

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



Datum 2023-03-17

Ansvarig för innehållet Andreas Kling

## Inledning

Mallen för patientsäkerhetsberättelsen utgår från lagkrav och följer strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

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
En god säkerhetskultur.....	5
Adekvat kunskap och kompetens .....	6
Patienten som medskapare.....	6
AGERA FÖR SÄKER VÅRD .....	7
Öka kunskap om inträffade vårdskador .....	7
Tillförlitliga och säkra system och processer.....	7
Säker vård här och nu .....	8
Riskhantering.....	8
Stärka analys, lärande och utveckling .....	8
Avvikelse.....	8
Klagomål och synpunkter.....	8
Öka riskmedvetenhet och beredskap.....	9
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR.....	10
Bilaga 1. Tabell för arbetsprocesser och system .....	11
Bilaga 2. Tabell vårdavvikelse, synpunkter och klagomål- exempel .....	12

## **SAMMANFATTNING**

Under 2022 har följande förbättringsområden stått i fokus  
Korta väntetider för minnesutredning  
Ökad tillgänglighet för utredning av osteoporos  
Stärka kvalitetsarbetet på ASIH.  
Minska andelen återinläggningar.  
Ökad andel korrekt ifyllda beslut om livsuppehållande behandling

Prioriterade områden för 2023:

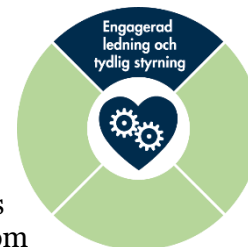
Minska andelen återinläggningar  
Ökad andel korrekt ifyllda beslut om livsuppehållande behandling  
Minska väntetiderna från remiss till anslutning inom ASIH  
Stärka samarbetet med primärvård och kommuner inom arbetet för Nära vård.  
Öka antalet utskrivningar helg och måndagar för att underlätta sjukhusets akuta flöden.

## GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

### Engagerad ledning och tydlig styrning

#### Övergripande mål och strategier

VO Geriatriks mål och strategier gällande kvalitets- och patientsäkerhetsarbete är införda i styrkort som bygger på sjukhusets värdegrund, och är väl förankrat i det värdegrundsarbete som bedrivs inom Stockholm Region, bilaga 1.



#### Organisation och ansvar

I verksamhetsområdet ingår geriatrisk slutenvård, palliativa slutenvård och ASIH. VO:s ledningsgrupp leder och organiserar arbetet i att stärka och upprätthålla en hög patientsäkerhet. Vi har inordnat ledningsgruppens löpande arbetsuppgifter i ett visuellt årshjul för att systematiskt och kontrollerat följa upp rapporter, avvikelsehantering, riskutvärdering och därigenom skapa förutsättningar för egenkontroll. Genom att sammanställa underlag från olika källor, ökar möjligheten att få en korrekt bild av kvaliteten i verksamheten. Ett arbetssätt för att systematiskt och fortlöpande säkra verksamhetens kvalitet förenklas därigenom. Verksamhetens ledning kan genom planering, genomförande och utvärdering av processer och aktiviteter bättre följa upp våra förbättringar och mål. I vår ledningsgrupp, samt i läkargrupperna och inom de styrgrupper vi deltar i, sammanställer vi och identifierar avvikelser, risker, arbetssätt, kvalitetskrav och egenskaper relevanta för verksamhetens innehåll, och kopplar dessa till våra riktlinjer och rutiner.

I syfte att förebygga vårdskador sker utvecklingen av lokala rutiner och behandlingsdokument i nära samarbete med övrig verksamhet inom sjukhuset och Region Stockholm. Genom aktivt deltagande i nationella och internationella konferenser och kongresser samt via uppdateringar från medicinsk vetenskaplig litteratur bedrivs dessutom ett kontinuerligt förbättringsarbete. VO Geriatrik har ett nära samarbete med sjukhusets övriga patientorienterade verksamhetsområden.

