att öka i takt med att resurserna minskar. Det visar bl.a. den demografiska utvecklingen där vi ser en kraftig ökning av en äldre befolkning (+80 år), d.v.s. fler patienter i behov av vård samtidigt som antalet medborgare i arbetsför ålder minskar.



# 5

## Information

# Aktivitetsplan 2021

Beredning för somatisk specialistvård  
och högspecialiserad vård

Uppdaterad 2021-02-03

UTKAST

## **Aktivitetsplan 2021**

Beredning för somatisk specialistvård och högspecialiserad vård

2021-02-03

## Innehåll

1.	Inledning.....	4
2.	Uppdraget för beredningen .....	4
2.1	Grunduppdraget.....	4
2.2	Det specifika uppdraget .....	4
3.	Uppdrag från hälso- och sjukvårdsnämnden 2021 .....	5
3.1	Invånare och samhälle.....	5
3.2	Process .....	6
3.3	Resurs.....	6
4.	Prioriterade områden 2021 .....	7
4.1	Huvuduppdrag .....	7
4.2	Övrigt att följa upp.....	7
4.3	Återrapportering .....	7
5.	Planerade aktiviteter för 2021 .....	8
6.	Återkommande information .....	10

UTKAST

# 1. Inledning

Beredning för somatisk specialistvård och högspecialiserad vård är en av tre beredningar som hälso- och sjukvårdsnämnden har till sitt förfogande för att bereda ärenden. Beredningarnas uppdrag framgår av dokumentet ”Bestämmelser för politiska organ inom Region Örebro län” som antogs av regionfullmäktige 2018.

Syftet med beredningarna är att stödja och bistå nämnden, förbättra/möjliggöra kunskapsför djupning samt skapa ökad tillgänglighet till politiken för medborgare och andra aktörer. Beredningarna har inte något beslutsmandat, utöver budgeten för den egna verksamheten.

## 2. Uppdraget för beredningen

### 2.1 Grunduppdraget

Grunduppdraget för beredningarna är att:

- verka på uppdrag av hälso- och sjukvårdsnämnden,
- bereda ärenden och frågeställningar till hälso- och sjukvårdsnämnden,
- bidra till kunskapsutveckling,
- vara kontaktorgan gentemot verksamhet, allmänhet och de personer som nämndens verksamhet är till för, samt
- företräda hälso- och sjukvårdsnämnden inom fastställt ansvarsområde

Därtill kan nämnden lägga till ytterligare uppdrag till beredningarna.

### 2.2 Det specifika uppdraget

Det specifika uppdraget för beredning för somatisk specialistvård och högspecialiserad vård är att:

- främja en positiv utveckling av den somatiska specialistvården samt högspecialiserad vård som finns inom regionen,
- möta och utveckla samarbete med andra aktörer och medborgare avseende regionens specialiserade sjukvård,
- medverka vid implementering och förankring av beslut, samt att
- föra dialog och följa den somatiska specialistvården samt högspecialiserade vård som finns och är organiserad inom Region Örebro län samt med de landsting och regioner som man samverkar med i hälso- och sjukvårdsfrågor.

Beredning för somatisk specialistvård och högspecialiserad vård ska bestå av 9 ledamöter och 5 ersättare.



### 3. Uppdrag från hälso- och sjukvårdsnämnden 2021

I hälso- och sjukvårdsnämndens verksamhetsplan tilldelas Hälso- och sjukvårdsförvaltningen ett antal uppdrag som ska göras i samråd med berörda beredningar. Uppdragen redovisas nedan, uppdelade i de tre perspektiven: Invånare och samhälle, process samt resurs.

Perspektivet *invånare och samhälle* beskriver de viktigaste målsättningarna för Region Örebro läns verksamheter för att invånarnas och samhällets behov ska tillgodoses på bästa sätt samt hur Örebro läns utvecklingsförutsättningar ska tas tillvara. Perspektivet *process* beskriver strategier för Region Örebro läns arbetsmetoder och arbetsprocesser för att målen i perspektivet invånare och samhälle ska kunna uppfyllas. Perspektivet *resurs* beskriver hur medarbetarnas kompetenser tas tillvara och utvecklas inom ramen för en hälsofrämjande arbetsplats. Perspektivet resurs innehåller också hur Region Örebro län genom ständiga förbättringar och kostnadseffektiva lösningar ska hushålla med tillgängliga resurser för att skapa en ekonomi som ger handlingsfrihet.

#### 3.1 Invånare och samhälle

*Hälso- och sjukvårdsnämndens beredningar* får i uppdrag att:

1. beakta målbild 2030 i verksamhetsplaneringsprocessen
2. följa processerna kring coronapandemin,

*Hälso- och sjukvårdens beredning för närsjukvård* får i uppdrag att:

3. följa utvecklingen av ett mer likvärdigt arbetssätt runt SIP i syfte att skapa trygghet för patienter med omfattande behov

*Hälso- och sjukvårdsnämndens beredning för psykiatri, habilitering och hjälpmedel och beredningen för närsjukvård* får i uppdrag att:

4. följa processen med att tillskapa pilotverksamhet för samordnat medicinskt omhändertagande av personer med komplexa funktionsnedsättningar inom ett närsjukvårdsområde

Uppdragen till Hälso- och sjukvårdsförvaltningen görs i samråd med berörda beredningar.

*Hälso- och sjukvårdsförvaltningen* får i uppdrag att:

5. Arbeta för att vården av äldre både i den akuta och långsiktiga vårdkedjan ska förbättras i både vårdens övergångar och gentemot externa vårdgivare för att öka kontinuitet och samordning. Detta kan ske genom att bl.a. utveckla primärvårdens möjligheter till hembesök som ett förstahandsalternativ,

mobila lösningar som utgår från specialistvården som ett komplement, ge möjligheter till direktinläggning på sjukhus och korttidsvård samt en samordnad planering tillsammans med patient och anhörig.

6. Arbeta med att förstärka första linjen för arbetet med psykisk ohälsa hos barn och unga.
7. Fortsätta utveckla arbetet med hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande vård, bl.a genom att införa den s-k. basplattan.
8. Tillsammans med förvaltningen för regional utveckling göra en översyn av regelverket kring resor till och från vården.

## 3.2 Process

*Hälso- och sjukvårdsnämndens beredningar för specialiserad vård* får i uppdrag att:

9. följa den nationella processen kring högspecialiserad vård och proaktivt stödja nämnden i övergripande prioriteringsarbeten och ansökningsförfaranden.

*Hälso- och sjukvårdsnämndens beredningar för psykiatri, habilitering och hjälpmedel och beredningen för närsjukvård* får i uppdrag att:

10. följa arbetet med produktions och kapacitetsplanering samt övrigt utvecklingsarbete av psykiatrisk vård för barn och unga vuxna inklusive förbättrad tillgängligheten till neuropsykiatriska utredningar.

Uppdragen till Hälso- och sjukvårdsförvaltningen görs i samråd med berörda beredningar.

*Hälso- och sjukvårdsförvaltningen* får i uppdrag att:

11. I enlighet med målbild 2030 fortsätta arbetet med att fram åtgärder som möjliggör för primärvården att vara navet i en god nära och samordnad vård.
12. I enlighet med målbild 2030 fortsätta arbetet med specialiserad och högspecialiserad vård, inkluderande bl.a. utvecklandet av traumaverksamheten och arbetet med trombektomi.
13. Utveckla verksamhetsnära stödprocesser för att underlätta produktions- och kapacitetsplanering utifrån verksamhetens behov

## 3.3 Resurs

*Hälso- och sjukvårdsnämnden* får i uppdrag att:

14. Beskriva processen för att komma i ekonomisk balans. Det innebär konkretiserandet av en flerårig handlingsplan med översyn av bl.a. effektiviseringar, intäkter och underliggande infrastrukturellt arbete. Uppföljning av handlingsplanen ska vara en del av Hälso- och sjukvårdsnämndens årsrapportering till regionstyrelsen.

## 4. Prioriterade områden 2021

### 4.1 Huvuduppdrag

Utifrån de uppdrag som hälso- och sjukvårdsnämndens verksamhetsplan ger hälso- och sjukvårdsförvaltningen och beredningarna kommer beredning för somatisk specialistvård och högspecialiserad vård att prioritera följande områden under 2021 (kopplingen till respektive uppdrag inom parentes):

- Målbild 2030 i verksamhetsplaneringsprocessen (1).
- Processerna kring coronapandemin (2).
- Nationella processen kring högspecialiserad vård: proaktivt stöd till nämnden i övergripande prioriteringsarbeten och ansökningsförfaranden (9).
- Utveckling av den specialiserade och högspecialiserade vården med fokus traumaverksamheten och arbetet med trombektomi (12).

### 4.2 Övrigt att följa upp

För ett helhetsgrepp om huvuduppdragen kommer följande följas upp av beredning för somatisk specialistvård och högspecialiserad vård:

- Handlingsplan för ekonomi i balans (14).
- Utveckling av verksamhetsnära stödprocesser för att underlätta produktions- och kapacitetsplanering utifrån verksamhetens behov (13).
- Omställning till nära vård – specialistvårdens roll i förbättringar av både den akuta och långsiktiga vårdkedjan för äldre (5).
- Nationella vårdprogram, personcentrerade sammanhållna vårdförlopp och standardiserade vårdförlopp.
- Tillgänglighet.
- Kommunikationsansvar kring beredningens arbete.

### 4.3 Återrapportering

Beredningens uppdrag kommer återrapporteras till Hälso- och sjukvårdsnämnden så att nämnden kan fatta beslut för att nå de mål som hör till beredningens ansvarsområde.

## 5. Planerade aktiviteter för 2021

Sammanträdesdag	Ärenden och information	Plats
Torsdag 28 januari	<p><b>Beslut och beredning:</b>            Motion om införande av självtest för HPV-virus (20RS9673)            Motion om självtest för gynekologisk cellprovtagning (17RS4032)</p> <p><b>Fördjupning specialistvård:</b>            Presentation av ny områdeschef för specialistvård – Tobias Kjellberg            Länsverksamheter            Utmaningar med nya dyra läkemedel – Maria Palmetun Ekbäck, Läkemedelscentrum</p> <p><b>Information:</b>            Målbild 2030            Aktivitetsplan 2021 inklusive årets uppdrag            Aktuellt från verksamheten            Aktuellt nationellt, sjukvårdsregionalt och lokalt            Meddelandeärende</p>	Digitalt möte med bas i Eken, Eklundavägen 1
Torsdag 11 mars	<p><b>Beslut och beredning:</b>            -----</p> <p><b>Fördjupning:</b>            Nationell högspecialiserad vård            Etikrådet</p> <p><b>Information:</b>            Från VP2021 till VP 2022 med riktning            Målbild 2030            Handlingsplan i balans            Aktuellt från verksamheten            Aktuellt nationellt, sjukvårdsregionalt och lokalt</p>	Digitalt möte med bas i Eken, Eklundavägen 1
Torsdag 27 maj	<p><b>Beslut och beredning:</b>            Inspel inför Hälso och sjukvårdsnämndens verksamhetsplan med budget 2022 - beredning</p> <p><b>Fördjupning:</b>            -----</p>	Digitalt möte med bas i Eken, Eklundavägen 1

	<p><b>Information:</b> Målbild 2030: avstämning mot VP2021 inför VP2022 Aktuellt från verksamheten Aktuellt nationellt, sjukvårdsregionalt och lokalt</p>	
Torsdag 16 september	<p><b>Beslut och beredning:</b> Inspel inför Hälso och sjukvårdsnämndens verksamhetsplan med budget 2022 - beslut <b>Fördjupning:</b> ----- <b>Information:</b> Målbild 2030: avstämning mot VP2021 inför VP2022 Aktuellt från verksamheten Aktuellt nationellt, sjukvårdsregionalt och lokalt Sammanträdesdatum 2021</p>	Digitalt möte med bas i Eken, Eklundavägen 1
Torsdag 21 oktober	<p><b>Beslut och beredning:</b> Återrapportering av uppdrag från hälso- och sjukvårdsnämnden 2021 – beredning <b>Fördjupning:</b> ----- <b>Information:</b> Målbild 2030 Aktuellt från verksamheten Aktuellt nationellt, sjukvårdsregionalt och lokalt</p>	Digitalt möte med bas i Eken, Eklundavägen 1
Tisdag 25 november	<p><b>Beslut och beredning:</b> Återrapportering av uppdrag från hälso- och sjukvårdsnämnden 2021 – beslut Aktivitetsplan 2022 - beredning <b>Fördjupning specialistvård:</b> ----- <b>Information:</b> Målbild 2030 Aktuellt från verksamheten Aktuellt nationellt, sjukvårdsregionalt</p>	Digitalt möte med bas i Eken, Eklundavägen 1

**Förslag på framtida fördjupningar inkluderande tidigare uppdrag**

- Framtida etiska dilemman – integritetsfrågan, krockande lagstiftningar och tillhörande nödvändiga prioriteringar.
  - Etikrådet bjuds in.
- Lokalförsörjningsplan: att i samråd med övriga berörda förvaltningar ta fram en lokalförsörjningsplan för att få en hållbar och långsiktig planering av hälso- och sjukvårdsförvaltningens lokaler.
- Digitalisering – uppföljning, vilka lärdomar av pandemin kan dras?
  - Definition av minimimått för e-tjänster.
- Studiebesök Karlskoga lasarett, inklusive venöst centrum
- Studiebesök Lindesbergs lasarett länsverksamhet med fokus ortopedi
  - Övrig specialiserad vård på Lindesbergs lasarett inom ramen för närsjukvård
- Studiebesök/medborgardialog – intresseorganisationer
  - exv Livsgnistan och Hudkliniken.
- Stärka samarbetet och vårdkedjan mellan psykiatri och den somatiska vården för patienter med svår psykisk sjukdom (tidigare uppdrag 23)
- Arbetet med att styra vårdflöden enligt principen för BEON (bästa effektiva omhändertagandenivå) för att frigöra kompetens och öka tillgängligheten.
- Arbetet med resultatet från projektet ”Framtidens vårdavdelning”.
- Implementeringsarbetet utifrån de nationella riktlinjerna angående rökfri operation och alkoholfri operation.

## 6. Återkommande information

Förvaltningen ska vid varje möte med beredningen lämna aktuell information om aktuella frågor som ligger inom beredningens ansvarsområde. Härigenom ska beredningens ledamöter få kortfattad fortlöpande information som ger dem möjligheter att utföra det uppdrag som följer av ledamotskapet.

Förvaltningen ska rapportera om:

- Ekonomi
- Tillgänglighet till vård/ behandling och vårdplatssituationen
- Produktion
- Processerna kring coronapandemin
- Nivåstrukturering och nationell högspecialiserad vård

Förvaltningen ska dessutom rapportera om politiska beslut, uppföljningar och rapporter inom beredningens ansvarsområde. Informationen ska beröra nationell nivå, sjukvårdsregional nivå och Region Örebro län.

UTKAST

## VP 2022 – på väg mot målbild 2030?

---

Här nedan finns först ett sammandrag av målen i VP 2021 samt de olika utsagorna i målbilden i koncentrat.

Efter det finns en utökad läsning med först mål och indikatorer för VP 2021 samt även målbilden med förklarande text vad utsagorna står för.

Fundera över hur väl våra mål stämmer mot målbilden – är vi på väg åt rätt håll – är det något som bör justeras?

### **Frågor att fundera över**

1. Svarar målen i VP 2021
2. Är det något i målen som saknas – som bör läggas till i målbild 2030
3. Är något av målen fel – för oss bort från målbilden

### **VP 2021 – Mål**

Effektmål: Nr 1. Länets invånare har en god, jämlik och jämställd hälsa.

Effektmål: Nr 2. Länets invånare får högkvalitativ och tillgänglig hälso- och sjukvård.

Effektmål: Nr 3. Klinisk forskning och utbildning som bedrivs är av hög kvalitet och kommer länets invånare till godo via nya metoder inom vård och behandling.

Effektmål: Nr 4. Forskning och innovation tar tillvara invånare, närstående och patienters kunskap, erfarenheter och vilja att delta i klinisk forskning och ser dem som medskapare.

Effektmål: Nr 8. Länets invånare har tillgång till bra digitala tjänster utifrån deras behov.

Mål: Hälsa- och sjukvården är en kunskapsorganisation som ständigt utvecklas.

Effektmål: Nr 10. Region Örebro län är en attraktiv arbetsgivare med hälsofrämjande, jämställda och jämlika arbetsplatser och bidrar till en hållbar kompetensförsörjning.

Effektmål: Nr 11. Region Örebro län har en långsiktig stark och hållbar ekonomi samt uppnår en verksamhetsmässig och finansiell god hushållning.

### **Målbild 2030**

#### *Invånar- och patientperspektiv*

Jag har fokus på hälsan

Jag är en aktiv del av vårdteamet

Jag får vård som håller hög kvalitet

#### *Medarbetar perspektiv*

Jag har de förutsättningar jag behöver för att ta mitt ansvar i mötet med patienten och för att trivas på min arbetsplats

#### *Organisationsperspektiv*

Vi är en kunskapsorganisation som ständigt utvecklas



Tjänsteställe och handläggare  
Hälsa- och sjukvården Gustav Ekbäck

Datum  
2021-02-03

Beteckning

## VP 2021 – Mål och indikatorer

*Effektmål: Nr 1. Länets invånare har en god, jämlik och jämställd hälsa.*

### *Indikatorer*

Förbättrade patientrapporterade resultat i jämförelse med tidigare mätningar.

Tillsammans med patienten/individerna ska levnadsvanor uppmärksammas och insatser på rätt nivå ska erbjudas i ökad omfattning i jämförelse med föregående år.

*Effektmål: Nr 2. Länets invånare får högkvalitativ och tillgänglig hälso- och sjukvård.*

### *Indikatorer*

Uppfyllelse av vårdgarantin inkluderande den förstärkta vårdgarantin.

Indikatorerna för inriktningsmålen under e-hälsa, se effektmål 8.

Återbesök inom planerad tid.

Fortsatt utveckling av den högspecialiserade vården.

Fortsatt omställning till mer av nära vård.

Goda medicinska resultat som uppnår eller överträffar fastställda målnivåer.

Proaktivt patientsäkerhetsarbete samt uppföljning av tillbud och negativa händelser

Ökande andel samordnade insatser mellan Region Örebro län, kommunerna och civilsamhället med patient och närstående som medskapare i jämförelse med föregående år.

*Effektmål: Nr 3. Klinisk forskning och utbildning som bedrivs är av hög kvalitet och kommer länets invånare till godo via nya metoder inom vård och behandling.*

### *Indikatorer*

Den kliniska forskningen ska vara fördubblad med bibehållen kvalitet till år 2030. Det mäts via Vetenskapsrådet bibliometri med utgångsvärde i ALF \*) 2015, 50 procent ökning till 2022. \*) ALF är förkortningen för ett avtal mellan den svenska staten och vissa regioner om utbildning av läkare, klinisk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården.

År 2022 ska 90 procent av medarbetare som aktivt deltar i undervisningsuppdrag uppfylla universitetets/utbildningsanordnarens riktlinjer för pedagogisk kompetens.

Kliniska studier som använder precisionsmedicin eller precisionsdiagnostik (individanpassad diagnostik och behandling) ska ha påbörjats senast 2022.

*Effektmål: Nr 4. Forskning och innovation tar tillvara invånare, närstående och patienters kunskap, erfarenheter och vilja att delta i klinisk forskning och ser dem som medskapare.*

### *Indikatorer*

Andel prövningar av läkemedel och medicinsk teknisk utrustning, inklusive testbäddsverksamhet för innovationer, ska motsvara vad övriga universitetssjukvårdsaktörer utför år 2022.

Andel publikationer planerade i samverkan med patientföreträdare ska öka till 10 procent år 2022.

*Effektmål: Nr 8. Länets invånare har tillgång till bra digitala tjänster utifrån deras behov.*

### *Indikatorer*

Ett ökat utbud av e-tjänster till invånarna för att möta kravet om ”Digitalt först”, ges t.ex. via utveckling av alternativa digitala kontakter för ökad delaktighet och tillgänglighet för invånarna

Minst 80 procent av länets invånare är användare av 1177 Vårdguidens e-tjänster.



Tjänsteställe och handläggare  
Hälso- och sjukvården Gustav Ekbäck

Datum  
2021-02-03

Beteckning

*Mål: Hälso- och sjukvården är en kunskapsorganisation som ständigt utvecklas.*

**Indikatorer**

Ökad andel av verksamheterna som uppfyller kriterierna för universitetssjukvårdsenheter  
Kunskapsstyrningsprocessen tillämpas t.ex. via antal nya etablerade personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp

Verksamheten har tillgång till relevanta (realtids)data för analys och uppföljning

Mäts via såld vård totalt och såld vård utanför regionen

Antalet utbildningsdagar för legitimerad personal. Mäts via tid för utbildning

*Effektmål: Nr 10. Region Örebro län är en attraktiv arbetsgivare med hälsofrämjande, jämställda och jämlika arbetsplatser och bidrar till en hållbar kompetensförsörjning.*

**Indikatorer**

HME – Hållbart medarbetarengagemang ska öka i jämförelse med tidigare medarbetarenkät.

AVI – Attraktiv arbetsgivarindex ska öka i jämförelse med föregående år.

Jämix – Jämställdhetsindex ska öka i jämförelse med föregående år.

Frisktalet ska förbättras i jämförelse med föregående år.

Personalomsättningen externt ska redovisas. Den ska minska i jämförelse med föregående år.

Region Örebro läns nya värdegrund ska påbörja att implementeras under året.

*Effektmål: Nr 11. Region Örebro län har en långsiktig stark och hållbar ekonomi samt uppnår en verksamhetsmässig och finansiell god hushållning.*

**Indikatorer**

Styrelsen och nämnderna redovisar ett resultat i balans.

## Målbild 2030

### *Invånar- och patientperspektiv*

#### **Jag har fokus på hälsan**

- Hälsan är viktig för mig. Hälsofrämjande aktiviteter är en naturlig del av min vardag.
- Om jag har kompetens och kapacitet tar jag ansvar och söker kunskap, så att jag i samarbete med vården kan ta ett stort ansvar för min egen fysiska och psykiska hälsa.
- När jag inte kan ta det ansvaret själv, får jag det stöd och den trygghet jag behöver i mina kontakter med vården.

#### **Jag är en aktiv del av vårdteamet**

- Utifrån mina förutsättningar är jag delaktig och aktiv i mötet med hälso- och sjukvården. Min och mina närståendes kunskap om min hälsa och sjukdom tas tillvara. Jag använder digitala lösningar där det är lämpligt – då kan personal användas där den behövs bäst.
- Jag delar med mig av information om mitt hälsotillstånd för att underlätta för egen del, men också för att stödja utvecklingen av hälso- och sjukvården. På ett enkelt sätt får jag tillgång till all relevant information om min sjukvård. Detta sker smidigt utan att ge avkall på sekretess och integritet. Jag får vård som håller hög kvalitet.

#### **Jag får vård som håller hög kvalitet**

- Jag får vård på rätt plats, nära i tiden med god kontinuitet. Den vård jag behöver ofta finns tillgänglig nära mig. För vård jag behöver mer sällan är jag beredd att resa, både inom och utanför länet. Mycket av den mest avancerade vården finns inom länet, men även på andra platser i landet eller utomlands. Jag har goda möjligheter att välja den vårdgivare som passar mig och mina behov.
- Jag får vård som har sin utgångspunkt i mina behov och förutsättningar och som håller hög medicinsk kvalitet. Vården fungerar sammanhållet och som en helhet över organisatoriska gränser.

Tjänsteställe och handläggare  
Hälso- och sjukvården Gustav Ekbäck

Datum  
2021-02-03

Beteckning

### *Medarbetarperspektiv*

#### **Jag har de förutsättningar jag behöver för att ta mitt ansvar i mötet med patienten och för att trivas på min arbetsplats**

- Min kompetens utvecklas och tas till vara och jag har de befogenheter och administrativa verktyg jag behöver för att kunna ta mitt ansvar i mötet med invånare, patienter och närstående. För att underlätta och effektivisera mitt arbete ligger min arbetsplats i framkant när det gäller modern digital teknik, administration och e-hälsa.
- Jag är öppen för förändringar och använder ny kunskap och nya metoder för att utveckla verksamheten, mig själv och mina kollegor.
- Jag arbetar på en attraktiv arbetsplats i en organisation präglad av tillit. Här känner jag mig uppskattad och stolt över det vi gemensamt åstadkommer samt har goda utvecklings- och karriärmöjligheter. Jag får en lön som motsvarar min utbildning och erfarenhet och som är konkurrenskraftig på löne marknaden.

### *Organisationsperspektiv*

#### **Vi är en kunskapsorganisation som ständigt utvecklas**

- Hälso- och sjukvården är effektiv och har hög kvalitet. Vi ligger i framkant när det gäller att använda digitaliseringen och e-hälsans möjligheter. Fokus ligger på att effektivisera och förbättra patientmötet, så att mer tid kan användas till att möta patienter. Vården levereras snabbt och inom gällande garantier. Vi ger vård av hög kvalitet med kontinuitet till kroniker och de mest sjuka äldre, samt har en noll-vision för vårdskador som kan undvikas.
- Vi är flexibla, tar till oss nya rön och ny teknik och förändras i takt med omvärlden. Hälso- och sjukvården utvecklas gemensamt av patienterna, Region Örebro län, kommunerna och Örebro universitet, men också med t ex andra regioner, näringsliv och organisationer i civilsamhället. Region Örebro län är en attraktiv arbetsgivare där hälso- och sjukvårdens ledare får stöd och mandat att utveckla och förbättra sina verksamheter.
- Nära vård är navet. Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser är en viktig del. Specialiserad vård finns inom regionen med kapacitet också för patienter som bor utanför Örebro län. Universitetssjukvård är etablerad i stora delar av hälso- och sjukvården. Privata vårdgivare ses som ett naturligt komplement till regionens hälso- och sjukvård.
- Vi har högspecialiserad vård inom många verksamheter och är en attraktiv samverkanspartner till patienter och vårdgivare i hela landet. Tillsammans skapar vi ett bättre liv.

# Verksamhetsberättelse

Hälsa- och sjukvårdsnämnden

Helår 2020

## Innehållsförteckning

<b>1</b>	<b>Inledning</b> .....	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Väsentliga händelser</b> .....	<b>3</b>
<b>3</b>	<b>Nämndens mål, strategier och uppdrag</b> .....	<b>5</b>
3.1	Sammanfattning resultat av mål och uppdrag .....	5
3.2	Perspektiv: Invånare och samhälle .....	5
3.3	Perspektiv: Process .....	16
3.4	Perspektiv: Resurs .....	24
<b>4</b>	<b>Ekonomi</b> .....	<b>27</b>
4.1	Resultatrapport hälso- och sjukvårdsnämnden .....	27
4.2	Årets resultat .....	29
4.3	Vidtagna åtgärder för att nå ekonomi i balans .....	31
4.4	Investeringar .....	31
4.5	Produktions- och nyckeltal .....	32
<b>5</b>	<b>Personalekonomi</b> .....	<b>36</b>
5.1	Personalkostnader .....	36
5.2	Kostnadsanalys .....	36
5.3	Antal tillsvidareanställda årsarbetare .....	37
5.4	Extratid .....	39
5.5	Sjukfrånvaro .....	39
<b>6</b>	<b>Framtida utmaningar</b> .....	<b>40</b>
<b>7</b>	<b>Intern styrning och kontroll</b> .....	<b>41</b>
7.1	Internkontrollplan .....	42

## 1 Inledning

Uppföljningen i Hälso- och sjukvårdsnämndens verksamhetsberättelse utgår från verksamhetsplanen för 2020, vilken i sin tur utgår från förutsättningar, mål, inriktningar och ambitioner som uttrycks i Region Örebro läns verksamhetsplan med budget samt nämndens egna specifika uppdrag.

## 2 Väsentliga händelser

### Punktlista

1. Universitetssjukhuset i Örebro vinner pris *Bästa sjukhus* för andra året i rad
2. Coronaviruset och sjukdomen covid-19
3. Jourförändringarna i Lindesberg
4. Allvarligt läge för nämndens ekonomi
5. Stora förändringar – inflyttning i H-huset och omorganisation inom förvaltningen

2020 är ett särskilt år som inte går att jämföra med tidigare år inom hälso- och sjukvården. Året inleddes med en mycket glädjande upprepning. För andra året i rad utnämnde tidningen Dagens medicin Universitetssjukhuset i Örebro (USÖ) till Bästa sjukhuset i klassen universitetssjukhus. Även Lindesbergs lasarett placerade sig bra; på en sjätteplats i kategorin Mindre sjukhus. Dagens Medicin använder drygt 100 indikatorer för att få fram hur sjukhusen presterat inom sju övergripande områdena. USÖ har starkast resultat av alla sju universitetssjukhus i den tyngsta kategorin medicinsk kvalitet och i kategorierna tillgänglighet och ekonomi, samt att undvika trycksår och överbeläggningar. USÖ toppar också resultatet i områdena hjärta, njursvikt och kärllkirurgi.

I januari kom de första nyheterna från Kina om ett nytt coronavirus och i mars konstaterades det första positiva provsvaret hos en av länets invånare. Pandemin har påverkat alla verksamheter inom förvaltningen. Det blev snabbt tydligt hur sjukdomspanoramat och därmed även sjukvårdens förutsättningar kan förändras. Utan tid för förberedelser krävdes snabb förändring av verksamheter, medarbetare, lokaler, flöden och logistik. Den snabba omställningen var avgörande för att kunna ta hand om svårt sjuka patienter med en helt ny sjukdom där mycket kunskap fortfarande saknas. Från den senare delen av mars hade sjukvården fokus på tre uppgifter; vården av covidsjuka patienter, akut sjuka patienter samt annan nödvändig vård som inte kan vänta. All annan vård blev underordnad dessa mål. Arbetet leddes av en särskild sjukvårdsledning samt ett antal arbetsgrupper. Den 5 maj noterades det högsta antalet inneliggande patienter med covid-19. Då var 78 patienter inlagda, 55 på vårdavdelning och 23 på iva. Covidpatienter har vårdats på alla tre sjukhusen.

För hälso- och sjukvårdens medarbetare har coronapandemin inneburit stora förändringar, nya arbetsuppgifter, mycket övertid och stor press. En snabb och intensiv utbildningsinsats genomfördes för att kunna ta hand om mångfald fler patienter än vanligt på iva och samtidigt öppna nya covidavdelningar. Även Capiro Läkargruppen ställde in den ordinarie verksamheten som de gör åt regionen och deras personal ingick därefter i bemanningspoolen. Många medarbetare fick bara tre veckor sammanhängande semester under sommaren. Många har gjort strålande insatser men det har också varit en slitsam period.

Samtidigt som antalet inlagda patienter med covid-19 ökade, byggdes provtagningsmottagningar upp på sammanlagt 17 platser i länet. Region Örebro län var tidiga med provtagning för alla invånare. Redan den 1 juli utökades provtagningen så att allmänhet med symtom för pågående infektion kunde boka tid för provtagning. I slutet av mars analyserades cirka 400 prover i veckan. Strax före jul togs cirka 8000 prover per vecka. Smittskydd och vårdhygien har haft ett intensivt år och många medarbetare har återkommande stått till medias förfogande för att förklara pandemins effekter.

Under hösten startade arbetet med att arbeta ifatt den uppskjutna vården men i slutet av oktober tog smittspridningen ny fart och antalet inläggande patienter ökade återigen. Den andra vågen har löpt på parallellt med att förberedelser för massvaccination pågått. Mitt under julhelgen kunde de första 242 invånarna vaccineras.

En tydlig konsekvens av pandemin är att användningen av digitala verktyg ökat. Internt har det lett till en stark övergång till digitala möten och de medarbetare som kan arbeta i högre grad från sin bostad. Externt har det lett till att fler och nya patienter använder de digitala tjänsterna exempelvis e-tjänsterna på 1177.se och primärvårdens digitala mottagning.

En av årets mest uppmärksammade förändringar är jourförändringarna i Lindesberg. Det politiska beslutet från 2019 genomfördes i september 2020. Oron har varit stor, såväl internt som externt, för vad de ändrade jourlinjerna i Lindesberg ska leda till. Uppföljningar har skett månadsvis under hösten där antalet besök kvällstid och nattetid studeras. Tillgänglighet på ambulans följs upp veckovis, för att snabbt kunna justera och säkra patientsäkerheten. En mer noggrann utvärdering ska göras under våren 2021 och då ska det medicinska förloppet över längre tid följas upp. I slutet av året återupptogs förberedelserna inför upphandling av förlossningsverksamheten i Karlskoga, som under våren pausats till följd av pandemin.

De ekonomiska utmaningarna kvarstår för hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Året inleddes med en stark ambition att genomföra både kostnadsreduceringar och inkomstförstärkningar i form av såld vård, avgifter, hyra m.m. Hälso- och sjukvårdsförvaltningens helårsresultat visar på ett fortsatt allvarligt underskott på 336 mnkr, vilket är en förbättring jämfört med året innan (476 mnkr), mycket kopplad till kompensation i form av statsbidrag för ekonomisk påverkan av Covid-19.

Mitt i sommaren 2020 lämnades det nybyggda H-huset över från byggtreprenören till Region Örebro län och inflyttningen startade. Under sommaren flyttade först akuten och sedan IVA och NIMA in i H-huset. Under hösten har övriga verksamheter flyttat in i sina nya lokaler, för att slutligen börja ta emot patienter under det första kvartalet 2021. Inflyttning och utbildning i de nya lokalerna har genomförts samtidigt som covidvården tagit mycket resurser.




Samtidigt fortsatte förberedelserna inför omorganisation inom Hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Omorganisationen sker i enlighet med Målbild 2030 där utgångspunkten är den prognostiserade utvecklingen där länet får fler äldre invånare, brist på arbetskraft och en snabbare medicinsk och teknisk utveckling. Med färre områden och ett tydligt mål om bättre samverkan över verksamhetsgränser skapas bättre förutsättningar för en mer jämlik vård med god tillgänglighet, hög kvalitet och patientsäkerhet. De nya områdena som införs den 1 januari 2021 är nära vård, specialiserad vård, psykiatri samt forskning och utbildning.






### 3 Nämndens mål, strategier och uppdrag

#### Symbolförklaringar





Färgindikatorer, resultat måluppfyllelse helår och resultat genomförande av uppdrag helår.

-  = uppnått eller överträffat målnivån
-  = mindre, acceptabel avvikelse från målnivån
-  = större negativ avvikelse från målnivån

Förändringspilar, utveckling under året, resultat helår jämfört med föregående år alternativt årets början

-  = resultatet har förbättrats
-  = resultatet är oförändrat
-  = resultatet har försämrats

Indikatorer, status för perioden vid helår

-  = helt
-  = delvis
-  = inte alls
-  = värde saknas för perioden

#### 3.1 Sammanfattning resultat av mål och uppdrag

Resultat måluppfyllelse	Uppnått eller överträffat målnivån	Mindre, acceptabel avvikelse från målnivån	Större negativ avvikelse från målnivån
	grön	gul	röd
Effekt mål från regionfullmäktige	1	2	2
Nämndens mål	1	1	
Nämndens uppdrag	5	11	2

#### 3.2 Perspektiv: Invånare och samhälle

**Effekt mål: Nr 1. Länets invånare har en god, jämlik och jämställd hälsa.**



##### Kommentar

Effekt mål 1 mäter framför allt hur invånarna uppfattar vården samt hur vårdens ansatser gällande prevention och uppföljning har fungerat. Pandemin har gjort sitt tydliga avtryck med en minskning i fysiska möten men också en förbättring i de digitala möjligheterna. Sammanvägt ses effektmålet kvarstå på 2019 års nivå.

