

Resultatöversikt 21 Njursjukdom

Landsting/regioner	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
Stockholm	89,8	78,7	57,9	66,0	84,9	53,1	74,3	70,0	38,6	98,9	90,9
Uppsala	90,5	84,2	54,3	65,1	87,3	60,0	67,5	53,8	35,6	98,0	104,1
Sörmland	90,1	81,6	53,9	75,7	85,5	50,0	79,7	55,4	35,9	101,7	169,1
Östergötland	90,8	72,0	53,0	59,1	80,6	52,0	69,4	69,9	20,8	107,8	103,3
Jönköping	90,4	67,7	52,2	68,6	85,6	54,2	76,3	72,5	29,7	101,3	121,1
Kronoberg	88,5	53,6	53,7	70,9	84,9	65,0	86,7	66,7	29,2	102,4	137,7
Kalmar	89,3	55,8	57,8	59,2	87,9	70,0	86,0	74,0	42,4	100,0	156,4
Gotland	88,4	85,0	71,9	50,8	89,2	65,4	80,8	80,8	30,8	98,8	171,5
Blekinge	86,5	68,3	56,9	70,7	82,9	67,9	85,7	60,7	28,6	99,1	69,2
Skåne	67,7	62,3	42,8	69,4	88,4	59,9	63,9	70,9	41,4	95,7	125,1
Halland	84,4	69,0	53,9	64,0	89,9	67,1	75,9	55,7	56,3	102,5	120,9
Västra Götaland	84,9	63,6	64,1	65,3	86,7	50,5	76,8	66,1	40,7	98,2	101,7
Värmland	98,6	80,9	44,0	67,3	82,4	63,6	75,2	81,8	19,6	99,0	175,1
Örebro	76,7	68,1	59,5	71,4	84,5	61,1	84,1	63,7	30,8	94,4	148,2
Västmanland	94,7	68,8	49,0	66,7	84,9	53,8	76,3	76,3	31,4	101,2	118,8
Dalarna	94,5	82,1	46,3	47,4	81,3	70,0	76,4	58,2	26,6	97,3	164,7
Gävleborg	65,8	90,9	53,0	65,0	93,4	79,8	90,5	82,1	47,9	103,8	133,3
Västernorrland	91,8	65,1	53,6	51,5	85,1	68,5	80,6	71,3	28,6	101,9	146,5
Jämtland Härjedalen	84,8	79,2	55,9	61,7	83,0	63,3	57,1	73,5	47,5	98,2	131,5
Västerbotten	95,3	92,3	52,9	60,0	92,8	58,1	85,1	55,4	29,7	97,2	74,9
Norrbottnen	70,8	58,3	57,8	53,6	86,6	69,9	45,8	75,9	37,3	102,5	111,6
Riket	85,7	72,5	54,2	65,6	85,8	58,6	74,3	68,7	36,5	100,0	115,2

Grönt-gult-rött i maximalt sex nyanser: Används när det i princip är möjligt att beskriva resultatet i termer av bättre eller sämre. Färgtilldelningen baseras på avståndet till medianvärdet för samtliga landsting/regioner för respektive indikator. Man tar inte hänsyn till rikets värde. Om variationen mellan landsting/regioner är mindre är flera värden/celler gultonade. Ju större avvikelse från medianvärdet desto starkare röd eller grön färg. Antalet röda, gröna och gula celler varierar för indikatorerna, beroende på spridningen av värden.

Blå skala i maximalt sex nyanser: När det inte är självklart bra eller dåligt att ha ett visst resultat används en neutral, blå färgskala i sex nyanser. Högre värden tilldelas en mörkare blå färg och lägre värden en ljusare blå färg.

A Registrerad diagnos vid njursjukdom, %	G Måluppfyllelse för behandlingsdos vid dialys vid njursvikt, %
B RAAS-hämmande läkemedelsbehandling vid diabetesrelaterad njursvikt, %	H Tillgång till blodbanan vid bloddialys vid njursvikt, %
C Måluppfyllelse vid ESL-behandlad njursvikt, %	I Självdialys vid påbörjande dialys vid njursvikt, %
D Måluppfyllelse för blodtryck vid njursvikt, %	J Risk för död vid svår njursvikt, relativ risk
E Måluppfyllelse för fosfatnivå vid njursvikt av grad 4-5, %	K Nya patienter i aktiv uremivård (svår njursvikt) - ojusterat, antal per miljoner invånare
F Måluppfyllelse för fosfatnivå vid njursvikt, %	

Resultatöversikt 22 Målnivå Njursjukdom

Landsting/regioner	A	B	C	D	E
Stockholm	89,8	78,7	57,9	66,0	84,9
Uppsala	90,5	84,2	54,3	65,1	87,3
Sörmland	90,1	81,6	53,9	75,7	85,5
Östergötland	90,8	72,0	53,0	59,1	80,6
Jönköping	90,4	67,7	52,2	68,6	85,6
Kronoberg	88,5	53,6	53,7	70,9	84,9
Kalmar	89,3	55,8	57,8	59,2	87,9
Gotland	88,4	85,0	71,9	50,8	89,2
Blekinge	86,5	68,3	56,9	70,7	82,9
Skåne	67,7	62,3	42,8	69,4	88,4
Halland	84,4	69,0	53,9	64,0	89,9
Västra Götaland	84,9	63,6	64,1	65,3	86,7
Värmland	98,6	80,9	44,0	67,3	82,4
Örebro	76,7	68,1	59,5	71,4	84,5
Västmanland	94,7	68,8	49,0	66,7	84,9
Dalarna	94,5	82,1	46,3	47,4	81,3
Gävleborg	65,8	90,9	53,0	65,0	93,4
Västernorrland	91,8	65,1	53,6	51,5	85,1
Jämtland Härjedalen	84,8	79,2	55,9	61,7	83,0
Västerbotten	95,3	92,3	52,9	60,0	92,8
Norrbottnen	70,8	58,3	57,8	53,6	86,6
Målnivå utgiven av					
Kvalitetsregister	75,0	75,0	60,0	70,0	75,0

Målnivå – färger efter måluppfyllelse: För vissa indikatorer finns endast en målnivå. Har man uppfyllt målnivån i dessa fall så får man grön färg, annars blir det röd färg. Kvalitetsregister anger ofta två målnivåer för en indikator, så kallad **låg respektive hög målnivå**. Då får man grön färg om hög målnivå har uppfyllts, gul färg om man ligger mellan låg respektive hög målnivå. Har ingen av målnivåerna uppnåtts så blir det röd färg. I enstaka fall förekommer skillnad i målnivå mellan Socialstyrelsen och hög målnivå för kvalitetsregister. Då sätts grön färg om hög målnivå för kvalitetsregister har uppnåtts, även om målnivån från Socialstyrelsen brukar vara högre.

A	Registrerad diagnos vid njursjukdom, %	C	Måluppfyllelse vid ESL-behandlad njursvikt, %
B	RAAS-hämmande läkemedelsbehandling vid diabetesrelaterad njursvikt, %	D	Måluppfyllelse för blodtryck vid njursvikt, %
		E	Måluppfyllelse för fosfatnivå vid njursvikt av grad 4-5, %

Resultatöversikt för 16 hälso- och sjukvårdsområden

JÄMFÖRELSE MELLAN LANDSTING OCH REGIONER BASERAT PÅ
ETT URVAL AV INDIKATORER I VÅRDEN I SIFFROR

Förord

Det senaste decenniets återkommande och uppmärksammade publicering av kvalitetsjämförelser för hälso- och sjukvården, av framförallt Sveriges Kommuner och Landsting, Socialstyrelsen och Nationella kvalitetsregister, har bidragit till att det nu finns en stor och jämförelsevis god tillgång på data och indikatorer om sjukvårdens kvalitet.

SKL publicerar nu framförallt dessa data på webben, på hemsidan Vården i siffror och i kommun- och landstingsdatabasen, KOLADA. Antalet indikatorer och mått i Vården i siffror i januari 2017 uppgick till knappt 400 stycken.

Alla indikatorer är därmed tillgängliga för fri användning. Samtidigt finns det behov av resultatöversikter och olika strukturerade presentationer. I nuläget finns ingen självklar modell för detta, utan flera olika alternativ är möjliga.

Denna rapportens kärna är en redovisning av en resultatöversikt för landsting och regioner, baserad på indikatorer i Vården i siffror. Fokus är på rangordnande jämförelser mellan landsting och regioner, snarare än på till exempel uppfyllelse av målnivåer. Dialog om denna och andra modeller för resultatöversikter behöver föras, med landstingens och regionernas behov och ambitioner som utgångspunkt.

Arbetet har utförts av Camilla B Eriksson, Lena Forsman, Siv-Marie Lindquist och Fredrik Westander. Frågor om rapportens innehåll kan riktas till de båda sistnämnda.

Stockholm i januari 2017

Hans Karlsson
Direktör
Avdelningen för vård och omsorg

Innehållsförteckning

Inledning	5
Inledning.....	5
Vården i siffror	6
Ett stöd för uppföljning och förbättring	6
Funktioner i Vården i siffror	7
Resultatöversikter och jämförelser	9
Syfte och metoder.....	9
Expansion av kvalitetsdata och krav på överblick.....	9
Syftet styr val av indikatorer och presentationsmodell.....	10
Strukturerade presentationer kräver utveckling och val av inriktning	11
Resultat	12
Redovisning av landstingen/regionernas placering enligt poängmodell	12
Indikatorurval, mätperiod och poängtilldelning.....	13
Att tänka på vid tolkning av resultaten	14
1. Övergripande indikatorer.....	15
2. Befolkningens syn på vården	16
3. Patienterfarenheter	17
4. Väntetider	18
5. Läkemedelsbehandling	19
6. Psykiatri.....	20
7. Hjärtsjukvård	21
8. Stroke	22
9. Diabetes	23
10. Kvinnosjukvård.....	24
11. Ortopedisk sjukvård	25
12. Cancer	26
13. Kirurgisk behandling.....	27
14. Reumatoid artrit.....	28
15. Njursjukvård	29
16. Palliativ vård	30
Samtliga områden	31
Målnivåbaserade poäng-modeller för hjärtinfarkt och stroke	33

Inledning

Inledning

Syftet med denna rapport är att sammanställa vissa resultat från tillgängliga kvalitetsjämförelser mellan landsting och regioner och ge underlag för diskussion om hur framtida resultatöversikter bör utformas. Innehållet är detta:

- Presentation av hemsidan Vården i siffror, som är SKLs nytilkomna samlingsplats för aktuella data för kvalitetsindikatorer och andra relevanta mått för hälso- och sjukvården.
- Kort diskussion om behov, syfte och alternativ för att presentera resultatöversikter och jämförelser mellan landsting och regioner för olika sjukdomsgrupper eller kvalitetsaspekter.
- En resultatöversikt för indikatorer i Vården i siffror, grupperade i 16 områden. Översikten bygger på en enkel poängmodell med områdesvisa jämförelser mellan landsting och regioner.

Beskrivning av indikatorer och även data för flera mätperioder och i förekommande fall för sjukhus eller vårdcentraler, kan nås via Vården i siffror, via länkar i resultatredovisningen i denna rapport.

Målnivåbaserade poängmodeller är en framtida möjlighet. I en bilaga i slutet av rapporten visas för stroke och hjärtinfarkt resultatet av en sådan jämförelse mellan landsting.

I en Excelbilaga redovisas alla grunddata som använts. Den innehåller även diagram med jämförelser mellan landsting och regioner för varje indikator som visar landstingets/regionens procentuella avvikelse från rikets resultat för de ingående indikatorerna.

Vården i siffror

Ett stöd för uppföljning och förbättring

På webbsidan Vården i siffror (www.vardenisiffror.se) presenteras en rad olika indikatorer och mått om kvalitet och resultat inom svensk hälso- och sjukvård. Vården i siffror har etablerats successivt från december 2015 och har för SKLs del tagit över den roll som den tidigare tryckta rapporten Öppna Jämförelser hade, som katalog och samlingsplats för presentation av hälso- och sjukvårdsindikatorer.

Vården i siffror

Vården i siffror är ett verktyg för kvalitets- och förbättringsarbete och ett stöd för den offentliga debatten om hälso- och sjukvården. Kvalitetsindikatorer och andra mått i Vården i siffror ger faktaunderlag för analys och dialog inom och mellan huvudmän och vårdgivare. Den primära målgruppen är personer inom hälso- och sjukvårdens ledning, styrning och planering på olika nivåer.

Syftet med att öppet publicera data för olika indikatorer är att transparensen ska resultera i ökad diskussion om hälso- och sjukvårdens kvalitet. Förhoppningen är att den i sin tur uppmuntrar till kvalitets- och förbättringsarbete i hälso- och sjukvården. Man kan kräva inloggning för vissa indikatorer, men i princip allt i Vården i siffror är i nuläget tillgängligt utan inloggning.

För vårdens ledning och styrning bidrar Vården i siffror med data som belyser bra och mindre bra resultat, som underlag till fördjupade analyser. Här finns resultat och mått som gäller allt från specifika behandlingsinsatser till väntetider och hur patienterna upplever vården. Även uppgifter om kostnader och produktivitet redovisas, liksom mera beskrivande data om vårdutnyttjande och om hur sjukvården bedrivs.

Många datakällor används. Ett stort antal nationella kvalitetsregister visar indikatorer på Vården i siffror. Socialstyrelsens hälsodataregister - patientregistret, cancerregistret och läkemedelsregistret framförallt - är också viktiga källor. Den tredje stora gruppen av datakällor är de insamlingar som landsting och regioner gör via SKL: Nationell Patientenkät, Väntetider i Vården, Vårdbarometern med

flera. Totalt presenteras knappt 400 indikatorer från ett 50-tal register och data-insamlingar (januari 2017).

Från och med 2017 finansieras Vården i siffror och den bakomliggande infrastrukturen av landsting och regioner, genom särskilda beslut om medel för gemensamma uppföljningsaktiviteter.

Funktioner i Vården i siffror

Att samla, uppdatera och presentera data om hälso- och sjukvården kvalitet på en webbsida underlättar och minskar tidsåtgången för olika användare. Man slipper besöka flera hemsidor. Det blir möjligt att lättare, med mindre arbetsinsats, löpande följa utvecklingen över tid, och göra olika sammanställningar som beskriver läget i det egna landstinget/regionen eller för Sverige som helhet.

Fördelarna med webbpublicering framför tryckta rapporter är bland annat att det

- blir lättare att visa aktuella data
- går att visa data för fler enheter, som till exempel 1 200 vårdcentraler och framöver kanske även för kommuner
- blir möjligt att visa både förändringen över tid, och jämförelser för en viss mätperiod
- blir möjligt för användaren att välja just de landsting, regioner, sjukhus och enheter som man vill följa
- går att skapa digitala rapporter, urval av indikatorer, för olika ändamål
- blir enkelt att ladda ned de diagram, texter och data man vill ha

Webbpublicering leder till att data blir mera aktuella, på två vis:

För det första uppdateras data när ett register eller annan källa är klar, även om det är årsvisa data eller än längre mätperioder. Vissa kvalitetsregister och andra datakällor är klara tidigt på våren, andra på sommaren och några på hösten efter verksamhetsåret.

För det andra görs i Vården i siffror halvårs-, kvartals- eller i vissa fall månadsvisa uppdateringar för flera stora datakällor, där det är viktigast och mest meningsfullt. I nuläget gäller detta följande datakällor (länkar i vissa fall):

[Väntetider i Vården](#)

[Överbeläggningar](#) och [Utskrivningsklara patienter i slutenvården](#)

[Nationella Diabetesregistret](#)

[Riksstroke](#)

Swedeheart (inom kort)

[Svenska Intensivvårdsregistret](#)

[Svenska Palliativregistret](#)

[Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit](#)

Graviditetsregistret (vintern 2017)

En stor förändring i samma riktning blir det när Socialstyrelsens patientregister och läkemedelsregister kan användas på detta vis. Inrapportering till dessa sker idag månadsvis, medan indikatorer uppdateras årligen, som regel.

En vy för jämförelser mellan landsting/regioner och mellan sjukhus/enheter finns, och skall utvecklas. För att underlätta för den som vill se alla resultat för ett sjukhus har en [sjukhuslista](#) skapats, där användaren kan välja ett visst sjukhus. Listan innehåller i nuläget 105 sjukhus, som är angivna för att göra orientering lättare, inte som en beskrivning av sjukvårdens organisation.

I länken [här finns en instruktionsfilm om att göra jämförelser](#) med hjälp av data för sjukhus. Det är också enkelt att göra jämförelser mellan landsting och regioner för olika diagnoser. Här finns [en kort instruktionsfilm, där stroke valts som exempel](#).

Det finns idag flera olika rapporter i Vården i siffror, en del diagnosspecifika eller för särskilda områden, andra mer övergripande. Exempel på rapporter inom sjukdomsgrupper är [kvinnosjukvård](#) och [vård i livets slutskede](#). Exempel på mer övergripande rapporter är [hälso- och sjukvårdsrapporten](#), där det redovisas medicinska resultat, patienterfarenheter, patientsäkerhet, tillgänglighet och kostnader.

Under våren kommer det finnas möjligheter att göra lokala och regionala rapporter, i samarbete mellan en användare, till exempel ett eller flera landsting, och redaktionen för Vården i siffror. En sådan rapport blir då tillgänglig för de som är regionaliserade för de landsting som den gäller. På sikt är ambitionen att användarna själva ska kunna göra egna rapporter.

Resultatöversikter och jämförelser

Syfte och metodaspekter

Expansion av kvalitetsdata och krav på överblick

Tillgången på data om hälso- och sjukvårdens kvalitet har successivt ökat. Under de år, mellan 2006 och 2014, som SKL och Socialstyrelsen gemensamt gav ut rapporten Öppna Jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet, ökade antalet indikatorer successivt. 2014 ingick 186 indikatorer i den tryckta rapporten.

SKL har sedan dess övergått till publicering av indikatordata på webben, på hemsidan Vården i siffror (och även i kommun- och landstingsdatabasen, KOLADA). Antalet indikatorer och mått i Vården i siffror i januari 2017 uppgick till knappt 400 stycken. En fortsatt expansion kan förväntas.

Det är naturligt att många indikatorer används i kvalitetsuppföljning i hälso- och sjukvård. Varje verksamhetsområde kräver sina uppföljningsmått. För de lokalt ansvariga inom ett verksamhetsområde är detta inget problem. Man har kunskap om relevanta data och har insikter om olika begränsningar i dem.

För en landstings- eller sjukvårdsledning med ansvar för ett helt vårdssystem kan dock själva mängden kvalitets- och annan data stå i vägen för överblicken. Landstings- och hälso- och sjukvårdsledningars krav på överblick och ändamålsenlig presentation av kvalitetsdata är viktigt. Hur kan det tillgodoses?

Syftet styr val av indikatorer och presentationsmodell

Utgångsläget är att alla användare fritt kan söka och studera alla individuella indikatorer och data i Vården i siffror. Man ska också som användare kunna utforma en egen rapport, med ett urval indikatorer som man själv gjort.

Därutöver finns det bland landsting och regioner en mer eller mindre explicit uttalad förväntan på strukturerad och återkommande presentation av data om hälso- och sjukvårdens kvalitet, som belyser väsentliga frågor och utgör ett stöd för den egna styrningen. Perspektiv och frågeställningen kan vara flera och olikartade:

A Rangordning av landstingen/regionerna – i vilka är kvalitet och effektivitet högst?

Uppgiften blir då att välja data och indikatorer som på bästa vis kan besvara eller belysa denna frågeställning, väga samman dem och rangordna landstingen/regionerna från sämre till bättre. Frågeställningen är kittlande i ett decentraliserat vårdssystem med 21 sjukvårdshuvudmän, men i praktiken är det svårt att värdera ”total kvalitet” på ett övertygande sätt. Den poängmodell som redovisas i denna rapport bygger helt på rangordning av landsting/regioner, men är enkel och gör inte anspråk på att besvara frågan om bästa landsting/regioner.

B Måluppfyllelse - hur väl når landstingen och regionerna upp till olika nationella kvalitetsmålsättningar?

På flera områden finns nu explicita målnivåer. Det gäller politiskt beslutade tidsgränser i vårdgaranti, Socialstyrelsens målnivåbeslut om indikatorer för uppföljning av nationella riktlinjer och de målnivåer som kvalitetsregistren anger för sina uppföljningsindikatorer. Det är attraktivt att ha fokus på måluppfyllelse: Om alla når goda resultat är den inbördes rankingen mindre viktig, och vice versa. Å andra sidan saknar många viktiga kvalitetsindikatorer målnivåer.

C Kvalitetsbrister i fokus – blir landstingen/regionerna/sjukvården bättre där problemen är störst?

Ett tredje alternativ är att ha fokus på högt prioriterade kvalitetsbrister och jämföra resultat och utveckling över tid för dessa. Problem sätts i centrum, och de kvalitetsaspekter där måluppfyllelsen redan är hög lämnas därhän. Detta är attraktivt ur ett förbättringssyfte, men förutsätter en metod eller process för att ”välja ut” vilka de centrala kvalitetsproblemen ska anses vara.

D Visuellt stöd för löpande uppföljning och styrning - dashboards

En ytterligare möjlighet är att lägga krut på visuellt slagkraftig presentation och överblick genom att utveckla en så kallad dashboard för landsting och regioner. Detta är inte ett alternativ till perspektiven ovan, men tyngdpunkten skiftar. Fokus blir på det egna landstingets eller regionens utveckling, i förhållande till mål eller över tid. ”Snabba”, lätt påverkbara indikatorer, ofta processmått, blir mera attraktiva än ”tröga” mått. Ett gemensamt, nationellt ramverk kan kompletteras med landstingens och regionernas egna mål och val av indikatorer.

Strukturerade presentationer kräver utveckling och val av inriktning

Vissa sammanställningar av data – ”strukturerade presentationer” – kan göras på allmänna grunder, som i dagens områdesrapporter i Vården i siffror. Det kan fungera bra och utgöra ett stöd. Men om landsting och regioner därutöver vill ha gemensamma modeller för olika uppföljningssyften och strukturerad presentation av sjukvårdsdata, måste ett utvecklingsarbete bedrivas.

Då bör för- och nackdelar med olika alternativ belysas och ambitionerna preciseras.

- Är ranking eller måluppfyllelse viktigast?
- Vilken modell ger bästa stöd för ledning och förbättring?
- Hur skall patienters och medborgares förväntan om transparens och öppen redovisning av kvalitet och effektivitet bäst tillmötesgås?
- Hur ser en lämplig publiceringsrytm ut för olika rapporter-redovisningar ut?

Resultat

Redovisning av landstingen/regionernas placering enligt poängmodell

De kommande sidorna innehåller för vart och ett av de 16 indikatorområdena ett diagram där landstingen och regionerna rangordnas efter de erhållna poäng de fått i den använda poängmodellen, liksom avslutande diagram som baseras på samtliga utfall. Vidare ges länkar till de underliggande indikatorerna på Vården i siffror och viss ytterligare information om indikatorer och data.

Resultaten redovisas för följande sexton områden:

- | | |
|-------------------------------|-------------------------|
| 1 Övergripande indikatorer | 9 Diabetes |
| 2 Befolkningens syn på vården | 10 Kvinnosjukvård |
| 3 Patienterfarenheter | 11 Ortopedisk sjukvård |
| 4 Väntetider | 12 Cancer |
| 5 Läkemedelsbehandling | 13 Kirurgisk behandling |
| 6 Psykiatri | 14 Reumatoid artrit |
| 7 Hjärtsjukvård | 15 Njursjukvård |
| 8 Stroke | 16 Palliativ vård |

Indikatorurval, mätperiod och poängtilldelning

Indelning i de 16 områdena är snarlik den som använts dels i rapporterna Öppna Jämförelser, dels de som nu finns som sökbara indikatorgrupper i Vården i siffror, både sjukdomsspecifika och tematiska.

Några hela ÖJ-områden saknas, som Kostnader och produktivitet, Gravitet, förlösning- och nyföddhetsvård och Hälsofrämjande sjukvård. Framförallt beror detta på ojämn tillgång på data eller osäkerhet om lämplig framtida områdesindelning i Vården i siffror.

Urval av områden och indikatorer (136 stycken) har i hög grad styrts av tillgången på data och indikatorer i Vården i siffror. I några fall har indikatorer inkluderats som inte finns tillgängliga där.

Många etablerade indikatorer har valts. Men det finns ingen etablerad metodik för indikatorurval som enkelt kunnat tillämpas. En sådan metod måste därtill utgå från ett distinkt syfte, mer distinkt än att skapa överblick över vissa resultat.

I de allra flesta fall har data till och med 2015 använts, som är senast tillgängliga helårsdata. För enstaka indikatorer har annan mätperiod använts. För landsting eller regioner där data för senaste mätperiod saknats har tidigare mätperiods resultat använts. I några fall är data hämtade från annan källa än Vården i siffror, även om indikatorerna finns eller snart kommer att finnas där. Alla data som använts i poängmodellen finns i bilagd Excelfil.

För varje indikator har landstingen och regionerna rangordnats efter önskat utfall. Poängtilldelningen görs efter rangordningsposition: landsting 1-7 ges 3 poäng, landsting 8-14 ges 2 poäng och landsting 15-21 ges 1 poäng. Landsting för vilka data helt saknas ges 0 poäng. Detta anges vid diagrammen, vilket gör att läsaren kan ta hänsyn till detta.

Landstingens och regionernas poäng per område summeras och presenteras i ett rangordnande diagram. I ett avslutande steg summeras alla positionspoäng för samtliga 16 områden, enligt samma princip.

