

## Från God till Godare vård



**Skaraborgs Sjukhus arbetar systematiskt med patientsäkerhet av hög kvalitet i aktiv samverkan.**

# 1. Patientsäkerhetsarbetet under 2010.

## Organisation och ansvarsfördelning för patientsäkerhetsarbetet

Ansaret för att bedriva patientsäkerhetsarbete finns hos varje enskild medarbetare. Verksamhetscheferna ser till att möjlighet till patientsäkerhetsarbete ges samt övervakar och förbättrar patientsäkerheten inom sitt verksamhetsområde tillsammans med områdeschef och verksamhetsutvecklare. Till stöd för patientsäkerhetsarbetet finns en sjukhusövergripande chefläkarkfunktion. Funktionen uppdrag är att övervaka och initiera såväl operativa som strategiska frågor när det gäller förbättringar, patientsäkerhetsfrågor samt utveckling av standards. Patientsäkerhetsarbetet har under det gångna året blivit mera inriktat på preventivt arbete via riskanalyser och genomförda förbättringar utifrån avvikelser och händelseanalyser som underlag.

Skaraborgs Sjukhus – SkaS består av fyra områden:

Barn- och kvinnosjukvård - BK

Kirurgi - K

Medicin och Psykiatri - MP

Sjukhuset i Lidköping - SiL

## Riskanalyser

På SkaS har flera riskanalyser gjorts enligt Socialstyrelsens och Sveriges kommuner och landsting enligt SKL's rekommendationer. Under 2010 har 31 riskanalyser utförts, varav ett flertal är gjorda i anslutning till införandet av en läkemedelsmodul i den datoriserade patientjournalen Melior. Under 2009 var motsvarande siffra 19 stycken. Åtta riskanalyser som påbörjades 2009 avslutades under 2010. Under 2010 har 23 påbörjats, varav 22 blev klara under 2010 (Bilaga 1).

## Avvikelse rapporter avseende patientavvikelser

Totalt registrerades 3 364 avvikelser som inträffade på Skaraborgs Sjukhus under 2010 (motsvarande siffra föregående år var 3 589 stycken) av dessa var 2 382 patientavvikelser (tabell 1). En nedgång av registrerade avvikelser noterades i samband med införandet av Med Control Pro som medförde stora inloggningsproblem för medarbetarna. Antal avvikelser per anställd/år på SkaS 2010 var 0,82 stycken (0,9 avvikelse/anställd/2009).

Patientavvikelser 2010	Med Control	Med Control Pro Vårdskada	Med Control Pro Risk för vårdskada	Totalt
SkaS	1854	116	412	2382
Område BK	307	13	40	360
Område K	324	19	73	416
Område MP	905	54	195	1154
Område SiL	354	30	104	488

Tabell 1. Patientavvikelser Skas

Avvikelserna handlar till stor del om halk/fall, läkemedel, vård och behandling, kallelse av patient, dokumentation och kommunikation. Avvikelserna används som underlag i process- och förbättringsarbete. Analys görs för att identifiera förbättringsområden på systemnivå. I cirka 17 procent av fallen informeras patient och/eller anhöriga om att en avvikelse registrerats, vilket är ungefär samma som förra året.

SkaS		2010-01-01 - 12-31			
Sannolikhet för inträffande	Allvarlighetsgrad				
		Katastrofal (4)	Betydande (3)	Måttlig (2)	Mindre (1)
	Mycket stor (4)	2	9	34	70
	Stor (3)	2	120	204	236
	Liten (2)	7	158	335	380
	Mycket liten (1)	16	47	111	492

Tabell 2. Allvarlighetsgrad och sannolikhet för inträffande.

27 patientavvikelser av katastrofal allvarlighetsgrad är registrerade och nio avvikelser med betydande allvarlighetsgrad där sannolikheten för upprepande är mycket stor. Dessa faller inom ramen för händelseanalys. Ett flertal av dessa berör suicid inom vuxenpsykiatri (Tabell 2).

