

Sammanfattning av patientsäkerhetsberättelsen 2024

Patientsäkerhetsberättelsen utgår från den nationella handlingsplanen för patientsäkerhet som har definierat fyra grundläggande förutsättningar och fem fokusområden. Den nationella visionen är ”God och säker vård – överallt och alltid” och det nationella målet ”ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”

I Region Halland har vi dessutom en regional handlingsplan som fokuserar på tre av dessa nio områden.

1. Engagerad ledning och tydlig styrning

Förvaltningen ADH har ett patientsäkerhetsteam med chefläkare, verksamhetsutvecklare och administrativt stöd. De har gjort ett flertal besök ute i verksamheterna och i ledningsgrupperna.

ADH:s har ett ledningssystem, tillsammans med Hallands sjukhus' ledningssystem och som är ISO-certifierat avseende kvalitet, arbetsmiljö och miljö.

Den övergripande strukturen för patientsäkerhetsarbete följer linjeorganisationen, där respektive verksamhet har ansvar för patientsäkerheten. Verksamhetschefen ansvarar för att rutiner och avvikelshantering följs, beslutar om utredning och åtgärder samt är ytterst ansvarig för uppföljning av vidtagna åtgärder. Organisationen behöver ha ett perspektiv- och lösningsfokuserat utvecklingsarbete där vikten av samverkan såväl inom den egna verksamheten som med vårdgrannar betonas.

Ett större säkerhetssamarbete har etablerats med medicinskteknisk säkerhetssamordnare på MTH, säkerhetspartners inom ADH och HS informationssäkerhetsstrateg.

Samtliga avvikelser registreras, dokumenteras och bearbetas i avvikelssystemet Platina. Denna utredning och uppföljning sker på respektive enhet. Återrapportering sker på olika sätt vid de olika enheterna. Arbete med att följa upp avvikelser på aggregerad nivå, på verksamhetsnivå, områdesnivå och förvaltningsnivå har påbörjats.

ASH och 1177 har två medicinskt ledningsansvariga läkare, verksamhetsutvecklare samt chefsstöd med fokus på patientsäkerhetsarbetet och som stödjer både chefer och medarbetare i patientsäkerhetsfrågor, samt arbetar för att säkerställa ett fungerande ledningssystem för processer och rutiner, samt säkrar och höjer verksamhetens kvalitet.

Inom HFS ansvarar verksamhetschefer, avdelningschefer, medicinskt ledningsansvariga läkare (MLA), varav 3 inom KHV/UM och en inom habiliteringen tillsammans med verksamhetsutvecklare, samt avvikelseteam övergripande för patientsäkerhetsarbetet.

De laboratoriemedicinska verksamheterna är ackrediterade av Swedac enligt standard ISO 15189:2022 och har egna kvalitetsledningsmanualer i dokumenthanteringssystemet Centuri. Blodcentralerna har tillstånd från IVO att bedriva blodverksamhet och Läkemedelsverket utfärdar tillstånd för att framställa råvara (blodplasma) för läkemedelsframställning. Octapharma, ett företag, kontrollerar framställningen av plasma samt kontrollerar den plasma som vår verksamhet säljer till dem.

Tillstånd för att bedriva verksamhet inom röntgen och nuklearmedicinsk verksamhet kommer från SSM. Verksamhetscheferna arbetar enligt ledningssystemet.

Samverkan för att förebygga vårdskador

På en förvaltningsövergripande nivå har under 2024 genomförts ett arbete med en gemensam rutin för hur man utreder vårdskador. Här har såväl chefläkare, som verksamhetsutvecklare från de fyra förvaltningarna i Region Halland deltagit. Det har under arbetets gång varit stort fokus på hur man i olika faser av utredningen kan och bör samarbeta över verksamhets- och förvaltningsgränser. Att Region Halland ansluter sig till NIHTA har också varit ett viktigt önskemål i detta arbete

Inom ADH har en rutin kring sammansättning av team för händelseanalys publicerats under 2024. Tanken är att i analysteamet ha såväl mer erfarna händelseanalysledare, som nya med helt färsk kunskaper efter utbildning om händelseanalys, samt medarbetare med specifika kunskaper beträffande det aktuella analysområdet.

Chefläkaren deltar i ett nationellt nätverk för chefläkare med koppling till SOS alarm. Ett syfte här är att främja samarbetet mellan SOS alarm och Region Halland.

