

# Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse för Södertälje sjukhus/VO Anestesi år 2022



Datum 2023-03-17

Ansvarig för innehållet

Håkan Kalzén, Verksamhetschef VO Anestesi

Ida-Linnéa Böregård, Verksamhetsutvecklare VO Anestesi

## Inledning

För att kunna nå den nationella visionen ”God och säker vård – överallt och alltid” och det nationella målet ”ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”, har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet: Engagerad ledning och tydlig styrning, en god säkerhetskultur, adekvat kunskap och kompetens och patienten som medskapare. Dessutom har fem nationella fokusområden valts ut vilka ligger som grund för innehållet i mallen för patientsäkerhetsberättelsen (se även i figur):

- Öka kunskap om inträffade vårdskador
- Tillförlitliga och säkra system och processer
- Säker vård här och nu
- Stärka analys, lärande och utveckling
- Öka riskmedvetenhet och beredskap



Källa:

Socialstyrelsen ”Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024”

*Mallen är framtagen inom ramen för kunskapsstyrningsorganisationen, på uppdrag av den nationella samverkansgruppen (NSG) inom patientsäkerhet, 2021-09-23.*

Innehållsförteckning	
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
En god säkerhetskultur .....	6
Adekvat kunskap och kompetens.....	6
Patienten som medskapare .....	7
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	7
Öka kunskap om inträffade vårdskador.....	7
Tillförlitliga och säkra system och processer .....	7
Säker vård här och nu .....	7
Riskhantering .....	7
Stärka analys, lärande och utveckling.....	7
Avvikelse .....	7
Klagomål och synpunkter .....	8
Öka riskmedvetenhet och beredskap .....	8
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR .....	8
Bilaga 1. Styrkort 2022, VO Anestesi.....	9
Bilaga 2. Tabell för arbetsprocesser och system .....	10
Bilaga 3. Tabell vårdavvikelse, synpunkter och klagomål- exempel.....	11

## **SAMMANFATTNING**

### **Prioriterade förbättringsåtgärder 2022**

1. Verksamhetsområdet har satsat på internutbildning inom kritiska specialistområden där målet är att höja lägstanivån och få nyrekryterad personal lyft till en god nivå. Vidare har utbildningsdagar på operation införts på kontinuerlig basis samt prioriteringar har gjorts för att nå målnivåerna för de obligatoriska utbildningarna på sjukhuset.
2. Verksamhetsområdet har aktivt arbetat med att följa och kvalitetssäkra styrkortets kvalitetsvariabler samt de indikatorer som är sjukhusgemensamma och sjukhusspecifika inom verksamhetsområdet. I huvudsak har alla indikatorer förbättrats sedan föregående år, även om vi inte nått målnivåerna på specifika indikatorer har verksamhetsområdet över lag förbättrat sina resultat.
3. Fortsatt arbeta med avvikelser och den administrativa avvikelshanteringen, i syfte att nå en hållbar nivå ur ett arbetsmiljöperspektiv. Verksamhetschefen har omfördelat vårdavvikelser till medicinskt ledningsansvariga i syfte att rätt medicinska instans ska hantera de specifika medicinska frågeställningar som avvikelser kan belysa. Fortsatt är Intensivvårdsavdelningen (IVA) den enheten där flest avvikelser skrivs, och innehar också flest förfallna (icke hanterade). Flera avvikelser handlar om komplexa samverkansområden som är utmanande att driva som ensamt verksamhetsområde (transporter mellan sjukhus (NEO/MICU/vanlig ambulans), urakuta/akuta konsultationer med specialistinstanser på andra sjukhus i regionen (Neuro/NEO), Psykkonsultationer mm).

### **Prioriterade områden 2023**

1. För att bedriva en patientsäker vård krävs kompetens och adekvat bemanning, vilket är ett prioriterat område för verksamhetsområdet under 2023. Rekrytering och arbetsmiljöbefrämjande åtgärder är av största vikt för att behålla medarbetare inom verksamheten.
2. Säkerställa kompetens och utbildningsbehov inom verksamhetsområdet, genom att prioritera genomförande av utbildning och kompetensutveckling på både individ och team-nivå.
3. Fortsatt fokusera på att arbeta med avvikelser och den administrativa avvikelshanteringen i syfte att nå en hållbar arbetsmiljö för de som handhar avvikelserna likväl som en acceptabel tidsplan för återkoppling för de som författar avvikelserna.

## **GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD**

### **Engagerad ledning och tydlig styrning**

#### **Övergripande mål och strategier**

Verksamhetsområdets strategi har i likhet med föregående år varit att arbeta med de arbetsmiljöfrågor som syftar till att medarbetare väljer att stanna kvar inom verksamhetsområdet, för att kunna bedriva en patientsäker vård. Under året har verksamheten bland annat arbetat med olika projekt som syftar till att kvalitetssäkra patientflöden, implementera ett renodlat dagkirurgiskt koncept som avser att optimera det dagkirurgiska flödet.