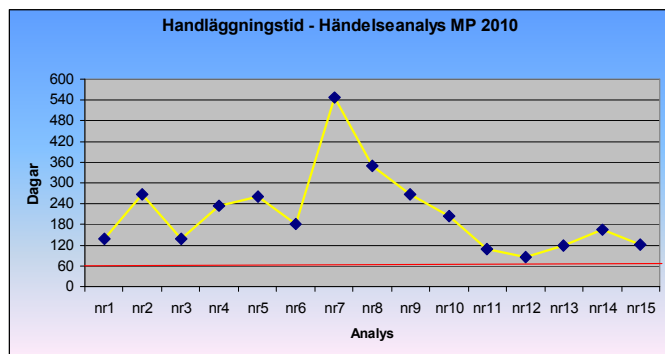
Nedan redovisas avvikelser som skickats mellan sjukhus, primärvården och kommunerna i Skaraborg (Tabell 3).

Från	Till		
	Skaraborgs sjukhus	Primärvården Skaraborg	Kommunerna i Skaraborg
Skaraborgs sjukhus		53	32
Primärvården Skaraborg	88		2
Kommunerna i Skaraborg	297	7	

Tabell 3. Avvikelser över förvaltningsgränser inom Skaraborg

## Händelseanalyser

Sjukhuset har under 2010 arbetat med 41 händelseanalyser (Bil 2), av dessa har 22 påbörjats under 2009 och 19 under 2010. 32 analyser har avslutades under året varav 17 ärenden avsåg suicid. Målet är att handläggningstiden från uppdrag till att slutrapporten fått slutkommentar från uppdragsgivare och ärendelogg skapats inte ska överstiga 60 dagar. Detta mål har varit svårt att uppnå under 2010 (Fig1). Analysledarna på SkaS har samlats vid ett tillfälle under året tillsammans med chefläkarna för att diskutera hur analysarbetet skulle kunna utvecklas.



Figur 1. Handläggningstid händelseanalyser Område MP.

## Anmälningar till Socialstyrelsen

17 patientärenden har av chefläkare anmälts till Lex Maria. I 13 fall har enskilda anmälningar till Socialstyrelsen gjorts där SkaS varit inblandat. (Tabell 4)

SkaS	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Lex Maria	10	6	14	8	17	17
Enskild anmälan till Socialstyrelsen	3	9	8	5	6	13

Tabell 4. Lex Maria ärenden och Enskild anmälan till Socialstyrelsen

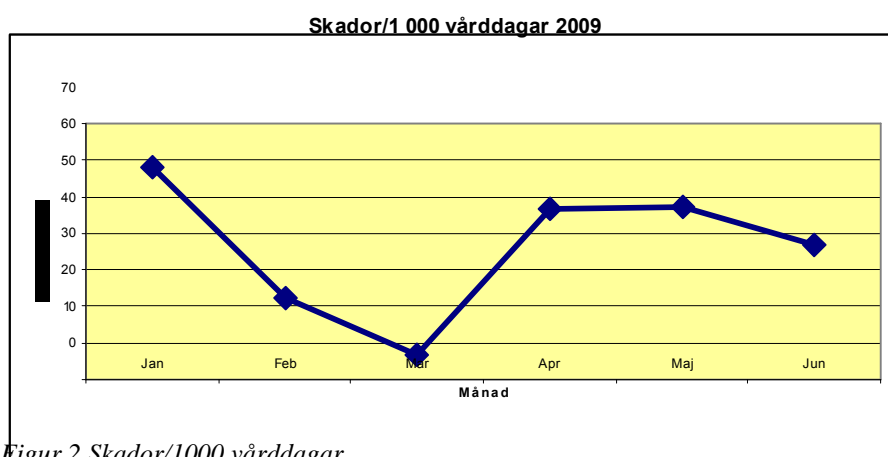
## Strukturerad journalgranskning

Under året har det inletts en journalgranskning enligt metoden Global Trigger Tool – GTT med syfte att fånga ett sjukhusövergripande mått på vårdskador (Figur 2-4).