Inom ambulanssjukvården Halland pågår sedan flera år tillbaka en fortlöpande utveckling av säkra och ändamålsenliga vårdkedjor tillsammans med involverade samarbetspartners och med tydligt fokus på att göra patienter och närstående delaktiga i vården. Under 2024 har funktionen Inre sjukvårdsledning inrättats på larmcentralen. Funktionen arbetar tillsammans med SOS Alarm för att optimera nyttjandet av regionens prehospitala resurser och vård utifrån patientens behov. ASH är drivande i flera nationella och regionala samverkansforum. På nationell nivå är det till exempel FLISA och pre-hospitala nätverk inom SKR. Samverkan sker också på regional nivå med polis, räddningstjänst och Länsstyrelsen, på såväl operativ som strategisk nivå.

Samverkan är också en viktig del i arbetet för samtliga verksamheter inom Hälsa och funktionsstöd. Samverkan sker med såväl andra avdelningar inom Region Halland som med

Klinisk kemi utför till viss del externa kvalitetskontroller av patientnära laboratorieutrustning som används utanför de ackrediterade laboratorierna. Instruktor från Klinisk kemi samt från Klinisk mikrobiologi ger också regelbundet utbildning om blodprovstagning och vikten att undvika preanalytiska fel MDs verksamheter har utbredda samarbeten med hela det regionala sjukvårdssystemet och med kommunerna. Ett exempel är samtliga SVF-förlopp-

2. En god säkerhetskultur

HSE (Hållbart Säkerhets Engagemang) mätning infördes i Region Halland i samband med MBU medarbetarundersökningen 2023 och 2024 adderades ytterligare två frågor. Resultatet har återkopplats i form av ett HSE index och så kallade trafikljusdiagram och avspeglar säkerhetskulturen. Utfallet för ADH var samstämmigt med Region Hallands resultat.

Vid genomgång av HSE resultatet i verksamheterna är frågorna i denna enkät ett bra underlag till dialog om vad en god patientsäkerhetskultur innebär och hur man kan jobba för att förbättra den.

Avvikelsearbetet utgår ifrån att det i varje situation finns en möjlighet till lärande och utveckling. Fokus är aldrig att leta efter en syndabock utan att objektivt granska systemet - vad som kunde gjorts annorlunda, såväl på enskild nivå som organisatoriskt.

Sambandet mellan en god arbetsmiljö och en god patientsäkerhet är numera välkänt. Dialog om arbetsmiljö sker på arbetsplatsträffar, kontinuerligt i arbetsvardagen, vid medarbetarsamtal och vid årlig genomgång av medarbetarenkäten.

3. Adekvat kunskap och kompetens

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

ASH följer regionens strategi för kompetensförsörjning och har därtill en tydlig process för kompetensutveckling som innefattar en löpande inventering av kompetensgap i verksamheten. Källorna till inventeringen är trender och mönster i avvikelshantering och risk- och händelseanalyser, sammanställning från medarbetare och chef från respektive avdelning samt verksamhetsstyrning. Omvärldsbevakning av hur verksamheten kan tänkas utveckla sig över tid, och behov av ny kompetens som detta medför är också centralt. En större utbildningsinsats pågår där alla medarbetare inom ambulanssjukvården ska genomgå de internationella konceptutbildningarna PHTLS och AMLS för att säkerställa ett säkert och effektivt arbete med patientbedömning och behandling. Sjukresor har utbildat sin personal i ökad kunskap för att kunna förstå ambulanssjukvårdens bedömningar hos patienten samt HLR.

Kunskap om patientsäkerhet ingår i introduktionen av all personal.

Kompetenskartläggningen som påbörjades 2020 har slutförts och lagts in som profil i Kompetensportalen där den använts i medarbetarsamtalen. Utifrån inventering av kompetensläget tas behovsbilden med i framtida rekrytering och till utbildningsplanering. Inför varje nytt kalenderår görs en utbildningsplanering för hela verksamheten för att tillgodose den utbildning som bedöms behövas. Vi följer sedan upp utbildningsplanen när året är slut för att se om någon utbildning kommit till eller försvunnit och hur man upplevt utbildningarna samt hur många som verkligen deltog på de olika utbildningstillfällena. Patientsäkerhetsaspekter tematiseras och belysas regelbundet från olika vinklar på APT, utvecklingsdagar, på ett stort antal olika möten och på ledningens genomgång.