Den mest påtagliga förändringen som verksamhetsområdet genomgått 2022 är att Dagkirurgiskt Centrum (DKC), Anestesiläkar- och Stabsenheten flyttat in i nya behandlings- och administrativa lokaler. Detta har för DKC varit avgörande för att utöka och starta upp de planerade projekt och aktiviteter som lokalerna möjliggör, likväl som den förbättrade arbetsmiljön och ökade patientsäkerheten som flytten medfört.

Under 2022 har verksamheterna prioriterat att medarbetarna ges möjlighet att ta ut sin extra ledighet som erhållits av regionen i återhämtningssyfte efter pandemi-vården.

Verksamhetsområdet arbetar organiserat med att nå ut med information till medarbetarna i olika format. Genom veckovisa avstämningsmöten med ledningsgrupp, vardagliga avstämningar i samband med rapportering mellan skift, veckobrev till medarbetarna från närmaste chef och dagliga lägesbilder via tv-skärmar och intranätet eftersträvar verksamhetsområdet att alla medarbetare ska inneha samma och uppdaterad information.

En verksamhetshotande underbemanning på läkarsidan identifierades 2021 och möjligheten till följsamhet till kollektivavtalet har följts upp via styrkortet. Rekrytering av läkare, ST-läkare och inskolningar har genomförts under 2022 och fortgår under 2023.

För verksamhetsområdets styrkort se Bilaga 1.

#### **Organisation och ansvar**

Flera av verksamhetsområdets kvalitetsvariabler är samverkansvariabler med andra verksamhetsområden och följs upp på i olika forum inom organisationen. Dessa forum är bland andra ledningsgruppen, arbetsplatsträffar, styrgrupp operation, strulmöte.

Verksamhetsområdets interna hygiengrupp har haft i ansvar att mäta och arbeta med åtgärder kring följsamheten av BHK. Då verksamhetsområdet valt att förstärka den egna skyddsutrustningen vid arbete på Covid-IVA har hygienrutinerna kontinuerligt gått igenom och arbetssätt för in- och utslussning på Covid-avdelningen utvärderats och justerats. Med anledning av att IVA och Covid-IVA bemannas av samma personalgrupp, har gemensamma personalutrymmen och att samarbeten emellan enheterna är nödvändigt, bedömdes en förhöjd personlig skyddsnivå vara nödvändig för att minimera risken för indirekt kontaminering till icke-Covid-smittade IVA-patienter. Dessa arbetssätt har även granskats och justerats under 2022 utifrån regionens och/eller nationella direktiv.

## Samverkan för att förebygga vårdskador

Verksamhetsområdet har flera processer som i samverkan med andra VO:n syftar till att förebygga vårdskador. Till dessa processer ingår den för året nystartade preoperativa processen som syftar till att patienterna ska vara optimalt förberedda inför sin kirurgi. Vidare fortgår bland annat processerna inom höft/knäplastik, Akutprocess och Obstetrisk kirurgisk process.

Inom intensivvården fortgår kvalitetsarbete för säkra rondrutiner, som bland annat består i förbättrade rutiner och checklistor. Vidare pågår arbete med att kvalitetssäkra arbetet kring donationsprocessen både genom medarbetarutbildning och genom uppdatering av rutiner, i enlighet med nationella rekommendationer kring organdonation.

## En god säkerhetskultur

VO:t har återkommande avstämningsmöten inom ledningsgruppen, som till antal och agendainnehåll anpassas utifrån VO:ts behov av samordning och organisering. Detta koncept togs fram i samband med Covid-19 pandemin 2020. Här omhändertas och hanteras ledningsstrategiska patientsäkerhetsfrågor samt arbetsmiljöfrågor.

Under våren hade VO:t kontinuerliga avstämningar med JIT/Försörjningsteamet för att bevaka/agera och säkerställa tillgång på kritisk MT-utrustning, personlig skyddsutrustning och förbrukningsmaterial under pandemivågen i början av året. Under hösten stabiliserades leveranser av kritiskt material varför mötesformen pausades, för att återupptas igen vid behov.

Vidare har VO:t ökat den verksamhetsnära kompetensen kring MT-samordningen för att säkerställa att kritisk MT-utrustning (övervakning, läkemedelspumpar, dialysapparater, respiratorer, höglödesutrustning) är funktionella och introducerade för alla medarbetarna.

