

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse för Södertälje sjukhus VO Internmedicin



Datum
2024-02-29

Ansvarig för innehållet
Anders Ahlgren

Inledning

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	6
En god säkerhetskultur	6
Adekvat kunskap och kompetens.....	7
Patienten som medskapare	8
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	9
Öka kunskap om inträffade vårdskador för lärande och förbättringar	10
Vårdavvikelser, händelseanalyser och Lex Maria	10
Klagomål och synpunkter.....	11
Tillförlitliga och säkra system och processer	11
Risker och riskmedvetenhet.....	12
Riskhantering	13
Sjukhusets/VOt's planering med det robusta sjukhuset.	13
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	14

SAMMANFATTNING

Under 2023 tillsattes ny verksamhetschef med start 230301. Även verksamhetsutvecklaren slutade sin tjänst 230401 och ersattes 231001. Bägge funktionerna är avgörande för kvalitet- och patientsäkerhetsarbete på VO Internmedicin och stor andel av 2023 har handlat om att lära känna verksamhetens behov och hur struktur och arbetssätt fungerar på Södertälje sjukhus. Under hösten tillsattes sektionschef, en ny funktion för sjukhuset och verksamhetsområdet. Det har inneburit att ledning och styrning har setts över inklusive ledning för kvalitet- och patientsäkerhetsarbete med frågeställningen; vem ska göra vad? Parallellt med beslut om hur strukturen ska se ut har verksamheten arbetat med kvalitets- och patientsäkerhetsfrågor.

VO Internmedicin följdes år 2023 på lite över 30 indikatorer inklusive täckningsgrader och fokus riktades till att säkerställa registrering för att kunna lita på utfall. En översyn gjordes under hösten för att klargöra "vem gör vad och hur". Nya rutiner upprättades med gott resultat.

Under hösten 2023 har Internmedicin även påbörjat införandet av tre personcentrerade sammanhållna vårdförlopp (PSVF). Grundarbetet är omfattande och resurskrävande. Ett stort engagemang finns i medarbetargruppen och förbättringar har delvis startats.

På direktiv av regionen har Internmedicin under hösten startat det strategiska arbetet med produktionsplanering genom information och delvis utbildning i ledningsgruppen.

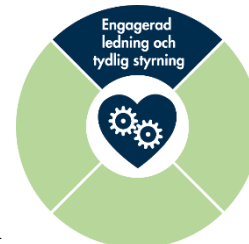
Under 2024 kommer VO Internmedicin att prioritera:

- Fortsatt arbete med ledning och styrning inom området kvalitet och patientsäkerhet med syfte att skapa engagemang och förstärka "hållbart säkerhetsengagemang"
- Fortsatt arbete med PSVF
- Införa produktionsplanering
- Förbättringsprojekt:
 - Öka andelen patienter med HbA1c < 70 (diabetes typ 1)
 - Förkorta tiden till koronarangiografi för patienter med hjärtinfarkt
 - Förkorta tiden till trombolys för patienter med ischemisk stroke

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Engagerad ledning och tydlig styrning

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning med tydlig styrning på alla nivåer inom hälso- och sjukvården. VO Internmedicin har under 2023 bytt verksamhetschef, verksamhetsutvecklare och tillsatt tjänsten sektionschef. Ett internt arbete med struktur för ledningsgrupp har genomförts och implementerats med start januari 2024. Den nya ledningen kommer aktivt att säkerställa tydliga vägar för ledning av kvalitet- och patientsäkerhetsarbete med uppföljning i ledningsgrupp.



Övergripande mål och strategier

I ledningsgruppen för VO Internmedicin ska styrkort och dess aktiviteter kontinuerligt följas upp och utvecklas utifrån behov. En verksamhetsplan med styrkort behöver vara förankrad och förstådd i hela verksamheten med medarbetare som ser nyttan och tar ansvar för att förbättra utifrån uppsatta mål. Under 2023 har Internmedicin inte haft en verksamhetsplan med styrkort. Den nya ledningsgruppen kommer 2024 att arbeta med och utifrån verksamhetsplan inklusive styrkort och har därmed även en möjlighet att arbeta på tydligt sätt som engagerar alla medarbetare.