Indikatorer	Utfall	Målvärde
<p><b>Resultat i patientenkäter, till exempel Nationell patientenkät och PREM-enkät *), ska vara bättre än vid tidigare mätning. *) PREM-enkät (Patient Reported Experience Measures) är mått som utvärderar patientens upplevelse av den givna vården.</b></p> <p><i>Kommentar</i></p> <p>I mars beslutades det att under den rådande situationen med pandemin covid 19 på rekommendationer från SKR att PREM-enkäten gällande de olika standardiserade vårdförloppen skulle skjutas upp. Utskick av enkäter startade igen i september och enkäter har skickats ut till patienter som utretts i SVF bakåt i tiden från mars månad. Det innebär att underlaget för att kunna jämföra 2019 mot 2020 är för litet då det ännu så länge finns bara resultat att tillgå för kvartal ett och två år 2020 medan det finns resultat för hela året 2019</p> <p>Vid jämförelse av samlade resultatet för PREM-enkäten mellan året 2019 och första halvåret 2020 och för patienter med en cancerdiagnos har resultatet förbättrats för alla dimensionerna utom helhetsintryck och respekt och bemötande där resultatet är detsamma. Det samlade resultatet för de patienter som fått en cancerdiagnos grundar sig framför allt på urinblåscancer, prostatacancer, hudmelanom, bröstcancer och tjock och ändtarmscancer som är de stora patientgrupper. Svarefrekvens låg på 60,2 procent för hela 2019 och 58,4 procent för första halvåret 2020.</p> <p>Enkätsvaren visar att cancervården behöver bli bättre på att erbjuda patienten att ta med någon närstående när de skulle få besked om utredningens resultat. Även att vården måste vara tydligare med att patienten utreds av en cancermisstanke.</p> <p>Under början av året kom resultatet från Primärvårdsmätningen som genomfördes hösten 2019. Resultatet visade bland annat att sedan den förra mätningen 2017 har helhetsintrycket förbättrats och framför allt upplever patienterna att de får ett bättre bemötande på sin vårdcentral. De äldre är mer nöjda än de yngre men också bland de yngre har upplevelsen förbättrats. Patienterna upplever också att det emotionella stödet är bättre. Det betyder att behandlaren är lyhörd för patientens oro, ångest eller smärta och är tillgänglig och stöttande i detta. Men det finns också förbättringsområden, ffa kring kontinuitet och koordinering.</p> <p>Mätningen gällande specialiserad somatisk öppen- och slutenvård samt psykiatri blev pga pandemin uppskjuten till 2021. Under hösten har mätning för Rehabilitering och hjälpmedel, Tolcentralen samt akutmottagningar genomförts. Resultat från dessa mätningar kommer i början av 2021.</p>		
<p><b>Patienter blir erbjudna insatser utifrån levnadsvanor vid kontakt med hälso- och sjukvården. Det följs upp via klassificering av vårdåtgärder (KVÅ), Primärvårds Kvalitet eller kvalitetsregister.</b></p> <p><i>Kommentar</i></p> <p><b>KVÅ Primärvård:</b> Totalt har antalet KVÅ-kodade insatser av levnadsvanor under år 2020 minskat med 21 % jämfört med år 2019. Detta beror sannolikt på färre antal besök i primärvården under året på grund av pandemin. Insatser för samtliga fyra levnadsvanor (alkohol, fysisk aktivitet, matvanor och tobak) har minskat med mellan 10-60 % jämfört med föregående år med undantag för kvalificerat rådgivande samtal om matvanor som ökat med 9 %. Förskrivning av FaR har minskat med 29 %.</p> <p><b>KVÅ Specialistvård:</b> Framför allt har en minskning skett jämfört med föregående år för kvalificerat rådgivning vid tobaksbruk (-35%) och kvalificerat rådgivande samtal om alkohol (-27 %). En rejäl ökning ses för kvalificerat rådgivande samtal vid fysisk aktivitet (156 %) samt matvanor (63 %) vilket delvis kan förklaras med att en stor enhet på USÖ börjat registrera sina insatser med KVÅ-koder. Enkel rådgivning vid riskbruk alkohol har ökat med 15 % jämfört med föregående år.</p>		

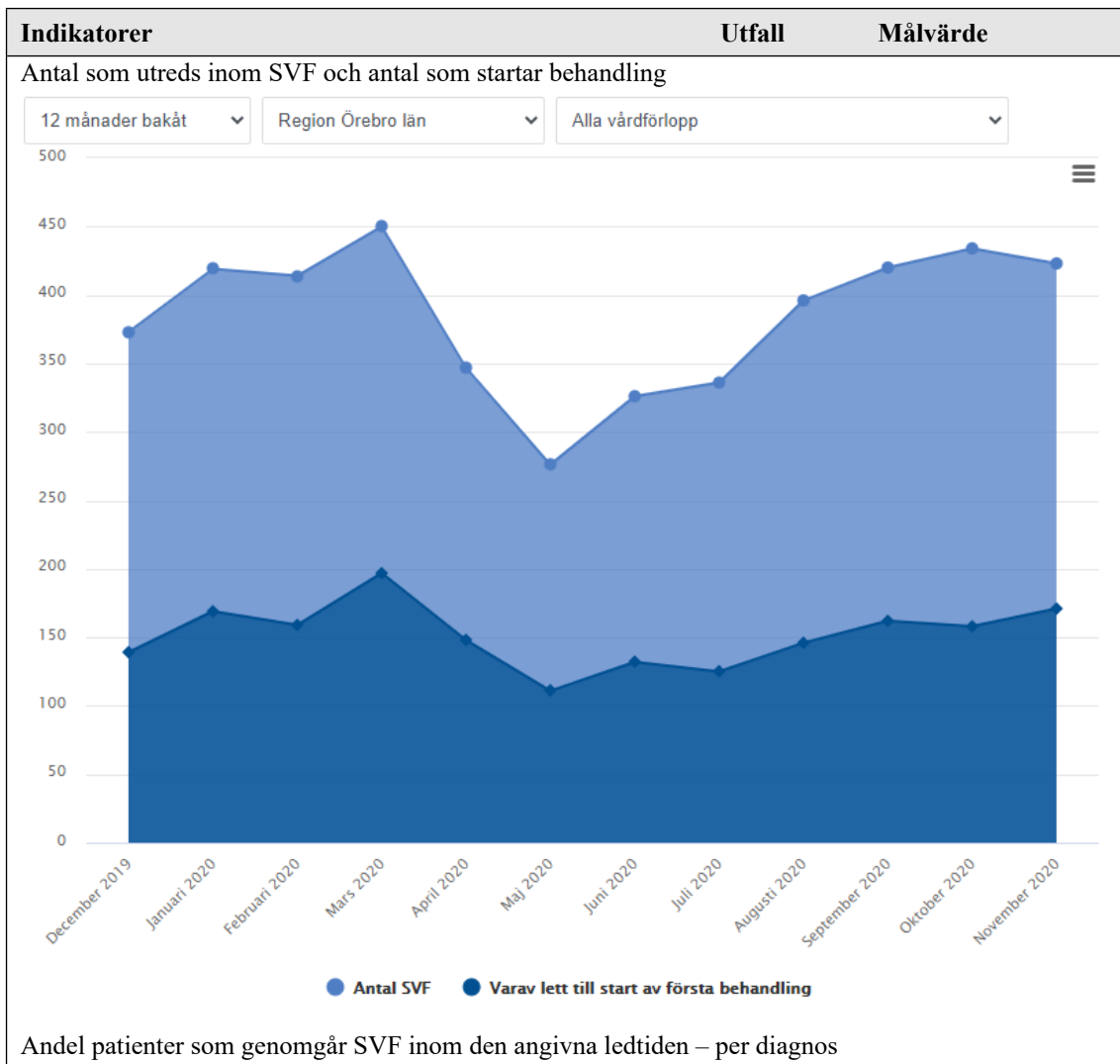
Indikatorer	Utfall	Målvärde																												
<p><b>Patienter som vårdats i Region Örebro län har tillfrågats om levnadsvanor. Uppföljning sker via Nationell patientenkät.</b></p> <p><i>Kommentar</i></p> <p>Inga nationella patientenkäter med frågor om levnadsvanor har redovisats under 2020. Nationell Patientenkät för primärvård genomfördes hösten 2019. Patienterna svarade på om läkare eller någon annan av personalen diskuterade levnadsvanor såsom alkohol, tobak, matvanor och motionsvanor under besöket. 24 % uppgav att de blivit tillfrågade om sina alkoholvanor, 30 % om sina matvanor, 27 % om tobaksvanor samt 41 % blev tillfrågade om sina motionsvanor. Resultatet visar att män i högre grad tillfrågades än kvinnor. Andelen patienter som blivit tillfrågade om sina levnadsvanor har ökat jämfört med 2017 års enkät.</p> <p>Inför planerade besök finns sedan 2019 möjlighet att skicka ett screeningformulär, digitalt eller via brev, till patient som tar upp frågor om levnadsvanor. Under 2020 fylldes 1,844 formulär i, jämfört med 3,000 formulär under år 2019. Denna minskning av antal ifyllda formulär är troligen en följd av minskat antal planerade besök på grund av pandemin.</p>																														
<p><b>Möjligheten att använda webbtidbokning ska öka. Minst 30 procent av primärvårdens nybesökstider ska vara möjliga att boka via webbtidboken.</b></p> <p><i>Kommentar</i></p> <p>Covid-19 pandemin har påskyndat digitaliseringsarbetet i primärvården och behov av att kunna boka tider för besök digitalt. Fokus har främst varit att öka antalet digitala besök både till vårdcentralernas digitala mottagning men även för återbesök till yrkeskategori på enskild vårdcentral. Införande av digitala nybesök efter kontakt via flexi pågår.</p> <p>En successiv ökning av besök som är möjliga att boka via webbtidboken har skett under året. Besök som i första hand bokas är för provtagning till vårdcentral, till sjukgymnast, för säsongsinfluensavaccin samt för provtagning på Covidmottagning. Att mäta andelen besök i en exakt procentsats är dock inte möjligt men uppföljning visar ändå att man tagit steg framåt under året.</p>																														
<p><b>Andelen samordnade individuella planer (SIP), av antal personer över 65 år listade till vårdcentral, ska öka 2020 jämfört med 2019.</b></p> <p><i>Kommentar</i></p> <p>Tabellen visar antal upprättade och godkända SIP. Källa: Lifecare SP</p> <table border="1" data-bbox="240 1422 762 1648"> <thead> <tr> <th colspan="4">Antal genomförda SIP per åldersgrupp</th> </tr> <tr> <th>Åldersgrupp</th> <th>2018</th> <th>2019</th> <th>2020</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0-18</td> <td>71</td> <td>98</td> <td>51</td> </tr> <tr> <td>19-64</td> <td>225</td> <td>280</td> <td>135</td> </tr> <tr> <td>65-79</td> <td>271</td> <td>294</td> <td>144</td> </tr> <tr> <td>80-w</td> <td>489</td> <td>524</td> <td>242</td> </tr> <tr> <td><b>Totalt</b></td> <td><b>1 056</b></td> <td><b>1 196</b></td> <td><b>572</b></td> </tr> </tbody> </table> <p>Antal genomförda SIP har minskat för alla åldersgrupper jämfört med 2019 och i synnerhet för personer över 65 år. Under 2020 upprättades 6,1 SIP per 1 000 listade invånare över 65 mot 13,6 st, 2019.</p> <p>Pandemin har påverkat möjlighet till fysiska möten och även om digitala möten använts i vissa fall så har verksamheterna fått hitta alternativa sätt att planera. Men även under årets första månader, innan pandemin startade, märktes en nedgång framförallt bland äldre. En förklaring kan vara att krav på primärvården att kalla till SIP efter sjukhusvistelse kopplat till betalningsansvaret togs bort under hösten 2019.</p>	Antal genomförda SIP per åldersgrupp				Åldersgrupp	2018	2019	2020	0-18	71	98	51	19-64	225	280	135	65-79	271	294	144	80-w	489	524	242	<b>Totalt</b>	<b>1 056</b>	<b>1 196</b>	<b>572</b>		
Antal genomförda SIP per åldersgrupp																														
Åldersgrupp	2018	2019	2020																											
0-18	71	98	51																											
19-64	225	280	135																											
65-79	271	294	144																											
80-w	489	524	242																											
<b>Totalt</b>	<b>1 056</b>	<b>1 196</b>	<b>572</b>																											

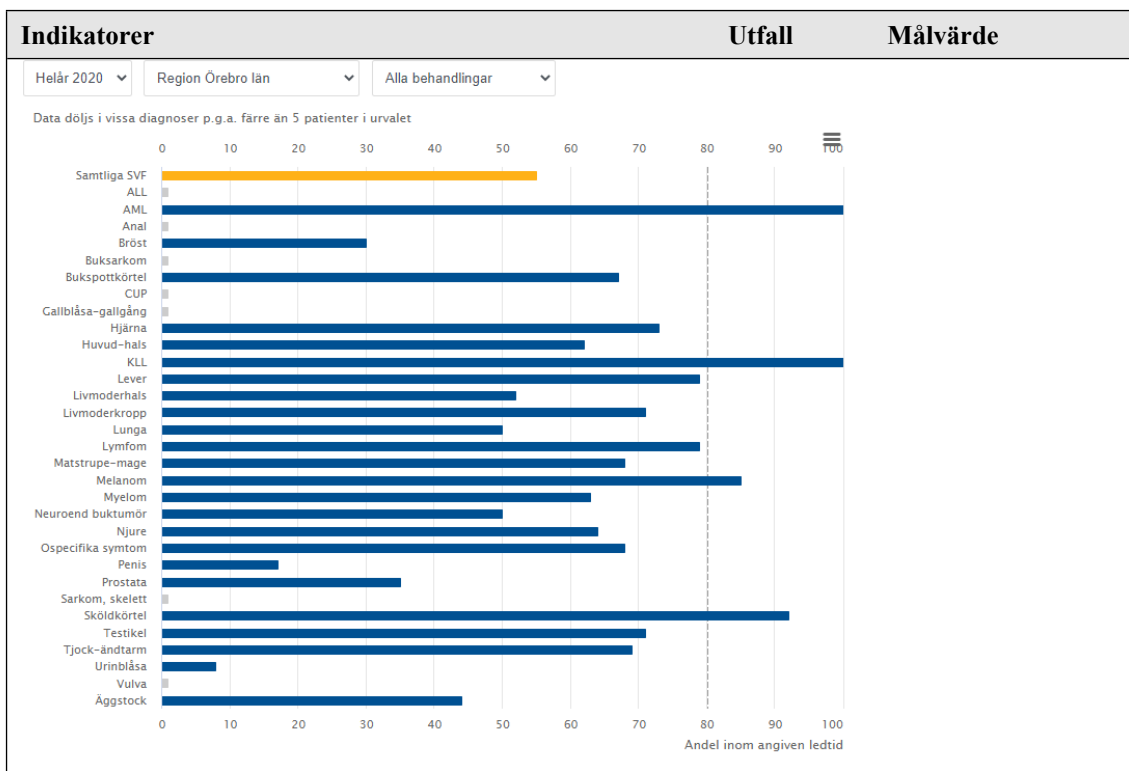
**Effektmål: Nr 2. Länets invånare får högkvalitativ och tillgänglig hälso- och sjukvård.**

**Kommentar**

Pandemin covid 19 har haft en avgörande betydelse för tillgängligheten till sjukvård. Under våren ställdes sjukvården om till att säkerställa den akuta vården, vården av covidpatienter samt vård som ej kan anstå. Under hösten har en viss återställning kunnat ske trots pågående våg 2 av pandemin. Tillgängligheten till framför allt operation har markant försämrats, dock har canceroperationer prioriterats och antalet SVF sjönk perioden jan-juni enbart 3 % för Region Örebro län jämfört med 7 % för riket. Återbesök till läkare har kunnat upprätthållas utan större minskning, även den förstärkta vårdgarantin inom primärvården. Tillgängligheten till nybesök läkare har dock försämrats tydligt och är för december 15% under 2019 års värde. Slutligen bör nämnas att de digitala besöken har haft ett genombrott under detta pandemiår.

Indikatorer	Utfall	Målvärde
<b>Indikatorerna för inriktningens målen under e-hälsa.</b>		
<b>Kommentar</b> Se effektmål nr 8.		
<b>Resultat i standardiserade vårdförlopp, måluppfyllelsen ska förbättras under 2020 jämfört med väntetiderna för 2019.</b>		
<b>Kommentar</b> I mars 2020 tog särskild sjukvårdsledning beslut om att de standardiserade vårdförloppen skulle följas utifrån fastställda vårdprogram och riktlinjer så långt det var möjligt under pandemin. Under vissa omständigheter kunde omprioriteringar behöva göras utifrån smittskyddsskäl, patientsäkerhet och resurser. Cancervården har varit högt prioriterad även under pandemin. För några SVF har avsteg gjorts utifrån tillfälliga riktlinjer som beslutats i nationella vårdprogramgrupper. Som exempel kan nämnas att för SVF prostatacancer utreddes inte under våren patienter i riskgrupper med PSA som understeg 10 och som inte hade symtom eller andra undersökningsfynd som kunde inge misstanke om prostatacancer. Cancerbehandlingar med intravenösa behandlingar ersatts av perorala alternativ där det varit möjligt och försvarbart utifrån patientens tillstånd. Besök har ersatts med digitala besök och telefonkontakt.  Antalet patienter som utretts i SVF minskade i början på pandemin bland annat beroende på att screeningprogram initialt pausades och de avsteg som gjorts från riktlinjer. En annan orsak är att patienter i åldersgruppen över 70 år varit mycket restriktiva med att besöka vården även vid symtom på sjukdom. Den största minskningen ses under april-juli men från augusti har antalet patienter som utretts i SVF ökat igen.  Under våren förbättrades ledtider i flera SVF beroende på att cancervården varit prioriterad när neddragningar har gjorts och att något färre patienter har utretts. Ledtider har fortsatt förbättrats under hösten med undantag av SVF prostatacancer. Detta beror på den ryggsäck av antalet patienter som uppkom under våren genom att utredningar av patienter flyttades fram till följd av det avsteg som gjordes från riktlinjerna.  De nationella målen för 2020 är att 80 procent ska utredas inom de maximala ledtiderna och 70 procent av nydiagnostiserade med cancer ska ha utretts inom SVF. Innan pandemin ligger regionen väl till för totalen för det 70 procentiga målet, även om måluppfyllelsen varierar mellan förloppen ( variation mellan 23 procent till 100 procent) När det gäller 80 procentsmålet är variationen även här stor mellan förloppen hur i väl man når målen. I jämförelse med Riket till och med november 2020 ligger regionen på måluppfyllelse på 55 procent mot Riket 50 procent för alla SVF.		




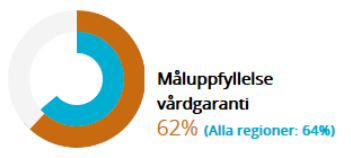
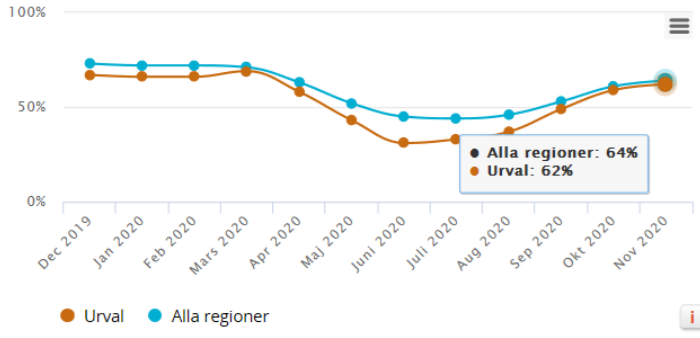


**Mäts via uppfyllelse av vårdgarantin inklusive den förstärkta vårdgarantin.**

**Kommentar**

Tillgängligheten till operation och nybesök läkare var under året fram t.o.m. mars jämförbar med 2019 och även nära rikssnittet (något bättre än rikssnitt för nybesök till läkare och något sämre för operation). I och med att pandemin slog till med full kraft så försämrades tillgängligheten markant i likhet med tillgängligheten i riket. Region Örebro län var under våren en av de mer hårt drabbade regionerna vilket även avspeglade sig på tillgängligheten till operation som sjönk mer än riket i stort. Under hösten så har dock en återhämtning skett både jämfört med riket där hälso- och sjukvården gällande operation ligger runt rikets medelvärde och även förbättrats jämfört med hälso- och sjukvårdens resultat för 2019. I juni var skillnaden jämfört med 2019 för tillgänglighet till operation 28 procentenheter och i december hade värdet förbättrats till minus 13 procentenheter (53% inom tid dec 2020 jämfört med 66 % 2019).

Den förstärkta vårdgarantin inom primärvården har påverkats betydligt mindre av pandemin och tillgängligheten var fram t.o.m. juli motsvarande 2019. Under hösten så har dock en viss avmattnings skett men återhämtat sig i december (83% inom tid dec 2020 jämfört med 86 % 2019).

Indikatorer	Utfall	Målvärde																																							
<b>Urval: Örebro</b>																																									
																																									
<b>Måluppfyllelse operation/åtgärd</b>																																									
<p><b>November 2020</b></p>  <p>Måluppfyllelse vårdgaranti 62% (Alla regioner: 64%)</p>  <table border="1"> <caption>Line chart data (approximate values)</caption> <thead> <tr> <th>Månad</th> <th>Urval (%)</th> <th>Alla regioner (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Dec 2019</td><td>65</td><td>75</td></tr> <tr><td>Jan 2020</td><td>65</td><td>75</td></tr> <tr><td>Feb 2020</td><td>65</td><td>75</td></tr> <tr><td>Mars 2020</td><td>65</td><td>75</td></tr> <tr><td>Apr 2020</td><td>60</td><td>70</td></tr> <tr><td>Maj 2020</td><td>45</td><td>55</td></tr> <tr><td>Juni 2020</td><td>35</td><td>45</td></tr> <tr><td>Juli 2020</td><td>35</td><td>45</td></tr> <tr><td>Aug 2020</td><td>40</td><td>50</td></tr> <tr><td>Sep 2020</td><td>50</td><td>60</td></tr> <tr><td>Okt 2020</td><td>60</td><td>70</td></tr> <tr><td>Nov 2020</td><td>62</td><td>72</td></tr> </tbody> </table>			Månad	Urval (%)	Alla regioner (%)	Dec 2019	65	75	Jan 2020	65	75	Feb 2020	65	75	Mars 2020	65	75	Apr 2020	60	70	Maj 2020	45	55	Juni 2020	35	45	Juli 2020	35	45	Aug 2020	40	50	Sep 2020	50	60	Okt 2020	60	70	Nov 2020	62	72
Månad	Urval (%)	Alla regioner (%)																																							
Dec 2019	65	75																																							
Jan 2020	65	75																																							
Feb 2020	65	75																																							
Mars 2020	65	75																																							
Apr 2020	60	70																																							
Maj 2020	45	55																																							
Juni 2020	35	45																																							
Juli 2020	35	45																																							
Aug 2020	40	50																																							
Sep 2020	50	60																																							
Okt 2020	60	70																																							
Nov 2020	62	72																																							
<b>Återbesök inom planerad tid.</b>																																									
<b>Kommentar</b>																																									
<p>Andel patienter som fått återbesök inom utsatt tid har inte påverkats nämnvärt av pandemin och var i december 2 % bättre jämfört med 2019 (82% jämfört med 80%). Siffrorna är dock svårvärderade då man bör väga in att söktrycket även minskat något gällande återbesök (210 000 besök 2020 jämfört med 216 000 år 2019).</p>																																									

**Mål: Vården är patientsäker.**



**Kommentar**

Det systematiska patientsäkerhetsarbetet finns nu som en tydlig grund inom HS-förvaltningen inkluderande avvikelshantering, anmälningsskyldighet och hantering av inkomna klagomål. Patientsäkerhetscontrollern har en central roll för översikt och uppföljningar tillsammans med förvaltningsövergripande chefläkare. Chefläkargruppen har regelbundna möten för avstämning och ensning avseende anmälningssärenden, vårdskada alternativt allvarlig vårdskada för fullgörande av anmälningsskyldighet. Ett proaktivt patientsäkerhetsarbete möjliggörs nu via den etablerade Patientsäkerhetsenheten.

Indikatorer	Utfall	Målvärde
<b>Uppföljning av åtgärder utifrån lex Maria-anmälningar sex månader efter beslut.</b>		

Indikatorer	Utfall	Målvärde
<p><b>Kommentar</b></p> <p>Alla lex Maria-anmälningar följs upp sex månader efter IVO-beslut enligt fastställd rutin. Detta initieras av chefläkare där verksamhetschef redovisar genomförda åtgärder i enlighet med framställan i internutredning och beslut. Detta är också ett led i verksamhetens systematiska förbättringsarbete för att förebygga vårdskada. Under rådande covidpandemi har vissa sexmånadersuppföljningar skjutits upp något.</p>		
<p><b>Uppföljning av avvikelshantering inom satta målvärden för 7, 90 samt 360 dagar.</b></p> <p><b>Kommentar</b></p> <p>En säkerställd förbättring ses i avvikelshanteringen där målvärdet 70% klassificerade inom 7 dagar uppnåddes vilket visar på ett aktivt arbetssätt. Målvärdet att "åtgärd startats" inom 90 dagar för 90 % av avvikelserna uppnåddes under andra halvåret 2020 vilket också innebär att de flesta avvikelser är avslutade inom målvärdet 365 dagar. Ansvaret för avvikelshanteringen ligger hos verksamhetschefen och är direkt kopplat till egenkontroll och systematiskt förbättringsarbete. Regelbunden återföring är avgörande för medarbetarnas vilja att rapportera och utveckla arbetet. Obligatorisk utbildning för alla nytillkomna avvikelshandläggare genomförs med jämna intervall.</p>		
<p><b>Patientsäkerhetsrund genomförs i varje verksamhet minst en gång årligen.</b></p> <p><b>Kommentar</b></p> <p>Patientsäkerhetsrunderna är en viktig och av verksamheterna uppskattad åtgärd som införts och genomförs årligen. En strukturerad dialog initieras av chefläkare där kraven vilar på verksamhetsansvariga att förbereda enligt standardiserade mallar. Verksamhetschefen är i alla delar ansvarig för genomförande i dialog med medarbetarna vilket är avgörande för god och säker vård.</p>		
<p><b>Besvarande och uppföljning av klagomål/synpunkter sker enligt rutin</b></p> <p><b>Kommentar</b></p> <p>Det finns ett väl etablerat arbetssätt för omhändertagande och besvarande av inkomna synpunkter och klagomål från patienter och närstående. Andelen besvarade klagomål inom utsatt tid ligger kvar på en mycket hög nivå. Sammanställning och analys av inkomna klagomål sker månatligen på övergripande nivå liksom områdesvis. Att vidareutveckla analysen är nästa steg och arbete pågår på nationell nivå.</p>		

**Effektmål: Nr 8. Länets invånare har tillgång till bra digitala tjänster utifrån deras behov.**



Indikatorer	Utfall	Målvärde
<p><b>Minst 90 procent av länets invånare känner till 1177 Vårdguiden, e-tjänster och sjukvårdsrådgivning via internet på 1177.se.</b></p> <p><b>Kommentar</b></p> <p>Redan under 2019 kände mer än 90% av länets innevånare till 1177, vårdguiden. Sedan dess har ytterligare ökning skett, regionalt för länet så var det nästan 480 000 besökare på 1177.se (20 miljoner nationellt) under november månad. Nästa steg med inloggat läge för e-tjänsterna ökade till drygt 8 miljoner användare nationellt. För Örebro län var det motsvarande drygt 250 000 användare.</p>		
<p><b>Minst 75 procent av länets invånare är användare av 1177 Vårdguidens e-tjänster.</b></p> <p><b>Kommentar</b></p>		



Indikatorer	Utfall	Målvärde
<p>Antalet inloggningar för olika ärenden via 1177.se e-tjänster, som erbjuds via Region Örebro län har mer än fördubblats från 200000 per månad våren 2020 till cirka 600000 per månad hösten 2020. De inloggade säkra e-tjänsterna på 1177.se har varit en viktig e-tjänst under covid-19 pandemin där invånare själva t ex kan ta del av provsvar, journalinformation och för att kunna förnya recept. Därutöver erbjuds nya lösningar med utbildning och behandlingsprogram via Stöd och behandlingsplattformen, som är en e-tjänst där utbudet ökar.</p> <p>Andelen användare är 83.3% av länets invånare. Andelen unika besök är 2,72 miljoner till 1177.se e-tjänster som erbjuds via Region Örebro län.</p>		
<p><b>Ett ökat utbud av e-tjänster.</b></p> <p><b>Kommentar</b></p> <p><i>Nedanstående tjänster har ökat drastiskt gällande nyttjande under pandemin:</i></p> <p><i>1177 Vårdguiden på telefon.</i> De som inte har tillgång till internet, eller vill ha snabb hjälp kan ringa 1177 Vårdguiden. Där får man råd och stöd av erfarna sjuksköterskor via telefon, som bedömer vårdbehov och hänvisar till rätt vårdnivå, eller ger egenvårdsråd. Sjuksköterskorna använder ett datoriserat rådgivningsstöd, som är medicinskt samstämmigt med innehållet i 1177.se. Rådgivningsstödet bidrar till att kvaliteten på sjukvårdsrådgivningen blir hög och jämn.</p> <p><i>1177 Vårdguiden på webben.</i> För regionernas invånare finns information och tjänster som fungerar för alla målgrupper och alla åldrar. Den flerfaldigt prisbelönade 1177.se innehåller allt från tecknade filmer för barn som ska behandlas i vården, till lättlästa artiklar, filmer och bildspel. Man kan också få informationen uppläst, och viss information finns översatt till flera språk. Den anatomiska atlasen är en unik, interaktiv applikation som skildrar människokroppen i olika lager.</p> <p><i>UMO</i> riktas till unga och informerar om sex, hälsa och relationer. UMO förmedlar också ett värdebaserat budskap om normkritik, jämställdhet och ett inkluderande förhållningssätt. UMO är en stor succé i målgruppen, och också mycket populär hos medarbetare vid ungdomsmottagningar och i elevhälsan, som hänvisar unga till UMO men även använder UMO som en egen kunskapskälla.</p> <p><i>1177 Vårdguidens e-tjänster.</i> Med hjälp av 1177 Vårdguidens e-tjänster kan vårdgivare och patienter kommunicera digitalt på ett säkert sätt. Patienten loggar in med e-legitimation och kan göra sina vårdärenden och kontakta vården på tider som passar hen själv, till exempel boka tid, förnya recept och läsa sin journal. Stark autentisering används och all information är krypterad, vilket innebär att vårdgivare också kan använda e-tjänsterna för att till exempel erbjuda internetbaserat stöd och behandling.</p> <p><i>Digitala vårdmöten.</i> Under året har användandet av digitala vårdmöten ökat stort. Primärvård erbjuder länets invånare möjlighet till digitala tjänster via sina digitala mottagningar. Under året har även många andra mottagningar och vårdcentraler börjat erbjuda digitala besök till våra invånare.</p> <p><i>Stöd och behandlingsplattformen.</i> Flera nya program inom Stöd- och behandlingsplattformen har startats under 2020. Det innebär t ex att Region Örebro län nu erbjuder digital artrosskola, digital föräldrautbildning m.m. till sina invånare.</p>		

**Uppdrag: Att förstärka hälso- och sjukvårdens hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete:**

**1. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen får i uppdrag att utveckla samarbetet och tydliggöra gränsytan i samarbetet med kommunerna och civilsamhället kring förebyggande åtgärder. Uppdraget innefattar även att i samverkan med länets kommuner ta fram konkreta förslag på ett förändrat gränssnitt/avtal när det gäller hur rehabiliteringsresurser i form av fysioterapeuter och arbetsterapeuter ska organiseras för att skapa bra förutsättningar för öppenvårdsinsatser.**



### **Kommentar**

Uppdraget har startat men bedöms inte vara helt klart. Det finns en gemensam viljeinriktning mellan länets kommuner och regionen att förstärka rehabiliteringsarbetet genom att använda de riktade nationella medlen. Planering har påbörjats under hösten men mot bakgrund av pandemin så har arbetet senarelagts. Under 2021 kommer man i projektform studera effekterna av ett förstärkt och förändrat arbetssätt mellan arbetsterapeuter och fysioterapeuter i några pilotområden i länet. Som grund används den genomlysning som skett gemensamt mellan parterna som visar på brister i rehabiliteringen för målgruppen.

*Uppdrag: Att arbeta med insatser för en mer personcentrerad vård med ökad delaktighet:*

## **2. Hälsa- och sjukvårdsförvaltningen får i uppdrag att fortsätta utvecklingen av vårdprocesser för utsatta patientgrupper**



### **Kommentar**

Uppdraget har startat men bedöms inte vara helt klart vid årets slut. Uppdraget är långsiktigt och ska successivt involvera allt fler personcentrerade sammanhållna vårdförlopp till gagn för patienter med komplexa och långvariga sjukdomar där flera specialiteter involveras och där socialtjänstinsatser kan innefattas. Medarbetare från regionen och kommunerna deltar i arbetet på samtliga nivåer. Takten i stora delar av arbetet har periodvis under året saktat in och delvis gått i otakt mellan nationell, sjukvårdsregional och lokal nivå i samband med covid-19 pandemin. Under 2020 har kunskapsstyrningsprocessen samt överenskommelse mellan kommunerna och regionen reviderats. Det lokala arbetet har innefattat remisshantering av ett flertal vårdförlopp, gap- och konsekvensanalyser, prioritering av åtgärdsförslag och framställan till och beslut av Rådet för Medicinsk Kunskapsstyrning.

## **3. Hälsa- och sjukvårdsförvaltningen får i uppdrag att fortsätta arbetet med omställning till nära vård.**



### **Kommentar**

Uppdraget har startat men bedöms inte vara helt klart. Förvaltningens samlade resurs för utveckling mot en nära vård har under året fått användas i arbetet med pandemin. Det ansträngda läget har också gjort att det varit svårt att få till den delaktighet från verksamheterna som är nödvändig i detta arbete. Sammantaget innebär det att tidsplanen för arbetet har förskjutits. Samtidigt har pandemin drivit på utveckling och gett viktiga erfarenheter exempelvis runt samverkan med kommunerna, digitalisering och utveckling av mobila lösningar.

Hälsa- och sjukvårdsdirektören har gett ett uppdrag att utarbeta en färdplan för omställningen till nära vård med utgångspunkt i Målbild 2030. Ett första steg är att definiera vad nära vård

innebär i Region Örebro län. Huvudbetänkandet i den nationella utredningen ”Samordnad utveckling mot en god och nära vård” som presenterades i april är en viktig grund i arbetet.

Samverkan med kommunerna runt nära vård håller på att formaliseras genom samverkansstrukturen och genom att en särskild styrgrupp för arbetet har formats. En projektledare är tillsatt gemensamt med kommunerna och har under hösten påbörjat arbete med att ta fram en ny överenskommelse för sjukvård i hemmet mellan Regionen och länets kommuner.

*Uppdrag: Att förbättra hälso- och sjukvårdens tillgänglighet för invånarna:*

**4. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen får i uppdrag att utreda förutsättningarna för att tillskapa pilotverksamhet för samordnat medicinskt omhändertagande av personer med komplexa funktionsnedsättningar inom ett närsjukvårdsområde.**



#### **Kommentar**

Arbetsgrupp är formerad. Kontakt med Sörmland är etablerad, studiebesök har varit planerat under hösten men har pga av Covid inte kunnat genomföras. Arbetet fortsätter i syfte att identifiera målgrupp och genomföra pilotförsök.

**5. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen får i uppdrag att fortsätta arbeta med att styra vårdflöden enligt principen för BEON (bästa omhändertagandenivå) för att frigöra kompetens och öka tillgängligheten.**



#### **Kommentar**

Långsiktigt teambaserat arbete med kompetensväxling ffa för patientgrupper med kroniska tillstånd sker fortlöpande med målsättningen att kompetensen hos varje yrkeskategori ska användas optimalt utifrån individuell bedömning av patientens behov.

Processkartläggning av vårdflöden har genomförts för att identifiera bästa effektiva omhändertagandenivå, exempelvis i processen för psykisk hälsa där patienter med psykisk ohälsa i första hand möter kurator/psykolog som kan värdera nästa steg exempelvis egenvård, eller besök/behandling hos ex psykosocial kompetens och/eller fysioterapeut och vid behov läkare.

I översynen har möjligheten att använda digitala hjälpmedel uppmärksamrats exempelvis att använda digitala frågeformulär inför besök för att styra till rätt vårdnivå men även möjligheten att erbjuda behandling digitalt exempelvis KBT på nätet för psykisk ohälsa och patienter med diagnosen IBS.

Översyn av det akuta barnflödet fortsätter där samarbetet utökats mellan barn och ungdomsmedicinska kliniken, vårdcentralsjouren i Örebro, 1177 vårdguiden på telefon och barnakutmottagningen USÖ för att styra omhändertagande till rätt vårdnivå.

#### **6. Hälsa- och sjukvårdsförvaltningen får i uppdrag att utveckla former för digital kontakt:**



##### **Kommentar**

Se effektmål 8.

#### **7. Hälsa- och sjukvårdsförvaltningen får i uppdrag att utreda och ta fram åtgärder som möjliggör för primärvården att vara navet i en god nära och samordnad vård.**



##### **Kommentar**

Uppdraget har startat men bedöms inte vara helt klart. Arbetet har avstannat på grund av pandemin.

Under hösten har beslut fattats om hälso- och sjukvårdens nya organisation som gäller från årsskiftet. Ett viktigt syfte med att skapa det nya området Nära vård är att skapa en samlad primärvård. Detta ger förutsättningar för ett mer samlat grepp om primärvårdens utveckling. Frågan är dock komplex och är inte en isolerad angelägenhet för primärvården utan kräver även involvering av det som idag är traditionell sjukhusvård och akutverksamhet för att få en helhet som blir hållbar över tid.

Primärvårdens roll som nav i den nära vården behöver ske i samverkan med kommunerna (se aktiviteter under uppdrag 3 ovan).

Utöver detta har arbetsgruppen för *”förstärkt samverkan kring länets äldre och funktionshindrade med omfattande behov under Covid 19 pandemin”* initierat en länsövergripande utvärdering. Denna har till syfte att identifiera olika erfarenheter kopplat till pågående arbete med Covid 19. Tillsammans med andra granskningar som gjorts nationellt och lokalt ger detta underlag för att se vilka förbättringsåtgärder som behövs kopplat till framtida arbete med att skapa en effektivare samverkan i enlighet med utredningen om nära vård. Särskilt fokus läggs i detta avseende på att undersöka patientnära/brukarnära verksamhet i kommunal och regional regi.

