

Patientsäkerhetsberättelse för Stiftelsen Carlanderska Sjukhuset 2025



Inledning

Varje år ska alla vårdgivare upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Patientsäkerhetsberättelsen beskriver det systematiska patientsäkerhetsarbetet som har skett under föregående år, vilka åtgärder som gjorts för att öka patientsäkerheten och vilka resultat som uppnått. Den utgår från gällande lagkrav och följer strukturen för ”Agera för säker vård”, den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa våra strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen är tillgänglig för den som vill ta del av den och är en del i vårt ledningssystem för en god och säker vård. Som kompletterande läsning rekommenderas Kvalitetsbokslut Carlanderska Sjukhuset 2025, vilket fokuserar på våra kliniska resultat.



Källa:

Socialstyrelsen ”Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2025–2030”

Mallen är framtagen inom ramen för kunskapsstyrningsorganisationen, på uppdrag av den nationella samverkansgruppen (NSG) inom patientsäkerhet, 2021-09-23. Har uppdaterats med ny grafisk design utifrån Socialstyrelsens Agera för säker vård 2025-2030.

Innehåll

SAMMANFATTNING	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	5
Engagerad ledning och tydlig styrning.....	5
Övergripande mål och strategier.....	5
Organisation och ansvar	5
Samverkan för att förebygga vårdskador	6
Informationssäkerhet	8
Strålskydd	8
En god säkerhetskultur	9
Adekvat kunskap och kompetens.....	10
Patienten som medskapare	13
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	14
Öka kunskap om inträffade vårdskador	14
Tillförlitliga och säkra system och processer	16
Säker vård här och nu	18
Riskhantering.....	19
Stärka analys, lärande och utveckling	20
Avvikelser	20
Klagomål och synpunkter.....	21
Öka riskmedvetenhet och beredskap.....	22
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	22
UTFALL HANDLINGSPLAN FÖR ÖKAD PATIENTSÄKERHET 2024.....	23
Bilaga 1. Strålskyddsbokslut.....	24

SAMMANFATTNING

Det gångna året

Under våren påbörjades byggnationen av fastigheten Carlanderska Eklandagatan och efter sommaren flyttade Carlanderskas Vårdcentral, BVC samt Rehab, tillsammans med flera andra vårdgivare, in i nya, fräscha lokaler. Detta har inneburit en expansion om cirka 2000 kvadratmeter, vilket frigjort yta och möjliggjort utveckling av såväl egna som samarbetspartners verksamheter på sjukhuset. Stort fokus har under året lagts på planering och genomförande av såväl start i nya lokalerna som optimering av lokaler inom sjukhuset i stort. Hälsokliniken har även öppnat en filial på GoCo under året.

Väntetiderna inom svensk häls- och sjukvård har under året varit längre än någonsin och utredningen Behovsstyrd vård lämnade i januari en promemoria med förslag på statliga engångsinsatser för att korta väntetiderna i vården. Förslaget omfattade bland annat särskilda satsningar på diagnosområdena höftprotesoperation, operation av framfall samt grå starr, för vilka statliga medel avsatts i syfte att öka produktionen och korta köerna. Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att fördela medlen och följa upp insatserna. Under året har dock ingen nämnvärd ökning av avrop från regionerna på befintliga avtal inom dessa områden skett, trots att privata vårdgivare tydligt signalerat att det finns kapacitet att göra mer.

Ett något minskat inflöde på regionala avtal har noterats under året, till vilket regionernas ansträngda ekonomi, den politiska inställningen till privat samt stiftelsedrivna vård och polariseringen i media kan vara bidragande faktorer.

Under 2025 har ledningen lagt fokus på att utforska möjligheter och risker med AI-baserade verktyg och hur dessa kan användas i vardagen för ökad kvalitet och effektivitet inom olika områden på sjukhuset.

Kliniska resultat redovisas i ett separat framtaget kvalitetsbokslut för Carlanderska sjukhuset, vilket kompletterar patientsäkerhetsberättelsen i en transparent redovisning av våra resultat och vår strävan att bli lite bättre dag för dag.

Utblick framåt

Under 2026 kommer arbetet med optimering och expansion av verksamheter inom sjukhusets befintliga lokaler att fortsätta.

Bland utmaningar och möjligheter framöver ses generellt fortsatt långa väntetider i den offentliga vården, om än viss minskning ses under slutet av året, där Carlanderska Sjukhuset skulle kunna bidra ytterligare till att fler får sin vård i tid.

Försäkringsbolag har börjat inskränka omfattningen av sjukvårdsförsäkringar avseende vad som tolkas som kroniska sjukdomar, vilket kan påverka såväl inflöde som varumärke och vårdens innehåll negativt genom fragmentering av vårdkedjor.

Under 2026 kommer arbetet med att nyttja utvecklingsmöjligheter med stöd av AI och uppbyggnad av vår kompetens inom området att fortsätta.

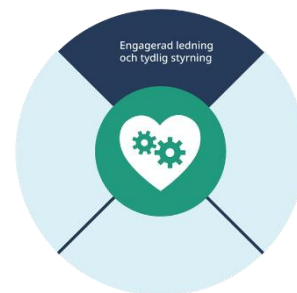
Uppföljning av kliniska utfall genom kvalitetsregister kommer fortsatt att utvecklas, liksom kontinuerlig uppföljning av patientens upplevelse, med möjlighet att även fånga upp förbättringsförslag.

Omvärldsfaktorer som konjunktur, ränteläge, pågående krig och oro i omvärlden kommer fortsatt att påverka oss även under 2026. Teknisk utveckling och AI kommer påverka möjligheter avseende såväl innehåll som leverans av vård. Även den politiska inställningen till privat och stiftelsedrivna vård kommer framöver vara av stor betydelse.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Engagerad ledning och tydlig styrning

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av verksamheten, på alla nivåer.



Övergripande mål och strategier

Utifrån fyra övergripande strategiska mål tas årliga handlingsplaner fram på sjukhusövergripande nivå. Handlingsplanen för 2025 har sedan brutits ned i respektive verksamhet till lokala åtgärder, vilka har följts upp regelbundet under året vid verksamhetsmöten samt i ledningsgruppen.

Övergripande strategiska mål:

- Arbetsgivare och medarbetare: Carlanderska ska vara en attraktiv arbetsgivare, en hälsosam arbetsplats och ha ett förutsättningsskapande ledarskap och medarbetarskap.
- Ekonomi: Carlanderska ska ha en långsiktigt lönsam verksamhet
- Hållbarhet: Carlanderska ska ha en långsiktigt hållbar styrning av vår verksam och arbeta för en etisk, social, ekologisk, ekonomisk och patientsäker verksamhet som levererar en hög kvalitet.
- Kvalitet och patientsäkerhet: Carlanderska ska ligga i topp i kvalitet, såväl medicinsk som patientupplevd och vara ett förstahandsval för patienter och beställare.

Organisation och ansvar

Ansvar för att leda säker vård finns på flera nivåer. Stiftelsen Carlanderska sjukhuset har en styrelse, vilken utses av Göteborgs stad (kommunfullmäktige). Sjukhuschefen rapporterar till styrelsen. Ur ett övergripande perspektiv är sjukhuschefen ytterst ansvarig för patientsäkerhetsarbetet och strålsäkerhetsarbetet på Carlanderska sjukhuset. Kvalitet och patientsäkerhet är en strategiskt viktig och prioriterad fråga. För respektive verksamhet ansvarar en verksamhetschef, vilken rapporterar till sjukhuschefen samt ingår i sjukhusets ledningsgrupp, se bild 1 nedan. I verksamheterna finns även medicinskt ledningsansvarig läkare.