4 Patienten som medskapare

Vid allvarigare händelser och händelseanalyser bjuds patient och närstående alltid in för att samverka i analysarbetet. Inom delar av förvaltningen finns även brukarrepresentanter som bjuds in. ADH driftsnämnd bjöd vid ett möte in patientnämnden och chefläkare, och då fokuserades på vikten av patients och närståendes medverkan i planering inte bara på individuell nivå utan även på övergripande och politisk nivå, med exempel från Storbritannien.

Här finns stora möjligheter till förbättring - på de flesta nivåer.

Genom resultat från graviditetsenkäten och enkäter i digitalt föräldrastöd har patienter tagits med som medskapare. Genom en utförd målgruppsanalys av unga har en tillgänglig och inkluderande information samlats in en plattform. Ungdomsmottagningen har infört

chatt med unga som medskapare som betygsätter vars resultat följs upp med eventuella åtgärder så som att bemanna chatten utifrån ungdomars behov.

Patienter och närstående erbjuds att vara delaktiga i habiliteringsplanen som tas fram regelbundet, där patientens insatser ska prioriteras och följas upp. En nationell patientenkät, där patienter eller vårdnadshavare får svara om hur nöjda de är med habiliteringens insatser, har lyfts på ledningsgruppen som en del i det ständiga förbättringsarbetet. Anhöriga har erbjudits att delta i studie under specialistpsykologutbildning.

Agera för säker vård

Följande fem fokusområden är definierade i den nationella handlingsplanen för säker vård

1. Öka kunskap om inträffade vårdskador

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

En satsning på händelseanalysarbetet har skett under 2024. Dels genom att fler medarbetare har gått en formell utbildning, men också genom ett förvaltningsövergripande samarbete och en ny rutin kring beslutsprocessen inom ADH att inleda händelseanalyser. Målet med den förvaltningsinterna rutinen är såväl att undvika fördröjning i analysarbetet och som att återkoppla och dra lärdom på bästa möjliga sätt.

Under året har medarbetare inom ASH varit delaktiga i publiceringen av vetenskaplig artikel kring markörbaserad journalgranskning. Detta är en del av uppföljningen av det nya samarbetet med akutpsykiatrien.

Två ärenden som berör ASH har under 2024 tillsammans med Hallands sjukhus varit föremål för händelseanalys och anmälan enligt Lex Maria, ett fall med hotad luftväg och ett med fördröjt omhändertagande vid hjärtinfarkt.

Under 2024 har 2 avvikelser inom MD, en från Klinisk patologi och cytologi (akralt melanom på finger) tillsammans med Hudkliniken HS och en från Röntgen (felaktig PEG-läge) efter händelseanalyser anmälts enligt Lex Maria. Därutöver har röntgenkliniken ansvarat för ytterligare en händelseanalys angående kvarlämnad metall och efterföljande MR-undersökning, men där Lex Maria anmälan inte var aktuell.

Majoriteten av avvikelser som rapporteras på Medicinsk diagnostik handlar om uteblivna remisser, ofullständigt ifyllda insända remisser, felmärkta prov, felaktigt hanterade prover (innan proverna anländer till laboratorierna eller på laboratorierna) eller att patienter inte är förberedda på rätt sätt vid ankomst till Medicinsk diagnostiks verksamheter. Återkoppling sker regelbundet till remitterande enheter och utbildningsinsatser erbjuds när så är lämpligt. Externa avvikelser riktade mot Medicinsk diagnostiks verksamheter handlar oftast om svarstider:

2. Tillförlitliga och säkra system och processer

I samband med extern revision 2024 har fokuserats på såväl systemet Platina som hur vi använder det. Förbättringar av teknisk karaktär för att bättre stödja ett systematiskt avvikelshanteringsarbete har genomförts. Detta innebär såväl att vissa delar har blivit obligatoriska att använda, att nya textfält har skapats och att överföring från dessa till en samlad del "anteckningar" har införts. Rapport – analys - åtgärd - uppföljning - återföring är samtliga viktiga delar i arbetet.