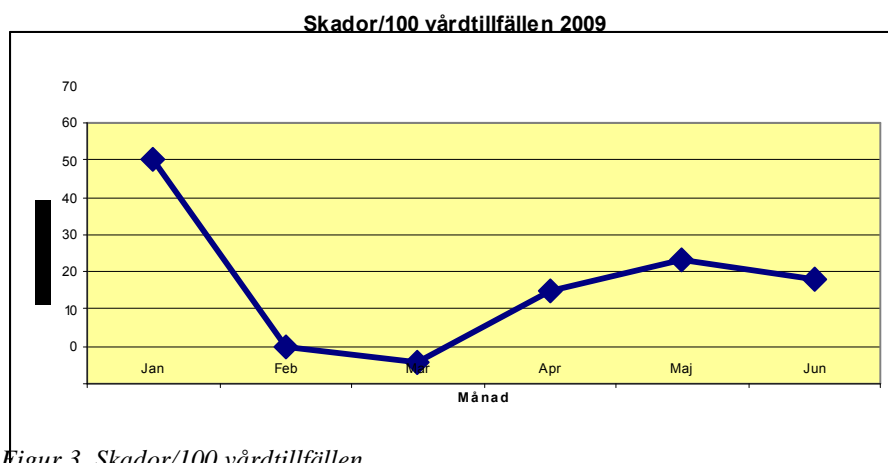
Fyra verksamhetsutvecklare (sjuksköterskor) och två läkare har utbildats i GTT.

Arbetsgruppen träffades två heldagar/månad under våren och fyra heldagar/månad under hösten.

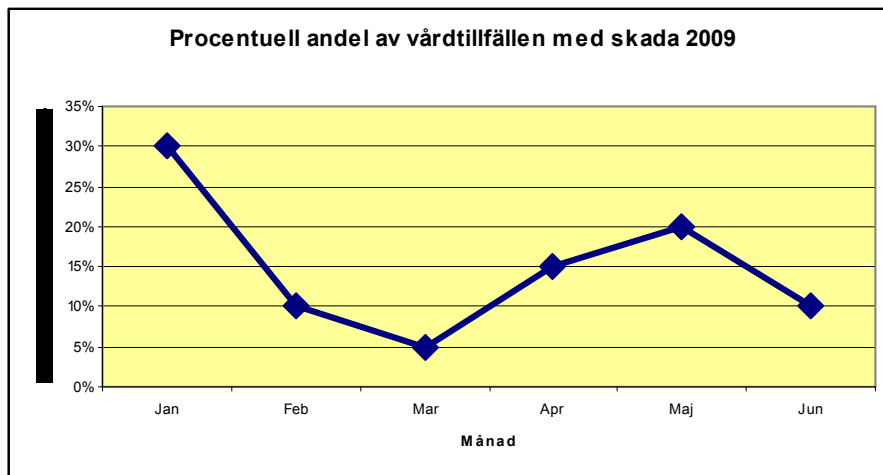
Sjukhuset har valt att börja granska journaler från 2009 för att få ett utgångsläge för hur det såg ut innan förbättringsarbete inleddes med ett sjukhusövergripande läkemedelsprojekt och en ”genombrottsvåg” kopplad till SKLs fokusområden för patientsäkerhet.



Figur 2 Skador/1000 vård dagar



Figur 3. Skador/100 vårdtillfällen



Figur 4. Procentuell andel av vårdtillfällen med skada

## Andra vårdskademätningar

En punktprevalensmätning (inspektion inklusive journalgranskning) av förekomsten av trycksår är genomförd på SkaS för att kartlägga hur stort problemet är. 258 patienter deltog i studien. Resultatet visade en trycksårsprevalens (grad 1-49) på 23,3 procent. Det fanns ett signifikant samband mellan trycksår och låg totalpoäng enligt den modifierade Nortonskalan och ett signifikant samband mellan ålder och sår förekomst.

## Patientnämnden

459 ärenden anmäldes till Patientnämnden under 2010. Antalet är ungefär på samma nivå som föregående år. De flesta ärendena gäller vård- och behandlingsfrågor.

