

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse för Södertälje sjukhus

VO Kirurgi-Ortopedi-Urologi 2023



Datum: 2024-02-29

Ansvarig för innehållet:

Åsa Elfving, verksamhetschef

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	7
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	8
Öka kunskap om inträffade vårdskador för lärande och förbättringar	9
Vårdavvikelser, händelseanalyser och Lex Maria	9
Klagomål och synpunkter.....	9
Tillförlitliga och säkra system och processer	10
Risker och riskmedvetenhet.....	11
Riskhantering	11
Sjukhusets/VOTs planering med det robusta sjukhuset.	11
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	12

SAMMANFATTNING

Verksamhetsområde Kirurgi-Ortopedi-Urologi (KOU) prioriterade förbättringsåtgärder som arbetats med under året:

- Den preoperativa processen, ett pågående förbättringsarbete som syftar till att kvalitetssäkra och standardisera arbetssätt samt öka patientsäkerheten i det preoperativa förloppet.
- För ökad tillgängligheten till operation har:
 - operationssal utanför centraloperation har färdigställts enligt standard för bibehållen kvalitet och patientsäkerhet. Nya arbetssätt har tagits fram och operationer har genomförts. Det har ökat tillgängligheten till operation samt förbättrad selektionen av de ingrepp som behövs genomföras på centraloperation.
 - undersköterska utbildats för att instrumentera på mindre operationer genomförda på operationssal på KOU-mottagningen.
- Påbörjat förbättringsarbete kring rutiner och arbetssätt för patienter som ska kallas på återbesök till KOU-mottagningen. Arbetat syftar till ökad patientsäkerhet där rätt patient ska få återbesök i rätt tid och till rätt kompetens.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Engagerad ledning och tydlig styrning

Övergripande mål och strategier

Verksamhetsområde KOU:s styrkort för år 2023, Tabell 1. Regelbunden uppföljning av styrkortet på ledningsgruppsmöten under det gångna året.



	Mål och Mått	Målvärde	Aktivitet VO KOU	Berör	Ansvarig	Resultat
1	SÄKER OCH EFFEKTIV VÅRD		PATIENT OCH PROCESS			
	Andel patienter som vistas högst 4 timmar på akutmottagningen	≤78%	Medvetandegöra våra primärjourer om sin del i det akuta flödet	VO KOU	VO Akut	53%
	Andel patienter som får tid för första besök hos specialistläkare inom 30 dagar	70%	Pulsmöten veckovis	VO KOU	VO KOU	80%
						94%
						64%
	Andel patienter som får tid för behandling inom 90 dagar	80%	Pulsmöten veckovis	VO KOU	VO KOU	67%
						77%
						62%
	Oplanerade återinläggningar inom slutenvården STS inom 30 dagar	<9%	Titta på alla återinläggningar oavsett klinik och diagnos i syfte att hitta förbättringsområden	VO KOU	VO KOU	8,8%
						4,4%
						10,2%
	Medelvårdtider i dagar på akuta gallor	minskande från 2022 <3,9 dagar				4,7
	Medelvårdtider i dagar på akuta höftfrakturer	minskande från 2022 <3,6 dagar				3,6
	Andel signerade läkemedelslistor	Ökande från 2022	Kvalitetskontroll av signeringar tillsammans med läkemedelsenheten			
	Uppnå 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	78
	Öka jourkompsuttaget i tid	Ökande fr 2022				
	Arbetsmiljömätningar på Menti, mäta totalvärdet	Bibehålla/öka totalvärdet	Snittvärdet per mättillfälle			
	Personalomsättning, tillsvidareanställda	<10		VO KOU	VO KOU	
3	HÅLLBAR VERKSAMHET		HÅLLBAR VERKSAMHET			
	Genomförd grundläggande hållbarhetsutbildning	75%		VO KOU	VO KOU	
	Tjänsteresor som görs enligt sjukhusets miljömål	100%	Följa sjukhusets miljöpolicy kring tjänsteresor	VO KOU	VO KOU	
	Elektroniska kallelser		Aktivt arbeta för att möjliggöra elektroniska kallelser.			
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	

Tabell 1 Verksamhetsområde KOU:s styrkort för år 2023.

Organisation och ansvar

Rollfördelning inom verksamhetsområdet

Åsa Elfving	Verksamhetschef
Victoria Bravén	Vårdenhetschef KOU- och endoskopimottagningen
Malin Ström	Verksamhetsutvecklare
Jila Harirchian	Medicinskt ledningsansvarig Kirurg på avdelning 18
Joel Westholm	Medicinskt ledningsansvarig Ortoped på avdelning 19
Naci Tatar	Medicinskt ledningsansvarig Urolog på avdelning 19
Torbjörn Thulin	Medicinskt ledningsansvarig Gastroentrolog på Endoskopimottagningen

Verksamhetschef är ytterst ansvarig. Verksamhetsutvecklare samlar in och återkopplar resultat till verksamhetschef, som i sin tur lyfter det i ledningsgrupp eller direkt med berörd medarbetargrupp.

Samverkan för att förebygga vårdskador

När patienter inom verksamhetsområdet drabbats av vårdskada och utredning föreligger, bjuds både interna (andra verksamhetsområden) samt externa aktörer (exempelvis primärvården) 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. De Händelseanalyser som genomförs på verksamhetsområdet görs nästan alltid i samarbete med andra verksamhetsområden.

Under året har två medarbetare gått KI:s utbildning i att göra Händelseanalyser.

Strålskydd

De senaste tre år har 38 procent av verksamhetsområdets 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 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.