Sjukhusgemensamma och sjukhusspecifika indikatorer har följts upp månatligen och förbättringsarbete har genomförts. Patientsäkerhetsarbetet är inte kommunicerat till alla och för att få styrka och bäring i alla de förbättringar som görs behövs en tydlig kommunikationsplan. Det vill säga; För vem, Vad, Hur, Var och Hur ofta? Möjlighet för alla medarbetare att reflektera och diskutera utfall är viktigt till exempel genom strukturerad falldragning av avvikelser eller diskussion kring förbättringsmöjligheter för en indikator.

Nedan redovisas 2023 års indikatorer exkl. täckningsgrader.

Indikator	Mål	Utfall 2023
Stroke; direktinläggning på strokeenhet	90%	86%
Stroke; andel som fått trombolys inom 30 minuter	50%	19%
Stroke; mediantid för door-to-needle tid	Visa resultat	60 min
Stroke, reperfusionbehandling	Visa resultat	19%
Stroke; trombektomi behandling	Visa resultat	10%
Stroke; test av sväljförmåga	Visa resultat	99%
Stroke; andel patienter med trygghetskvitto	> 90%	98%
Hjärtinfarkt; andel som fått PCI inom 60 minuter	Visa resultat	19%
Hjärtinfarkt; andel som fått PCI inom 90 minuter, < 80 år	Visa resultat	81%
Hjärtinfarkt; andel som fått PCI inom 90 minuter, > 80 år	Visa resultat	17%
Hjärtsvikt; andel patienter med trygghetskvitto	> 92%	94%
Hjärtsvikt; andel patienter som genomgått ultraljudsdiagnostik	> 61%	88%
Hjärtinfarkt sekundärprevention; andel patienter < 80 år som slutat röka	Visa resultat	60%
Hjärtinfarkt sekundärprevention; andel patienter < 80 år med LDL kolesterol > 1,4	Visa resultat	60%
Hjärtinfarkt sekundärprevention; andel patienter < 80 år som når mål för blodtryck	Visa resultat	77%
Hjärtinfarkt sekundärprevention; andel patienter < 80 år som deltagit i fysisk träning	Visa resultat	26%
Diabetes typ1; andel patienter som har HbA1c < 70	80%	75%
Diabetes typ1; andel patienter som har blodtryck < 140/80	Visa resultat	80%
Diabetes typ1; andel patienter som genomgått fotundersökning senaste året	Visa resultat	84%
Diabetes typ1, ögonbottenundersökning	Visa resultat	80%

Tabell 1. Indikatorer och utfall 2023

Interna och externa avvikelser inklusive patientklagomål har hanterats och besvarats utifrån tydligt ledningssystem.

Organisation och ansvar

Anders Ahlgren
Daniel Richter
Katarina Janhagen
Birgitta Milton

Verksamhetschef
Sektionschef
Tf. vårdenhetschef, medicinmottagningen
Verksamhetsutvecklare

Verksamhetschefen är ytterst ansvarig för patientsäkerhetsfrågor och arbetar nära verksamhetsutvecklare, vårdenhetschef och sektionschef i kvalitet- och patientsäkerhetsfrågor. Större, strategiska frågor planeras och följs upp i VO Internmedicins ledningsgrupp. Uppföljning av vårdenhets- sektionschefer och verksamhetsutvecklarens pågående arbete sker veckovis då strategiska diskussioner förs och planer görs upp. Sjukhuset följer upp Internmedicins utfall och förbättringsarbete kontinuerligt via sjukhusledningen och Vd har avstämningar med Internmedicins verksamhetschef individuellt månadsvis för strategiska diskussioner, behov av beslut etc.

Verksamhetsutvecklaren bistår verksamhetschefen med systematiskt kvalitetsarbete, processleder förbättringar och deltar aktivt i Internmedicins ledningsgrupp med förbättringsförslag. Det är verksamhetsutvecklarens ansvar att se till att styrkort (inklusive regionens indikatorer) är aktuella. Indikatorer/mätetal följs vid olika frekvens och återkopplas i Internmedicins ledningsgrupp. Liksom verksamhetschefen ingår verksamhetsutvecklaren i olika nätverk som spänner över hela sjukhuset och fungerar som gemensamma arenor för kvalitet och patientsäkerhetsarbete.

