

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse för Södertälje sjukhus

VO Kirurgi-Ortopedi-Urologi 2022



Datum 230317

Ansvarig för innehållet
Åsa Elfving verksamhetschef

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
VO KOU styrkort	5
Organisation och ansvar	5
En god säkerhetskultur	6
Adekvat kunskap och kompetens.....	6
Patienten som medskapare	7
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	8
Öka kunskap om inträffade vårdskador.....	9
Tillförlitliga och säkra system och processer	9
Säker vård här och nu	9
Riskhantering	9
Stärka analys, lärande och utveckling.....	10
Klagomål och synpunkter	10
Öka riskmedvetenhet och beredskap	10
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	11
Bilaga 1. Tabell för arbetsprocesser och system.....	12
Bilaga 2. Utveckling över tid	13
Bilaga 3. Vårdavvikelser	14
Bilaga 4. Klagomål och synpunkter.....	15

SAMMANFATTNING

Ge en mycket kort sammanfattning av de tre viktigaste förbättringsåtgärder som genomförts 2022 och dess resultat inom kvalitets- och patientsäkerhetsområdet.

- Uppstart av tvärprofessionellt förbättringsarbete gällande att optimera, kvalitetssäkra och standardisera den preoperativa operationsplaneringsprocessen.
- För att klara av att ta hand om våra köställda patienter som väntar på behandling inom vårdgarantin har två projekt startats upp:
 - Patienter med proktologisk problematik opereras utan närvarande operationssjuksköterska med bibehållen kvalitet och patientsäkerhet.
 - Operationssal har hyrts på Sabbatsberg på grund av begränsad tillgång på operation på Södertälje sjukhus. Operatörer från Södertälje. Vinning för patienten som då blivit opererad inom vårdgarantin samt att ST läkare har fått volymer på de ingrepp de ska lära sig i utbildningen.

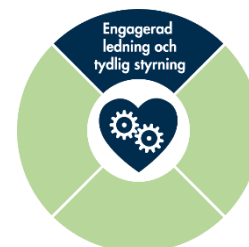
Sammanfatta i punktform era viktigaste prioriterade områden för nästkommande år 2023. Se sid 11 mål/strategier/utmaningar/ för kommande år.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Engagerad ledning och tydlig styrning

Övergripande mål och strategier

VO KOU styrkort



	Mål och Mått	Målvärde	Aktivitet VO KOU	Berör	Ansvarig
1	SÄKER OCH EFFEKTIV VÅRD		PATIENT OCH PROCESS		
	Andel patienter som vistas högst 4 timmar på akutmottagningen för vuxna (närlakuten exkluderat)	≤78%	Mevetandegöra våra primärjourer om sin del i det akuta flödet	VO KOU	VO Akut
	Andel patienter som får tid för första besök hos specialitetsläkare inom 30 dgr	70%	Pulsmöten veckovis	VO KOU	VO KOU
	Andel patienter som får tid för behandling inom 90 dgr	88%	Pulsmöten veckovis	VO KOU	VO KOU
	Oplanerade återinläggning inom slutenvården STS inom 30 dagar	<9%	Titta på alla återinläggningar oavsett klinik och diagnos i syfte att hitta förbättringsområden	VO KOU	VO KOU
	Medelvårdtider i dagar på akuta gallor	minskande från 2020 <3,9 dagar			
	Medelvårdtider i dagar på akuta höftfrakturer	minskande från 2020 <3,6 dagar			
	Andel signerade läkemedelslistor	Ökande från 2021			
	Uppnä fastställda kvalitetsmål i sjukhusavtalet med HSF och Region Stockholm	100%	Regelbundet följa	VO KOU	VO KOU
2	ATTRAKTIV ARBETSGIVARE		MEDARBETARE		
	Totalt medarbetarindex (HME)	>77	Från medarbetarenkäten	VO KOU	VO KOU
	Öka jourkompsuttaget i tid	Ökande fr 2021			
	Arbetsmiljömätningar på Menti, mäta totalvärdet	Bibehålla/öka totalvärdet	Snittvärdet per mättilfälle		
	Personalomsättning, tillsvidareanställda	<10		VO KOU	VO KOU
3	HÅLLBAR VERKSAMHET		HÅLLBAR VERKSAMHET		
	Minska eller bibehålla diklofenak på recept. Minska eller bibehålla användningen av ciprofloxacin på recept och rekvisition.		Validering av Ciprofloxacinförskrivningen	VO KOU	VO KOU
	Genomförd grundläggande miljöutbildning	75%		VO KOU	VO KOU
	Tjänsteresor som görs enligt sjukhusets miljömål	100%	Följa sjukhusets miljöpolicy kring tjänsteresor	VO KOU	VO KOU
	Elektroniska kallelser		Påbörjad aktivitet att skicka kallelser för operation från Orbit till Alltid Öppet.		
	Andelen uteliggande personalkläder över 30 dagar	<25%	Mäta en gång per kvartal	VO KOU	VO KOU
4	LÅNGSIKTIG HÅLLBAR EKONOMI		EKONOMI		
	Ett resultat i balans		Följa kostnader och intäkter mot budget och korrigera vid behov (tkr). Förbättra registreringsrutiner	VO KOU	VO KOU