	2010				
	K	MP	SiL	BK	SkaS
Vård- och behandlingsfrågor	118	66	41	15	243
Bemötande, kommunikation och information	30	30	4	6	71
Organisation, regler och resurser	73	44	18	6	143
Övrigt			0	0	0
<b>Totalt:</b>	<b>221</b>	<b>140</b>	<b>63</b>	<b>27</b>	<b>459</b>

Tabell 5. Ärenden patientnämnden

## PSR- Patientskaderegleringen/LÖF

Skador inom ortopedi, kirurgi och kvinnosjukvård är vanligast och oftast uppstår dessa i samband med operation. Under 2010 har 228 ärenden kommit till sjukhusets kännedom. Hur stor ekonomisk ersättning som patienterna fått är oklart.

## Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd - HSAN

Under året har 61 anmälningar gjorts till hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd.

	2006	2007	2008	2009	2010
<b>HSAN</b>	40	44	45	69	61

Tabell 6. HSAN ärenden

## Utbildningar

- I februari hölls den 5:e nationella konferensen om Patientsäkerhet i Stockholm, med tema ”Bättre kommunikation kan stoppa vårdskador!”, från SkaS deltog flera medarbetare.
- I oktober arrangerade SkaS en egen patientsäkerhetsdag då genombrottsprojektet redovisades, regionchefläkaren informerade om patientsäkerhetslagen, information om GTT, SBAR, redovisning av arbetet med checklista för kirurgiska ingrepp.
- Vid införandet av Med Control Pro anordnades interna utbildningar
- På nationella kvalitetsregisterdagarna i Örebro deltog medarbetare från SkaS.
- Lokala utbildningsinsatser kring patientsäkerhet har genomförts i verksamheterna.

## Genombrottsprojekt

Under 2009 och fram till april 2010 har SkaS gjort en satsning på ökad patientsäkerhet med hjälp av genombrottsmetodik. I vissa fall har projekten kombinerat genombrottsmetodik med Six Sigma – Green Belt metod. Handledare var medarbetare från processtödsfunktionen och en verksamhetsutvecklare var knuten till varje projekt som metodstöd/coach.

Projekt som genomfördes var:

- Förebygga PVK- och CDK-relaterade infektioner (Njurmedicin)
- Centrala och perifera infarter (Neonatal)
- Centrala venösa infarter (SiL)
- Halk/fall (GOA)
- Halk/fall (Medicinkliniken, SiL)
- Instrumentets väg på operation (Operation)
- KAD – varför hur länge? (Område Kirurgi)
- Trycksår (sjukhusövergripande, SiL)

## Annat patientsäkerhetsarbete

### Flera enheter arbetar med patientsäkerhetsarbete enligt SKLs åtgärds paket

- Förebyggande PVK - relaterade infektioner
- Halk och fall
- Trycksår
- Basala hygienrutiner
- Postoperativa sårinfektioner
- Nutrition
- Läkemedel
- Patientmedverkan

### Införande Med Control Pro den 1 oktober.

Avvikelse rapporteringen minskade initialt under några veckor jämfört med föregående år, främst beroende på en del inloggningsproblem i den nya versionen. Det nya systemet gör det möjligt att skicka ärenden för orsaksutredning inom hela VG-regionen samt en automatisk återkoppling till registrator av avvikelser när den avslutas i systemet. Verksamhetsutvecklare inom området informerade om avvikelssystemet på APT. I samband med informationen diskuterades patientsäkerhetsarbete och registrering av avvikelser.

## **Projekt Säker Förlossningsvård**

Syftet med projektet är att minska förlossningsskador på barn, i första hand CP-skador på grund av undvikbar syrebrist i samband med förlossning. Projektet har genomförts i samarbete med LÖF, Svensk förening för obstetrik och gynekologi, Svenska Barnmorskeförbundet och Svenska Barnläkarföreningens neonatalsektion. En revision av patient-säkerheten har gjorts inom förlossningsvården på SkaS. Utifrån resultatet har förbättringar genomförts. Projektet har bland annat resulterat i en förbättrad träning i akuta situationer med nyfödda barn, förlossningspersonal och personal på neonatalavdelningen tillsammans som genomförs en gång/mån. CTG-utbildning med kunskapstest för alla barnmorskor på förlossningen för att minska förlossningsskador. Skriftligt telefonrådgivningsunderlag för barnmorskor på förlossningen.