### **3.3 Perspektiv: Process**

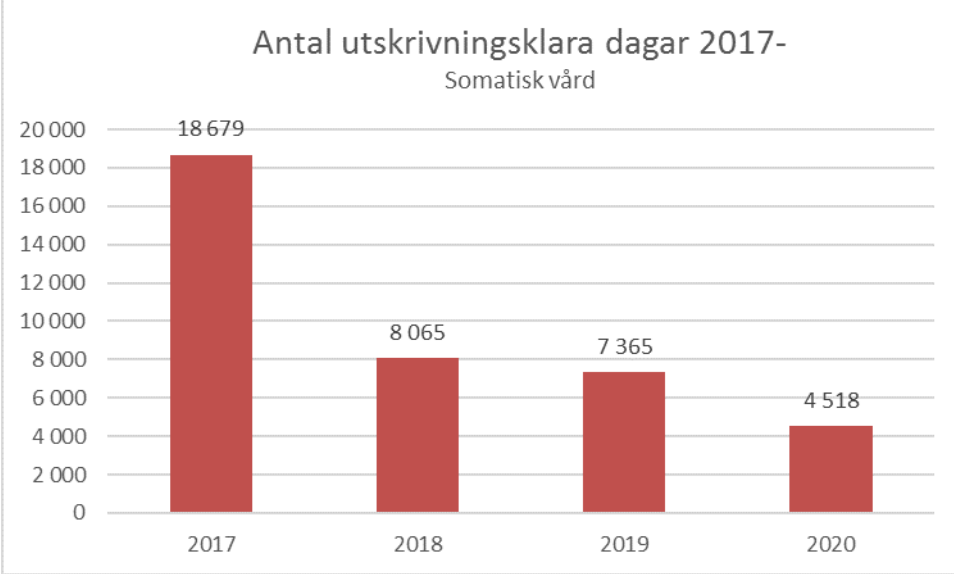
**Mål: Hälsa- och sjukvården är en kunskapsorganisation som ständigt utvecklas.**



## Kommentar

Pandemin har präglar året 2020 med ett starkt fokus på att klara de mest nödvändiga arbetsuppgifterna. Nationell så har bl.a. den fortsatta arbetsprocessen kring nationell högspecialiserad vård satts på vänteläge. Regionalt kan ses att kontakterna med andra regioner minskat med både minskad köpt och såld vård. Arbetet inom det nationella systemet för kunskapsstyrning har fortsatt och under 2020 har en avsiktsförklaring för det lokala arbetet tagits fram och kommunicerats.

Indikatorer	Utfall	Målvärde
<b>Mäts via etablerade lokala programområden</b> <b>Kommentar</b> Bildandet av grupper för att hantera vårdförlopp har prioriterats. Av de 6 godkända vårdförloppen har arbete startat med undantag för Reumatiska sjukdomar. Av de 8 där framtagande av vårdförlopp pågår finns lokala grupper med undantag för Hjärtsvikt. Processhandledare saknas för Rehabilitering. Formellt beslut om processägare saknas generellt.		
<b>Mäts via såld vård totalt och såld vård utanför regionen</b> <b>Kommentar</b> Utfallet för såld vård inom sjukvårdsregion Mellansverige visar en i stort sett oförändrad nivå jämfört med 2019, tack vare överenskommelser där vi bl a vårdat hjärtpatienter från Uppsala och Covid-patienter från Sörmland. Däremot har utfallet utanför sjukvårdsregionen minskat med framför allt lägre volymer från Stockholm och Västra Götaland		
<b>Mäts via nöjdhet hos remitterande regioner</b> <b>Kommentar</b> Nästa kundrelationsundersökning är planerad till 2021. Senaste undersökningen 2019 visade på stigande förtroende hos regionens köpare med ett "Nöjd kund index" på 85 av 100.		
<b>Mäts via beläggning av utskrivningsklara patienter</b> <b>Kommentar</b>		

Indikatorer	Utfall	Målvärde										
<b>Antal utskrivningsklara dagar 2017- Somatisk vård</b>												
 <table border="1"> <thead> <tr> <th>År</th> <th>Utfall</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2017</td> <td>18 679</td> </tr> <tr> <td>2018</td> <td>8 065</td> </tr> <tr> <td>2019</td> <td>7 365</td> </tr> <tr> <td>2020</td> <td>4 518</td> </tr> </tbody> </table>			År	Utfall	2017	18 679	2018	8 065	2019	7 365	2020	4 518
År	Utfall											
2017	18 679											
2018	8 065											
2019	7 365											
2020	4 518											
<p>Pandemin har medfört att jämförelser med tidigare år är svåra att göra. Antalet dagar som patienter är utskrivningsklara i somatisk vård har fortsatt att minska under året. Huvudorsaken är att antalet vårdtillfällen minskat till följd av pandemin. I april 2020 skevs 446 personer ut jämfört med 626 personer i april 2019. Inom psykiatrisk vård har antalet utskrivningsklara dagar också minskat trots att har antalet vårdtillfällen är relativt oförändrat.</p> <p>Länets kommuner har trots det ansträngda läget i verksamheterna kunnat erbjuda kommunala insatser snabbt efter utskrivning och kunnat ta hem majoriteten av patienterna samma dag som de är utskrivningsklara. Inget betalningsansvar har varit aktuellt inom somatisk eller psykiatrisk vård under året.</p>												
<p><b>Antalet utbildningsdagar för legitimerad personal. Mäts via frånvaro för utbildning.</b></p> <p><i>Kommentar</i></p> <p>Antal utbildningsdagar har minskat jämfört med 2019 pga pandemieffekter</p>												

**Uppdrag: Att utveckla hälso- och sjukvårdens effektivitet inklusive samordning och prioritering:**

**8. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen får i uppdrag att ta fram förslag för verksamhetsförändringar utifrån de slutsatser som presenterats i den utvärdering av Hälso- och sjukvårdens organisation som gjorts under 2019.**



**Kommentar**

Med utgångspunkt från slutsatserna i organisationsutvärderingen har en organisationsöversyn gjorts och en ny områdesindelning är nu genomförd. Under 2021 kommer den underliggande strukturen med verksamhetsindelning och funktion att utarbetas.

## 9. Hälsa- och sjukvårdsförvaltningen får i uppdrag att effektivisera flödet för neuropsykiatriska utredningar.



### Kommentar

Uppdraget har kommit längst inom BUP, där köerna också är längst, arbetet pågår också inom Vuxenpsykiatri. Psykiatri har genomfört en organisationsförändring med syfte att förbättra vårdprocesser.

Under hösten gjordes en analys av BUP:s arbete och utifrån detta har det tagits fram en plan för hur arbetet kommer fortlöpa. Ett arbete pågår med att bättre kunna differentiera frågeställningen i ett tidigt skede för att avgöra behovet av hur omfattande utredningen behöver vara. Det arbetas fram ett arbetssätt, baserat på Region Hallands arbete, för att erbjuda kortare utredningar till väldigt tydliga ADHD-frågeställningar. Det pågår även ett arbete för att ha ett effektivt samarbete med vårt externa utredningsbolag, Capio Hjärnhälsa, och att de kommer ta merparten av de mindre komplicerade fallen som inte lämpar sig för en kort ADHD-utredning. Det sker arbeten även kring produktionsplanering och effektivisering i utredningsteamet som kommer få fokusera på de mest komplicerade utredningsärendena. Slutligen kommer BUP:s öppenvård få i uppdrag att åter göra utredningar på patienter där behandlarna själva väcker frågeställning kring NP-diagnos. Dessa 4 insatser beräknas öka produktionen utan att sänka kvaliteten, men på grund av det höga trycket på NP-utredningar och den långa kön som finns redan idag, så kommer det ta tid tills köerna kortas signifikant. Medicinska prioriteringar samt arbetet med Second opinion/överprövning av utredningar kommer också genomlysas. Arbetet med insättning av ADHD-medicin efter genomgången utredning har arbetats med under våren och dessa köer har förkortats signifikant. Förändringsarbetet har påbörjats under våren men beräknas att genomföras under hösten och 2021.

På grund av Covid-19-pandemin har många planerade möten och insatser kring arbetet med NP-utredningar inom Vuxenpsykiatri blivit uppskjutna men arbetet är nu åter igång. Det görs nu analyser över hur arbetet kommer fortgå för att säkerställa effektiv och likvärdig vård inom dessa verksamheter. Det finns en samstämmighet inom verksamheten att arbetet behöver förändras. Det finns en önskan om någon grad av centralisering, vare sig det sker genom en central koordinator som hjälper till i ärendefördelning och produktionsplanering, eller en separat enhet som ansvarar för utredningarna helt och hållet. Även inom vuxenpsykiatri kommer medicinska prioriteringar samt second opinion/överprövning av utredningsresultat att ses över. Även inflödet kommer att analyseras, samt vad som ska vara gjort innan en utredning ska påbörjas.

Då Svenska Föreningen för BUP, Socialstyrelsen och SKR arbetar med att ta fram vårdprogram/kunskapsstyrning för NP-utredningar så kommer även arbetet med lokala anpassningar av dessa att behöva göras, men beräknas påbörjas under 2021 då ingen av dessa program ännu är klara.

Uppdraget har startat men är inte fullt ut genomfört vid årets slut.

**10. Hälsa- och sjukvårdsförvaltningen får i uppdrag att det ska finnas behovs- och kapacitetsplaneringar för varje verksamhet. I detta ingår även länspektivet samt att göra nödvändiga prioriteringar.**



#### **Kommentar**

På grund av den pågående pandemin covid 19 så har inte uppdraget genomförts. Det beräknas genomföras under år 2021.

Uppdraget har inte startat.

**11. Hälsa- och sjukvårdsförvaltningen får i uppdrag att fortsätta arbetet med resultatet från projektet Framtidens vårdavdelning.**



#### **Kommentar**

Med anledning av corona-pandemin har utvecklingsarbetet pausats eftersom Hälsa-och sjukvårdsförvaltningen behövt ställa om sin verksamhet för att kunna ta om hand patienter med Covid-19.

Såväl utvecklingsprogrammet ”Framtidens undersköterska” och ”Breddinförande av Vårdnära Service och chefsstöd för kompetensutveckling” har fått läggas i vänteläge vilket kommer medföra en försenad utveckling av chefers möjlighet att ta stöd i projektet. Det kommer också försena den utgiftsväxling som arbetet ska leda fram till för att använda kompetens och resurser så optimalt som möjligt.

Uppdraget har startat men är inte fullt ut genomfört vid årets slut.

***Uppdrag: Att fortsätta utveckla den högspecialiserade vården:***

**12. Hälsa- och sjukvårdsförvaltningen får i uppdrag att fortsätta utvecklandet av trombektomverksamheten.**



#### **Kommentar**

Ett röntgenlaboratorium speciellt utrustat för dessa ingrepp färdigställs hösten 2020. Två läkare från Ungern har rekryterats och påbörjat sin anställning hos oss juli respektive november 2020. Två av våra redan anställda läkare är under utbildning och den ena av dessa beräknas kunna delta när verksamheten startar. Verksamheten är ännu inte startad framför allt pga. att interventionslabbet inte är klart. Rimligtvis borde verksamheten kunna vara igång i slutet av våren 2021 om inget oförutsett inträffar.



**13. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen får i uppdrag att fortsätta utvecklandet av traumaverksamheten.**



**Kommentar**

Utvecklingen av traumaverksamheten i riktning mot ett etablerat Traumacenter Örebro har fortsatt under året. Det märks att allt färre patienter behöver få hjälp extraregionalt och samtidigt att allt fler andra regioner remitterar svårt skadade patienter till oss. Både de interna arbetsformerna, som till exempel dagliga morgonsamlingar av nyckelkompetenserna på intensivvårdsavdelningen och så kallade M&M konferenser (Morbidity and Mortality) har under året utvecklats, likaså har externa digitala rapporter och dialoger med remittenterna etablerats. Med tanke på årets belastning av från pandemin får det bedömas att utvecklingen av traumasjukhusfunktionen utvecklats över förväntan under 2020.

**14. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen får i uppdrag att fortsätta uppbyggnaden av klinisk genetisk och precisionsmedicin.**



**Kommentar**

Idag finns delar av precisionsmedicinska diagnostiken tillgänglig på USÖ och byggs ut successivt, exempelvis har Non-Invasiv Prenatal Testing (NIPT) startat. Vi har också implementerat behandlingsstyrande analyser med gott resultat, och vi har god kompetens avseende genetiska analyser inom mikrobiologi. Regionen deltar aktivt i projektet Genomic Medicine Sweden (GMS) vilket syftar till att stärka precisionsmedicin över hela landet. Bioinformatiker har rekryterats och utbildningsinsatser av olika personalkategorier pågår. En pensionerad genetiker finns för närvarande att tillgå via timanställning. En genetiker är också rekryterad från Polen, läser sig nu svenska och räknar komma i tjänst till sommaren..

***Uppdrag: Uppdrag inom hållbar utveckling:***

**15. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen får i uppdrag att arbeta för ökad resurshushållning i ordinarie verksamhet, framför allt gällande minskad användning av engångsprodukter samt minskad energianvändning.**



**Kommentar**

Uppdraget har startat men är inte fullt ut genomfört vid årets slut.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningens arbete för ökad resurshushållning gällande minskad användning av engångsprodukter samt minskad energianvändning är pågående sedan flera år tillbaka, och kommer att fortsätta även 2021 och framåt. Under 2020 påverkades detta arbete mycket av Covid-19. Vissa engångsprodukter som handskar har ökat på grund av pandemi. Det

har inte heller varit möjligt att genomföra så många verksamhetsbesök, miljöronder och arbetsplatsföreläsningar om engångsprodukter och energi, då verksamheten har behövt fokusera på Corona och smittspridning satt stopp för resande.

Under början av året har en uppdaterat lista på engångsprodukter som ska minskas behandlats i hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp, och under hösten har information om detta också gått ut till miljöombud. Ett arbete har inletts mellan förvaltningens miljöcontrollers och medicinsk teknik för att se över hur upphandlingar inom medicinsk teknik kan minska användningen av energi och engångsmaterial.

### ***Uppdrag i samverkan mellan hälso- och sjukvårdsnämnden och forsknings- och utbildningsnämnden:***

#### **16. Hälso- och sjukvårdsnämnden får i uppdrag att i samverkan med forsknings- och utbildningsnämnden (FUN) utreda en modell för att vid otillräckligt evidensläge delta i evidensuppbyggnad (FUN-nämnd) och/eller begränsa vårdutbudet (HS-nämnd).**



#### **Kommentar**

Kunskapsstyrningsstrukturen på nationell, samverkansregional och regional nivå bygger på evidensimplementering. Kunskapsstyrningsstrukturen omfattar verksamhet inom flera nämnders och förvaltningars ansvarsområden och en särskild överenskommelse föreligger också med länets kommuner avseende införandeprocess för personcentrerade sammanhållna vårdförlopp.

Rådet för medicinsk kunskapsstyrning (RMK) är, sedan ett antal år, etablerat inom HS-förvaltningen med adjungerade företrädare för folktandvården och numera även kommunal hälso- och sjukvård. Ordnat införande av t.ex. nya metoder och medicinsk teknik (MT) kan också genomgå prövning i RMK eller, avseende MT utrustning, via MT-utskottet gemensamt mellan HS-förvaltning och MT inom Regionservice. CAMTÖ är i dessa utvärderingar en kompetensresurs.

En modell för ordnat införande med standardiserad bedömning av evidensunderlaget är under beredning. Mekanismer för initiering av evidensuppbyggnad eller begränsning av vårdutbud ska ytterligare tydliggöras i dessa beslutsprocesser. Pilotprojekt har initierats i samband med äskandeprocess för MT utrustning såväl för 2021 som 2022.

En sammanhållen modell skulle också med fördel kunna omfatta även andra nämnders ansvarsområden.

Uppdraget har startat men är inte helt klart vid årets slut.

**17. Hälsa- och sjukvårdsnämnden får i uppdrag att i samverkan med forsknings- och utbildningsnämnden att utifrån ett patientperspektiv och utifrån existerande evidens eller inom ramen för kliniska studier, definiera innehållet i riktade mottagningar, exempelvis mottagningar för äldre och multisjuka, dropin-mottagningar och digital mottagning.**



#### **Kommentar**

En särskild utvärdering innehåll i digital mottagning vid vårdcentraler har tidigare initieras men har, genom den covid relaterade snabba omställningen till digitala besök utan möjlighet till parallella sedvanliga bedömningar fått avslutas. Genomlysning av äldremottagningskonceptet diskuteras inom ramen för Äldreforum 2.0. Ett beslut om implementering avlevnadsvanearbete med forskningsansats i primärvård, specialistmottagningar och vårdavdelningar har beslutats och är under genomförande. Genomförande av dessa aktiviteter har också påverkas av covid-pandemin.

Uppdraget har startat men är inte klart vid årets slut. Uppdraget har skrivits om inför verksamhetsplanen 2021.

*Uppdrag: Uppdrag från 2019:*

**Uppdrag 17, 2019. Att utreda förutsättningarna för att införa en förstärkt jourvårdcentralverksamhet i anslutning till akutverksamheten vid Universitetssjukhuset Örebro.**



#### **Kommentar**

I arbetet med att utveckla omhändertagandet av akuta patienter finns ett stort fokus på att styra patientflöden till rätt vårdnivå samt att utveckla arbetssättet på akutkliniken vid Universitetssjukhuset i Örebro. I det fortsatta arbetet kring att införa förstärkt jourvårdcentralverksamhet i anslutning till akutverksamheten behöver effekterna av bättre styrning till rätt vårdnivå samt att flytt av verksamheten till nya lokaler beaktas. Under hösten 2020 har ett samarbete inletts mellan jourvårdcentral och akutmottagning USÖ med möjlighet för akutmottagningen att boka tider på jourvårdcentralen.

**Uppdrag 18, 2019. Att initiera en fördjupad diskussion kring förutsättningarna för att starta gemensam familjecentralverksamhet i Hällefors kommun. Arbetet för etablering av en ny familjecentral i Örebro, i syfte att matcha ett växande behov, ska fortsätta.**



#### **Kommentar**

Hällefors: Samtalen mellan Region Örebro län och Hällefors kommun har fortsatt med hög aktivitet. Planen är upprätta en fysisk familjecentral i liten skala i vårdcentralens befintliga

lokaler någon gång under första kvartalet 2021. Stort fokus ligger på ett samlat gemensamt arbete kring verksamhet som kan stödja familjer där den fysiska familjecentralen utgör en del. Andra exempel på gemensamma aktiviteter är ABC-utbildningar (Alla Barn i Centrum) och familjesamverkansteamet. Barnvårdscentralen samarbetar med skolhälsovården och folktandvården, barnkurator finns på vårdcentralen varje vecka.

Örebro: Ett arbete pågår i dialog med Örebro kommun för att ta fram en strategi för familjecentraler i Örebro.

**Uppdrag 21, 2019. Att utveckla arbetssätt och samverka inom den nära vården för att bättre möta psykisk ohälsa. I förekommande fall gäller detta även samverka med kommunerna, patientföreningar och andra delar av ideella sektorn.**



### **Kommentar**

Under 2019 genomfördes en granskning av tillgänglighet, produktion, följsamhet till behandlingsriktlinjer, diagnosättning, uppföljning och samarbete rörande utredning och behandling vid psykisk ohälsa hos unga och unga vuxna inom första linjen dvs. primärvården samt inom psykiatri. Uppföljningen utfördes av Helseplan och omfattade även dialog med unga och unga vuxna avseende kännedom om kontaktvägar och upplevd kvalitet på insatser vid upplevd psykisk hälsa. Utvecklingsbehov identifierades och förbättringsarbete har initierats inom delar av verksamheten.

I projektform har arbetssätt införts där samarbete sker mellan region, länets kommuner och civilsamhället för att förebygga och uppnå förbättrad psykisk hälsa hos barn, unga och unga vuxna.

Under pandemin skapades en länsgemensam ingång för personer med psykisk ohälsa mot bakgrund av negativ påverkan av pandemin tillsammans med företagsstöd Regional utveckling.

Vidare har hälsofrämjande aktiviteter införts som komplement för att förbättra den psykiska hälsan inom delar av närsjukvården samt psykiatri. Även här finns viss samverka med civilsamhället. Under ledning av Valfärd och folkhälsa har en gemensam handlingsplan för att motverka psykisk ohälsa framtagits.

### **Strategi: Kvalitet och utveckling**

Hälso- och sjukvårdens strategi gällande kvalitet och utveckling är att arbeta efter principen av kunskapsstyrning och ett fortsatt arbete med omställningen till nära vård samt koncentring av den mer avancerade specialiserade vården. I det ingår ansvar för forskning och utveckling, arbete med nationell nivåstrukturering, arbete med SVF, följsamhet till läkemedelskommitténs rekommendationer med mera. Den pågående pandemin covid 19 har dock gjort att strategiarbetet fått koncentreras till att upprätthålla en god och patientsäker vård för covid-patienterna samtidigt som vi säkrar vården för den vård som ej kan uppskjutas och säkrar kontrollfunktionen för de kroniska patienter vars tillstånd kräver kontakt med hälso- och sjukvården

### **Strategi: Digitalisering**

Arbete runt digitalisering har haft stor betydelse i strategin kring att begränsa smittspridningen under pandemin. Både möjligheten till digitala möten samt förståelsen för dessa har utvecklats betydligt både hos regionens medborgare och hälso- och sjukvårdens medarbetare. Strategin för digitalisering inbegriper även en utveckling av de interna processerna inom hälso- och sjukvården.

### **Strategi: Hållbar utveckling**

Hälso- och sjukvården följer regionens generella strategier. Strategiarbetet under året har dock fått inriktats på att klara den belastning som pandemin covid 19 utgjort. Exempelvis har arbetet för att minska förbrukningen av engångsmaterial fått stå tillbaka och förbrukningen har istället ökat, direkt hänförligt till pandemin.

### **Strategi: Regional utvecklingsstrategi**

Regionala utvecklingsstrategin gäller för tidsperioden till 2030 och lyfter fram vård och hälsa som ett område med bred utvecklingspotential. Inom HS-förvaltningen pågår ett arbete för att ytterligare stärka den högspecialiserade vården. Strategiska investeringar och kompetensförstärkningar sker t.ex. inom traumavård och neurointervention. För en långsiktigt framgångsrik satsning inom högspecialiserad och såld vård är en aktiv forsknings- och utbildningsverksamhet också nödvändigt och här sker kontinuerligt i en nämnövergripande samverkan satsningar t.ex. på kompetensrekrytering.

Genom profilering av verksamheter inom länsklinikerna skapas också förutsättningar för att bedriva såväl högspecialiserad vård som klinisk forskning vid de tre sjukhusenheterna.

Utveckling av den Nära vårdens och den fördjupade samverkan med länets kommuner, t.ex. genom den under året ingångna överenskommelsen kunskapsstyrning är också en avspeglning av intentionerna i den regionala utvecklingsstrategin.

## **3.4 Perspektiv: Resurs**

**Effektmål: Nr 10. Region Örebro län är en attraktiv arbetsgivare med hälsofrämjande, jämställda och jämlika arbetsplatser och bidrar till en hållbar kompetensförsörjning.**



### **Kommentar**

År 2020 har präglats av pandemi-situationen. Många projekt har pausats och istället har nya uppgifter ersatt den ordinarie verksamheten. Mycket har handlat om att bistå i bemanningsplanering, rekrytering, omflyttning av medarbetare, förändringar i schema, villkor och ersättningar samt samverkan och förhandling med våra fackliga organisationer. Covid-vårdavdelningar upprättades samt gemensamma jourlinjer för läkare. Riskanalyser har genomförts och ett stort fokus på arbetsmiljön för våra medarbetare har präglat diskussionerna i

samverkansgrupperna.

År 2020 startade med ett nytt och gediget arbete gällande sommarplaneringen. Ett arbete som senare fick ersättas av att hantera en sommar där merparten av medarbetarna i vårdnära verksamhet fick en förkortad semester för att klara pandemisituationen. Projekten Framtidens undersköterska och projektet stöd till avdelningschefer i arbetet med kompetensväxling vid införande av vårdnära service (VNS) har pausats i hög grad. Dock har införandet av VNS fortsatt. Även introduktionsprogrammet för nya sjuksköterskor har ej kunnat genomföras som planerat.

Löneöversynerna har genomförts men senarelagts. För Vårdförbundet har processen med särskilt yrkesskickliga genomförts och ett seminarium med chefer och fackligt förtroendevalda under tidig höst. Planeringen inför arbetet med Kompetensmodeller för Vårdförbundets yrkesgrupper är klar och start beräknas ske under 2021.

Som ett komplement till avgångsenkäterna har även avgångsintervjuer genomförts. Detta med anledning av att vissa verksamheter haft stor rörlighet inom sjuksköterskeyrket. Avgångsorsaker är främst lön, arbetstider samt arbetsmiljö. Vi ser en rörlighet inom sjuksköterskegrupperna men vi ser även ett ökat intresse för sjuksköterskeyrket. Fler söker specialistutbildningar och glädjande nog fler sökande till IVA än vad vi haft tidigare. Under hösten 2020 har ett arbete genomförts gällande arbetsmiljö med fokus på krisstöd. Samarbete har skett med Regionhälsan, sjukhuskyrkan och även med resurser internt för att stödja medarbetare och chefer. Under hela året har vi sett ett ökat behov av utlämnande av handlingar, begäran från media om rapporter och statistikuppgifter, vilket föranleder behov att se över och effektivisera det arbetet.

Inför årsskiftet har mycket fokus varit på bemanningen av vaccinationsenheterna inom regionen. Kompetens- och rekryteringsenheten har ställt om och i princip helt arbetat med rekrytering inför vaccinationsstart. I början av januari har över 500 medarbetare anställts för att arbeta med vaccinationerna.

Indikatorer	Utfall	Målvärde
<p><b>HME – Hållbart medarbetarengagemang ska öka i jämförelse med tidigare medarbetarenkät.</b></p> <p><i>Kommentar</i> Värde saknas för 2020. Medarbetarenkäten för 2020 kommer att skjutas upp till 2021. HME-värdet för hälso- och sjukvårdsförvaltningen var 77 för 2019 vilket är i nivå med tidigare års resultat.</p>		
<p><b>AVI – Attraktiv arbetsgivarindex ska öka i jämförelse med föregående år.</b></p> <p><i>Kommentar</i> Värde saknas för 2020. Arbetsgivarindex (AVI) var 116 (år 2019). 2018 var AVI 114 och värdet 2017 var 112.</p>		
<p><b>Jämix – Jämställdhetsindex ska öka i jämförelse med föregående år.</b></p> <p><i>Kommentar</i> Värde saknas för 2020. Jämix var 106 (år 2019). 2018 var AVI 108 och värdet 2017 var 100.</p>		
<p><b>Frisktalet ska förbättras i jämförelse med föregående år.</b></p>		

Indikatorer	Utfall	Målvärde																		
<p><b>Kommentar</b></p> <p>Frisktal, anställda med maximalt 5 sjukdagar och/eller - eller maximalt 3 sjukfall för hälso- och sjukvårdsförvaltningen:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">År 2020</th> <th colspan="3">År 2019</th> </tr> <tr> <th>Kvinnor</th> <th>Män</th> <th>Kv + M</th> <th>Kvinnor</th> <th>Män</th> <th>Kv + M</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>40,83%</td> <td>55,56%</td> <td>43,62%</td> <td>55,47%</td> <td>73,18%</td> <td>58,81%</td> </tr> </tbody> </table>			År 2020			År 2019			Kvinnor	Män	Kv + M	Kvinnor	Män	Kv + M	40,83%	55,56%	43,62%	55,47%	73,18%	58,81%
År 2020			År 2019																	
Kvinnor	Män	Kv + M	Kvinnor	Män	Kv + M															
40,83%	55,56%	43,62%	55,47%	73,18%	58,81%															
<p><b>Personalomsättning, externt och intern, ska redovisas. Det ska minska i jämförelse med föregående år.</b></p> <p><b>Kommentar</b></p> <p>Avgångsorsaker "Extern" och "Pension" tillsvidareanställda år 2020. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Avgångsorsak</th> <th>Anställningsfaktor</th> <th>Antal</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Extern</td> <td>393,37</td> <td>403</td> </tr> <tr> <td>Pension</td> <td>148,21</td> <td>156</td> </tr> <tr> <td>Summa</td> <td>541,58</td> <td>559</td> </tr> </tbody> </table>			Avgångsorsak	Anställningsfaktor	Antal	Extern	393,37	403	Pension	148,21	156	Summa	541,58	559						
Avgångsorsak	Anställningsfaktor	Antal																		
Extern	393,37	403																		
Pension	148,21	156																		
Summa	541,58	559																		
<p><b>Resultat av avslutningssamtal ska redovisas systematiskt i temaområden.</b></p> <p><b>Kommentar</b></p> <p>En avgångsenkät har tagits fram och arbetet med denna har påbörjats. Enkäten återrapporteras tre gånger per år på RÖL-nivå, i slutet av månaderna mars, augusti samt i januari (helår). På förvaltningsnivå två gånger per år i juni och januari. Då enkäten arbetats om finns ännu inget samlat resultat på förvaltnings-/områdesnivå.</p>																				

**Effektmål: Nr 11. Region Örebro läns har en långsiktig stark och hållbar ekonomi samt uppnår en verksamhetsmässig och finansiell god hushållning.**



Indikatorer	Utfall	Målvärde
<p>Styrelsen och nämnderna redovisar ett resultat i balans.</p> <p><b>Kommentar</b></p> <p>Se sammanfattande analys under avsnitt 4,1</p>		

*Uppdrag: Ekonomi*

**18: Hälsa- och sjukvårdsnämnden får i uppdrag att fullfölja och genomföra beslutad ekonomisk handlingsplan i syfte att nå ekonomisk balans. Handlingsplanen ska vara omsatt i konkreta, hållbara och långsiktiga åtgärder och kan avse både kostnadsreduceringar och intäktsförstärkningar. Uppföljningen av åtgärderna ska beskrivas med ekonomiska och verksamhetsmässiga konsekvenser. Uppföljning av handlingsplanerna ska vara en del av nämndernas del- och årsrapportering till regionstyrelsen.**



**Kommentar**

Arbetet med uppdraget hann inledas men har sedan utbrottet av Covid-19 fått stå tillbaka. Pandemin har också haft stor påverkan på ekonomin totalt sett och arbetet med handlingsplan för ekonomi i balans behöver återupptas när situationen så tillåter och då också analyseras och eventuellt korrigeras utifrån effekterna av pandemin.

## 4 Ekonomi

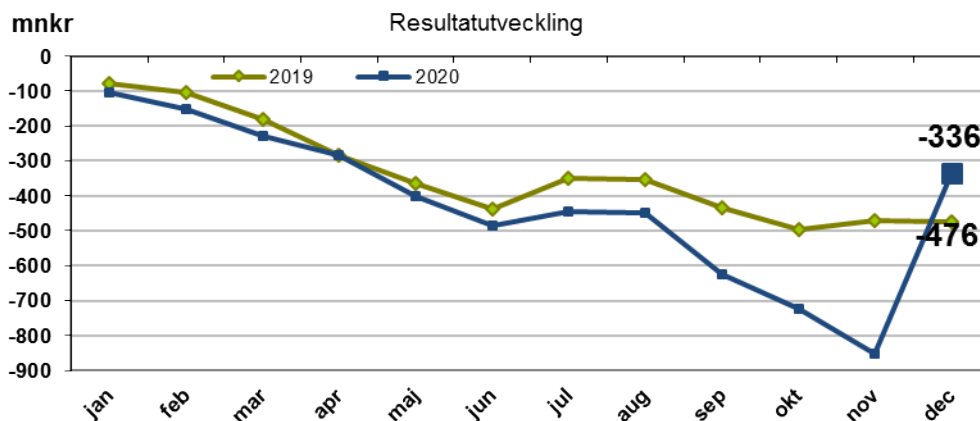
### 4.1 Resultatrapport hälso- och sjukvårdsnämnden

**Resultatrapport**

Belopp i mnkr	Utfall 2020	Budget 2020	Utfall 2019	Budget- avvikelse	Utfalls- avvikelse
Avgifter och såld vård	1 751,6	1 722,5	1 734,0	29,1	17,6
Övriga intäkter	1 524,0	778,5	936,9	745,5	587,1
<b>Summa intäkter</b>	<b>3 275,6</b>	<b>2 501,0</b>	<b>2 670,9</b>	<b>774,6</b>	<b>604,7</b>
Personalkostnader	-5 531,5	-4 941,7	-5 197,1	-589,8	-334,4
Köpt vård	-305,2	-282,1	-364,6	-23,1	59,4
Läkemedel	-1 019,8	-999,7	-961,6	-20,1	-58,2
Övriga kostnader	-2 563,0	-2 088,1	-2 314,3	-474,9	-248,7
Avskrivningar, inventarier	-114,7	-111,9	-110,0	-2,8	-4,7
<b>Summa kostnader</b>	<b>-9 534,2</b>	<b>-8 423,5</b>	<b>-8 947,6</b>	<b>-1 110,7</b>	<b>-586,6</b>
<b>Verksamhetens nettokostnad</b>	<b>-6 258,6</b>	<b>-5 922,5</b>	<b>-6 276,7</b>	<b>-336,1</b>	<b>18,1</b>
Finansnetto	-7,2	-7,4	-6,8	0,2	-0,4
Regionbidrag/ ersättning	5 929,9	5 929,9	5 807,6	0,0	122,3
<b>Resultat</b>	<b>-335,9</b>	<b>0,0</b>	<b>-475,9</b>	<b>-335,9</b>	<b>140,0</b>



## Resultatutveckling



### Sammanfattande analys

Det bokförda helårsresultatet uppvisar ett underskott på 336 mnkr, en förbättring med 140 mnkr jämfört med 2019. Utbrottet av Covid-19 har haft påverkan på i stort sett alla delar i hälso- och sjukvårdsnämndens ekonomi. Istället för konkret fokus på åtgärder för en ekonomi i balans utifrån handlingsplan har året mycket präglats av att fånga effekter av pandemin i ekonomin och olika besked från statligt håll om kompensation för dessa effekter.

Ansökningar om generell kompensation för merkostnader orsakade av pandemin har upprättats dels i augusti och dels i november. Då handläggningstiden för dessa ansökningar varit lång var det länge osäkert om summan i den ansökan som gjordes i november skulle räknas in i resultatet för 2020 och den togs heller inte med i hälso- och sjukvårdsnämndens helårsprognoser. Strax före jul kom beskedet att kompensation motsvarande 153,5 mnkr skulle räknas med i resultatet som då förbättrades från ett prognostiserat underskott på ca 500 mnkr till ett bokfört helårsresultat på - 336 mnkr.

De olika delarna av ekonomin påverkades både negativt och positivt av pandemiutbrottet. När det gäller lönekostnader kan konstateras en ökning med 6,9 % där exempelvis kostnader för flyttade semesterveckor motsvarade 45 mnkr exkl sociala avgifter.

Kostnader för skyddsutrustning är en annan post direkt kopplad till Covid-19 som ökade med 64 mnkr i jämförelse med 2019.

Åt andra hållet resultatmässigt slog kostnadsutfallet för köpt vård som bland annat med anledning av begränsad remittering och färre akutfall blev 59,5 mnkr lägre. Kostnader för utbildning och resor påverkades också med ett minskat utfall i jämförelse med 2019 motsvarande 30 mnkr.

Sammanfattningsvis kan konstateras att de kompensationer som fördelats ut i form av statsbidrag vida överstiger de faktiska merkostnaderna och i hög grad bidragit till den resultatförbättring som redovisas i jämförelse med resultatet 2019. Utmaningen framåt blir att fortsätta det långsiktiga arbetet med sikte på en förbättring i ekonomin när verksamheternas

situation förhoppningsvis normaliseras.

## 4.2 Årets resultat

### Intäkter

Intäktsutfallet exklusive regionbidrag är totalt sett 605 mnkr eller 24,2 % högre än föregående år. Ökningen är totalt sett helt att hänföra till statsbidrag med anledning av utbrottet av Covid-19. Dessa har betalats ut med ett totalbelopp motsvarande 613 mnkr. Utöver det ses ökat utfall avseende hälsovalsättning och övriga intäkter kopplade till hälsoval (47 mnkr), och patientavgifter (3,5 mnkr).

I utfallet syns däremot en minskning i utfallet för statsbidrag kopplade till överenskommelser med 57 mnkr. Utfallet för såld vård noteras också till 9 mnkr lägre än föregående års utfall, mycket som en effekt av Covid-19. Även utfallet för sålda medicinska tjänster ligger på en lägre nivå än föregående år, skillnaden här är en minskning med 10 mnkr.

### Personalkostnader

Den totala lönekostnadsökningstakten för året är 6,9 %. En stor del av den totala ökningstakten går att koppla till covid-19 och lönekostnader som märkts upp i systemet som kopplade till pandemin summeras totalt till 232 mnkr inkl sociala avgifter.

Ökningstakten drevs upp kraftigt i samband med semesterperioden som bland annat genererade kostnader för flyttad semester motsvarande 66 mnkr inkl sociala avgifter. Förutom kostnaderna för flyttad semester ser vi framför allt en stor ökning kopplat till covid-19 gällande kostnader för sjuklöner (35 %), övertid (18,5 %) och obekvämt arbetstid (14 %).

En ytterligare effekt av pandemin går att utläsa i kostnaderna för semesterlöner där det minskade semesteruttaget för stora delar av personalstyrkan under sommaren lett till en ökning av kostnaden för semesterlöneskuld vilket också bidrar till den totala löneökningstakten.

### Övriga kostnader

När det gäller övriga kostnader syns effekten av covid-19 tydligast i kostnaderna för skyddsmaterial som ökat med 64 mnkr jämfört med föregående år.

I övrigt vad gäller övriga kostnader noterar vi en ökning av läkemedelskostnaderna jämfört med föregående år med 58,2 mnkr eller 5,7 %. Tydligt här är att vi ser en kraftigare ökningstakt av kostnaderna inom primärvården vilken är resultatneutral då motsvarande intäkt bokförs utifrån nuvarande hälsovalsmodell. Ökningstakten inom specialistvården ligger inom förväntningarna utifrån ökat statsbidrag totalt sett och lämnar ett överskott mot budget med 13,6 mnkr.

När det gäller kostnader för hyrläkare är helårsutfallet 21,3 mnkr lägre än 2019. Vi noterar totalt sett minskade kostnader främst inom område opererande och onkologi (9,3 mnkr) och område thorax, kärl och diagnostik (4 mnkr). Inom primärvården har kostnaderna totalt sett minskat med 5 mnkr.