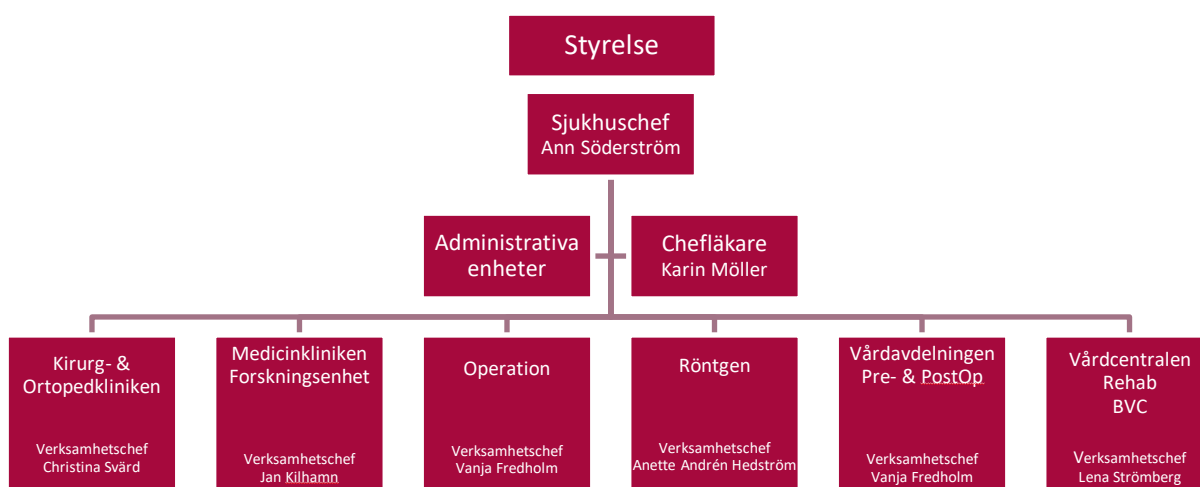


Bild 1: Övergripande organisation

Till stöd för sjukhuschef och verksamheter finns administrativa enheter/funktioner enligt bild 2 nedan, däribland Kvalitetschef/Chefläkare. I ledningsgruppen ingår även Kvalitetschef/Chefläkare, Ekonomichef, HR-chef, IT-/Fastighetschef samt Affärsutvecklingschef. Chefläkaren är anmälningsansvarig till IVO. Även en kvalitets- och patientsäkerhetssamordnare finns i staben.

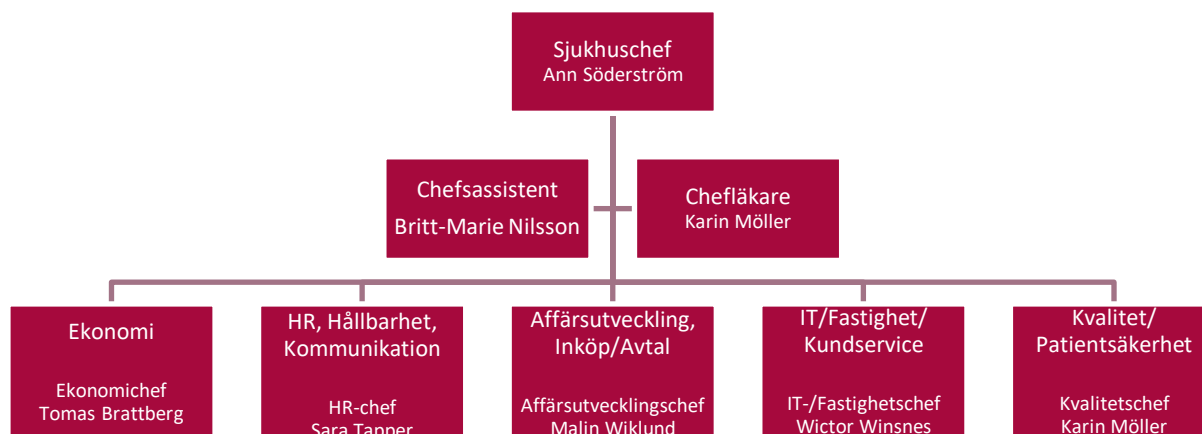


Bild 2: Administrativa enheter/funktioner

I sjukhusets ledningsgrupp ingår sjukhuschef, verksamhetschefer, chefer för administrativa enheter/funktioner samt chefsassistent. Kvalitet och patientsäkerhet är en integrerad del i ledningens arbete och en stående punkt på agendan.

Verksamhetschefen ansvarar för styrning, ledning, lagefterlevnad, uppföljning och resultat inom ramen för sin verksamhet. Medicinskt ledningsansvarig läkare stödjer verksamhetschefen i ledningsfrågor kopplade till den medicinska verksamheten. Enhetschef stödjer verksamhetschefen i ledning, styrning och uppföljning i respektive verksamhet.

I varje verksamhet finns även stödjande roller inom olika ansvarsområden, som kvalitetsombud, hygienombud, läkemedelsombud, medicintekniskt ombud samt internrevisor. I verksamheter som använder radiologisk utrustning finns även radiologisk ledningsfunktion och strålsäkerhetsombud.

Alla medarbetare ansvarar för att utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet och följa fastställda policyer, riktlinjer och rutiner samt att rapportera avvikelser.

Samverkan för att förebygga vårdskador

På Carlanderska Sjukhuset finns stiftelsens egna verksamheter samt ett flertal samarbetspartners, vilka är egna vårdgivare, med vilka vi samarbetar för sammanhållna vårdkedjor inom sjukhuset. Vården kan levereras via avtal med Regioner, Försäkringsbolag, andra bolag, samt i mindre omfattning till privatbetalande patienter. Grunden för en god och säker vård är sammanhängande och säkra vårdkedjor för patient och kund.

Verksamhetsråd

Vid Carlanderska Sjukhuset finns ett verksamhetsråd där sjukhuschef samt verksamhetschefer från egna verksamheterna och samarbetspartners regelbundet träffas. Nyheter och förändringar inom verksamheterna, gemensamma utvecklingsfrågor och avvikelshantering är några punkter på agendan. Rådet syftar till en god samverkan och ett gemensamt ansvarstagande för utveckling av kvalitet och patientsäkerhet inom och mellan vårdgivare inom hela sjukhuset.

Samarbetsavtal

Samverkan inom sjukhuset regleras genom samarbetsavtal, där bland annat kvalitet och patientsäkerhet tas upp. Avtalsuppföljning sker årligen med respektive samarbetspartner, varvid avvikelser och eventuella Lex Maria-anmälningar och åtgärder utifrån dessa diskuteras, såväl samarbetspartnerns som gemensamma sådana.

Samverkan mellan chefläkare

Chefläkaren ingår i chefläkarnätverken i såväl Västra Götalandsregionen som i Region Halland samt nationellt i nätverket Sveriges Chefläkare. Samverkan sker i såväl nationella som regionala frågor för gemensamt lärande och utveckling av patientsäkerhet. Samverkan sker även mellan enskilda vårdgivare där rutiner och uppkomna avvikelser diskuteras vid behov.

Samverkan med Vårdhygien

Carlanderska sjukhuset samarbetar med och har tillgång till vårdhygienisk expertis genom Vårdhygien vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

Samordnad individuell plan, SIP

Vårdcentralen deltar dagligen i möten med sjukhusen och vid behov kommunen avseende uppföljning och upprättande av samordnade vårdplaner för vårdcentralens patienter.

Samverkan med kommunen

Hemsjukvårdsansvarig läkare rondar varje vecka samt har telefontider varje vecka. Läkare på vårdcentralen rondar äldreboende och korttidsboende dagligen under veckorna. Samverkan sker med mobila resursteam och palliativa resursteam. Avstämningsmöten hålls ca två gånger/år med rondande läkare, rondande sköterskor och enhetschefer på boendena samt verksamhetschef på vårdcentralen.

ST-läkare på vårdcentralen håller, som del i ett förbättringsarbete, föreläsningar för sköterskor inom hemsjukvården och särskilda boenden om till exempel UVI och bensår.

Samverkan mellan privata vårdgivare för att minska köer inom vården.

Under 2024 tog privata vårdgivare inom ramen för Vårdföretagarna initiativ till att stödja regionerna att korta vårdköer genom ledig kapacitet och rapporten "Nationellt initiativ för verkställd vårdgaranti" publicerades. Detta arbete ledde till att man från nationell nivå valde 3 av 5 diagnoser som föreslogs, för särskilda satsningar. Under 2025 har man gått vidare med fler områden. Under 2025 finns fortsatt ledig kapacitet och avtal möjliga att avropa vård på, som inte nyttjas fullt ut. En fråga som vi på Carlanderska lyft i olika nationella sammanhang, är risk för eller inträffad vårdskada i väntan på vård, vilket tydligare borde beaktas än vad som sker i dagsläget. Vi ser fortsatt stora skillnader i landet trots utökade satsningar från regeringshåll. Carlanderska har fortsatt deltagit i arbetet med att korta vårdköer dels via Vårdföretagarna och direkt med Socialstyrelsen.

Informationssäkerhet

Carlanderska sjukhuset bedriver ett strukturerat och fortlöpande arbete med informationssäkerhet som en integrerad del av patientsäkerheten och den övergripande verksamhetsstyrningen. På övergripande nivå finns en fastställd säkerhetspolicy, till vilken riktlinjer för informationssäkerhet samt kompletterande rutiner är kopplade. Arbetet syftar till att säkerställa konfidentialitet, riktighet, tillgänglighet och spårbarhet i hanteringen av patientuppgifter och annan skyddsvärd information.