## **SBAR**

Ett strukturerat sätt för kommunikation i specifika situationer tex rapportering och vid konsultation har introducerats på sjukhuset. Verktyget redovisades på sjukhusets patientsäkerhetsdagar både 2009 och 2010. Verksamhetsutvecklarna på sjukhuset är utbildade för att kunna stötta de enheter som vill testa SBAR. Kort i fickformat med SBAR instruktion finns tillgängliga på sjukhuset och information om verktyget finns tillgängligt på patientsäkerhetswebben.

## **Checklista för säker kirurgi**

Checklistans viktigaste syfte är att förbättra kommunikationen mellan alla deltagare i ett operationslag. En av de mest centrala delarna i checklistan är den som står överst - ”Time Out”. Checklistan används vid alla operationer på SkaS.

## **Vistelsetid på akuten**

Ett förbättringsarbete har lett till minskad vistelsetid på akutmottagningarna.

## **Stödgrupp**

Inom område BK erbjuds hjälp från en stödgrupp (läkare, sjuksköterska, barnmorska, psykolog) till de medarbetare som är inblandade i anmälningsärenden (Lex Maria & HSAN). Stödet erbjuds via verksamhetschef, det är dock oklart hur mycket stödgruppen har nyttjats under 2010.

## **Black Belt projekt – hjärtstopp**

En tvärprofessionell arbetsgrupp som leds av en ST-läkare på kardiologkliniken har arbetat med ”Optimerat omhändertagande av inneliggande patient som oväntat försämras på vårdavdelning KSS”. Syftet är att förbättra den primära bedömningen och omhändertagandet av inneliggande patient som oväntat försämras (t ex får nya symptom) med fokus på vuxna patienter. Arbetet startade i mars 2010 enl DMAIC-cykel (D-efine, M-easure, A-nalyze, I-mprove, C-ontrol). I första fasen genomfördes en kartläggning av situationen på vårdavdelningar gällandes handläggningen av försämrade patienter. Detta analyserades sedan systematiskt för att hitta rotorsaker till eventuella problem. I nuläget befinner man sig i början av improve fasen där förslag på lösningar diskuteras. Preliminärt beräknar man att avsluta projektet till slutet av 2011.

## **Läkemedelsprocessen**

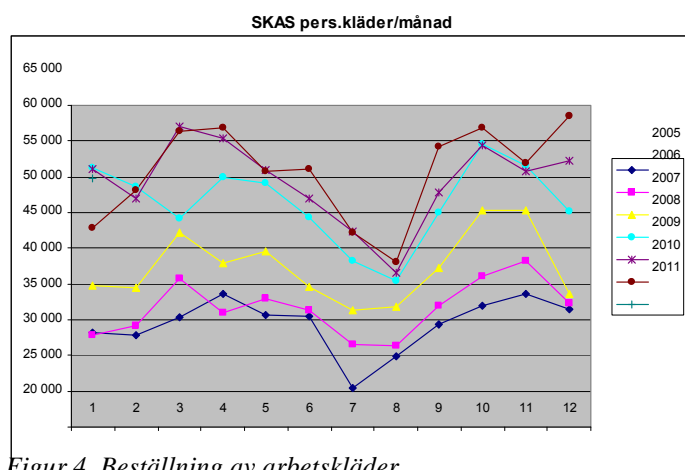
SkaS har identifierat och definierat läkemedelshanteringen som en prioriterad stödprocess då denna utgör en betydande aktivitet i de olika patientprocesserna. En processgrupp har tillsatts med uppgift att övervaka

och utveckla läkemedelsprocessen samt hanterar det övergripande läkemedelsarbetet på SkaS. Läkemedelsprocessen har fem arbetsområden:

- Läkemedelsförsörjning 2011
- Meliors läkemedelsmodul
- Utbildning och information
- System/rutiner
- Mätningar och avvikelser

## Följsamhetsmätningar

Följsamheten till basala hygienrutiner följs kontinuerligt på ett flertal enheter inom SkaS, dessa redovisas lokalt på enheterna. När det gäller sjukhusövergripande följsamhetsmätningar så har bland annat mätningar gjorts på beställning av arbetskläder (figur 4) och handspritbeställning (figur 5).