Verksamhetsområdet har sedan pandemin 2020 arbetet med konceptet "Sensorer" inom verksamheterna som bedömer, graderar och rapportera för en specifik medarbetargrupp avseende välbefinnande och arbetsmiljö. Genom dessa återkopplingar ges en indikation om vilka risker medarbetarna ser i sin vardag samt behov av stöd och utbildning. De gruppdynamiska konsekvenser som arbetet under pandemin medfört, har verksamhetsområdet bemött genom att prioritera en Tillitsutbildning i samarbete med sjukhusets kuratorer och erbjuda extra stöd från smärtmottagningens psykologresurs. Ett bra teamarbete är avgörande för att en god säkerhetskultur varför utbildningen medfört en möjlighet att främja kommunikation, identifiera risker och skapa tid för lärande och reflektion.

Resultaten från HSE har kommunicerats i respektive arbetsgrupp/enhet och olika åtgärder beroende på situationer har initierats.

## Adekvat kunskap och kompetens

Var god se beskrivningarna ovan.

För att nå en säker bemanning och schemaläggning har arbetstidsanpassningar (12,5 h/pass, extrapass-ersättning mm) samt stöttning genom att låna ut personal mellan enheterna varit nödvändigt för att täcka när vårdbehovet på Covid-IVA varit större än den ursprungliga bemanningen alternativt när kö-kapande insatser genomförts på operation.

## **Patienten som medskapare**

Smärtmottagningen arbetar fortsatt systematiskt med patientdelaktighet som en del av deras behandlingsstrategi vid långvarig smärta. Mottagningen skapar förutsättningar för patienterna att vara delaktiga både individuellt och i grupp i sin vård. Detta säkerställs genom konceptet med multidisciplinära teamronder för att skapa en samsyn kring patienternas behov och önskemål.

Synpunkter och återkoppling från anhöriga och patienter tas tillvara genom patientnöjdhetssenkäter på Smärtmottagningen samt DKC, via post-IVA mottagning och det som framkommer i arbetet med händelseanalyser.

## **AGERA FÖR SÄKER VÅRD**

Den främsta egenkontrollen har inom verksamhetsområdet varit att kontinuerligt följa styrkortet och sjukhusets kvalitetsindikatorer.

Under 2021 genomfördes en genomlysning (Audit) av Intensivvårdsavdelningen med hjälp av företrädare från SIR (Svenskt Intensivvårdsregister). Återkopplingen har medfört ett fokus på intensivvårdens ventilatortider, vilka på IVA varit längre än förväntat och granskats under 2022 och fortsättningsvis även under 2023 då tillfredställande nivåer inte nåtts.

## **Öka kunskap om inträffade vårdskador**

Under 2022 har VO:t varit delaktiga i 6 händelsevisutredningar varav 3 varit förenklade analyser. 2 utredningar har anmälts till IVO som Lex Maria. Alla analyser har genomförts i samarbetet med andra verksamhetsområden. På VO ANE finns en tradition att se händelseanalysen som en möjlighet till lärande och för att öka patientsäkerheten.

## **Tillförlitliga och säkra system och processer**

Se styrkortet samt beskrivningarna ovan. I övrigt deltar verksamhetsområdet i de obligatoriska läkemedelsgenomgångar och miljörevisioner som åligger verksamheten.

## **Säker vård här och nu**

### **Riskhantering**

Se tidigare svar

## **Stärka analys, lärande och utveckling**

### **Avvikelse**

174 vårdavvikelse har upprättats 2022 inom Verksamhetsområdet. Flest vårdavvikelse har rapporterats från IVA (79 st) följt av Anestesienheten (48 st) och Operationsenheten (16 st). Flest negativa händelser har registrerats på IVA (19 st) där 7 är avslutade och ingen av dessa bedömdes ha orsakat någon vårdskada. På Anestesienheten rapporterades 15 st negativa händelser varav 11

avslutats och 3 av dessa har bedömts orsaka vårdskada (bristande följsamhet till fasterutin preop, bristande optimering preop (diabetespatient) samt tryckskada från stöd på operationsbord). Gällande graden av konsekvens för alla rapporterade avvikelser har 5 st bedömts som betydande, vilka innefattade bland annat bruten aseptik, felaktig sidomarkering, fel id på etiketter, luft i CVK-slang samt bristande följsamhet till läkemedelsordination preoperativt.

### **Klagomål och synpunkter**

Under året har verksamhetsområdet erhållit 3 ärenden som omfattar klagomål via patientnämnden. Alla ärenden berör intensivvården och gäller bemötande, försvunna tillhörigheter samt trycksår efter intensivvård.