För att stärka kvalitet och efterlevnad har interna resurser utbildats inom NIS2 samt ISO/IEC 27001, vilket bidrar till ett systematiskt och riskbaserat arbetssätt.

Åtgärder inom informationssäkerhetsområdet omfattar flera nivåer:

Förebyggande åtgärder

Genom informationsinsatser vid introduktion av nyanställda, kontinuerlig kommunikation via intranätet samt löpande informationsgivning vid relevanta händelser arbetar sjukhuset förebyggande för att minska risken för felaktigt handhavande och oavsiktliga misstag. Under året har inloggning med SITHS-kort till datorer och verksamhetskritiska system gjorts obligatorisk.

Försvårande åtgärder

Genom tekniska konfigurationer samt behörighetsstyrd åtkomst till system begränsas möjligheten till obehörig åtkomst till information, i enlighet med principen om minsta möjliga behörighet.

Hindrande åtgärder

Genom ett aktivt arbete med skalskydd, brandväggar och andra tekniska säkerhetslösningar finns hindrande åtgärder på plats som avsevärt försvårar extern åtkomst till sjukhusets informationsresurser.

Förbjudande åtgärder

Vissa systemkonfigurationer är direkt begränsande eller förbjudande, exempelvis genom styrning och blockering av tillgång till externa webbplatser, i syfte att minska risken för informationsläckage och skadlig kod.

Säkerhetskopiering och kryptering av data sker dagligen. Därutöver genomförs särskilda långtids- och årsbackuper för att minimera risken för dataförlust och säkerställa möjligheten till återställning vid incidenter, vilket är av central betydelse för vårdens kontinuitet och patientsäkerhet.

Det journalsystem som används, Webdoc, är CE-märkt och har, baserat på behörighetstilldelning, stöd för intern spärr. Inom röntgenverksamheten används Sectras RIS/PACS, och systemet Orbit används även inom sjukhuset. Loggkontroller genomförs enligt fastställda rutiner, dels slumpmässigt, dels månadsvis i respektive system, samt genom riktade kontroller vid misstanke om avvikelse eller på särskild begäran.

Misstänkta eller konstaterade händelser som rör dataintrång eller otillåten åtkomst utreds skyndsamt och strukturerat. Vid händelser som kan kopplas till brister i system, processer eller externa angrepp vidtas tekniska och organisatoriska åtgärder för att förhindra upprepning. I de fall en händelse bedöms bero på felaktigt handlande av medarbetare hanteras ärendet enligt gällande arbetsrättsliga rutiner, vilket kan innefatta skriftlig erinran. Vid misstanke om brott görs polisanmälan.

Strålskydd

Se bilaga nr 1 för Strålskyddsbokslut.

En god säkerhetskultur

En god säkerhetskultur består av flera komponenter, där alla är medvetna och vaksamma på de risker som kan uppstå och aktivt tar ansvar för att minimera dessa. Förutsättningar för att kunna agera och ta ansvar är bland annat väl fungerande teamarbete, öppen kommunikation och s.k. psychological safety. En god och trygg arbetsmiljö skapar förutsättning för en säker vård.



Värdegrund

Carlanderska bedriver ett aktivt arbete för att uppnå en god arbetsmiljö och säkerhetskultur.

Vi utgår alltid ifrån frågan ”vem är vi till för” och påminner oss ständigt om att ”vi är varandras arbetsmiljö”.

Händelseanalyser

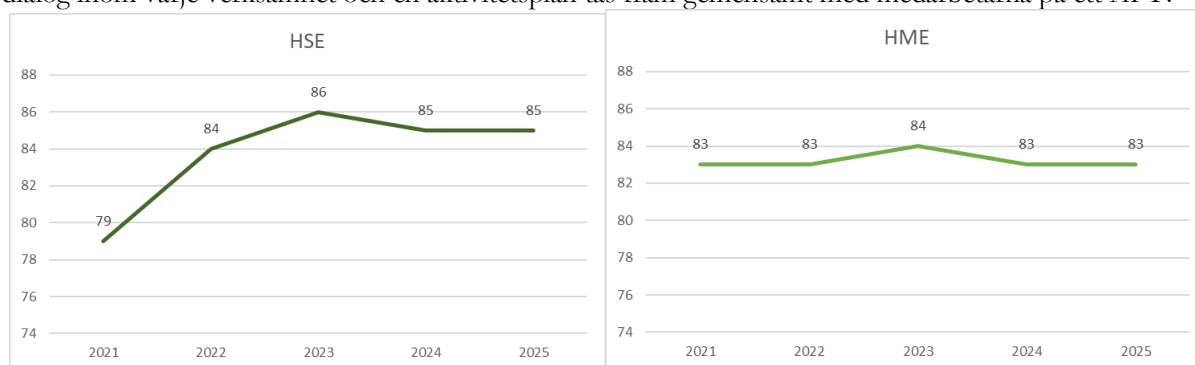
Verksamhetschefer har stöd av utbildade analysledare vid behov av händelseanalyser och dokumentation sker i nationella systemstödet Nitha. Att utreda och återföra allvarliga händelser är en viktig del i lärande samt en central del i patientsäkerhetskulturen.

Aktivt avvikelsearbete

Att uppmuntra till att rapportera avvikelser och pågående dialog om avvikelser är en del i vardagen i verksamheterna och återkoppling sker på APT. Att våga göra sin röst hörd är en grundläggande säkerhetsfråga.

Uppföljning och dialog

Medarbetarenkät genomförs årligen och HME (Hållbart Medarbetar Engagemang) 2025 var 83 och HSE (Hållbart Säkerhets Engagemang) var fortsatt högt, 85 (se figur 1). Enkäterna genomförs samtidigt för att understryka sambandet mellan arbetsmiljö och säkerhet. Resultatet för HME samt HSE ger underlag för dialog inom varje verksamhet och en aktivitetsplan tas fram gemensamt med medarbetarna på ett APT.



Figur 1: Hållbart säkerhetsengagemang (HSE) samt hållbart medarbetarengagemang (HME) 2021 till 2025

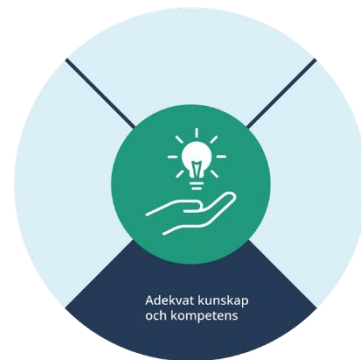
Som en del i att öka säkerhetsengagemanget återkopplas utfallet av händelseanalyser lokalt i verksamheterna, inom kvalitetsgruppen, inom medicinskt ledningsansvariga läkargruppen samt på ledningsgruppen.

Adekvat kunskap och kompetens

En grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete.

Attraktiv arbetsgivare

För långsiktighet i arbete med bemanning och kompetens för god patientsäkerhet är det viktigt att vara en arbetsgivare som kan attrahera och behålla medarbetare. Utifrån målsättningen att kunna attrahera och behålla den kompetens som behövs är en del av vårt förmånserbjudande bland annat friskvårdstimme, vilket införts i flera verksamheter. Samtliga fastanställda medarbetare erbjuds sjukvårdsförsäkring samt friskvårdsbidrag.



Kompetensutveckling och fortbildning

För att bibehålla och utveckla yrkeskompetensen avsätts i budgetprocessen särskilda medel för vidareutbildning utifrån verksamhetens behov. Vad som ska genomföras beslutas och följs upp i de årliga medarbetarsamtalen. Utifrån verksamhets-, yrkes- och avtalsspecifika kompetensmatriser tillgängliggörs möjlighet till kompetensutveckling för medarbetare via intranätet. För att säkerställa rätt kompetens för arbetsuppgifterna har varje medarbetare en kompetensmatris i HRM-systemet genom vilken chef och medarbetare kan följa utvecklingen. För regelbundet återkommande utbildningar, skickas påminnelse via HRM-systemet.

Ledningsgruppen har under året utbildats inom möjligheter med några av de vanligaste AI-baserade verktygen för att utforska möjligheter och risker med dessa och hur de kan användas i vardagen för ökad kvalitet och effektivitet inom olika områden på sjukhuset.

Under 2024-25 har ett internt chefsprogram med 11 moduler implementerats, i syfte att säkerställa att chefskapet och ledarskapet utgår från samma grund. En av modulerna har fokus på kvalitet och patientsäkerhet och andra exempel är arbetsrätt, säkerhetsarbete och hållbarhet.