Regelbunden uppföljning av styrkortet vid operativa LG inom resp. specialitet.

Organisation och ansvar

Verksamhetschef	Åsa Elfving
Verksamhetsutvecklare	Cecilia Törnblom
Specialitetsansvarig Kirurgi	Jila Harirchian
Specialitetsansvarig Ortopedi	Erik Lind
Specialitetsansvarig Urologi	Christoffer Lundqvist
Vårdenhetschef KOU- och endoskopimottagningen	Birgitta Milton (interimschef)

Verksamhetschef ytterst ansvarig. Verksamhetsutvecklare samlar in och återkopplar resultat till respektive specialitetsansvarig läkare som i sin tur lyfter det som fungerar eller inte fungerar till sina kollegor.

Samverkan för att förebygga vårdskador

Inom alla områden i VO:t där patienter drabbats av vårdskada och utredning föreligger så bjuds både interna (andra VO:n) samt externa aktörer (tex vårdcentraler) in till så kallade M&M konferenser (Morbidity and Mortality). Respektive aktör förbereder sin del av händelsen och efter gemensam diskussion tas förslag på systemlösningar fram för att förhindra att händelsen återupprepas sig.

De Händelseanalyser som görs på VO:t görs nästan alltid i samarbete med andra VO:n.

(Informationssäkerhet)

Ingår i STS-bilaga. Text inhämtas av PSK.

Strålskydd

De senaste tre år har 38 % av VO:ts medarbetare genomgått strålskyddsutbildning. För mer utförlig info hänvisas till Röntgens strålskyddsbokslut

En god säkerhetskultur

- *Arbete för att säkerhetskulturen ska genomsyra alla delar av vården, främja öppen kommunikation i det dagliga arbetet kring identifierade risker, samt skapa tid för lärande och reflektion*

Inom de olika specialiteterna tas regelbundet ”knepigga” patientfall upp för diskussion och lärande.

- *Uppföljning, spridning och kommunikation av resultaten från Hållbart Säkerhets Engagemang*

Resultaten delgavs medarbetare på APT och därefter fick varje specialitetsgrupp samt mottagningen jobba med att ta fram egna förslag på handlingsplaner för att öka HSE.

- *Verksamhetsområdets arbete med frågor som berör patientsäkerhet och arbetsmiljö utifrån aspekten att de hänger ihop och påverkar varandra*

Aktivt uppmanar medarbetare att skriva både vård- och arbetsmiljöavvikelser och strävar sedan efter att återkoppla till medarbetarna enskilt eller på gruppnivå efter behov. Där avvikelserna är av allvarligare art görs Händelseanalyser.



Adekvat kunskap och kompetens

- *Verksamhetsområdets metoder för hur yrkeskompetens och kunskap om kvalitet och patientsäkerhet kan säkerställas genom kompetensutveckling och fortbildning för chefer och medarbetare*
- Vid introduktionsdag för nyanställda läkare ges information om patient- och kvalitetsarbete på STS. Ingår även i ST-läkarnas utbildning.



- *Hur verksamhetsområdet tillämpar säker bemanning och schemaläggning utifrån kunskap om medarbetarnas erfarenhet och kompetens.*

Schemaläggare och verksamhetschef har ett nära samarbete vid schemaläggning. De utgår från hur medarbetarnas erfarenhet och kompetens bäst kan möta verksamhetens behov och de försöker också schemamässigt säkerställa de enskilda medarbetarnas behov av kompetensutveckling, återhämtning och stöd i den dagliga verksamheten.



