

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse för Södertälje sjukhus/VO Röntgen år 2022



Datum:
2023-03-08

Ansvarig för innehållet:
Verksamhetschef och verksamhetsutvecklare VO Röntgen

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	6
Adekvat kunskap och kompetens	6
Patienten som medskapare	6
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	7
Öka kunskap om inträffade vårdskador för lärande och förbättringar	7
Vårdavvikelse, händelseanalyser och Lex Maria	7
Klagomål och synpunkter.....	7
Tillförlitliga och säkra system och processer	8
Risker och riskmedvetenhet.....	8
Riskhantering	8
Sjukhusets/VOts planering med det robusta sjukhuset.	8
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	9
Bilaga 1. Tabell för arbetsprocesser och system	10
Bilaga 2. Tabell vårdavvikelse, synpunkter och klagomål- exempel.....	11

SAMMANFATTNING

Sammanfattning av de tre viktigaste förbättringsåtgärder som genomförts 2021 och dess resultat inom kvalitets- och patientsäkerhetsområdet.

Under året har tre viktiga förbättringsåtgärder genomförts:

- Infört meddelandetjänst för påminnelse inför patientens bokade röntgenundersökning.
- Infört nytt flöde för strokelarm där tid till röntgen har förkortats.
- Infört informationstavla för personal samt för patienter i väntrummen.

Under nästkommande år 2023, är våra viktigaste prioriterade områden:

- Optimera och förnya vår metodbok som används vid röntgenundersökning.
- Optimera undersökningar och bokningar internt så att arbetsbelastning jämnas ut för den nya datortomografen.
- Fortsatt produktionsplanering och optimering främst mot VO Akuten/Närakuten för att minska handläggningstiderna, samt identifiera områden som kan leda till förbättring via processgrupperna. Pågående processer "Akutprocessen" och "Strokeprocessen".
- Fortsatt fokus och arbete kring förbättringsgrupper inom verksamhetsområdet.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Engagerad ledning och tydlig styrning

Övergripande mål och strategier

VO:s mål och strategier gällande kvalitet- och patientsäkerhetsarbetet är utformade och anpassade efter verksamhetsområdet. Verksamhetsplanen och styrkortet berör ”Säker och effektiv vård”, ”Hållbar verksamhet”, ”Attraktiv arbetsgivare” och ”Långsiktig hållbar ekonomi”. Mål och mått är anpassade efter verksamheten. Uppföljning sker under årets gång, slutuppföljning och genomgång med dokumentation sker slutet av året.



Organisation och ansvar

Verksamheten är en stor betydande del av sjukhuset och tillhandhåller högteknologisk röntgenutrustning. Det krävs ett gediget samarbete mellan olika stödprocesser och verksamheter. Nedanför följer en beskrivning över hur och vilka processer och områden som VO:t samarbetar med.

Informationssäkerhet

Ingår i STS-bilaga. Text inhämtas av PSK

Strålskydd

Ingår i VO Röntgen. Text till STS-bilaga inhämtas av PSK

Ett strålskyddsbokslut upprättas varje år i samarbete med FE Strålfysik, Huddinge och skickas till SSM. I bokslutet rapporteras uppmätta diagnostiska standard doser (DSD) och hur deltagandet vid Strålsäkerhetsutbildningarna sett ut under det gångna året.

Medicinsk teknik

Förser röntgen med underhåll av teknisk utrustning som krävs för att bedriva bild- och funktionsdiagnostiks enhet. Upprätthåller kommunikationen mellan röntgenutrustning och informationssystemet IDS7 RIS/PACS, samt leverantörer inför eventuella uppgraderingar av röntgenutrustning.

STS SF IT

Underhåll av servrar som är nödvändiga för att informationssystemet IDS7 RIS/PACS ska vara i drift. Upprätthåller kommunikationen med leverantörer inför eventuella uppgraderingar mm.

Verksamhetsutvecklare

Utvecklar organisationens olika förmågor utifrån olika perspektiv. Följer upp och leder projekt inom verksamheten.

Systemförvaltare

Förvaltar organisationens informationssystem IDS7 RIS/PACS. Kontaktperson gentemot IT och leverantör.

En god säkerhetskultur

För att säkerhetskulturen ska genomsyra alla delar av vården ordnas regelbundna kategorimöten med specifika teman, för att avsätta tid åt reflektioner mellan medarbetare.

På kategorimöten tas säkerhet, arbetsmiljö och återkommande avvikelser upp. Aspekterna berörs även på arbetsplatsträffar (APT), där avvikande säkerhetshändelser tas upp för reflektion. Eftersom röntgen har ett brett samarbete med andra verksamheter så hålls även kontinuerliga samarbeten mellan VO:n.