Carlanderskas kunskaps- och kompetensmatris är indelad i två nivåer:

- Övergripande – vad krävs för att vara medarbetare på Carlanderska
- Verksamhetsspecifikt – vad krävs för att vara medarbetare på respektive enhet

Nedan sammanfattas de viktigaste aktiviteterna för respektive nivå 2025:

Exempel på övergripande aktiviteter:

Alla medarbetare genomför årligen utbildning/träning inom

- Brand
- HLR
- Hygienkörtkort avseende basala hygienrutiner och klädregler
- Gas

Alla nyanställda genomgår en introduktion omfattande verksamhetskänedom, kvalitet och patientsäkerhet samt avvikelshantering, informationssäkerhet, systematiskt arbetsmiljöarbete, brandskyddsarbete, offentlighet och sekretess, ledningssystem och intranät, hållbarhet samt presentation av våra verksamheter.

Exempel på verksamhetsspecifika aktiviteter (utöver de övergripande) 2025:

Medicinkliniken

- En obesitasmottagning har öppnat för patienter som söker en effektiv och hållbar viktnedgång. Det vårdprogram som tagits fram kombinerar beprövade metoder för viktnedgång. Efter ett första läkarbesök för bedömning av eventuell samsjuklighet och bakomliggande orsaker till obesitas ges en personcentrerad behandling med kost- och motionsråd, effektiva och säkra läkemedel, dietistkontakt, med regelbunden uppföljning hos sjuksköterska. Mätning av kroppssammansättning med iDXA-utrustningen ger underlag för motiverande samtal och uppföljning av behandling.
- Flytt av Medicinkliniken under september till samlade och större lokaler inom sjukhuset innebär bättre möjligheter till utökad kapacitet med bibehållen kvalitet och god tillgänglighet i patientmöten, med dedicerade rum för undersökning, planerade behandlingar, vaccination och utredningar, samt telefonservice.

Forskningsenheten

- ”Dual verification” har införts för säkert utlämnande av läkemedel till studiepatienter. Utlämnning av studieläkemedel kontrolleras av två studiemedarbetare (sjuksköterska och läkare eller BMA) och signeras av båda, vilket ytterligare stärker patientsäkerheten.
- Ett samverkansprojekt med försäkringsbolag som delaktör har påbörjat patientrekrytering inom osteoporos, med syftet att identifiera äldre med hög risk för fallskador och frakturnrisk.

Kirurg- och ortopedkliniken

- Vi har två skoperande sjuksköterskor, en som vi låtit utbilda själva och en mycket erfaren som vi rekryterat.
- ERCP är etablerad som metod och används i ökande omfattning. Mottagningsoperationer i lokalbedövning inom allmänkirurgi och ortopedi för de patienter som är betjänta av det, är en uppskattad och etablerad del av verksamheten.
- Vi har etablerat arbetssätt och rutiner för propofolsedering vid gastroskopi.

Operation

- Två medarbetare deltog i Korsbandsdagarna – Utbildning på Sahlgrenska där man live fick följa operationer med olika tekniker för att få förståelse för de olika metoderna. Även föreläsningar med ortopeder, svenskt korsbandsregister och Artroteamet på Sahlgrenska. Under året har vi haft flera föreläsningar på arbetsplatsen i bland annat fotkirurgi och perifera nervblockader
- Två medarbetare deltog i SFAI-dagarna (svensk förening för anestesi och intensivvård). Förelästes bland annat om anestesi för barn, hur ålder kan påverka anestesilogers yrkesutövande, obesitaskirurgins för- och nackdelar och patientgrupper med olika behov.
- En medarbetare var på Nationell utbildning i robotassisterad kirurgi där det ingår både praktisk träning, föreläsningar och erfarenhetsutbyte.
- Två medarbetare var med på AOU (anestesi och operation för undersköterskor), utbildningen innehöll föreläsningar om bland annat partikelmätning på operationssal, postoperativa sårinfektioner, anestesi och positionering samt parallellt arbete på operationssal.

Röntgen

- Interna lunchföreläsningar av radiologer samt övrig personal 3 tillfällen/termin där innehållet är återkoppling på bilder, för ständig förbättring av vårt arbete med röntgenundersökningar.
- Administrativ arbetstid för kvalitetsarbete säkerställs i dialog med närmsta chef.

- Fördjupad utbildning av applikator från vår leverantör av vårt Bild och journalsystem, för optimering av flöden.
- Fördjupad utbildning av applikator för modalitetsansvariga inom MR och konventionell röntgen för ytterligare optimering.
- Vi får övervägande positiva svar i ”TYCK om oss ” och det är primärt att man känner sig trygg med omhändertagandet. Genomgång av synpunkter görs månadsvis på APT. Det är lika viktigt att gå igenom de positiva synpunkterna som de förbättringsförslag vi får.
- Två-dagars undersköterskeutbildning – fördjupning inom att arbeta som undersköterska inom radiologi
- Årlig röntgenkongress där föreläsningar om nyheter varvas med utställning. Två Röntgensjuksköterskor från enheten var med och föreläste.
- Deltagande på användardagar hos leverantör av vårt bild/journalsystem.
- Deltagande på PG-Väst vid fyra tillfällen. PG-Väst är ett regionalt nätverk för specialistutbildning och fortbildning inom radiologi i Västra Götaland. All personal har haft utbildning inom HLR (även barn-HLR)
- Återkommande HLR-träning för god kompressionsteknik och hantering av defibrillator, genom korta återkommande kompressionsträningstillfällen och samtidigt repetition av Röntgens rutiner vid HLR, så kallad ”Lunchpumpning”.
- Vi har standardiserat handledningen för röntgensjuksköterskor.

Vårdavdelningen

- Fyra medarbetare deltog i Dagkirurgiska dagarna, två dagar med föreläsningar om olika operationer, arbetsmetoder och operationsplanering.
- Flera medarbetare har gjort studiebesök på Högsbo sjukhus under året, titta på arbetssätt och utbyta erfarenheter
- Workshop med sängföretaget om våra patientsängars funktioner.
- Workshop kring ergonomi. Genomgång av våra hjälpmedel och ergonomi vid förflyttning.
- Föreläsningar om VP-shunt och gynekologiska operationer.
- Enhetschefer och kvalitetsombud på enheten har gått VGR:s tvådagarsutbildning i kvalitetsdriven verksamhetsutveckling.

Vårdcentralen

- Ökat fokus på att registrera avvikelser och systematiskt arbeta med förbättringsarbete kopplat till dessa. Regelbunden punkt på APT.
- Enhetschefer utbildade i kvalitetsdriven verksamhetsutveckling för att kunna arbeta systematiskt med förbättringsarbete.
- Ökad bemanning av läkare för att säkerställa att alla patienter har en tydligt utsedd patientansvarig läkare (PAL) och att vi har god kontinuitet till utsedd PAL.
- Schema tillgängliggörs rullande 12 månader framåt för att möjliggöra bokning av årskontroller direkt utan väntelista och att därmed årskontroller genomförs på patienter där detta är indicerat.
- Mottagning för mer akut sjuka patienter är separerad från övriga mottagningar på entréplanet. God bemanning och gott om tider möjliggör att patienterna kan omhändertas på vårdcentralen i stället för att söka vård på jourcentral eller akutmottagning. God kontinuitet ökar patientsäkerheten. Vi säkerställer på detta sätt även att patienter med t.ex. misstänkt övre luftvägsinfektion inte blandas med ”friska” patienter.
- Inrättat jourfunktioner; Läkare, Sjuksköterska, Fysioterapeut, Arbetsterapeut (specialist i allmänmedicin) finns tillgängliga dagtid, även för frågor från kollegor/sköterskor/utbildningsläkare.

Detta möjliggör gemensam bedömning och omhändertagande där detta behövs på patienter som kommer som drop in eller för rådgivning/bedömning på telefon eller på mottagningarna.

Rehab

- Anställt fysioterapeut med särskild kompetens kring barn. Denna fysioterapeut har även etablerat samarbete med BVC och deltar ibland annat föräldragrupper. Har tider schemalagt specifikt avsatta för barn.
- Har utökat antalet balansgrupper för äldre från en till två gånger i veckan.
- Har under hösten 2025 bytt lokaler och fått mer ändamålsenliga lokaler som möjliggör bättre ytor på gym och i gruppisal för rehabilitering.
- Har varje vecka jourtider till fysioterapeut och arbetsterapeut där vi kan erbjuda akut omhändertagande av patienten med nytillkomna/akuta besvär.
- Inrättat teambesök där patienter med psykisk ohälsa kan få träffa en arbetsterapeut och en fysioterapeut vid samma tillfälle.
- Enhetschef utbildade i kvalitetsdriven verksamhetsutveckling för att kunna delta i förbättringsarbete.