Totalutfallet för köpt vård noteras efter lägre utfall än föregående år från mars och framåt till 305,2 mnkr vilket är 59,5 mnkr eller 16 % lägre än 2019. Lägre utfall för remitterad vård verksamhetsmässigt noteras främst inom barn- och ungdomskliniken (14,5 mnkr), psykiatri för barn och unga vuxna kopplat till neuropsykiatriska utredningar (12,2 mnkr), anestesi- och intensivvårdskliniken kopplat till neurokirurgisk vård (10,7 mnkr) och plastik- och käkkirurgiska kliniken kopplat till brännskadevård (10,5 mnkr). Värt att notera i övrigt är minskat utfall vad gäller akut somatisk vård med 10 mnkr, sannolikt kopplat till ett minskat resande under pandemin.

Kostnaderna för sjukvårdsmaterial har under året ökat med 67 mnkr eller 14,7 %. Här är 48 mnkr av utfallet kopplat till covid-19 och då främst till testning och provtagning och står således för en stor del av ökningen. Noterbart är att inom exempelvis område opererande och onkologi har dessa kostnader totalt sett minskat som en följd av lägre produktionsnivå under pandemin.

Kostnadsutvecklingen avseende kurser och resor har också tydligt påverkats av utbrottet av covid-19 med ett betydligt lägre kostnadsutfall som följd. Efter minimalt utfall från april och framåt har dessa kostnader minskat med 29,7 mnkr eller 63 %.

Slutligen kan nämnas att från juli månad är hyreskostnaderna för H-huset debiterade. Detta innebär en ökad kostnad med knappt 11 mnkr per månad. Pengar finns avsatta i regionens budget och dessa kostnader har kompensrats med ökat regionbidrag.

#### Driftredovisning hälso- och sjukvårdsnämnden

Belopp i mnkr	Budgetavvik else 2020	Omsättning 2020	Relation (%)	Budgetavvik else 2019
Område närsjukvård Väster	-7,3	673,9	-1,1	-4,8
Område närsjukvård Norr	-7,9	591,9	-1,3	-13,2
Område närsjukvård Örebro	-78,0	956,8	-8,2	-96,4
Område närsjukvård Söder	-4,9	228,2	-2,1	-12,4
Område medicin och rehabilitering	-75,4	1 434,1	-5,3	-89,1
Område opererande och onkologi	-206,6	2 219,7	-9,3	-242,1
Område thorax, kärl och diagnostik	-102,9	1 270,6	-8,1	-118,0
Område habilitering och hjälpmedel	-10,4	421,0	-2,5	-15,1
Område psykiatri	-15,7	815,2	-1,9	-18,5
Förvaltningsgemensamt	173,2	594,7	29,1	133,7
Resultat	-335,9	9 206,1	-3,6	-475,9

Efter att kompensation i form av statsbidrag kopplade till Covid-19 fördelats ut till områdena så redovisar samtliga områden utom ett bättre resultat än föregående år. Principen för utfördelning har varit att kompensation utfördelats för kostnader som märkts upp som merkostnader i bokföringen. Utöver detta har också den generella utvecklingen som covid-19 fört med sig med lägre kostnader för exempelvis köpt vård och utbildning bidragit till resultatförbättringar.

Det stora överskottet inom område gemensamt är i första hand kopplat till ofördelade

statsbidrag.

### 4.3 Vidtagna åtgärder för att nå ekonomi i balans

Med tanke på utbrottet av Covid-19 har arbetet med den ekonomiska handlingsplanen inte fortsatt som det var tänkt och åtgärdsarbetet för att nå en ekonomi i balans kommer att återupptas så snart det är möjligt utifrån det nu rådande läget i hälso- och sjukvården.

De redan nu konstaterade och framåt förväntade konsekvenserna av pandemiutbrottet för ekonomin kommer sannolikt få stor påverkan på hur detta åtgärdsarbete kommer att kunna återupptas.

### 4.4 Investeringar

(Belopp i mnkr) Sammanställning uppföljning av investeringar, mnkr (nettoinvesteringar)	Utfall 2020	Budget 2020	Utfall 2019
Byggnadsinvesteringar innevarande års budget			
Byggnadsinvesteringar överfört från tidigare års budget			
Medicinteknisk utrustning innevarande års budget	60,3	318,0	46,7
Medicinteknisk utrustning överfört från tidigare års budget	116,3	136,6	56,9
IT-utrustning innevarande års budget			
IT-utrustning överfört från tidigare års budget			
Övrig utrustning innevarande års budget	116,2	167,2	8,1
Övrig utrustning överfört från tidigare års budget	20,8	92,9	21,8
<b>Summa</b>	<b>313,6</b>	<b>714,7</b>	<b>133,5</b>

Investeringsutgifterna uppgår till 313,6 mnkr och fördelas på medicinteknisk utrustning 176,6 mnkr respektive övriga utrustning 137,0 mnkr. De största posterna vad gäller medicinteknisk utrustning beviljade 2020 redovisas i avsnitt 4.4.1.1. När det gäller övrig utrustning är det investeringar till H-huset som dominerar utfallet och står för 102,2 mnkr av det totala beloppet.

#### Uppföljning medicintekniska investeringar > 2,5 mnkr

##### Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

(mnkr)	Budget 2020	Utfall 2020	Status
Ambulanser, Akutklin	8,0	8,0	Avslutad. Utrustning i drift.
Anestesi apparater, ANIVA-klin	10,5	0,0	Upphandling överprövad. Annonserad på nytt och utvärdering av anbud pågår.
Avancerad C-båge, Ortopediska klin	3,0	2,7	Avslutad. Utrustning i drift.

(mnkr)	Budget 2020	Utfall 2020	Status
Uppgradering magnetkamera, Röntgenklinik	11,9	0,5	Annonserad. Utvärdering av anbud pågår.
Pet-CT nr 2, Röntgenklinik	8,5	0,0	Avtal tecknat. Installation 2021.
Mobil röntgenutrustning, Röntgenklin	6,8	0,0	Framtagande av förfrågningsunderlag pågår.
C-båge, Kärl- thoraxklin	3,0	2,8	Avslutad. Utrustning i drift.
Utrustn för neurointermediär vård, ANIVA-klin	13,0	5,0	Anskaffning pågår.
Utbyggnad IVA-platser, ANIVA-klin	9,2	5,9	Anskaffning pågår.
Interventionslab neurokirurgi o trombektomi, Neuro o rehabmedicinska klin	14,0	4,2	Avtal tecknat. Installation 2021.
Utrustning H-huset inkl Akutröntgen	158,0	65,5	Anskaffningar pågår.

## 4.5 Produktions- och nyckeltal

I den öppna specialiserade vården ingår även kontakter som är så kallade kvalificerade telefon, brev och distanskontakter. Dessa kontakter är enligt Socialstyrelsens definition likställt med ett ”öga-mot-öga-besök”.

### Hälso- och sjukvårdens produktionstal

#### Läkarbesök

	Utfall 2020	Utfall 2019	Förändring	Relation (%)
Antal läkarbesök	601 833	693 291	-91 458	-13,2

När det gäller läkarbesök har antalet minskat inom primärvården med 56 041 besök (-19 %), inom specialistvården har antalet besök minskat med 34 632 besök (-9 %) och område habilitering och hjälpmedel har minskat med 785 besök (-20 %). Minskningen jämfört med föregående år går huvudsakligen att hänföra till utbrottet av covid-19.

Inom primärvården har antalet besök minskat inom alla närsjukvårdsområden. De områden som har minskat mest är område närsjukvård Örebro (-27 843) och område närsjukvård norr (-14 287).

Inom specialistvården har antalet besök minskat inom alla områden förutom område psykiatri (+514). De områden som har minskat mest är område opererande och onkologi (-25 215), område närsjukvård väster (-3 107) och område närsjukvård norr (-2 651). På klinisknivå är det

ortopediska kliniken (-8 396), kirurgiska kliniken (-5 222), öron-, näs- och halskliniken (-4 235), kvinnokliniken (-3 231) och handkirurgiska kliniken (-3 060) som har minskat mest. De kliniker som har den största ökningen jämfört med samma period föregående år är urologiska kliniken (+2 921), infektionskliniken (+1 637) och geriatriska kliniken (+1 187). Inom den specialiserade vården har de fysiska kontakterna minskat medan de kvalificerade telefon-, brev- och distanskontakterna har ökat med 20 986 stycken (+79 %).

### Behandlingsbesök

	Utfall 2020	Utfall 2019	Förändring	Relation (%)
Antal behandlingsbesök	781 899	910 272	-128 373	-14,1

När det gäller besök hos andra kategorier än läkare har även här utfallet minskat i förhållande till föregående år. Antalet besök har minskat inom primärvården med 98 097 (-19 %), inom specialistvården med 19 780 (-6 %) och inom område habilitering och hjälpmedel med 10 496 (-15 %). Minskningen jämfört med föregående år går huvudsakligen att hänföra till utbrottet av covid-19.

Inom primärvården har antalet besök minskat inom alla närsjukvårdsområden. De områden som har minskat mest är område närsjukvård Örebro (-52 825) och område närsjukvård norr (-20 182).

Inom specialistvården ses minskningar inom alla områden förutom område närsjukvård väster (+10 152). De största minskningarna har område opererande och onkologi (-14 764), område närsjukvård norr (-5 538) och område psykiatri (-3 929). På kliniknivå har de flesta kliniker en minskning. Bland de kliniker som dock har en ökning jämfört med samma period föregående år finns kliniken för medicin och geriatrik Karlskoga (+11 207), infektionskliniken (+6 297) och geriatriska kliniken (+2 023). Inom den specialiserade vården har de fysiska kontakterna minskat medan de kvalificerade telefon-, brev- och distanskontakterna har ökat med 16 524 stycken (+122 %).

### Operationer

	Utfall 2020	Utfall 2019	Förändring	Relation (%)
Antal operationer	29 388	32 950	-3 562	-10,8
Antal operationstimmar	21 210	24 247	-3 037	-12,5

Antalet operationer har minskat jämfört med samma period föregående år efter att antalet i framförallt april och maj månad har varit betydligt lägre än föregående år (1 472 respektive 1 058 operationer färre). Dessa minskningar har tydlig koppling till utbrottet av covid-19. De största minskningarna jämfört med 2019 syns verksamhetsmässigt inom ortopediska kliniken (-989), handkirurgiska kliniken (-602), öron-näs-halskliniken (-497), kirurgiska kliniken (-489) och ögonkliniken (-475). De största ökningarna för perioden jämfört med 2019 noteras på hudkliniken (+120) och onkologiska kliniken (+95).

Andelen opererade utomlänspatienter ligger på 14 % vilket är en minskning jämfört med förra året då det var 16 %. Andelen operationer utförda i öppen vård är 61 % vilket är samma nivå

som föregående år.

Operationstiden har minskat med 3 037 timmar jämfört med föregående år. De största minskningarna jämfört med 2019 syns verksamhetsmässigt inom ortopediska kliniken (-1 173) och öron-näs-halskliniken (-726). Den största ökningen för jämfört med 2019 noteras på onkologiska kliniken som redovisar 218 fler operationstimmar.

#### DRG-poäng i somatisk slutenvård

	Utfall 2020	Utfall 2019	Förändring	Relation (%)
Antal DRG-poäng	39 164	41 486	-2 322	-5,6

Antalet DRG-poäng (patientklassificeringssystemet diagnosrelaterade grupper) har minskat med 5,6 % jämfört med föregående år efter att slutenvårdsproduktionen totalt sett minskat i volym i och med utbrottet av covid-19. Det är inom område opererande och onkologi (-1 855 poäng) som vi ser den största minskningen jämfört med föregående år. Minskat antal poäng noteras även inom område medicin och rehabilitering (-504) medan antalet poäng ökat inom område thorax, kärl och diagnostik (121).

Verksamhetsmässigt noterar vi störst minskning inom ortopediska kliniken (-1 092), barn- och ungdomskliniken (-319) och kirurgiska kliniken (-290). Störst ökning noteras inom handkirurgiska kliniken (+128).

Noteras kan också att antal vårdtillfällen varit 2 638 färre än föregående år. Snittpoängen per vårdtillfälle har ökat med 0,9 %.

#### Vårddagar i psykiatrisk slutenvård

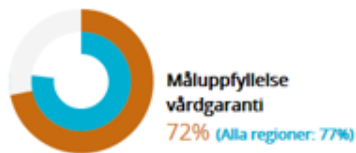
	Utfall 2020	Utfall 2019	Förändring	Relation (%)
Antal vårddagar	34 198	34 577	-379	-1,1

Antalet vårddagar redovisar en minskning mellan åren för perioden med 1,1 %. Vuxenpsykiatrin exklusive rättspsykiatri har minskat med 545 vårddagar (-2,1 %), rättspsykiatrin har minskat med 76 vårddagar (-1,0 %) och barn- och ungdomspsykiatrin har ökat med 242 vårddagar (21,4 %).

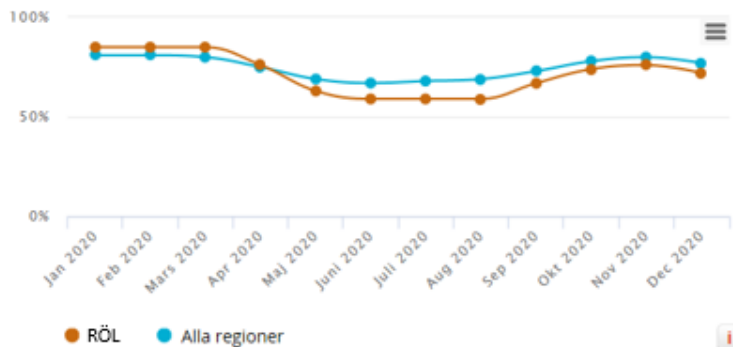
## Tillgänglighet specialiserad vård

### Måluppfyllelse förstabesök

December 2020



Andel väntande patienter som väntat 90 dagar eller kortare på ett beslutat besök i specialiserad vård.



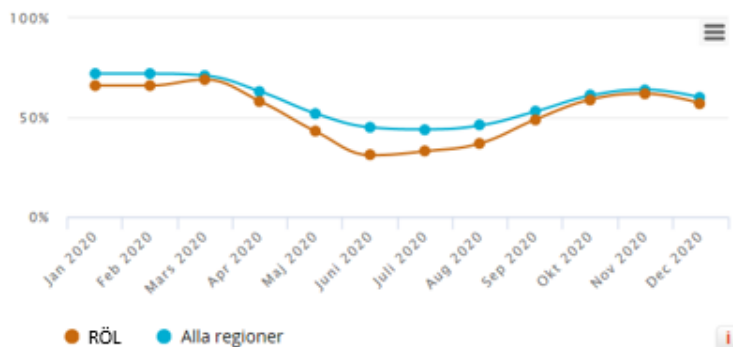
Tillgängligheten till första besök läkare har efter att i början av året legat över rikssnittet från och med utbrottet av Covid-19 och framåt försämrats och ligger vid årets slut 5 procentenheter under rikssnittet.

### Måluppfyllelse operation/åtgärd

December 2020



Andel väntande patienter som väntat 90 dagar eller kortare på en beslutad operation/åtgärd i specialiserad vård.



Tillgängligheten till operation försämrades kraftigt under sommarmånaderna men har från september förbättrats i förhållande till rikssnittet. Dock ligger värdet vid utgången av 2020 3 procentenheter lägre än rikssnittet.

### Vårdplatsituationen i länet, vuxna

VUXNA	Tillgängliga vårdplatser i snitt/mån	Antal överbeläggningar i snitt/mån/100 vårdplatser	Antal utlokaliserade i snitt/mån/100 vårdplatser	Utskrivningsklara patienter i snitt per dag	Antal utskrivningsklara dagar i snitt per patient	Belägningsprocent (status inne)
Område närsjukvård väster	33	2,9	1,3	2,0	1,6	95
Område närsjukvård norr	24	0,4	0,7	0,7	1,3	89
Område thorax, kärl och diagnostik	62	0,0	2,6	1,1	1,3	80



VUXNA	Tillgängliga vårdplatser i snitt/mån	Antal överbeläggningar i snitt/mån/100 vårdplatser	Antal utlokaliserade i snitt/mån /100 vårdplatser	Utskrivningsklara patienter i snitt per dag	Antal utskrivningsklara dagar i snitt per patient	Beläggningsprocent (status inne)
Område opererande och onkologi	212	1,7	1,4	5,3	1,5	79
Område medicin och rehabilitering	144	2,9	1,5	3,5	1,5	92
<b>Totalt somatik</b>	<b>475</b>	<b>1,9</b>	<b>1,5</b>	<b>12,6</b>	<b>1,5</b>	<b>85</b>
Område psykiatri	99	0,0	0,0	0,1	2,0	73
<b>Totalt hälso- och sjukvård</b>	<b>574</b>	<b>1,6</b>	<b>1,3</b>	<b>12,7</b>	<b>1,5</b>	<b>83</b>

Siffrorna avser vårdplatssituationen under december månad.

#### Vårdplatssituationen i länet, barn

BARN	Tillgängliga vårdplatser i snitt/mån	Antal överbeläggningar i snitt/mån /100 vårdplatser	Antal utlokaliserade i snitt/mån /100 vårdplatser	Beläggningsprocent (status inne)	Beläggningsprocent (status alla, inkl permission)
Område medicin och rehabilitering (avdelning 26)	18	0,2	0,0	58	89
Område psykiatri (avdelning 5)	6	0,5	0,0	46	58
<b>Totalt hälso- och sjukvård</b>	<b>24</b>	<b>0,3</b>	<b>0,0</b>	<b>55</b>	<b>81</b>

Siffrorna avser vårdplatssituationen under december månad.

## 5 Personalekonomi

### 5.1 Personalkostnader

	Utfall 2020	Utfall 2019
Lönekostnadsökningstakt (%)	6,9	4,5
Lönekostnad (40-41) (mnkr)	3 522,7	3 765,1

## 5.2 Kostnadsanalys

Konto	Kategori	Utfall 2020, mnkr	Utfall 2019, mnkr	Förändring, mnkr	Förändring %
4011+ 4081	Månadslöner	2 690,3	2 577,1	113,2	4,4
4012	Timanställda	74,6	73,1	1,5	2,1
4031	Obekväm arbetstid	154,6	135,6	19,0	14,0
4032	Övertid/mertid	106,2	89,6	16,6	18,5
4033	Jour och beredskap	124,7	123,6	1,1	0,9
4040	Förändring skuld jour, beredskap och övertid	12,5	5,2	7,3	140,4
4110+ 4150	Semesterkostnad inkl. skuldförändring	347,7	330,9	16,8	5,1
4120	Sjuklön	85,4	63,3	22,1	34,9
	Övrigt konto 40xx-41xx	169,1	124,3	44,8	36,0
	<b>Totalt kontoklass 40-41</b>	<b>3 765,1</b>	<b>3 522,7</b>	<b>242,4</b>	<b>6,9</b>

Utvecklingen av lönekostnaderna har i stor utsträckning påverkats av utbrottet av Covid-19 och totalt sett lett till en mycket hög ökningstakt jämfört med 2019 (6,9 %). Om vi summerar de kostnader som är registrerade som orsakade av pandemin är de 158,5 mnkr och inkluderar exempelvis kostnader för flyttad semester med ett belopp på 45,3 mnkr. Om vi exkluderar dessa kostnader helt i den totala jämförelsen landar ökningstakten på 2,4 %. Vilken ökningstakt vi hade haft utan utbrottet av Covid-19 får vi aldrig veta men förmodligen hade den legat någonstans mitt emellan då lägre kostnader sannolikt redovisats i de delar av organisationen där normal produktionsnivå inte kunnat upprätthållas.

De poster i tabellen ovan som tydligast påverkats av pandemin förutom posten övrigt där kostnaden för flyttad semester redovisas, är övertid (28 mnkr) och sjuklön (23,2 mnkr). Det som också är tydligt är att det utifrån rådande situation varit svårt att ta ut ledigheter i normal omfattning vilket syns på utfallet av löneskuldförändringar avseende både jour, beredskap och övertid (konto 4040) samt semester (konto 4110 + 4150).

I posten övrigt finns några delkomponenter som är värda att kommentera. Här redovisas först och främst ovan nämnda kostnad för flyttad semester (45,3 mnkr). Andra kostnader som redovisas i denna post och som i jämförelsen inte fanns i bokföringen för 2019 är engångsbeloppet för löneavtalet kopplat till Kommunal (8,9 mnkr) och kostnader för kompensationsledighet för pingst (4,4 mnkr). Lönekostnaderna för ledighet för utbildning redovisas också här och har utifrån pandemin minskat kraftigt och är 21,5 mnkr lägre än föregående år.

### 5.3 Antal tillsvidareanställda årsarbetare

Yrkesgrupp	Antal årsarbetare per 31 dec 2020			Antal årsarbetare per 31 dec 2019			Förändring		
	Kvinnor	Män	Totalt	Kvinnor	Män	Totalt	Kvinnor	Män	Totalt
Sjuksköterska-allmän	1 309,9	182,1	1 492,0	1 314,7	176,4	1 491,2	-4,9	5,7	0,8
Spec-ssk/ barnm/röntgenssk	1 107,7	182,3	1 290,0	1 101,0	184,6	1 285,5	6,7	-2,3	4,5
Biomedicinsk analytiker	246,7	26,0	272,7	251,6	26,0	277,6	-4,9	0,0	-4,9
Psykolog/ PTP-psykolog	106,1	42,0	148,1	106,0	40,0	146,0	0,1	2,0	2,1
Sjukgymnast/fysioterapeut	183,5	64,0	247,5	181,6	58,0	239,6	1,9	6,0	7,9
Arbetster o hjälpmkonsulent	141,7	10,0	151,7	137,7	12,0	149,7	3,9	-2,0	1,9
Kurator/ famråd/kurativt arb	196,3	15,3	211,6	195,7	16,3	212,0	0,6	-1,0	-0,4
Usk/sköt/barnsköt/ambulanssjv	1 132,2	152,3	1 284,5	1 101,4	141,3	1 242,7	30,8	11,0	41,8
Behandlingsassistent	10,0	2,0	12,0	13,0	2,0	15,0	-3,0	0,0	-3,0
Läkare	484,3	474,4	958,6	452,4	471,2	923,6	31,9	3,2	35,1
Medicinsk vårdadministratör	531,7	3,0	534,7	511,2	2,0	513,2	20,5	1,0	21,5
Biträdespersonal HoS	5,0	5,0	10,0	8,0	3,0	11,0	-3,0	2,0	-1,0
Andra yrkesgrp inom HoS	170,4	33,5	203,9	160,8	32,5	193,3	9,6	1,0	10,6
Kock/ kallskänka/köksbiträde	0,5	0,0	0,5	0,5	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0
Vaktmästare o förrädsarbetare	5,0	9,9	14,9	4,0	6,5	10,5	1,0	3,4	4,4
Trädgårdsarb/trädgårdstekniker	0,0	7,8	7,8	0,0	6,8	6,8	0,0	1,0	1,0
Administratör	99,9	6,0	105,9	96,8	8,0	104,8	3,2	-2,0	1,2
Handläggare	195,0	50,8	245,8	193,9	56,8	250,7	1,1	-6,0	-4,9
Chef	249,3	87,9	337,2	245,9	97,0	342,9	3,4	-9,1	-5,7
Ingenjör/tekniker/hantverkare	27,5	38,5	66,0	25,8	38,5	64,3	1,8	0,0	1,8
Lärare o annan pedagog	24,5	0,0	24,5	24,5	0,0	24,5	0,0	0,0	0,0

Yrkesgrupp	Antal årsarbetare per 31 dec 2020			Antal årsarbetare per 31 dec 2019			Förändring		
Tandhygienist	4,0	0,0	4,0	2,0	0,0	2,0	2,0	0,0	2,0
Tandläkare	8,0	1,0	9,0	7,0	2,0	9,0	1,0	-1,0	0,0
Tandsköterska o ortodontiass	12,0	0,0	12,0	9,0	0,0	9,0	3,0	0,0	3,0
Teckenspråkstolk	58,0	5,0	63,0	56,0	3,0	59,0	2,0	2,0	4,0
<b>Summa</b>	<b>6 309,2</b>	<b>1 398,8</b>	<b>7 707,9</b>	<b>6 200,5</b>	<b>1 383,9</b>	<b>7 584,4</b>	<b>108,7</b>	<b>14,9</b>	<b>123,7</b>

Vi har ökat andelen medarbetare, främst gällande undersköterskor/motsv och läkare. Fortsatt stort behov av sjuksköterskor och specialistutbildade sjuksköterskor, vilket troligen kompenseras med ökningen inom undersköterskegruppen. Andelen VNS har ökat (redovisas inom regionservice) enligt önskad plan om kompetensväxling - VNS/undersköterska. Chefer och handläggare har minskat vilket är enligt RÖL-gemensam plan. MVA har ökat och utifrån tidigare signaler om bristsituation ser vi att utvecklingen vänt.

## 5.4 Extratid

Extratid i timmar	Utfall 2020			Utfall 2019			Förändring		
	Kvinnor	Män	Totalt	Kvinnor	Män	Totalt	Kvinnor	Män	Totalt
Timtid	256 239	102 698	358 938	253 723	91 693	345 415	2517	11006	13522
Fyllnadstid	49 123	12 906	62 030	61 339	15 068	76 406	-12215	-2162	-14377
Enkel övertid	25 606	5 160	30 765	25 960	4 924	30 884	-355	236	-119
Kvalificerad övertid	168 716	42 385	211 102	130 468	34 214	164 682	38248	8172	46420
Arbetad tid under jour o beredskap	91 490	132 927	224 416	79 879	124 989	204 868	11611	7937	19548

Konstateras att den kvalificerade övertiden, tim-tiden samt arbete under jour och beredskap har ökat. Detta med anledning av extra åtgärder med anledning av pandemin.

## 5.5 Sjukfrånvaro

Kategori	Utfall 2020			Utfall 2019			Förändring antal timmar, procent		
	Kvinnor	Män	Totalt	Kvinnor	Män	Totalt	Kvinnor	Män	Totalt
Schemalagda timmar	13 317 766	3 182 720	16 500 487	12 977 986	3 046 090	16 024 076	339 781	136 630	476 411
Sjukfrånvaro, korttidsfrånvaro (tim)	420 722	78 414	499 136	279 668	43 809	323 477	141 054	34 605	175 659
Sjukfrånvaro, långtidsfrånvaro (tim)	523 734	59 507	583 241	431 670	44 346	476 016	92 064	15 161	107 226
Sjukfrånvaro totalt (tim)	944 456	137 921	1 082 377	711 338	88 155	799 493	233 118	49 766	282 884
Sjukfrånvaro, korttidsfrånvaro % *	3,16 %	2,46 %	3,02 %	2,15 %	1,44 %	2,02 %	1,00 %	1,03 %	1,01 %
Sjukfrånvaro, långtidsfrånvaro % *	3,93 %	1,87 %	3,53 %	3,33 %	1,46 %	2,97 %	0,61 %	0,41 %	0,56 %
Sjukfrånvaro totalt % *	7,09 %	4,33 %	6,56 %	5,48 %	2,89 %	4,99 %	1,61 %	1,44 %	1,57 %
*) Procent av schemalagd tid									

Sjukfrånvaron har ökat under pandemiåret, både korttidssjukfrånvaron och långtidsfrånvaron.

## 6 Framtida utmaningar

1. Fortsatt arbete med coronapandemin med stor vaccinationsinsats, bred provtagning och beredskap för många inlagda patienter samtidigt som arbetet med framskjuten vård fortsätter.
2. Att den pågående omorganisationen leder till de förväntade målen i enlighet med Målbild 2030.
3. Regionens ansvar i den pågående nationella nivåstruktureringen.
4. Att skapa en stabilare ekonomi som är i balans.
5. Säkerställa lokaler för god vård av hög kvalitet.

När verksamhetsåret 2021 inleds är den stora vaccinationen mot covid-19 på väg att starta i de fem vaccinationsmottagningar som förberetts på fyra orter i länet. Beredskapen för att både ta hand om patienter med konstaterad covid-19, storskalig provtagning för att begränsa smittspridning i samhället samt att erbjuda vaccin för länets alla invånare från 18 år kräver mycket resurser ur en redan pressad verksamhet. Samtidigt ska övriga verksamheter som fått stå tillbaka under 2020 återgå till mer ”normal” verksamhet och även arbeta ifatt den vård som fått

vänta.

En annan utmaning under 2021 är att den pågående omorganisationen uppfyller de förväntade målen där effektivare användning av resurser genom bättre samverkan över verksamhetsgränser är primär. Förändringen sker i enlighet med Målbild 2030, vilket omfattar såväl invånar- och patientperspektivet, medarbetarperspektivet och organisationsperspektivet. Alla dessa tre perspektiv ska beaktas i den pågående omorganisationen. Förändringsprocesser är påfrestande men i det här fallet nödvändig för att bättre matcha omvärldens behov. Länets befolkning blir allt äldre, bristen på arbetskraft ökar och för att kunna hänga med i den snabba utvecklingen som sker både medicinskt och tekniskt måste förvaltningens organisation och arbetssätt förändras.

I den nya organisationen kommer många verksamheter slås samman till större enheter. Detta ställer stora krav på ett nytt ledarskap samt att förändringarna implementeras fullt ut i hela organisationen. Arbetssätt ska ensas samtidigt som bra flöden ska bevaras. I många fall kommer invanda rutiner att ändras för uppnå mer effektiva flöden över verksamhetsgränser.

En välfungerande närsjukvård utgör basen i all hälso- och sjukvård. Det är den nära vården som möter patienterna ofta och det är hit många kroniker hänvisas för sina regelbundna vårdkontakter. Den nära vården ska fortsätta utvecklas tillsammans med kommunerna. Geografiska skillnader ska suddas ut och vården ska bli mer jämlik över hela länet. Förändringen har redan startat och kommer att fortsätta när länets närsjukvård samlats i ett och samma område.

Parallellt med den nära vården måste den mer specialiserade vården fortsätta att utvecklas i länet, i sjukvårdsregionen och i landet. Regionalt ska den länsövergripande produktionsplaneringen fortsätta att utvecklas och effektiviseras i det nybildade området specialiserad vård. En ökad samordning inom länet där resurser används mer optimalt för att kunna erbjuda vård av bästa tänkbara kvalitet är målet. Ökad nationell samordning och fortsatt utveckling av kunskapsstyrning fortsätter under 2021.

Det pågår även ett nationellt arbete med koncentration av nationell högspecialiserad vård som kommer att ha stor betydelse för hälso- och sjukvård i Sverige. Under 2021 kommer denna process att intensifieras. Här har Universitetssjukhuset i Örebro stora möjligheter att inom vissa utvalda områden vara ett av de ett till fem sjukhus i landet som utför denna vård.

Utmaningen att uppnå en ekonomi i balans kvarstår från tidigare år och är en förutsättning för framtida utveckling. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen fortsätter att arbeta enligt den handlingsplan som finns för hållbar hälso- och sjukvård i ekonomisk balans där de ekonomiska åtgärderna både är att bromsa kostnadsutvecklingen och öka intäkterna genom ökad samordning. Den pågående omorganisationen ska leda till mer effektiv användning av resurser inom hela förvaltningen. Ett optimalt resursutnyttjande är nödvändigt för att stabilisera ekonomin och gå mot en ekonomi i balans.

Att i en tid med bemanningsproblematik undvika kostnadsökningar för personal är en fortsatt stor utmaning. Här kan samordning av kompetenser inom och mellan verksamheter öka när omorganisationen implementerats. Det finns klara utmaningar inom såväl arbetet med kompetensväxling som arbetet med bättre patientflöden. Väl genomförda förändringar inom

båda dessa områden förväntas ge positiva effekter på det ekonomiska resultatet.

Att skapa förutsättningar för god och jämlik vård innebär även att verksamheternas lokaler behöver utvecklas. När arbetssätt och teknik ändras måste lokaler anpassas för att skapa möjlighet till god vård av hög kvalitet. Ett tydligt exempel på detta är neonatalvården som länge varit i stort behov av nya lokaler men där det varit svårt att hitta goda alternativ i befintliga fastigheter. Den lokalförsörjningsplan som presenterats under 2020 är ett strategiskt viktigt dokument som nu ska implementera, samtidigt som de ekonomiska resurserna är begränsade.

## 7 Intern styrning och kontroll

Intern styrning och kontroll (ISK) är en process som regionstyrelsen, nämnderna och verksamhetsledningarna har för att tillsammans upprätthålla en effektiv ledning och styrning av verksamheten. Processen ska säkerställa en ändamålsenlig och lagenlig verksamhet, det vill säga att verksamheten bedrivs i enlighet med de krav som ställs på verksamheten:

### Intern styrning

- a) Att verksamheten fullgör sina föreskrivna uppgifter samt uppnår beslutade mål och uppdrag.
- b) Att verksamheten bedrivs inom tilldelade ekonomiska ramar.

### Intern kontroll

- c) Att verksamheten följer de styrande dokument som Region Örebro län har beslutat samt lagar, förordningar, föreskrifter och avtal som gäller för verksamheten.
- d) Att redovisningen och uppföljningen av verksamheten och ekonomin är rättvisande och ändamålsenlig.
- e) Att informationssäkerheten är tillgodosedd utifrån kraven på konfidentialitet, riktighet, tillgänglighet och spårbarhet.

Den interna kontrollen ska vara tillräcklig enligt Kommunallagen (KL) 6 kap. 6 §. Med tillräcklig menas att processen för den interna styrningen och kontrollen ska vara ändamålsenligt utformad efter verksamhetens förutsättningar, art och omfattning.

Nämnderna ansvarar för att verksamheten inom sina ansvarsområden bedrivs i enlighet med kraven samt att verksamheten inom sina ansvarsområden upprätthåller en tillräcklig intern styrning och kontroll.

Regionstyrelsen ska utifrån sin uppsiktsplikt göra ett utlåtande i årsredovisningen om den interna styrningen och kontrollen för verksamheten inom Region Örebro län har varit tillräcklig.

### 7.1 Internkontrollplan

#### Symbolförklaringar

✓ = Avslutad      ⚠ = Ej genomförd

## HR

### Risken att systematiskt arbetsmiljöarbete (SAM) inte efterlevs.

Status	Åtgärd
✓	<p><b>Regionövergripande åtgärd: Varje chef ska säkerställa efterlevnaden av SAM utifrån de regionövergripande dokument som finns, och uppföljning ska ske i ledningsgrupper och i samverkansgrupper.</b></p> <p><i>Kommentar</i></p> <p>Under december månad 2020 genomfördes en regiongemensam uppföljning av SAM. Resultatet av uppföljningen har ännu inte sammanställts och presenterats</p>

### Risken att underlag för utbetalning av lön och arvoden inte är korrekta.

Status	Åtgärd
✓	<p><b>Regionövergripande åtgärd: Skicka ut en påminnelse till ansvariga att kontroll av löneberäkningsresultat ska ske inför löneutbetalning.</b></p> <p><i>Kommentar</i></p> <p>Kontinuerlig utbildning och stöd till chefer gällande vikten av att sk ”provlön” sker inför löneutbetalning.</p>

### Risken att rekryteringsrutiner inte efterlevs.

Status	Åtgärd
✓	<p><b>Regionövergripande åtgärd: Informera alla chefer om betydelsen av referenstagning och konsekvenserna vid felrekrytering.</b></p> <p><i>Kommentar</i></p> <p>Utökat stöd via kompetens och rekryteringscenter under våren 2020 med anledning av covid-situationen. Direkt stöd gällande rekrytering, intervju och referenstagning vid utbildningstjänster till specialistsjuksköterska.</p>

## Ekonomi

### Risken att inköp görs utanför avtal.

Status	Åtgärd
✓	<p><b>Regionövergripande åtgärd: Upphandlingen genomför uppföljning inom utpekade avtalsområden, 1 Övergripande material och tjänster, 2 Fastighet, 3 IT/Kommunikation, 4 Fordon, 7 Vårdrelaterad utrustning, textiler och hjälpmedel samt 8 Vårdrelaterat förbrukningsmaterial. Upphandlingen återkopplar</b></p>



Status	Åtgärd
	<p><b>till verksamheten om avtal inte följs. Verksamheten ska vidta åtgärder om avtal inte följs.</b></p> <p><i>Kommentar</i>            Upphandlingsenheten i Region Örebro län har genomfört systematiska avtalsuppföljningar inom samtliga utpekade avtalsområden. Uppföljningen har omfattat de leverantörer som har en försäljningssumma till Region Örebro län överstigande 10 miljoner kronor per år.            I den regionövergripande uppföljningen har man landat i slutsatsen att regionen har god ordning på avtalen och inköpen inom utpekade avtalsområden. Några områden har lyfts där hälso- och sjukvården har anledning att titta vidare på hanteringen vilket kommer att ske under 2021.</p>
✓	<p><b>Öka beställarkompetens samt tydliggöra och utveckla beställarorganisationen.</b></p> <p><i>Kommentar</i>            Arbete kring detta är genomfört i UBF-projektet (upphandling, beställning och förrådslogistik) och ny beställarorganisation är införd  <i>Har åtgärden bidragit till önskad effekt?</i>            Ja delvis men detta är ett jobb som behöver ske kontinuerligt över flera år</p>

#### Risken att kontanta medel hanteras felaktigt.

Status	Åtgärd
⚠	<p><b>Genomföra stickprovskontroll av kontantkassor i enlighet med rutin. Vidta åtgärder vid avvikelser.</b></p> <p><i>Kommentar</i>            Inga stickprovskontroller har utförts 2020 med anledning av Covid-19</p>

#### Risken att ersättning till inhyrd personal (primärvård) är felaktig. Revisionsrapport.

Status	Åtgärd
✓	<p><b>Stickprov ska tas för kontrollera att ersättningsnivåer följer avtal. Kontroller av att fastställda riktlinjer avseende tidrapporterna följs av både leverantörer och verksamhet ska göras. Informationsinsatser ska ske löpande till leverantörer och verksamheter för att påtala funna brister i internkontrollen.</b></p> <p><i>Kommentar</i>            Stickprovskontroller har genomförts kvartalsvis och resultaten visar på en långsam förbättring.</p>

#### Risken att fakturering av såld vård avseende patienter från andra landsting och kommuner i länet är felaktig. Revisionsrapport.