Figur 4. Beställning av arbetskläder



Figur 5. Handspritbeställning

## Säkerhetskulturmätningar

Under 2009 genomfördes en patientsäkerhetskulturmätning inom anestesi/op/IVA på Kärnsjukhuset, Skövde. Enkäten omfattade 25 frågor, 120 personer tillfrågades via webb och svarsfrekvensen var 62,5 procent. Enkätresultatet användes vid en "patientsäkerhetsrund" på enheten då chefläkarfunktionen hade en dialog med verksamheten om nuläget och fortsatt utveckling av patientsäkerhetskulturen.



Under maj månad 2010 genomfördes en patientsäkerhetskulturmätning genom enkätundersökning bland anställda inom område barn- och kvinnosjukvård. Det lämnades ut 513 enkäter och svarsfrekvensen var 57 procent. Resultatet från enkäten har redovisats på områdes-, verksamhets- och enhetsnivå med samtidig dialog kring hur patientsäkerheten kan förbättras. En tidigare enkät genomfördes i maj 2008.

## **2. Vilka åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten.**

### **Införande av barriärer mot vårdskada**

#### **Byte av datasystem inom radiologin**

Vid införandet av SkSyngo uppkom stort antal avvikelser gällande bristande patientsäkerhet, resulterade i ett byte av radiologisystem.

#### **Digitaliserad läkemedelslista**

Införande av läkemedelsmodul i Melior för att säkerställa läsbara ordinationer.

### **Nya eller förändrade rutiner för att förebygga vårdskador**

#### **Läkemedelsprocessen**

En rad förbättringsåtgärder föreslogs och arbete pågår med de riskanalyser som gjordes inför införandet av läkemedelsmodulen i Melior. Risker identifierades i processens aktiviteter: ordination, iordningställande, administrering och uppföljning. Exempel på förbättringsförslag:

- Checklistor för in- och utskrivning med uppdatering av aktuella läkemedel.
- Minska störningsmoment vid dokumentation och läkemedelshantering.
- Rutin för att fråga om läkemedelsöverkänslighet genom checklista.
- Tillgång till patientens totala läkemedelslista från Apoteket.
- Rutiner och riktlinjer gällande gul varningstriangel, generika samt att minimera felaktiga tillsatser till infusion.
- Översikt över patientens totala vätskebalans.
- Digitalisera anesthesianmälan.
- Uppdatera riktlinjer gällande administrering av läkemedel med särskild vikt vid cytostatika enhetens komplexa verksamhet.
- Fler infusionspumpar på cytostatikaenheten.
- Att undvika dubbeldokumentation.
- Uppdatering av rutiner gällande ordination av läkemedel samt rutiner för E-recept.

### **Några andra exempel på nya eller förändrade rutiner för att förebygga vårdskador**

- Implementera kunskap och förståelse inom vuxenpsykiatri för en fördjupad anamnes kring missbruksrelaterade hälsoproblem och risker.
- Tydliggöra vikten av dokumentation avseende suicidbedömningar vid psykiatriska mottagningsbesök.
- Riktlinjer och rutiner kring röntgenremisser och dess utlåtanden inom vuxenpsykiatri.
- Kontinuerliga utbildningsinsatser där kommunikation och samverkan bör utvecklas mellan vuxenpsykiatri och röntgenkliniken