Patienten som medskapare

En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten bemöts med respekt, är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och vården utformas och genomförs i samråd med patienten.

Enkla kontaktvägar

Kontaktuppgifter till våra verksamheter finns på hemsidan, samt till sjukhusets vårdcoach. Det finns även information om hur patient och närstående kan lämna synpunkter, förbättringsförslag eller klagomål. Här lämnas även information om patientnämnden, IVO, LÖF samt läkemedelsförsäkringen.

Skriftlig information

Inför operation, viss undersökning/behandling och röntgenundersökning får patienterna skriftlig information i kallelsen och i vissa fall frågeformulär att fylla i, samt kontaktuppgifter för att lätt komma i kontakt med mottagningen.

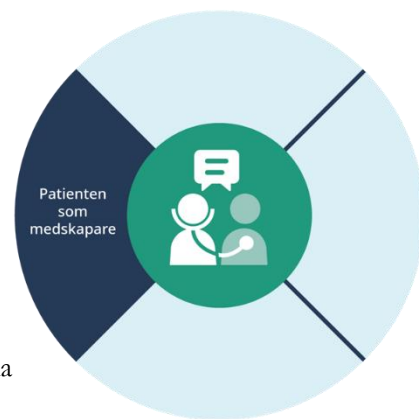
Verksamheterna erbjuder även skriftlig information/broschyrer om olika tillstånd och sjukdomar, för att du som patient ska vara väl informerad om din sjukdom.

Anhörig och närstående välkomna

Anhörig/närstående välkomnas att delta i vården efter möjlighet, såväl på mottagningar som inför och efter operation. Exempelvis kan det vara bra att anhörig/närstående finns med vid utskrivningssamtal på vårdavdelningen.

1177

Vårdcentralen kan nås via 1177 Vårdguidens e-tjänster, äldretelefon med direktnummer och telefonrådgivning med TeleQ-system. Både läkare och sköterskor erbjuder hembesök vid behov.



Journal via nätet

Via 1177/Journalen kan patienter på Medicinkliniken, Kirurg- och ortopedkliniken, Vårdcentralen och Rehab själva läsa sin journal och sina provsvar.

Patientutbildning och samordning

Patienten utbildas och involveras i sin sjukdom och vård i det individuella patientmötet men även genom teamarbete mellan olika professioner på vårdcentralen. För patienter med kroniska sjukdomar bedrivs vid vårdcentral och rehab patientutbildningar som exempelvis artrosskola, sömnskola och KOL-skola. Inom rehabteam på vårdcentralen finns vårdsamordnare och rehabkoordinatorer som kan hjälpa patienter som behöver kontakt med olika instanser inom hälso- och sjukvården och övriga inblandade samarbetsparter.

Upplevelse av vården

Patienters upplevelse av vården följs upp kontinuerligt, för att säkra en god upplevd kvalitet samt att fånga upp klagomål eller förbättringsförslag från våra patienter.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

Öka kunskap om inträffade vårdskador

Har vården varit säker

Det krävs ett systematiskt sätt att identifiera vårdskador, för att öka vår kunskap om dessa och dess bakomliggande orsaker och konsekvenser, vilket ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.

Synpunkter eller klagomål

Patientens synpunkter eller klagomål tas som oftast tillvara direkt i verksamheterna. Synpunkter kan även lämnas till verksamheten genom formulär på hemsidan eller via 1177 och hanteras genom systemet för avvikelshantering

Ändamålsenlig avvikelserapportering

Alla medarbetare uppmanas att rapportera avvikelser i avvikelssystemet, vilket görs elektroniskt via intranätet. Synpunkter eller klagomål hanteras via samma system. Samtliga avvikelser utreds utifrån händelsens beskaffenhet och händelser som berör mer än en vårdgivare utreds i samverkan.

Verksamhetschefen ansvarar för att avvikelser utreds, åtgärdas och avslutas och att återkoppling sker i verksamheten, ofta på APT eller i andra fora.

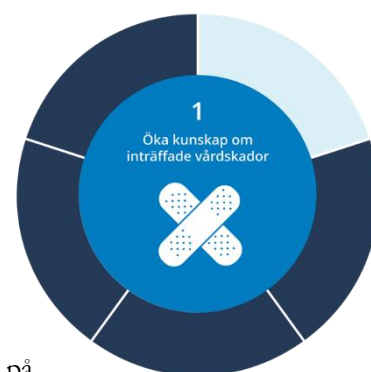
Händelseanalys och vårdskada

Vid risk för eller inträffad allvarlig vårdskada genomförs händelseanalys, under ledning av utbildade analysledare på uppdrag av verksamhetschef. Vid vårdskada informeras berörd patient och vid händelseanalys involveras patienten alltid. Åtgärder för att minimera risker utifrån bakomliggande orsaker vidtas utifrån behov på enhets-, sjukhus- som systemnivå i samverkan med andra vårdgivare.

Minimera effekter av negativa händelser

Vid negativa händelser vidtas vid behov omedelbara åtgärder för att förhindra ytterligare skada.

Återkoppling sker såväl till patient som berörda medarbetare och vid behov kan uppföljning samt insatser som samtalsstöd eller annat vara aktuellt.



Utfall 2025

Under 2025 har totalt 451 avvikelser rapporterats, vilket är i paritet med tidigare år. En händelseanalys har genomförts under 2025, vilken ledde till en Lex Maria anmälan utifrån inträffad vårdskada. Analysen har lett till åtgärder för att minska risk för liknande händelser framöver. Beslut från IVO inväntas.

Flera källor för en samlad bild

Genom systematiskt ta tillvara och analysera synpunkter, avvikelser och vårdskador fås en bild av vilken typ som är de vanligaste vid sjukhuset.

Information inhämtas genom:

- Avvikelse- och händelseanalyzer, avvikelshantering och händelseanalyser.
- Inrapportering till och återkoppling från kvalitetsregister. Utfall beskrivs i separat kvalitetsbokslut.
- Patientenkäter
- Patientklagomål

Information om inträffade vårdskador sker i berörd verksamhet och lyfts i relevanta fora. Sjukhuschef och kvalitetschef/chefläkare får information om samtliga rapporterade avvikelser. Vid vårdskada informeras berörd patient och erbjuds möjlighet att ge sitt perspektiv vid eventuell händelseanalys.

Samlad analys

En samlad analys utifrån utfall av egenkontroller, kliniska resultat, klagomål och avvikelser samt övrig uppföljning visar att patientsäkerheten följs upp systematiskt. Vårdskada eller risk för vårdskada förefaller upptäckas tidigt genom aktiv avvikelshantering och genom analys av aggregerade avvikelser identifieras och åtgärdas riskområden. Genom kvalitetsregister följs kliniska resultat och förbättringsområden kan identifieras, vilket redovisas för respektive kliniskt flöde, se Kvalitetsbokslut 2025.

Generellt fås dock endast en del av de avvikelser som inträffar i en verksamhet och det finns olika mycket kunskap om vårdskador i olika delar av hälso- och sjukvården, varför det är viktigt att fortsatt utveckla vår förmåga att identifiera risk för och inträffade vårdskador för ökad kunskap om hur vi kan göra vården ännu säkrare.

Tillförlitliga och säkra system och processer

Hur tillförlitliga är arbetsprocesser och system

På Carlanderska Sjukhuset bedrivs planerad vård med, även sett i ett nationellt perspektiv, stora volymer av relativt vanlig vård. Detta medger standardisering av arbetssätt och ständigt arbete för att förbättra processer och minska oönskad variation. Mycket förbättringsarbete sker fortlöpande i verksamheterna, även för att eliminera moment som upplevs som ”gnissel” i vardagen.



Ledningssystem

Vårt ledningssystem syftar till att säkerställa att vi arbetar systematiskt och utvecklande avseende såväl kvalitet som miljö och vi är ISO-certifierade i enlighet med ISO 9001:2015 samt 14001:2015. Ett systematiskt arbete med ständiga förbättringar syftar till att säkra tillförlitlighet och resultat i verksamhetens processer, där säkerhet är en dimension av flera. Ledningssystemet är integrerat med vårt intranät och är tillgängligt för våra medarbetare, både på arbetsplatsen och via molntjänst. Extern revision genomfördes under året med gott resultat, varvid certifikat avseende såväl kvalitet som miljö förnyades.