Att tänka på vid tolkning av resultaten

Bland annat är följande viktigt för att förstå och tolka poängmodellens utfall:

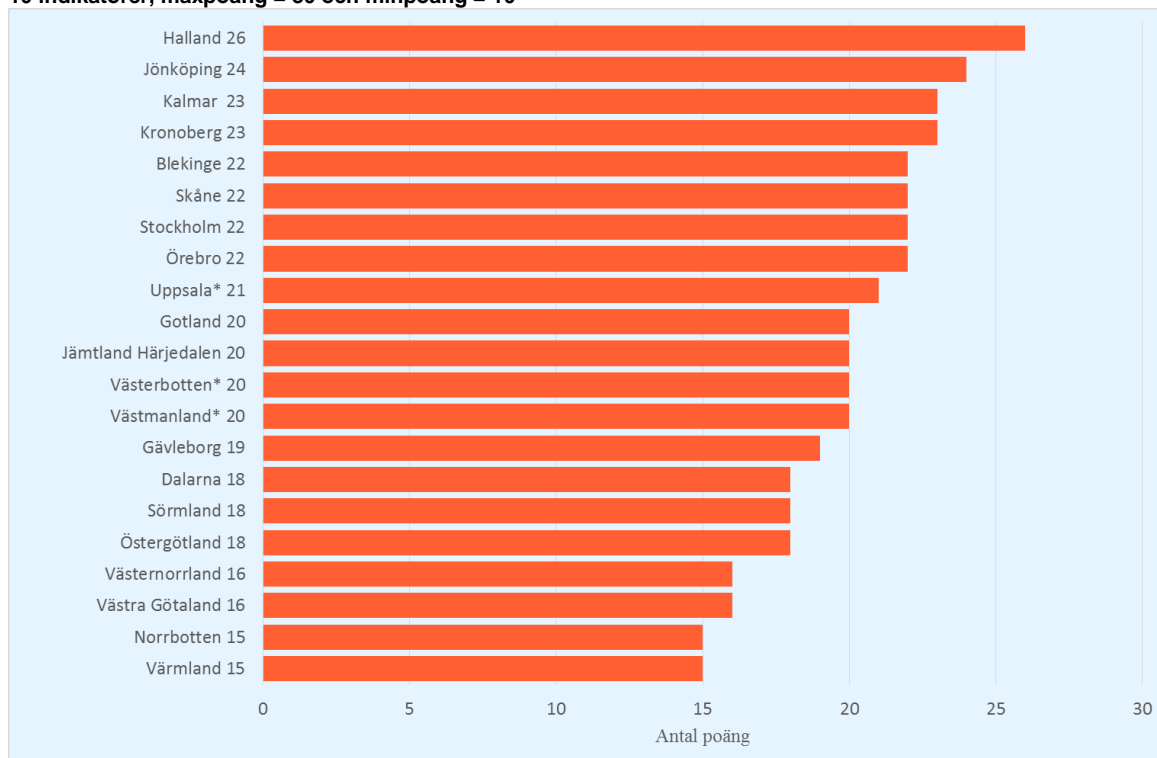
- Tillgång på data och urval av indikatorer har stor betydelse för utfallet.
- Alla indikatorer ses som lika viktiga, trots att de vid en aktiv värdering uppenbart skulle viktas olika.
- Ett landsting/region som ligger i topp för en indikator kan ändå ha ett dåligt resultat, utifrån de målnivåer som finns (men inte använts i poängmodellen); och vice versa – alla kan ha bra resultat.
- Datakvaliteten varierar mellan olika indikatorer.
- Poängmodellen tar ingen hänsyn till slump, till att skillnader mellan landsting kan vara icke-signifikanta.
- Alla skillnader i landstings/regions position för ett processmått behöver inte påverka resultatet för patienten.
- En del av variationen i utfallet av resultatmått kan förklaras av skillnader i casemix, variation i sjukdomssvårighet, även om dessa skillnader är mindre mellan landsting/regioner än mellan sjukhus.

En central fråga är vilka slutsatser som kan dras av ett landstings/regions position i en rangordning. Ett enkelt svar är att rangordningen inom de 16 områdena kan tjäna som visst stöd vid en snabbskanning av olika resultat: På vilka områden har vi bra respektive mindre bra eller sämre resultat, jämfört med övriga landsting/regioner? För att komma vidare måste man analysera de ingående indikatorerna och även värdera hur väl de speglar de viktigaste kvalitetsaspekterna på det aktuella området.

Att besvara mer krävande frågeställningar, som till exempel vilka kvalitetsproblem som är viktigast i svensk sjukvård eller vilket landsting eller region som har den bästa eller mest effektiva hälso- och sjukvården skulle kräva en mera genomarbetad metod. Även då skulle olika osäkerheter kvarstå. Det är svårt att jämföra kvalitet i sjukvården, särskilt för hela hälso- och sjukvårdssystem.

1. Övergripande indikatorer

Diagram 1 Antal poäng för indikatorerna i området Övergripande indikatorer.
10 indikatorer, maxpoäng = 30 och minpoäng = 10



*Avser tidigare mätperiod för en indikator

De flesta indikatorerna i detta urval speglar breda vårdsystemsaspekter. Mätperioderna varierar och avser 2016 för Responstid ambulans, Trycksår i slutenvård respektive Vårdrelaterade infektioner. Övriga indikatorer är uppdaterade med 2015 års data.

Följande indikatorer ingår i underlaget för poängtilldelningen:

[Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet](#)

[Åtgärdbar dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom](#)

Undvikbar slutenvård vid kronisk sjukdom (snart i Vården i siffror)

[Återkommande slutenvård i livets slutskede](#)

[Patienter med vårdrelaterade infektioner i somatisk slutenvård](#)

[Patienter med trycksår i slutenvård](#)

[Responstid för ambulans vid prio 1- larm](#)

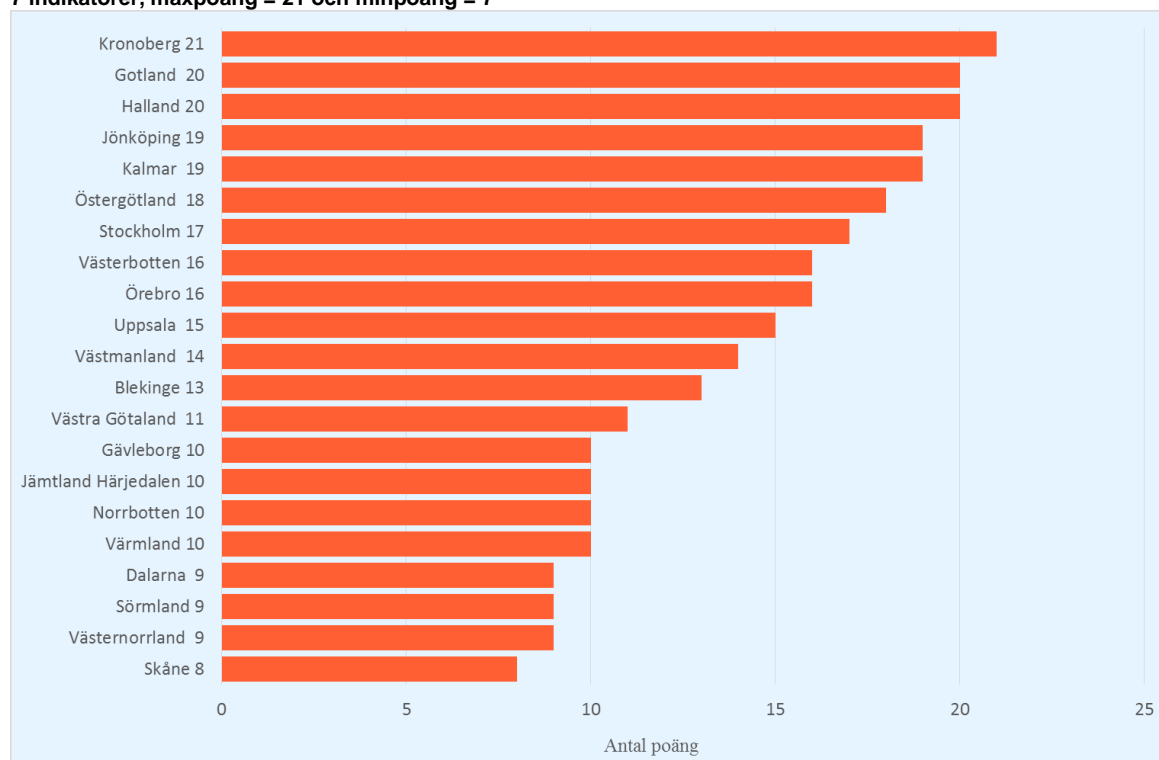
[Oplanerad återinskrivning inom 30 dagar](#)

[Överbeläggningar i somatisk slutenvård](#)

[Utskrivningsklara patienter på sjukhus](#)

2. Befolkningens syn på vården

Diagram 2 Antal poäng för indikatorerna i området Befolkningens syn på vården.
7 indikatorer, maxpoäng = 21 och minpoäng = 7



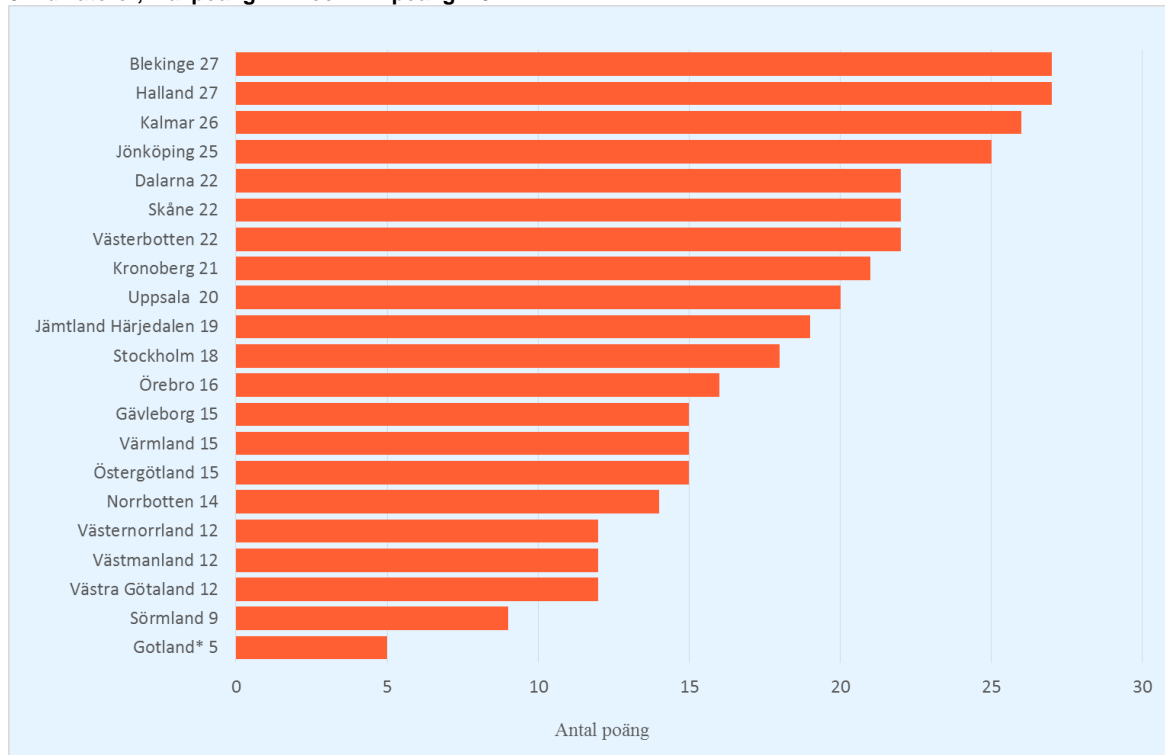
Källan är befolkningsenkäten Vårdbarometern. Den är från 2016 års intervjuer förändrad och framöver kallad Hälsa- och sjukvårdsbarometern. Alla indikatorerna nedan har förekommit i Öppna Jämförelser.

Följande indikatorer ingår i underlaget för poängtilldelningen:

- [Upplevd god tillgång till sjukvård](#)
- [Stort förtroende för hälso- och sjukvården](#)
- [Stort förtroende för sjukhus](#)
- [Stort förtroende för vårdcentraler](#)
- [Upplevd god telefontillgänglighet till 1177](#)
- [Upplevd rimlig väntetid till sjukhusvård](#)
- [Upplevd rimlig väntetid till vårdcentral](#)

3. Patienterfarenheter

Diagram 3 Antal poäng för indikatorerna i området Patienterfarenheter.
9 indikatorer, maxpoäng = 27 och minpoäng = 9



*Gotland har endast uppgifter för tre av de nio indikatorerna

Nationell patientenkät gör som regel nationella mätningar vartannat år för olika vårdformer. Gotland medverkade enbart i primärvårdsundersökningen. Skillnaderna mellan landsting/regioner är som regel ganska små och svarsbortfallet stort, medan poängtilldelningen ger en intryck av stor variation. Urvalet av indikatorer redovisar tre av de sju dimensionerna som resultat redovisas för. Indikatorer för specialiserad vård är på väg in i Vården i siffror.

Följande indikatorer ingår i underlaget för poängtilldelningen:

[Helhetsintryck av besök i primärvård](#)

[Upplevd information från primärvård](#)

[Upplevd kontinuitet och samordning i primärvård](#)

Helhetsintryck av besök i öppen specialiserad vård (snart i Vården i siffror)

Upplevd information från öppen specialiserad vård (snart i Vården i siffror)

Upplevd kontinuitet och samordning i öppen specialiserad vård (snart i Vården i siffror)

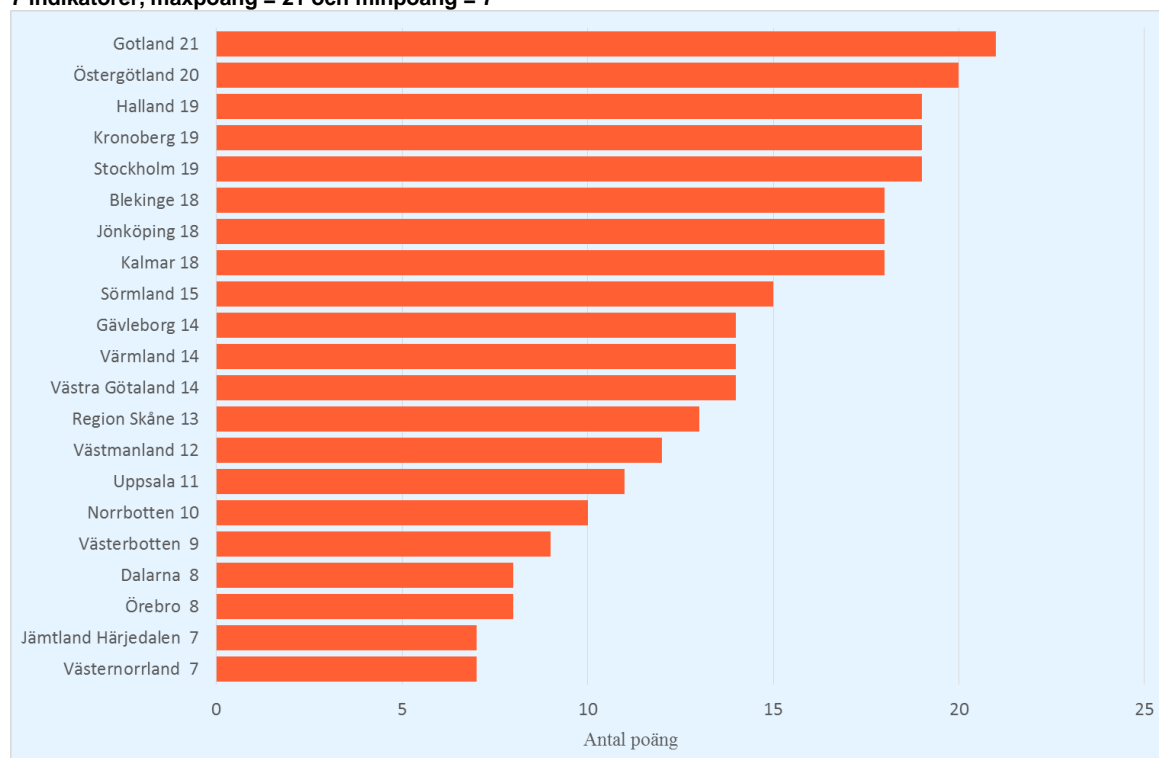
Helhetsintryck av vård i slutenvård (snart i Vården i siffror)

Upplevd information från slutenvård (snart i Vården i siffror)

Upplevd kontinuitet och samordning i slutenvård (snart i Vården i siffror)

4. Väntetider

Diagram 4 Antal poäng för indikatorerna i området Väntetider.
7 indikatorer, maxpoäng = 21 och minpoäng = 7



Indikatorerna är övergripande eller speglar stora patientgrupper. Indikatorerna för specialiserad vård avser faktiskt genomfört besök eller behandling i mars 2015, inte antal väntande vid en viss tidpunkt. För primärvård avser data tio dagars mätperiod i mars 2015.

Följande indikatorer ingår i underlaget för poängutdelningen:

[Genomförda läkarbesök inom sju dagar i primärvård](#)

[Genomförda första besök inom 90 dagar i specialiserad vård](#)

[Genomförda första besök inom 90 dagar i medicinsk vård](#)

[Genomförda första besök inom 90 dagar i kirurgisk vård](#)

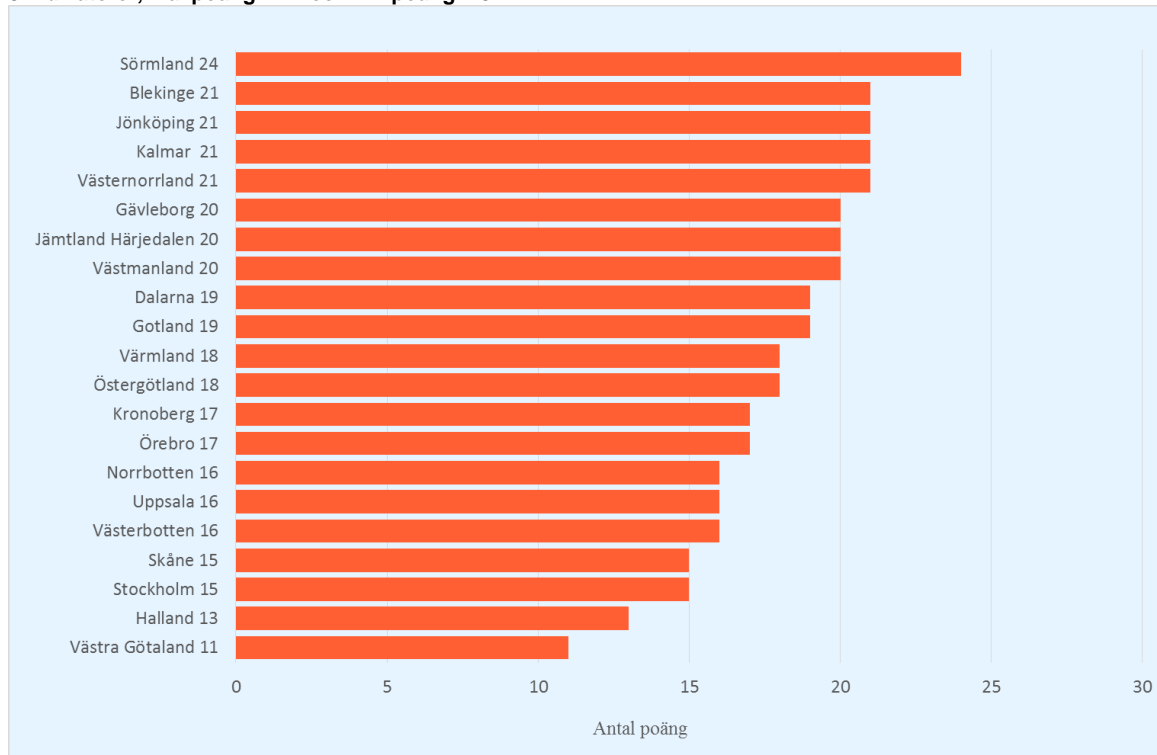
[Genomförda operationer/åtgärder inom 90 dagar i specialiserad vård](#)

[Genomförda operationer/åtgärder inom 90 dagar i kirurgisk vård](#)

[Genomförda höftprotesoperationer inom 90 dagar](#)

5. Läkemedelsbehandling

Diagram 5 Antal poäng för indikatorerna i området Läkemedelsbehandling.
9 indikatorer, maxpoäng = 27 och minpoäng = 9



Samtliga indikatorer har förekommit i olika sammanhang, till exempel i Öppna Jämförelser för läkemedelsbehandling och i den tidigare nationella äldrevårds-satsningen. Mätperioderna i Vården i siffror kan i några fall skilja sig från de som används i Excelbilagan.

Följande indikatorer ingår i underlaget för poängtilldelningen:

Förekomst av antibiotikabehandling i öppen vård (snart i Vården i siffror)

[Penicillin V som andel av all antibiotika](#)

[Penicillin V vid behandling av barn med luftvägsantibiotika](#)

[Regelbunden behandling med sömnmedel eller lugnande medel](#)

[Tio eller fler läkemedel samtidigt hos äldre](#)

[Lämpliga sömnmedel till äldre](#)

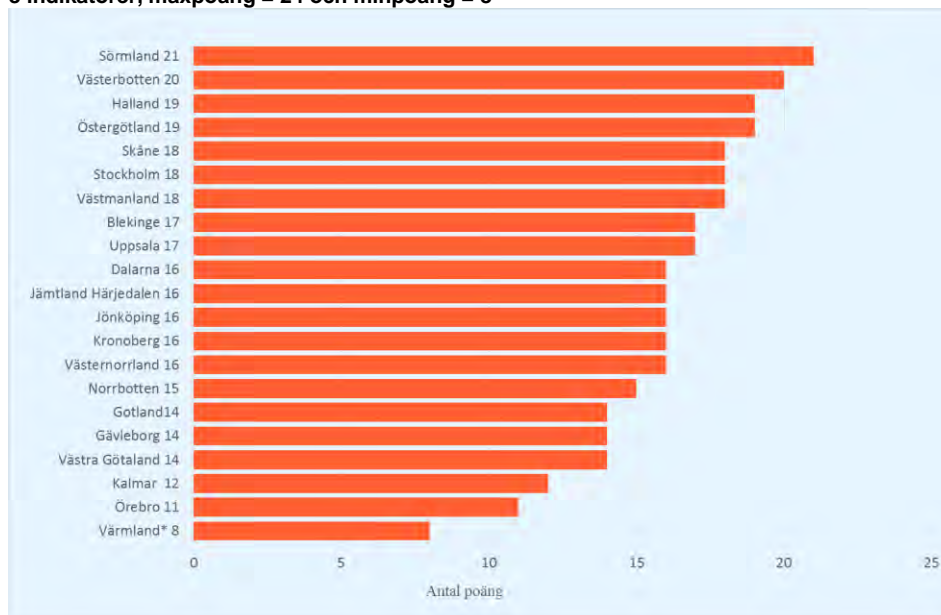
[Användning av antiinflammatoriska läkemedel hos äldre](#)

[Användning med antipsykotiska läkemedel hos äldre](#)

[Äldre med läkemedel som bör undvikas](#)

6. Psykiatri

Diagram 6 Antal poäng för indikatorerna i området Psykiatri.
8 indikatorer, maxpoäng = 24 och minpoäng = 8



*Uppgift saknas för en indikator, inga poäng har då utdelats

Urvalet är en blandning av data från hälsodataregister vid Socialstyrelsen och data från kvalitetsregister. De flesta har förekommit i Öppna Jämförelser. Täckningsgrad varierar. Tre diagnoser speglas - depression, schizofreni och bipolär sjukdom.

Följande indikatorer ingår i underlaget för poängtilldelningen:

[Själv mord i befolkningen](#)

[Undvikbar somatisk slutenvård för personer med psykiatrisk diagnos](#)

[Behandling antipsykotiska läkemedel vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd, 12 18 mån](#)

[Följsamhet till läkemedelsbehandling vid depression](#)

[Elbehandling vid svår depression](#)

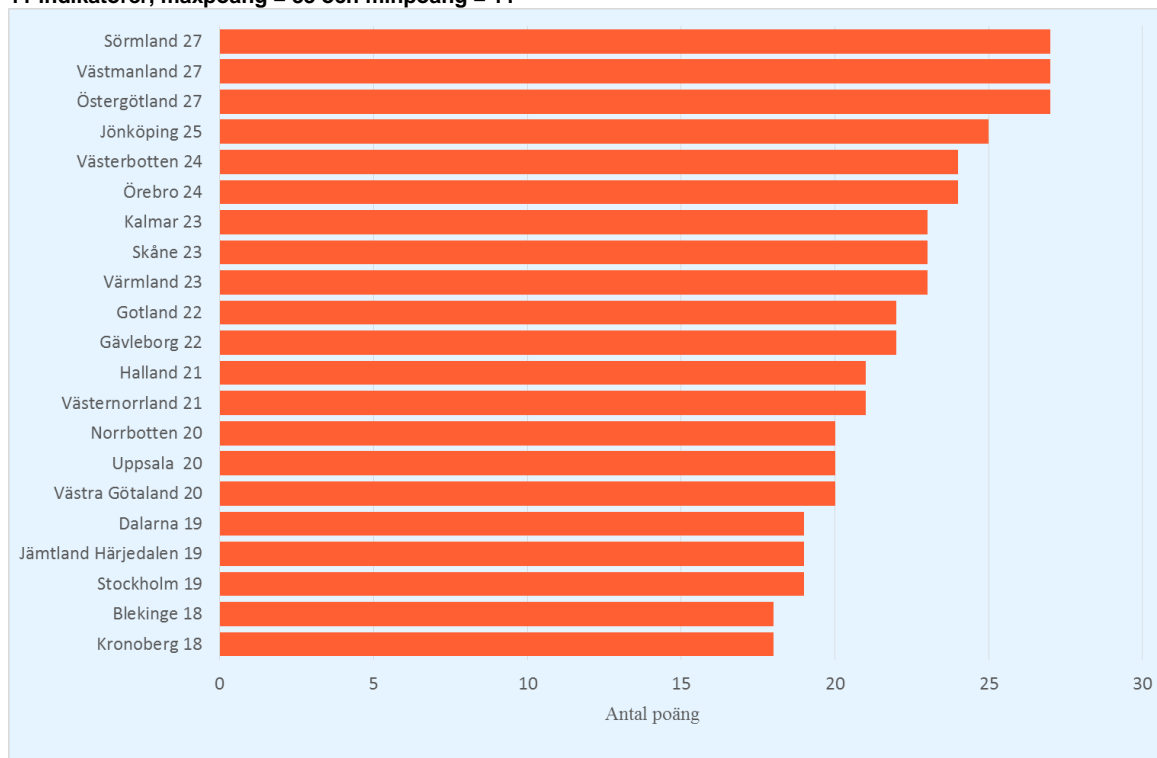
[Symtomfrihet efter elbehandling](#)

[Behandling med litium vid bipolär sjukdom typ 1](#)

[Patientutbildning vid bipolär sjukdom](#)

7. Hjärtsjukvård

Diagram 7 Antal poäng för indikatorerna i området Hjärtsjukvård.
11 indikatorer, maxpoäng = 33 och minpoäng = 11



Två indikatorer avser hjärtsvikt och förmaksflimmer, medan övriga avser hjärtinfarkt. Även om hjärtinfarktvården är central inom hjärtsjukvård, så är detta också ett uttryck för den ojämna tillgången på kvalitetsdata. Alla indikatorer är etablerade i nationella riktlinjer, kvalitetsregister och Öppna Jämförelser. All data från kvalitetsregistret Swedeheart är hämtade via en separat beställning.