Status	Åtgärd
✓	<p><b>Säkerställa att underlag för fakturering upprättas utan onödig tidsförskjutning.</b></p> <p><i>Kommentar</i>            Efter arbete som vi lagt ner på detta visar de uppföljningar vi gjort under våren att antalet</p>

Status	Åtgärd
	vårdkontakter som faktureras för sent i stort sett är 0.

### Risken att utbetalning sker av leverantörsfakturer som är bristfälliga/ felaktiga.

Status	Åtgärd
✓	<p><b>Verksamheten ska vidta förebyggande åtgärder som exempelvis att utbilda/säkerställa att de kontroller som ska göras vid varje enskild betalning görs.</b></p> <p><i>Kommentar</i>            Detta arbete pågår men har under året delvis stannat av utifrån covid-19. Arbetet behöver fortsätta under 2021, då också ur perspektivet att ekonomisystemet byts från årsskiftet och det behöver säkerställas hur kontrollerna ska genomföras i det nya systemet.</p>

### Informationssäkerhet

#### Risken att verksamheten inte efterlever tillämplig dataskyddslagstiftning (GDPR och Patientdatalagen). Samt NIS-direktivet och lag (2018:1174) om informationssäkerhet för samhällsviktiga och digitala tjänster.

Status	Åtgärd
✓	<p><b>Regionövergripande åtgärd: Säkerställa ett systematiskt och riskbaserat informationssäkerhetsarbete. En förutsättning för arbetet är: att verksamheten på det sätt som är möjligt avsätter resurser för informationssäkerhetsarbetet, att all berörd personal ska ha god kunskap om och medverka till att följa regelverk för informationssäkerhet, att informationsklassa och riskbedöma vid inköp, upphandling och förändring som kan påverka informationssäkerheten.</b></p> <p><i>Kommentar</i>  <b>Hälso- och sjukvårdsnämnden</b>  <i>Har åtgärden bidragit till önskad effekt?</i>            Det finns numera god kunskap om vikten av att hantera personuppgiftsincidenter och liknande och det finns också god kunskap om regelverk och vikten av att följa det. Riskanalys har genomförts avseende bl a ett system för så kallad antalsberäkning av potentiellt antal forskningspersoner, främst avseende kliniska läkemedels- och medicinsktekniska prövningar. Riskinventering har också gjorts avseende Flexlab Kemi/Mikro (lab-it system, LIS), AegisPOC (mellanmjukvara för PNA) samt Journalia (ersättare för Auricula). Vidare har riskinventering och riskbedömning gjorts för systemen Sesam2 och LMN gällande saknad eller begränsad tillgång till den information som finns i systemen i samband med driftstörningar och driftavbrott. Reservrutiner har införts i berörda verksamheter. Ännu är det för tidigt att utvärdera vilken effekt informationssäkerhetsarbetet har haft när det gäller riskbedömning vid inköp, upphandling och förändring.  <i>Ska risken ingå i nästkommande års riskanalys?</i> En separat informationssäkerhetsberättelse upprättas varför värdet att ha med det som risk nästa år är tveksamt.</p>
✓	<p><b>Regionövergripande åtgärd: Säkerställ att informationsklassning av IT-stöd som innehåller personuppgifter har genomförts i enlighet med riktlinje för informationsklassning. Dokumentnr 434302. Rapportera hur många system som är</b></p>

Status	Åtgärd
	<p><b>klassade och hur många som återstår. (Förvaltningen/verksamheten ska dokumentera vilka system som är informationsklassade och vilka som kvarstår att informationsklassa. Inför årsrapporten för informationssäkerhet kommer dokumentation att efterfrågas Dokumentationen ska inte ske i Stratsys)</b></p> <p><b>Kommentar</b>  <i>Har åtgärden bidragit till önskad effekt?</i>            Informationsklassning av vårdsystem sker på övergripande nivå. Gällande lokala/ kliniskspecifika system gjordes en inventering inför upprättande av informationssäkerhetsberättelse 2019 och kunskapen om vikten av informationsklassning enligt ovan varierade då mellan olika verksamheter.  <i>Ska risken ingå i nästkommande års riskanalys?</i>            En separat informationssäkerhetsberättelse upprättas varför värdet att ha med det som risk nästa år är tveksamt.</p>
✓	<p><b>Regionövergripande åtgärd: Informationsägare/objektägare ska säkerställa att identifierade informationssäkerhetsbrister åtgärdas.</b></p> <p><b>Kommentar</b>            Se föregående fråga</p>

#### Risken att en komplett IT- kontinuitetsplan inte finns.

Status	Åtgärd
✓	<p><b>Upprätta en IT-kontinuitetsplan.</b></p> <p><b>Kommentar</b>            Det finns fastställda manuella reservrutiner att använda i fall då vårdsystemen går ned.            Hälso- och sjukvårdsförvaltningen är identifierad som samhällsviktig verksamhet och en lista över system och funktioner är framtagen. Varje verksamhet måste utföra ett arbete för att se vilka IT-system, medicintekniska informationssystem och IT-infrastruktur som behövs för att kunna upprätthålla god patientsäkerhet och den samhällsviktiga tjänsten.  <i>Har åtgärden bidragit till önskad effekt?</i>            Om detta har bidragit till önskad effekt kan ännu inte utvärderas.</p>

#### Kvalitet och utveckling

#### Risken att verksamheten inte bedrivs i beaktande av intressenters krav och behov.

Status	Åtgärd
✓	<p><b>Regionövergripande åtgärd: Vid behov säkerställa ett arbetssätt för att identifiera intressenter, deras krav och behov samt vidta åtgärder som kan påverka tillfredsställelsen. Stöd: Definition av intressenter på intranätet samt riktlinje för Upprättande av intressentanalys Dokumentnr 449240.</b></p> <p><b>Kommentar</b>            Intressentanalys ingår som en naturlig del i utvecklingsarbeten under förutsättning att riktlinjen följs.  <i>Har åtgärden bidragit till önskad effekt? Ja</i>  <i>Ska risken ingå i nästkommande års riskanalys? Nej</i></p>

**Risken att arbetssätt/processer som inkluderar flera verksamheter inte samordnas.**

Status	Åtgärd
✓	<p><b>Regionövergripande åtgärd: Implementera ett processororienterat arbetssätt där behov finns. Stöd: Processororienterat arbetssätt på intranätet.</b></p> <p><i>Kommentar</i> Har åtgärden bidragit till önskad effekt? Ja</p> <p>Ett flertal arbeten med personcentrerade sammanhållna vårdförlopp pågår där ett processororienterat arbetssätt utgör fundamentet under förutsättning att beslutat arbetssätt i kunskapsstyrningsprocessen följs. Genom att organisera processhandledare från hälso- och sjukvårdsförvaltningen samt Regional Utveckling välfärd och folkhälsa i ett nätverk, stärks länets förmåga att arbeta processororienterat.</p>
✓	<p><b>Regionövergripande åtgärd: Identifiera och beskriv prioriterade arbetssätt/processer som kräver samordning mellan verksamheter. Stöd: Organisation för processledning och Systemkarta på intranätet.</b></p> <p><i>Kommentar</i> Har åtgärden bidragit till önskad effekt?</p> <p>Arbetssätt och process finns beskrivet och används men inte fullt ut. Arbete med visualisering av processer behöver fortsätta och stöd i arbetet fortsatt ges.</p>

**Juridik**
**Risken att otillbörlig påverkan, muta/bestickning och korruption förekommer.**

Status	Åtgärd
✓	<p><b>Regionövergripande åtgärd: Implementera ny riktlinje när denna är framtagen och beslutad.</b></p> <p><i>Kommentar</i> Risken kommer att hanteras i IK-plan 2021.</p>

**Patientsäkerhet**
**Risken att anmälningsskyldigheten enligt PSL avseende legitimerad yrkesutövare inte efterlevs.**

Status	Åtgärd
✓	<p><b>Säkerställ/förtydliga verksamhetschefernas ansvar för god och säker vård.</b></p> <p><i>Kommentar</i> Detta är ett ständigt pågående arbete där chefläkare inom varje område har särskilt ansvar. Har åtgärden bidragit till önskad effekt? Ja.</p>
✓	<p><b>Implementera ny riktlinje "Legitimerad personal som utgör risk för patientsäkerheten".</b></p> <p><i>Kommentar</i> HS-förvaltning har deltagit i utarbetande av planen. Har åtgärden bidragit till önskad effekt? Ja utifrån nu gällande arbetssätt.</p>

Status	Åtgärd

**Risken att klagomål och synpunkter inte tas tillvara och att patientdelaktigheten inte stärks.**

Status	Åtgärd
✓	<b>Systematisk aggregering och analys av klagomål/ synpunkter och åtgärder.</b>
	<p><b>Kommentar</b></p> <p>Aggregering och analys av inkomna patientklagomål sker löpande och sammanställs månatligen på övergripande nivå.</p> <p>Har åtgärden bidragit till önskad effekt?</p> <p>Ja</p>

**Risk för överanvändning av antibiotika och bestående nivå av VRI.**

Status	Åtgärd
✓	<b>Uppföljning av resultat från Infektionsverktyget PPM-VRI/BHK och MJG.</b>
	<p><b>Kommentar</b></p> <p>Infektionsverktyget är implementerat och ett aktivt arbete med uppföljning har påbörjats. Av tekniska skäl är det dock för närvarande svårt att få ut användbara rapporter i det direkta vårdarbetet. Beträffande PPM-VRI/ BHK och MJG: svårt att dra några tydliga slutsatser från resultaten och därmed svårt att dra slutsatser. Beträffande BHK ger dock de månatliga mätningarna möjlighet till viss uppföljning.</p> <p>Har åtgärden bidragit till önskad effekt?</p> <p>Svårbedömt, men beträffande BHK kan en effekt skönjas.</p>

**Risken att händelseanalyser inte utförs, fördröjs och inte håller god kvalitet.**

Status	Åtgärd
⚠	<b>Utbilda analysledare, utveckla och anpassa organisationen.</b>
	<p><b>Kommentar</b></p> <p>Utbildning av analysledare har inte genomförts. Utbildade analysledare kan inte släppas för analysarbete pga. andra arbetsuppgifter, särskilt med tanke på pågående pandemi.</p> <p>Har åtgärden bidragit till önskad effekt?</p> <p>Frågan kan ej besvaras.</p>

**Risken att avvikelser inte rapporteras, hanteras inom verksamheten och förs vidare vid behov.**

Status	Åtgärd
✓	<b>Information om skyldighet, som ett led i systematiskt förbättringsarbete.</b>

Status	Åtgärd
	<p><b>Kommentar</b></p> <p>Det finns en väl fungerande rutin gällande avvikelserapportering dock med reservation för viss nedgång i rapporterade avvikelser under pågående pandemi.</p> <p><i>Har åtgärden bidragit till önskad effekt?</i></p> <p>Ja</p>

## Kunskapsstyrning

### Risken att patientdelaktighet i utvecklingsarbeten inte prioriteras.

Status	Åtgärd
✓	<p><b>Utbilda och informera om hur patienter kan vara delaktiga i utvecklingsarbeten. Säkerställ att patientdelaktighet beaktas i utvecklingsarbeten. Ta fram ersättningsmodell för deltagande.</b></p> <p><b>Kommentar</b></p> <p>Rutin, överenskommelse och ersättning för patient-, närstående företrädare inom ramen för kunskapsstyrningssystemet är beslutad januari 2020 och används. En strategi och handlingsplan gällande patientdelaktighet i utvecklingsarbete är framtagen. Utbildningsinsatser pågår.</p> <p><i>Har åtgärden bidragit till önskad effekt?</i></p> <p>Ja – patienternas erfarenheter tillvaratas och praktiska förutsättningar är klarlagda.</p> <p><i>Ska risken ingå i nästkommande års riskanalys?</i></p> <p>Nej</p>

### Risken att rutin för ordnat införande inte efterlevs.

Status	Åtgärd
✓	<p><b>Information/kommunikation i HSLG för vidare spridning i verksamheten via områdena. Uppföljning ledningens genomgång.</b></p> <p><b>Kommentar</b></p> <p><i>Har åtgärden bidragit till önskad effekt?</i></p> <p>Nej. Uppföljning sker inte via ledningens genomgång. Uppdrag har getts för att ta fram förslag hur det lokala arbetet kan stärkas och få en koppling till nationell samverkansgrupp medicintekniska produkter och Rådet för Medicinsk Kunskapsstyrning.</p>

### Risken att förutsättningar för lokal implementering av kunskapsstyrningssystemet inte tillses.

Status	Åtgärd
✓	<p><b>Besluta om och genomföra etablering av lokala programområden/ arbetsgrupper. Ge verksamheten och medarbetare förutsättningar att delta i arbetet. Utse processägare, processledare och processhandledare/ metodstöd.</b></p> <p><b>Kommentar</b></p>

Status	Åtgärd
	<p><i>Har åtgärden bidragit till önskad effekt?</i></p> <p>Delvis. Förslag till processägare har ställts (Q1) men återkoppling saknas. Det är svårt att få tillgång till processhandledare och i vissa fall processledare. En sammanhållen struktur saknas (kunskapsstöd; analys och uppföljning samt stöd för utveckling).</p>

**Risken att läkemedelskommitténs redan befintliga kunskapsstyrningsstruktur inte tas till vara i det nya systemet.**

Status	Åtgärd
✓	<p><b>Att beslut tas och åtgärder genomförs för att åstadkomma en god samverkan.</b></p> <p><i>Kommentar</i></p> <p>Pga. pandemin så har kunskapsstyrningsprocessen i stor sett varit pausad och läkemedelscentrum har varit kraftigt engagerad i att hantera dagligt läkemedelssituation. Det finns dock ett nationellt samarbete påbörjat kring läkemedelsrekommendationer vid hjärtsvikt</p> <p><i>Ska risken ingå i nästkommande års riskanalys? Ja</i></p>

### Hälsöfrämjande

**Risken att medarbetare inte tar upp frågor om levnadsvanor då de saknar faktakunskap som ger en osäkerhet i rådgivning till patient.**

Status	Åtgärd
✓	<p><b>Framtagande av personalutbildning om fysisk aktivitet, matvanor och alkohol. Utbildning genomförs.</b></p> <p><i>Kommentar</i></p> <p><i>Har åtgärden bidragit till önskad effekt?</i></p> <p>Förslag lagt 16e jan och beslut togs 3é maj att ge enhet för kunskapsstyrning uppdrag att ta fram och starta upp personalutbildningar. Pandemin har inneburit försening i arbetet. Arbetsgrupper med kliniskt verksamma medarbetare har bildats och under hösten har utbildningar tagits fram. En pilotutbildning har genomförts. Utbildningar för samtliga levnadsvanor erbjuds från och med våren -21.</p> <p><i>Har åtgärden bidragit till önskad effekt?</i></p> <p>Går ej att utvärdera ännu.</p>

### Medicinteknisk säkerhet

**Risken att berörda verksamheter inom Hälsa- och sjukvården inte efterlever gällande lagstiftning rörande medicintekniska produkter (MTP).**

Status	Åtgärd
✓	<p><b>Regionservice, Område medicinsk teknik, anpassar system och utbildar berörda verksamheter i reviderad riktlinje och handbok medicintekniska produkter (MTP).</b></p>



Status	Åtgärd
<p><b>Kommentar</b></p> <p>Genom ett synnerligen gott samarbete mellan HS och Medicinsk teknik efterlevs lagstiftningen i hög utsträckning.</p> <p><i>Har åtgärden bidragit till önskad effekt?</i></p> <p>Ja</p>	



# Patientsäkerhetsberättelse 2020





## Innehåll

Sammanfattning .....	4
1. STRUKTUR.....	5
1.1. Övergripande mål och strategier.....	5
1.2. Organisation och ansvar .....	5
1.3. Samverkan för att förebygga vårdskador .....	8
1.4. Patienters och närståendes delaktighet.....	19
1.5. Klagomål och synpunkter.....	22
1.6. Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet..	22
1.7. Egenkontroll .....	23
2. PROCESS.....	24
2.1. Åtgärder för att öka patientsäkerheten.....	24
2.2. Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits .....	24
2.3. Informationssäkerhet .....	32
3. RESULTAT OCH ANALYS .....	34
3.1. Klagomål och synpunkter.....	34
3.2. Egenkontroll .....	36
3.3. Avvikelser.....	36
4. Vårdgivarens anmälningsskyldighet.....	39
4.1. Allvarlig vårdskada.....	39
4.2. Risk- och händelseanalys .....	41
5. Mål och strategier för kommande år.....	49
Bilaga 1 .....	51

# Sammanfattning

År 2020 dominerades av pandemin covid-19 ( fortsättningsvis *covid*). Den första patienten med covid i länet kom i början av mars och därefter ökade antalet snabbt. Ett omfattande arbete genomfördes för att kunna möta de särskilda behoven hos patienter med covid. Detta innebar inrättande av speciella vårdplatser på vårdavdelningar och på IVA för dessa patienter. Nödvändig utrustning för vården av patienter med covid säkrades på olika sätt, och till detta bidrog också ett stort engagemang hos allmänheten. Omställningen innebar att ett stort antal sjukvårdsbesök och operationer som bedömdes som icke nödvändiga på kort sikt, och där det bedömdes att den enskilda patientens hälsa inte äventyrades, ställdes in, med ambitionen att så snart som möjligt återta den delen av verksamheten i normal omfattning igen. I olika fora, både inom hälso- och sjukvården och ut mot allmänheten, framhölls vikten av att inte avstå från de sjukvårdsbesök som bedömdes nödvändiga. Patientsäkerhet, och vid sidan av den arbetsmiljön, var två ledstjärnor i omställningsarbetet. När pandemins första våg i Örebro län började avta under senvåren påbörjades ett arbete för att så snabbt som möjligt kalla de patienter som fått stå tillbaka under våren till undersökningar och operationer. Under hösten tilltog antalet patienter med covid igen men organisationen var då bättre förberedd att kunna arbeta med patienter med covid och övriga patientgrupper parallellt. Övriga viktiga patientsäkerhetsfrågor under året var samt fortsatt arbete avseende blåsöverfyllnad.

Avvikelsehanteringen fortsatte att utvecklas, med arbete mot mindre skuldbeläggande och ökad förbättringsvilja för säkerhet i vården. Patientsäkerhetsronder genomfördes regelbundet i verksamheterna. Chefläkargruppens arbete med ensning och systematik avseende avvikelser med åtföljande anmälningsskyldighet utvecklades i såväl medicinskt perspektiv som omvårdnadsperspektiv.

Under år 2021 planeras vaccination mot covid i stor skala. Trots det måste hälso- och sjukvården planera för omfattande vård av patienter med covid under åtminstone första halvåret, parallellt med god och säker vård till patienter med andra behov.

**Helena Walfridsson**  
Förvaltningsövergripande chefläkare

**Claes-Mårten Ingberg**  
Chefläkare

**Maria Cottell**  
Patientsäkerhetscontroller

# 1. STRUKTUR

## 1.1. Övergripande mål och strategier

*SFS 2010:659,3 kap. 1 § och SOSFS 2011:9, 3 kap.*

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

Region Örebro läns vision är utgångspunkten för all verksamhet. Den pekar ut riktningen för organisationen och bidrar till att stärka den gemensamma identiteten.

Patientsäkerhet och medicinsk kvalitet utgör Region Örebro läns centrala områden för god och säker vård. Patientsäkerhetsarbetet är en del av vårdgivarens systematiska kvalitetsarbete och ska bedrivas som en integrerad del i det dagliga arbetet. I Region Örebro län ska patienter känna sig trygga, informerade och delaktiga i den vård som ges av alla medarbetare på alla nivåer.

Med patientsäkerhet menas skydd mot vårdskada. Vårdskada 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 i enlighet med patientsäkerhetslagen. Långsiktighet, engagemang och tydligt beskrivna mål i arbetet är avgörande för god och säker vård med alla de utmaningar och möjligheter som hälso-och sjukvården står inför i framtiden.

## 1.2. Organisation och ansvar

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

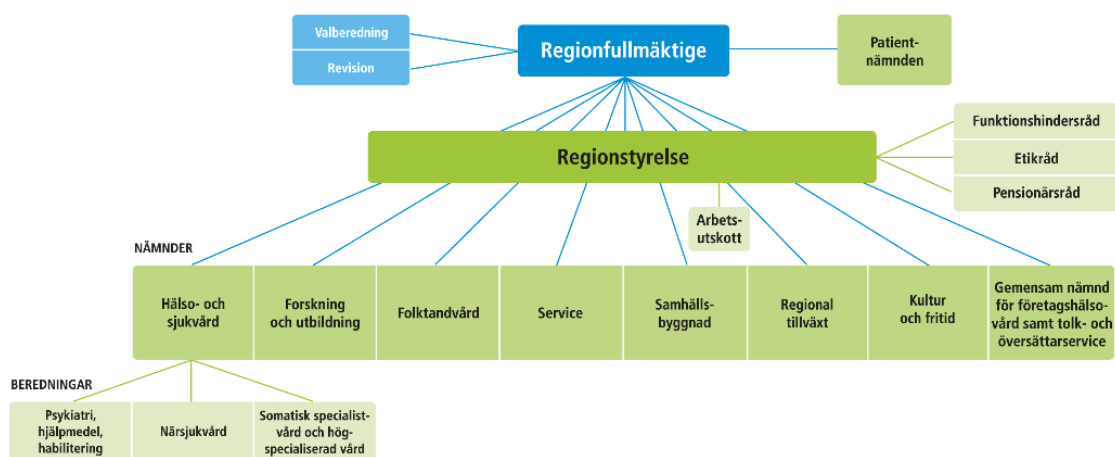
Region Örebro län är en politisk styrd organisation med olika uppdrag. Ett centralt uppdrag är att säkerställa att länets invånare erbjuds god och jämlik hälso- och sjukvård samt tandvård med utgångspunkt från individens behov. Detta arbete utförs huvudsakligen av Hälso- och sjukvårdsförvaltningen men även i privat regi. Region Örebro län erbjuder högspecialiserad vård till länsinvånare och till andra län genom särskilda avtal.

**Regionfullmäktige** är Region Örebro läns högsta beslutande organ. 71 politiskt valda ledamöter från olika partier i Örebro län beslutar om ekonomiska ramar och riktlinjer för Region Örebro läns verksamhet, fastställer budget, skattesatsens storlek samt avgifter och taxor. Fullmäktige utser också ledamöter och ersättare i nämnder, liksom revisorer och revisorsersättare.

**Regionstyrelsen** är Region Örebro läns högsta verkställande organ. I styrelsen sitter 15 politiker som valts av fullmäktige. Ledamöterna kommer både från den politiska majoriteten och från oppositionen. Styrelsen planerar, leder och följer upp regionorganisationens verksamhet samt beslutar i övergripande frågor.

**Nio nämnder** ansvarar för att verksamheten inom de tilldelade ekonomiska ramarna bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de föreskrifter som gäller för verksamheten. De ska också se till att den interna kontrollen är tillräcklig samt att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt. Nämnderna står under regionstyrelsens uppsikt och ansvarar för sin verksamhet inför fullmäktige.

## Politisk organisation



*I den politiska organisation som trädde i kraft år 2019 är Hälso- och sjukvårdsnämnden vårdgivare och har därmed ansvaret för att ett systematiskt patientsäkerhetsarbete bedrivs. Detsamma gäller för Tandvårdsnämnden. Servicenämnden ansvarar för verksamheten inom Regionsservice.*

Hälso- och sjukvården utgör Region Örebro läns största förvaltning och leds av hälso- och sjukvårdsdirektören som också är förvaltningschef. Verksamhet bedrivs på Universitetssjukhuset i Örebro, länsdelssjukhusen i Karlskoga och Lindesberg, 25 vårdcentraler samt ett antal fristående enheter. Verksamheten var t o m augusti 2020 organisatoriskt indelad i områden med specialiserad hälso- och sjukvård uppdelad i Psykiatri, Rehabilitering och hjälpmedel, Medicin och Rehabilitering, Opererande och Onkologi samt Thorax, Kärl och Diagnostik. De två sistnämnda områdena slogs 1 september ihop till ett enda område, som ett led i den pågående organisatoriska omdaning av hälso- och sjukvården med från 1 januari 2021 ett enda samlat område

för specialiserad vård. Inom den specialiserade hälso- och sjukvården är klinikerna för kirurgi, ortopedi, röntgen, kvinnosjukvård och laboriemedicin organiserade som länskliniker. Inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen fanns t o m 31 december 2020 fyra närsjukvårdsområden bestående av områdena Örebro, Söder, Väster och Norr och därefter sammanslagning till ett enda område från 1 januari 2021, som ytterligare ett led i den pågående organisatoriska omdaning av hälso- och sjukvården. I närsjukvården ingår primärvård och de somatiska akutmottagningarna på de tre sjukhusen, dessutom i norr och väster geriatrik och allmän internmedicin samt viss specialiserad öppenvård.

Folktandvården bedriver allmäntandvård, specialisttandvård och tandteknisk verksamhet. Allmäntandvården bedrivs vid 23 kliniker samt/inklusive en mobil tandvårdsklinik ingår. Klinikerna erbjuder individanpassad tandvård och verksamheterna har ett nära samarbete med sjukhustandvården som bedrivs vid Käkkirurgiska kliniken på USÖ.

Regionservice arbetar med stödprocesser inom områdena Administrativ utveckling och service, Försörjning, Kundtjänst, Regionfastigheter, Region IT och Medicinsk Teknik. Regionservice uppgift är att stödja och ge service till Regionens verksamheter och ledning.

Region Örebro län bedriver forskning och högre utbildning tillsammans med Örebro Universitet.

I Region Örebro län finns inom respektive förvaltning en linjeorganisation med upprättad ansvarsbeskrivning som tydliggör uppdraget för respektive chefsroll. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen är den dominerande förvaltningen. Nedanstående beskrivning tydliggör ansvarsfördelningen i patientsäkerhetskänseende.

**Förvaltningschef** ansvarar enligt uppdrag och delegation för verksamheterna utifrån gällande ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete samt föreskrift avseende systematiskt patientsäkerhetsarbete inkluderande att chefläkare/anmälningsansvarig utses. Förvaltningschefen har till sitt stöd en ledningsgrupp med utsedda chefer, t ex områdeschefer med uppdrag enligt delegation.

**Verksamhetschef** ansvarar för att organisera verksamheten så att den tillgodoser hög patientsäkerhet, god kvalitet 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.

**Medarbetare** ansvarar för att aktivt medverka i det systematiska patientsäkerhetsarbetet och att rapportera händelser eller risker som rör patientsäkerheten.

### **Inom Hälso- och sjukvårdsförvaltningen finns:**

#### **Förvaltningsövergripande chefläkare**

För hälso- och sjukvården finns en förvaltningsövergripande chefläkare med processansvar för patientsäkerheten utifrån gällande regelverk och samtidigt grundlagt i medicinsk kvalitet. Förvaltningsövergripande chefläkaren leder ett sammanhållet arbete med områdenas chefläkare/anmälningansvariga.

#### **Chefläkare/anmälningansvarig**

Inom varje område finns chefläkare/anmälningansvarig. Dessa ska aktivt delta i processinriktat patientsäkerhetsarbete på förvaltningsnivå samt inom områdets verksamheter. De ska också ansvara för hantering av klagomål, delta i risk-och händelseanalyser samt utreda vårdskador enligt gällande anmälningsskyldighet.

### **Inom Folktandvården finns:**

**Cheftandläkare** med ansvar för anmälningar och avvikelser.

### **Inom Regionservice finns:**

**Anmälningansvarig** inom Avdelningen för Medicinsk Teknik.

## **1.3. Samverkan för att förebygga vårdskador**

*SOSFS: 2011:9,4 kap. 6 §, 7 kap. 2 § p 3*

Det viktigaste arbetet för att förebygga vårdskador sker dagligen i samverkan mellan verksamheter, i teamsamverkan mellan professioner och i samverkan mellan medarbetare samt ledning. Det handlar om mål, uppföljning och kommunikation, med åtgärder för förbättring där så krävs och positiv feedback när så ges möjlighet. Som exempel kan nämnas att tidningen Dagens Medicin både 2018 och 2019 utsåg USÖ till landets bästa universitetssjukhus. Via undersökningen av akutmottagningar inom Nationell Patientenkät utsågs Lindesbergs lasarett 2019 till bästa akutsjukhus. Region Örebro läns eget kvalitetspris Diamanten delades pågående pandemi inte ut år 2020. Vissa verksamheter inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen deltog år 2020 i den nationella patientenkäten (NPE) men något resultat föreligger ännu inte.

### **Patientsäkerhetsenheten**

Enheten finns etablerad i syfte 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 har hittat sina samverkansformer där kompetens, tillgänglighet och minskad risk för vårdskador utgör minsta gemensamma nämnare inom flera områden. Under 2020 har förberedelser gjorts för anpassning till den förvaltningsövergripande organisationsförändringen från 1 januari 2021. Verksamhetschef för patientsäkerhetsenheten är den förvaltningsövergripande chefläkaren varvid det också blir en direkt och tydlig koppling till chefläkargruppen. Inom enheten fanns under 2020:

Enheter:

- Kliniskt träningscenter (KTC)
- Vårdhygien/ Strama/ Smittskydd
- Vårdslussen
- Säkerhet, Beredskap och Miljö

Funktioner:

- Klassificeringskoordinator (KVÅ – klassificering av vårdåtgärder)
- Samordnare Standardiserade vårdförlopp (SVF)
- Patientsäkerhetscontroller

Kopplade till enheten finns följande kompetengrupper:

- Nationell patientenkät (NPE)
- Förvaltningsövergripande avvikelsegrupp
- Kompetensgrupp RA/HA
- Markörbaserad journalgranskning

Chefläkare finns representerad i följande:

- Funktionssäkerhetsråd inom Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
- Informationssäkerhetsråd
- Läkemedelscentrum
- Rådet för medicinsk kunskapsstyrning (RMK)

### **Kliniskt träningscenter (KTC)**

När pandemin blev ett faktum avbokades all ordinarie utbildningsverksamhet på Kliniskt träningscenter, USÖ. Undantaget var färdighetsträning för studenter på läkarprogrammet på Campus USÖ och undervisning inom Vägen till svensk legitimation som genomfördes digitalt. Under våren med start 1 april genomfördes istället olika utbildningsaktiviteter som samtliga utgick från omhändertagande av covidpatienter. Inför tjänstgöring på covidavdelning utbildades ca 350 medarbetare som normalt har sin arbetsplats på andra enheter i bl. a provtagningsteknik, åtgärder för att förbygga smittspridning, trakeostomivård samt andra avgörande vårdinsatser

vid vård av covidpatienter. Förutom utbildning till personal inom regionen involverades KTC i skapandet av en covid-mottagning och i smittspårningsarbetet på Smittskydd. Även driftssimulering utfördes inför öppnandet av operationsavdelningar i H-huset.

#### **Utbildningsinsatser under året som genomfördes enligt ursprunglig planering:**

- Färdighetsträning, teamträning, kommunikationsträning, HLR utbildning och förflyttning
- Instruktörsutbildningar
- Introduktionsutbildningar för sjuksköterskor, undersköterskor och AT läkare
- Konceptutbildningar
- Språkutbildning i medicinsk kontext, implementering i ordinarie verksamhet
- Nationella kurser (t ex internmedicinsk primärjournkurs, nationell endoskopi kurs)
- Utbildningsaktiviteter byggda på rapporterade avvikelser

Under höstterminen fattades ett regionövergripande beslut om att internutbildning som bedömdes som verksamhetskritisk skulle genomföras. Det kom att gälla:

- HLR instruktörsutbildning
- ATSS – akut traumasjukvård för sjuksköterskor
- CEPS – akut omhändertagande av nyfött barn
- POB- praktisk obstetrik

#### **Vårdhygien/ Strama/ Smittskydd**

Vårdhygien arbetar regionövergripande med att förebygga och minska risker för spridning av smittsamma sjukdomar till och mellan människor och att tillsammans med hälso- och sjukvården förebygga uppkomsten av vårdrelaterade infektioner. Smittskyddsenheten riktar sig mot samhället och Vårdhygien mot vård och omsorg. I arbetet ingår rådgivning, information, utbildning, övervakning av det epidemiologiska läget i regionen, utredning vid utbrott, förebyggande insatser och utarbetande av lämpliga rutiner.

Under året fick ordinarie arbetsuppgifter stå tillbaka men hygienronder utfördes på USÖ, på Karlskoga lasarett och på Lindesbergs lasarett. Även deltagande i planering för olika byggprojekt liksom det länsövergripande arbetet i MRB-team för patienter med multiresistenta bakterier löpte parallellt med utmaningarna relaterade till pandemin. Vårdhygiens huvudsakliga arbete under pandemin utgjordes av utbildning för vård och omsorgspersonal, framtagande av vårdriktlinjer och rutiner kring skyddsmaterial för covid-19 samt initialt delta i smittspårning.

Stramaarbetet fick stå tillbaka pga. pandemin. Arbetsutskottet började under hösten 2020 träffas igen för att kunna återuppta arbetet under våren 2021.

Smittskyddsenhetens huvudsakliga uppdrag är att förebygga och minska spridning av smittsamma sjukdomar i Region Örebro län. Verksamheten styrs av smittskyddslagen (SFS 2004:168) och smittskyddsförordningen (SFS 2004:255). Under 2020 bearbetades och diariefördes 15 912 kliniska anmälningar vilket är en ökning pga. av covid från 2 660 fall 2019, 377 paragrafärenden, 978 inkomna handlingar samt flera utbrottshanteringar. I övrigt se Smittskyddsenhetens verksamhetsberättelse.

## Vårdslussen

Vårdslussen handlägger frågor gällande vårdgaranti och valfrihet, dvs. väntetider och tillgänglighet samt handläggning av EU-vård

Pandemin påverkade arbetet även här exempelvis gällande vård i andra regioner. Från mars till juni skickades inga patienter till andra regioner på basis av vårdgarantin. Antalet inkommande telefonsamtal från patienter minskade drastiskt under våren vilket ledde till att Vårdslussen delvis kunde vara behjälpliga med administrativt stöd till bl. a den nyöppnade covidmottagningen. Från juni återupptogs stödet till patienter som återopade vårdgaranti men med ett betydligt mindre utbud av vårdgivare att skicka till.

Då det redan innan pandemin fanns långa väntetider på vissa kliniker togs höjd en eventuellt förvärrad situation och kontakt med externa vårdgivare togs för att efterhöra hjälp med operationsköerna. Responsen från de opererande klinikerna inom HS-förvaltning var dock låg. De flesta patienter som sökte kontakt var fortfarande ortopediska men även ögonpatienter var under en period en stor grupp.

Flera felaktigheter i remissbekräftelser till patienter upptäcktes under året. Genom information och samarbete med berörda kliniker ändrades brevmallarna för att undvika missförstånd och tydliggöra informationen till patienterna.

I de allra flesta fall får de patienter som kontaktar Vårdslussen hjälp. Under våren mottogs många samtal som inte gällde vårdgaranti utan kom från oroliga patienter som inte visste vart de skulle vända sig och som upplevde att de hade svårt att få kontakt med sin klinik. Vårdslussen hjälpte då till med information.

Under nästkommande år ligger fokus på att utveckla samverkan i ”nationella vårdlotsar” samt att få ett bättre samarbete med klinikerna runt patienter som riskerar att få vänta mer än 90 dagar. Även samarbete med psykiatrin behöver utvecklas då alltfler psykiatriska patienter kontaktar Vårdslussen. Ett mål för Vårdslussen under 2021 är att informera verksamheterna om att enheten finns och kan svara på frågor om valfrihet och vårdgaranti för att säkerställa att patienter får rätt information.

## **KVÅ – klassificering av vårdåtgärder**

Utöver det grundläggande uppdraget att verka för enhetlig kodning inriktades arbetet under 2020 på att möjliggöra och förbereda intern utbildning i sjukdomsklassificering för medicinska vårdadministratörer inom HS-förvaltningen. Arbetet föll väl ut och första kursomgången avslutades under hösten 2020. En enklare kommunikation med vårdgrannar och övriga regioner etablerades med hjälp av funktionsbrevlåda som skapades för ändamålet att hantera frågeställningar kring kodning av såld vård. Genom att förenkla möjligheterna till kvalitetsgranskning av olika diagnoskoder i separata internrapporter minskade rapporteringar av felaktiga samt missade poster till nationella hälsoregister.

Målsättningen under 2021 är att fortsätta arbetet mot ett mer samlat grepp kring kvalitetssäkring av sjukdomsklassificeringen som leder till ökad kvalitet, möjlighet till uppföljning och erhållande av utdata på mer rättvisa grunder. Utbildningen i sjukdomsklassificeringen kommer genom samverkan med flera andra regioner förbättras och ger medicinska vårdadministratörer i verksamheterna en bredare grund och kunskapsbas. Fortsatt tätt samarbete med ekonomin kring den sålda vården för att säkerställa korrekt debiteringar till andra regioner.

## **Standardiserade vårdförlopp (SVF)**

I mars 2020 beslutade regional särskild sjukvårdsledning standardiserade vårdförlopp skulle följas utifrån fastställda vårdprogram och riktlinjer så långt det var möjligt under pandemin. Under vissa omständigheter kunde omprioriteringar behöva göras utifrån smittskyddsskäl, patientsäkerhet och resurser. Även cancervården prioriterades högt under pandemin. För några SVF gjordes avsteg utifrån tillfälliga riktlinjer beslutade i nationella vårdprogramgrupper. Exempelvis gällande SVF prostatacancer utreddes inte patienter över 70 år i riskgrupper med PSA som understeg 10 och som inte hade symtom eller andra undersökningsfynd som kunde inge misstanke om prostatacancer. Normalt utreds patienter i denna åldersgrupp om PSA-värdet är fem eller över fem. Intravenösa cancerbehandlingar ersattes av perorala alternativ där det var möjligt och försvarbart utifrån patientens tillstånd. Besök ersattes med digitala besök och telefonkontakt. Under våren förbättrades ledtider i flera SVF beroende på att cancervården prioriterades när neddragningar gjordes och färre patienter utreddes.