Vårdhandboken

Carlanderska sjukhuset använder sedan 2022 de nationella metoder och riktlinjer som anges i Vårdhandboken sjukhusövergripande och kompletteras med lokala riktlinjer och rutiner utifrån behov.

Nationell patientöversikt, NPÖ

Baserat på patientens samtycke ger NPÖ möjlighet att såväl dela journalanteckningar som ta del av journalanteckningar från andra vårdgivare. Detta kan för patienten innebära snabbare och mer korrekt vård och ökad patientsäkerhet.

Kvalitetsregister

Verksamheterna rapporterar till relevanta nationella kvalitetsregister och resultaten används för att utveckla verksamheten samt att kunna identifiera oönskad variation och förbättringsmöjligheter. Våra kliniska resultat är generellt mycket goda med en jämn och hög kvalitet. Övergripande indikatorer för flertalet av våra kliniska flöden redovisas separat i vårt Kvalitetsbokslut.

Medicintekniska produkter

Verksamhetschefen för respektive verksamhet/enhet ansvarar för enhetens medicintekniska apparatur, med undantag för gaser, för vilka Fastighetschefen ansvarar.

Carlanderska sjukhusets medicinska gasanläggning omfattas av ett löpande och årligt revisions- och granskningsarbete.

Revisioner av den medicinska gasanläggningen genomförs årligen, och den obligatoriska tekniska filen hålls kontinuerligt uppdaterad i enlighet med gällande regelverk, inklusive MDR (2017/745), relevanta harmoniserade standarder samt tillämpliga nationella krav. Detta är en etablerad och pågående process.

Granskningen för 2025 påvisade inga allvarliga brister och bedöms vara välskött och väl fungerande.

Granskning och kontroll av gasanläggningen sker dessutom av externa, oberoende aktörer, däribland AFRY samt Apoteket AB, vilket ytterligare säkerställer regelefterlevnad, patientsäkerhet och teknisk robusthet över tid.

Vad gäller den medicintekniska utrustningsförteckningen nyttjar Carlanderska Sahlgrenska Universitetssjukhusets system för medicinteknik, Medusa, vilket förvaltas av MTA Mölndal. Systemet utgör den centrala källan för registrering och uppföljning av utrustning.

Respektive verksamhet ansvarar för att informationen i Medusa är aktuell, relevant och korrekt, inklusive förändringar i bestånd, användning eller ansvar. MT-ombuden har access till systemet just för att möjliggöra detta ansvar i linje med gällande styrning.

För att säkra förebyggande och felavhjälpande underhåll samt att upprätthålla lagstadgade funktioner har Carlanderska sjukhuset ett avtal med Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU) inom medicinteknik. Utrustning som hanteras via SU är inlagt i IT-stödet Medusa.

Nationell patientenkät

Data för Nationella patientenkäten primärvård 2025 har vid patientsäkerhetsberättelsens skrivande ännu inte publicerats. Vid undersökningen 2024 var svarsfrekvensen vid Vårdcentralen Carlanderska 48,7 % (jämfört med 40,6 % i riket). Utfall inom de olika dimensionerna ses nedan (jämförelse med riket inom parantes). Värde mellan 0-100 (högt värde eftersträvas):

- Helhetsintryck 81,9 (80,1)
- Emotionellt stöd 72,6 (76,6)

• Delaktighet och involvering	78,7 (79,8)
• Respekt och bemötande	84,8 (85,5)
• Kontinuitet och koordinering	76,4 (72,6)
• Information och kunskap	78,6 (76,5)
• Tillgänglighet	78,6 (82,6)
• Levnadsvanor	20,8 (31,6)

På frågan ”skulle du rekommendera Vårdcentralen till någon i din situation?” svarade 84 % positivt, jämfört med 79 % i riket. Cirka 70% svarar positivt på frågan om att de får träffa samma läkare vid sina besök, att jämföra med 53 % i riket.

”TYCK om oss ”

Vi mäter fortlöpande patientupplevd kvalitet med enkätutskick via sms eller QR-kod efter besök/vistelse. Vi kallar enkäten för ”TYCK om oss” och dimensionerna som mäts är bemötande, tillgänglighet, information, delaktighet, vård/ behandling samt inför hemkomst. Utöver dessa mäts övergripande nöjdhet samt Net Promotor Score, NPS, vilket är ett mått på benägenheten att rekommendera Carlanderska till någon annan. Patienterna ges även tillfälle att ge beröm och/eller förbättringsförslag. Utfallet följs veckovis och månadsvis och ger underlag för förbättringar i verksamheterna. I återkopplingen ges även mycket beröm till alla verksamheter! Under 2025 har vi fått över 17000 svar, med en patientnöjdhet om 94 % med ett genomsnitt för NPS på 77, vilket är att betrakta som mycket högt. Inom specialistvården med cirka 8500 svar var nöjdheten 97 % och genomsnittlig NPS 88.

Användning av checklista för säker kirurgi

På operation tillämpas WHO:s checklista för säker kirurgi. Checklistan finns i Orbit och registreras av narkospersonal vid 3 tillfällen per operation.

Införande av scanning

Under året har scanning av implantat införts på operation, vilket säkerställer att rätt implantat registreras på patienten. Tidigare skrevs denna sifferkombination in manuellt, vilket möjliggjorde felregistrering.

Införande av planeringstavla på operation

Införande av digital personalplanering utifrån operationsprogrammet. Medarbetarnas arbetstider och kompetenser matchas med inplanerade operationer genom ett digitalt system. Ger en snabb och lättöverskådlig överblick över behovet och vad som eventuellt behöver justeras för en optimal planering.

Basala hygienrutiner och klädregler

Basala hygienrutiner och klädregler mäts årligen vecka 10-11 genom punktprevalensmätning (PPM-BHK) i respektive verksamhet och hygienrond genomförs årligen. Då SKR avvecklat den nationella databasen genomförs mätningarna lokalt enligt tidigare protokoll. Förbättringspotential noterades framför allt gällande desinfektion av händerna före samt efter patientkontakt. Resultaten återförs i respektive verksamhet samt ledningsgrupp och samtliga medarbetare genomgår årligen hygienkörtkort.

Olämpliga läkemedel hos äldre

Andelen individer 75 år och äldre som behandlas med läkemedel som bör undvikas 251231 var 8,5% jämfört med 10,5 % i genomsnitt i VGR

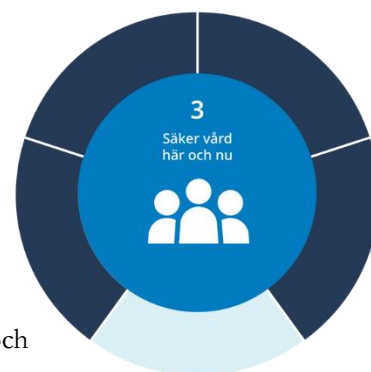
Antibiotikaanvändning

Andelen episoder med akut bronchit (exklusive patienter med KOL-diagnos) som behandlats med antibiotika på Vårdcentralen har minskat ytterligare under slutet av 2025 och var 251231 7,6 % (att jämföra med regionsnittet 10,1%).

Säker vård här och nu

Är vården säker idag

En säker vård här och nu kräver att verksamheten har förmåga att förutse variationer och hantera risker och inträffade störningar som kan försämra patientsäkerheten i den pågående verksamheten.



Säker rekrytering och bemanning

Vid rekrytering av personal genomförs kontroller via IVO och Socialstyrelsen och kopior på intyg av utbildning och vid legitimerade yrken ska även legitimation lämnas in. Därefter sker årliga kontroller hos Socialstyrelsen och IVO, för att säkerställa att legitimationen är gällande och att det inte finns anmälningar som påverkar förtroende i den yrkesutövning som görs hos oss. Samma krav ställs på inhyrd personal via bemanningsavtal.

Låg andel inhyrd personal

Sjukhuset strävar efter att minska beroende av bemanningsavtal och senaste åren har omfattningen av inhyrd personal varit låg.

Rätt kompetens

Under avsnittet kompetensförsörjning/kompetensutveckling beskrivs arbetet med att fortlöpande säkra kompetens på ett mer utförligt sätt, däribland introduktion av nya medarbetare, kompetensutveckling och kontinuerlig träning inom olika områden.

Balanserad beläggning och arbetsbelastning

Antalet patienter som opereras har varierat, liksom andelen slutenvård och dagkirurgi. Genom flexibla vårdplatser och medarbetare kan slutenvårdsplatser även användas som postoperativa platser. Utifrån program och beläggning omfördelas personal efter behov mellan enheterna, varvid beläggning och arbetsbelastning kan balanseras.