Införande av en mobilapplikation för ASH(för bland annat rutiner och vårdriktlinjer), omstruktureringen av ledningssystemet och revideringen av styrande dokument bedöms ha fallit mycket väl ut. Verksamheten har deltagit i utvecklingsarbetet av nationella och regionala vårdprocesser, trauma, stroke mm. 1177 arbetar med kontinuerlig uppföljning med egenkontroll av samtal och med samtalshandledning Metodiken är kopplad till en evidensbaserad samtalsprocess. ASH är från hösten 2024 tilläggs-certifierade i Miljö, kvalitet och arbetsmiljö.

Akrediteringsarbete med revision av Swedac sker inom de tre laboratorieverksamheterna.

3. Säker vård här och nu

Förutsättningarna för säkerhet förändras snabbt och det är viktigt att agera på störningar i närtid.

Inom ADH är det vårdövergångar och missad / missförstådd rapportering som är ett av de viktigaste identifierade områdena för rapporterade avvikelser. Till exempel ambulans som hämtar och lämnar patienter. Olika prioriteringsverktyg inom SOS alarm – ASH – akutmottagningar. Kommunikation och strukturerad överrapportering är centralt att arbeta vidare med, för att uppnå patientsäkerhet i samverkan. Vidare ses att förståelsen och vetskapen om samverkande vårdaktörers roll och ansvar behöver belysas. Tillsammans med akutkliniken har en ny rutin tagits fram gällande processen vid överlämning och rapportering. Inom röntgen har identifierats ett behov av att samordna, uppdatera och dokumentera rutiner och riktlinjer för vård och utredning.

När gäller lokaler finns på vissa orter provisoriska lösningar, som ej är hållbara på lång sikt. Arbete med regionens lokalförsörjningsplan pågår. Digital teknik är fortsatt utmanande för patienter.

En aktuell riskhantering är väsentlig.

Risker för vårdskador upptäckts via avvikelssystemet, men också i flödet av information kring nya förutsättningar såväl inom vården som i samhället

Egenkontroller utförs en gång per år inom arbetsmiljö, kvalitet, läkemedelshandtering, vårdhygien, informationssäkerhet, brandskydd, medicinteknisk säkerhet samt miljö. Där identifieras risker som sedan åtgärdas.

Vid förändringar av rutiner och arbetssätt görs risk- och konsekvensanalys. Risk och konsekvensanalys har till exempel upprättats gällande "Införande av chatt" inom Ungdomsmottagningen. Identifierade brister har åtgärdats med en metodbeskrivning "Handbok vid chatt" som har publicerats som styrande dokument.

4. Stärka analys, lärande och utveckling

Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvården. När resultaten används för att förstå vad som bidrar till säkerhet, hållbarhet, önskvärd flexibilitet och goda resultat, kan verksamheten utvecklas så att kvaliteten och säkerheten ökar och risken för vårdskador minskar.

I samband med extern revision i september fick ADH tillsammans med Hallands Sjukhus en avvikelse kopplad till att bearbetning och uppföljning av avvikelser inte på ett optimalt sätt använder de förutsättningar som ges i Platina och därför inte ger full effekt i lärandet. "Hjulet" från rapporterad avvikelse, till grundlig orsaksanalys, följt av åtgärder och herefter i tillämpliga fall en uppföljning av åtgärdernas effekt, behöver nyttjas bättre. Denna avvikelse har lett till en rad förändringar i såväl själva Platina-systemet som användandet av det. Att medarbetarna även känner till alla relevanta delar i Platina-systemet är väsentligt för ett fungerande process-arbete. Utbildningar kring avvikelshantering har uppdaterats och publicerats på kompetensportalen. Ytterligare utbildningsmaterial förbereds, liksom rutiner kopplade till patientsäkerhet. Detta har lett till en högre grad av medvetenhet kring denna process, hos många chefer och andra medarbetare inom ADH.

Samarbete kring förvaltningsgemensamma Lex Maria anmälningar sker fortlöpande och en regional dialog pågår om hur vi skulle kunna dela Lex Maria ärenden och erfarenheterna från dem, för ökad kunskapsdelning inom Region Halland. NIHTA kunskapsbank är tillgänglig även för icke "medlemmar"

Verksamheterna inom ADH deltar i flera olika nationella kvalitetsregister. Genom återkoppling av årsrapporter och med hjälp av information från dash-boards kan lärdomar dras och utveckling ske. Verksamheten genomför informationsinsatser om patientsäkerhet på respektive APT med rapporter ur avvikelse-systemet Platina. Avvikelser och risker följs även upp på medicinska ronder eller handledning. Avvikelsesamordnare sammanställer och lämnar en samlad rapport med analyser 3 ggr/år.