Utvecklingsarbetet av SVF för att se över flöden och förbättringsarbete som stannade av under våren behöver komma igång 2021. Även kvalitetssäkringsarbetet runt registreringar av åtgärds-koder för SVF samt tolkningen av kriterierna vid misstanke om cancer måste fortsätta på regional och nationell nivå.

## **Säkerhet, Beredskap och Miljö**

Arbetet under 2020 präglades och påverkades av pandemin vilket ledde till att många planerade aktiviteter fick pausas med prioritering för direkt stödande i

omstrukturering för covidvård som gällde hela hälso-och sjukvården. Det omfattande alltifrån skapandet av utomhustrigering av akuta patienter till utbildning av vårdpersonal i handhavande av skyddsmasker. Ett stort antal möten genomfördes i lokal och regional sjukvårdsledning samt i diverse olika arbetsgrupper för omställning av sjukhusen till covidvård samt information med alla samverkande verksamheter, intressenter och myndigheter.

Parallellt med detta fortlöpte arbetet med att skapa en fungerande process gällande driftstörningar i våra verksamheter. Arbetet genomfördes pga. av den relativt nya planen och organisationen för särskild sjukvårdsledning och genomfördes i samverkan med Regionsservice för enhetlighet i organisationerna vid allvarliga händelser med syfte att uppnå en trygg och säker patientvård. Även arbete med att säkerställa tillfälliga akutmottagningar inom somatisk och psykiatrisk vård i händelse av ex. brand, hot eller översvämning prioriterades. Inflyttning och fortsatt idrifttagande av H-huset pågick under året där en hel del driftstörningar i olika system upptäcktes för de verksamheter som flyttade in efter sommaren. Fortsatt arbete sker i samverkan med projekt H-hus, fastighet och verksamhet för att åtgärda fel och brister som har direkt bäring på patientsäkerhet.

Under året fortsatte enheten deltagandet i nationella nätverk för att stärka och utveckla patientsäkerhetsarbetet i vid mening. Den pågående pandemin framtvängde nya och kanske bättre och mer tidseffektiva sätt att föra ut information till våra verksamheter. Som exempel här kan nämnas brandutbildning via InfoCaption (interaktivt utbildningsmodul via intranätet) och via Skype för kemiinventerare och miljöombud.

Arbetet med att bevaka och kravställa processen runt säkerhetssystem i samverkan med Regionkansliet och Regionsservice pågick kontinuerligt som tidigare. Det gäller passersystem, inbrottslarm, person/överfallslarm och kameraövervakningssystem.

## **Funktionssäkerhetsråd inom Hälso- och sjukvårdsförvaltningen**

Funktionssäkerhetsrådet hade tre möten under året. Vårens möte ställdes in p g a pandemin. Exempel på ärenden som var aktuella:

- Riskanalys avseende översvämningrisker på USÖ
- Remissinstans för Det robusta sjukhuset och Den robusta vårdcentralen
- Reservrutiner och övning för vårdnära IT-system vid driftstörningar
- Behov av egna lager av sjukvårdsmaterial och utrustning
- Driftstörningslarm och krisbanner
- Information från försvarsmakten och studiebesök från NATO
- Driftstörningar i personsökningssystem och DECT-telefoni

- Kontinuitetshantering och funktionssäkerhetsarbete måste utvecklas och stärkas
- Certifikatshantering avseende e-Tjänstekort och nya reservkortsrutiner
- Ny pärm för allvarliga händelser
- Reservvattenrutiner
- Ansvar för medicinskt stöd till TIB
- Avstängning av ventilation vid brand och utsläpp av giftiga kemikalier

Flera av dessa punkter är ännu inte slutförda och arbetet för att stärka hälso- och sjukvårdens förmåga som samhällsviktig verksamhet fortsätter.

## Läkemedelscentrum

Läkemedelscentrum arbetar kontinuerligt med patientsäkerhet inom hela läkemedelskedjan. Det omfattar allt från rekommendationer kring läkemedelsval, ordinationsstöd, riktlinjer och stöd vid hantering och dosering av läkemedel samt information till patienter, förskrivare och övrig sjukvårdspersonal. I arbetet ingår även upphandling av läkemedel och tjänster inom läkemedelsområdet t ex dosdispenserade läkemedel där patientsäkerhetsperspektivet är en viktig del. Arbetet inom detta breda område sker ofta utifrån behov som fångas upp samt direkta frågor. Samarbete med patientsäkerhetscontroller fortlöpande gällande avvikelser inom läkemedelsområdet vilket innebär att avvikelser kommuniceras ut både muntligt och skriftligt via Läkemedelscentrums informationskanaler.

Kirurgiska kliniken önskade farmaceutiskt stöd i Karlskoga utifrån avvikelser samt med tanke på de många äldre patienter som vårdades där. Resultatet av satsningen föll väl ut och såväl avvikelser som frågor från sjuksköterskor gällande utskrivna patienter från Kirurgiska kliniken till kommunen har minskat. Apotekare från Läkemedelscentrum införde och anpassade tillsammans med läkare och sjuksköterskor ePed på Barn- och ungdomskliniken.

Läkemedelsinformationscentralen, CLINT (Centrum för LäkemedelsINformation i T län) inrättades under året där flera utredningsfrågor inkom från läkare i Region Örebro län.

Problemen med restnoterade läkemedel kvarstod och utifrån pandemin involverades Läkemedelscentrums samtliga medarbetare på olika sätt för att tillse att hälso- och sjukvården fick de läkemedel som behövdes. Läkemedelskommitténs ordförande ingick som expert i den del av utredningen Hälso- och sjukvårdens beredskap (S 2018:09) som avsåg läkemedelslista för kritiska läkemedel. Under året påbörjades arbete med att upprätta en kontinuitetsplan för läkemedelsförsörjningen i syfte att säkra regionens tillgång till läkemedel i normalläge, kristillstånd och vid driftstörningar. Regionens ordinations- och beställningssystem för cytostatika

integrerades med sjukhusapotekets beredningssystem för cytostatika. Detta innebär att risk för manuella överföringsfel har minimerats.

Kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen utfördes fram till och med september 2020 av extern aktör men är från och med oktober 2020 i regionens egen regi med farmaceuter från Läkemiddelscentrum. Detta förbättrar möjligheten att vidta åtgärder för att stödja enheternas arbete med läkemedelshantering och vid behov kan utbildningsinsatser tillhandahållas. Genom att analysera registrerade avvikelser inom vårdprocess läkemedel identifieras systematiska fel och brister som tillvaratas vid framtagande av fokusområden för kommande granskningar och möjliggör att särskilt fokus kan läggas på områden där det finns särskilda risker.

En extern kvalitetsgranskning genomförs årligen på de enheter i regionen som hanterar läkemedel. Kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen är ett lagkrav och görs med syfte att identifiera förbättringsmöjligheter inom läkemedelshanteringens olika områden och därigenom bidra till en höjd kvalitet och ökad patientsäkerhet.

### **Strålsäkerhet**

Ett digitalt dosberäkningssystem för nuklearmedicinsk verksamhet infördes under året. Det underlättar spårbarhet samt minskar risken för att radiofarmaka bereds på fel sätt samt att fel radiofarmaka eller dos ges till patienten. Med anledning av flera avvikelser i samband med undersökning av barn på mobil röntgenutrustning, där fel parametrar valdes och barnen fick högre stråldos än nödvändigt, gjordes ett arbete med utrustningen som förhindrar dessa inställningar. CT-baserade dosplaner för vaginal-, och endometrie-cancer inom brachyterapi infördes vilket ger en mer individuellt anpassad behandling. MR-Säkerhetsronder infördes i samverkan mellan Röntgenkliniken och Sjukhusfysik. Det är ett tvärprofessionellt forum som veckovis utreder patienter med oklar MR-säkerhet. Ett förbättrat systematiskt optimeringsarbete har infördes inom Folk tandvården specialisttandvård Odontologisk radiologi.

Inför nästa år finns behov av att arbeta fram former för att förbättra kommunikation mellan behandlingspersonal på Strålbehandlingen, Medicinsk Teknik och Sjukhusfysik i samband med serviceåtgärder/installation av utrustning vilket uppmärksammades via en avvikelse har som vi bedömdes ha sin grund i detta.

En riskanalys av strålbehandlingsprocessen med protoner vid Skandionkliniken påbörjades med deltagare från samtliga universitetskliniker i Sverige. Det är en komplicerad process med flera steg från hemmakliniken där dosplaneringen görs till Skandionkliniken där behandlingen utförs. Ett viktigt arbete som kommer att pågå under nästa år.

Under nästa år kommer en ny metod som kan ge lokalt höga stråldoser, Neurointervention, att införas. Det är viktigt att dosövervakning sker så att uppföljning vid behov kan göras.

## **Folktandvård**

Under året sågs ett fortsatt stort engagemang från chefer och personal i patientsäkerhetsarbetet. Antalet avvikelser minskade jämfört med föregående år, då antalet var ovanligt högt, och landade på en mer normal nivå. De enskilt vanligaste orsakerna till att avvikelse skrivs är fördröjd diagnos och/eller behandling samt förväxling. Relativt få avvikelser var relaterade till covid-19. En potentiell risk för patientsäkerheten uppkom genom att undersökning och icke akut behandling av 70+ och riskgrupper stoppades under perioden mars till augusti. Det bedömdes angeläget att komma igång med undersökning och behandling av dessa grupper på ett smittsäkert sätt och det gjordes från september enligt en särskild riktlinje.

Under föregående år rapporterades ett stort antal avvikelser inom enheten för orofacial medicin inom Folktandvården pga. bristande resurser. Resultatet av detta blev en omorganisation där all orofacial medicin samlades under en verksamhet inom HS-förvaltningen.

Arbetet med patientsäkerhetsronder prioriterades av cheftandläkare och skedde delvis via Skype. Återkoppling skedde till hela personalen via krönikor under året med syfte att uppmärksamma personalen på exempelvis bakgrunden till de flesta klagomål eller nya typer av avvikelser. Ett stort antal riktlinjer uppdaterades under året. bl. a. infördes säkrare reservrutiner när receptmodulen ligger nere. Avgörande faktorer för det framtida patientsäkerhetsarbetet är tillgången på utbildad personal och att en lärande och icke-skuldbeläggande kultur kan vidmakthållas och utvecklas ytterligare.

## **Regionservice - Medicinsk teknik**

Medicintekniska produkter (MTP) hade under 2020 års pandemi stor betydelse och det blev tydligt hur mycket dessa produkter används inom hälso- och sjukvården och hur stort beroendet av dem är. Syrgasutrustningar för höglöde, förbrukningsmaterial till ventilatorer och skyddsutrustningar har haft avgörande betydelse för vården av covidpatienter. MTP används i nästa varje moment i dagens moderna hälso- och sjukvård till exempel infusionspumpar, EKG-apparater, blodtrycksmanschetter, digitala journalsystem, datortomograf och operationsbord. Det kräver specifik kompetens varför ett nära samarbete är etablerat mellan Hälso- och sjukvårdsförvaltningen samt Folktandvården samt med Regionservice Medicinsk teknik och Regionservice IT. Denna direktkontakt används för samråd vid en eventuell anmälan om något inträffar. Anmälningsansvarig för medicintekniska produkter deltar regelbundet i chefläkarmötena vilket hela tiden tillför nya perspektiv



utifrån en digital och teknologisk hälso- och sjukvård.

Under 2020 bibehölls nivån från 2019 kring rapportering av händelser/risker med medicintekniska produkter inom Region Örebro län trots pandemin. Antalet anmälningar av MTP till tillverkare/Läkemedelsverket ökade något under året. I flera av dessa var det risk för vårdskada som föranledde anmälan. Aktiviteter har och kommer att pågå kring införandet av ny förordningen om medicintekniska produkter (MDR) och hur detta kommer att påverka befintliga och nya medicintekniska produkter och verksamheterna. Ett övergripande ledningssystem för medicintekniska produkter arbetades fram under året och ska sjasättas innan MDR träder i kraft 26 maj 2021.

### **Patientnämnden**

Patientnämndens kansli och chefläkarorganisationen har en etablerad kontakt och fortlöpande avstämningar. Många klagomål under det gångna året gällde bristande delaktighet i kontakten med hälso- och sjukvården. Detta kan leda till en oro för att inte få den vård som de berörda patienterna anser sig vara i behov av. Patienterna efterlyser mer information och större möjligheter att påverka vården. Det förekom även vissa klagomål och synpunkter som kan kopplas till den pågående pandemin, bland annat klagomål och synpunkter rörande hygien.

Patientnämnden begär av sitt kansli tematiska rapporter. I samband med presentation av dessa var utsedda företrädare från hälso- och sjukvården samt chefläkare varit representerade för diskussion, analys och återföring.

### **Rapporter och analyser 2020**

- Halvårsanalys 2020 ”Noll koll och alldeles ensam”
- Synpunkter och klagomål som avser smärta
- Synpunkter och klagomål som avser läkemedel

### **Samverkan med kommunerna vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård**

Pandemin innebar stora påfrestningar för verksamheterna hos båda huvudmännen, samtidigt som vikten av att patienter inte vistas i onödan på sjukhus kanske aldrig varit större. Trots detta kunde de etablerade arbetssätten för samverkan vid utskrivning bibehållas under året även om en del utvecklingsarbete fick stå tillbaka. Länets tolv kommuner kunde trots det ansträngda läget i verksamheterna kunnat erbjuda insatser snabbt efter utskrivning. Det länsgemensamma projektet för samverkan vid utskrivning avslutades under året. Projektets slutrapport pekar på god måluppfyllelse men det finns ett antal utvecklingsområden som behöver hanteras i fortsatt samverkan med kommunerna.

Ett stort utvecklingsområde är den samordnade individuella planeringen runt patienten som görs inom ramen för en SIP. Denna process behöver fungera bättre både i samband med utskrivning och när patienten befinner sig i öppna vårdformer. Antalet upprättade SIP (sammanhållen individuell plan) minskade under året och antalet varierade mycket mellan verksamheterna. Den årliga dokumentationsgranskningen pekade också på en stor variation i planernas kvalitet. Ett arbete pågår i samverkan med kommunerna med att ta fram förbättringsåtgärder där utbildning är en del.

Några ytterligare områden där utvecklingsarbete pågår är:

- Utveckling av fast vårdkontakts roll och uppdrag.
- Proaktivt arbete för att undvika onödig inskrivning.
- Förvaltning och utveckling av ViSam-modellen, länets modell för samverkan och informationsöverföring.
- Säkra stöd till utskrivningsprocessen i nytt verksamhetssystem.
- Fortsatt uppföljning av utskrivningsprocessen.

### **Psykiatrins arbete med suicidprevention**

Årets arbete med suicidprevention fokuserades på att granskningen av projektet Säker Suicidprevention genomfördes samt Åtgärdsöverenskommelsen som slöts mellan Hälso- och sjukvårdsdirektören och projektet. Bedömningen var att flera av de angivna åtgärderna även påverkar det som framkommit gällande brister som framkommit i internutredningar som genomförts efter suicidförsök och suicid varför värderingen var att detta var en rimlig grund för arbetet under året. Arbete skedde exempelvis för att öka kunskaperna kring regionens *Vårdprogram för suicidnära patienter* där innehållet i vården beskrivs. Revidering av rutiner utfördes t. ex. för patienter som uteblir från besök. Tydlig och korrekt dokumentation är en ständig utmaning och arbete med detta skedde både genom utbildning i hur olika aktiviteter ska skrivas/kodas och uppföljning avseende exempelvis strukturerade suicidriskbedömningar. En risksituation för patienter som vårdas för förhöjd suicidrisk eller suicidförsök är utskrivning från heldygnsvård och arbete sker därför kontinuerligt med att säkra vårdövergångar och att få till stånd samordnad planering för patienter.

Verksamhetsområde psykiatri kommer under 2021 arbeta intensivt med sin organisation för att säkra vårdövergångar och en större satsning på utbildning kommer genomföras för att säkerställa att personal inom verksamhetsområdet har den kunskap de behöver för att fullgöra sina uppdrag. Vikten av strukturerad dokumentation och kommunikation vid informationsutbyte mellan behandlande personal kommer även fortsatt prioriteras och följas upp för att säkerställa och möjliggöra enklare uppföljning avseende kvalitet med åtgärds-koder som bas.

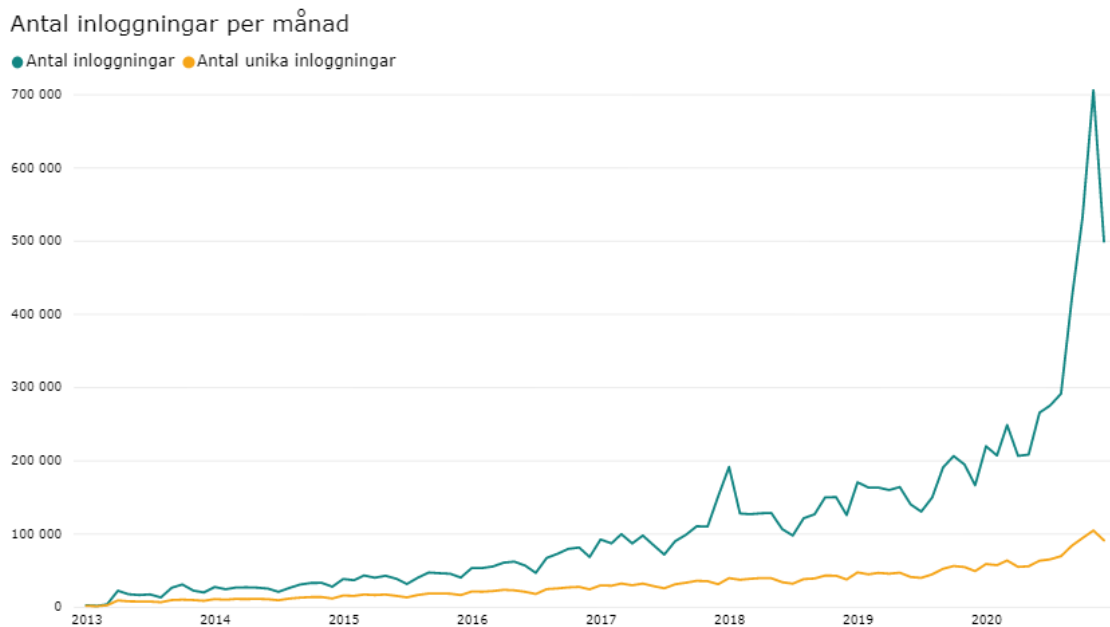
Psykiatrin kommer också fortsätta sitt arbete för att säkerställa att samordnad planering finns för våra suicidnära patienter.

## 1.4. Patienters och närståendes delaktighet

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Patienternas delaktighet i sin egen vård möjliggörs sedan flera år genom ett antal digitala tjänster. Under pandemin var det helt avgörande för innevånarna att använda digitala tjänster för att säkerställa tillgänglighet, kontaktvägar till Hälso- och sjukvården samt minimera smittspridning genom att undvika fysiska besök. Region Örebro län har länge legat långt fram såväl avseende utnyttjande, läsbarhet och utveckling vilket haft stor betydelse under 2020 då flera tjänster och besök inte kunnat utföras på vanligt sätt. Andelen länsinvånare med möjlighet att logga in i 1177:s e-tjänster var 2020 83,3 %.

### Antal inloggningar i 1177:s e-tjänster Region Örebro län 2013 - 2020



Antal inloggningar ökade med 104 % under 2020 beroende på integrerade tjänster som nyttjades under pandemin exempelvis och uppgick under 2020 till 4 075 324 st.

De e-tjänster som ökade mest under förra året var:

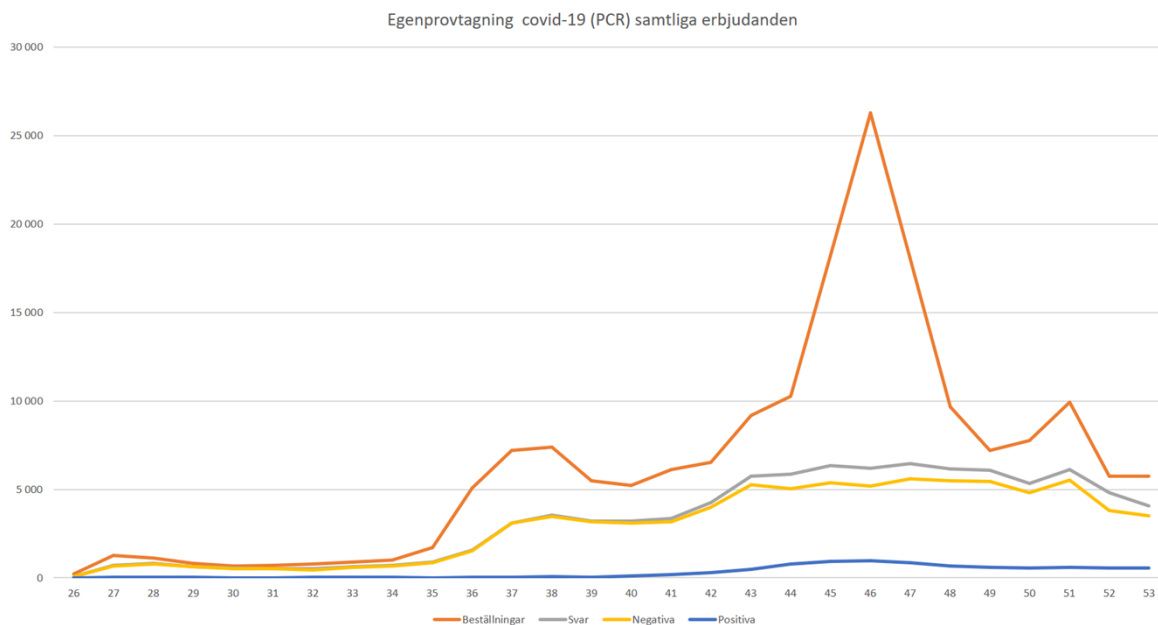
- **Nybokningar webbtidbok**, 128 % (ex. covidprovtagning)

- **Stöd och behandling**, 123 % (ex. digital föräldrautbildning, digital artrosskola, behandling för tandvårdsfobi och internetbehandling för ångest och paniksymtom)
- **Journalen 1177**, 85 %
- **Formulärhantering 1177**, 25 % (ex. hälsodeklaration inför operation, levnadsvanefrågor, uppföljning TENS och FAR)
- **Manuella ärenden**, 17 % (ex. förnya recept, kontakta oss)

Förutom de redan etablerade tjänsterna i 1177 utvecklades i samband med pandemin ett antal tjänster med syfte att underlätta både för länsinvånarna och medarbetarna inom HS samt minska risk för smittspridning genom digitala tjänster. Egen provtagning för pågående covidinfektion (PCR) samt antikroppstest kunde tidsbokas via ”egen provhantering 1177” med automatiska provsvar samt tydliga svarstexter gällande covid 19 till invånare. Det skedde en utveckling av integration till ”remiss och svar” i journalsystemet för provsvar till professionen med autosignering av negativa provsvar för minskat administrativt arbete för HS-medarbetare utifrån det stora antal provtagningar som genomfördes.

Även smittspårning kunde ske med hjälp av 1177:s tjänster liksom administrering av smittspårningsformulär, information och instruktioner till berörda invånare.

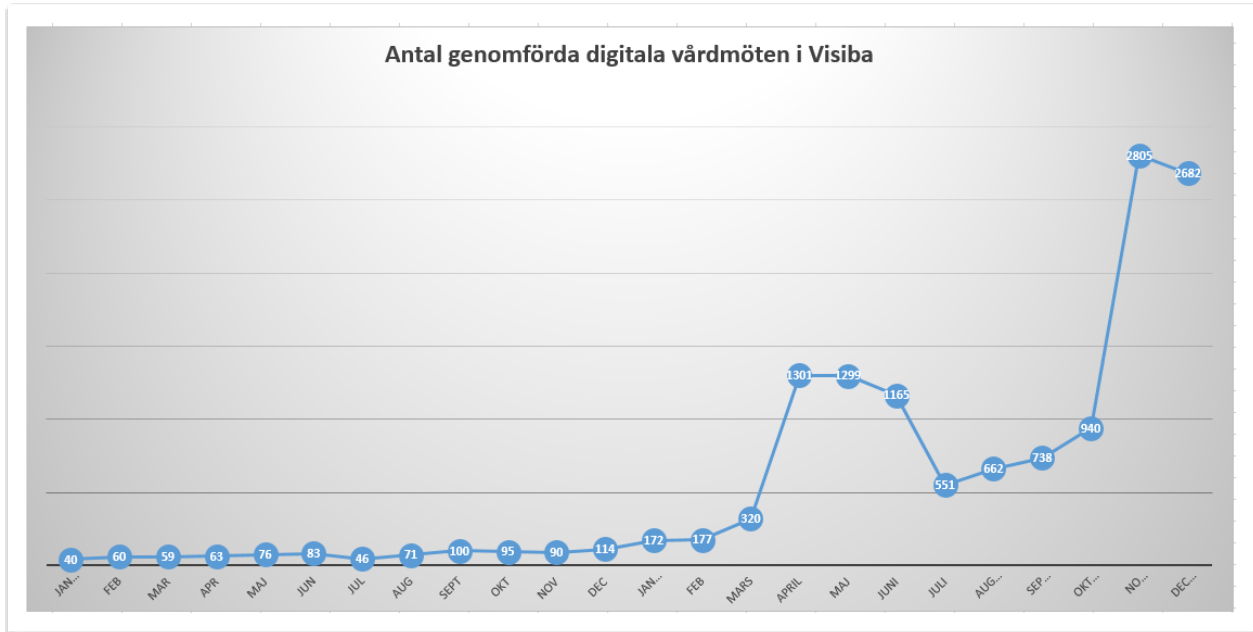
### Egen provhantering - Beställning av PCR-provtagning 2020 v. 26 – v 53



Nedgången under slutet av 2020 hänger samman med jul-och nyårshelgerna. Totalt gjordes 174 233 beställningar och 91 524 svar gick ut. Under vissa veckor var det ont om tider för provtagning pga. det höga trycket och då gjordes ofta fler beställningar av samma person, därför skiljer sig antalet beställningar och provsvar åt.

## Digital mottagning Region Örebro län

Det fanns fortsatt möjlighet att boka digitalt besök hos Folk tandvården och Vårdcentralernas digitala mottagning samt digitalt återbesök till flera verksamheter inom RÖL.



De digitala besöken ökade under kraftigt under 2020, se graf ovan. Digitala nybesök kunde bokas till Ungdomsmottagningen, Vårdcentralernas digitala mottagning, Folk tandvårdens digitala mottagning och Ortodonti/ tandreglering. Ett 60-tal mottagningar och vårdcentraler erbjöd dessutom digitala återbesök. Nedan är en uppräknig av de mottagningar som haft flest digitala återbesök:

- Allmänpsykiatrisk öppenvård
- Psykiatri för barn och unga vuxna
- Vuxenhabiliteringen
- Karolina vårdcentral
- Lindesbergs vårdcentral
- Barn- och ungdomshabiliteringen
- Varberga vårdcentral
- Utvecklingsenheten för psykoterapi och psykologisk behandling
- Samtalsmottagning primärvård
- Tybble vårdcentral
- Regionhälsan
- Medicinska kliniken
- Kvinnokliniken
- Kirurgiska kliniken

## **1177 Vårdguiden på telefon**

Invånarnas behov av kontakt med Vårdguiden ökade kraftigt under pandemin. För att kunna besvara covidspecifika frågor anställdes eller lånades 25 sjuksköterskor in och genomgick inskolning för att kunna besvara covidrelaterade frågor. Även den ordinarie bemanningen har omorganiserats för att möta upp det ökade behovet utifrån det konstant höga inflödet av frågor gällande covid19.

Centrala smittspårningsenheten startades 1 oktober då två medarbetare från 1177 Vårdguiden på telefon samt ytterligare en medarbetare fr.o.m. november. Ett 40-tal smittspårare introducerades och platser bereddes för flera om behov skulle uppstå. Enheten kommer på sikt att organiseras under 1177 vårdguiden på telefon.

## **1.5. Klagomål och synpunkter**

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

Verksamhetschefen har det yttersta ansvaret för att klagomål och synpunkter i den egna verksamheten hanteras. Klagomål och synpunkter ska alltid bedömas och värderas utifrån ett vårdskadeperspektiv för att garantera god och säker vård. Vid misstanke om allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada (lex Maria) ska verksamhetschef involvera chefläkare. Detsamma gäller vid misstanke om brister i yrkesutövning hos legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.

Patientsäkerhetscontrollern har en viktig koordinerande roll. Inflödet och spridningen inom förvaltningen följs. Verksamheternas besvarande och efterlevnad till svarsrutin var genomgående god även under 2020.

Det nationella arbete som pågick under 2019 låg i princip nere under 2020 och arbetet via Inera med en enhetlig väg in till vårdgivaren gick inte vidare. Inte heller inom RÖL genomfördes vidare arbete med förbättrat IT-stöd för klagomålshanteringen under året.

## **1.6. Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet**

*SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 7 kap. 2 § p 5*

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.

Skyldigheten har funnits i lagstiftning och ledningssystem, men tydliggjordes än mer kraftfullt i föreskriften HSLF-FS 2017:40.

Avvikelsehantering ingår som en viktig beståndsdel i ledningssystemet tillsammans med egenkontroll. Varje verksamhetschef ska ha rutin för avvikelsehantering. Avvikelseansvarig på områdesnivå har ett nära samarbete med respektive chefläkare. Samtliga avvikelser rörande patientsäkerhet inom HS-förvaltningen läses och följs av patientsäkerhetscontroller med avsikt att identifiera allvarliga händelser som inte markerats till chefläkare såsom risk för allvarlig vårdskada.

## 1.7. Egenkontroll

*SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§, 7 kap. 2 § p 2*

Patientsäkerhet i vården bygger på att identifiera, mäta och följa upp skador och risker för skador, s.k. egenkontroll, i enlighet med föreskriften om ledningssystem. I detta ligger olika metoder och mätningar vars uppföljningar utgör grund för att nå målet med nollvision för vårdskador. Av regionens verksamhetsplan framgår grunden för intern styrning och kontroll (ISK). De inriktningsmål som finns gällande patientsäkerhet och personcentrerad vård följs upp i delårsrapporter. Exempel på egenkontroll finns tabell i bilaga 1.

Hälso- och sjukvården, liksom tandvården, står under statlig tillsyn från Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Säkerheten i vården baseras på vårdgivarens ansvar enligt regelverken, men också på egenkontroller och fullföljande av de anmälningsskyldigheter som föreligger. IVO bedriver därutöver sin tillsyn via inspektioner såväl utifrån pågående ärenden som egeninitierade områden. Under året har åtta IVO- inspektioner och tillsyner genomförts varav sju haft direkt koppling till ärenden och en fallit in under ramen för nationell tillsyn:

Inspektion	Tillsyn
Vävnadsinrättningen, Kvinnokliniken	Kvinnokliniken
	Psykiatrisk akut-och heldygnsvård
	Neuro-och rehabmedicinska kliniken
	Blodverksamheten RÖL
	Barn-och ungdomspsykiatri
	Informationssäkerhet
	Medicinsk vård och behandling av personer på särskilda boenden för äldre under covidpandemin

## 2. PROCESS

### 2.1. Åtgärder för att öka patientsäkerheten

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2*

År 2020 präglades första av pandemin covid orsakad av coronaviruset SARS-CoV-2. Hälso- och sjukvården fick det första fallet av covid 4 mars och därefter ökade antalet fall hastigt. Verksamheten präglades av en snabb uppskalning av vårdplatser på vanlig vårdavdelning och inom intensivvården för att på ett säkert sätt möta de behov patienter med covid hade, samtidigt som ett målmedvetet arbete pågick för att de undanträngningseffekter som uppstod till följd av det stora vårdbehovet för patienter med covid inte skulle äventyra patientsäkerheten för övriga grupper. Ett stort antal medarbetare lämnade sina vanliga verksamheter och deltog i den direkta patientvården inom olika enheter för vård av patienter med covid. Initialt bedrevs verksamheten i den vanliga linjeorganisationen men när antalet patienter ökade snabbt beslutades att gå upp i särskild sjukvårdsledning både regionalt och lokalt, och inte förrän efter sommaren avvecklades de särskilda sjukvårdsledningarna helt. Intensivvården arbetade på ett särskilt aktivt sätt med bedömningar på olika vårdavdelningar för att de patienter som bäst behövde intensivvård skulle kunna få det. Örebro kommun deltog också aktivt genom att öppna särskilda platser för vård av patienter med covid på Tullhuset. Sommaren medförde en minskning i antalet fall med covid men under hösten ökade antalet fall igen. Redan under den långa perioden med särskilda sjukvårdsledningar initierades ett arbete för att även senare snabbt kunna anpassa antalet vårdplatser för patienter med covid på vårdavdelning och inom intensivvården. Detta medförde att de särskilda sjukvårdsledningarna inte behövde aktiveras igen när antalet patienter ökade under hösten. Parallellt med planeringen av vården med covid planerades för att kunna bedriva så mycket som möjligt av den övriga sjukvården. Pandemin utgjorde en stor utmaning när det gäller patientsäkerheten samt ställde också mycket stora krav på enskilda medarbetares förmåga att anpassa sig till nya och ovana situationer, och det arbete som medarbetarna både direkt och indirekt utförde för patienter med covid kan inte nog lyftas fram.

### 2.2. Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits

Inom HS-förvaltningens olika områden och verksamheter har ett aktivt patientsäkerhetsarbete bedrivits vilket syns i denna sammanställning baserat på underlag från patientsäkerhetsronder.



## Vad har varit viktigast?

För **Akutkliniken USÖ** präglades större delen av år 2020 av covid. De förändringar i verksamheten som tidigt bedömdes nödvändiga medförde många snabba beslut och förändringar som fick byggas på begränsade beslutsunderlag och begränsad information och förankring. I och med pandemin kunde den tidigare fastslagna flyttplaneringen till den nya akutmottagningen inte genomföras, och det var en stor utmaning att hantera flyttprocesser parallellt med pandemin och bristen på personal. De nya lokalerna krävde dessutom en högre bemanning till följd av ökade avstånd inom akutmottagningen och mindre möjlighet att samordna personalresursen mellan barn- och vuxenakutmottagningen.

Inom **primärvården i Närsjukvårdsområde Örebro och söder** genomfördes det patientsäkerhetsronder med alla verksamheter och fokus låg där på att diskutera hur arbetet kring patientsäkerheten är organiserat. Verksamheten inom området präglades i övrigt också till stor del av pandemin och de förändringar den medförde.

Inom **primärvården i Område närsjukvård norr** medförde pandemin många snabba beslut och förändringar i verksamheten och pandemin bidrog också till en ökad vårdskuld i verksamheterna. Inom akutmottagningen i Område närsjukvård norr påverkades arbetet av jourförändringarna inom kirurgi och ortopedi. Inom primärvården i Område närsjukvård väster medförde pandemin likaledes stora utmaningar i att få verksamheten att fungera parallellt med uppdraget att hantera pandemin.

Verksamheten inom **Område medicin och rehabilitering** präglades, också under året till stor del av pandemin. Det gällde särskilt infektionskliniken, men även andra verksamheter som direkt eller indirekt deltog i arbetet knutet till pandemin. När det gäller patientsäkerhetsfrågor låg fokus under året f ö på basala hygien- och klädrutiner (BHK), blåsöverfyllnad, vissa läkemedelsfrågor samt reservrutiner. Inom barnkliniken genomfördes ett särskilt arbete för att skapa ordning i bevakningar till bl a specialmottagningar. Patientsäkerhetsronder genomfördes med alla kliniker inom området.

**Område opererande och onkologi** och **Område thorax-kärl-diagnostik** slogs 1 september ihop till ett gemensamt område. Inom detta nya område genomfördes under året sammanlagt nio patientsäkerhetsronder, vilket innebär hälften av verksamheterna.

Inom **Område psykiatri** genomfördes under året ett organiserat patientsäkerhetsarbete i särskilda vårdsäkerhetsteam, inklusive arbete med avvikelshanteringen. Ett särskilt fokus lades på säker läkemedelshantering och

säkerställande av behandlingsinsatser enligt rutin i vård- och insatsprogram. Det tillsattes också utskrivningssamordnare inom flera verksamheter.

Inom **Område habilitering och hjälpmedel** förbättrades samverkan gällande patienter med autismspektrumtillstånd och psykiatrisk samsjuklighet. Det genomfördes ett arbete för ökad tydlighet i vad som är psykiatri och vad som är habilitering för att minska risken att patienter hamnar mellan stolarna.

### **Vilka har varit de största riskerna för patientsäkerheten?**

För **Akutmottagningen USÖ** var de största riskerna kopplade till pandemin med bl. a fördröjning i väntan på triage, förlängt omhändertagande på Akutmottagningen, brist på rum och utrustning, relativ underbemanning vid hög belastning samt brister i omvårdnad.

För **primärvården inom Område närsjukvård Örebro och söder** kvarstod som en viktig fråga de redan tidigare identifierade stora riskerna kopplade till hyrpersonal med bristande kontinuitet i uppföljning och överlämning.

Inom **primärvården och Akutmottagningen Område närsjukvård norr** utgjorde pandemin en stor risk, men det fanns även specifikt inom Akutmottagningen Område närsjukvård norr processbrister i jourförändringen inom kirurgi och ortopedi. Ytterligare en risk utgjorde resursbrist avseende ambulanser.