Följande indikatorer ingår i underlaget för poängtilldelningen:

Akut öppnande av kranskärl inom rekommenderad tid vid större hjärtinfarkt (snart i Vården i siffror)

Akut öppnande av kranskärl vid större hjärtinfarkt (snart i Vården i siffror)

[Fysiskt träningsprogram 12-14 månader efter hjärtinfarkt](#)

Kranskärlsröntgen hos målgrupp vid mindre hjärtinfarkt (snart i Vården i siffror)

[Måluppfyllelse för blodtryck efter hjärtinfarkt](#)

[Måluppfyllelse för LDL-kolesterol efter hjärtinfarkt](#)

[Rökstopp 12-14 månader efter hjärtinfarkt](#)

[Antikoagulantia vid förmaksflimmer och riskfaktorer](#)

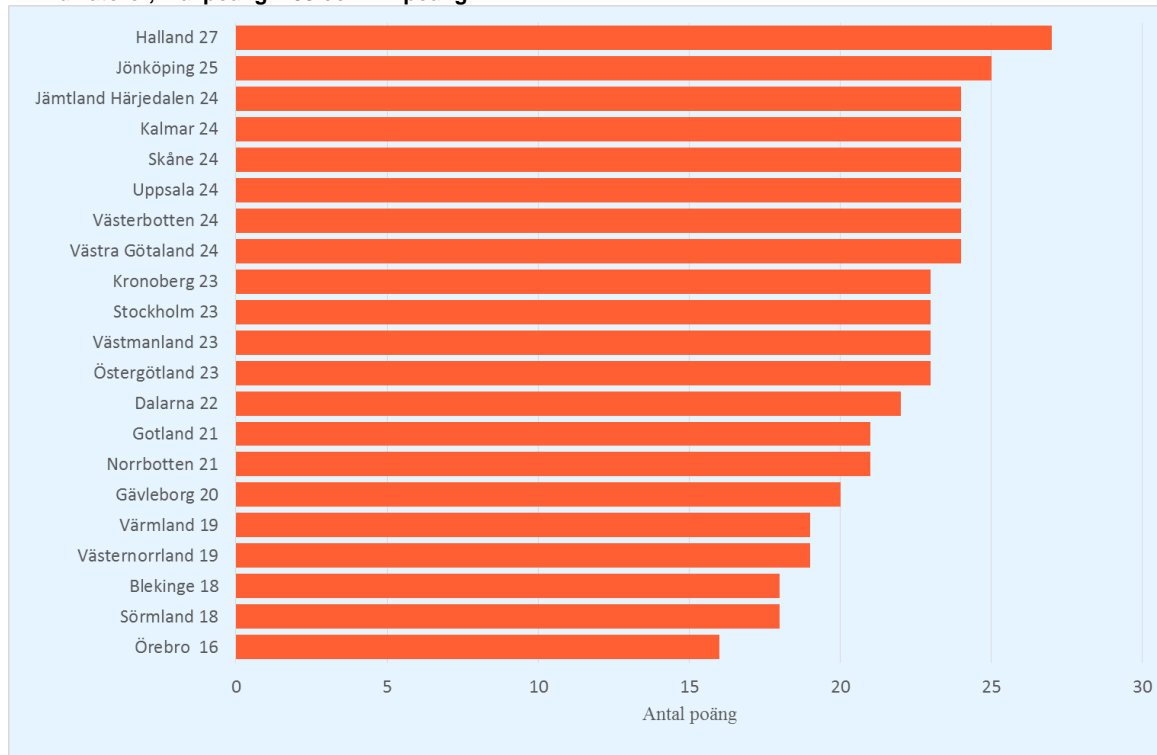
[Basbehandling vid hjärtsvikt](#)

[Dödlighet 28 dagar efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt](#)

[Blodfettssänkande behandling efter hjärtinfarkt](#)

8. Stroke

Diagram 8 Antal poäng för indikatorerna i området Stroke.
11 indikatorer, maxpoäng = 33 och minpoäng = 11



Indikatorurvalet speglar både process- och resultatmått, sjukvårdsinsatsen både i akutfasen och sekundärprevention samt annan hjälp och stöd efter en stroke. Det finns ytterligare indikatorer i Riksstroke och nationella riktlinjer som hade kunnat väljas, men urvalet speglar viktiga aspekter.

Följande indikatorer ingår i underlaget för poängtilldelningen:

[Dödlighet 28 dagar efter sjukhusvårdad stroke](#)

[Blodfettssänkande behandling 12-18 månader efter stroke, 18-79 år](#)

[Blodförtunnande läkemedel vid stroke och förmaksflimmer, 18-79 år](#)

[Direktinläggning på strokeenhet](#)

[Nedsatt funktionsförmåga efter stroke](#)

[Reperfusionsterapi vid stroke](#)

[Rökstopp efter stroke](#)

[Test av sväljförmåga vid akut stroke](#)

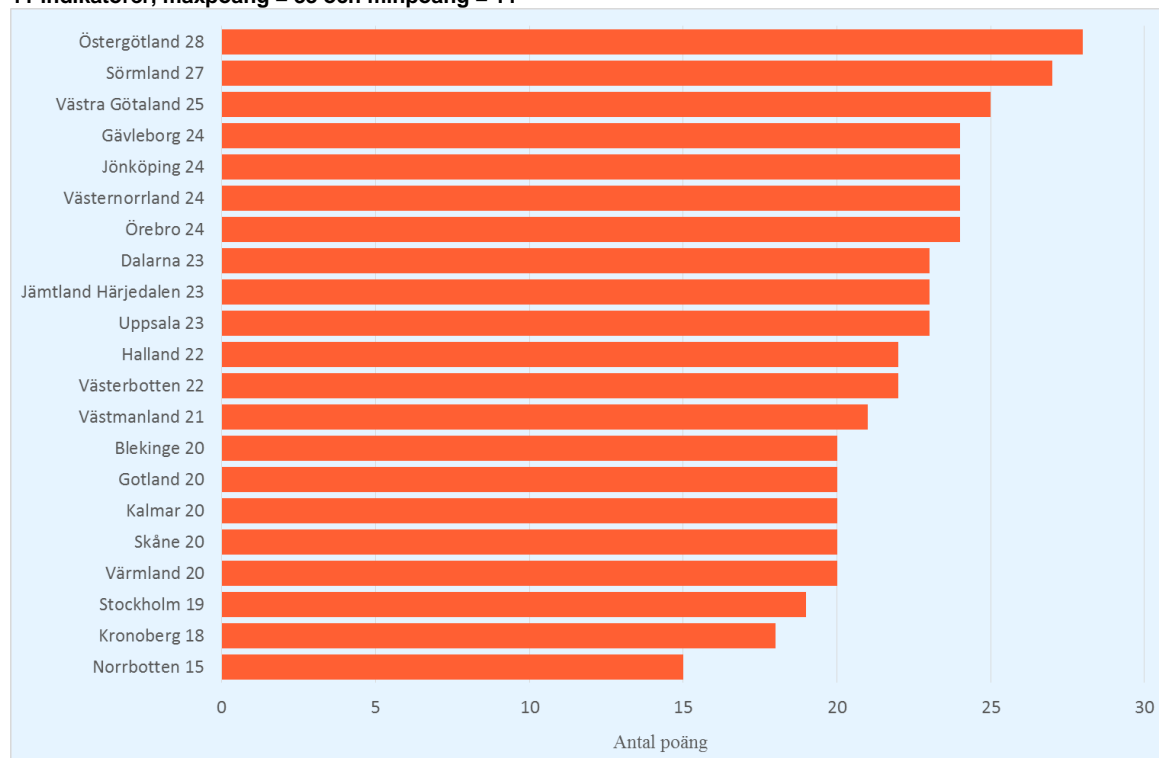
[Tid till trombolys vid stroke](#)

[Tillgodosedda behov av hjälp och stöd efter stroke](#)

[Återinsjuknande efter stroke](#)

9. Diabetes

Diagram 9 Antal poäng för indikatorerna i området Diabetes.
11 indikatorer, maxpoäng = 33 och minpoäng = 11



För diabetes typ 1 och primärvård (i princip diabetes typ 2) är urvalet en spegling av de indikatorer Socialstyrelsen angett målnivåer för. Därtill ingår ett resultatmått och två indikatorer om barn och unga med diabetes. Notera att cirka 85-90 procent av alla personer med diabetes vårdas i primärvården.

Följande indikatorer ingår i underlaget för poängutdelningen:

[Överdödlighet i hjärt-kärlsjukdom vid diabetes](#)

[Andel personer med diabetes med HbA1c \$\leq\$ 70 mmol/mol, Typ 1](#)

[Andel personer med diabetes med HbA1c \$\leq\$ 70 mmol/mol. Primärvård](#)

[Blodtryck 140/85 mmHg vid diabetes typ 1](#)

[Blodtryck 140/85 mmHg vid diabetes. Primärvård](#)

[Fotundersökning vid diabetes typ 1](#)

[Fotundersökning vid diabetes. Primärvård](#)

[Icke rökare vid diabetes typ 1](#)

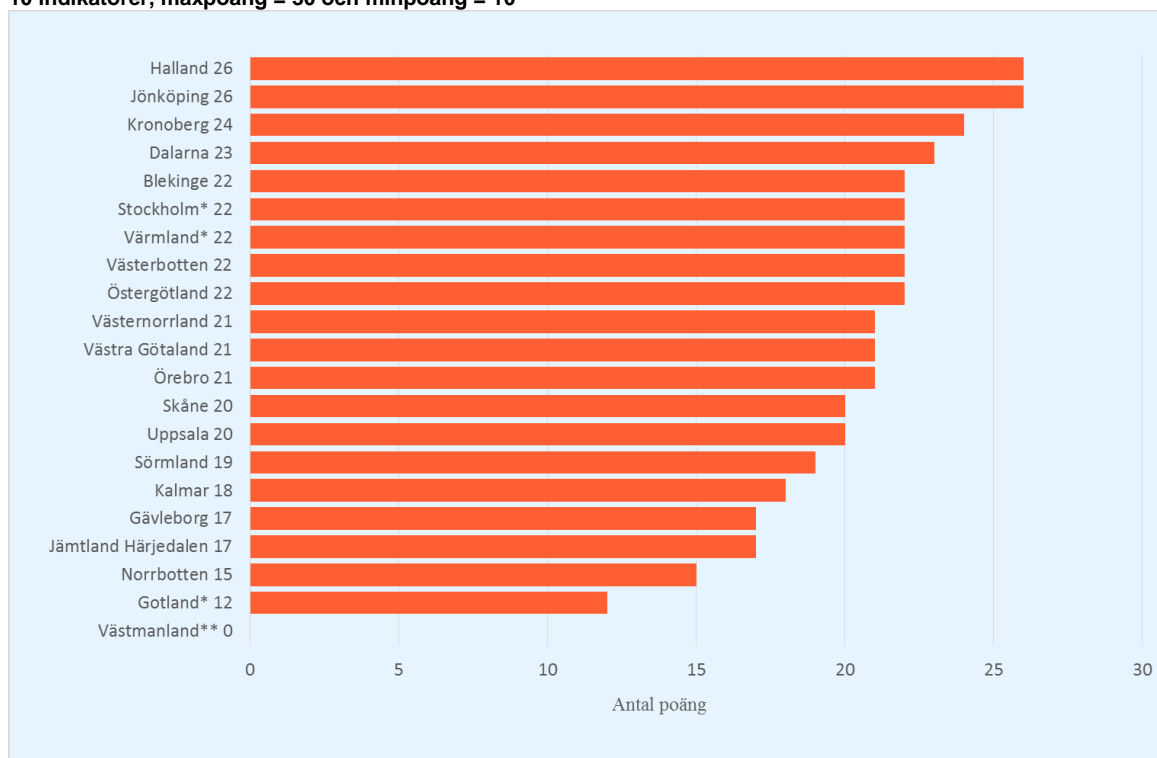
[Icke rökare vid diabetes. Primärvård.](#)

[Ögonbottenundersökning hos barn och unga med diabetes typ 1](#)

[Blodsockerkontroll \(HbA1c \$<\$ 57 mmol/mol\) hos barn och unga med diabetes typ 1](#)

10. Kvinnosjukvård

Diagram 10 Antal poäng för indikatorerna i området Kvinnosjukvård.
10 indikatorer, maxpoäng = 30 och minpoäng = 10



*Avser tidigare mätperiod för två indikatorer ** Deltar inte i registret

Alla indikatorer kommer från kvalitetsregistret Gynop. Västmanland deltar först från 2016 och har inte tilldelats poäng för detta område. Indikatorerna avser fyra sjukdomstillstånd där operationer utförs, inte andra aspekter på kvinnors hälsa eller annan sjukdom som drabbar kvinnor. Täckningsgrad och svarsfrekvens vid enkäten varierar.

Följande indikatorer ingår i underlaget för poängtilldelningen:

[Svarsfrekvens för patientenkät efter gynekologisk operation](#)

[Klinikbedömning av patientens enkätsvar efter gynekologisk operation](#)

[Borttagande av livmoder med minimalinvasiv teknik](#)

[Patientrapporterad komplikationsfrihet efter borttagande av livmoder](#)

[Patientrapporterad minskning av framfallssymtom ett år efter operation:](#)

[Standardpatienter.](#)

[Patientrapporterad komplikationsfrihet två månader efter framfallsoperation.](#)

[Standardpatienter.](#)

[Patientrapporterad kontinens efter inkontinensoperation](#)

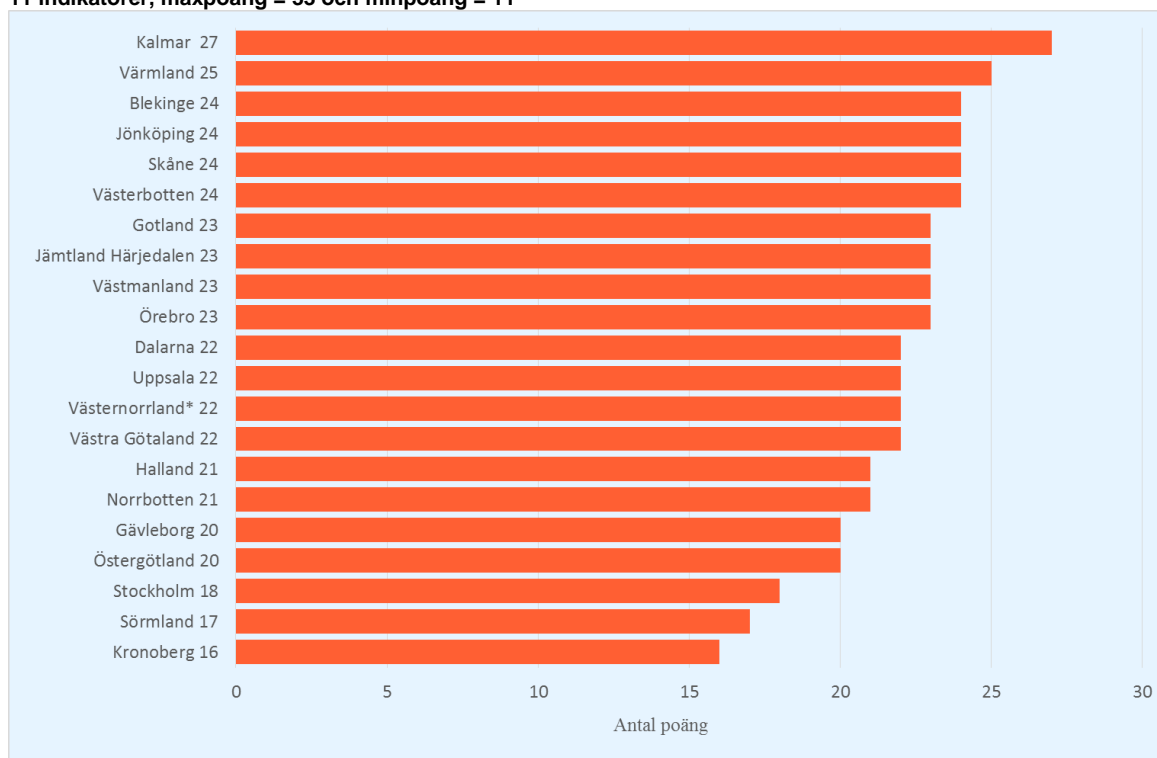
[Patientrapporterad komplikationsfrihet efter inkontinensoperation](#)

[Operation av äggledare och äggstockar med titthålskirurgi](#)

[Patientrapporterad komplikationsfrihet två månader efter operation av äggledare och äggstockar](#)

11. Ortopedisk sjukvård

Diagram 11 Antal poäng för indikatorerna i området Ortopedisk sjukvård.
11 indikatorer, maxpoäng = 33 och minpoäng = 11



*Uppgift saknas för en indikator, inga poäng har utdelats

Urvalet avser stora operationstyper vid artros, höftfraktur och ryggsmärta, men även benskörhet. Bortsett från indikatorerna för höftfraktur är patientantalet betydligt större än de som opereras. För patienter med till exempel ryggsmärta eller artros, men som inte opereras är tillgången på kvalitetsdata mer begränsad.

Följande indikatorer ingår i underlaget för poängtilldelningen:

[Artrosskola före höftprotesoperation](#)

[Implantatöverlevnad vid total höftprotesoperation](#)

[Implantatöverlevnad vid total knäprotesoperation](#)

[Patienttillfredsställelse efter total höftledsoperation](#)

[Åter till boende efter höftfraktur](#)

[Tid till operation vid höftfraktur](#)

[Protesoperation vid höftfraktur](#)

[Återfraktur inom 3 år efter fragilitetsfraktur](#)

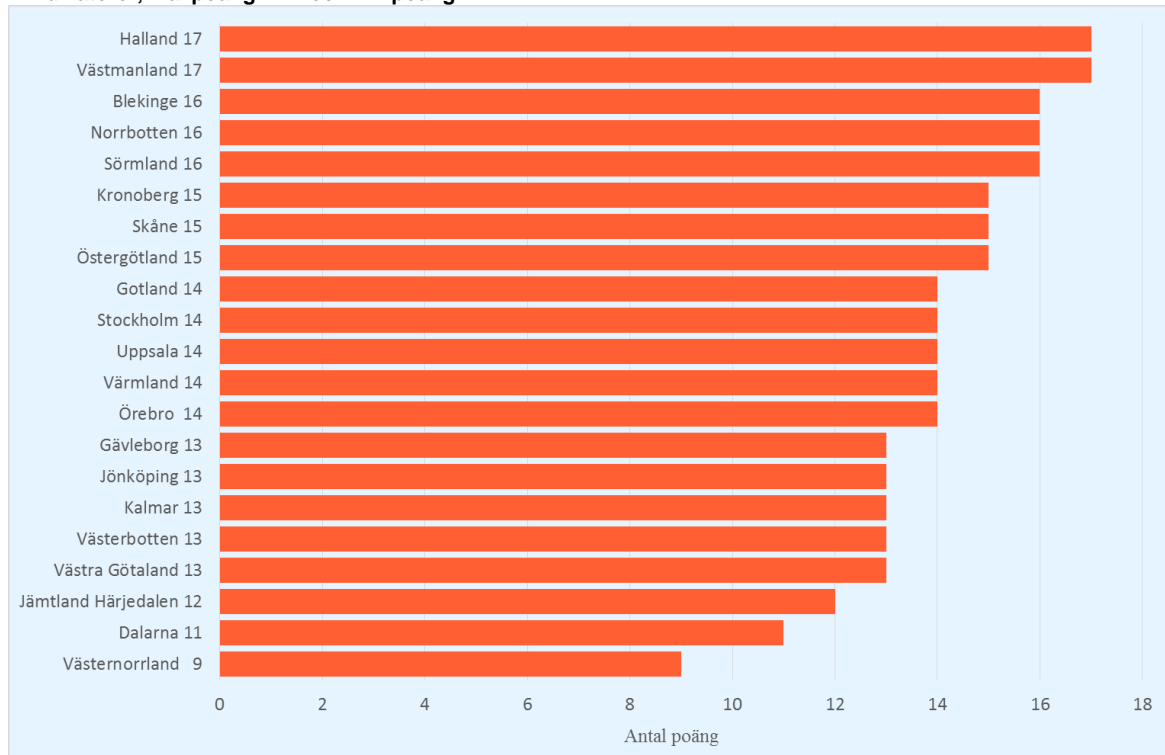
[Läkemedel mot benskörhet efter fraktur](#)

[Patientrapporterad bensmärta efter operation för spinal stenos](#)

[Patientrapporterad bensmärta efter operation för diskbråck](#)

12. Cancer

Diagram 12 Antal poäng för indikatorerna i området Cancer.
7 indikatorer, maxpoäng = 21 och minpoäng = 7



Urvalet fokuserar på processmått för några stora cancerformer, som är väl etablerade i riktlinjer och hos kvalitetsregister. Ändtarms- och tjocktarmscancer saknas. Data för dessa sjukdomar är på väg in i Vården i siffror, men är inte tillgängliga i nuläget och har inte kunnat användas här.

Följande indikatorer ingår i underlaget för poängtildelningen:

[Kontaktsjuksköterska vid nydiagnostiserad bröstcancer](#)

[Tid från misstanke om bröstcancer till operation ≤ 28 dagar](#)

[Kontaktsjuksköterska vid nydiagnostiserad prostatacancer](#)

[Kurativ behandling vid lokaliserad prostatacancer med hög risk](#)

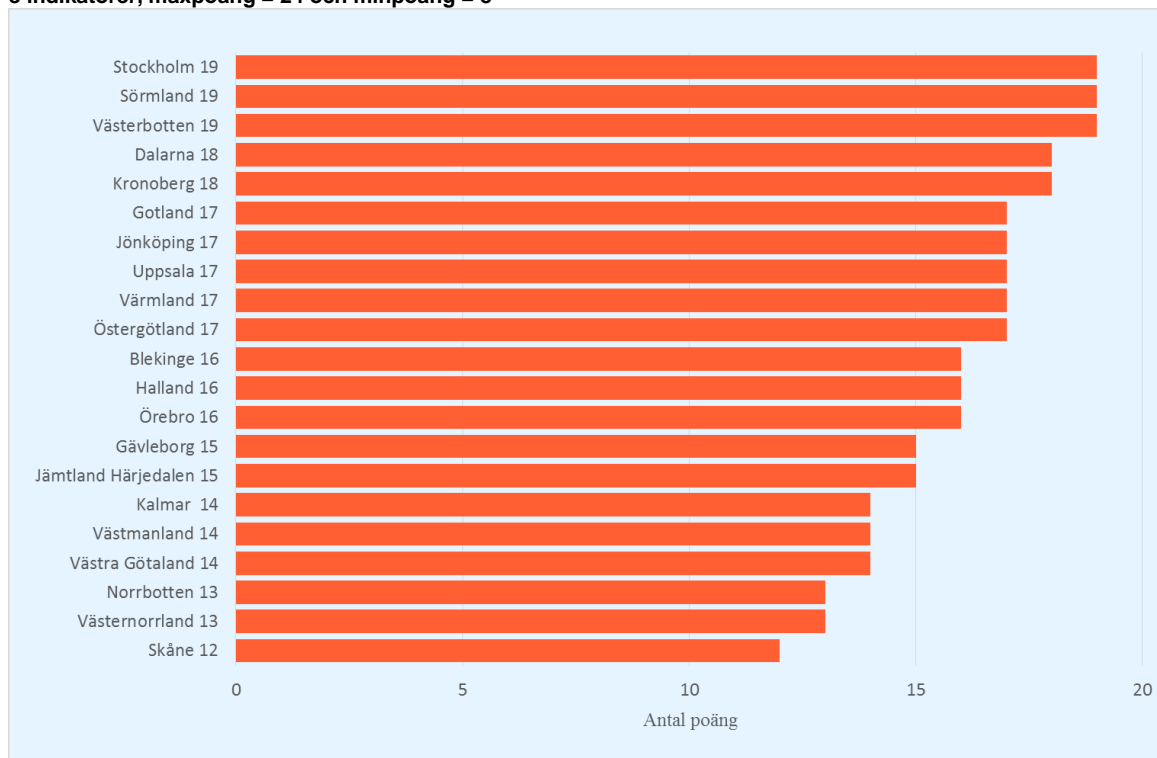
[Väntetid till första besök vid misstänkt prostatacancer](#)

[Multidisciplinär konferens vid lungcancer](#)

[Palliativ kemoterapi vid generaliserad lungcancer](#)

13. Kirurgisk behandling

Diagram 13 Antal poäng för indikatorerna i området Kirurgisk behandling.
8 indikatorer, maxpoäng = 24 och minpoäng = 8



Kirurgisk behandling är här en samlingsrubrik för några olika sjukdomstillstånd eller operationstyper, avgränsat till operationer som inte ingår i något annat område. Katarakt- och ljumskbråcksoperation utförs i stor omfattning, medan kärlkirurgi är av mindre omfattning, men där patienterna är svårt sjuka.