Det finns en tydlig struktur för och uppföljning av gemensamma förbättringsarbeten på sjukhusnivå som syftar till att förebygga vårdskador. Internmedicin är en aktiv del i det arbetet. I samverkan med andra verksamhetsområden utförs förbättringsarbete såsom gemensamma händelseanalyser (t.ex. VO Vård, VO Paramedicin), i gemensamma akuta processer (t.ex. med Vo Akut (tid till trombolys)). Nästan alla förbättringsarbeten berör flera verksamhetsområden och storleken på sjukhuset möjliggör bra samarbeten och snabba förlopp. Inom VO Internmedicin är det dagliga falldiskussioner mellan läkarna där specialister inom sitt område deltar. IVA patienter med sina komplexa behov diskuteras varje morgon med en bred kompetensgrupp som deltar. Samarbetet mellan läkarna fungerar bra i det dagliga arbetet och gällande akuta frågor men skulle kunna förbättras genom fler strukturerade, avidentifierade falldragningar som syftar till lärande.

När patienter inom VO Internmedicin dock drabbats av vårdskada och utredning föreligger, kan både interna (andra verksamhetsområden) samt externa aktörer (exempelvis primärvården) bjudas in till Morbidity & Mortality-konferens. Respektive aktör förbereder sin del av händelsen och efter gemensam diskussion tas förslag på systemlösningar fram för att förhindra att händelsen återupprepas sig.

En god säkerhetskultur

Inom slutenvården sker kontinuerlig avstämning tvärprofessionellt i team flera gånger per dag för att säkerställa kvalitativ vård för våra patienter via olika mätredskap såsom till exempel NEWS och Downton ur vilka risker lätt identifieras. Behov finns för tvärprofessionellt (läkare, sjuksköterskor, paramedicin) lärande i form av gemensamma falldragningar och utbildningar. Vid vårdskador eller identifierad risk för vårdskada uppmuntras alltid medarbetare att skriva en avvikelserapport på händelsen i syfte att belysa problem ur systemperspektiv för att förhindra att de sker igen. Statistik visar att antalet avvikelser ökar för varje år.



	Antal år 2023	Antal år 2022	Antal år 2021
Vårdavvikelser	63	52	19

Tabell 2. Antal registrerade vårdavvikelser, jämförelse över tre år

De internmedicinska slutenvårdsavdelningarna tillämpar parledarskap mellan vårdenhetschefer och medicinskt ledningsansvariga läkare (MLA) vilka ansvarar för och planerar det dagliga arbetet och säkerställer kompetenta beslut.

Sjukhuset, och därmed även VO Internmedicin, mäts årligen i medarbetarenkäten på "Hållbart säkerhets engagemang" (HSE). HSE-index är en kartläggning av patientsäkerhetskulturen och uttrycker verksamhetens vilja och förmåga att förstå säkerhet och risker samt viljan och förmågan att agera för att främja säkerhet.

Enligt index har patientsäkerhetskulturen på VO Internmedicin förstärkts sedan 2022, vilket också bekräftas genom ökat antal avvikelser.

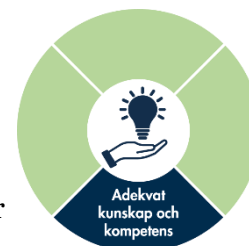
	Index 2023	Index 2022
HSE-index Internmedicin	81	75
HSE-index Södertälje sjukhus	76	74

Tabell 3. HSE-index för VO Internmedicin 2023 och 2022 i jämförelse med HSE-index för Södertäljesjukhus 2023

Adekvat kunskap och kompetens

Alla nyanställda medarbetare deltar i sjukhusets introduktionsdag där information om kvalitet- och patientsäkerhetsarbete ges.

ST-läkarna deltar i regiongemensam utbildning en eftermiddag per månad under terminerna, 9 gånger per år. Utöver det går de SK-kurser i enlighet med individuellt utbildningsprogram och sjukhusgemensamma kurser för att bland annat få kunskap om ledarskap, organisationskunskap, förbättringskunskap och patientsäkerhetsarbete. ST-läkarna gör också två arbeten; ett förbättringsarbete och ett vetenskapligt arbete med syfte att identifiera, analysera och ha idéer för förbättringar vilket leder till kritiskt tänkande ur systemperspektiv. Specialisterna deltar i kurser, kongresser och konferenser för att vara uppdaterade på nya rön och få idéer för nya behandlingsmetoder och förbättringar i verksamheten.