Inom **Område närsjukvård väster** gick organisationen på högvarv hela vägen från högsta chefsled ned till personalen i verksamheterna vilket ställde höga krav på god kommunikation, tydlig fördelning av ansvar, snabba beslut, riskbedömningar/riskanalyser, uppföljningar och tydliga rutiner för att inte missa olika delar.

Inom **Område medicin och rehabilitering** bedömdes fall som den största enskilda patientsäkerhetsrisken, förutom situationer kopplade till pandemin, men även fortfarande blåsöverfyllnad och brister i olika delar av läkemedelshantering/ordinationer.

Inom **Område opererande och onkologi/thorax-kärl-diagnostik** saknades under den första tiden med särskilda vårdplatser för patienter med covid inom intensivvården adekvat utbildning och samordning av material för skydd av personal och patienter vilket försvårade vårdarbetet. Under hösten utgjorde en hög arbetsbelastning och många sjuka patienter med komplikationer en risk, relaterat till brister på vårdplatser inom IMA/IVA. Det fanns också brister i kommunikation och

dokumentation. Viss överflyttning mellan IVA-avdelningarna i länet skedde vilket alltid innebär en patientsäkerhetsrisk.

Inom **Område psykiatri** identifierades risker gällande bl a övergångar i vården med komplexa och svårbehandlade patienter med flera diagnoser som kräver expertkunskap från olika specialiteter, och som kräver långvarig vård som vare sig regionens hälso- och sjukvård eller kommunerna kan erbjuda. För denna grupp krävs ett tätt samarbete mellan olika vårdgivare och samarbetet kan även inkludera somatisk vård. Brist på läkare med hyrläkarberoende som följd innebar också en risk. Ytterligare en situation var avsaknad av lösning för säkra transporter av utagerande och våldsamma patienter som måste ske med kort varsel.

Inom **Område habilitering och hjälpmedel** sågs brister i handläggning av ärenden till försäkringskassan. Läkarbrist noterades också här som en patientsäkerhetsrisk.

### **Finns det mönster/trender inom området?**

Inom **Akutmottagningen USÖ** ses en negativ trend när det gäller arbetsmiljö och stress, men även gällande långa ledtider på överlämningar till röntgen och/eller vårdavdelning, samt blåsoverfyllnad och andra omvårdnadsbrister. För ambulansen gäller det felprioriteringar från SOS och att vårdcentraler ringer efter ambulans utan att ha fullgjort transportordination.

Inom **primärvården i Område närsjukvård Örebro och söder** ses en trend med ett minskat antal avvikelser under 2020 i samband med pandemin. En mycket positiv trend är ett högt engagemang hos nyutbildade verksamhetschefer kring att organisera och hantera arbetet med avvikelser.

För **Område närsjukvård norr** noteras att omhändertagandet av patienter i vårdkedjan mellan psykiatri och primärvård utvecklas negativt. Någon trend till förbättring när det gäller blåsoverfyllnad, fall och trycksår kan inte ses.

Inom **Område närsjukvård väster** ses en negativ trend när det gäller hantering av ärenden, och antalet ärenden äldre än ett år innan åtgärd har fördubblats.

Inom **Område medicin och rehabilitering** noteras ett minskat skuldbeläggande kring avvikelser och ett ökat engagemang hos läkare att skriva avvikelser. Det finns också ett ökat fokus på akuta förlopp och att bedömningar, undersökningar och ställningstaganden ska ske i rätt tid. Ytterligare en positiv trend är säkrande av rutiner för bevakning av provsvar och undersökningar när remittenten inte är i tjänst.

Inom **Område opererande och onkologi/thorax-kärl-diagnostik** ses bl. a. hög arbetsbelastning, hög vårdtyngd och trött personal samt ökat antal transporter mellan sjukhus. En positiv trend är att det vid patientsäkerhetsronder framkommit att verksamheten ser fördelar med att jobba med åtgärder som lyfts fram i avvikelser och internutredningar. En positiv del i verksamheten är också användandet av NEWS2 med syfte att tidigt identifiera komplikationer.

Inom **Område psykiatri** är en positiv del implementeringen av nya rutiner kring tvångsvård, liksom vårdprogram rörande suicidnära patienter.

### **Vad har varit bäst under året?**

Inom **Akutmottagningen USÖ** finns ett stort engagemang i patientsäkerhetsfrågor. Ett projekt med ambulanssjuksköterskebemannning på SOS för mer precis prioritering av ambulansresurs har etablerats liksom en samverkansgrupp för akuta processer.

Inom **primärvården Område närsjukvård Örebro och söder** noteras engagemanget hos nytillträdna verksamhetschefer kring arbete med avvikelser och internutredningar.

Inom **Område närsjukvård norr** noteras verksamheternas engagemang i patientsäkerhetsfrågor samt patientsäkerhetsronderna. Det finns en generellt en icke-skuldbeläggande patientsäkerhetskultur, med flera forum inom verksamheterna för återkoppling och diskussion i patientsäkerhetsfrågor.

**Område närsjukvård väster** lyfter fram samarbetet för att lösa den mycket komplexa situationen med en helt ny grupp av svårt sjuka patienter med samverkan över gränserna mellan sjukvården i både närsjukvårdsområdet och länsdelsverksamheterna, samt med vårdgrannar.

Inom **Område medicin och rehabilitering** noteras särskilt tidigare nämnda målmedvetna arbete gällande bevakning av provsvar liksom ett stort engagemang när det gäller fallförebyggande åtgärder.

Inom **Område opererande och onkologi/thorax-kärl-diagnostik** lyfts särskilt fram att patientsäkerhetsorganisationen har involverat flera områden för att säkerställa patientsäkerheten, vilket i sig har inneburit flera övergripande uppdrag.

Inom **Område psykiatri** är implementering av vårdprogrammet om suicidnära patienter en viktig del som lett till en radikal minskning av suicid eller allvarliga

suicidförsök. En annan del är en kraftig minskning av osignerade prover och journalanteckningar samt oskrivna diktat.

Inom **Område habilitering och hjälpmedel** förbättrades samarbetet mellan ortopedteknik och ortopediska kliniken när det gäller korsetter till barn.

### **Hur har organisationen av patientsäkerhetsarbetet utvecklats?**

På **Akutmottagningen USÖ** tillsattes en medicinskt ledningsansvarig läkare med en specialist i akutsjukvård.

Inom **primärvården Område närsjukvård Örebro och söder** noterades från VHC en ökad tillgänglighet för diskussion av avvikelser med verksamhetsutvecklare/chefläkare samt stöd med internutredningar.

Inom **Område närsjukvård norr** deltar chefläkaren i ledningsgruppsmöten och patientsäkerhetsgruppsmöten och det noterades utökade kontakter mellan chefläkare och verksamhetschefer. Chefläkare, administratör och avvikelssamordnare har regelbundna avstämningar.

Inom **Område medicin och rehabilitering** ses patientsäkerhetsarbetet allt mer som en naturlig del i vardagsarbetet av fler och fler medarbetare och läkarkategorin blev allt mer aktiv. Det förekom färre avvikelser med rena klagomål. Inom området finns ett väl etablerat arbetssätt med avstämning varje vecka inom områdets patientsäkerhetsgrupp.

Inom **Område opererande och onkologi/thorax-kärl-diagnostik** involverade, som nämnts ovan, patientsäkerhetsorganisationen flera områden för att säkerställa patientsäkerheten vilket medförde flera övergripande uppdrag.

Inom **Område psykiatri** bedrivs patientsäkerhetsarbetet mer systematiskt och sker gemensamt över klinikgränserna. Det sker en daglig bevakning av avvikelser på områdesnivå och information förmedlas till chefläkare om allvarliga avvikelser.

Inom **Område habilitering och hjälpmedel** sker daglig bevakning av avvikelser på områdesnivå och information ges till chefläkare om allvarliga avvikelser.

## **Chefläkares/anmälningsansvarigs analys av patientsäkerhetsarbetet 2020**

År 2020 var på många sätt ett oroligt år för **Akutkliniken USÖ**. Pandemin medförde flera signifikanta omställningar och förändringar i verksamheten. Dessa omständigheter skapade risker för såväl kvalitet som patientsäkerhet. Genom verksamhetens systematiska kvalitetsarbete identifierades enstaka fall med allvarlig vårdskada. Därutöver fanns det i avvikelseflödet tendens till försämrad vård-/omvårdnadskvalitet, framförallt under tidig höst. Året visade också på de verksamhetsrisker som en oordnad ledningsorganisation och resurs-/kompetensbrist kan medföra för kvalitet och patientsäkerhet. Trots de utmaningar året innebar präglades klinikkens verksamhet av en hög ambitionsnivå och stort engagemang i patientsäkerhetsfrågor bland både chefer och medarbetare.

Året dominerades verksamheten inom **primärvården i Område närsjukvård Örebro och söder** av pandemin i flera avseenden. När det gäller patientsäkerhetsaspekten kom det en granskning från IVO kring primärvårdens läkarinsatser i äldrevården. IVO kritiserar där avsatta resurser, utformningen av läkarinsatser och brister i dokumentationen. Alla verksamheter deltog i patientsäkerhetsronder men på grund av pandemin genomfördes en del av dessa digitalt. Fokus vid patientsäkerhetsronderna låg på att diskutera hur arbetet med patientsäkerheten är organiserat. Tanken var både att informera om processen från verksamhetsutvecklarens/chefläkarens sida och att fånga upp idéer från verksamheterna. Ett flertal frågor togs upp och en särskild fråga var vårdskulden i samband med pandemin. Hyrläkarberoende förblir det största problemet för vissa verksamheter.

Inom **Område närsjukvård norr** präglades verksamheten av ett stort engagemang i patientsäkerhetsfrågor. Patientsäkerhet och kvalitet lyftes och bevakades aktivt i många olika forum. Särskilt samspelet med den kommunala sjukvården präglas av en genomtänkt struktur för samarbetet, liksom av ömsesidigt förtroende. Liksom för övriga hälso- och sjukvården medförde pandemin utmaningar för område närsjukvård norr. Ovan nämnda granskning från IVO gällde bl a. en av vårdcentralerna i Område närsjukvård norr. Granskningen kommer fungera som en viktig återkoppling kring möjliga förbättringsområden i den framtida vården av patienter med hemsjukvård och på SÄBO. De under 2020 genomförda organisations- och verksamhetsförändringarna med jourförändringar inom kirurgi och ortopedi, förändrad röntgenjourverksamhet och förändrad tillgänglighet till vårdcentralsjouren påverkade arbetet inom Område närsjukvård norr. Dessa förändringsprocesser belyser vikten av riskanalyser och fungerande besluts-, förankrings- och informationsprocesser. Det finns också avsevärda patientsäkerhetsrisker kopplade till hyrläkarberoendet. Det är viktigt att det finns ett etablerat och väl fungerande kvalitetssäkringssystem för de hyrläkare som

anlitas i regionen, och att individer som inte möter basala medicinska kunskapskrav, och/eller på annat sätt är olämpliga att tjänstgöra som läkare i regionen, identifieras.

Inom **Område närsjukvård väster** var 2020 genom pandemin ett år med stora förändringar i organisationen på kort tid med omställningar som ibland skedde inom loppet av några dygn. Detta ställde stora krav på flexibilitet i verksamheten och vikten av snabba riskanalyser och uppföljningar och ett lyhört Kliniskt träningscentrum som snabbt kunnat ordna utbildningar riktade mot vård vid covid-19 blev särskilt tydlig. Även samarbetet inom närsjukvården med omställning och start av en helt ny covidavdelning präglade 2020. Avvikelsehantering och utredningar kunde inte hålla samma fart som ett normalår och detta blev särskilt tydligt i ärenden med handläggningstid på över ett år.

Inom **Område medicin och rehabilitering** bedrivs ett aktivt säkerhetsarbete med ambitionen att förebygga vårdskador och kunna ge så god vård som möjligt. En stor personalomsättning försvårar detta, men man arbetar aktivt med rutiner för att introducera ny personal i olika yrkeskategorier. En särskild dimension under 2020 var vård av patienter med covid-19 vilket ställde stora krav på olika enheter både direkt och indirekt. Patientsäkerhetsronder genomfördes med samtliga kliniker utom infektionskliniken, vars patientsäkerhetsrond fick skjutas upp till början av 2021 på grund av ökade krav på verksamheten i samband med att antalet patienter med covid-19 ökade igen under november och december. Chefläkaren hade en egen punkt vid åtminstone var annat möte i ledningsgruppen.

Inom **Område opererande och onkologi/thorax-kärl-diagnostik lyfts** fram att chefläkargruppen utvecklades och det fördes en väldigt bra dialog i flertal ärenden samt att gruppen utgjorde ett bra stöd till varandra i ärenden. Delaktigheten på övergripande nivå är viktig för att få en helhetsbild och för att kunna kommunicera inom egna området.

Inom **Område psykiatri** visade alla verksamheter stor delaktighet i hantering av klagomål, utredning av avvikelser och uppföljning av Lex Maria-ärenden. Utmaningen för psykiatrin år 2021 är att på områdesnivå arbeta fram beskrivningar av vårdnivåer och vidta nödvändiga åtgärder för att genomföra detta.

Även inom **Område habilitering och hjälpmedel** visade alla verksamheter stor delaktighet i hantering av klagomål och utredning av avvikelser.

## **Avgörande faktorer i patientsäkerhetsarbetet framåt?**

Den pågående omorganisationen av Hälso- och sjukvården områden innebär en omställning i ledning och styrning på alla nivåer och fokus på god vård och patientsäkerhet måste hållas. Även kompetensförsörjning nu och i framtiden är avgörande liksom verksamhetens egenkontroll av hyrpersonal och nyanställda avseende följsamhet till rutiner, introduktionsmaterial och checklistor. Stabila IT-system och införandet av FVIS/Visus är en viktig del i utveckling framåt gällande patientsäkerhet. För ett fungerande samarbete med kommunal hälso- och sjukvård är ett vårdinformationsstöd som gynnar samverkan nödvändigt. Utifrån situationen med pandemin är det viktigt att vara observant på de undanträngningseffekter som uppstår för andra patientgrupper.

För primärvården blir det viktigt med införande av åtgärder kring brister i läkarinsatser i äldrevård enligt IVO:s granskning december 2020 liksom ett fungerande kunskapsstöd. Fortsatt utveckling av vårdkedjan mellan primärvård och psykiatri kommer fortgå för att säkerställa att patienter inte hamnar mellan stolarna.

Trots att en god utveckling har skett från en skuldbeläggande kultur gällande avvikelser är det av största vikt att fortsätta arbetet med öppenhet och dialog runt patientsäkerhetsrisker och patientsäkerhetsfrågor med fokus på förändring och förbättring. Ett öppet klimat gynnar det organisatoriska lärandet, ger möjlighet att lära av varandra samt en samlad överblick över problemområden och de åtgärder som behöver vidtas.

Att inkludera medicinsk kompetens i relevanta beslutsforum säkerställer att patientsäkerhetsperspektivet finns med.

## **2.3. Informationssäkerhet**

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§*

Information är en av Region Örebro läns (nedan regionen) viktigaste tillgångar och en förutsättning för en säker och effektiv verksamhet. Med informationssäkerhet inom regionen menas att kraven på konfidentialitet, riktighet och tillgänglighet är tillgodosedda. Medborgarna ska kunna lita på att den information regionen hanterar och att den skyddas på ett bra vis

Informationssäkerhetspolicyn beskriver regionens mål och övergripande principer som gäller för informationssäkerhet i verksamheten.



Även informationssäkerhetsarbetet påverkades av den rådande pandemin. Flera planerade aktiviteter gick på sparlåga eller ställdes in helt samtidigt som nya aktiviteter istället aktualiserades.

I pandemins början uppkom många frågor på temat digitala möten. Det handlade både om interna och externa möten med olika mötesdeltagare (patienter, politiker etc.). Frågorna gav upphov till uppdaterade riktlinjer för digitala möten som i sin tur ledde till nya möjligheter att på säkra sätt kunna genomföra olika digitala möten.

Under årets senare del förekom ett flertal större IT-angrepp mot myndigheter och företag där känsliga uppgifter stals och lades i vissa fall ut tillgängliga på internet. Utifrån att hoten mot myndigheter och inte minst regioner ökat betydligt så håller MSB möten med regioner och andra myndigheter varje vecka där aktuella hot och risker tas upp. Dessa möten gör att alla tillsammans kan agera snabbare vid händelser och framför allt förebygga att incidenter inträffar.

Under 2020 har Datainspektionen (DI) meddelat tillsynsbeslut för flera regioner och privata vårdgivare utifrån kraven i GDPR. DI granskade hur åtta vårdgivare styr och begränsar personalens åtkomst till huvudjournalssystemen. DI upptäckte brister som i sju av de åtta fallen leder till administrativa sanktionsavgifter på upp till 30 miljoner kronor.

DI tog under våren emot klagomål mot hälso- och sjukvårdsnämnden i regionen som gjorde gällande att känsliga personuppgifter om en patient publicerats på regionens webbplats. DI granskning visar att regionens hälso- och sjukvårdsnämnd gjort fel och nämnden uppmanades att åtgärda de brister som upptäckts. Vidare utfärdades även en administrativ sanktionsavgift på 120 000 kronor.

Det finns fortfarande ett stort behov av att öka kunskapen i regionens verksamheter om när och hur informationsklassningar och riskanalyser ska ske. Fler personer i verksamheterna behöver kunna genomföra både klassningar och riskanalyser. Detta behov är mycket tydligt inte minst utifrån den efterfrågan som finns från verksamheten men även utifrån det informationssäkerhetsarbetet som behöver ske enligt både GDPR och NIS-lagstiftningen.

För mer detaljer se *Årsrapport Informationssäkerhet 2020*.

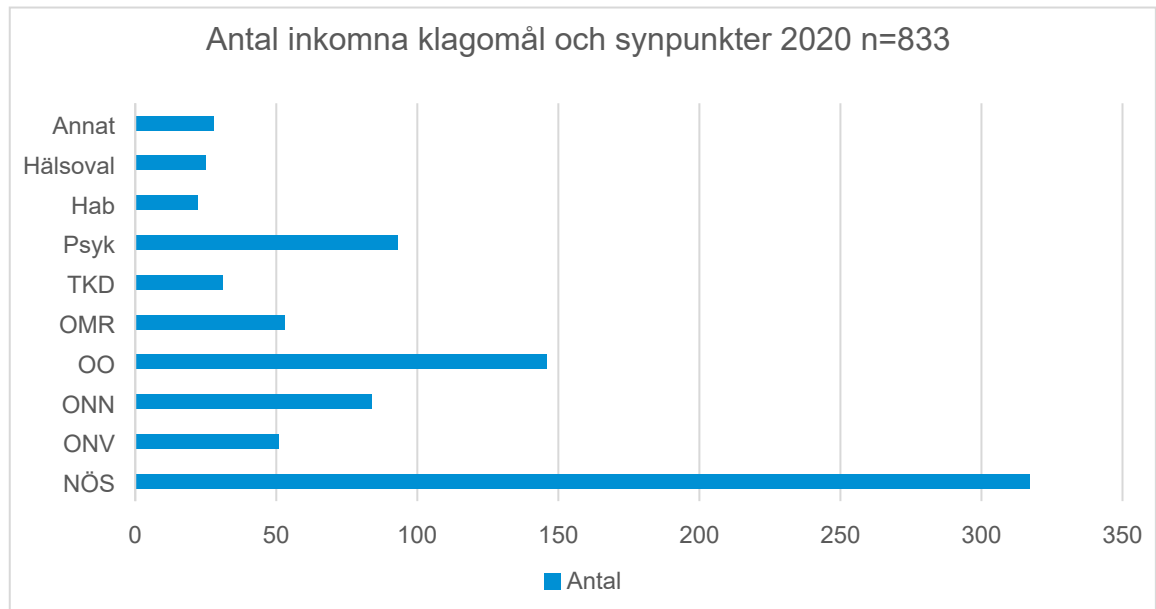
## 3. RESULTAT OCH ANALYS

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

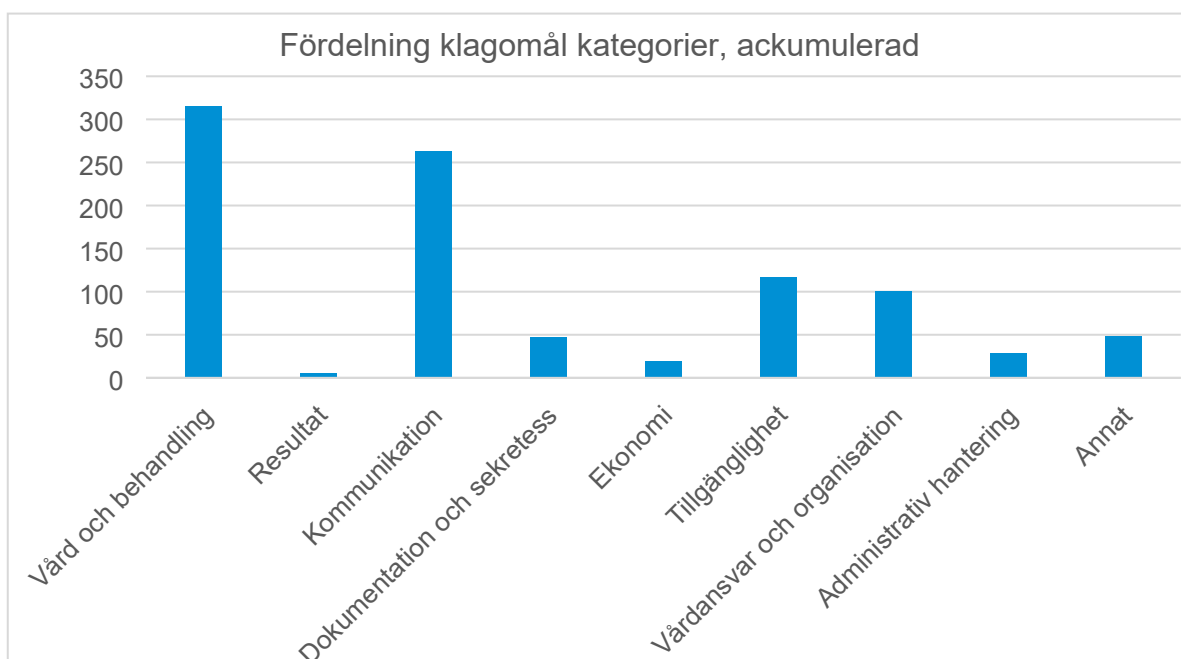
### 3.1. Klagomål och synpunkter

Under 2020 inkom 833 klagomål och synpunkter till Region Örebro län, vilket är en minskning mot föregående år (882). Det mest frekventa sättet att framföra sitt klagomål var via e-tjänsterna på 1177 och det största orsaksområdet för klagomålen var vård och behandling.

#### Fördelning områdesvis\*



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



En betydlig minskning av klagomål och synpunkter märktes under perioden april-juni. Under hösten återgick antalet till de nivåer vi tidigare sett. En ny typ av klagomål dök upp under hösten gällande svårigheter att hitta svar efter genomgången covidtest på 1177.se. Kontakt etablerades med IT och Kommunikation för att utreda orsaken. Flera andra regioner hade samma problem och ett nationellt arbete med informationen på 1177.se startades med syfte att förbättra och underlätta för medborgarna gällande provsvar.

Fyra klagomål inkomna under året genererade lex Maria-anmälan.

### Exempel på förbättringsarbete utifrån klagomål

Klagomål	Åtgärd
Bemötande	Arbete med att medvetandegöra problematiken kring brister i professionellt bemötande.
Vårdansvar och organisation	Gemensam avvikelshantering mellan kommunal och regional sjukvård efter ett klagomål kring en patient som ådragit sig en höftfraktur på ett SÄBO. Viktigt både i det enskilda fallet och som strategisk utveckling inom ett viktigt samverkansområde
Vård och behandling	Åtgärder för att öka uppmärksamheten och beredskapen att agera snabbt vid symtom på diabetes typ 1 vid flera vårdcentraler  Otydlighet kring uppföljning av tarmbesvär har lett till förändring av vårdprogram och uppföljning i primärvård.

Andelen besvarade klagomål inom utsatt tid (4 veckor) ligger kvar på en mycket hög nivå. I pandemins initiala skede sågs en nedgång i besvarandet och informationstext om hälso-och sjukvårdens pressade situation och förlängd svarstid lades ut i befintliga kanaler för klagomål och synpunkter. Liksom under föregående år är det mycket få patienter/närstående som inkommer med påföljande klagomål efter besvarande vilket tolkas positivt.

## 3.2. Egenkontroll

Förutom de rubriker som presenteras nedan utförs många typer av egenkontroller i olika verksamheter, se bilaga 1.

## 3.3. Avvikelser

En avvikelse definieras som en ej förväntad händelse som medfört eller kunnat medföra skada på patient medarbetare, besökande, utrustning eller organisation.

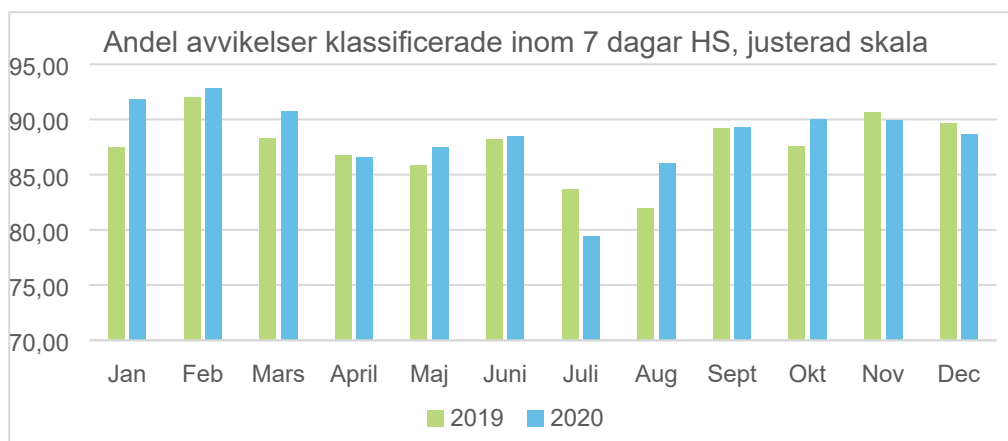
Hälso-och sjukvårdspersonal ska rapportera vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada eller annan allvarlig skada till vårdgivaren enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659).

	Antal avvikelser 2020	Varav patientsäkerhet	Antal avvikelser 2019
HS-förvaltning	9234	6301	10322
Folktandvård	514	249	635
Regionservice	730	96	931

Under 2020 rapporterades färre avvikelser i samtliga förvaltningar jämfört med föregående år. Den största minskningen ses under pandemins första månader och under hösten ökade rapporteringen.

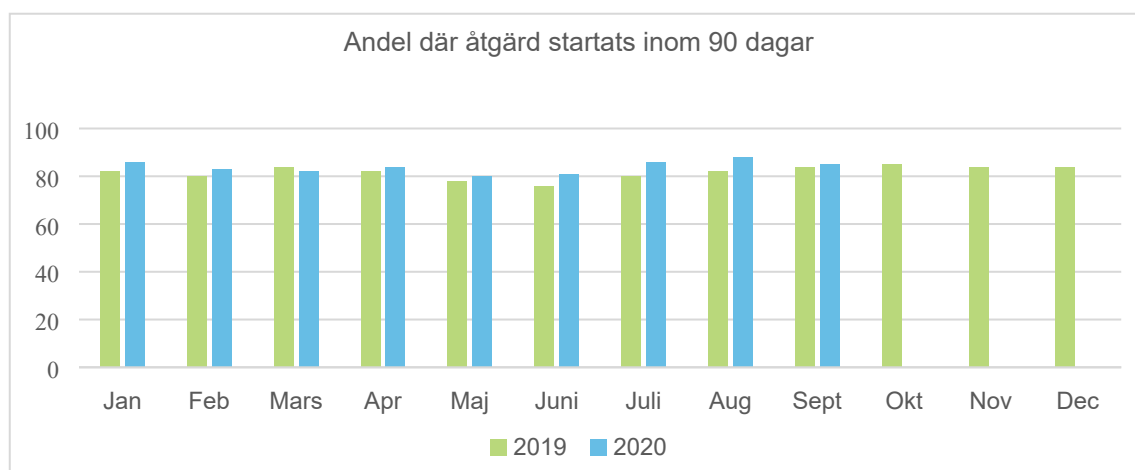
### Resultat målnivåer

Målnivån vid 7 dagar anger att avvikelsen öppnats och klassificerats. Detta är avgörande för att tillbuden ska fångas upp samt att åtgärder vidtas. Mål:  $\geq 70\%$ .



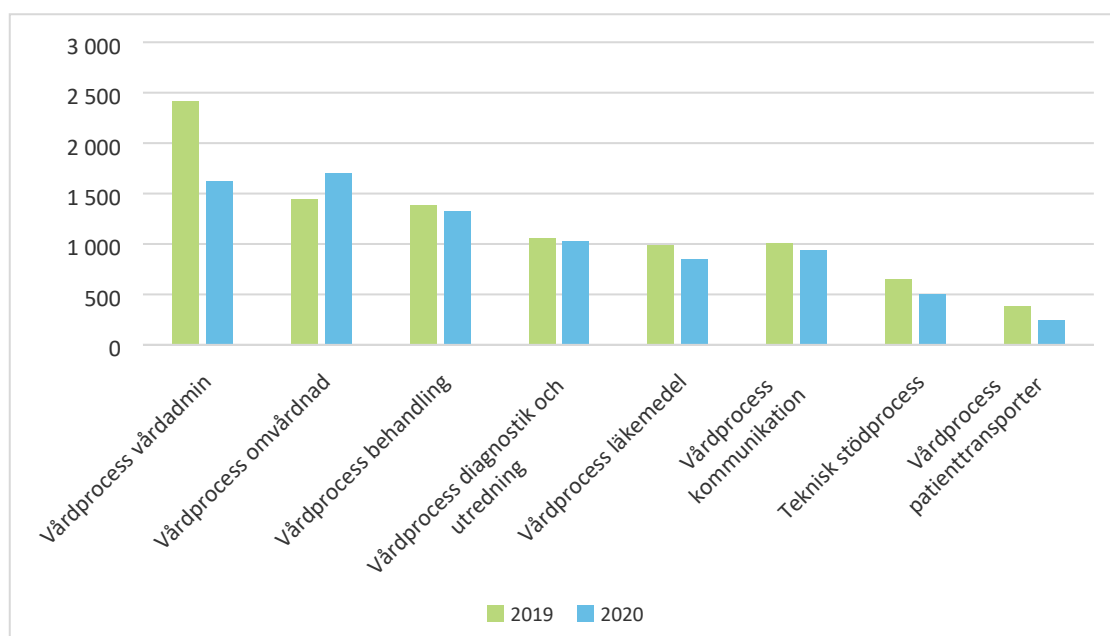
Målnivån nåddes med god marginal under hela året även under pandemins mest intensiva månader. Det visar att det etablerade arbetssättet gällande avvikelser fungerar och prioriteras även i pressade situationer.

### Andel avvikelser där åtgärd påbörjats inom 90 dagar. Mål: $\geq 90\%$



En marginell förbättring ses jämfört med föregående år. Med tanke på de utmaningar verksamheter ställdes inför under 2020 prioriterades ändå arbetet med avvikelser vilket är mycket positivt ur patientsäkerhetsperspektiv.

## Avvikelser inom olika vårdprocesser



Vårdprocesser inom HS-förvaltningen ex:

**Vårdadministration:** journalföring, intyg, diktering, kallelser, väntelista och svar.

**Omvårdnad:** trycksår, fall, hygien, katetrar och infarter.

**Behandling:** medicinsk behandling, rehabilitering och kirurgisk behandling.

**Diagnostik och utredning:** MR, röntgen, ultraljud och provtagning.

**Läkemedel:** ordination, administration, dosering, recept.

De senaste åren rapporterades flest avvikelser i kategorin vårdadministration. Under 2020 sågs en markant minskning i dessa avvikelser främst under pandemins initiala skede. Däremot ökade avvikelser i kategorin omvårdnad och är nu den största gruppen. Det kan dels bero på att kategorin används relativt brett så även andra händelser som ej är relaterat till omvårdnad hamnar här men mest troligt att ökningen speglar den pressade situationen med ett ökande svårt sjuka patienter och utmaningen i att ta hand om dessa på bästa sätt i ett läge som aldrig tidigare upplevts.

## Exempel på förbättringsåtgärder efter avvikelser

Avvikelse	Förbättringsåtgärd
Omvårdnad	Massiva insatser i utbildning blåsöverfyllnad Ny rutin vid fallriskbedömning för sjuka, svaga patienter som förflyttar sig utan hjälp trots vidtagna åtgärder
Vårdadministration	Förbättringsarbete med flöde/rutin för att inte missa att sätta upp patient på väntelista Fortsatt arbete på bred front under 2021
Rutiner och riktlinjer	Uppdatering av protokoll för rädda hjärnan-larm Uppstramning av rutin för låsning av fönster på vårdavdelning

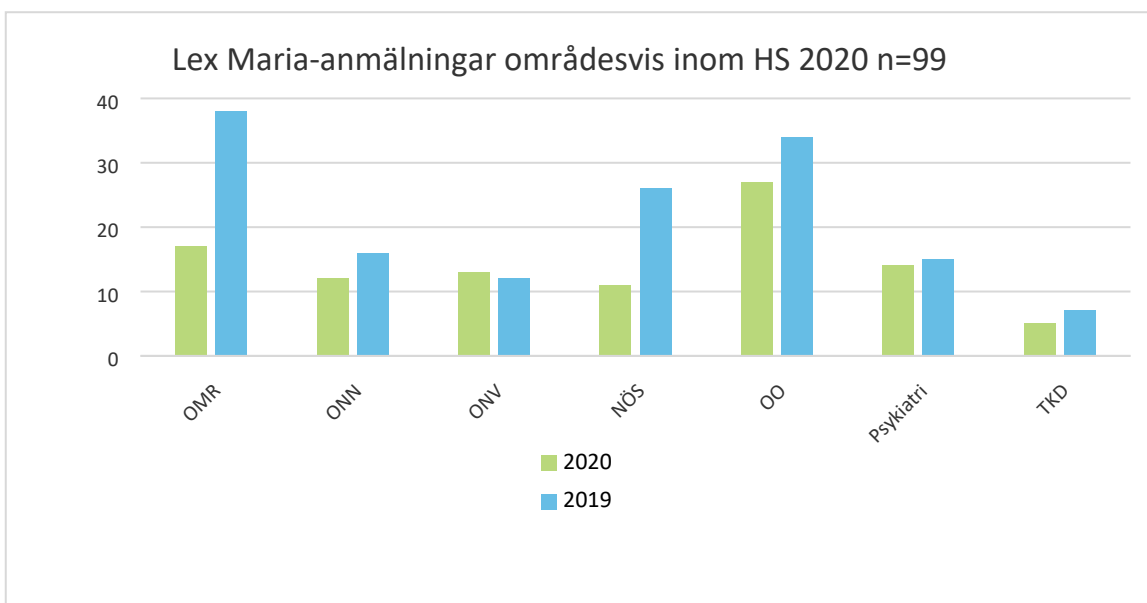
	Strukturerat sätt att utbilda och påminna om rutiner genom att regelbundet anslå en specifik rutin som ska repeteras. Uppföljning av kunskapen sker vid möten på vårdavdelningarna. Förbättringsarbete kring stroke-vårdkedja med uppföljning 2021
Kommunikation	Avvikelser gällande kommunikation mellan slutenvården och primärvården resulterade i förtydligande i remissöverenskommelse

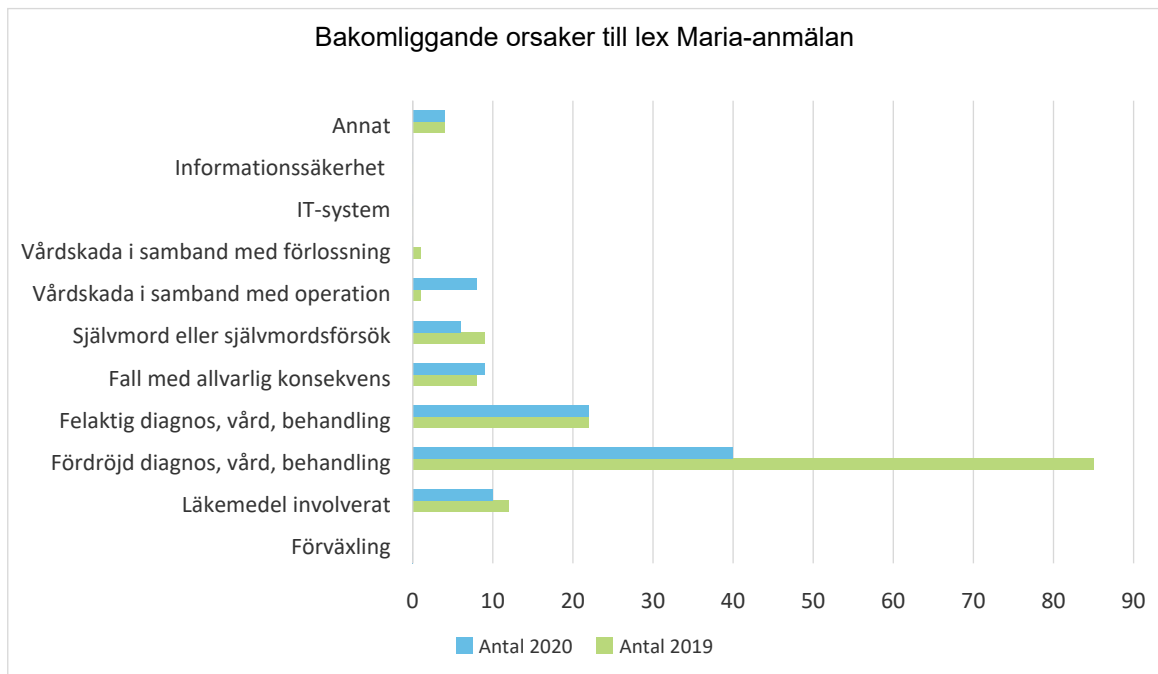
## 4. Vårdgivarens anmälningsskyldighet

### 4.1. Allvarlig vårdskada

När en patient drabbats av eller utsatts för risk för allvarlig vårdskada är det vårdgivarens skyldighet att utreda och anmäla händelsen till IVO enligt patientsäkerhetslagen. Tillbud och händelser av sådan allvarlighetsgrad tas upp på chefläkarmöten för bedömning, diskussion, samsyn och ensning av anmälningsunderlag, och internutredning. I anslutning till detta beslutas om fördjupad utredning, d. v. s händelseanalys.