ADH har även deltagit i ett regionövergripande arbete med att presentera data/rapporter från Platina i Power BI med syftet att leda till förbättrade uppföljningsmöjligheter och en tydligare visualisering av data. De två indikatorer vi valde att följa under 2024 har dock utfallit tveksamt. Avvikelser där orsaken är kopplad till avsteg från eller avsaknad av rutiner har inte gått att följa alls, då den önskade Power BI-rapporten inte blev klar i tid och antal avvikelser med höga risktal 6 har varit så få att det inte gått att se någon trend eller utveckling.

Arbetet med avvikelser har under 2024 förändrats inom ASH i syfte att på ett bättre sätt fånga olika trender som kan ses i inkomna avvikelser. Dessa trender omvandlas sedan till underlag som rapporteras tillbaka till verksamhetens olika expertgrupper för fortsatt hantering.

RGS (Rådgivningsstödet som används i 1177 och i ambulans.)

Bemötande

Hot och våld

Kvalitetsrådet hanterar alla inkomna avvikelser minst en gång per vecka. Vid genomgången görs en prioritering och avgörs hur händelsen ska utredas. Utredningens gång och analys av händelsen dokumenteras i Platina. Återkoppling av utredningens resultat sker dels genom

direkt rapport till den enskilde rapportören samt via APT och kansliets veckobrev.

Trender som identifierats inom ASH under året är: Avvikelse från akutkliniken - Dirigering/Prioritering (SOS Alarm) - Teknik - Läkemedel - Samverkan med kommun - Samverkan med iDoc - Samverkan med RLC - Bårssystem Sjukresor Halland

Varje avdelning inom MD följer upp sina avvikelser. Därefter aggregeras avvikelser på kliniknivå och områdesnivå och följs upp i respektive ledningsgrupper för att identifiera systematiska fel.

Klagomål och synpunkter

Inkomna klagomål och synpunkter vidarebefordras alltid till ansvarig verksamhet oavsett hur dessa kommer till förvaltningen. Förvaltningen diarieför inkomna skrivelser centralt. Klagomål från patient eller annan vårdinrättning leder alltid till en formell avvikelse i avvikelshanteringssystemet Platina. Respektive verksamhet hanterar inkommande klagomål och synpunkter genom skriftlig eller muntlig kontakt med avsändaren, som kan vara patient, anhörig eller annan vårdgivare eller myndighet. Dessutom används dessa ärenden i lärande syfte.

Under 2024 har det inkommit två klagomål via IVO och ca 50 patientnämndsärenden riktade mot verksamheterna inom ADH

Till ASH inkom det 6 patientklagomål via patientnämnden. De två huvudsakliga klagomålen som har identifierats rör bemötande samt bedömning/hänvisning. Under 2024 har det inkommit ett patientklagomål till HFS via IVO som handlade om missnöje med för lite logopedinsatser samt 5 patientnämndsärenden som berör klagomål på vården. Klinisk Patologi och Cytologi har tagit emot ett patientnämndsärende och till Klinisk kemi och transfusionsmedicin har det inkommit 4 st patientnämndsärenden under 2024. På Röntgen har flera patientnämndsärenden inkommit under 2024. Det är främst ärenden gällande fördröjd återkoppling av röntgensvar.

5. Öka riskmedvetenhet och beredskap

Alla delar av vården behöver planera för en hälso- och sjukvård som flexibelt kan anpassas till kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet, även under oväntade förhållanden. I patientsäkerhetssammanhang beskrivs detta som resiliens.

Vi fortsätter med regelbunden träning, simulering och kompetensutveckling.

Vi arbetar för att säkerställa att barnmorskor med ”specialistkompetens” finns inom verksamheten, t ex ultraljudsbarnmorskor, barnmorskor med diabetiskompetens. Vi arbetar också för att upprätthålla kompetens för att identifiera risker, genom utbildningsinsatser, medicinska ronder och genom att följa nationella vårdprogram. I inventering av kompetensläget har vi tagit med oss behovsbilden i pågående rekryteringar och samt i utbildningsplanering. Regelbunden genomgång av HLR och journalgranskning borgar för att minska riskområden.