Följande indikatorer ingår i underlaget för poängtilldelningen:

[Synfel inför kataraktoperation](#)

[Frånvaro av omoperation för ljumskbråck](#)

[Minskning av övervikt efter obesitaskirurgi](#)

[Uppföljning av patienter efter obesitaskirurgi](#)

[Tid till operation vid förträngning av halspulsåder](#)

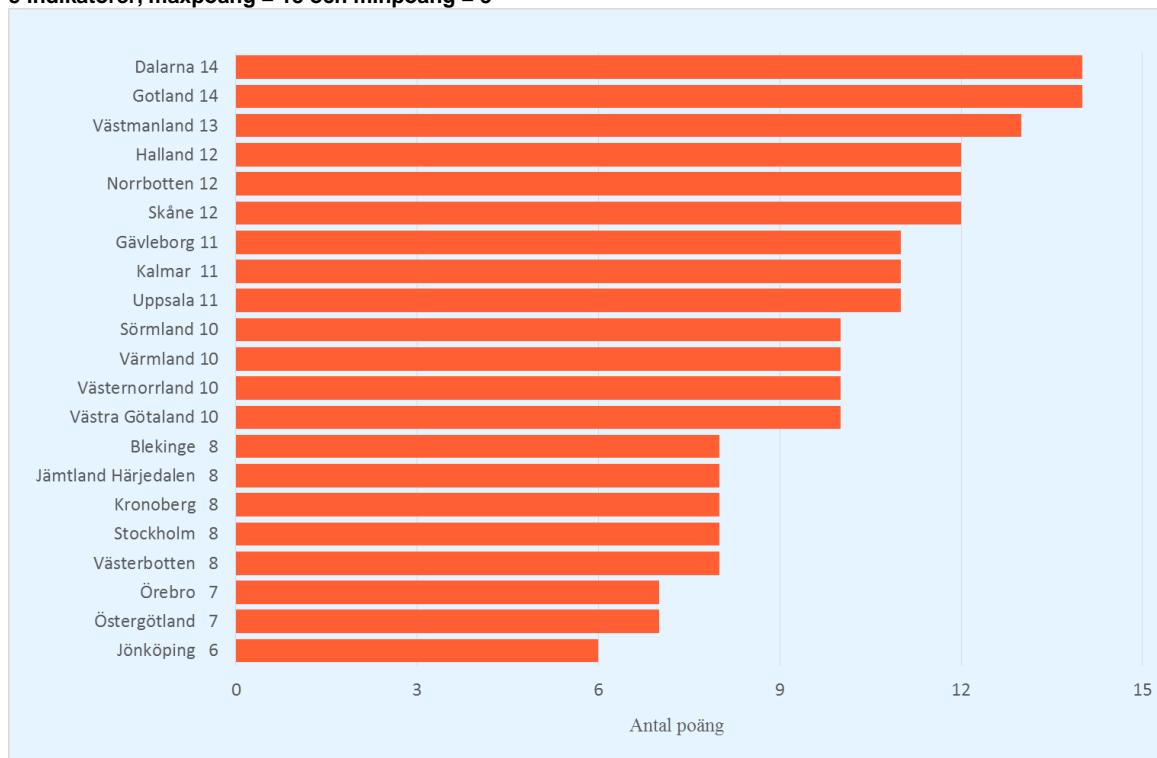
[Död eller amputation efter operation av kärlförträngning i ben](#)

[Antibiotika vid borttagande av gallblåsa](#)

[Miniinvasivt borttagande av gallblåsa](#)

14. Reumatoid artrit

Diagram 14 Antal poäng för indikatorerna i området Reumatoid artrit.
5 indikatorer, maxpoäng = 15 och minpoäng = 5



Vården i siffror innehåller fem indikatorer avseende reumatoid artrit, som alla ingår här. Antalet behandlade med biologiska läkemedel har i poängtilldelningen ansetts bör vara högt, vilket inte är självklart. Socialstyrelsens målnivå för denna indikator tar sikte på att minska variationen mellan landstingen och regionerna.

Följande indikatorer ingår i underlaget för poängtilldelningen:

[Biologiska läkemedel vid reumatoid artrit](#)

[Effekt vid första behandling med biologiska läkemedel](#)

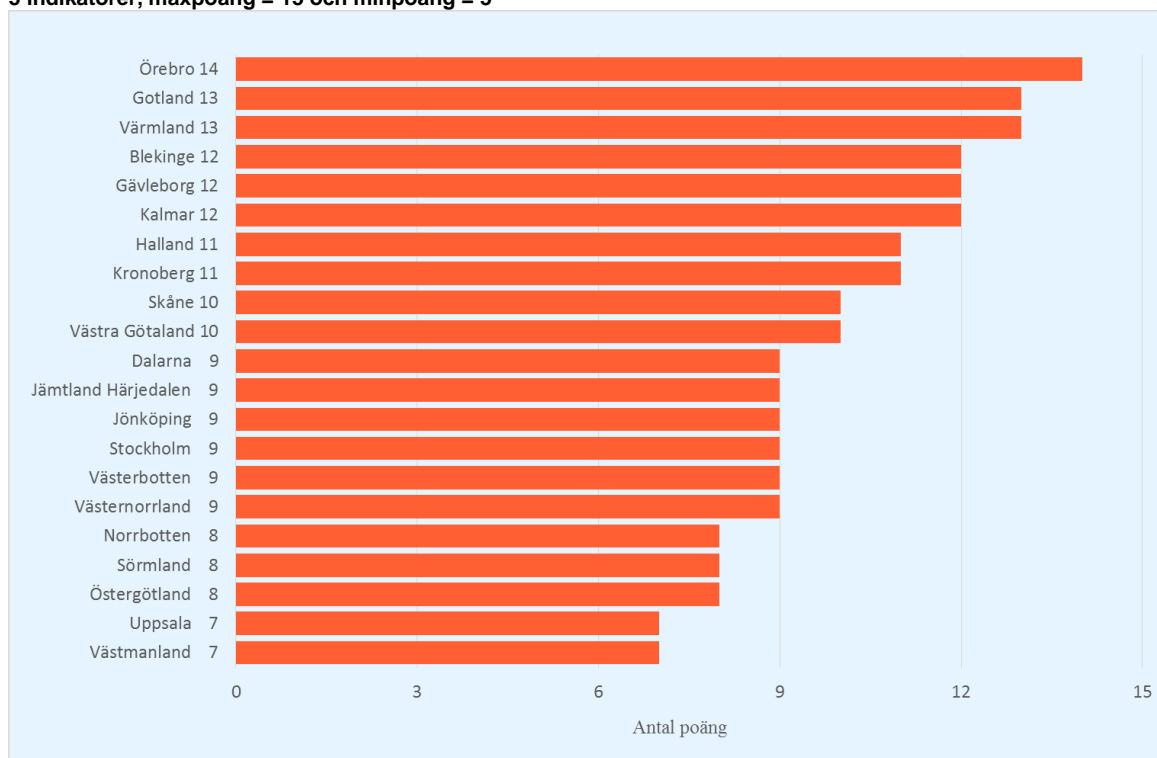
[Patientrapporterad hälsa vid behandling med biologiskt läkemedel](#)

[Tidig diagnos vid reumatoid artrit](#)

[Uppföljningsbesök efter start av läkemedelsbehandling vid reumatoid artrit](#)

15. Njursjukvård

Diagram 15 Antal poäng för indikatorerna i området Njursjukvård.
5 indikatorer, maxpoäng = 15 och minpoäng = 5



Vården i siffror har alla dessa fem indikatorer om njursjukvård, så inget urval har gjorts. Alla indikatorer avser 2015, med undantag för Risk för död vid svår njursvikt, som innehåller patienter med behandlingsstart till och med 2014.

Följande indikatorer ingår i underlaget för poängutdelningen:

[Måluppfyllelse för behandlingsdos vid dialys vid njursvikt](#)

[Måluppfyllelse för blodtryck vid njursvikt](#)

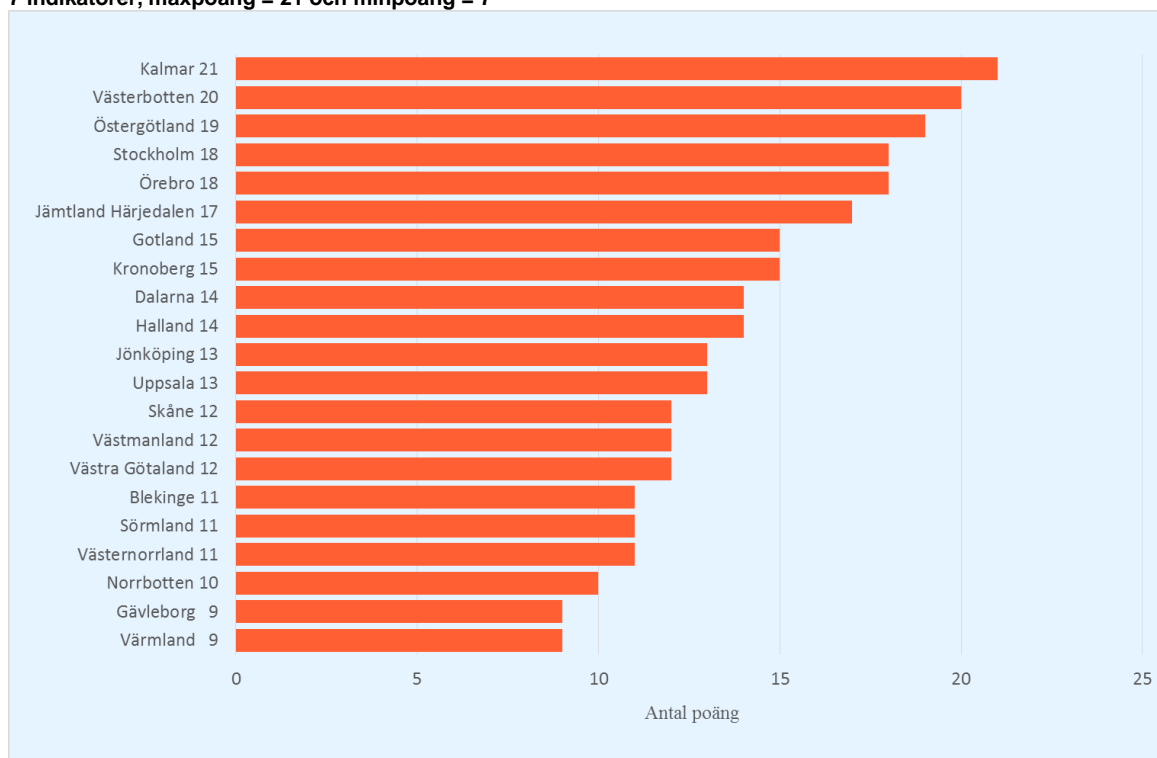
[Måluppfyllelse för fosfatnivå vid njursvikt](#)

[Risk för död vid svår njursvikt](#)

[Tillgång till blodbanan vid bloddialys vid njursvikt](#)

16. Palliativ vård

Diagram 16 Antal poäng för indikatorerna i området Palliativ vård.
7 indikatorer, maxpoäng = 21 och minpoäng = 7



Vården i siffror har alla dessa sju indikatorer om palliativ vård. Urvalet av indikatorer har gjorts på rekommendation av kvalitetsregistret, och alla indikatorer ingår i Socialstyrelsens riktlinjebaserade nationella utvärdering av vård i livets slutskede. Indikatorerna speglar även vårdinsatser som görs av kommunerna, och avser därmed egentligen län snarare än landsting/regioner.

Följande indikatorer ingår i underlaget för poängtilldelningen:

[Brytpunktssamtal om övergång till palliativ vård](#)

[Frånvaro av trycksår hos avlidna](#)

[Munhälsobedömning under sista levnadsveckan](#)

[Smärtskattning under sista levnadsveckan](#)

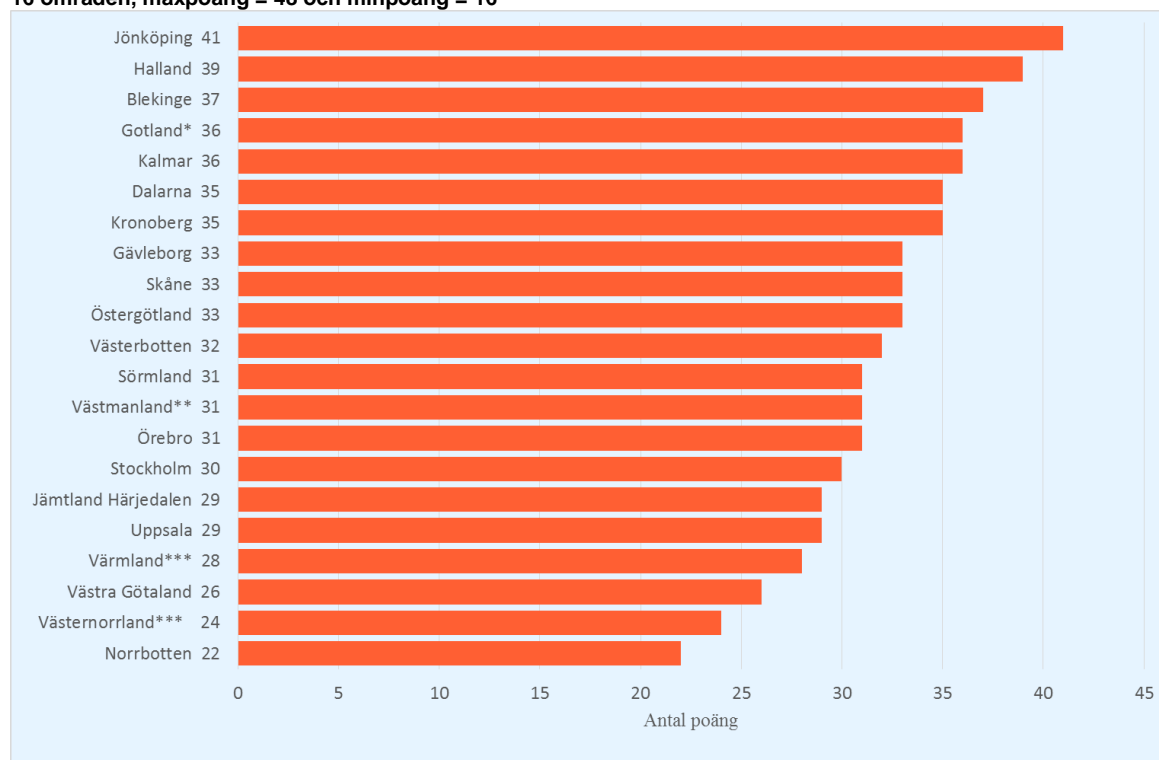
[Symtomskattning under sista levnadsveckan](#)

[Vidbehovsordination av opioider mot smärta i livets slutskede](#)

[Vidbehovsordination av ångstdämpande läkemedel](#)

Samtliga områden

Diagram 17 Antal poäng för indikatorerna i samtliga områden.
16 områden, maxpoäng = 48 och minpoäng = 16



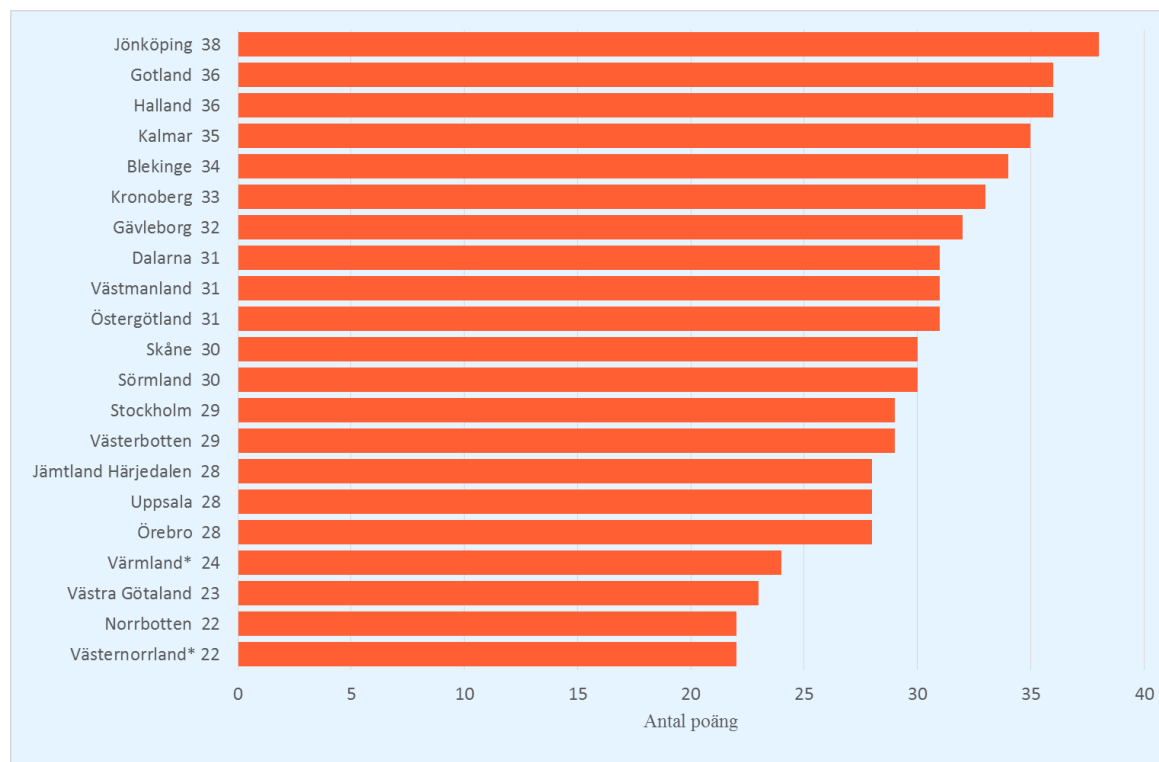
*Uppgift saknas för sex indikatorer, inga poäng har utdelats

**Uppgift saknas för tio indikatorer, inga poäng har utdelats

***Uppgift saknas för en indikator, inga poäng har utdelats

Poängen för placeringen i de 16 områdena har summerats. Västmanland saknar data för Kvinnosjukvård. Gotland har bara delvis data för Patienterfarenheter. Saknade data kan påverka den totala poängen. Se vidare nästa sida, diagram 18.

**Diagram 18 Antal poäng för indikatorerna i samtliga områden exklusive Kvinnosjukvård och specialiserad vård i Nationell Patientenkät
15 områden, maxpoäng = 45 och minpoäng = 15**



*Uppgift saknas för en indikator, inga poäng har utdelats

För att kompensera för olikheter i deltagande i de 16 områdena har Kvinnosjukvård samt de delar som rör specialiserad vård i Nationell Patientenkät inte räknats med i diagrammet ovan. Det innebär att Gotland och Västmanland inte missgynnas.

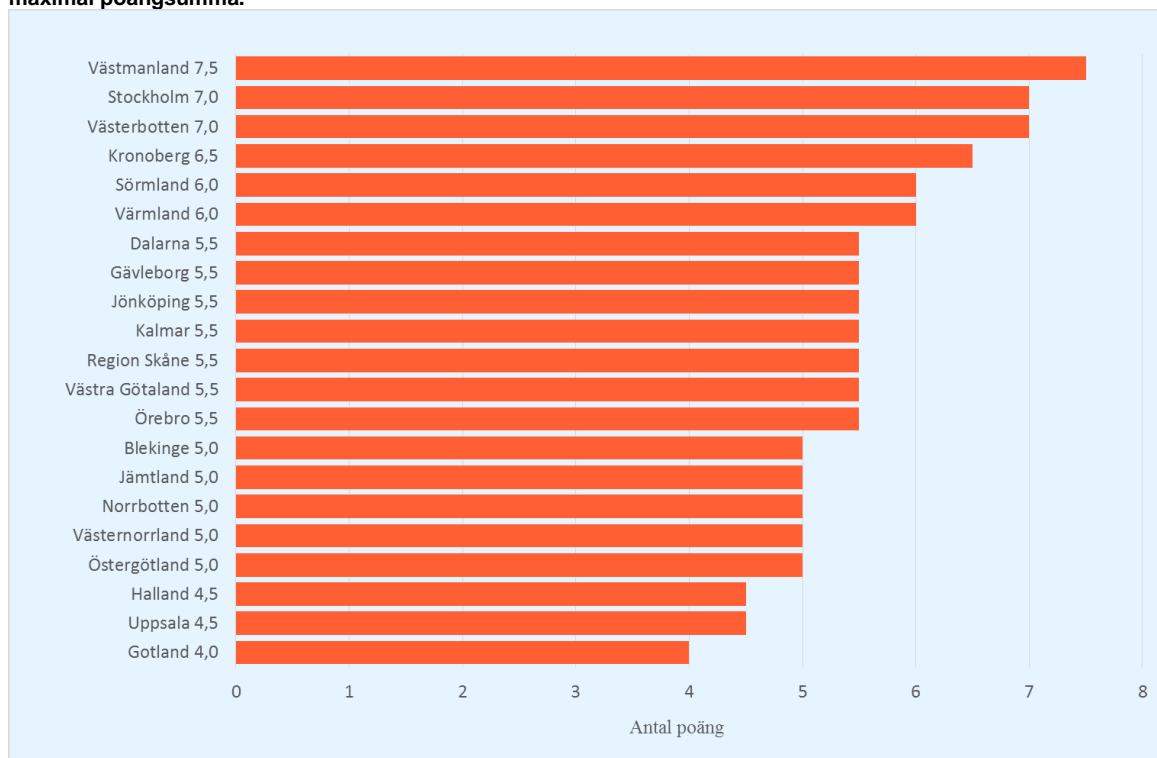
Målnivåbaserade poängmodeller för hjärtinfarkt och stroke

Positionsbaserade poängmodeller bygger på landstingens inbördes position, oavsett om resultatet vid en kvalificerad bedömning skulle anses vara bra eller sämre.

Ett alternativ är att jämföra landstingens resultat vad avser måluppfyllelse.

Detta görs här, dels för hjärtinfarkt, dels för stroke. Både indikatorurval och poängmodell påverkar utfallet, jämfört med den tidigare redovisade modellens resultat.

Swedehearts kvalitetsindex för hjärtinfarktvård. Avser 9 av 11 indikatorer med 9 som maximal poängsumma.

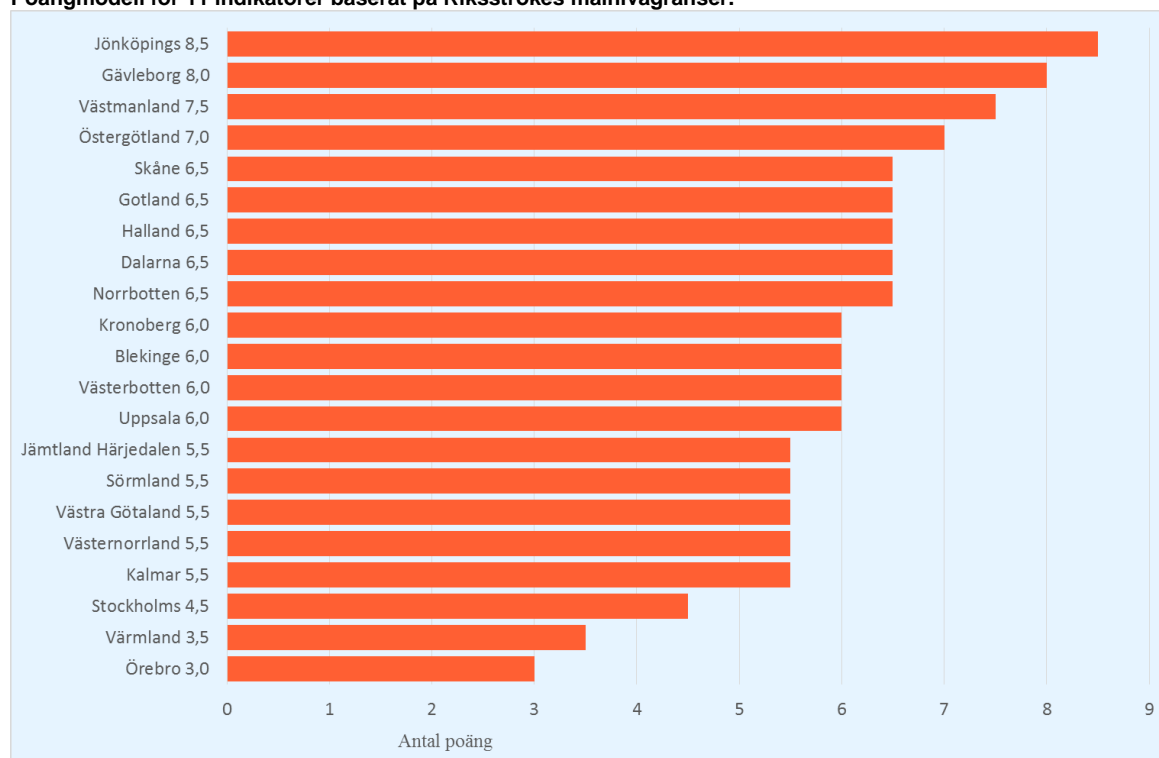


Kvalitetsregistret Swedeheart har sedan länge ett kvalitetsindex som används för sjukhus.

Swedehearts fullständiga kvalitetsindex summerar resultaten för elva indikatorer. För var och en av dessa anges poänggränser, där den lägre gränsen ger 0,5 poäng och den högre gränsen 1,0 poäng. Alla landstings respektive sjukhus (med minst 10 fall per år) poäng summeras sedan till ett samlat poängtal. Gränserna för poäng är satta efter en bedömning av vilka resultat som är möjliga eller rimliga.

I diagrammet ingår 9 av de 11 indikatorerna. Detta index finns även i Vården i siffror, för 2015 års resultat.

Poängmodell för 11 indikatorer baserat på Riksstroke's målnivågränser.



Kvalitetsregistrets Riksstroke har inget formellt kvalitetsindex, men de har angett två olika målnivåer per indikator på likartat sätt som Swedeheart. Man kan därför enkelt konstruera en poängmodell som är baserad på Riksstroke's målnivågränser. Detta görs för de 11 indikatorer från Riksstroke som visas på Vården i siffror. 2015 års resultat har använts. Själva poängsummeringen, ”indexet”, visas dock inte på Vården i siffror i nuläget.

För stroke blir det skillnader i utfall till exempel för Kalmar, Jämtland, Stockholm och Blekinge, medan för hjärtsjukvård till exempel Östergötlands och Gotlands position skiftar.

Resultatöversikt för 16 hälso- och sjukvårdsområden

Jämförelse mellan landsting och regioner baserat på ett urval av indikatorer i Vården i siffror.

Det senaste decenniets återkommande och uppmärksammade publicering av kvalitetsjämförelser för hälso- och sjukvården, av framförallt Sveriges Kommuner och Landsting, Socialstyrelsen och Nationella kvalitetsregister, har bidragit till att det nu finns en stor och jämförelsevis god tillgång på data och indikatorer om sjukvårdens kvalitet.