Resultat från Hållbart Säkerhets Engagemang (HSE) sprids, kommuniceras och följs upp via APT eller kategorimöten. Avvikande frågor plockas ut och bearbetas i små grupper där vi tillsammans under mötet sammanställer och diskuterar.

Frågor som berör patientsäkerhet och arbetsmiljö tas vidare för händelseanalys/riskanalys alternativt APT beroende på handläggarens bedömning.



Adekvat kunskap och kompetens

Alla medarbetare erbjuds möjligheten till att gå en kurs per år. Flera interna kurser med externa föreläsare eller applikationsspecialister anordnas för fortbildning av medarbetare och chefer. Genom att föra dokumentation löpande samt diskutera detta område under medarbetarsamtal säkerställs kompetensen och medarbetarens utveckling.

Varje medarbetare genomgår en introduktion vid anställning för att säkerställa att varje medarbetare känner sig trygg i sin roll. Målet är att alla medarbetare ska rotera bland de modaliteter som idag finns på verksamheten för att bibehålla/öka kunskapen för att skapa en säker bemanning och schemaläggning.

Medarbetare deltar i förbättrings- och implementeringsarbeten i verksamheten.

Dels för att öka förståelse men även för att öka delaktigheten bland medarbetare när det gäller förbättringsarbeten.



Patienten som medskapare

Patienten görs delaktig från bokad tid till undersökningen slut, varje undersökning anpassas utifrån individens förmåga för bäst möjliga upplevelse. Undersökningen kräver en öppen dialog under hela undersökningstiden. Det finns även möjlighet för närstående att medverka vid en del av undersökningstillfället om så önskas av patienten. Vid synpunkter och klagomål från patienter omhändertas dessa omgående.

Verksamhetschefen och enhetscheferna går gemensamt igenom synpunkter och klagomål som kommer till verksamheten. Synpunkter som lämnas in diskuteras i personalgrupp som anses relevant. Den som lämnat in ärendet får återkoppling om så önskas.

Vid utredningar av händelseavvikelser medverkar patient- och ev. närstående i form av intervju.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

Öka kunskap om inträffade vårdskador för lärande och förbättringar



Vårdavvikelser, händelseanalyser och Lex Maria

Medarbetare uppmuntras till att rapportera in risker för vårdskador via APT (arbetsplatsträff) och morgonmöte. På APT finns en stående punkt som berör avvikelser och händelseanalyser som lyfter fördelarna med avvikelserapportering.

Antal rapporterade vårdavvikelser:

ÅR	2021	2022
ANTAL RAPPORTERADE VÅRDAVVIKELSE	59	76

Förbättringar som genomförts med anledning av rapporterade avvikelse har bland annat berört utbildning och tekniska modifikationer gällande utrustning som finns inom verksamheten. Ett exempel är där en undersökning blev fördröjd på grund av handhavande fel. Leverantör tillkallades för att underlätta handhavande av apparaten, utbildningsinsats för samtliga medarbetare och uppdatera befintlig lathund.

Händelser som medfört eller har kunnat medföra vårdskada uppmärksammas av verksamhetschef/enhetschef inom verksamheten. En analysgrupp utses som med hjälp av programmet Nitha, journalgranskning, medverkande patient/er och medarbetare skapar en händelseanalys för händelsen. En detaljerad utredning som genererar en slutrapport och handlingsplan. Iblandade verksamheter får ta del av slutrapporten. Verksamhetschefen ansvarar för att följa åtgärder.

En lokal händelse har utretts under året och ingen har bedömts som allvarlig/anmäld enligt Lex Maria. Under året har däremot VO Röntgen deltagit i flera utredningar inom andra processområden och bidragit med sin kompetens.

Riskområden som identifierats är Utbildning & Kompetens, Procedurer/Rutiner & Riktlinjer samt Teknik, utrustning & Apparatur. Åtgärder följs upp vid ledningsgruppsmöte för att stämma av samt om hinder uppstått.

Klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter kan komma till VO Röntgen från olika vägar. Vanligtvis är det medarbetarna som själva tar tillvara på synpunkter eller klagomål via patientmötet. Andra vägar är via 1177, muntligt via receptionen, formulär som delas ut via receptionen (på patientens begäran) eller via sjukhusets gemensamma inrapportering via externa hemsidan.

Verksamhetsområdet för ingen statistik på inkomna klagomål/synpunkter. Ett ärende från Patientnämnden har hanterats.