Under året har en sjuksköterska fullgjort sin specialistutbildning inom kardiologi och har nu en tjänst som "omvårdnadsledande sjuksköterska" (Södertälje sjukhus benämning för steg 5 i kompetensstegen). VO Internmedicin har även, under 2023, anställt ytterligare en omvårdnadsledande sjuksköterska stroke. För omvårdnadsledande sjuksköterska skall minst 20 % av tjänstgöringstiden schemaläggas som administrativ tid för att arbeta med förbättringar inom sitt område vilket leder till ökad kvalitet och patientsäkerhet.

God schemaläggning är grunden för rätt kompetens på rätt plats i rätt antal och därmed grunden för god och säker vård. Arbetet med schemaläggningen baseras på kompetens och erfarenhet hos medarbetarna. Att säkerställa den medicinska kompetensen är av största vikt, liksom att det finns möjlighet till fortbildning internt och externt. För att tillgodose medarbetarnas behov och önskemål om schema, fortbildning och ledighet krävs framförhållning, noggrannhet och tydliga riktlinjer vilket verksamheten eftersträvar. Arbetet med bra schemaläggning fortsätter på VO Internmedicin i syfte ge våra patienter vård i rätt tid med rätt kompetens och samtidigt förbättra arbetsmiljön för våra medarbetare. VO Internmedicin har en schemaläggare som arbetar 100% med schemaläggning och bemanning. Verksamhetschefen, i framtiden sektionschef, ser över schemat innan driftsättning och ser till att verksamhetsbehovet säkerställs.

Förståelse för förbättrings- och implementeringsarbete erhålls via de förbättringsarbeten som görs. I varje förbättringsarbete deltar kliniska experter. På Internmedicin är det verksamhetsutvecklaren som processleder förbättringar, något som skulle kunna delegeras på sikt. I dagsläget är det ingen av medarbetarna som har särskild kunskap i förbättrings- och implementeringsarbete.

Patienten som medskapare

Vartannat år skickas en nationell patientenkät ut till alla patienter som haft besök inom öppenvården och vartannat år till patienter som haft ett vårdtillfälle inom slutenvården. Under 2023 besvarade 36,7% av öppenvårdens patienter enkäten. Resultatet kommuniceras och förbättringar initieras kopplat till enkätsvar.



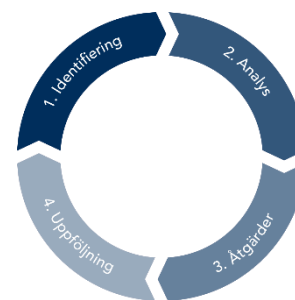
På VO Internmedicins läkar- och sjuksköterskemottagningar sätts, i samverkan med patienten, planer, delmål och mål. Dessa följs alltid upp på nästa besök.

Alla synpunkter och klagomål hanteras som en avvikelse, det vill säga, de bedöms och åtgärder initieras. Då klagomål handlar om bemötande och berör specifika individer förs samtal mellan chef och medarbetare. Patient eller anhörig får alltid återkoppling vilka inkluderar åtgärderna. VO Internmedicin sätter stor värde vid patienters eller anhörigas synpunkter på given vård och behandling och ser det som en viktig del i förbättrings- och kartläggningsarbete.

Då det finns behov och möjlighet medverkar patient eller anhörig i händelseanalyser vars perspektiv är viktigt för åtgärdsbeslut. I arbetet med PSVF ingår medverkan från patientorganisationer och Internmedicin planerar att, vid rätt tidpunkt, involvera dessa

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

Hela sjukhuset, och därmed även VO Internmedicin, arbetar aktivt med att lyfta samverkan mellan olika verksamhetsområden för att säkra vården. Det dagliga arbetet, på alla nivåer, har stort fokus på patientsäkerhet och alla dialoger, diskussioner och utbildningar som förs intra- och tvärprofessionellt och mellan olika verksamhetsområden syftar till att säkra vården. Nedan beskrivs hur VO Internmedicin har arbetat med analys, identifiering, åtgärd och uppföljning av förbättringsarbetet "tid till trombolys"