#### En god säkerhetskultur

Proaktivt arbete för ökad kvalitet såsom delaktighet, dialog och ett öppet klimat kring utvecklande av rutindokument och nya riktlinjer uppmuntras. Vi följer kontinuerligt kvalitetsindikatorerna månadsvis för att säkra resultat och följa upp avvikelser. Inom verksamhetsområdet pågår ett ständigt arbete för att förbättra processer, metoder, rutiner och arbetssätt.



Under hösten/vintern 2022 har en medarbetarenkät genomförts innehållande centrala frågor om hållbart medarbetaengagemang (HME). I enkäten integreras frågor som rör hållbart säkerhetsengagemang (HSE) och är centrala för arbetet med patientsäkerhet. Resultatet ger ett underlag för dialog med verksamheten i närtid efter mätning. Kombinationen av frågor om HSE och HME ger förutsättningar att arbeta med en säker vård i verksamheten utifrån både ett patientsäkerhets- och arbetsmiljöperspektiv.

Intern samverkan sker på flera olika nivåer med regelbundna möten där patientsäkerhet och kvalitet samt arbetsmiljö tas upp som till exempel kvalitetsmöten, ledningsmöten och arbetsplatsträffar (APT) som hålls regelbundet med alla medarbetare inom VO.

## Adekvat kunskap och kompetens

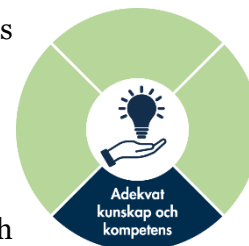
Kunskapsökning om patientsäkerhet hos chefer och medarbetare ökas genom kontinuerliga informations- och utbildningsinsatser. VO Geriatrik arbetar tvärprofessionellt med patientsäkerhet och drar lärdom av varandras kompetens.

Verksamheten har avsatt tid för schemaansvarig specialistläkare att återkommande bemanna och schemalägga utifrån kunskap, erfarenhet och utbildning.

Verksamheten är en del av sjukhuset och tar aktivt del av information, utbildning, planering och verksamhetsknutet arbete inom området.

Verksamheten har under året haft SPUR-inspektion vilken genomfördes med goda omdömen och utan större kompletteringar.

Sjukhuset har anställt en lektor som har sin grundanställning inom VO Geriatrik och som leder verksamhetens utveckling av studentverksamhet. Målsättningen är att verksamheten ska öka antalet studenter och utveckla samarbetet med Karolinska Institutets medicinutbildning.



## Patienten som medskapare

Samverkan med patienter och närstående är viktigt i patientsäkerhetsarbetet. För att säkra samverkan lägger verksamhetsområdet stor vikt vid bemötande, delaktighet, information och tillgänglighet. Patientenkäterna på respektive enhet utgör en möjlighet där patientens åsikter tas tillvara i förbättringsarbetet.

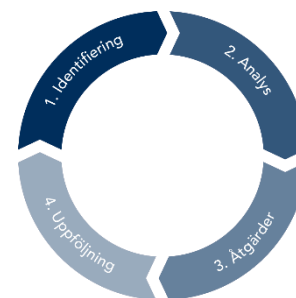


Vägledning hur patienters och anhörigas klagomål och synpunkter på vården kan lämnas finns på Södertälje sjukhus hemsidan. Personal informerar också patienter och anhöriga under vårdtiden om det finns skäl att tro att vederbörande önskar lämna synpunkter eller klagomål.

Resultaten på patientenkäten samt inkomna synpunkter beaktas och bearbetas i samband med arbetet av verksamhetsplanen för nästkommande år.

## AGERA FÖR SÄKER VÅRD

VO Geriatriks mål och strategier gällande kvalitets- och patientsäkerhetsarbete är införda i styrkort som bygger på sjukhusets värdegrund, och är väl förankrat i det värdegrundsarbete som bedrivs inom Stockholm Region, bilaga 1 och ovan.



### Öka kunskap om inträffade vårdskador

I samband med utredning av allvarigare händelser, där en patient har skadats allvarligt och/eller att en patient kunde ha skadats allvarligt, görs en händelseanalys i Nitha. Antal händelser som utretts under året redovisas i bilaga 2.