### **Öka riskmedvetenhet och beredskap**

Sedan 2020 har verksamhetsområdet vid fler tillfällen arbetat med förändringar och anpassningar av hela verksamheten inkl bemanningen för att möta Covid-19 pandemins ökade vårdbehov. Genom detta arbete finns ett väl dokumenterat arbetssätt och nödvändiga beskrivningar för att snabbt kunna ställa om verksamheten till att leda och arbeta patientsäkert i framtiden. För IT-störningar och långvariga strömavbrott finns reservrutiner för relevant medicinskt teknisk utrustning, journalsystem och larm/personsökning.

Flera enheter inom verksamhetsområdet har under merparten av 2022 verkat i tillfälliga lokaler som inte är anpassade till den storlek och typ av verksamhet som är tänkt, vilket beror på den nybyggnation och renovering sjukhuset levt med i flera år. Under året har DKC, läkar- och stabsenheten flyttat in i nya lokaler. För DKC specifikt innebär detta att flera väntande projekt kunnat initieras (renodlade dagkirurgiska flöden, lätt-UVA, preoperativa blockader mm) vilket har en direkt förbättrande påverkan på patientsäkerhet och flöden i de olika kirurgiska processerna. Vidare är utformningen på DKC-enheten dynamisk och förberedd för att snabbt kunna anpassas till olika behov av patientomhändertagande (katastrof/slutenvård/öppenvård).

### **MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR**

Verksamhetsområdet avser att fortsätta arbeta med de konsekvenser pandemin medfört på personalhälsa och arbetsmiljö i syfte att säkerställa ett patientsäkert och välmående verksamhetsområde. Vidare fortgår aktuellt styrkort med mindre justeringar i målvärdena och tillhörande egenkontroller. De processer som nedprioriterats under pandemin och/eller kö-kapningssatsningarna avses att återupptas och övriga processer som berör kvalitetsförbättringar kopplat till vårdkvalitet och medicinsk säkerhet fortgår.



## Bilaga 1. Styrkort 2022, VO Anestesi

Enhet	Patient och Process	Mål 2022	Ack
AN/OP	Akuta operationer med prioriterad start inom 2 h	>78%	83,2%
AN/OP	Antal strukna eller extra lag - dagtid vardag	Redovisa resultat	50,5
AN/OP	Följsamhet till checklista för säker operation, alla tre delar	>95%	93,9%
AN/OP	Höftfraktur, operation inom 24 tim (SPOR)	≥75%	82,2%
AN/OP	Ingen smärta vid ankomst till postop (inom 1 timme)	>79	83,8%
AN/OP	Inget illamående postoperativt	≥90%	92,8%
AN/OP	Nyttjandegrad mot planerad produktion	>80%	90%
AN/OP	Sena strykningar (efter 17:00 dagen innan op)	<3%	9,2%
AN/OP	Temperatur vid opslut 36°C eller högre	≥80%	85,0%
AN/OP	Täckningsgrad Svenskt perioperativt register	≥90%	99%
AN/OP	Verksamhetsrelaterade strykningar	Redovisa resultat	36%
IVA	MRSA, andel korrekt handlagda enligt ppm	90%	100%
IVA	Nyinskrivna vårdtillfällen (2021 - 523 vtf)	Redovisa resultat	
IVA	Oplanerad återinskrivning till IVA inom 72 tim	<3%	1,7%
IVA	Riskjusterad mortalitet	< 1.05	0.65
IVA	Täckningsgrad Svenska Intensivvårdsregistret	≥90%	100%
IVA	VTS poäng (2021 - 90586 p.)	Redovisa resultat	73444
IVA	Vårdtimmar (2021 – 38574,8 tim)	Redovisa resultat	31838
IVA	Antal Covid-19 IVA-patienter (2021 - 103)	Redovisa resultat	35
LÄK	EDA på förlossningen - inom priotid	≥87,5%	85,9%
LÄK	IVA - Behandlingsstrategi dokumenterat beslut inom 24 h	>82%	93,4%
LÄK	SAPS 3, fullständiga registreringar	>55 %	74,8%
LÄK	Följsamhet till kollektivavtalet	Redovisa resultat	nej
VO ANE	Vårdavvikelser (antal)	Redovisa resultat	174
VO ANE	BHK- andel vårdpersonal med följsamhet VO ANE	80%	88%
		IVA	80%
		AN/OP	70%
		Avd 15	100%
		SMÅRT	100%

## Bilaga 2. Tabell för arbetsprocesser och system

### Verksamhetsområde: Anestesi

	Process/system	Status	Åtgärdsplan (vid röd färg)
1	Se beskrivningen i texten för redogörelse av aktuella processer		
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			

#### Förklaring

	fungerar
	arbete pågår, hinder finns
	arbete ej påbörjat p.g.a. hinder, arbete ej påbörjat