Leverans av produkter och läkemedel

Under 2025 har restsituationer gällande läkemedel och infusionsvätskor inte längre utgjort något problem. I samband med bristen på infusionsvätskor 2024 gjordes en översyn och prioritering, resulterande i ett förbättringsarbete vilket minskade kassation avseende infusionsvätskor. Tidigare rutin om enlitersdropp för samtliga patienter preoperativt har ersatts av halvlitersdropp för de dagkirurgiska ingreppen, vilka använder mindre mängd, med minskad kassation som följd.

Riskhantering

Risikanalyser

Inför förändringar som exempelvis införande av nya metoder eller organisationsförändringar genomförs riskanalyser där risker identifieras, sannolikhet och konsekvens bedöms samt åtgärder för att minska risken identifieras. Av riskanalysen framgår också ansvarig för åtgärder och tid när åtgärd ska vara genomförd, vilket sedan följs upp.

Avvikelsehantering

Risk för vårdskada identifieras och hanteras genom avvikelsehanteringssystemet och risker kan identifieras och hanteras enskilt eller genom aggregerade analyser.

Identifierade riskområden och åtgärder

Utifrån ovanstående har under året olika riskområden identifierats och åtgärder vidtagits, exempelvis:

- Diagnostiska fel, inklusive hur olika typer av bias påverkar den diagnostiska processen uppmärksammades under 2024 och området har även efter inspel lagts till som fokusområde i Västra Götalandsregionens ”Regional handlingsplan för ökad patientsäkerhet 2025-2026”. Fortsatt fokus på området under 2025 och frågor inriktade mot information i enlighet med ”safetynetning” har införts i patientenkäten som går ut efter alla besök/vistelser.
- Fortsatt arbete för att minska risk för fel inom området journal/remiss/kallelse krävs, då detta fortsatt är ett riskområde. Införande av e-remsor på röntgen har minskat antalet avvikelser inom området.
- Fragmentering av vården med medföljande ökad risk för felhändelser i ”mellanrummen”. Dialog förs med beställare exempelvis inför upphandlingar om att beakta vikten av sammanhållen vård vid utformning av uppdrag och avtal. Dialog med försäkringsbolag om vikten av att kunna påbörja behandling även vid upptäckt av kronisk sjukdom och behandlingsansvaret vid vidareremittering tills vårdövertagande skett.
- Avvikelsehantering tas upp på APT samt i relevanta fora för gemensamt lärande.

Sammantaget finns goda förutsättningar att systematiskt fånga upp och hantera risker inom verksamheten samt sprida lärdomar inom organisationen. En fortsatt utveckling av förmågan att tidigt identifiera risker och eliminera/minimera dessa är viktigt.

Stärka analys, lärande och utveckling

Förbättra system och arbetssätt utifrån tillgänglig information

Ett flertal olika datakällor används för att få en bred bild av kvalitet och patientsäkerhet i verksamheterna.

- Nationella kvalitetsregister
- Kontinuerlig mätning av patientupplevelse; ”TYCK om oss”
- Nationell Patientenkät Primärvård
- Punktprevalensmätning basala hygienrutiner och klädregler
- Avvikelser
- Klagomål och synpunkter
- Medarbetarundersökning hållbart medarbetarengagemang (HME)
- Medarbetarundersökning hållbart patientsäkerhetsengagemang (HSE)



Kunskap om förbättrings- och implementeringsarbete

Som stöd i verksamhetsutveckling finns en verktygslåda med metoder och verktyg för processkartläggning och förbättringsarbete. Dessa tillsammans med en webutbildning som introduktion till kvalitetsdriven verksamhetsutveckling (framtagen av VGR) är tillgänglig för alla medarbetare.

En tvådagars utbildning i kvalitetsdriven verksamhetsutveckling hålls i VGR:s regi, vilken flera kvalitetsombud och chefer har gått. under året har ytterligare åtta genomgått denna. En enhetschef har även påbörjat 15-poängsutbildningen inom samma område i Chalmers regi.

Lex Maria

Under 2025 har en händelse anmälts enligt Lex Maria. IVO har ännu inte beslutat i ärendet.

Händelseanalysen har belyst bakomliggande orsaksområden och har resulterat ett antal åtgärder för att minska risken för att liknande händelser inträffar igen.

Avvikelser

I systemet för avvikelserapportering hanteras såväl förbättringsförslag, synpunkter som avvikelser. Alla medarbetare ansvarar för att rapportera in ärenden. Verksamhetschefen ansvarar för hantering inom enheten och att återkoppling till berörda, exempelvis på APT och i andra relevanta fora.

Kategori	2019	2020	2021	2022	2023*	2024**
	Antal	Antal	Antal	Antal	Antal	Jan-maj Antal
Arbetsmiljö/tillbud	38	29	31	41	36	17
Synpunkter	23	64	65	53	75	28
Organisation	68	52	38	91	42	31
Utrustning	51	52	69	53	36	25
Miljö	9	6	11	6	4	2
Omvårdnad/behandling	313	257	439	387	257	135
Okategoriserat	8	10	17	5	1	3
Totalt	510	470	670	636	451*	241
Varav patientsäkerhetspåverkande	229	148	231	238	150	84
Varav Lex Maria/IVO-ärenden	6	12	4	1	4	2

Tabell ovan; Avvikelserapportering under 2019- maj 2024, indelat per kategori. * Kompletta data för 2023 saknas (451 avvikelser på 10 månader indikerar en årstakt om cirka 540 på belår). ** Ny kategorisering av avvikelser infördes från juni 2024.

Kategori	2024 juni- dec	2025
	Antal	Antal
Organisation/Regler/Resurser	119	170
Vård/omsorg	48	94
Utrustning/Produkt	20	34
Leverantör	3	1
Arbetsmiljö	17	19
Synpunkter/klagomål	22	28
“Avvikelser” dvs ej kategoriserade ännu	49	108
Totalt	278	454
Varav Lex Maria/IVO-ärenden	0	1

Tabell ovan; Avvikelserapportering juni –december 2024, samt belår 2025, med ny kategorisering.

Under 2025 rapporterades totalt 454 avvikelser (jämfört med 519 under 2024). Vid avvikelser bedöms om händelsen kunde medfört (tillbud) eller har medfört (negativ händelse) något oönskat. Knappt två tredjedelar av händelserna som rapporterats avser negativa händelser.

Allvarlighet/konsekvens av händelsen bedöms även, där absoluta merparten inte har bedömts få negativa konsekvenser, medan sextiosex avvikelser kunde medfört eller har medfört mindre, måttliga eller betydande konsekvenser. En händelse, vilken bedömts få katastrofal konsekvens, inträffade hos annan vårdgivare men då Carlanderska utgjorde del i vårdkedjan har ärendet utretts även hos oss.

Allvarlighetsgrad/konsekvens	2025 Antal
Katastrofal (4)	1
Betydande (3)	6
Måttlig (2)	15
Mindre (1)	45

Tabell ovan; Bedömd allvarlighetsgrad avseende avvikelser 2025.

De vanligast förekommande bakomliggande orsakerna till avvikelser, vilka kan vara flera samverkande, är inom kommunikation/information eller procedur/rutin/riktlinje. Minst förekommande orsaksområde är utbildning/kompetens. Detta mönster skiljer sig inte från föregående år.

Avvikelser som berör flera vårdgivare hanteras i samverkan med dessa för gemensamt lärande.

Klagomål och synpunkter

Inkomna synpunkter/klagomål hanteras i berörd verksamhet och återkoppling ges till den som framfört dem. Inkomna synpunkter är en viktig källa till att identifiera förbättringsmöjligheter.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Kommer ni att arbeta patientsäkert i framtiden

Hälso- och sjukvården behöver vara flexibel och fungera även under förändrade förhållanden. Vården vid Carlanderska Sjukhuset är huvudsakligen planerad, vilket ger goda möjligheter till att både ställa om verksamhet efter behov och att planera och utbilda för nya metoder, ingrepp och liknande. Verksamheterna arbetar aktivt med fortbildning och kompetensutveckling inom relevanta områden, exempelvis ny utrustning och teknik.

En ökad beredskap kan handla om ledning, resurser och arbetsmetodik i situationer med ökad belastning. På sjukhuset genomförs regelbundet brandövningar och alla medarbetare tränas årligen i HLR. En riktlinje anger HLR kompetenskrav och mål i enlighet med s.k. hjärtsäker zon.

Vi har god framförhållning avseende kompetensförsörjning, vilken underlättas av att vara en attraktiv arbetsgivare.