- Självmordsförebyggande åtgärder inom BUP
- Förbättrad kommunikation, dokumentation och förbättrad kontinuitet för patienter vid galloperationer.
- SBAR vid akuta situationer på barnmottagningen, SiL. Revidering av PM. Checklista för akuta ambulanstransporter av spädbarn mellan SiL och KSS. För att förhindra att patienter utsätts för risk under transport.
- Översyn av rutiner och PM vid konsultation av svårbedömd pat, laparotomier samt inköp av fler specialhakar för att förhindra tunntarmsperforation vid gynoperation.
- Ny rutin för dagligt ställningstagande till trådlös övervakning av barn på neonatalavdelningen, samt inköp av ytterligare personsökare.
- Förstärkning av rutin att alltid dokumentera konsultation, avsteg från PM i patientens journal.
- Nya riktlinjer, PM och skriftligt utskrivningsråd för patienter inom gynekologisk dagkirurgi.
- Förbättrade rutiner vid överflyttning av IVA-patient till vårdavdelning
- Förbättrade rutiner vid anläggande av blodtomt fält
- Förbättrade rutiner vid omhändertagande av patient med höftfraktur
- Riktlinjer för metodval vid sterilisering, samt att fascian skall alltid sutureras vid öppen laparoskopi. Pre- och postoperativt informationsmaterial till patient skall ses över.
- Revidering av PM gällande markering Markering ska synas vid aktuellt operationsläge. Time-out före operationsstart. Kontroll av dokumentation skall utföras av operationsteam direkt före operationsstart.
- Vid positiva fynd på DT colon genomförs numer alltid koloskopi.
- Skriftlig rutin gällande uppläggning av patient vid tarmkirurgi.
- Nya rutiner för utskrift av diktat har gjort att liggtiden för oskrivna diktat försvunnit inom flera verksamheter.
- Rutin för Iva-transporter Tur/Retur till SU:

## Organisatoriska åtgärder

Den så kallade Åtta-gruppen har i uppdrag att stärka patientsäkerhetsarbetet i Skaraborg genom en samverkan mellan primärvården Skaraborg, Skaraborgs kommunalförbund och Skaraborgs Sjukhus. Gruppen träffas några gånger per år och består av vårdutvecklare, medicinskt ansvarig sjuksköterska och verksamhetsutvecklare. Gruppens arbetsuppgifter består i att finna mönster i registrerade avvikelser, initiera och föreslå förbättringsarbeten, samarbeta kring händelse- och riskanalyser samt aktivt sprida kunskap till varandra när det gäller patientsäkerhetsarbete.

En lokal tjänsteman i beredskap L-TiB har efter en provotid permanentats på SkaS. L-TiB har framförallt en samordnande roll, för att vid allvarliga händelser begränsa negativa konsekvenser. Beredskapen delas av fem personer. Exempel på situationer som kan föranleda kontakt med L-TiB är: allvarlig skadegörelse eller stölder av större dignitet, allvarliga hot- och våldssituationer, allvarliga störningar avseende IT/telefoni/mobil- eller kommunikationsnät och samverkansbehov med t ex polis, räddningstjänst, SOS, väktare m fl.

### 3. Uppnådda resultat

#### **Punktprevalens – Vårdrelaterade infektioner**

I de nationella punktprevalensmätningarna angående andelen vårdrelaterade infektioner som gjorts enligt SKLs riktlinjer vår och höst inom slutenvård ligger SkaS på en lägre nivå än det nationella snittet på 9,4 procent.

Våren 2009	9,6 %
Hösten 2009	7,5 %
Våren 2010	8,4 %
Hösten 2010	7,1 %

2011-02-15

Chefläkarfunktionen  
Skaraborgs Sjukhus

## Bilaga 1. Riskanalyser

Startad	Avslutad	Område	Verksamhet	Berör
2009	2010	MP	Hud öppenvård	Läkemedel
2009	2010	MP	Hud Bensårsavd	Läkemedel
2009	2010/03	BK	Neo	Läkemedel
2009	2010/04	BK	Barn, Slutenvård	Läkemedel
2009/12	2010/03	K	Kirurgi slutenvård	Läkemedel
2009/12	2010/03	K	Kirurgi öppenvård	Läkemedel
2009/12	2010/03	K	Cytostatikaenheten	Läkemedel
2009/12	2010/05	SkaS	Sjukhusövergripande	Blodtransfusion
2010	2010	MP	Infektion slutenvård	Läkemedel
2010	2010	MP	Infektion, öppen vård	Läkemedel
2010	2010	MP	Reuma, slutenvård	Läkemedel
2010	2010	MP	Reuma, öppen vård	Läkemedel
2010	2010	MP	MAVA slutenvård	Läkemedel
2010	2010	MP	MAVA öppen vård	Läkemedel
2010	2010	MP	Kardiologen	Läkemedel
2010	2010	MP	Njurmedicin	Dialysvård TDMS
2010	2010	SkaS	Sjukhusövergripande	Pilot av API dosmaskin
2010/01	2010/03	BK	Barn, Öppenvård	Läkemedel
2010/01	2010/04	K	An/Op/IVA	Läkemedel
2010/02	2010/05	K	Ortopedi, öppen vård	Läkemedel
2010/02	2010/05	K	Ortopeden slutenvård	Läkemedel
2010/03	2010/06	SiL	Slutenvård	Läkemedel
2010/05	2010/08	SiL	Öppen vård	Läkemedel
2010/05	2010/08	SiL	Postop	Läkemedel
2010/05	2010/08	SiL	IVA	Läkemedel
2010/08	2010/12	K	Operation, KSS	Videoväxel
2010/09	2010/10	SiL	Radiologi	Systembyte
2010/10	2010/11	SiL	Radiologi	Läkemedel
2010/11	2010/12	BK	BUP	Process Vårda akut
2010/11	2010/12	BK	Neo/BB	Mobiltelefon/Trådlöst nätverk
2010/12		SiL	Op	Laparoskopisk operation – med eller utan unitrach