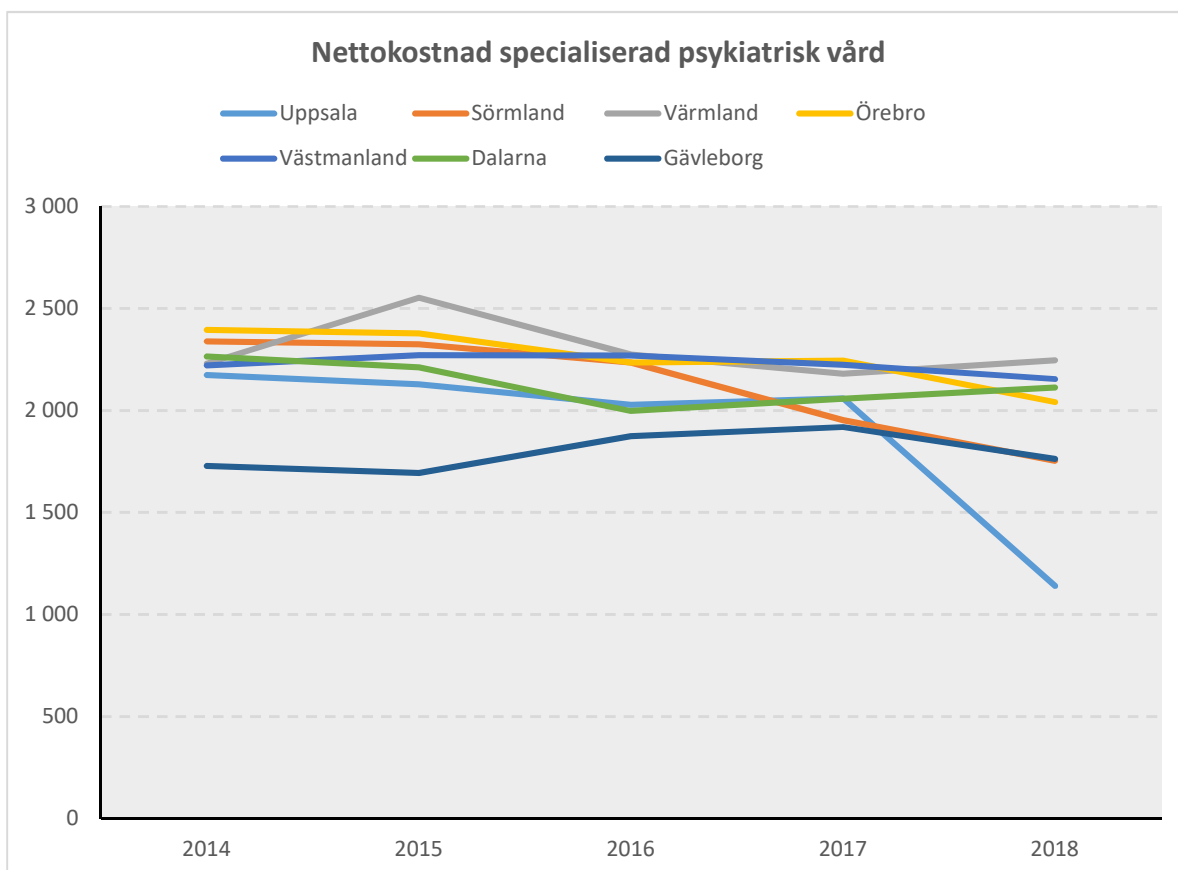
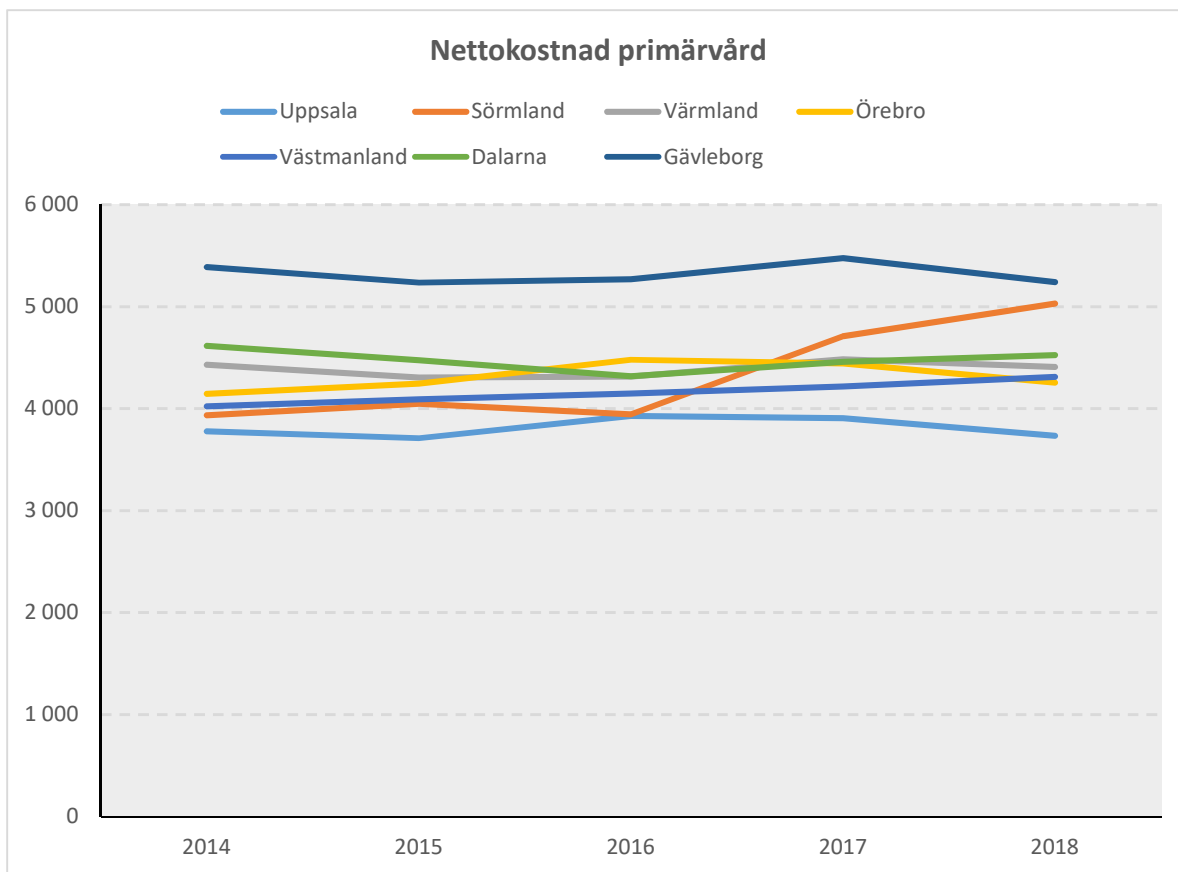
Denna rapportens kärna är en redovisning av en resultatöversikt för landsting och regioner, baserad på indikatorer i Vården i siffror.

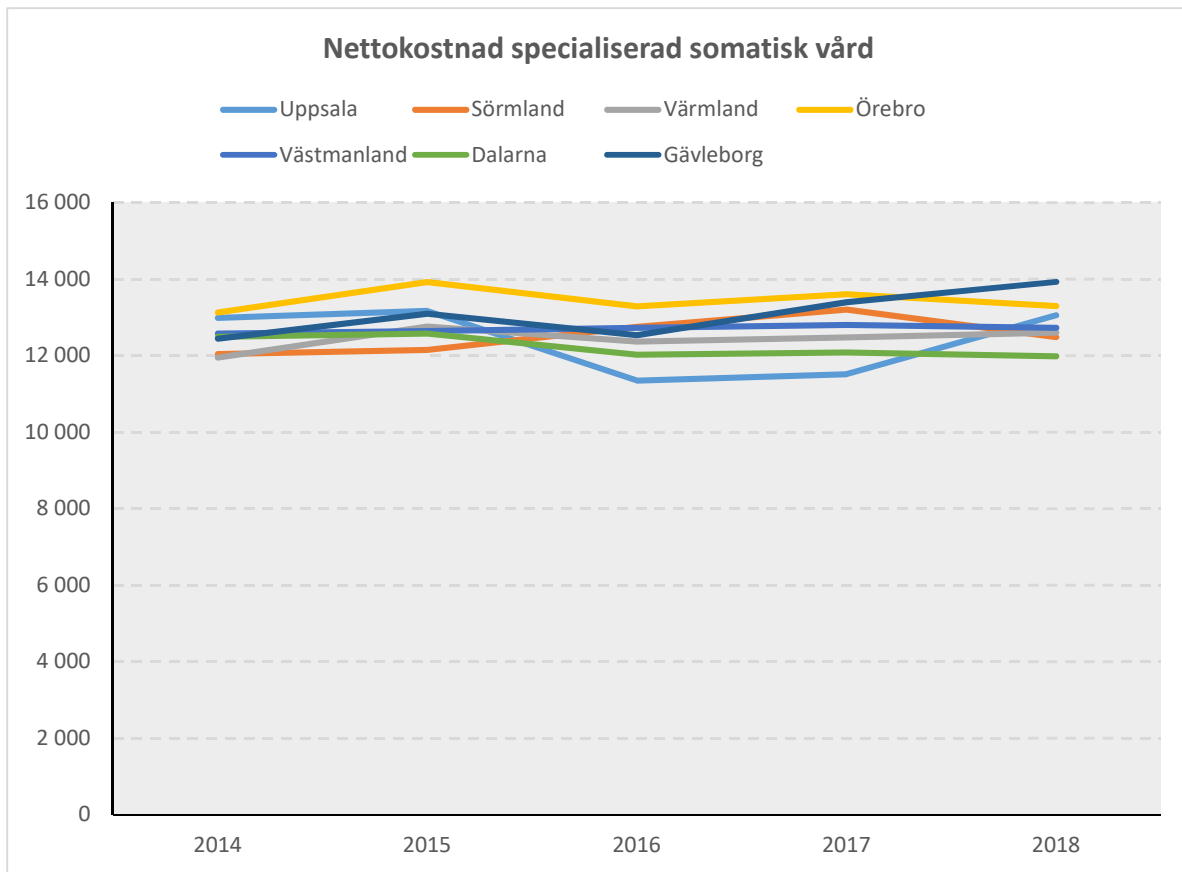
Fokus är på rangordnande jämförelser mellan landsting och regioner, snarare än på till exempel uppfyllelse av målnivåer.

Upplysningar om innehållet
Fredrik Westander, Fredrik.Westander@skl.se
Camilla Eriksson, Camilla.B.Eriksson@skl.se
Siv-Marie Lindquist, siv-marie.lindquist@skl.se

© Sveriges Kommuner och Landsting, 2017
ISBN/Beställningsnummer: 978-91-7585-352-9
Text: Fredrik Westander

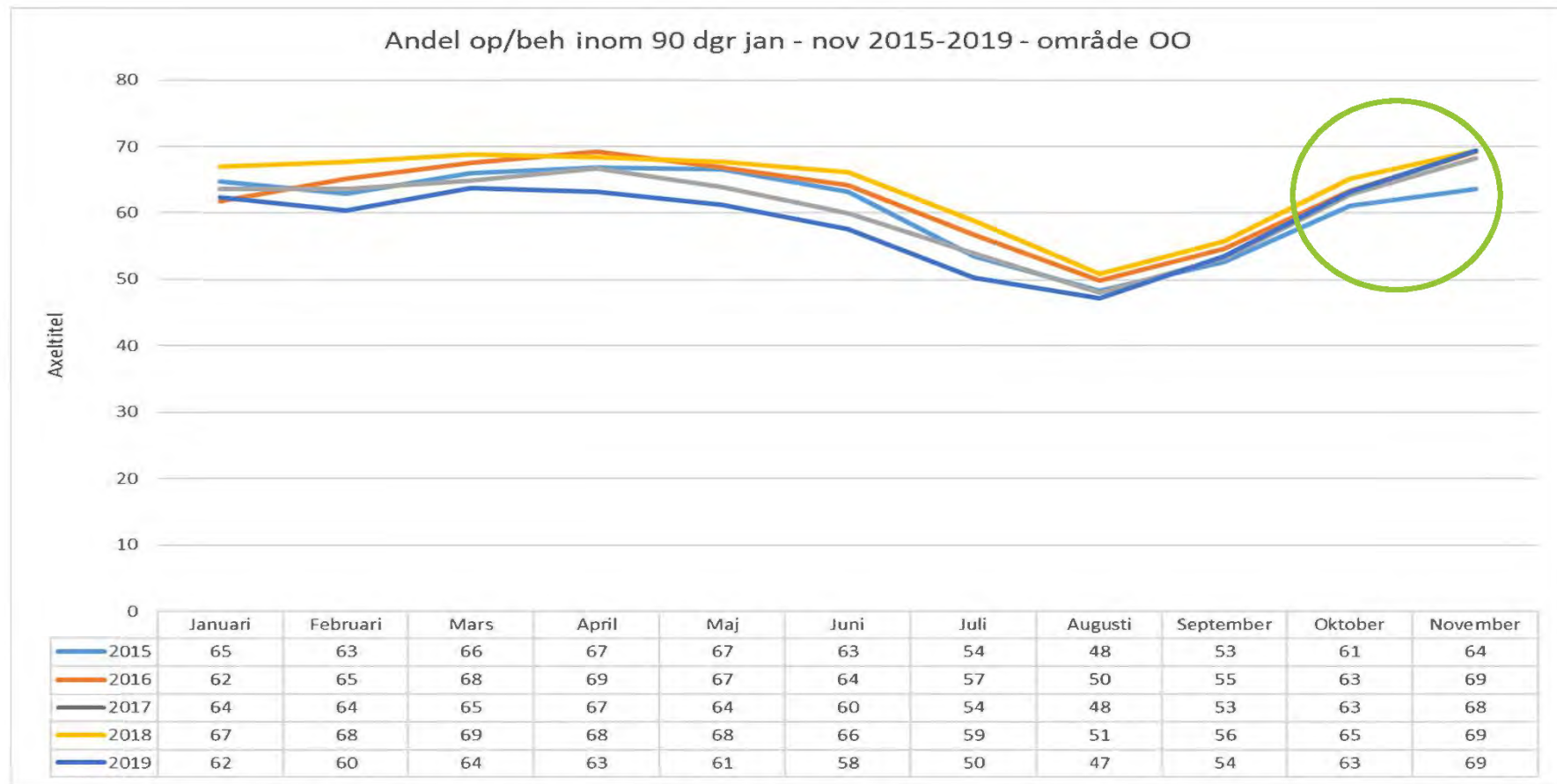
Beställ eller ladda ner på webbutik.skl.se. ISBN/Beställningsnummer 978-91-7585-352-9

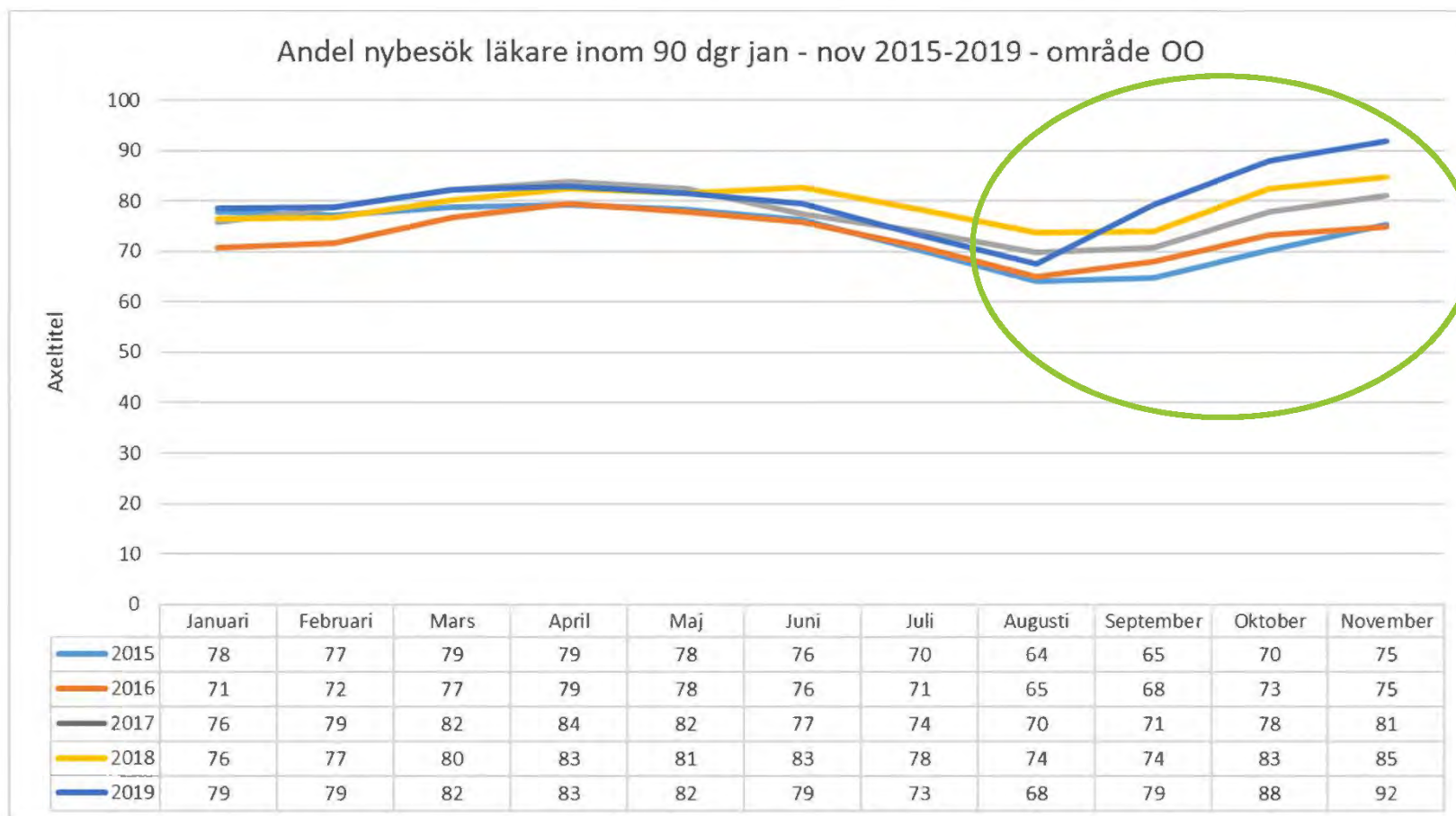




Källa: Sveriges Kommuner och Regioner

Nettokostnad exklusive läkemedel och exklusive kostnader för köp från andra regioner (inklusive köpt service fördelad på kärnverksamheterna), per invånare deflaterat med LPIK exklusive läkemedel





Ortopedins resultat för måluppfyllelse av vårdgarantin när det gäller operation/åtgärd är följande:

Oktober 2015: 77 %

Oktober 2016: 79 %

Oktober 2017: 98 %

Oktober 2018: 87 %

Oktober 2019: 68 % (alla regioner: 73%)

Ögonsjukvårdens resultat för måluppfyllelse av vårdgarantin när det gäller operation/åtgärd är följande:

Oktober 2015: 65%

Oktober 2016: 66%

Oktober 2017: 67%

Oktober 2018: 70%

Oktober 2019: 69% (alla regioner: 73%)

Övriga förbättringsförslag

Under de workshops som genomförts i samband med organisationsöversynen har flera förbättringsförslag framförts som enligt processledarnas bedömning inte direkt kan knytas till frågan om organisation. Dessa förbättringsförslag återges nedan:

- * Digital plattform – gränslös vård för både region och kommun
- * Gemensam digital infrastruktur (region och kommuner)
- * Möjligheter till gemensamma verksamheter genom avtalssamverkan exempelvis missbruksmottagningar (överbygga huvudmannaskap)
- * Arbeta med att sälja in att nuvarande organisation, det vill säga att den leder till högre kvalitet för patienten
- * Att hela processkartläggningen görs där även Habiliteringen tas med
- * Flödesbeskrivning över områdesgränser
- * Tydliga ramar och tydlig uppföljning med konsekvens
- * Komma vidare med länsövergripande produktionsplanering
- * Specialistnivån bör närma sig närsjukvården

12

Svar till Datainspektionen i
tillsynsärende

20RS1209

Tjänsteställe, handläggare
Staben Administration juridik och säkerhet, Niklas
Tiedermann

Sammanträdesdatum
2020-02-26

FöredragningsPM
Dnr: 20RS1209

Organ
Hälso- och sjukvårdsnämnden

Svar till Datainspektionen i tillsynsärende

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att svara Datainspektionen i enlighet med förslaget till svar, samt

att paragrafen förklaras omedelbart justerad.

Sammanfattning

Datainspektionen har fått in ett klagomål där det uppges att en anmälan mot Rättspsykiatriska kliniken i Örebro har publicerats under hälso- och sjukvårdsnämndens handlingar på Region Örebro läns webbplats. Den anmälan som klagomålet rörde återfanns i kallelsen till nämndsammanträdet 2019-09-25.

Anmälan innehöll olika typer av personuppgifter relaterade till den berörda personens vistelse vid sjukvårdsinrättning.

Den publicerade handlingen togs därefter genast bort från webben. Vidare granskades alla publicerade kallelser och protokoll i syfte att kontrollera så att ytterligare röjande inte hade skett. Ärendet har därefter hanterats i enlighet med de rutiner som gäller. Dessa inkluderar bland annat anmälan av personuppgiftsincident till Datainspektionen, upprättande av intern avvikelseanmälan och arbete med att undersöka vad som kan göras för att något liknande inte ska hända igen.

Datainspektionen har med anledning av händelsen ställt frågor till nämnden. Ett förslag till svar till Datainspektionen har upprättats.

Tjänsteställe, handläggare
Staben Administration juridik och säkerhet, Niklas
Tiedermann

Sammanträdesdatum
2020-02-26

FöredragningsPM
Dnr: 20RS1209

Konsekvenser för miljö-, barn- och jämställdhetsperspektiven

Beslutet saknar konsekvenser ur dessa perspektiv.

Ekonomiska konsekvenser

Beslutet saknar ekonomiska konsekvenser.

Beslutsunderlag

FöredragningsPM hälso- och sjukvårdsnämnden 2020-02-26

Skrivelse från Datainspektionen

Förslag till svar till datainspektionen.

Jonas Claesson
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Skickas till:

Datainspektionen



Tjänsteställe, handläggare
Staben för administration, juridik och säkerhet,
Niklas Tiedermann

Datum
2020-02-15

Beteckning
20RS1209

Datainspektionen
Box 8114
104 20 Stockholm

Svar på tillsynsskrivelse DI-2020-1539

Hälso- och sjukvårdsnämnden har, i egenskap av personuppgiftsansvarig, i en tillsynsskrivelse, daterad 2020-02-05, anmodats att yttra sig med anledning av ett klagomålsärende hos Datainspektionen. Av klagomålet framgår att på Region Örebro läns webbplats publicerade personuppgifter av känslig beskaffenhet.

De frågor som ställdes av Datainspektionen kommer att besvaras nedan.

1. Anser ni att Nämnden är personuppgiftsansvarig för publiceringen?

Hälso- och sjukvårdsnämnden är personuppgiftsansvarig för de publicerade uppgifterna. Den berörda handlingen var avsedd för Hälso- och sjukvårdsnämndens bedömning. Publiceringen har skett åt hälso- och sjukvårdsnämndens vägnar.

2. Vilket ändamål hade ni för att publicera personuppgifterna?

Region Örebro län publicerar normalt sett personuppgifter i kallelser och protokoll på sin webbplats som hänför sig till förtroendevalda politiker eller tjänstepersoner i deras tjänste-/förtroendeuppdrag.

3. Vilket rättsligt stöd hade ni för att publicera personuppgifterna?

Vid webbpublicering bedöms Region Örebro län kunna åberopa allmänt intresse för att publicera protokoll och kallelser, inklusive personuppgifter, utifrån artikel 6 samt 2 kap 2 § Lag (2018:218) med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning (dataskyddslagen).

Postadress
Region Örebro län
Regionkansliet
Box 1613, 701 16 Örebro
E-post: regionen@regionorebrolan.se

Besöksadress
Eklundavägen 2, Örebro
Tel: 019-602 10 00
Organisationsnummer: 232100-0164

Känsliga personuppgifter enligt art 9 GDPR, och 3 kap 3 § dataskyddslagen ska aldrig publiceras på regionens webbplats. I det aktuella fallet borde publicering inte ha skett.

4. Har ni skriftliga rutiner eller riktlinjer för Nämndens publiceringar av handlingar och personuppgifter på webbsidan? Bifoga dessa i förekommande fall.

Det finns inte några skriftliga rutiner rörande publicering av handlingar och personuppgifter på webbplatsen. Det är fåtal personer som har det som arbetsuppgift att publicera Hälso- och sjukvårdsnämndens kallelser och protokoll på webbplatsen. Rutiner kring publiceringen delges muntligt.

5. Är de skriftliga rutinerna eller riktlinjerna kända av personalen?

De muntliga rutinerna är kända av personalen.

6. Har era skriftliga rutiner eller riktlinjer följts vid den publicering som denna tillsyn gäller? Om ja: beskriv på vilket sätt. Om nej: varför följdes inte rutinen eller riktlinjerna?

De muntliga rutinerna har inte följts. Handlingen publicerades av misstag.

Region Örebro län efter att ha fått vetskap om händelser omedelbart tagit bort hela handlingen från den externa webben. Som en akut åtgärd genomfördes granskning av alla publicerade kallelser och protokoll för alla nämnder i syfte att säkerställa att röjande inte har förekommit på annat sätt/i andra handlingar.

Den kan nu konstaterats att det var engångsföreteelse och att det var en registrerad som berördes. Region Örebro län ser allvarligt på det inträffade och ska nu gå igenom sina rutiner för att säkerställa att inga liknande incidenter ska förekomma.

Region Örebro läns har påbörjat arbetet med att skapa skriftliga riktlinjer och rutiner för delgivning av kallelser och protokoll till förtroendevalda samt för publicering på webbplatsen. Detta arbete kommer att prioriteras framöver.

Jonas Claesson
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Till Hälso- och sjukvårdsnämnden i
Region Örebro län

[regionen@regionorebrolan.se]

Tillsyn

Datainspektionen har beslutat att granska er personuppgiftsbehandling och har inlett ett tillsynsärende. Ni behöver därför svara på våra frågor.

Varför granskar Datainspektionen er verksamhet?

Datainspektionen har fått in ett klagomål där det uppges att en anmälan mot Rättspsykiatriska kliniken i Örebro har publicerats under Hälso- och sjukvårdsnämndens handlingar på Region Örebro läns webbplats.

Den anmälan som klagomålet rörde återfanns på sidan 1931 i kallelsen HS 2019-09-25 och fanns fortfarande kvar på webbplatsen den 20 januari 2020. Anmälan finns inte längre kvar på webbplatsen per dagens datum.