Ledningsgruppen har genomgått webutbildning för offentlig sektor kring terrorhot och har säkerställt rutiner för särskild ledning vid höjd beredskapsnivå. En aktiv omvärldsbevakning där risker identifieras ger möjlighet till anpassningar i verksamheten och försörjning av densamma för att möta dessa.



MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Handlingsplan för 2026 är under framtagande, utifrån Carlanderskas övergripande strategiska mål. Målet om god vård med hög patientsäkerhet är oförändrat, med ambitionen att vara bland de bästa på det vi gör. Under 2026 fortsätter arbetet med att utveckla och optimera våra befintliga lokaler för såväl stiftelsens egna verksamheter som våra samarbetspartners, till gagn för våra patienter.

Parallellt är en strategi för Carlanderska 2032 under framtagande under året, i växelverkan mellan styrelse och ledningsgrupp.

Fortsatt uppföljning av kliniska flöden genom kvalitetsregister och identifiering av förbättringsområden är viktigt, liksom en kontinuerlig uppföljning av den patientupplevda kvaliteten. Att ständig lära och utvecklas ger förutsättning för en fortsatt god och säker vård.

UTFALL HANDLINGSPLAN FÖR ÖKAD PATIENTSÄKERHET 2025

Sveriges nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet, Agera för säker vård, 2025-2030 syftar till att förbättra förutsättningarna för en säker vård. Den vänder sig till kommuner, regioner och vårdgivare som genom att utforma egna handlingsplaner fastställer prioriteringar och mål för sitt patientsäkerhetsarbete. Västra Götalandsregionen har en regional handlingsplan för ökad patientsäkerhet 2025-2026, med fokusområden och ett antal indikatorer med måltal.

Carlanderska sjukhusets handlingsplan för ökad patientsäkerhet 2025 utgår från verksamhetens art och behov med inspiration från ovanstående. För 2025 har fokusområdet Diagnostisk säkerhet lagts till, om än utan måltal på grund av områdets komplexitet och svårighet att mäta.

Område	Aktivitet	Indikator / Beskrivning	Utfall 251231	Mål 2025	Kommentar
VRI	Minska vårdrelaterade infektioner (VRI)	Postoperativa infektioner skall mätas.	Ej genomfört	Etablera metod för mätning och nuläge.	Ligger kvar till 2026
	Basala hygienrutiner och klädregler ska följas	Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler	Se PPM BHK	100%	Genomfört i alla verksamheter
	Öka följsamheten till behandlings-riktlinjer med antibiotika för akuta infektioner	Andel episoder med AB behandlad akut cystit som fått förstahands-AB (kvinnor >15)	92,1 (mot 95 i VGR)	Öka	
		Andel episoder med akut bronchit med antibiotika (exl KOL) %	7,6 (mot 10,1 i VGR)	Minska	
Säker läkemedels-användning	Minska förskrivning av beroende-framkallande läkemedel.	andel patienter som (från Vårdval VC) får förskrivning av opioider	1,7 (mot 1,9 i VGR)	<3%	
Diagnostisk säkerhet	Träna medarbetare i den diagnostiska processen samt främja samverkan med patient och närstående	Ingen regional indikator. Lokalt: antal verksamheter som systematiskt arbetar med safetynetting	Verksamheterna arbetar på olika sätt med information. Utbildning om diagnostisk säkerhet har genomförts på flera enheter under året.	100%	

Bilaga 1. Strålskyddsbokslut 2025

Inledning

På röntgenavdelningen utförs undersökningar inom konventionell röntgen, datortomografi, magnetisk resonanstomografi och ultraljud. Under 2025 utfördes 29 555 diagnostiska undersökningar varav 15 130 innefattade joniserande strålning.

Strålskyddsbokslut

Strålskyddsbokslutet för Carlanderska sjukhuset baserar sig på information som har framkommit i verksamheten på röntgen i samband med ”egenkontroll avseende strålsäkerhet”. Egenkontrollen görs varje år och utgår från en checklista med strålningsrelaterande frågor som utarbetas av Sahlbgrenska sjukhuset, Medicinskt fysik och teknik (MFT) och Diagnostisk strålningsfysik. Syftet med egenkontrollen är att säkerställa att röntgen och operation vid Carlanderska uppfyller de krav som strålsäkerhetsmyndigheten (SSM), ställer för att bedriva en trygg och säker röntgenverksamhet med joniserande strålning.

Aktiviteter under 2025

Röntgen

Två gånger per termin har röntgen optimeringsmöten för DT och en gång per termin inom konventionell röntgen, då vi tillsammans med sjukhusfysiker, radiolog och metodansvariga röntgensjuksköterskor går igenom våra metoder. Detta för att säkerställa att vi har så låg stråldos som det är möjligt och samtidigt behålla en god kvalitet. Vi har infört den s.k ”4-bitarsmetoden” i optimeringsarbetet för att säkerställa att vi systematiskt går igenom undersökningsprotokoll och därmed bildkvalitet och stråldoser. Gemensamma strålsäkerhetsmöten mellan operation och röntgen upprättas en gång per termin.

Under 2025 har sedvanliga strålskyddskontroller genomförts av sjukhusfysiker liksom periodvisa kontroller på röntgenutrustning av extern servicepersonal från leverantör.

Alla doser på alla undersökningar med strålning registreras och sparas i DoseTrack.

Rapportering av statistiska uppgifter för vissa röntgenundersökningar och röntgenvägleda procedurer ska göras årligen för att möjliggöra för SSM att göra uppskattningar av hur patientdoser från medicinska exponeringar fördelas.

Rapportering av diagnostiska standarddoserna skall rapporteras vid förändring av metod, ny metod alternativt ny utrustning alternativt minst vart tredje år.

Resultatet från mätningarna av diagnostisk standarddos rapporteras till Strålsäkerhetsmyndigheten via webbförmulär i DosReg.

Årligen utförs genomgång av strålsäkerheten, vilket sker i början av året när all data är sammanställd. Vid ledningens genomgång är vår bedömning att vi har ett väl fungerande strålsäkerhetsarbete.

Datortomografen som installerades 2017 är uppgraderad med ny mjukvara för att ha möjliggöra en dossänkning. Uppgraderingen innebär att vår datortomograf lyfts till senaste nivå av SSM:s krav på stråldoser och kommer att uppdateras kontinuerligt under kommande fyra år.

Det har inkommit fem strålningsrelaterade avvikelser 2025. Avvikelseerna har vår StråLF (strålningsfysikalisk ledningsfunktion) informerats om och inga av dessa avvikelser behöver anmälas till SSM.

Operation

Under 2025 har sedvanliga strålskyddskontroller av C-båge utrustning genomförts av sjukhusfysiker liksom periodvisa kontroller på C-båge utrustning av extern servicepersonal från leverantör.

Alla DAP-värden på alla undersökningar med strålning registreras och sparas i Orbit.

Under 2025 har personalen på operation genomgått praktisk och digital/teoretisk strålsäkerhetsutbildning samt riktad C-båge utbildning. Enligt SSM:s riktlinjer krävs denna utbildning var 3:e år. Nästa utbildningstillfälle för alla blir under 2028.

Årlig genomgång av strålsäkerheten är utförd 250127 och skickades därefter till strålsäkerhetsstrateg. Vid ledningens genomgång är vår bedömning att vi har ett väl fungerande strålsäkerhetsarbete.

Medicinkliniken

Sedan april 2024 finns en iDXA-utrustning installerad i separat undersökningsrum på Medicinkliniken. Utrustningen är registrerad hos Strålskyddsmyndigheten, inför driftstart gjordes en strålsäkerhetsbedömning i juni 2024 och tre operatörer ur personalen har genomgått praktisk utbildning i handhavandet. Denna personal har genomgått digital/teoretisk strålsäkerhetsutbildning. Enligt SSM:s riktlinjer krävs denna utbildning var 3:e år, nästa utbildningstillfälle blir aktuellt under 2027.

iDXA-utrustningen flyttades under september 2025 inom sjukhuset, för att fortsatt ingå i Medicinklinikens samlade utbud av diagnostik. Förnyad driftsättning i oktober utföll utan anmärkningar.

Kliniken deltar i gemensamma strålsäkerhetsmöten tillsammans med operation och röntgen, vilka genomförs en gång per termin.

Vid ledningens genomgång är vår bedömning att vi har ett väl fungerande strålsäkerhetsarbete.

Avvikelser

Strålningsrelaterade avvikelser anmäls i Carlanderska sjukhusets avvikelssystem ServiceDesk och tas upp med berörd personal och på APT.