1. Identifiering

Internmedicin har ett flertal egenkontroller under respektive specialitet samt verksamhetsområdesövergripande. En av egenkontrollerna, som även är en sjukhusgemensam indikator, är andelen strokepatienter som läggs in direkt in på strokeenhet. Målet är att 90% av alla strokepatienter skall läggas in på strokeenhet som första avdelning. Studier visar att kvalitet och patientsäkerhet ökar markant vid direktinläggning. Tabell 4 visar statistik för år 2023 på antal strokepatienter som inkom till Södertälje sjukhus 2023, antalet direktinlagda och andelen direktinlagda på strokeenhet.

2023	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Totalt
Antal patienter	26	22	27	22	20	20	15	15	23	27	16	17	250
Antal direktinlagda patienter	16	13	24	18	19	16	13	13	18	25	13	15	203
Andel direktinlagda patienter	59%	89%	67%	79%	100%	75%	71%	88%	79%	92%	63%	78%	82%

Tabell 4. Antal strokepatienter totalt och antal strokepatienter som kom till strokeenhet som första enhet på sjukhuset 2023. Visas andel per månad sam totalt för helår.

2. Analys

Utfall av andel direktinlagda strokepatienter följs månadsvis både på VO Internmedicin och i sjukhusledningen. Då strokeenheten är fullbelagd läggs strokepatienter in på annan enhet eller blir kvar på akuten. Svårigheten med direktinläggning kan bero på:

- Stängda vårdplatser på grund av utmaningar gällande sjuksköterskebemanningen
- För hög belastning på sjukhuset i förhållande till vårdplatser
- För få internmedicinska vårdplatser

3. Åtgärd

Inläggning på fel enhet sker ofta jourtid. Identifiering av "flyttbara patienter" på strokeenheten möjliggör en plats för en akut strokepatient. "Flyttbar patient" skall identifieras på rond och överföras till annan enhet då behov uppstår. Arbetet med att överföra till annan enhet jourtid behöver förbättras.

4. Uppföljning av åtgärd

Då direktinläggning berör flera verksamhetsområden följs direktinläggning upp på VO Internmedicin och i sjukhusledningen. Förbättringsarbete med ”rätt patient på rätt plats” sker i vårdberedningen och här skapas rutiner och riktlinjer som är VO övergripande vilka kommuniceras utåt i organisationen via verksamhetschef.

Öka kunskap om inträffade vårdskador för lärande och förbättringar

Internmedicin arbetar aktivt med att öka systemförståelsen för transparens och därmed rapportering av avvikelser. Det finns en mycket positiv tendens till att påminna och uppmana varandra till att skriva avvikelser, något som starkt uppmuntras av ledningen.

Vårdavvikelser, händelseanalyser och Lex Maria

Antalet vårdavvikelser ökar år för år vilket är positivt. Ledningen behöver ha fokus på snabb återkoppling och kommunicera de förbättringar som initierats via avvikelserna. Alla medarbetare behöver känna att en avvikelse bidrar till systemförbättringar. Från november 2023 och framåt har ett arbete med detta startats och en avvikelsegrupp har bildats med sektionschef, verksamhetsutvecklare och verksamhetschef. Gruppen ska tillsammans bedöma alla avvikelser och initiera förbättringsarbete. I tabell 5 visas antal vårdavvikelser under 2023 och tillhörande klassificering.

Klassificering/orsaksområde (av handläggare) år 2023	Totalt	Av handlagda år 2023	Totalt
Behandling/omvårdnad	3	Risk	33
Utredning/bedömning/diagnos	12	Tillbud	17
Regelverk/juridik	1	Negativ händelse	13
Tillgänglighet	13	Antal registrerade	63
Dokumentation/informationsöverföring	17		
Läkemedel	13		
Vårdhygien	2		
Oväntat dödsfall	1		
Externa avvikelser, har ej HändelseVis	1		
Antal registrerade	63		

Tabell 5. Antal vårdavvikelser och klassificering för år 2023

Under 2023 har inte Internmedicin initierat eller genomfört någon händelseanalys, dock har verksamheten deltagit, tillsammans med andra verksamhetsområden, i två händelseanalyser. Behov finns att strukturerat identifiera behovet och snabbt initiera analysen. Arbetet med den nya strukturen är redan igång med start januari 2024.