Inom HMC har man på teknisk service under året utarbetat ett nytt arbetssätt med syfte att

utbyta kunskap mellan verksamhetens olika orter. Detta bidrar till en ökad kunskap och utbyte av erfarenhet vilket även tryggar verksamheten vid exempelvis sjukskrivning samt semester.

Ett prioriterat område är IT-säkerhet. Vi arbetar med detta internt på våra enheter och verksamheter samt tillsammans regionalt i Region Halland. De senaste åren har externa IT-hot ökat och det pågår ett säkerhetsutredningsarbete i Region Halland.

Även kompetensförsörjning är ett viktigt område och en handlingsplan kopplat till kompetensförsörjning finns, främst avseende röntgensjuksköterskor, röntgenläkare med inriktning mammografi och nuklearmedicin samt biomedicinska analytiker.

Ett stort arbete med kontinuitetsplanering pågår också. MD arbetar vidare med att kontinuerligt förbättra vår tillgänglighet, produktion och kvalitet.

Mål, strategier och utmaningar för kommande år

Målet är att ytterligare **stärka det systematiska patientsäkerhetsarbetet** på såväl verksamhets- som förvaltningsnivå. Vi behöver **sprida goda arbetsätt** inom förvaltningen och **förbättra uppföljning** av patientsäkerheten. Genom att skapa **förvaltningsgemensamma rutiner** och arbetsätt i patientsäkerhetsprocesserna kan vi få samverkansvinster, där erfarenheter från verksamheter med mer etablerade arbetsformer kan delas med övriga verksamheter. Där har sannolikt alla något att bidra med. I Region Halland finns nu **ett digitalt utbildningsprogram** för såväl medarbetare som chefer och där målet är att alla medarbetare inom ADH ges möjlighet att gå denna utbildning. Arbetet med att **identifiera mål och indikatorer** kopplat till patientsäkerhet fortsätter och vi kommer att följa 4 nya indikatorer under 2025. 1. Hur stor andel av patientnämndens ärenden som besvaras inom 4 veckor. 2. Antal avvikelser där man planerar uppföljning av föreslagna åtgärder. 3. Antal Lex Maria-ärenden på årsbasis. 4. Avvikelser med riskvärdering som resulterar i RÖD markering mäts 3 ggr/år. **Patientsäkerhet nu är en fast punkt i LG ADH** mötesagenda och målet är att utveckla detta arbetsätt. Att få med patienter i patientsäkerhetsarbetet även i ledningsgrupper på olika nivåer är en vision i tiden, där kunskapsstyrningen har sammanställt en vägledning och stödmaterial för denna typ av arbete. ADH verksamhetsplan för 2025 innehåller som övergripande och första princip att grunduppdraget ska genomföras med hög patientsäkerhet. Det finns även ett uttalat önskemål att förvaltningens läkare ska ges tillfälle att regelbundet “nätverka” och samarbeta kring patientsäkerhetsfrågor.

Det finns en förvaltningsövergripande utmaning som förtjänar att lyftas fram, och det är **lokalförsörjningen**. Nästan samtliga våra verksamheter har lokaler som antingen är trånga, vilket utgör en patientsäkerhetsrisk, eller på andra sätt inte anpassade för de patientflöden vi har och försvårande för utveckling av verksamheten. Vi arbetar med vår interna underlätta så mycket som möjligt för regionfastigheter.

En annan stor utmaning under 2025 är införandet av ett **nytt vårddokumentationssystem Cosmic**, där förberedelserna pågår sedan några år och accelererar inför planerat “go-live” datum i mars 2025. Ett nytt system har bättre möjlighet att utvecklas och anpassas efter framtida behov. Detta arbete tar stora resurser i anspråk, vilket kan innebära **undanträngningseffekter** och risker när **alla medarbetare kommer hantera något de saknar erfarenhet av**. Risk och konsekvensanalyser är utförda och kan kompletteras. Erfarenheter från de regioner inom SUSSA-samarbetet, som redan gått över till Cosmic och andra vårdregioner som planerar andra vårddokumentationssystem är viktiga att ta till sig. Ett väl fungerande införandeteam inom ADH ger oss en förutsättning för att vårt införande kommer att ske patientsäkert.