Tillförlitliga och säkra system och processer

Inom den svenska radiologin finns ännu inga kvalitetsregister och VO Röntgen rapporterar inga indikatorer till HSF. Vi tillämpar Nationella riktlinjer, SBU-rekommendationer, regionala vårdprogram inom de områden där sådana finns samt de arbetssätt som tagits fram för Standardiserade vårdförlopp (SVF).



De viktigaste arbetsprocesserna och system inom VO Röntgen är: Basala hygienrutiner och klädregler (BHK), riskbedömningar, strålskyddmätningar och Standardiserade vårdförlopp. Dessa presenteras i bifogad tabell 1, färgsättning: Grön (fungerar), gul (arbete pågår, inga hinder) samt röd (pågår med hinder, ej påbörjat).

Risker och riskmedvetenhet

Riskområden

Verksamhetsområdet följer de riktlinjer och föreskrifter som tillhandahålls av Strålsäkerhetsmyndigheten (SSM) vilket är ett krav för att inneha tillstånd att bedriva verksamhet som innefattar joniserande strålning. Strålskyddsbokslut utfärdas varje år.



Extravasering av kontrastmedel ett identifierat riskområde.

Under år 2022 rapporterades 20 fall där patienten drabbats av extravasering av kontrastmedel. Föregående år (2021) rapporterades 21 fall.

Riskhantering

För att minimera riskerna/förbättra resultaten så arbetar vi med kontinuerliga utbildningar där medarbetare uppmuntras till att hålla i föreläsningar utifrån eget valt ämne, påminnelse samt diskussionsforum som ger utrymme för reflektion kring olika ämnen.

Sjukhusets/VOts planering med det robusta sjukhuset.

Verksamhetsområdet VO Röntgen arbetar ständigt med att förbättra och effektivisera utifrån avvikelser, externa synpunkter och klagomål. Kontinuerligt arbete kommer fortsätta att ske oavsett förändringens tidsaspekt. Vi ser hinder som en möjlighet till förändring och utveckling.



Röntgen är ett högteknologiskt digitalt område som innefattar ett tätt samarbete med andra enheter. Tillsammans med leverantörer och andra enheter internt optimerar vi vårt verksamhetsområde för att bibehålla patientsäkerheten vid korta/lång, väntade och oväntade händelser, avbrott och IT-störningar.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Utifrån analys av året som gått – reflektera över kommande utmaningar. Ange VO:s mål, strategier, planerade åtgärder och aktiviteter samt vilken egenkontroll som behövs inom respektive fokusområden för att nå en säkrare vård.

VO Röntgen utgår ifrån de inriktningar och strategier som sjukhuset satt upp och de fokusområden som sjukhuset valt att prioritera.

VO:s mål:

- Upprätta en webbaserad metodbok som underlättar för samtliga medarbetare att utföra undersökningar. Detta är en åtgärd som rör patientsäkerheten då metodbok har en stor funktion i det dagliga arbetet för att utföra standardiserade undersökningar.
- Fortsatt arbete med medarbetardrivna förbättringsarbeten.

Verksamhetsförändringar

- Ny datortomograf som säkerställer senaste tekniken och som tillgodoser patientsäkerhet.

Kompetensutveckling:

- Det finns både ett behov och en önskan om kompetensutveckling bland medarbetare. Fokus under 2023 kommer att ligga på kompetensutveckling och utbildning som bland annat ska bidra till minskat antal kompletteringsundersökningar.
- Arbete kring rutiner och riktlinjer.
- Varje medarbetare skall presentera 1-2 patientfall

Bilaga 1. Tabell för arbetsprocesser och system

Verksamhetsområde:

	Process/system	Status	Åtgärdsplan (vid röd färg)
1	Basala hygienrutiner och kläder (BHK)		
2	Strålskyddsmätningar		
3	Metodbok		
4	Strokelarmsprocessen		
5	Regelbundna interutbildningar för kompetensutveckling		
6	Andel patienter som erbjuds undersökningstid inom ramen för den medicinska prioriteringen		
7	Standardiserade vårdförlopp (SVF) hanterade inom framtagna ledtider 88%		
8	Svarsrutiner kopplade till medicinsk prioritet <ul style="list-style-type: none"> - Akuta – omedelbart - Prio 2 h undersökt och besvarad inom två timmar - Prio 24h – snarast samma dag som undersökning är utförd - Elektiva inom 4 dagar 		

Förklaring

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

Bilaga 2. Tabell vårdavvikelser, synpunkter och klagomål- exempel**Verksamhetsområde: Röntgen**

	Typ (tex. vårdavvikelser)	Antal aktuellt år	Antal föregående år	Övrig info	Kommentarer
1	Klagomål/Synpunkter	0	7		
2	Vårdavvikelse	76	59		
3	Patientnämnden	1	0		