Om en händelse har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada utreds dessa och följs upp via ett strukturerat system. Verksamhetschef initierar en händelseanalys och utser analysledare. Analysledaren genomför händelseanalysen utifrån NITHA (struktur för analys) och händelseanalysen rapporteras i grupp med berörda av avvikelserna där även chefsläkare ingår. Chefläkaren kan besluta om Lex Maria. Dock är inte systemet säkrat för att följa upp utfall av de förbättringar och förändringar som har gjorts. Uppföljning av förbättringar och förändringar kommer fortsättningsvis följas upp och rapporteras i VO Internmedicins ledningsgrupp. APT är en av flera kommunikationsvägar för medarbetarna om förbättringsarbeten och utfall. Ytterligare fora för detta behöver identifieras.

Klagomål och synpunkter

VO Internmedicin behöver, för att öka kvaliteten och säkra vården, återkoppling från patienter och anhöriga, då dessa är viktiga för det ständigt pågående förbättringsarbetet. Sammanställning av inkomna ärenden till Patientnämnden 2023 (Tabell 7) och antal synpunkter och klagomål totalt 2023 (tabell 8).

Enhet	Ärenden totalt	Administrativ hantering	Dokumentation och sekretess	Ekonomi	Kommunikation	Resultatet	Tillgänglighet	Vård och behandling	Vårdansvar och organisation	Klagomål totalt
Internmedicin	4	0	0	0	2			3	1	6

Tabell 6. Antal inkomna ärenden till Patientnämnden år 2023

Synpunkter och klagomål via	Antal år 2023	Antal år 2022	Antal år 2021
1177	11	10	4
Patientnämnden	4/6	6/12	7/18
LÖF	0	1	1
IVO (ej Lex Maria)	1	5	3

Tabell 7. Antal ärenden totalt/antal inkomna totalt synpunkter och klagomål, jämförelse över tre år

Varje synpunkt eller klagomål har bedömts och förbättringar initierats och återkoppling har skett. För att få mer struktur genom ett säkert system kommer även synpunkter och klagomål att hanteras i avvikelsegruppen.

Tillförlitliga och säkra system och processer

Inom VO Internmedicin pågår ett antal förbättringsprocesser. I tabellen nedan (tabell 8) listas de viktigaste. Under året har verksamhetsområdet arbetat med att säkra täckningsgraden i kvalitetsregister i syfte att lita på utfall. Täckningsgraderna är goda i alla register och resultaten fina. Många av de kvalitetsindikatorer som verksamheten följs på hämtas från de olika registren. Ett arbete har gjorts med "vem gör vad" för den administrativa delen av registrering i syfte att säkra ägandeskapet hos de kliniska experterna vilket möjliggör snabb analys av utfall och identifiering av förbättringsbehov med tydlig plan.

	Process/system	Status	Åtgärdsplan (vid röd färg)
1	Kvalitetsregister		
2	Kvalitetsindikatorer: sjukhusgemensamma & sjukhuspecifika		
3	Hjärtinfarkt; minska tiden till PCI		
4	Direktinläggning stroke		
5	Stroke; minska tiden till trombolys		Arbete stannat av 2023
6	Tvårprofessionella arbetsgrupper (rondarbete)		
7	Införande av PSVF (fyra processer)		
Förklaring		fungerar	arbete pågår, hinder finns
			arbete ej påbörjat p.g.a. hinder, arbete ej påbörjat