Anmälan innehöll i huvudsak följande personuppgifter: Namn, personnummer och kontaktuppgifter (adress hem och till Rättspsykiatriska kliniken i Örebro, telefonnummer, e-postadress) för den person som gjort anmälan, uppgift om att personen ifråga var inlagd på Rättspsykiatriska kliniken i Örebro, uppgift om att personen ifråga varit föremål för lämnande av urinprov, uppgift om att personens friförmåner dragits in.

Datainspektionen bedömer att Hälso- och sjukvårdsnämnden i region Örebro län (härefter: "Nämnden") är personuppgiftsansvarig för publiceringen av personuppgifterna som beskrivits ovan.

Våra frågor

1. Anser ni att Nämnden är personuppgiftsansvarig för publiceringen? Om inte, beskriv varför Nämnden inte är personuppgiftsansvarig och, om ni har någon uppfattning i frågan, vilken annan organisation som är personuppgiftsansvarig.
2. Vilket ändamål hade ni för att publicera personuppgifterna?
3. Vilket rättsligt stöd hade ni för att publicera personuppgifterna?
4. Har ni skriftliga rutiner eller riktlinjer för Nämndens publiceringar av handlingar och personuppgifter på webbsidan? Bifoga dessa i förekommande fall.
5. Är de skriftliga rutinerna eller riktlinjerna kända av personalen?
6. Har era skriftliga rutiner eller riktlinjer följts vid den publicering som denna tillsyn gäller? Om ja: beskriv på vilket sätt. Om nej: varför följdes inte rutinen eller riktlinjerna?

Ert svar

Svara skriftligt till Datainspektionen **senast den 26 februari 2020**.

Förutsatt att svaret inte innehåller några integritetskänsliga personuppgifter eller uppgifter som kan omfattas av sekretess, kan ni e-posta det till datainspektionen@datainspektionen.se och referera till vårt diarienummer DI-2020-1539.

Måste ni svara Datainspektionen?

Ja, Datainspektionen är tillsynsmyndighet enligt dataskyddsförordningen, GDPR¹. Det innebär att vi får begära att ni lämnar all information som Datainspektionen behöver för att vi ska kunna fullgöra våra uppgifter som tillsynsmyndighet.²

Vad händer sen?

När Datainspektionen är färdig med granskningen kommer ni att få ett beslut. Där kommer ni att få besked om eventuella brister i ert dataskydd och om ni måste vidta några korrigerande åtgärder. Datainspektionen kan exempelvis påföra administrativa sanktionsavgifter enligt dataskyddsförordningen.³

¹ Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/79 av den 27 april 2016 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG.

² Artikel 58.1 i dataskyddsförordningen.

³ Artikel 58.2 och artikel 83-84 i dataskyddsförordningen.

Om ni har frågor kontakta Elin Hallström på tfn. [skriv in telefonnummer].

Med vänlig hälsning

Elin Hallström, 2020-02-05 (Det här är en elektronisk signatur)

Kopia till:

Dataskyddsombudet agata.cierzniak@regionorebrolan.se

Information om Datainspektionens behandling av personuppgifter

<https://www.datainspektionen.se/om-oss/information-om-hur-datainspektionen-behandlar-personuppgifter/>

13

Hälsa- och
sjukvårdsdirektörens plan för
återöppnande av
förlossningen på Karlskoga
lasarett
20RS1774

Tjänsteställe, handläggare
Staben Hälso- och sjukvård, Katrin Boström

Sammanträdesdatum
2020-02-26

FöredragningsPM
Dnr: 20RS1774

Organ
Hälso- och sjukvårdsnämnden

Hälso- och sjukvårdsdirektörens plan för återöppnande av förlossningen på Karlskoga lasarett

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att ta emot ”Hälso- och sjukvårdsdirektörens plan för att återöppna förlossningen vid Karlskoga lasarett”.

Sammanfattning

Kvinnoklinikens verksamhetschef tog den 29 maj 2019 beslut att förlossningen i Karlskoga skulle stänga från och med den 15 juni 2019. Beslutet togs mot bakgrund av att patientsäkerheten för de akut sjuka nyfödda barnen inte kunde tillgodoses.

Ett återöppnande av förlossningen i Karlskoga förutsätter att Region Örebro län långsiktigt och hållbart kan upprätthålla och säkerställa en patientsäker vård. Hälso- och sjukvården ska enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659) bedriva ett patientsäkerhetsarbete som är förebyggande vilket innebär ett arbete med att identifiera risker i vården och att sedan verka för att dessa elimineras så att undvikbara vårdskador inte ska uppstå.

En arbetsgrupp med berörda verksamhetschefer och chefläkare har under hösten 2019 arbetat med att ta fram förutsättningar för ett återöppnande av förlossningen i Karlskoga. Arbetet har baserats på den kartläggning som presenterades för hälso- och sjukvårdsnämnden vid sammanträdet den 28 september 2019.

Höstens arbete har lett fram till rapporten ”Hälso- och sjukvårdsdirektörens plan för att återöppna förlossningen vid Karlskoga lasarett”.

Hälso- och sjukvårdsdirektörens sammanvägda bedömning är att förlossningen i Karlskoga bedöms kunna återöppnas tidigast vid årsskiftet 2024/2025 under förutsättning att föreslagna bemanningsåtgärder har varit framgångsrika.

Ärendebeskrivning

Kvinnoklinikens verksamhetschef tog 29 maj 2019 beslut att förlossningen i Karlskoga skulle stänga från och med den 15 juni. Beslutet togs mot bakgrund av att Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO) konstaterat ”att bemanningen vid Karlskoga lasarett inte är tillräcklig för att säkerställa kompetensen för livsuppehållande åtgärder för ett akut sjukt nyfött barn dygnets alla timmar årets alla dagar” och att patientsäkerheten för de akut sjuka nyfödda barnen inte kunde tillgodoses.

Ett återöppnande av förlossningen i Karlskoga förutsätter att Region Örebro län långsiktigt och hållbart kan upprätthålla och säkerställa en patientsäker vård. Hälso- och sjukvården ska enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659) bedriva ett patientsäkerhetsarbete som är förebyggande vilket innebär ett arbete med att identifiera risker i vården och att sedan verka för att dessa elimineras så att undvikbara vårdskador inte ska uppstå.

En arbetsgrupp med berörda verksamhetschefer och chefläkare har under hösten 2019 arbetat med förutsättningar för ett återöppnande av förlossningen i Karlskoga. Arbetet har baserats på den kartläggning som presenterades för hälso- och sjukvårdsnämnden vid sammanträdet den 28 september 2019.

Höstens arbete har lett fram till rapporten ”Hälso- och sjukvårdsdirektörens plan för att återöppna förlossningen vid Karlskoga lasarett”. I rapporten beskrivs de åtgärder som krävs för att säkerställa ett team med reell kompetens för stabilisering och akut vård av det sjuka nyfödda barnet samt åtgärder för en neonatal transportorganisation som säkerställer att även de svårast akut sjuka nyfödda barnen kan transporteras patientsäkert.

Hälso- och sjukvårdsdirektörens sammanvägda bedömning är att förlossningen i Karlskoga kan återöppnas tidigast årsskiftet 2024/2025 under förutsättning att föreslagna bemanningsåtgärder varit framgångsrika.

Konsekvenser för miljö-, barn- och jämställdhetsperspektiven

Avseende konsekvenser för barnperspektivet kan konstateras att i rapporten redogörs för vilka förutsättning som krävas för att det nyfödda barnet ska tillförsäkras en patientsäker vård.

Ekonomiska konsekvenser

Den totala bruttokostnaden för lön, jour, beredskap och utbildning beräknas uppgå till totalt 37,9 miljoner kronor årligen. Den utökade bemanningen förväntas dock kunna ge vissa positiva effekter i form av intäkter och kostnadsreduceringar bland annat genom minskade hyrläkarkostnader, uppskattningsvis kan intäkter och kostnadsreduceringar uppgå till cirka 16 miljoner kronor.

Tjänsteställe, handläggare
Staben Hälsa- och sjukvård, Katrin Boström

Sammanträdesdatum
2020-02-26

FöredragningsPM
Dnr: 20RS1774

Beslutsunderlag

FöredragningsPM hälso- och sjukvårdsnämnden 2020-02-26, plan för återöppnande av förlossningen i Karlskoga

Rapport ”Hälso- och sjukvårdsdirektörens plan för att återöppna förlossningen vid Karlskoga lasarett”.

Jonas Claesson
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Skickas till:

(Ange vem/vilka beslutet ska skickas till)

Hälso- och sjukvårdsdirektörens plan för att återöppna förlossningen vid Karlskoga lasarett

Sammanfattning

Förlossningen i Karlskoga bedöms kunna återöppnas tidigast årsskiftet 2024/2025 under förutsättning att nedan föreslagna bemanningsåtgärder i form av rekrytering, upphandling av hyrpersonal samt internutbildning har varit framgångsrik.

Nettokostnadsökningen jämfört med dagens kostnadsmassa uppskattas till cirka 22 mkr.

Bakgrund

Verksamhetschefen för kvinnokliniken beslutade den 29/5 2019 att stänga förlossningen vid Karlskoga lasarett från den 15/6 2019 med hänvisning till att patientsäkerheten för de akut sjuka nyfödda barnen inte kan tillgodoses efter det datumet (1). Beslutet var en följd av inspektionen för vård och omsorgs (IVO) beslut 29/5 2019 att inleda en egeninitierad tillsyn med anledning av bristande patientsäkerhet (2) IVO:s beslut baserades på vad som framkommit under en då pågående Lex Maria granskning, där IVO konstaterar *”att bemanningen vid Karlskoga lasarett inte är tillräcklig för att säkerställa kompetensen för livsuppehållande åtgärder för ett akut sjukt nyfött barn dygnets alla timmar årets alla dagar”*

Hälso- och sjukvårdsnämndens ordförande gav 5/6 2019 ett uppdrag till t.f. hälso- och sjukvårdsdirektör Lena Adolfsson att kartlägga förutsättningarna för att återöppna förlossningsverksamheten i Karlskoga (3). Utredningen presenterades för hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) 28/9 2019 (4). Ur nämndens protokoll framgår att nämnden beslutar att dels ta emot kartläggningen, och dels att konstatera att uppdraget att förlossningsverksamhet ska erbjudas också vid Karlskoga lasarett kvarstår samt att ansvariga för berörda verksamheter ska involveras för att skyndsamt genomföra detta uppdrag (5). En arbetsgrupp bestående av berörda verksamhetschefer och chefläkare tillsattes av t.f. hälso- och sjukvårdsdirektör och har under hösten 2019 arbetat med uppdraget från nämnden.

Som ett led i den egeninitierade tillsynen genomförde IVO 5/11 2019 en inspektion där verksamheten fick presentera de åtgärder som föreslagits för att säkerställa patientsäkerheten för de akut sjuka nyfödda barnen. Ur inspektionsprotokollet framgår att IVO gör följande bedömning, *”IVO summerar med att det är viktigt att man är realistisk med vad man kan åstadkomma, det gäller att ha adekvata åtgärder på plats för att öppna verksamheten igen och som det ser ut idag ser IVO inte att region Örebro län är där”* (6). IVO lämnar därmed tillsynsärendet öppet till dess vårdgivaren har redogjort för hur vården i region Örebro läns förlossningsverksamhet fortsatt ska bedrivas utifrån kraven på en god och patientsäker vård.

Förutsättningar för patientsäkerhetsarbete

För att återöppna förlossningsverksamheten i Karlskoga krävs att region Örebro län långsiktigt och hållbart kan upprätthålla och säkerställa en patientsäker förlossningsvård samt en patientsäker vård av det akut sjuka nyfödda barnet. Allt patientsäkerhetsarbete utgår ifrån att verksamheten skall arbeta förebyggande, dvs patientsäkerhetsarbete skall bedrivas proaktivt och inte reaktivt. Vid reaktivt arbete väntar man på en undvikbar vårdsskada innan man tar reda på vad man kan göra för att förhindra det, vid proaktivt arbete letar man upp och eliminerar risker för undvikbara vårdskador innan de inträffar.

Det uttrycks i patientsäkerhetslagen (PSL 2010:659) 3 kap 2 § enligt följande:

2 § Vårdgivaren ska vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador. För åtgärder som inte kan vidtas omedelbart ska en tidsplan upprättas.

Systematiskt patientsäkerhetsarbetet utgår alltså ifrån att man identifierar möjliga risker för undvikbara vårdskador, och vidtar åtgärder för att förhindra dessa, innan de uppstått. Att undvikbara vårdskador redan inträffat är varken en förutsättning eller ett krav för att åtgärder skall vidtas.

I bilaga 1 anges ytterligare relevanta lagrum som är nödvändiga att ta hänsyn till i patientsäkerhetsarbetet.

Sammanfattande bedömning av utredningsarbetet

Utifrån det arbete som gjorts av arbetsgruppen med berörda verksamhetschefer under hösten 2019, baserat på kartläggningen av förutsättningar för att återöppna förlossningsverksamheten i Karlskoga, konstaterar hälso- och sjukvårdsdirektören att jämfört med situationen då förlossningen i Karlskoga stängde sommaren 2019 ses störst behov av förstärkningar inom den neonatala vården. För detta krävs både förstärkning av befintliga kapaciteter och utökning av kapaciteter enligt följande:

- 1) Ett team tillgängligt dygnet runt veckans alla dagar med reell kompetens för stabilisering och akut vård av det sjuka nyfödda barnet
- 2) Neonatal transportorganisation som tillåter att även de svårast akut sjuka nyfödda barnen kan transporteras patientsäkert

Det finns idag inga nationella riktlinjer kring neonatalvård som har fastställts av Socialstyrelsen eller inom ramen för systemet för nationell kunskapsstyrning. Däremot finns nationella rekommendationer från professionsföreningen Svensk neonatalförening. I dessa nationella rekommendationer anges att det skall finnas neonatala vårdplatser vid alla förlossningsenheter i landet, och att rutinmässig överflyttning av akut sjuka nyfödda till annat sjukhus inte är förenligt med en patientsäker och jämlik vård. I nuvarande situation i region Örebro län bedöms inrättandet av neonatala slutenvårdsplatser vid Karlskoga lasarett som en orimligt hög ambitionsnivå. De reella möjligheterna att kunna öppna neonatala slutenvårdsplatser vid Karlskoga lasarett bedöms också med hänsyn till patientvolym, ekonomi och bemanningsmöjligheter som obefintliga, varför detta alternativ lämnas utan vidare hänsyn då en upprättad fungerande neonatal transportorganisation bedöms som ett patientsäkert alternativ.

Åtgärder som krävs för att säkerställa ett team med reell kompetens för stabilisering och akut vård av det sjuka nyfödda barnet

I motiveringarna nedan görs jämförelser med de förlossningsenheter som redogjordes för i den kartläggning av förutsättningar för att återöppna förlossningsverksamheten i Karlskoga som presenterades för HSN 26/8 2019.

1) Inrättande av sjukhusbunden barnläkarjourlinje

Motivering: För att patientsäkert kunna bedöma och åtgärda det akut sjuka nyfödda barnet är barnläkarkompetens avgörande i den initiala bedömningen. I samtliga jämförbara förlossningsenheter utom Lycksele har säkerställt att barnläkare finns tillgänglig i den akuta bedömningen. På två av enheterna finns sjukhusbunden barnläkarjour, på övriga enheter finns barnläkare med 30 minuters inställetid. I Lycksele sker barnläkarstöd endast genom telemedicinsk bedömning på distans av neonatolog. Telemedicinsk bedömning av barnet på distans bedöms ensamt som otillräckligt då det i handläggningen även krävs direkta manuella åtgärder där anestesilog kan behöva stöd på plats av barnläkare.

2) Inrättande av sjukhusbunden gynekologjourlinje

Motivering: Motiveras av att modern förlossningsvård kräver aktiv övervakning och uppföljning samt möjlighet till snabba interventioner vid oväntade förändringar i förlossningsförloppet, så att det inte längre kan anses patientsäkert att endast ha gynekologjour i beredskap. Vid samtliga jämförbara enheter utom Lycksele finns sjukhusbunden gynekologjour (i kartläggningen ej angivet för Ystad)

3) Förstärkning av barnmorske/sjuksköterskebemanning för assistans av barnläkare vid vård av det akut sjuka nyfödda barnet

Motivering: Teamet som skall ta hand om det akut sjuka nyfödda barnet behöver kompletteras med en barnmorska/sjuksköterska med utökad kompetens att vårda sjuka, nyfödda barn under akut åtgärdande och i väntan på transport till neonatal enhet. Flertalet jämförbara förlossningsenheter har etablerat ett sådant arbetssätt.

4) Inrättande av telemedicinsk bedömning av neonatolog på distans

Motivering: Metod för att säkerställa en korrekt bedömning och handläggning av det akut sjuka nyfödda barnet, som idag är etablerad vid flertalet jämförbara förlossningsenheter utan egen neonatologisk kompetens på plats

5) Ett kontinuerligt utbildningsprogram för samtliga berörda personalkategorier, och som inkluderar återkommande teamträning.

Motivering: För att upprätthålla reell kompetens för sällanhändelser, krävs återkommande repetitionsutbildningar, auskultation och/eller tjänstgöring vid neonatologisk enhet, och gemensam teamträning för berörda yrkeskategorier. Sådana utbildningsprogram finns vid övriga jämförbara förlossningsenheter.

Neonatal transportorganisation som säkerställer att även de svårast akut sjuka nyfödda barnen kan transporteras patientsäkert

- 1) Inrättande av ytterligare en bakjourslinje anesthesi/IVA för transport av de stabila akut sjuka nyfödda barnen

Motivering: Vid flertalet av de jämförbara förlossningsenheterna finns en transportorganisation som bygger på att bakjour i anesthesi/IVA sköter transporten till neonatal enhet av det stabila akut sjuka nyfödda barnet. Detta motiveras av behovet av att minska belastningen på ett neonatalt transportteam, vilket också ur ett resursperspektiv är mer kostnadseffektivt.

- 2) Inrättande av ett neonatalt transportteam USÖ för transport av de instabila och svårast sjuka nyfödda barnen.

Motivering: Vid samtliga jämförbara förlossningsenheter beskrivs ett behov av ett neonatalt transportteam för transport av de instabila och mest svårt akut sjuka nyfödda barnen. Hämtning av dessa barn har säkerställts med följande team: Nyköping – neoteam Uppsala, Lycksele – neoteam Umeå, Värnamo – neoteam Jönköping, Eksjö – neoteam Jönköping, Ystad – neoteam Lund, Varberg – neoteam Göteborg, Södertälje – neoteam KS Huddinge. Vid Södertälje sjukhus med 2 300 förlossningar per år hämtades 10 barn av ett neonatalt transportteam, trots god vana vid transport av akut sjuka nyfödda barn hos berörda bakjourer inom anesthesi/IVA. Idag finns ingen möjlighet att med befintlig personalresurs vid neonatologisk enhet USÖ hämta ett akut sjukt nyfött barn i Karlskoga och samtidigt bemanna neonatologisk enhet vid USÖ med neonatologisk kompetens. Det bedöms vara ett absolut krav att en adekvat neonatal transportkapacitet är etablerad innan förlossningen i Karlskoga kan öppnas.

Bemanningsplan

Generellt är rekryteringsläget för erfaren och specialistkompetent personal inom berörda personalkategorier ytterst besvärligt, varför huvuddelen av bemanningsbehovet måste mötas med intern utbildning inom region Örebro län. Utbildning av egna specialistläkare tar minst fem år, varför rekryteringsläget har en avgörande påverkan på hur snart förlossningen i Karlskoga kan öppnas. Utifrån kollektivavtal och regler i specialbestämmelser för läkare behövs som ett absolut minimum åtta läkare för en sjukhusbunden jourlinje (i genomsnitt högst jour vart sjunde dygn) samt för en beredskapslinje med 30 minuters inställelsetid absolut minst sex läkare (i genomsnitt beredskap högst vart femte dygn).

Nedanstående tidsangivelser är uppskattningar baserade på erfarenheter av tidigare försök till rekrytering. Hyrpersonal kan övervägas för flertalet av berörda yrkeskategorier, men en grundförutsättning är då fleråriga avtal med ett fåtal återkommande inhyrda befattningshavare, så att kännedom om lokala förhållanden och rutiner samt kontinuitet kan upprätthållas.

Barnläkare: Möjlighet att utnyttja hyrpersonal bedöms som låg. Rekryteringsläget av färdiga specialister mycket besvärligt. Bemanningsbehoven bedöms vara mötta tidigast 2022. Tre barnläkartjänster har utannonserats sedan hösten 2019 utan några sökande. Fyra barnläkare finns

fast anställda i Karlskoga. En ST-läkare finns under utbildning klar 2022. Ytterligare en läkare under utbildning till specialistläkare kan möjligen anställas i närtid.

Neonatologer: Möjlighet att utnyttja hyrpersonal bedöms som extremt låg. Rekryteringsläget av färdiga specialister extremt besvärligt. Bemanningsbehoven bedöms vara mötta tidigast 2025/2026 vid framgångsrik regionintern utbildning. Idag finns motsvarande 5,5 fast anställda neonatologer, varför det redan idag saknas läkare för att långsiktigt upprätthålla en neonataljourlinje. Samtidigt föreligger en samlad svår nationell kompetensförsörjningsproblematik.

Gynekologer: Möjlighet att utnyttja hyrpersonal bedöms som låg utifrån önskemål om ett fåtal återkommande specialister med längre tjänstgöringsperioder. Rekryteringsläget av färdiga specialister besvärligt. Bemanningsbehoven bedöms vara mötta tidigast 2024/2025 vid framgångsrik regionintern utbildning och rekrytering. Idag finns fem bakjournskompetenta fast anställda gynekologer i Karlskoga, varav en inte deltar i jourarbetet.

Anestesiologer: Möjlighet att utnyttja hyrpersonal bedöms som låg. Rekryteringsläget av färdiga specialister besvärligt. Bemanningsbehoven bedöms vara mötta tidigast 2024/2025 vid framgångsrik regionintern utbildning och rekrytering. Det saknas idag anestesiologer för att upprätthålla den jourlinje som finns utan hyrläkare.

Barnmorskor/sjuksköterskor: Ej aktuellt med hyrpersonal vad på grund av behovet av kontinuitet och lokal kännedom. Rekryteringsläget av färdiga barnmorskor mycket besvärligt, och besvärligt avseende sjuksköterskor. Bemanningsbehoven bedöms vara mötta tidigast 2023/2024 vid framgångsrik regionintern utbildning och rekrytering.

Barnsjuksköterskor: Ej aktuellt med hyrpersonal vad på grund av behovet av kontinuitet och lokal kännedom. Rekryteringsläget av färdiga sjuksköterskor med erfarenhet av neonatal vård mycket besvärligt. Bemanningsbehoven bedöms vara mötta tidigast 2023/2024 vid framgångsrik regionintern utbildning och rekrytering.

Gapanalys bemanning

Åtgärd

- 1) Inrättande av sjukhusbunden barnläkarjourlinje barnläkare
- 2) Inrättande av sjukhusbunden gynekologjourlinje (bakjournskompetenta) gynekologer
- 3) Förstärkning av barnmorske/sjuksköterskebemanning med utökad kompetens
- 4) Inrättande av ytterligare en bakjournslinje anesthesi/IVA anestesiologer
- 5) Inrättande av ett neonatalt transportteam USÖ

Bemanningsbehov

Tre specialistkompetenta

Fyra specialistkompetenta

Åtta barnmorskor/sjuksköterskor

Sex specialistkompetenta

Sex specialistkompetenta neonatologer samt sex specialistkompetenta barnsjuksköterskor neonatologi

Kostnader

Lönekostnader, erfaren specialistläkare = 1,2 mkr per person och år Bemanningsbehov 19 specialitläkare	22,8 mkr per år
Lönekostnader, erfaren barnmorska eller specialistsjuksköterska = 0,6 mkr per person och år Bemanningsbehov 14 barnmorskor eller specialistsjuksköterskor	8,4 mkr per år
Jourkostnader, per sjukhusbunden linje, inga störningar, 70 % jourkomp uttag i tid = 0,4 mkr per år Jourkostnad två sjukhusbundna linjer	0,8 mkr per år
Beredskapskostnader, per linje beredskap A, inga störningar, 70 % jourkomp uttag i tid = 0,2 mkr per år Jourkostnad två linjer beredskap A	0,4 mkr per år
Utbildningskostnader, instruktörer	0,5 mkr
Utbildningskostnader, arbetstid personal	5,0 mkr
Totala kostnader lön, jour, beredskap och utbildning	37,9 mkr per år

Intäkter och kostnadsreduceringar

Intäkter

Ökad kapacitet gynekologisk kirurgi, regionintäkt (uppskattat)	5,0 mkr
Ökad kapacitet neonatal vård, regionintäkter (uppskattat)	5,0 mkr
Försäljning av skolläkartjänst till kommun	1,2 mkr
Bibehållen intäkt Värmland	2,5 mkr

Kostnadsreducering

Minskade hyrläkarkostnader	2,5 mkr
----------------------------	---------

Totalt netto intäkter och kostnadsreduceringar	16,2 mkr per år
---	------------------------

Refererade dokument

- 1) Beslut. Beslut om stängning av förlossningsverksamheten vid Karlskoga lasarett av patientsäkerhetsskäl. Dnr 19RS4659-1.
- 2) IVO beslut. Beslut egeninitierad tillsyn. Dnr 18RS6250, externt dnr 8.1.1-29066/2018-10
- 3) Delegationsbeslut. Beslut om uppdrag att kartlägga förutsättningarna för att kunna återöppna förlossningsverksamheten vid Karlskoga lasarett. Dnr 19RS4659-1.
- 4) Rapport. Kartläggning för återöppnande förlossningen i Karlskoga. Dnr 19RS4659-6.
- 5) Protokollsutdrag hälso- och sjukvårdsnämnd, 2019-08-28, §76. Dnr 19RS4659-23.
- 6) IVO inspektionsprotokoll. Protokoll fört vid inspektion, kvinnokliniken, förlossningsavdelningen, Karlskoga lasarett. Dnr 19RS4374-8, externt dnr 8.5-18950/2019-10

Hälso- och sjukvårdslag (2017:30)**4 kap. Organisation**

2 § Där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas någon som svarar för verksamheten (verksamhetschef).