De viktiga åtgärder som har genomförts:

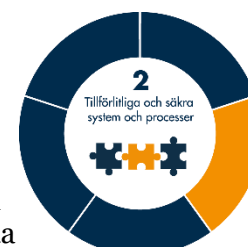
- Genomgång av befintliga rutiner och tvärprofessionella etiska diskussioner för att kunna säkerställa god vård i livets slutskede.
- Fortsatt arbete med åtgärder för att säkerställa fungerande process för beslut om livsuppehållande behandling.
- Ökad kunskap och utbildning att dokumentation sker enligt Patientdatalagen.

De viktiga åtgärder som har genomförts och riskområden som identifierats har följts upp via upprepad journalgranskning och respektive ledningsgrupp, nationell patientenkät, avvikelser och arbetsmiljöenkät.

### Tillförlitliga och säkra system och processer

VO:s viktigaste arbetsprocesser och system redovisas i bilaga 1.

Akut återinläggning inom 30 dagar ökade till 24% vilket är gått emot målet att minska återinläggningarna. Det finns ingen tydlig orsak till ökningen och trenden är liknande inom hela regionen. Verksamheten kommer noggrant följa utvecklingen och intensifiera arbetet med att vända trenden.



Mediantiden från remiss till start av demensutredning ligger på 43 dagar. De senaste åren har vi haft ökade tider som beror på pandemin. Mottagningen har under perioder av året varit stängd då medarbetare arbetat inom slutenvården. Under dessa perioder har det byggts upp köer vilka varit svåra att arbeta ikapp. Inom minnesprocessen arbetar vi för att öka kvaliteten på utredningar och för våra patienter genom aktivt processarbete, strukturerad schemaläggning och rätt bemanning. Målet för 2023 är att öka bemanningen för att kunna uppnå de mål som finns avseende ledder och tillgänglighet.

## Säker vård här och nu

### Riskhantering

Verksamheten har olika mötesformer där avvikelser berörs. För att snabbt informera om eventuella risker finns möjlighet på verksamhetens morgonmöten. På arbetsplatsträffar lyfts också inträffade händelser och analyser. Sjukhuset har också chefsläkarmöten där lärdomar från alla verksamhetsområdet presenteras.

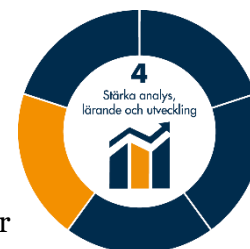


Det område som är i särskilt fokus 2023 är utskrivningsprocessen. I samarbete med primärvård och kommunen arbetar man med att säkerställa en trygg och säker hemgång för alla patienter.

## Stärka analys, lärande och utveckling

### Avvikelse

Varje medarbetare har skyldighet att rapportera risker, tillbud och negativa händelser. Vi har dokumenterade rutiner som säkerställer att medarbetarna fullgör sin skyldighet att rapportera risker och händelser som har medfört eller kunnat medföra en vårdskada. Medarbetarna med patientnära arbete uppmuntras att rapportera i avvikelssystemet HändelseVis då patientsäkerhetsrisker, tillbud och andra avvikelser uppstår, bilaga 2.



### Klagomål och synpunkter

Verksamhetsområdet har dels i ledningsgruppen och internt på våra läkarmöten, kontinuerligt tagit upp frågan hur vi hanterar och bemöter klagomål och synpunkter i enskilda vårdärenden. Under året har endast enstaka klagomål och synpunkter framförts direkt till verksamhetschefen från patienter, anhöriga eller via medarbetare. IVO och patientnämndsärenden inkommer till chefläkaren på sjukhuset och utredning sker inom berörda verksamhetsområden. Berörda medarbetare samt verksamhetschef yttrar sig om ärendet.

VO:s resultat analyseras i jämförelse med resultat i nationella och regionala kvalitetsregister, SKL:s öppna jämförelser och den patientupplevda kvaliteten (PUK) i Nationell Patientenkät. Analys sker vid återkoppling av ärenden från Patientnämnden, LÖF och Socialstyrelsen.