**Bilaga 2. Händelseanalyser**

Startad	Avslutad	Område	Verksamhet	Berör
2009/02		MP	Psykiatri	Suicid Skara mott
2009/06	2010/01	K	Ortopedi	Aorta/rygg
2009/06	2010/04	MP	Psykiatri	Suicid, hopp från fönster
2009/08	2010/01	K	Kirurgi	Röntgensvar
2009/08		MP	Psykiatri	Suicid Mariestad mott
2009/09		MP	Psykiatri	Suicid Falköping mott
2009/09		MP	Psykiatri	Suicid Skövde mott
2009/09	2010/02	MP	Psykiatri	Suicid Skara mott
2009/09	2010/02	MP	Psykiatri	Suicid Skövde mott
2009/09	2010/03	MP	Psykiatri	Suicid Falköping mott
2009/09	2010/03	MP	Bensårsavd	Dialys
2009/09	2010/04	K	Akuttmott	Sjukt barn på akuttmott
2009/09	2010/05	MP	Psykiatri	Suicid Skövde mott
2009/09	2010/06	MP	Psykiatri	Suicid Mariestad mott
2009/10	2010/03	MP	Psykiatri	Suicid Mariestad mott
2009/10	2010/05	MP	Psykiatri	Suicid Lidköping mott
2009/10	2010/07	MP	Psykiatri	Suicid Skövde mott
2009/11	2010/01	BK	BUM	Ambulanstransport av spädbarn
2009/11	2010/03	BK	Gyn	Dödsfall efter tunntarmsperforation vid gynop
2009/11	2010/06	SiL	Medicin	Falltrauma
2009/12	2010/04	K	Kirurgi	Kompartmentsyndrom
2009/12	2010/04	SiL	Kirurgi	Patient avlider efter galloperation
2010/01	2010/05	K	Operation	Fotled
2010	2010/12	K	Akuttmott	PCI-patient
2010/03	2010/06	BK	Förl	Akut sectio på central-op
2010/03	2010/07	MP	Psykiatri	Suicid Lidköping mott
2010/03	2010/12	MP	Psykiatri, SiF	Våld mot anställd
2010/04	2010/07	MP	Psykiatri	Suicid Skövde mott
2010/05	2010/06	BK	Neo	Centralövervakning
2010/05	2010/10	K	Kirurgi	Hemicolectomi
2010/05	2010/11	MP	Psykiatri	Suicid Mariestad mott
2010/07	2010/12	K	Akuttmott	Subarahnoidalblödning
2010/07	2010/12	K	Öron	Lymfkörtel extirpation
2010/08	2010/10	BK	Neo	Överdoserering av Fenemal
2010/08	2010/11	BK/K	Gyn	Septisk chock
2010/08	2010/12	MP	Psykiatri	Suicid beroende SiF
2010/09		SiL	Radiologi	Röntgensystem
2010/09		MP	Psykiatri	Röntgensvar Skara mott
2010/11		BK	BUP	Suicid
2010/11		MP	Psykiatri	Suicid Mariestad mott
2010/12		MP	Psykiatri	Suicid ätstörning mott Skövde