5 kap. Verksamheten

Allmänt

1 § Hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Det innebär att vården särskilt ska

1. vara av god kvalitet med en god hygienisk standard,
2. tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet,
3. bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet,
4. främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen
5. vara lätt tillgänglig.

2 § Där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges.

3 § Innan en ny diagnos- eller behandlingsmetod som kan ha betydelse för människovärde och integritet börjar tillämpas, ska vårdgivaren se till att metoden har bedömts från individ- och samhällsetiska aspekter.

4 § Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.

Hälso och sjukvårdsförordningen (2017:80)**4 kap. Behörighet och ansvar för vissa personalgrupper**

Verksamhetschef

1 § En verksamhetschef enligt 4 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses. Verksamhetschefen ska utse en fast vårdkontakt enligt vad som anges i 6 kap. 2 § patientlagen (2014:821).

Patientlag (2014:821)**1 kap. Inledande bestämmelser**

7 § Patienten ska få sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som är av god kvalitet och som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.

8 § När hälso- och sjukvård ges till barn ska barnets bästa särskilt beaktas.

Patientsäkerhetslag (2010:659)

3 kap. Vårdgivarens skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete

Allmänna bestämmelser

1 § Vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) respektive tandvårdslagen (1985:125) upprätthålls. Lag (2017:62).

2 § Vårdgivaren ska vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador. För åtgärder som inte kan vidtas omedelbart ska en tidsplan upprättas.

3 § Vårdgivaren ska utreda händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Syftet med utredningen ska vara att

1. så långt som möjligt klarlägga händelseförloppet och vilka faktorer som har påverkat det, samt
2. ge underlag för beslut om åtgärder som ska ha till ändamål att hindra att liknande händelser inträffar på nytt, eller att begränsa effekterna av sådana händelser om de inte helt går att förhindra.

6 kap. Skyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonal m.fl.

Allmänna skyldigheter

1 § Hälso- och sjukvårdspersonalen ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. En patient ska ges sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som uppfyller dessa krav. Vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Patienten ska visas omtanke och respekt.

2 § Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen bär själv ansvaret för hur han eller hon fullgör sina arbetsuppgifter.

Första stycket innebär ingen inskränkning i vårdgivarens ansvar enligt denna lag eller annan författning.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)

5 kap. Systematiskt förbättringsarbete

1 § Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet.

....

2 § Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska utöva egenkontroll.

Egenkontrollen ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska kunna säkra verksamhetens kvalitet.

....

7 § På grundval av resultaten av de aktiviteter som anges i 1–6 §§ ska de åtgärder vidtas som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet.

8 § Om resultaten av de aktiviteter som anges i 1–6 §§ visar att processerna och rutinerna inte är ändamålsenliga för att säkra verksamhetens kvalitet, ska processerna och rutinerna förbättras.

14

Upphandling av
förlossningsverksamhet i
Karlskoga; uppdrag avseende
upphandlingsunderlag

20RS1775

Tjänsteställe, handläggare
Staben för administration, juridik och säkerhet,
Niklas Tiedermann

Sammanträdesdatum
2020-02-26

FöredragningsPM
Dnr: 20RS1775

Organ
Hälso- och sjukvårdsnämnden

Upphandling av förlossningsverksamhet i Karlskoga; uppdrag avseende upphandlingsunderlag

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden föreslår regionstyrelsen att föreslå regionfullmäktige besluta

att ge hälso- och sjukvårdsnämnden i uppdrag att genomföra en upphandling av förlossningsverksamheten med tillhörande verksamheter i Karlskoga, samt

att under förutsättningar att regionfullmäktige beslutar i enlighet med ovanstående förslag, ge hälso- och sjukvårdsdirektören i uppdrag att till nämnden lämna förslag till förfrågningsunderlag och förutsättningar för att genomföra upphandlingen så att beslut kan fattas på hälso- och sjukvårdsnämndens sammanträde den 16 juni 2020.

Sammanfattning

Kvinnoklinikens verksamhetschef tog den 29 maj 2019 beslut att förlossningen i Karlskoga skulle stänga från och med den 15 juni 2019. Beslutet togs mot bakgrund av att patientsäkerheten för de akut sjuka nyfödda barnen inte kunde tillgodoses.

Ett återöppnande av förlossningen i Karlskoga förutsätter att Region Örebro län långsiktigt och hållbart kan upprätthålla och säkerställa en patientsäker vård. Hälso- och sjukvården ska enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659) bedriva ett patientsäkerhetsarbete som är förebyggande vilket innebär ett arbete med att identifiera risker i vården och att sedan verka för att dessa elimineras så att undvikbara vårdskador inte ska uppstå.

En arbetsgrupp med berörda verksamhetschefer och chefläkare har under hösten 2019 arbetat med att ta fram förutsättningar för ett återöppnande av förlossningen i Karlskoga. Arbetet har baserats på den kartläggning som presenterades för hälso- och sjukvårdsnämnden vid sammanträdet den 28 september 2019.

Tjänsteställe, handläggare
Staben för administration, juridik och säkerhet,
Niklas Tiedermann

Sammanträdesdatum
2020-02-26

FöredragningsPM
Dnr: 20RS1775

Höstens arbete har lett fram till dokumentet ”Hälso- och sjukvårdsdirektörens plan för att återöppna förlossningen vid Karlskoga lasarett”.

Hälso- och sjukvårdsdirektörens sammanvägda bedömning är att förlossningen i Karlskoga kan återöppnas tidigast vid årsskiftet 2024/2025 under förutsättning att föreslagna bemanningsåtgärder har varit framgångsrika. Hälso- och sjukvårdsnämnden har i särskilt ärende beslutat ta emot rapporten.

Nämnden gör mot bakgrund av rapporten följande bedömning:

Det är viktigt att förlossningsverksamheten i Karlskoga kommer i gång så fort som möjligt. Hälso- och sjukvårdsdirektören uppger att detta kan ske tidigast vid årsskiftet 2024/2025. Nämnden anser dock att det är viktigt att på annat sätt försöka få igång en förlossningsverksamhet i Karlskoga vid en tidigare tidpunkt än denna. Av den anledningen bör ett försök göras att snarast möjligt handla upp förlossningsverksamhet i Karlskoga.

Konsekvenser för miljö-, barn- och jämställdhetsperspektiven

Avseende konsekvenser för barnperspektivet kan konstateras att i rapporten redogörs för vilka förutsättningar som krävas för att det nyfödda barnet ska tillförsäkras en patientsäker vård.

Ekonomiska konsekvenser

Beslutet kan medföra kostnader för konsulttjänster i olika avseenden under arbetet med att ta fram ett upphandlingsunderlag.

Beslutsunderlag

Föredragnings-PM Plan för återöppnande av förlossningen i Karlskoga

Rapport ”Hälso- och sjukvårdsdirektörens plan för att återöppna förlossningen vid Karlskoga lasarett”.

Jonas Claesson
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Skickas till:

Regionstyrelsen

Hälso- och sjukvårdsdirektörens plan för att återöppna förlossningen vid Karlskoga lasarett

Sammanfattning

Förlossningen i Karlskoga bedöms kunna återöppnas tidigast årsskiftet 2024/2025 under förutsättning att nedan föreslagna bemanningsåtgärder i form av rekrytering, upphandling av hyrpersonal samt internutbildning har varit framgångsrik.

Nettokostnadsökningen jämfört med dagens kostnadsmassa uppskattas till cirka 22 mkr.

Bakgrund

Verksamhetschefen för kvinnokliniken beslutade den 29/5 2019 att stänga förlossningen vid Karlskoga lasarett från den 15/6 2019 med hänvisning till att patientsäkerheten för de akut sjuka nyfödda barnen inte kan tillgodoses efter det datumet (1). Beslutet var en följd av inspektionen för vård och omsorgs (IVO) beslut 29/5 2019 att inleda en egeninitierad tillsyn med anledning av bristande patientsäkerhet (2) IVO:s beslut baserades på vad som framkommit under en då pågående Lex Maria granskning, där IVO konstaterar *”att bemanningen vid Karlskoga lasarett inte är tillräcklig för att säkerställa kompetensen för livsuppehållande åtgärder för ett akut sjukt nyfött barn dygnets alla timmar årets alla dagar”*

Hälso- och sjukvårdsnämndens ordförande gav 5/6 2019 ett uppdrag till t.f. hälso- och sjukvårdsdirektör Lena Adolfsson att kartlägga förutsättningarna för att återöppna förlossningsverksamheten i Karlskoga (3). Utredningen presenterades för hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) 28/9 2019 (4). Ur nämndens protokoll framgår att nämnden beslutar att dels ta emot kartläggningen, och dels att konstatera att uppdraget att förlossningsverksamhet ska erbjudas också vid Karlskoga lasarett kvarstår samt att ansvariga för berörda verksamheter ska involveras för att skyndsamt genomföra detta uppdrag (5). En arbetsgrupp bestående av berörda verksamhetschefer och chefläkare tillsattes av t.f. hälso- och sjukvårdsdirektör och har under hösten 2019 arbetat med uppdraget från nämnden.

Som ett led i den egeninitierade tillsynen genomförde IVO 5/11 2019 en inspektion där verksamheten fick presentera de åtgärder som föreslagits för att säkerställa patientsäkerheten för de akut sjuka nyfödda barnen. Ur inspektionsprotokollet framgår att IVO gör följande bedömning, *”IVO summerar med att det är viktigt att man är realistisk med vad man kan åstadkomma, det gäller att ha adekvata åtgärder på plats för att öppna verksamheten igen och som det ser ut idag ser IVO inte att region Örebro län är där”* (6). IVO lämnar därmed tillsynsärendet öppet till dess vårdgivaren har redogjort för hur vården i region Örebro läns förlossningsverksamhet fortsatt ska bedrivas utifrån kraven på en god och patientsäker vård.

Förutsättningar för patientsäkerhetsarbete

För att återöppna förlossningsverksamheten i Karlskoga krävs att region Örebro län långsiktigt och hållbart kan upprätthålla och säkerställa en patientsäker förlossningsvård samt en patientsäker vård av det akut sjuka nyfödda barnet. Allt patientsäkerhetsarbete utgår ifrån att verksamheten skall arbeta förebyggande, dvs patientsäkerhetsarbete skall bedrivas proaktivt och inte reaktivt. Vid reaktivt arbete väntar man på en undvikbar vårdsskada innan man tar reda på vad man kan göra för att förhindra det, vid proaktivt arbete letar man upp och eliminerar risker för undvikbara vårdskador innan de inträffar.

Det uttrycks i patientsäkerhetslagen (PSL 2010:659) 3 kap 2 § enligt följande:

2 § Vårdgivaren ska vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador. För åtgärder som inte kan vidtas omedelbart ska en tidsplan upprättas.

Systematiskt patientsäkerhetsarbetet utgår alltså ifrån att man identifierar möjliga risker för undvikbara vårdskador, och vidtar åtgärder för att förhindra dessa, innan de uppstått. Att undvikbara vårdskador redan inträffat är varken en förutsättning eller ett krav för att åtgärder skall vidtas.

I bilaga 1 anges ytterligare relevanta lagrum som är nödvändiga att ta hänsyn till i patientsäkerhetsarbetet.

Sammanfattande bedömning av utredningsarbetet

Utifrån det arbete som gjorts av arbetsgruppen med berörda verksamhetschefer under hösten 2019, baserat på kartläggningen av förutsättningar för att återöppna förlossningsverksamheten i Karlskoga, konstaterar hälso- och sjukvårdsdirektören att jämfört med situationen då förlossningen i Karlskoga stängde sommaren 2019 ses störst behov av förstärkningar inom den neonatala vården. För detta krävs både förstärkning av befintliga kapaciteter och utökning av kapaciteter enligt följande:

- 1) Ett team tillgängligt dygnet runt veckans alla dagar med reell kompetens för stabilisering och akut vård av det sjuka nyfödda barnet
- 2) Neonatal transportorganisation som tillåter att även de svårast akut sjuka nyfödda barnen kan transporteras patientsäkert

Det finns idag inga nationella riktlinjer kring neonatalvård som har fastställts av Socialstyrelsen eller inom ramen för systemet för nationell kunskapsstyrning. Däremot finns nationella rekommendationer från professionsföreningen Svensk neonatalförening. I dessa nationella rekommendationer anges att det skall finnas neonatala vårdplatser vid alla förlossningsenheter i landet, och att rutinmässig överflyttning av akut sjuka nyfödda till annat sjukhus inte är förenligt med en patientsäker och jämlik vård. I nuvarande situation i region Örebro län bedöms inrättandet av neonatala slutenvårdsplatser vid Karlskoga lasarett som en orimligt hög ambitionsnivå. De reella möjligheterna att kunna öppna neonatala slutenvårdsplatser vid Karlskoga lasarett bedöms också med hänsyn till patientvolym, ekonomi och bemanningsmöjligheter som obefintliga, varför detta alternativ lämnas utan vidare hänsyn då en upprättad fungerande neonatal transportorganisation bedöms som ett patientsäkert alternativ.

Åtgärder som krävs för att säkerställa ett team med reell kompetens för stabilisering och akut vård av det sjuka nyfödda barnet

I motiveringarna nedan görs jämförelser med de förlossningsenheter som redogjordes för i den kartläggning av förutsättningar för att återöppna förlossningsverksamheten i Karlskoga som presenterades för HSN 26/8 2019.

1) Inrättande av sjukhusbunden barnläkarjourlinje

Motivering: För att patientsäkert kunna bedöma och åtgärda det akut sjuka nyfödda barnet är barnläkarkompetens avgörande i den initiala bedömningen. I samtliga jämförbara förlossningsenheter utom Lycksele har säkerställt att barnläkare finns tillgänglig i den akuta bedömningen. På två av enheterna finns sjukhusbunden barnläkarjour, på övriga enheter finns barnläkare med 30 minuters inställetid. I Lycksele sker barnläkarstöd endast genom telemedicinsk bedömning på distans av neonatolog. Telemedicinsk bedömning av barnet på distans bedöms ensamt som otillräckligt då det i handläggningen även krävs direkta manuella åtgärder där anestesilog kan behöva stöd på plats av barnläkare.

2) Inrättande av sjukhusbunden gynekologjourlinje

Motivering: Motiveras av att modern förlossningsvård kräver aktiv övervakning och uppföljning samt möjlighet till snabba interventioner vid oväntade förändringar i förlossningsförloppet, så att det inte längre kan anses patientsäkert att endast ha gynekologjour i beredskap. Vid samtliga jämförbara enheter utom Lycksele finns sjukhusbunden gynekologjour (i kartläggningen ej angivet för Ystad)

3) Förstärkning av barnmorske/sjuksköterskebemanning för assistans av barnläkare vid vård av det akut sjuka nyfödda barnet

Motivering: Teamet som skall ta hand om det akut sjuka nyfödda barnet behöver kompletteras med en barnmorska/sjuksköterska med utökad kompetens att vårda sjuka, nyfödda barn under akut åtgärdande och i väntan på transport till neonatal enhet. Flertalet jämförbara förlossningsenheter har etablerat ett sådant arbetssätt.

4) Inrättande av telemedicinsk bedömning av neonatolog på distans

Motivering: Metod för att säkerställa en korrekt bedömning och handläggning av det akut sjuka nyfödda barnet, som idag är etablerad vid flertalet jämförbara förlossningsenheter utan egen neonatologisk kompetens på plats

5) Ett kontinuerligt utbildningsprogram för samtliga berörda personalkategorier, och som inkluderar återkommande teamträning.

Motivering: För att upprätthålla reell kompetens för sällanhändelser, krävs återkommande repetitionsutbildningar, auskultation och/eller tjänstgöring vid neonatologisk enhet, och gemensam teamträning för berörda yrkeskategorier. Sådana utbildningsprogram finns vid övriga jämförbara förlossningsenheter.

Neonatal transportorganisation som säkerställer att även de svårast akut sjuka nyfödda barnen kan transporteras patientsäkert

- 1) Inrättande av ytterligare en bakjourslinje anestesi/IVA för transport av de stabila akut sjuka nyfödda barnen

Motivering: Vid flertalet av de jämförbara förlossningsenheterna finns en transportorganisation som bygger på att bakjour i anestesi/IVA sköter transporten till neonatal enhet av det stabila akut sjuka nyfödda barnet. Detta motiveras av behovet av att minska belastningen på ett neonatalt transportteam, vilket också ur ett resursperspektiv är mer kostnadseffektivt.

- 2) Inrättande av ett neonatalt transportteam USÖ för transport av de instabila och svårast sjuka nyfödda barnen.

Motivering: Vid samtliga jämförbara förlossningsenheter beskrivs ett behov av ett neonatalt transportteam för transport av de instabila och mest svårt akut sjuka nyfödda barnen. Hämtning av dessa barn har säkerställts med följande team: Nyköping – neoteam Uppsala, Lycksele – neoteam Umeå, Värnamo – neoteam Jönköping, Eksjö – neoteam Jönköping, Ystad – neoteam Lund, Varberg – neoteam Göteborg, Södertälje – neoteam KS Huddinge. Vid Södertälje sjukhus med 2 300 förlossningar per år hämtades 10 barn av ett neonatalt transportteam, trots god vana vid transport av akut sjuka nyfödda barn hos berörda bakjourer inom anestesi/IVA. Idag finns ingen möjlighet att med befintlig personalresurs vid neonatologisk enhet USÖ hämta ett akut sjukt nyfött barn i Karlskoga och samtidigt bemanna neonatologisk enhet vid USÖ med neonatologisk kompetens. Det bedöms vara ett absolut krav att en adekvat neonatal transportkapacitet är etablerad innan förlossningen i Karlskoga kan öppnas.

Bemanningsplan

Generellt är rekryteringsläget för erfaren och specialistkompetent personal inom berörda personalkategorier ytterst besvärligt, varför huvuddelen av bemanningsbehovet måste mötas med intern utbildning inom region Örebro län. Utbildning av egna specialistläkare tar minst fem år, varför rekryteringsläget har en avgörande påverkan på hur snart förlossningen i Karlskoga kan öppnas. Utifrån kollektivavtal och regler i specialbestämmelser för läkare behövs som ett absolut minimum åtta läkare för en sjukhusbunden jourlinje (i genomsnitt högst jour vart sjunde dygn) samt för en beredskapslinje med 30 minuters inställelsetid absolut minst sex läkare (i genomsnitt beredskap högst vart femte dygn).

Nedanstående tidsangivelser är uppskattningar baserade på erfarenheter av tidigare försök till rekrytering. Hyrpersonal kan övervägas för flertalet av berörda yrkeskategorier, men en grundförutsättning är då fleråriga avtal med ett fåtal återkommande inhyrda befattningshavare, så att kännedom om lokala förhållanden och rutiner samt kontinuitet kan upprätthållas.

Barnläkare: Möjlighet att utnyttja hyrpersonal bedöms som låg. Rekryteringsläget av färdiga specialister mycket besvärligt. Bemanningsbehoven bedöms vara mötta tidigast 2022. Tre barnläkartjänster har utannonserats sedan hösten 2019 utan några sökande. Fyra barnläkare finns

fast anställda i Karlskoga. En ST-läkare finns under utbildning klar 2022. Ytterligare en läkare under utbildning till specialistläkare kan möjligen anställas i närtid.

Neonatologer: Möjlighet att utnyttja hyrpersonal bedöms som extremt låg. Rekryteringsläget av färdiga specialister extremt besvärligt. Bemanningsbehoven bedöms vara mötta tidigast 2025/2026 vid framgångsrik regionintern utbildning. Idag finns motsvarande 5,5 fast anställda neonatologer, varför det redan idag saknas läkare för att långsiktigt upprätthålla en neonataljourlinje. Samtidigt föreligger en samlad svår nationell kompetensförsörjningsproblematik.

Gynekologer: Möjlighet att utnyttja hyrpersonal bedöms som låg utifrån önskemål om ett fåtal återkommande specialister med längre tjänstgöringsperioder. Rekryteringsläget av färdiga specialister besvärligt. Bemanningsbehoven bedöms vara mötta tidigast 2024/2025 vid framgångsrik regionintern utbildning och rekrytering. Idag finns fem bakjournskompetenta fast anställda gynekologer i Karlskoga, varav en inte deltar i jourarbetet.

Anestesiologer: Möjlighet att utnyttja hyrpersonal bedöms som låg. Rekryteringsläget av färdiga specialister besvärligt. Bemanningsbehoven bedöms vara mötta tidigast 2024/2025 vid framgångsrik regionintern utbildning och rekrytering. Det saknas idag anestesiologer för att upprätthålla den jourlinje som finns utan hyrläkare.

Barnmorskor/sjuksköterskor: Ej aktuellt med hyrpersonal vad på grund av behovet av kontinuitet och lokal kännedom. Rekryteringsläget av färdiga barnmorskor mycket besvärligt, och besvärligt avseende sjuksköterskor. Bemanningsbehoven bedöms vara mötta tidigast 2023/2024 vid framgångsrik regionintern utbildning och rekrytering.

Barnsjuksköterskor: Ej aktuellt med hyrpersonal vad på grund av behovet av kontinuitet och lokal kännedom. Rekryteringsläget av färdiga sjuksköterskor med erfarenhet av neonatal vård mycket besvärligt. Bemanningsbehoven bedöms vara mötta tidigast 2023/2024 vid framgångsrik regionintern utbildning och rekrytering.

Gapanalys bemanning

Åtgärd

- 1) Inrättande av sjukhusbunden barnläkarjourlinje barnläkare
- 2) Inrättande av sjukhusbunden gynekologjourlinje (bakjournskompetenta) gynekologer
- 3) Förstärkning av barnmorske/sjuksköterskebemanning med utökad kompetens
- 4) Inrättande av ytterligare en bakjournslinje anesthesi/IVA anesthesiologer
- 5) Inrättande av ett neonatal transportteam USÖ

Bemanningsbehov

Tre specialistkompetenta

Fyra specialistkompetenta

Åtta barnmorskor/sjuksköterskor

Sex specialistkompetenta

Sex specialistkompetenta neonatologer samt sex specialistkompetenta barnsjuksköterskor neonatologi

Kostnader

Lönekostnader, erfaren specialistläkare = 1,2 mkr per person och år Bemanningsbehov 19 specialitläkare	22,8 mkr per år
Lönekostnader, erfaren barnmorska eller specialistsjuksköterska = 0,6 mkr per person och år Bemanningsbehov 14 barnmorskor eller specialistsjuksköterskor	8,4 mkr per år
Jourkostnader, per sjukhusbunden linje, inga störningar, 70 % jourkomp uttag i tid = 0,4 mkr per år Jourkostnad två sjukhusbundna linjer	0,8 mkr per år
Beredskapskostnader, per linje beredskap A, inga störningar, 70 % jourkomp uttag i tid = 0,2 mkr per år Jourkostnad två linjer beredskap A	0,4 mkr per år
Utbildningskostnader, instruktörer	0,5 mkr
Utbildningskostnader, arbetstid personal	5,0 mkr
Totala kostnader lön, jour, beredskap och utbildning	37,9 mkr per år

Intäkter och kostnadsreduceringar

Intäkter

Ökad kapacitet gynekologisk kirurgi, regionintäkt (uppskattat)	5,0 mkr
Ökad kapacitet neonatal vård, regionintäkter (uppskattat)	5,0 mkr
Försäljning av skolläkartjänst till kommun	1,2 mkr
Bibehållen intäkt Värmland	2,5 mkr

Kostnadsreducering

Minskade hyrläkarkostnader	2,5 mkr
----------------------------	---------

Totalt netto intäkter och kostnadsreduceringar	16,2 mkr per år
---	------------------------

- 1) Beslut. Beslut om stängning av förlossningsverksamheten vid Karlskoga lasarett av patientsäkerhetsskäl. Dnr 19RS4659-1.
- 2) IVO beslut. Beslut egeninitierad tillsyn. Dnr 18RS6250, externt dnr 8.1.1-29066/2018-10
- 3) Delegationsbeslut. Beslut om uppdrag att kartlägga förutsättningarna för att kunna återöppna förlossningsverksamheten vid Karlskoga lasarett. Dnr 19RS4659-1.
- 4) Rapport. Kartläggning för återöppnande förlossningen i Karlskoga. Dnr 19RS4659-6.
- 5) Protokollsutdrag hälso- och sjukvårdsnämnd, 2019-08-28, §76. Dnr 19RS4659-23.
- 6) IVO inspektionsprotokoll. Protokoll fört vid inspektion, kvinnokliniken, förlossningsavdelningen, Karlskoga lasarett. Dnr 19RS4374-8, externt dnr 8.5-18950/2019-10

Hälso- och sjukvårdslag (2017:30)**4 kap. Organisation**

2 § Där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas någon som svarar för verksamheten (verksamhetschef).

5 kap. Verksamheten

Allmänt

1 § Hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Det innebär att vården särskilt ska

1. vara av god kvalitet med en god hygienisk standard,
2. tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet,
3. bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet,
4. främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen
5. vara lätt tillgänglig.

2 § Där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges.

3 § Innan en ny diagnos- eller behandlingsmetod som kan ha betydelse för människovärde och integritet börjar tillämpas, ska vårdgivaren se till att metoden har bedömts från individ- och samhällsetiska aspekter.

4 § Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.

Hälso och sjukvårdsförordningen (2017:80)**4 kap. Behörighet och ansvar för vissa personalgrupper**

Verksamhetschef

1 § En verksamhetschef enligt 4 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses. Verksamhetschefen ska utse en fast vårdkontakt enligt vad som anges i 6 kap. 2 § patientlagen (2014:821).

Patientlag (2014:821)**1 kap. Inledande bestämmelser**

7 § Patienten ska få sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som är av god kvalitet och som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.

8 § När hälso- och sjukvård ges till barn ska barnets bästa särskilt beaktas.

Patientsäkerhetslag (2010:659)

3 kap. Vårdgivarens skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete

Allmänna bestämmelser

1 § Vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) respektive tandvårdslagen (1985:125) upprätthålls. Lag (2017:62).

2 § Vårdgivaren ska vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador. För åtgärder som inte kan vidtas omedelbart ska en tidsplan upprättas.

3 § Vårdgivaren ska utreda händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Syftet med utredningen ska vara att

1. så långt som möjligt klarlägga händelseförloppet och vilka faktorer som har påverkat det, samt
2. ge underlag för beslut om åtgärder som ska ha till ändamål att hindra att liknande händelser inträffar på nytt, eller att begränsa effekterna av sådana händelser om de inte helt går att förhindra.

6 kap. Skyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonal m.fl.