Under 2020 verkställde HS-förvaltningen 99 lex Maria-anmälningar. Det är en minskning med 33% jämfört med föregående år. Det gjordes även 26 anmälningar till Läkemedelsverket.





## Händelser och vårdskador

Det minskade antalet anmälningar härrör till stor del från en minskad avvikelserapportering under pandemins första månader. Många verksamheter ställde om med exempelvis minskat antal operationer och mottagningsbesök vilket kan ha medfört att situationer då händelser som genererar avvikelser minskade. Andra verksamheter fick skala upp för att möta behovet av vård hos covidpatienter vilket ledde till en ökad arbetsbelastning där den enskilde medarbetaren möjligen inte kunnat prioritera att rapportera avvikelser som när normala omständigheter råder. Under hösten uppmärksammades några avvikelser där patienter pga. pandemin inte kallades eller valde att avstå besök till hälso-och sjukvården vilket medförde försening av allvarlig diagnos. Det kommer sannolikt att ses även under nästkommande år och är viktigt att följa.

## Exempel på åtgärder utifrån internutredningar vid lex Maria

- Reviderad belastningsalgoritm för AKM USÖ utifrån nya lokaler och arbetssätt.
- Avvecklat sållningstriage som var nödvändigt under pandemins initialskede
- Förbättrad info till patienter med buksmärta.
- Ändring av endokrinologens behandlingsalgoritm vid osteoporosbehandling samt en bred utbildningsinsats från Läkemedelscentrum kring risker vid behandling med Prolia.
- Riktlinjer för UVI hos barn gjordes samstämiga med Stramas riktlinjer.
- Förbättrad introduktion, egenkontroll och uppföljning av hyrläkare.
- Implementering av s k ambulansordination på vårdcentraler.



- Utbildning i ankeltrycks-index för sjuksköterskor.
- Genomgång av transportrutiner vid svårt sjuk patient från vårdcentral till akutmottagning så att ambulanstransport väljs för möjlighet till övervakning vid sådant behov.
- Påminnelser om vikten av att reagera snabbt är svaret vid en röntgenundersökning visar något helt annat än frågeställningen i remissen.
- Översyn av signering och uppföljning vid tillfälligt inhyrd personal på vårdcentral för att säkra upp för patienten vid SVF-förlopp.
- Nya rutiner gällande patienter som avslutats/uteblivit, utbildning inom suicidprevention för samtliga medarbetare samt förbättrad intern samverkan då utredningar och åtgärder tagits fram gemensamt.
- Tydliga rutiner för remissuppföljning inom slutenvård samt rutiner för vård med stöd av LPT .

### Anmälan av legitimerad personal

Enligt patientsäkerhetslagen (PSL 3 kap. 7§) ska legitimerad hälso-och sjukvårdspersonal som kan utgöra en fara för patientsäkerheten anmälas till IVO. Skyldigheten omfattar alla anställningsformer dvs. ordinarie såväl som inhyrd personal och vikarier oavsett om vederbörandes anställning avslutats. Anmälan till IVO verkställs i samråd mellan verksamhetschef, HR och chefläkare. Grund för anmälan utgörs ofta av t. e x läkemedelsstöld, missbruk, sjukdom och uppenbar kompetensbrist.

Antal anmälningar per område:

Område NÖS	2
OO	3
Psykiatri	2
ONN	3
<b>Totalt</b>	<b>10</b>

## 4.2. Risk- och händelseanalys

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

Utifrån SKR:s handbok används standardiserade metoder för att identifiera och förebygga risker samt utreda händelser. Syftet med analysen är att föreslå åtgärder som eliminerar eller minskar riskerna för vårdskador och tillbud. Efter avslutad händelseanalys sker publicering i nationella kunskapsbanken Nitha, som stödjer lärande utifrån andras erfarenheter.

Alla händelseanalyser ska följas upp efter sex månader för avstämning om beslutade åtgärder är genomförda och har haft avsedd effekt.

Nedan ses en tabell över initierade och utförda risk-och händelseanalyser under 2020.

<b>Händelseanalys</b>	<b>Risikanalys</b>
Omhändertagande av multisjukt barn	Risikanalys patientkritiska transportflöden av patienter och personal på USÖ
	Risk- och konsekvensanalys Akutlaboratoriet Lindesberg
	Risikanalys av protonstrålbehandlingsprocessen mellan Skandionkliniken och universitetsklinikerna
	Risikanalys avseende orosanmälan
	Risikanalys avseende distansarbete med hemarbetsplatser
<b>Totalt 1</b>	<b>Totalt 5</b>

Risikanalysinstrumentet användes systematiskt även i verksamhetsnära analyser som exempelvis:

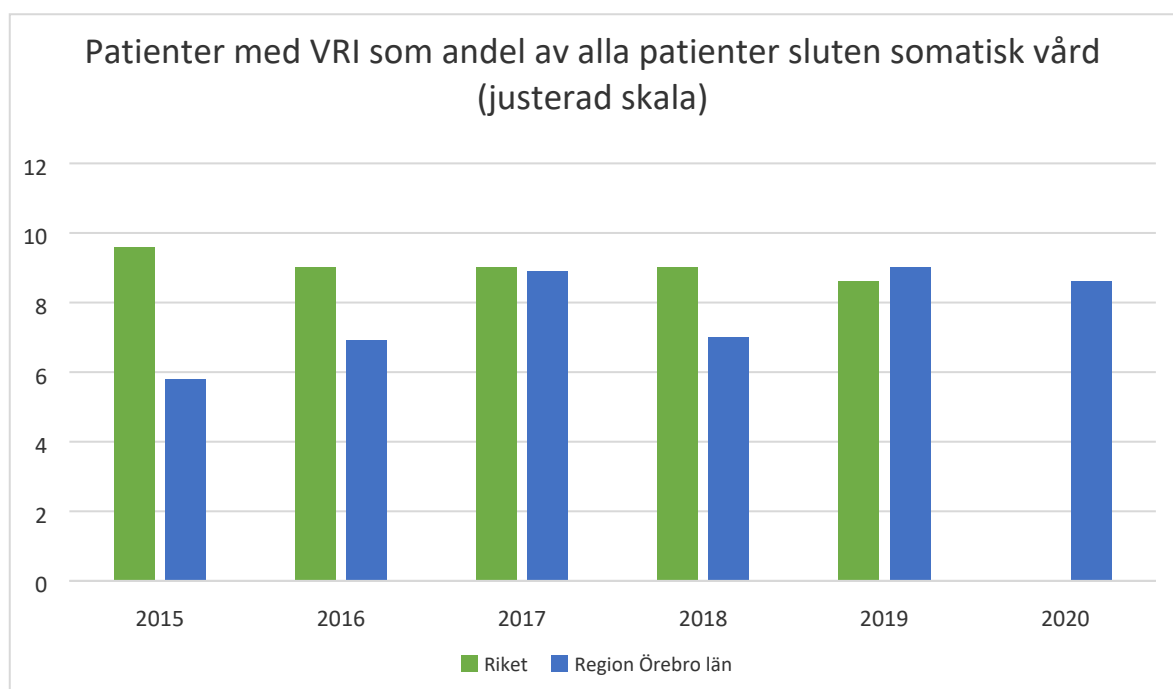
- Inrättande av covidavdelning
- Förändrad röntgenjour
- Gemensam ledning Freja och Lindesbergs vårdcentraler
- Indragen primärjourlinje
- Mobilt närsjukvårdsteam
- Flytt av vårdcentralsjour

Under 2020 genomfördes fler risikanalyser jämfört med föregående år men färre händelseanalyser. Händelseanalyser förbehölls komplexa verksamhetsöverskridande händelser då flera analysledare varit högt involverade i att hantera utmaningarna i samband med pandemin och i direkt patientarbete. Arbetet med att få till en stabil organisation för risk-och händelseanalys kunde inte prioriteras under året pga. de utmaningar som pandemin medförde.

### **Resultat punktprevalensmätningar (PPM)**

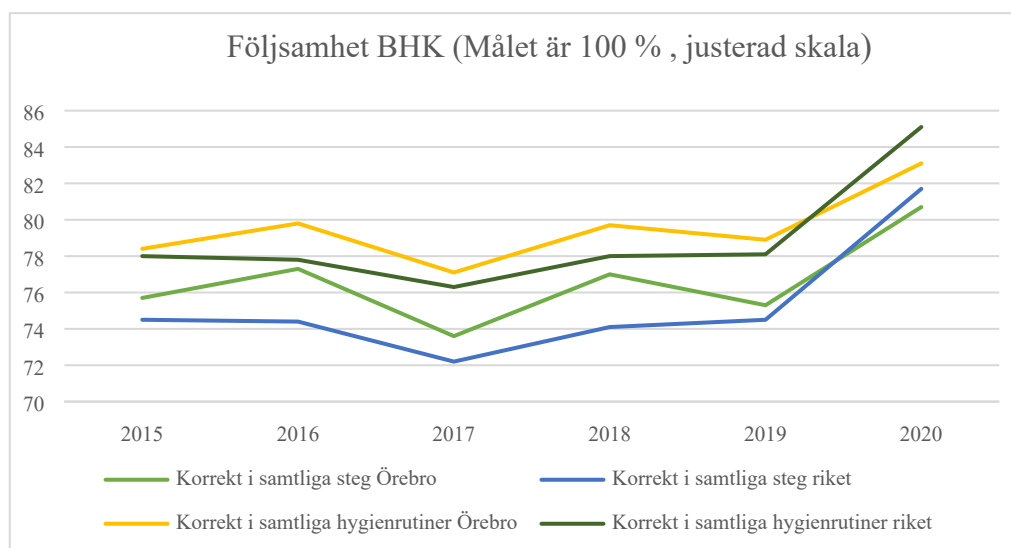
Försiktighet får iaktas i tolkningen av resultaten av PPM-mätningar då relativt litet underlag används.

## Vårdrelaterade infektioner (VRI)



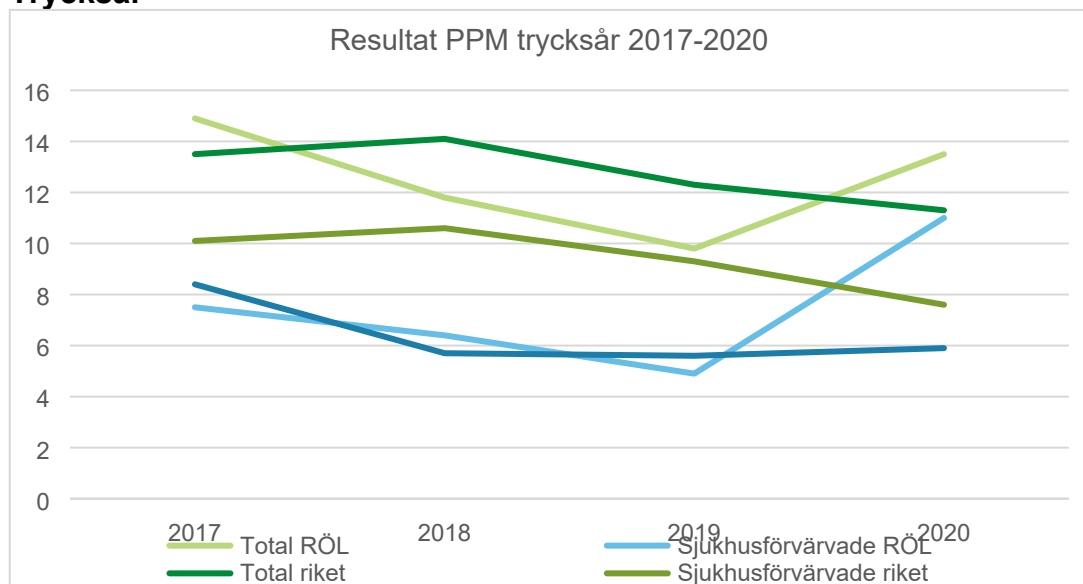
Den nationella mätningen via SKR ställdes in under 2020, därför finns inget resultat på riksnivå. Mätningen i RÖL inkluderade 431 patienter.

## Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (BHK)



En viss förbättring i resultatet kan ses både på nationell nivå och inom RÖL. Möjligen kan pandemin och vikten av att följa BHK-rutiner i samband med detta ha spelat in. Gotland, Gävleborg, Jämtland Härjedalen, Kalmar, Stockholm, Sörmland, Västerbotten och Västra Götaland ingår inte i resultatet för Riket 2020.

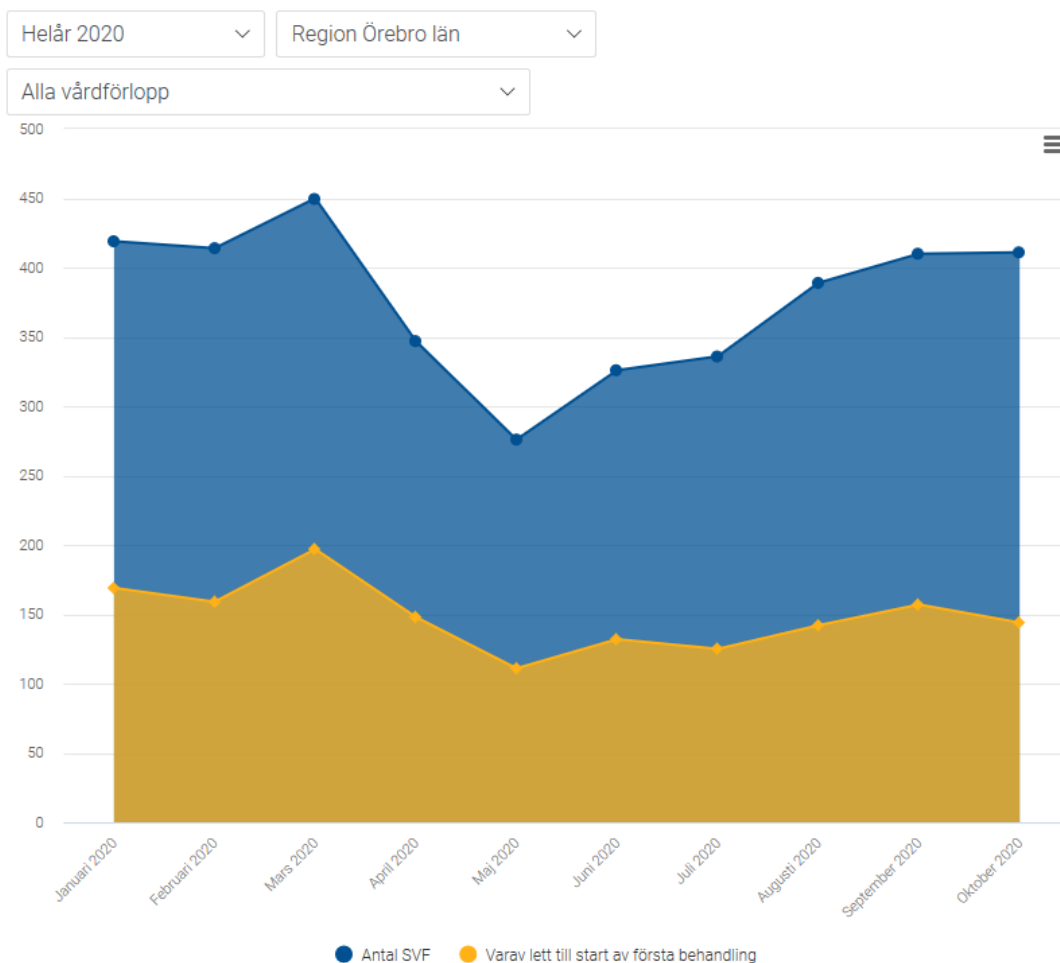
## Trycksår



Resultatet för PPM trycksår har försämrats med föregående år och den positiva trenden är bruten. Andelen allvarligare trycksår har dock endast ökat marginellt. Utbildning i trycksårsprevention och förflyttningsteknik utgick 1 januari 2020 ur introduktionsprogrammet för nyanställda sjuksköterskor och ett antal andra utbildningar fick ställas in pga. pandemin. Arbetet för att förbättra ordination och organisation för kompressionsbehandling ben har genomförts och sjuksköterskor i både kommun och region kan nu skriva remiss till venöst centrum för att påskynda remissförfarandet. En formaliserad uppdragsbeskrivning finns nu för sårombud i regionen som är beslutad av områdeschefer. Den planerade introduktionen och utbildningen fick ställas in pga. pandemin. Rutiner och riktlinjer för brännskador som behandlas i primärvården reviderades.

## Resultat standardiserade vårdförlopp (SVF)

SVF innebär att patienter med välgrundad misstanke om malignitet ska erbjudas utredning och behandlingsstart inom en fastställd tidsram. Det nationella målet är att 80 % av patienterna ska utredas inom maximal ledtid och 70 % av nydiagnostiserade patienter med cancer ska utredas via SVF.

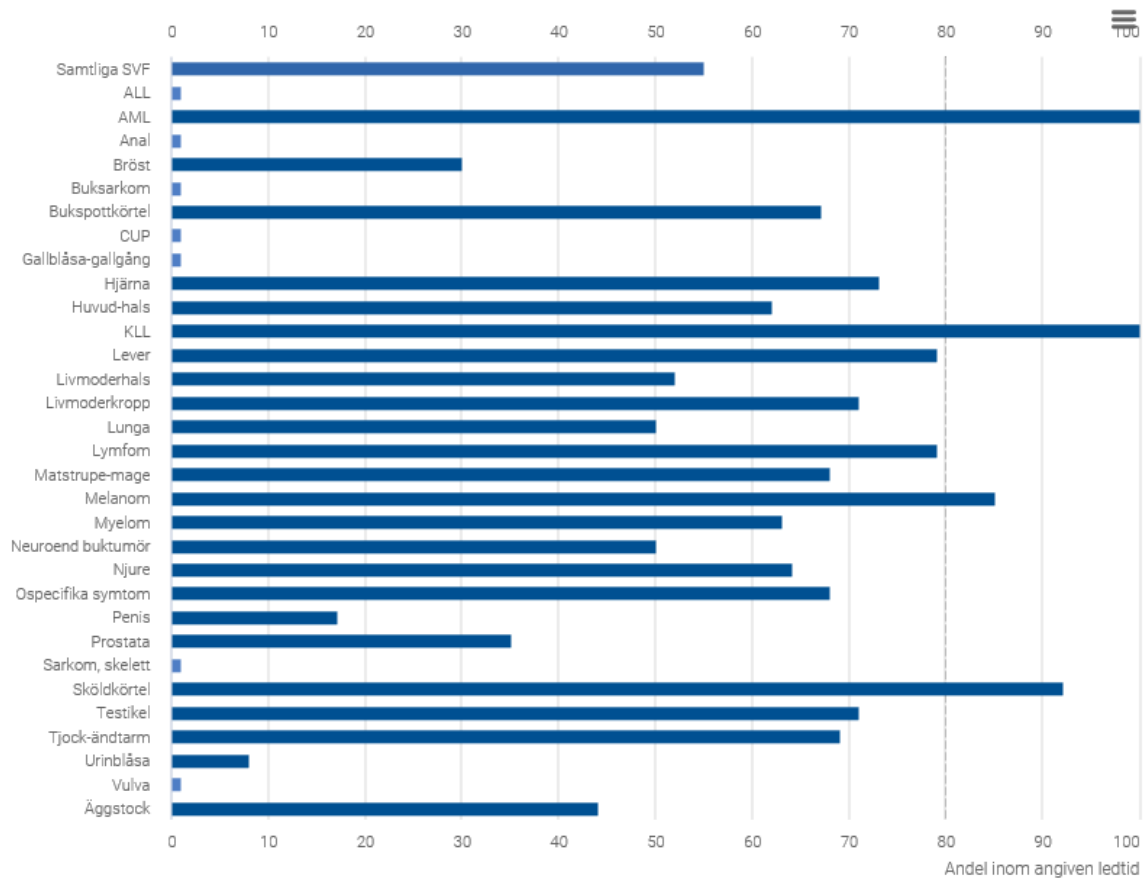


Diagrammet beskriver hur antalet patienter som utretts i SVF minskade i början på coronapandemin bland annat beroende på att screeningprogram initialt pausades och avsteg från riktlinjer gjordes. En annan orsak är att patienter i åldersgruppen över 70 år var mycket restriktiva med att besöka vården även vid symtom på sjukdom. Den största minskningen sågs under april-juni men från augusti ökade antalet patienter som utreddes i SVF igen. En utmaning framgent är att ta hand patienter som inte sökt vård under coronapandemin samt att den uppskjutna vården inte leder till längre ledtider, försämrade behandlingsresultat och en ökad dödlighet i cancer.

## Ledtider SVF-processen

Helår 2020  Region Örebro län  Alla behandlingar

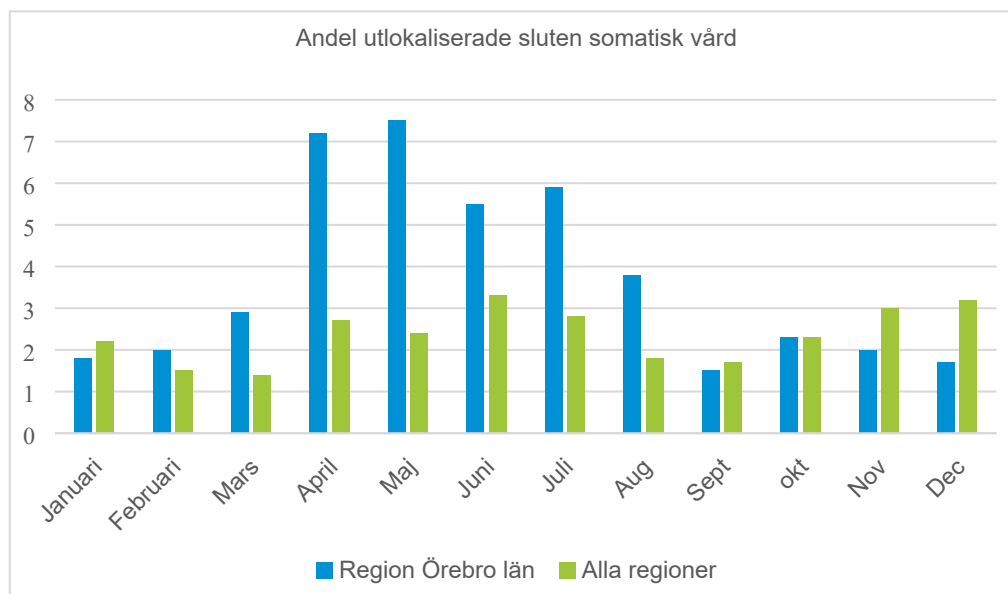
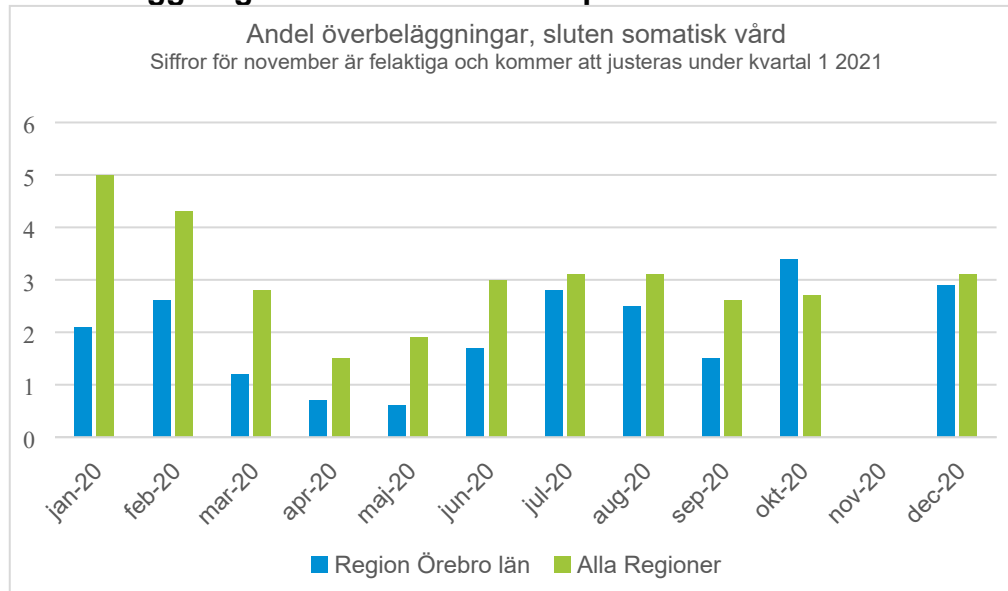
Data döljs i vissa diagnoser p.g.a. färre än 5 patienter i urvalet



Under våren förbättrades ledtider i flera SVF beroende på att cancervården prioriterades när neddragningar i samband med pandemin gjordes samt att färre patienter har utreddes. Förbättringar av ledtider fortsatte under hösten med undantag av SVF prostatacancer. Detta beror på den eftersläpning av antalet patienter som följd av att utredningar av patienter flyttades fram p.g.a. avsteg som gjordes från riktlinjerna relaterat till pandemin.

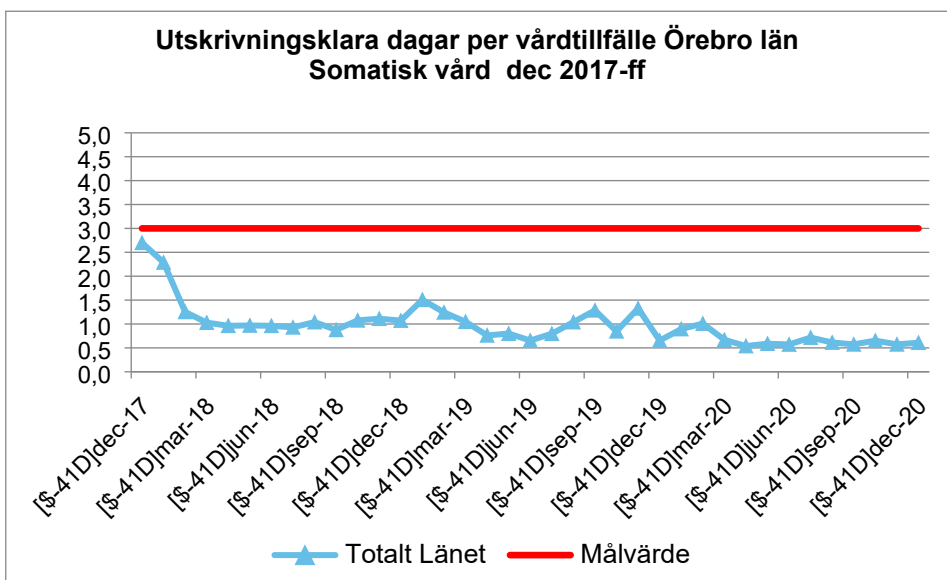
Innan pandemin låg regionen väl till för totalen för målet 70 %, även om måluppfyllelsen varierar mellan förloppen. När det gäller målet 80 % är variationen även här stor mellan förloppen hur väl målen nås.

## Överbeläggningar och utlokaliserade patienter



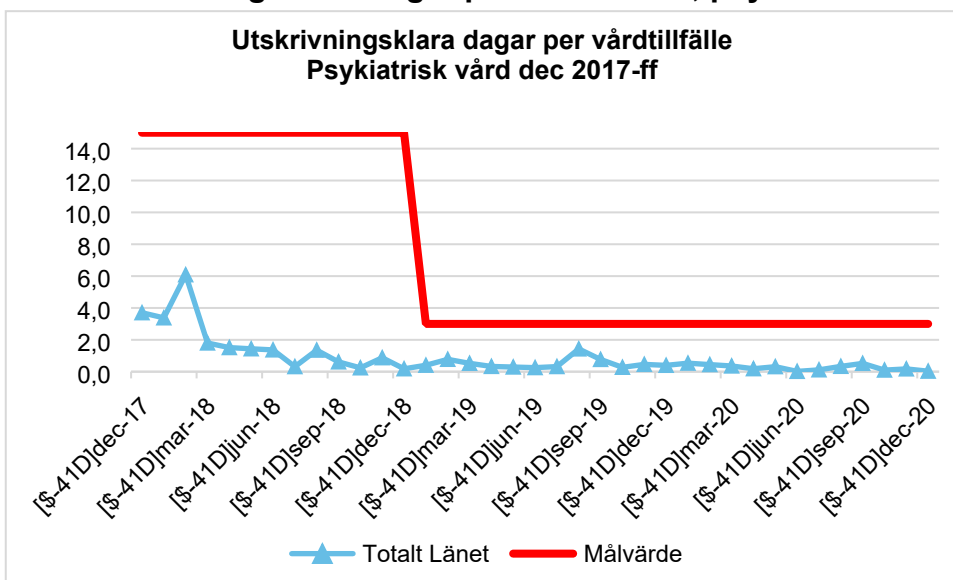
Anledningen till det ökande antalet utlokaliserade patienter under vår och sommar är att avd 38 (Urologiska kliniken) omorganiserades till covidavdelning. Urologpatienter låg då på avd 39 och blev därmed registreringstekniskt utlokaliserade. Även Lindesbergs lasarett hade många utlokaliserade relaterat till covidvård av samma anledning.

## Antal utskrivningsklara dagar per vårdtillfälle, somatisk vård



Antalet dygn för utskrivningsklara fortsatte att minska och för första gången har ingen kommun under året överskridit målvärdet hemgång inom tre dagar från att man är utskrivningsklar.

## Antal utskrivningsklara dagar per vårdtillfälle, psykiatrisk vård



Fortsatt stabilt låga värden i genomsnitt. Enstaka vårdtillfällen har långa vårdtider som utskrivningsklara.



## 5. Mål och strategier för kommande år

I Region Örebro läns verksamhetsplan för år 2021 framgår att Hälso- och sjukvården i regionen ska främja hälsa, förebygga sjukdom och ge god och patientsäker vård på lika villkor med en nollvision för vårdskador. All vård ska ges utifrån den enskilda individens behov, med respekt för alla människors lika värde och genom ett professionellt bemötande. Detta oavsett kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning och ålder. I verksamhetsplanen framgår också att samverkan med kommunerna ska fortsätta och ytterligare förstärkas.

I Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso – och sjukvården 2020-2024 från Socialstyrelsen är visionen *God och säker vård överallt och alltid, med det övergripande målet att ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada.*

Under år 2020 gjordes ett stort antal anmälningar avseende avvikelser i hälso-och sjukvården i Region Örebro län. En genomgående trend är att anmälningar om avvikelser blivit mer och mer konstruktiva med ett tydligt mål att anmälningarna ska bidra till en ännu säkrare och tryggare hälso-och sjukvård. Vissa anmälningar har sin grund i händelser som för en utomstående betraktare kan te sig mindre allvarliga, men där händelsen ändå påverkat en enskild individ negativt. Även dessa händelser är viktiga att beakta. Andra anmälningar har sin grund i mer allvarliga händelser och där genomgång inte bara kunnat peka på bakomliggande orsaker utan också kunnat syfta framåt mot viktiga förändringar med målet att förhindra upprepning. Vissa händelser är särskilt komplicerade att förebygga, som exempelvis situationer där den enskildes autonomi ställs mot sjukvårdens ansvar att skydda individen och förebygga vårdskador eller försämring av ett sjukdomstillstånd, och det är extra viktigt att sjukvården arbetar målmedvetet och noggrant med den typen av händelser. Andra händelser är lättare att förebygga och där har sjukvården ett ansvar att skapa och vidmakthålla ofta mycket enkla och basala rutiner för att förhindra upprepning. En särskild grupp är patienter med sepsis där observans på vissa symtom kan leda till snabb diagnos så att patienten därmed får tidigt insatt korrekt och effektiv behandling.

Ett viktigt mål för år 2021 är att genom utbildning, och vid behov övning, minimera de händelser som kan orsaka stor skada men som genom tydliga och kända rutiner är förhållandevis lätta att förebygga. Detta gäller exempelvis ytterligare arbete med rutiner för övervakning och kommunikation, två enkla men viktiga medel för att minska risken för vårdskador, och rutiner för att undvika blåsöverfyllnad. Ett annat viktigt mål är att arbeta för att vårdens övergångar, både inom den egna verksamheten och i samverkan med andra huvudmän, blir än säkrare.

Ytterligare en del i patientsäkerhetsarbetet är att vidareutveckla de rutiner och planer som finns för olika typer av driftstörningar och förhöjt beredskapsläge.

Andra frågor som behöver lyftas fram för fortsatt arbete under år 2021 är skapandet av en robust organisation för risk-och händelseanalyser, beslut om hantering och uppdatering av läkemedelslista samt utveckling av den systematiska uppföljningen av patientsäkerhetsarbetet med verksamhetsanknutna patientsäkerhetsronder i närvaro av områdeschef.

Slutligen måste hälso-och sjukvården också för år 2021 planera för omfattande vård av patienter med covid-19 under åtminstone första halvåret, trots vaccinationer i stor skala. Parallellt med detta måste god och säker vård förmedlas till patienter med andra behov.

# Bilaga 1

**Tabell 1:** Egenkontroller inom regionen, omfattning, frekvens och källor samt hur resultatet kommuniceras.

Mätning/ uppföljning	Omfattning och frekvens	Källa	Kommunikation av resultatet
Basala hygienrutiner och klädrutiner (BHK)	Nationell mätning en gång per år Lokal mätning en gång per år, oftare utifrån behov	Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)/ PPM-databasen Region Örebro län	Resultatet från nationell och lokal mätning ses direkt i databasen och återförs  Hygienombudsträffar
Vårdrelaterade infektioner	Nationell mätning en gång per år Lokal mätning en gång per år	SKL/ PPM-databasen Region Örebro län	Resultatet från nationell och lokal mätning ses direkt i databasen och återförs
Trycksår	Nationell mätning, landstingsgemensam mätning två gånger per år och lokala mätningar varje månad inom delar av somatisk slutenvård	SKL/ PPM-databasen Region Örebro län	Resultatet från nationell och lokal mätning ses direkt i databasen och återförs
Antibiotikaförskrivning	Kvartalsvis	Folkhälsomyndigheten	Smittskyddsläkaren rapporterar till lokala Stramagruppen
Infektionsverket	Kvartalsvis	Region Örebro län	Controller i varje område skickar ut till verksamhetschefer för återföring/ analys
Hygienronder	Löpande	Verksamheter HS, kommuner	Protokoll redovisas till verksamhetschef och chefläkare för återföring/ analys
Avvikelse lokalt	Antal och karaktär följs löpande	Avvikelsehanteringssystem	Avvikelseansvariga  Verksamhetschef/ chefläkare
Avvikelse övergripande	1 gg/mån	Avvikelsehanteringssystem	Patientsäkerhetscontroller/ chefläkare
Klagomål och synpunkter	Antal följs löpande Sammanställning månadsvis	Rutin för klagomålshantering Region Örebro län	Verksamhetschefer Områdeschefer Patientsäkerhetscontroller Chefläkare
Risk-och händelseanalyser	Antal analyser följs löpande	Internt register/Nitha	Kompetensgrupp Chefläkare
Allvarliga vårdskador och anmälningsskyldighet	Regelbunden avstämning och uppföljning var 3:e vecka	Chefläkargrupp Verksamhetschefer	Områdeschef Förvaltningsövergripande Chefläkare  Delårsrapport
Överbeläggningar av patienter och Utlokaliserade patienter	Antal följs dagligen per sjukhus inom somatisk och psykiatrisk slutenvård	SKL och Regionens datalager	Ledningsgrupper  Rapporter och analys
Patientsäkerhetsrond	1 gg/år	Verksamheter HS	Protokoll redovisas av verksamhetschef till chefläkare för uppföljning och dialog  Patientsäkerhetsberättelse

**Tabell 2:** Exempel på egenkontroller i olika verksamheter

<b>KVALITET</b>	<p>Kontroll av hyrläkare på verksamhetsnivå enligt rutin samt förtydligande av verksamhetens egenkontroll.</p> <p>Deltagande i medicinska kvalitetsregister.</p> <p>Uppföljning av diktateftersläpning och telefontillgänglighet.</p> <p>Återkoppling från informationsläkare på Läkemedelscentrum om verksamhetens medicinförskrivning.</p> <p>Granskning av samtliga akutlarm/hjärtstopp.</p> <p>Uppföljning av Senior Alert.</p> <p>Journalgranskning av diagnosgrupper.</p> <p>Daglig kontroll av medicinsk-teknisk utrustning.</p> <p>Uppföljning av återinläggningar i slutna somatisk vård.</p> <p>Uppföljning signering av journaler.</p>
<b>PATIENTSÄKERHET</b>	<p>Patientsäkerhetsronder och avvikelshandläggningsträffar.</p> <p>Genomgång och kontroll av SVF-flöden.</p> <p>WHO:s checklista för säker operation.</p> <p>Riskklassificering på förlossning.</p> <p>Triagering på avdelning/mottagning av akuta patienter.</p> <p>MR-säkerhetsronder i samverkan mellan Röntgenkliniken och Sjukhusfysik.</p>