I samband med utredning av allvarigare avvikelser, där en patient har skadats allvarligt och/eller att en patient kunde ha skadats allvarligt, görs en händelseanalys i Nitha. Nithas standardiserade och kvalitetssäkrade arbetsmetod följer den nationella metodhandboken för riskanalys och händelseanalys och ökar möjligheterna att fånga systemberoende orsaker och att ge stöd till analysteamet. Verksamhetschef beslutar när en händelseanalys ska genomföras, utser analysteamet som ska genomföra analysen och uppdragsbeskrivning skrivs till analysledaren.



### **Öka riskmedvetenhet och beredskap**

Verksamheten ingår i sjukhusets övergripande beredskaps- och katastrofplan. Alla medarbetare ska ha kännedom om åtgärder och var man finner information vid olika kris- och katastrofscenarier.



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

Verksamhetsplan presenteras i bifogad verksamhetsplan. De delar som kan belysas extra:

Tid från remiss till inskrivning för ASIH-patienter. Verksamheten arbetar för att korta anslutningstiderna och därmed öka kapaciteten i område 1.

Minska antalet återinläggningar inom 30 dagar. Verksamheten har kortat medelvårdtiden från 10 till drygt sju dygn de senaste åren. En relativt hög återinläggningsprocent kvarstår dock. Genom en utökad och förbättrad medicinsk uppföljning inom den geriatriska öppenvården hoppas verksamheten kunna komplettera primärvården och minska återinläggningarna. Verksamheten kommer att ansöka om att få etablera "Förstärkt utskrivning".

Korta handläggningstiden från remiss till diagnos för demensutredningar.

Utveckla samarbetet med kommuner och primärvården inom samarbetsprojektet Nära vård.

Verksamheten har som mål att etablera en konsultlinje för palliativa patienter inom kommunal äldreomsorg och primärvård. Målsättningen är att stötta och bistå i den medicinska handläggningen av palliativa patienter och säkerställa vård på rätt vårdnivå.

Korrekt ifyllda beslut om livsuppehållande behandling.

## Bilaga 1 Övergripande mål och strategier



Inga störningar

Störningar,  
hanteras interntStörningar på  
väg mot röttStörningar,  
behöver hjälp

### STYRKORT 2022; VO Geriatrik

HÄLSO- OCH SJUKVÅRD AV GOD KVALITET	MÅLVÄRDE 2022	Ack utfall 2022	Process- uppföljning
<b>Slutenvård</b>			
Akut återinläggning inom 30 dagar	< 22,92%	24,2%	
Akut återinläggning inom 7 dagar 80 år	< 10,16%	8,8%	
Medelvårdtid	7,1	7,5	
<b>Öppenvård</b>			
Remiss/kontakt till utredningsstart (minnesmottagning)	< 30	43	
Utredningsstart till diagnos (minnesmottagning)	< 60	58	
<b>PVA</b>			
Beläggning	> 93%	97%	
<b>HÅLLBAR UTVECKLING</b>			
Andel som genomfört grundläggande miljöutbildning	≥ 75%	85%	
Andel uteliggande plagg	< 25%	9%	
<b>HÅLLBAR ARBETSGIVARE</b>			
Sjukfrånvaro	< 6%	10,83%	
Medarbetarindex	≥ 81%	75%	
Ledarskapsindex	≥ 81%	75%	
Andel medarbetare som haft ett medarbetar- samtal med sin närmaste chef under de senaste 12 mån.	≥ 85%	85%	
<b>LÅNGSIKTIG EKONOMISK UTHÅLLIGHET</b>			
Resultat i balans; periodens utfall jämfört budget	>0		

## Bilaga 2. Tabell vårdavvikelser, synpunkter och klagomål

### Verksamhetsområde: Geriatrik

	Typ (tex. vårdavvikelser)	Antal aktuellt år	Antal föregående år	Övrig info	Kommentarer
	Vårdavvikelser Geriatrik	21	17		
	Vårdavvikelser ASIH	46	80		
	Patientnämnden	1	4		
	IVO	1	3		
	Lex Maria	1	3		
	Händelseanalys	2	2		
	Enskild anmälan (inkommit till patientvägledare)	1	1		
	Synpunkter och klagomål via 1177	0	2		