Allmänna skyldigheter

1 § Hälso- och sjukvårdspersonalen ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. En patient ska ges sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som uppfyller dessa krav. Vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Patienten ska visas omtanke och respekt.

2 § Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen bär själv ansvaret för hur han eller hon fullgör sina arbetsuppgifter.

Första stycket innebär ingen inskränkning i vårdgivarens ansvar enligt denna lag eller annan författning.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)

5 kap. Systematiskt förbättringsarbete

1 § Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet.

....

2 § Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska utöva egenkontroll.

Egenkontrollen ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska kunna säkra verksamhetens kvalitet.

....

7 § På grundval av resultaten av de aktiviteter som anges i 1–6 §§ ska de åtgärder vidtas som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet.

8 § Om resultaten av de aktiviteter som anges i 1–6 §§ visar att processerna och rutinerna inte är ändamålsenliga för att säkra verksamhetens kvalitet, ska processerna och rutinerna förbättras.

15

Anmälning- och
meddelandeärenden

20RS9

Tjänsteställe, handläggare
Nämndadministration, Kristina Berglund

Sammanträdesdatum
2020-02-26

FöredragningsPM
Dnr: 20RS9

Organ
Hälsa- och sjukvårdsnämnden

Anmälnings- och meddelandeärenden

Förslag till beslut

Hälsa- och sjukvårdsnämnden beslutar

godkänna redovisningen.

Sammanfattning

Anmälningsärenden:

1. Hälsa- och sjukvårdsdirektören har fattat beslut om avskrivning av skuld till dödsbon, 19RS10128-10134.
2. Hälsa- och sjukvårdsdirektören har undertecknat avtal avseende Dupixent.
3. Områdeschefen för Psykiatri har fattat beslut om intagningsstopp, revidering och uppföljning av beslut, 19RS10472.
4. Områdeschefen för Psykiatri har fattat beslut om tillfällig stängning av vårdplatser avdelning 1, gemensam psykiatri och utveckling, 19RS2680-7.
5. Områdeschefen för Psykiatri har fattat beslut om tillfällig stängning av vårdplatser psykiatrisk observationsavdelning, 20RS31-1.
6. Områdeschefen för Psykiatri har fattat beslut om avgiftsbefrielser, 20RS278-1-5.
7. Områdeschefen för Psykiatri har fattat beslut om avstängning, 20RS127.
8. Biträdande områdeschef för Närsjukvård väster har fattat beslut om tillfällig stängning av vårdplatser på MAV A 1 och 2 på helger från 40 vårdplatser till 32 vårdplatser, 20RS527.
9. Hälsa- och sjukvårdsdirektören har fattat beslut om initiering av upphandling för

Tjänsteställe, handläggare
Nämndadministration, Kristina Berglund

Sammanträdesdatum
2020-02-26

FöredragningsPM
Dnr: 20RS9

Holmium/YAG-laser, 20RS203.

10. Områdeschefen för Psykiatri har fattat beslut om tillfällig stängning av vårdplatser på grund av renovering efter en omfattande vattenskada, 19RS2980.

11. Områdeschefen för Psykiatri har fattat beslut om att stänga en psykiatrisk intensivvårdsplats på grund av skadegörelse, 20RS31.

12. Hälso- och sjukvårdsdirektören har undertecknat personuppgiftsbiträdesavtal med Karlstads universitet, 18RS8061.

13. Områdeschefen för Opererande och onkologi har beslutat om tillfällig stängning av vårdplatser på avdelning 6.

Beslutsunderlag

FöredragningsPM hälso- och sjukvårdsnämnden 2020-02-27

Jonas Claesson
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Skickas till:

(Ange vem/vilka beslutet ska skickas till)

Region Örebro län
Box 1613
701 16 ÖREBRO

Hej

Översänder enligt överenskommelse, inspektionsprotokollet som upprättades vid IVO:s inspektion den 5 november 2019.

Enligt överenskommelse ber IVO, att vårdgivaren/chefläkaren säkerställer att inspektionsprotokollet bifogas till samtliga deltagare som deltog vid inspektionen för faktagranskning. Eventuella synpunkter på inspektionsprotokollet ska vara IVO tillhanda senast 13 december 2019.

Genom denna skrivelse kommuniceras vårdgivaren också inspektionsprotokollet i enlighet med 25 § förvaltningslagen (2017:900) där det bland annat står att innan en myndighet fattar ett beslut i ett ärende ska den, om det inte är uppenbart obehövt, underrätta den som är part om allt material av betydelse för beslutet och ge parten tillfälle att inom en bestämd tid yttra sig över materialet.

Vid kontakt med Inspektionen för vård och omsorg i detta ärende bör diarienummer 8.5. -18950/2019 anges.

Marie Walterzon
Inspektör

Bifogas:

- Inspektionsprotokoll

Protokoll fört vid inspektion, kvinnokliniken, förlossningsavdelningen, Karlskoga lasarett

Datum: 2019-11-05

Vårdgivare: Region Örebro län

Verksamhet: Kvinnokliniken, Förlossningen Karlskoga lasarett

Från Region Örebro län deltog följande:

Karin Sundin, regionråd, ordf. Hälso- och sjukvårdsnämnden

Lena Adolfsson, Bitr. Hälso- och sjukvårdsdirektör

Ewald Ornstein, Tf. Områdeschef, Område opererande och onkologi
(OO)

Ewa Slätmo, Områdeschef, Område medicin och rehabilitering

Katrin Eriksson, Tf Områdeschef, Område Väster

Märta Lundqvist, verksamhetschef, barnkliniken, Karlskoga

Henrik Ahlin, chefläkare, Område Väster

Inger Nordin, chefläkare Hälso- och sjukvårdförvaltningen

Clas Mårten Ingberg, chefläkare, Område medicin och rehabilitering

René Bangshøj, chefläkare, Område OO

Gill Kullberg, verksamhetschef, Kvinnokliniken

Andreas Ohlin, verksamhetschef, barnkliniken USÖ (avgående)

Anna Olivercrona, verksamhetschef, barnkliniken (tillträdande)

Åsa Eriksson Nordesjö verksamhetschef, Anestesi och
intensivvårdskliniken

Från Inspektionen för vård och omsorg (IVO) deltog:

Peder Carlsson, Tf. avdelningschef

Hans Rudstam, medicinalråd

Göran Olsson Tf. enhetschef

Herman Pettersson, Katarina Waldenborg och Marie Walterzon,
inspektörer.

Tillsyn avseende de uppgifter som vårdgivaren lämnat till IVO i aktuellt tillsynsärende

Peder Carlsson, PC inleder inspektionen med att redogöra för syftet med inspektionen där bl.a. vårdgivaren ska få möjlighet att klargöra för hur patientsäkerheten vid förlossningsavdelningen, Karlskoga lasarett säkerställs vid ett eventuellt återupptagande av verksamheten.

Inledningsvis ger PC en sammanfattning av bakgrunden till dagens inspektion där bl.a. det underlag, kartläggning som vårdgivaren tillställt IVO nämns. IVO ämnar vid tillsynen att få ett klarläggande avseende det som IVO uppfattar som motstridiga uppgifter som presenterats till IVO som underlag för att eventuellt återuppta verksamheten vid förlossningsavdelningen, Karlskoga lasarett.

IVO fortsätter med att summera de brister som vårdgivaren tidigare identifierat och som ligger till grund för vårdgivarens beslut att stänga förlossningsavdelningen, såsom kompetens, bemanning, säkra transporter av nyfödda sjuka barn. Lagen är tydlig, kan man inte bedriva en säker vård så får man inte bedriva vård. IVO understryker vikten av att varje verksamhet bygger på sin kontext varför det kan se olika ut hur regioner organiserar sin verksamhet.

Gill Kullberg, verksamhetschef, kvinnokliniken inleder med att sammanfatta bakgrunden till beslutet om att inte återöppna förlossningsavdelningen. Vårdgivaren kan med dagens organisation inte garantera en jämlik och säker vård för akut sjuka nyfödda barn som föds på förlossningsavdelningen Karlskoga lasarett. Det saknas bland annat barnläkare och sjuksköterskor med kompetens inom neonatologi.

IVO understryker att verksamhetschefen är ytterst ansvarig för kvalitet och säkerhet.

Andreas Ohlin överläkare vid barnkliniken och avgående verksamhetschef redovisar för barnklinikens synpunkter på beslutet om att öppna förlossningsavdelningen igen. Han framför att han i många år haft farhågor om risker för patientsäkerheten då det inte funnits tillgång på läkare med neonatalkompetens. Numera avråder också specialitetsrådet i barnsjukvård i Uppsala-Örebroregionen från förlossning i hur där det inte finns neonatalkompetens. Den föreslagna transportlösningen innebar dessutom att neonatologjouren i Örebro skulle hämta barnet i Karlskoga som tidigare vilket medförde att neonatalavdelningen på USÖ lämnades utan specialist i neonatologi.

Ewald Ornstein, EO, tf. områdeschef område opererande och onkologi redovisar syftet med den kartläggning som genomfördes under sommaren. Syfte var bl.a. att kartlägga hur andra sjukhus utan neonatalavdelning organiserat sig. Det andra syftet var att få

vägledning och ett klarläggande från IVO om vad som krävs för att återuppta verksamheten. Vidare beskrev EO att kartläggningen skedde under brådskaande betingelser och att arbetet nu fortsätter tillsammans med verksamhetsrepresentanter.

Karin Sundin, regionråd beskrev att det råder en bred politisk enighet om att det ska finnas två förlossningsavdelningar i länet. Frågan har utretts med patientsäkerheten som utgångspunkt och det politiska budskapet är att förlossningsvården inte ska bedrivas om det inte är patientsäkert. Uppdraget för utredningen var att kartlägga - hur har man löst det på andra sjukhus - hur gör man för att öppna igen. Hälso- och sjukvårdsdirektören har fått ett uppdrag att utreda hur de gör för att öppna förlossningsavdelningen igen.

Lena Adolfsson biträdande Hälso- och sjukvårds direktör redogör för det arbetet som inletts efter det politiska beslutet om att Region Örebro län ska ha två förlossningsavdelningar. Syftet med arbetet som inletts är att få ett klagörande vad som krävs för att öppna förlossningsavdelningen på ett patientsäkert sätt. I detta arbete deltar bl.a. berörda områdeschefer, verksamhetschefer och chefläkare. Fokus har varit att kartlägga vilken kompetens och bemanning som krävs för livsuppehållande behandling och transporter av svårt sjuka nyfödda barn.

Gill Kullberg verksamhetschef kvinnokliniken sammanfattar de absoluta krav som arbetsgruppen kommit fram till: För att öppna verksamheten igen krävs det en sjukhusbunden barnläkarjour med erfarenhet och kompetens för att bedöma och omhänderta det akut sjuka nyfödda barnet. En sjukhusbunden jour inom obstetrik och anesthesiolog med erfarenhet av att vårda och behandla det akut sjuka nyfödda barnet. Sjuksköterskor med specialistkompetens inom akut omhändertagande av svårt sjuka nyfödda barn. Transporten av det akut sjuka nyfödda barnet är en riskfylld transport och det kräver att anestesikliniken och barnkliniken bemannas med dubbla jourlinjer för att upprätthålla kompetens på båda sjukhusen samtidigt.

IVO frågar om de har funderat på realismen i att kunna rekrytera och behålla den personal de beskriver behöver finnas i verksamheterna, och hur de tänker att kompetensen ska kunna upprätthållas med de små volymer patientgruppen faktiskt kommer att vara.

Ett resonemang med inspel från flera deltagare fördes om att öppnandet av verksamheten vid Karlskoga lasarett riskerar medföra att kraven på säker, kostnadseffektiv och jämlik vård inte kan uppfyllas.

Claes Mårten Ingberg, chefläkare beskrev att han var orolig att man är på väg mot en lösning som utsätter små barn för stora risker och att det

är de svagaste medborgarna som utsätts för risken till ett livslångt lidande.

Ewa Slätmo, områdeschef område medicin och rehabilitering beskrev problematiken med att bedriva förlossnings vård vid två avdelningar inom regionen då det kan finnas risk till undanträngningseffekter då det ekonomiska ansvaret är viktigt utifrån uppdraget med att bedriva en god vård på lika villkor.

Lena Adolfsson avslutar med att det är viktigt för regionen att klara kompetensförsörjningen och att genom länskliniken förse länets invånare vilket underlättas av två enheter och att man påbörjat processarbete.

IVO summerar med att det är viktigt att man är realistisk med vad man kan åstadkomma, det gäller att ha adekvata åtgärder på plats för att öppna verksamheten igen och som det ser ut idag ser IVO inte att Region Örebro län är där.

IVO avslutar mötet med att informera om att IVO kommer att följa utvecklingen och att tillsynsärendet förblir öppet till dess att vårdgivaren redogjort för hur vården i Region Örebro läns förlossningsverksamhet fortsatt ska bedrivas utifrån kraven på en god och patientsäker vård.

För Inspektionen för vård och omsorg

Katarina Waldenborg
Inspektör



Plats och tid	Linden, Eklundavägen 1 kl. 09:00-16:00
Tjänstgörande ledamöter	Charlotte Edberger (C) ordförande Gunnel Kask (S) vice ordförande Anna Ågerfalk (L) 2:e vice ordförande del av §3, del av §4 Sven-Olof Reinholdsson (S) Fredrika Jakobsen (S) Ebba von Scheele (M) Zaki Habib (S) ersätter Oscar Lundqvist (SD) Rose-Marie Wilnerzon-Thörn (KD) ersätter Markus Lundin (KD) §§1-2, del av §§3 och 4 Ingvar Ernstson (C) ersätter Markus Lundin del av §§3-4 Cecilia Albertsson (M) ersätter Maria Lönnberg (M) Agneta Nilsson (MP) ersätter Anna Ågerfalk §§1-2, del av §3, del av §4
Övriga närvarande	Jonas Claesson hälso- och sjukvårdsdirektör del av §3 Lena Adolfsson områdeschef närsjukvård Ewa-Lena Sjöberg områdeschef närsjukvård Örebro och söder Katrinn Eriksson områdeschef närsjukvård väster Elisabeth Liljekvist områdeschef närsjukvård norr Agnes Nyborg områdesekonom del av §3 Karolina Stridh chef hälso- och sjukvårdsstaben del av §3 Ingunn Granum verksamhetschef akutkliniken Universitetssjukhuset Örebro del av §3 Katrinn Boström utredare del av §3 Gabriel Stenström utredare Marita Jansson nämndsekreterare
Justeringens tid	2020-02-13
Protokollet omfattar	§§1-4

ANSLAG/BEVIS

Protokollet är justerat. Justeringen har tillkännagivits genom anslag.

Organ
Sammanträdesdatum
Datum för anslags uppsättande
Förvaringsplats för protokollet
Underskrift

Beredning för närsjukvård
2020-01-29
2020-02-14 Datum för anslags nedtagande
Regionkansliet, Eklundavägen 2, Örebro

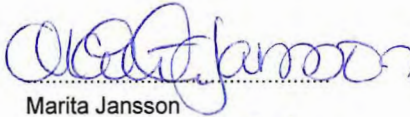
Marita Jansson



Beredning för närsjukvård

Underskrifter

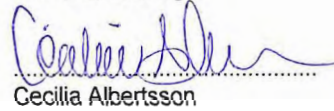
Sekreterare


.....
Marita Jansson

Ordförande


.....
Charlotte Edberger

Justerande


.....
Cecilia Albertsson



Innehållsförteckning

§ 1	Protokollsjustering
§ 2	Anmälan om frågor
§ 3	Information
§ 4	Svar på anmälda frågor

C.K
C.E

§ 1 Protokollsjustering

Beslut

Beredning för närsjukvård beslutar

att jämte ordförande justera dagens protokoll utse Cecilia Albertsson (M) med Fredrika Jakobsen (S) som ersättare.

Protokollet ska vara justerat senast den 12 februari.

C.A.
C.E.



§ 2 Anmälan om frågor

Ebba von Scheele frågar med anledning av Corona-virus:

Vilken belastning har det varit på 1177 i Örebro län?

Vad svarar man på frågorna som inkommer?

Vilken beredskap har man på vårdcentralerna i länet?

Ebba von Scheele frågar vad man tänker göra åt den långa väntetiden på 3-4 månader vid Ängens minnesmottagning?

Agneta Nilssondotter frågar om det förebyggande hälsoarbetet på vårdcentralerna, hur ser det ut och har man de resurser som krävs?

Agneta Nilssondotter frågar vad det finns det för hjälp för unga vuxna som riskerar psykisk ohälsa?

Agneta Nilssondotter frågar om det finns någon uppföljning av FAR, fysisk aktivitet på recept?

Zaki Habib frågar vilka rutiner som finns vid överlämningar mellan sjukhus och närsjukvård?

Cecilia Albertsson frågar hur man arbetar med hedersvåld, exempelvis kvinnlig könsstympning, och om det finns några handlingsplaner kring det.

CA
CE

§ 3 Information

Ekonomi

Agnes Nyborg redogör för det ekonomiska läget, vilket vid 2019 års slut visade på ett underskott på 127 mnkr. Det är en resultatförbättring med 1,5 mnkr från samma tid förra året. Lönekostnadsutvecklingen ligger på 5,3 procent, där en procent motsvarar 9,3 mnkr. Kostnaden för hyrläkare var 2019 105,2 mnkr, en minskning med 5,7 mnkr från 2018. Kostnaden för lokalhyror har ökat med 10 mnkr. I budgeten för 2020 finns en uppräknings sättnings med 3 procent, men ingen uppräknings för regionbidrag och ersättning för länsupdrag.

Ny hälso- och sjukvårdsdirektör

Jonas Claesson tillträdde tjänsten som hälso- och sjukvårdsdirektör den 1 november 2019 och ger en bild av vem han är, var han kommer ifrån, vad han gjort tidigare och vad han ser framåt. Jonas talar bland annat om medarbetarskap, globala megatrender och en god och nära vård. Han konstaterar att vi inte kommer att kunna göra likadant överallt, men vi ska ge en jämlik vård samt att patienterna kommer att bli mer delaktiga och Jonas nämner patientkontrakt som ett exempel på det.

Aktuellt från verksamheten

Lena Adolfsson ger en samlad bild av närsjukvården, där målet är att ge en jämlik och tillgänglig hälso- och sjukvård av god kvalitet till länets befolkning. Fokusområden 2020 för beredningen är nära vård, ekonomi, tillgänglighet och personalförsörjning och redovisningen till beredningen kommer att ske utifrån uppdrag i verksamhetsplanen 2020, den långsiktiga strategin i Målbild 2030 och den regionala utvecklingsstrategin RUS samt den ekonomiska handlingsplanen. Uppdraget är att främja en positiv utveckling av den nära sjukvården på regiondelsnivå, möta och utveckla samarbete med civilsamhället.

Ewa-Lena Sjöberg redogör för det aktuella läget i närsjukvårdsområde Örebro och söder, bland annat när det gäller nära vård, kunskapsorganisation och ekonomi. Avveckling av den mobila hälsomottagningen, mödra- och barnhälsovårdens psykologienhet organiseras tillsammans med ungdomsmottagningen och samtalsmottagningen från och med mars och i februari startar en pilot med akut närsjukvårdsteam.

Katrin Eriksson redogör för det aktuella läget i närsjukvårdsområde väster. När det gäller ekonomi visar utfallet för 2019 på ett underskott på 15,8 mnkr, vilket är 4,8 mnkr lägre än beräknat. Vidare informeras bland annat om kostnader för hyrläkare, tillgänglighet, antal listade patienter, löneöversyn, semester och sommaren 2020.

Elisabeth Liljekvist redogör för det aktuella läget i närsjukvårdsområde norr. Närsjukvårdens verksamheter påverkas av förändringar som sker på länsklinikerna. Den nya vårdcentralen i Lindesberg har öppnat och det blir preliminärt öppet hus och invigning den 3 april. Lindesberg lasarett har utsetts till det sjätte bästa minsta sjukhuset i Dagens medicin. I november startade familjesamverkansteamet i norr. Uppföljning av kliniska resultat pågår.

CA
CE

Beredning för närsjukvård**Revidering krav- och kvalitetsboken**

Karolina Stridh redogör för utredningsuppdraget Revidering av Krav- och kvalitetsbok i syfte att ge utrymme för fler alternativa utförare där återrapportering av utredningsuppdraget ska ske till regionstyrelsen senast under april 2020. Hon redogör också för den nu reviderade Krav- och kvalitetsboken för Hälsoval 2020 primärvård, vilken beslutades av regionstyrelsen i december 2019 och gäller från och med 2020-01-01.

Hälso- och sjukvårdsnämndens verksamhetsplan 2020

Gabriel Stenström redogör för hur kedjan med verksamhetsplaner med budget för 2020 ser ut samt redogör för planerings- och uppföljningsprocessen 2020 för Verksamhetsplan 2021. Gabriel redogör för beredningarnas grunduppdrag. Det finns inte längre konkreta uppdrag till beredningarna. Beredningarna kan dock få ytterligare uppdrag av hälso- och sjukvårdsnämnden under året.

Nära vård

Lena Adolfsson redogör för omställning till nära vård där hela hälso- och sjukvården berörs, liksom länets kommuner. Omställning till nära vård handlar bland annat om att arbeta över områdes- och klinikgränser samt att hitta andra sätt att arbeta. Beredning för närsjukvårds fokus kommer bland annat att ligga på nära vård, ekonomi, tillgänglighet och personalförsörjning, vilket kommer att följas upp under året.

Aktivitetsplan för beredning för närsjukvård 2020

Gabriel Stenström redogör för beredning för närsjukvårds aktivitetsplan för 2020, vilken bereds vid dagens sammanträde och beslutas vid sammanträdet den 10 mars. Fokusområden för beredning för närsjukvård 2020 är nära vård, ekonomi, tillgänglighet och personalförsörjning. Beredningen kommer att göra uppföljningar, bland annat när det gäller omställning till nära vård, handlingsplan för ekonomi i balans, bättre tillgänglighet, förebyggande arbete, specialisering för personer med funktionsvariation och vård av äldre. En medborgardialog kommer tillsammans med beredning för psykiatri, habilitering och hjälpmedel att genomföras under våren med psykisk ohälsa som tema.

Ambulansrevisionen/SOS-projekt

Gabriel Stenström redogör för den revisionsrapport som inkommit gällande ambulansverksamheten, en granskning som omfattar länets alla tre ambulansverksamheter. Granskningen visar bland annat på att riktlinjer och rutiner när det gäller arbetsmiljö inte är implementerade. Revisorerna saknar en övergripande beslutad plan för ambulansverksamheten. Det rekommenderas också att utveckla kvaliteten och effektiviteten i vårdkedjan. I hälso- och sjukvårdsnämndens yttrande välkomnas synpunkterna, kritiken om att det ska finnas en övergripande plan stöds och man avser att följa rekommendationen om att utveckla kvaliteten och effektiviteten i vårdkedjan.





Beredning för närsjukvård

Det pågår nu ett projekt där sjuksköterskor från Region Örebro län ska finnas hos SOS Alarm för att få en bättre bedömning tidigt i vårdkedjan. I dagsläget gör SOS bedömningen och styr resurserna genom att skicka en ambulans eller inte. Ingunn Granum, verksamhetschef på akutkliniken Universitetssjukhuset, redogör ytterligare för projektet. Målet är att säkra det mest effektiva omhändertagandet. Genom att ha prehospita specialistkompetens i ambulansen avlastas indirekt övrig sjukvård genom att patienten styrs till rätt vårdnivå redan från början. Samarbetet med SOS Alarm ska stärkas och vi kan därmed påverka styrningen av egna verksamheten på ett bättre sätt. Rekrytering av sjuksköterskor pågår.

Utredning om styrning för en mer jämlik vård - digifysiskt vårdval

Katrin Boström redogör för Region Örebro län svar på slutbetänkandet från den utredning som gjorts på uppdrag av Socialdepartementet om styrning för en mer jämlik vård, om digifysiskt vårdval, vilket regionstyrelsen fattade beslut om på sitt sammanträde den 28 januari. Katrin ger en kort redogörelse även om utredningen som letts av Göran Stiernstedt.

Cik
C-E



§ 4 Svar på anmälda frågor

Ewa-Lena Sjöberg besvarar frågorna med anledning av Corona-viruset. Belastningen på 1177 är i nuläget inte väsentligt högre än vid annan medial rapportering om sjukdomar, men man räknar med att samtalen kan komma att öka. Informationen som ges är fakta, det vill säga att det är en väldigt liten risk. Man får också svara på frågor om man varit i de riskfyllda områdena de senaste 14 dagarna eller om man har träffat någon som har en laboratorieverifierad smitta och är svaret nej ges ett lugnande besked. Om svaret är ja kontaktas infektionsjour per telefon.

Ewa-Lena Sjöberg besvarar frågan de långa väntetiderna vid minnesmottagningen på Ängens vårdcentral. Med anledning av den långa väntetiden diskuterar ansvariga problemet. Det är inte aktuellt att utöka resurserna, utan man ser istället över vilka patienter som ska få komma dit.

Lena Adolfsson föreslår med anledning av Agneta Nilsdotters fråga om det förebyggande hälsoarbetet på vårdcentralerna att gå in djupare i den frågan vid det sammanträde där temat är just förebyggande arbete.

Charlotte Edberger föreslår med anledning av Agneta Nilsdotters fråga om vilken hjälp det finns för unga vuxna som riskerar psykisk ohälsa att återkomma till frågan vid det sammanträde den här beredningen har tillsammans med beredning för psykiatri, habilitering och hjälpmedel den 5 februari.

Ewa-Lena Sjöberg, Katrin Eriksson och Elisabeth Liljekvist besvarar Agneta Nilsdotters fråga om uppföljning när det gäller FAR, fysisk aktivitet på recept. I samtliga områden arbetar man med detta på något sätt, men arbetet kan utvecklas.

Zaki Habibs exempel på ett enskilt fall som föranledde frågan om vilka rutiner som finns och hur överlämningen ser ut mellan sjukhus och närsjukvård, visar sig efter samtal med närsjukvårdschef för område norr vara en avvikelse.

Lena Adolfsson föreslår med anledning av Cecilia Albertssons fråga om hedersrelaterat våld att Lillian Sporrang som bland annat arbetar med dessa frågor bjuds in till ett sammanträde framöver för att berätta mer. Det är en viktig fråga som beredningen skulle kunna ha ett tema kring och då återkomma till vad som görs och hur vi gör.

CA
C-E