- *Hur VO:t arbetar för att skapa systemförståelse och kunskap om förbättrings- och implementeringsarbete.*

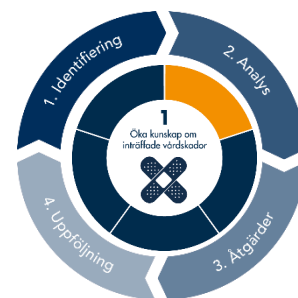
Innan pandemin hade vi några tvärprofessionella förbättringsarbeten igång där vi arbetade med PDSA-hjul och vedertagna förbättringsteorier. Tyvärr har dessa varit pausade under lång tid så omtag behövs.

Under året har implementeringsarbete av LÖF projektet Akut laparotomi hos den sköre äldre. Görs tillsammans med VO Akuten, VO Geriatrik och VO Anestesi.

Patienten som medskapare

- *Hur verksamhetsområdet gör patienterna delaktiga i den egna vården*
Enkäter (Raportor) på Endoskopin samt KOU-mottagningen där även möjlighet till fritext samt kontakt med VO:t finns för att utveckla vården för våra patienter.
- *Hur patient och närståendes synpunkter och klagomål tas tillvara*
Via de enkäter på våra mottagningar, 1177, direkt kontakt med verksamhetschef, PaN och IVO.
- *Hur patient- och närståendemedverkan sker i kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet.*
Patienter samt anhöriga har bidragit i arbetet med händelseanalyser som de haft en anknytning till.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD



1. Identifiering

VO KOU har ett flertal egenkontroller under respektive specialitet samt övergripande för VO:t. Vi väljer här att presentera en av våra egenkontroller som dessutom är en sjukhusgemensam kvalitetsindikator, akuta höftoperationer inom 24 h.

månad	jan	feb	mar	apr	maj	jun	jul	aug	sep	okt	nov	dec	Total
Antal pat	18	17	22	20	15	20	18	14	19	23	19	18	223
Op inom 24 h	13	12	19	13	9	20	11	9	12	18	13	15	164
Andel	72%	71%	86%	65%	60%	100%	61%	64%	63%	78%	68%	83%	74%

2. Analys

Vi följer upp målet månadsvis och en överläkare inom ortopedi går igenom de fall som inte blivit opererade inom 24 h. Vid genomgång av de patienter som fått vänta i mer än 24 h ses tre huvudskäl till att vi inte klarat målet:

1. De som vi hade klarat av om vi prioriterat operationsprogrammet annorlunda.
2. De som fått vänta på grund av kapacitetsskäl.
3. De som fått vänta på grund av medicinska skäl.

3. Åtgärder

1. Här behöver vi fokusera bl.a. på schemalaggningsen för att säkerställa att rätt kompetens finns på plats för att kunna operera denna patientgrupp inom 24 timmar.
2. Genomlysning över hur uppställda operationsresurser är fördelade akut kontra elektivt. Har vi rätt kapacitet på operation för att handlägga vårt upptagningsområde?
Viktigt att alla involverade i höftfrakturkedjan medvetandegörs om att patienten bör opereras inom 24 h. Detta kan man göra exempelvis genom regelbundna möten. Ytterligare ett förbättringsförslag är att låta den operatör som utför en höftfrakturopoperation där patienten väntat mer än 24 h få i uppgift att kort redogöra för vad fördröjningen berodde på.

4. Uppföljning av åtgärd

Överläkare som gjort genomlysning återkopplar den till sina kollegor på ett läkarmöte. Vi har en tvärprofessionell grupp som tyvärr mer eller mindre varit pausad sedan 2020. Vi har som mål att starta upp gruppen med regelbundna möten för att jobba med de tre ovan nämnda punkterna.

Öka kunskap om inträffade vårdskador

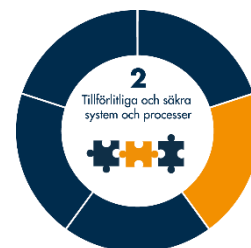
Har vården varit säker?