Tabell 8. Pågående processer 2023

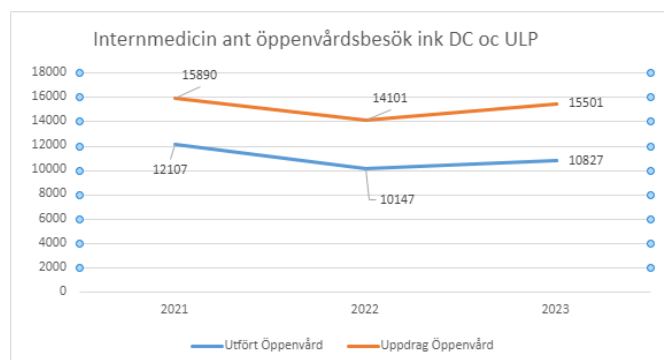
Risker och riskmedvetenhet

Riskområden

Enligt Socialstyrelsen ger utlokaliseringar av patienter en ökad risk för vårdskador vilket beror på att det inte alltid finns tillräcklig kompetens och kapacitet för att möta patientens behov. Studier visar att sannolikheten är 60% högre att förvärva en vårdskada för en utlokaliserad patient än för en patient som vårdas på rätt vårdenhets. VO internmedicin har ofta sina patienter utlokaliserade på ett annat verksamhetsområde. Ofta på en kirurgisk vårdenhets eller på akuten. Ett verksamhetsövergripande arbete pågår i vårdberedningen (operativt utskott från sjukhusledningen) för att minska andelen utlokaliserade patienter i vilket VO Internmedicin ingår. Det arbetet inbegriper att få ”rätt patient på rätt plats”.

Två verksamhetsområden kan samtidigt ha utlokaliserade patienter hos varandra. Detta torde bero på hög belastning. Dock byts inte alltid dessa patienter med varandra utan ligger ofta kvar på fel enhets fram till utskrivning.

Mottagningsbesök stryks vid sjukdom hos medarbetarna och/eller hög belastning i slutenvården. Detta leder till långa köer och väntetider för framförallt återbesök. Ett arbete har startats med hållbar schemaläggning för att även säkra tid till besök.



Tabell 9. Tillgänglighet på medicinmottagningen 2023

Internmedicin tar emot patienter med akut bröstsmärta men Södertälje sjukhus har inte uppdrag för PCI-verksamhet vilket innebär att patienterna behöver skickas till annat sjukhus för behandling. Södertälje sjukhus har ett avtal med Karolinska Huddinge men sommaren 2023 stängde de sin verksamhet jourtid vilket har påverkat patienter från Södertälje sjukhus starkt negativt. VO Internmedicin följs på ”tid till PCI” och det dokumenterade utfallet är klart försämrat jämfört med

föregående år. Det finns ett sjukhusgemensamt arbete som pågår med tillgänglighet till PCI i regionen.

Riskhantering

Inför varje förändring i organisationen, för att arbeta proaktivt, görs riskanalyser på Internmedicin. Syftet med riskanalyser är att identifiera risk för försämrad kvalitet och patientsäkerhet vid organisationsförändringar. Som exempel kan nämnas att riskanalys görs inför förändringar i bemanning eller rollförändringar.

Verksamhetsområdets planering med det robusta sjukhuset.

Under planerade kortvariga förändrade förhållanden såsom längre strömavbrott eller IT-störning ökas alltid bemanningen. Verksamhetschef informerar alla medarbetare generellt i god tid och påminner berörda medarbetare kort tid innan det förändrade förhållandet så att eventuella förberedelser görs. Om den förändrade situationen är planerad görs en riskanalys och avstämning med andra berörda verksamheter. Verksamhetschefen (under jourtid bakjour) är i kontakt med chefläkare för uppdatering.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Då hela ledningsgruppen är ny för 2024 behöver nya tydliga strukturer beslutas såsom internt ledningssystem för kvalitet- och patientsäkerhetsarbete, kommunikation inom VO Internmedicin och uppföljningsfrekvens av förbättringsarbete och mätetal. Då VO Internmedicin och VO Geriatrik har slagits ihop (240101) finns ett antal utmaningar för att öka känslan av samhörighet.

- Få till en god ledningsstruktur för kvalitet och patientsäkerhet inklusive kommunikationsplan
- Öka engagemanget hos medarbetarna i patient- och säkerhetsarbetet.
- Minska andelen utlokaliserade
- Produktionsplanering i öppenvården kopplat till schemaläggning.
- Initiera och fortsätta projekt och processer som stärker kvalitet och patientsäkerhet
- Hitta gemensamma strukturer och nämnare i kvalitet- och patientsäkerhetsarbetet för internmedicin och geriatrik.