- *Hur verksamhetsområdet utreder och följer upp händelser som har medfört, eller hade kunnat medföra, en vårdskada*
Vi jobbar aktivt med vårdavvikelser som inkommer i HändelseVis. Vid allvarigare händelser utförs händelseanalys eller intern utredning.
- *Antal händelser och risker inom verksamhetsområdet utredda under året, samt hur många som bedömts som allvarliga, anmälda enligt Lex Maria*
Sju allvarliga händelser har utretts under året av dessa kommer tre att anmälas enligt Lex Maria. En händelse har Lex Maria-anmälts under året.
- *Viktiga åtgärder som har genomförts och riskområden som identifierats samt hur de har följts upp.*
Två av händelserna visar brister i att identifiera patienter som riskerar sepsis. Implementering av sepsis vårdförlopp (sjukhusövergripande) implementerades hösten 2022 av VO Akut .



Tillförlitliga och säkra system och processer

- *Viktiga arbetsprocesser och system inom VO:t som påverkar kvalitet och patientsäkerhet*.*
Se **bilaga 1**



Säker vård här och nu

Är vården säker idag?

Identifierade riskområden för vårdskador inom verksamhetsområdet

Vårdplatsbrist på sjukhuset beror till största delen på att medicinpatienter är utlokaliserade på VO KOU's vårdplatser vilket hindrar oss att ta hand om våra elektivt köställda patienter.

Brist på operationsutrymme samt underbemanning leder till en etisk stress hos medarbetare.

Läkemedel på läkemedelslistor signeras till stor del när patienten läggs in i slutenvården. Dock har vi sett brister att läkemedel signeras som patienten inte längre tar.



För utveckling över tid

Se **bilaga 2**

Riskhantering

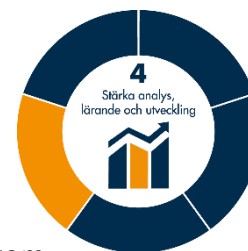
Riskanalyser görs inför förändrade arbetssätt. Till exempel vård av ortopedpatienter på medicinavdelningar sommartid, operationsverksamhet på annan enhet (Sabbatsberg) och inför proktologioperationer i högflöde utan opssk.

Stärka analys, lärande och utveckling

I vilken mån förbättras system och arbetsätt utifrån tillgänglig information?

Avvikelser

Verksamhetsrådets arbete med att personalen ska rapportera risker för vårdskador samt händelser som har eller hade kunnat medföra en vårdskada. En läkare per specialitet är utsedd att handlägga avvikelser. Ansvariga läkare samt verksamhetschef har regelbundna möten där de går igenom de avvikelser som inkommit.



Antal rapporterade vårdavvikelser se **bilaga 3**

Klagomål och synpunkter

- *Hur verksamhetsområdet sammanställer och analyserar inkomna klagomål och synpunkter inkomna via 1177, patientvägledare, PaN, IVO, NPE eller på annat sätt antal inkomna klagomål och synpunkter (i tabell)*

De flesta klagomålen som kommer in till VO:t via 1177, patientvägledare, LÖF och PaN, besvaras omgående av berörd läkare och verksamhetschef. Vi har ingen samlad bild över de klagomål som kommer in från de olika kanalerna men de hanteras var för sig.

Majoriteten av klagomålen bottnar i att patienten inte förstått den vård de fått/erbjudits eller är missnöjda med bemötandet. Vi behöver lägga fokus på att arbeta med kommunikation, patientinformation och patientdelaktighet i vården för att bli bättre på att förklara den vård vi kan erbjuda våra patienter.

För att säkerställa att våra patienter och medarbetare alltid får ett gott bemötande bör vi arbeta med att implementera sjukhuset övergripande beteendekod.

- Antal inkomna klagomål och synpunkter från Patientnämnden och Löf se **bilaga 4**

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Kommer ni att arbeta patientsäkert i framtiden?

Verksamhetsrådets arbete för att bibehålla patientsäkerheten även under kortvarigt förändrade förhållanden, exempelvis längre strömavbrott/IT-störning eller allvarlig sjukdom med luftburen smitta.

Patientsäkerheten ligger oss varmt om hjärtat och vid nya oförutsatta händelser är VO:t snabbfotat att ställa om för att hitta patientsäkra arbetsätt. Medarbetarna på VO:t är bra på att förändra och använda sin kompetens på ett så bra sätt som möjligt. Ett exempel är att de hjälpt till mycket på andra verksamhetsområden som haft en tuffare arbetsbelastning under pandemivågorna. I och med inblicken i andra verksamhetsområden har en större förståelse för andra patientflöden tillkommit. Vid planerade strömavbrott/IT-störningar informeras alltid berörda medarbetare.



MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

VO KOU har som målsättning att fokusera på nedan förbättringsåtgärder för att nå säkrare vård

- Samarbete med sjukhusapotekare för att kvalitetssäker signering av läkemedelslistan i samband med inläggning i slutenvården.
- För att behålla en välfungerade kolorektalverksamhet måste vi jobba för att få tillbaka koloncancerkirurgin.
- För att upprätthålla snabba koloskopitider måste koloskopikompetens rekryteras.
- Bibehålla medarbetare som bland annat på grund av pandemin inte fått utföra sitt kärnuppdrag de senaste tre åren.
- Komma igång med förbättringsarbete och hitta vägar att kunna operera fler patienter efter våra förutsättningar. Ett exempel är att vi utbildar en undersköterska till att instrumentera på poliklinisk operation på vår mottagning.
- Vi behöver nå våra patienter digitalt såväl med kallelser som med patientinformation, arbete pågår på endoskopimottagningen.
- Vi behöver fokusera på att få en bättre tillgänglighet för våra patienter när de behöver komma i kontakt med oss. Både via telefon och digitalt. Vi bör ha som mål att vara lätta att nå.
- Få medarbetarna ännu mer engagerade i att utveckla vården och patientsäkerheten.
- För att förbättra ledningsarbetet ska sektionschefstjänster införas.
- Fortsatt arbetsmiljöarbete på KOU-mottagningen
- Kompetensutveckling av personal med anledning av utbildningsskuld postpandemi.

Bilaga 1. Tabell för arbetsprocesser och system

	Process/system	Status	Åtgärdsplan (vid röd färg)
1	Kvalitetsregister		Fylls i men uppföljning samt att arbeta med det vi kan få ut som förbättringsförslag från våra register haltar.
4	Läkemedelsgenomgång		Kvalitetssäkring av läkemedelslistor
5	Kvalitetsindikatorer (sjukhusgemensamma och sjukhusspecifika)		Följs upp månadsvis men att arbeta aktivt med våra indikatorer för att nå bättre resultat haltar.
6	Div. tvärprofessionella grupper (ex Akuta höftfrakturer, ledplastiker och ERAS, LÖF projektet Akut laparotomi hos den sköte äldre,)		Varit mer eller mindre vilande under och efter pandemin.
7	Preoperativa processen		
8	Återbesöksprocessen		Uppstart våren 2023
9	Avvikelsehantering via HändelseVis		

Förklaring

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

Bilaga 2. Utveckling över tid

Tillgänglighet till nybesök till läkare per den 31 december (medicinsk och patientvald väntan ej medräknade).

Mottagning	Andel <30 dagar 2021	Andel <30 dagar 2022
Kirurgmottagning	43 %	86 %
Ortopedmottagning	74 %	99 %
Urologmottagning	49 %	95 %

Tillgänglighet till behandling (operation till läkare) per den 31 december (medicinsk och patientvald väntan ej medräknade)

Mottagning/operation	Andel <90 dagar 2021	Andel <90 dagar 2022
Kirurgi	52 %	80 %
Ortopedi	72 %	90 %
Urologi	44 %	76 %

Medelvårdtid (i dagar) slutenvård 2022

Specialitet	2021	2022
Kirurgi	3,0	3,8
Ortopedi	3,0	2,9
Urologi	2,3	2,5

Bilaga 3. Vårdavvikelser

Typ (ex. vårdavvikelser, synpunkter)	Antal aktuellt år 2022	Antal föregående år 2021	Övrig info	Kommentarer
Vårdavvikelser	62	83		
Synpunkter och klagomål via 1177	13	9		

Bilaga 4. Klagomål och synpunkter

Antal inkomna ärenden Patientnämnden 2022

Enhet	Ärenden totalt	Administrativ hantering	Dokumentation och sekretess	Ekonomi	Kommunikation	Resultat	Tillgänglighet	Vård och behandling	Vård ansvar och organisation	Klagomål totalt
Kirurgi	7				2	4	1	4	1	12
Ortopedi	10				4	5	2	8	2	21
Urologi	6				2	1	4	4	1	12
Totalt VO KOU	23				8	10	7	16	4	45

Antal inkomna ärenden till LÖF (Regionernas Ömsesidiga Försäkringsbolag)

Anmälningår	Antal anmälda	Ersatta	Ej ersatta	Under handläggning
2018	53	26	27	0
2019	47	23	24	0
2020	41	18	23	0
2021	54	22	31	1
2022	64	12	24	28