Patientsäkerhet och arbetsmiljö hänger ihop och påverkar varandra

Aktivt uppmanas medarbetare att skriva både vård- och arbetsmiljöavvikelser och sedan eftersträvas återkoppling till medarbetarna enskilt eller på gruppnivå efter behov. Där avvikelserna är av allvarligare art görs Händelseanalyser. Varje specialitet har en läkare som är ansvarig för att hantera de avvikelser som inkommer i HändelseVis. Verksamhetschef har regelbundna möten med dem för att följa upp arbetet med avvikelser.

Adekvat kunskap och kompetens

Metoder för hur yrkeskompetens och kunskap om kvalitet och patientsäkerhet kan säkerställas genom kompetensutveckling och fortbildning

Vid introduktionsdag för nyanställda läkare ges information om patient- och kvalitetsarbete på Södertälje sjukhus. Ingår även i ST-läkarnas utbildning. Schemamässigt möjliggöra att medarbetare kan delta i interna och externa fortbildningsaktiviteter.

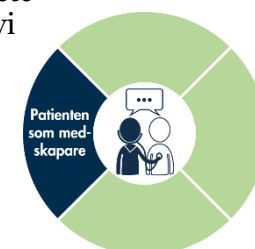


Tillämpning av säker bemanning och schemaläggning utifrån kunskap om medarbetarnas erfarenhet och kompetens

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

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. Uppstart av ERAS, höftfrakturprosen samt PSVF höftledsartos kommer att ske under 2024.



Under året har implementeringsarbete av LÖF projektet *Akut laparotomi hos den sköra äldre* påbörjats. Görs tillsammans med verksamhetsområde: Akut, Geriatrik och Anestesi.

Patienten som medskapare

Patientdelaktighet i den egna vården

Patientenkäter på Endoskopi- samt KOU-mottagningen där även möjlighet till fritextsvar samt kontakt med verksamhetsområdet finns för att utveckla vården för våra patienter.

Hur patient och närståendes synpunkter och klagomål tas tillvara

Via patientenkäter, 1177, direktkontakt med verksamhetschef, Patientnämnden och Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

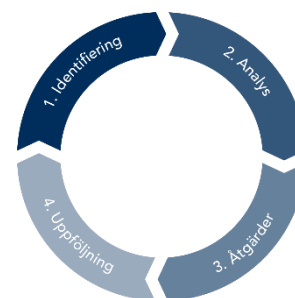
Hur patient- och närståendemedverkan sker i kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet

Patienter och anhöriga har bidragit i arbetet med händelseanalyser som de haft en anknytning till.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

1. Identifiering

Verksamhetsområdet KOU har ett flertal egenkontroller under respektive specialitet samt verksamhetsområdesövergripande. En av egenkontrollerna, som även är en sjukhusgemensam kvalitetsindikator, är andelen patienter som genomgår höftoperation inom 24 timmar efter ankomst till akutmottagningen. Målsättningen är att 75 procent av patienterna ska opereras inom uppsatt tidsram. I Tabell 2 visas statistik för år 2023 med antal patienter med höftskada, antal som opererades inom 24 timmar och andelen opererade inom 24 timmar.



2023	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Totalt
Antal patienter	20	8	18	19	15	16	17	8	14	12	16	8	171
Antal op inom 24 tim	15	5	12	15	15	12	12	7	11	11	10	7	132
Andel op inom 24 tim	75%	63%	67%	79%	100%	75%	71%	88%	79%	92%	63%	78%	77%

Tabell 2 Antal patienter med höftskada och antal patienter som opererades inom 24 timmar från ankomsttid till sjukhuset för år 2023. Visas andel per månad samt totalt för helåret.

2. Analys

Vi följer upp målet månadsvis och en överläkare inom ortopedi går igenom de patienter som inte blivit opererade inom 24 timmar. Vid genomgång av de patienter som fått vänta längre än 24 timmar ses tre huvudskäl:

- Annorlunda prioritering av operationsprogrammet
- Kapacitetsskäl
- Patientens medicinska skäl

3. Åtgärder

Översyn av schemalaggningsen för att säkerställa att rätt kompetens finns på plats för att kunna operera patientgruppen inom 24 timmar. Genomlysning hur operationsresurser fördelas, akut gentemot elektivt. Har vi rätt kapacitet på operation för att handlägga vårt upptagningsområde?

Viktigt att medvetandegöra för involverade i höftfrakturkedjan att patienten bör opereras inom 24 timmar, exempelvis genom regelbundna möten. Ytterligare förbättringsförslag är att operatören skriver en kort redogörelse på varför patienten inte blev opererad inom 24 timmar, när de inträffar.

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 för lärande och förbättringar

Vårdavvikelser, händelseanalyser och Lex Maria

Utredar 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. I Tabell 3 visas antal vårdavvikelser och inkomna synpunkter och klagomål.

	Antal år 2023	Antal år 2022	Övrig information	Kommentarer
Vårdavvikelser	61	62		
Synpunkter och klagomål via 1177	9	13		

Tabell 3 Antal vårdavvikelser, synpunkter och klagomål år 2022 och 2023.

Händelser och risker under året

År 2023 har det inträffat allvarliga händelser, som har utretts. I Tabell 4 redovisas antal allvarliga händelser som utretts och antal anmälningar som har eller ska anmälas enligt Lex Maria.

Antal utredda händelser, bedömts som allvarliga	Antal som har anmälts enligt Lex Maria	Antal som kommer anmälas enligt Lex Maria
5 samt deltagit i ytterligare 2	1	2

Tabell 4 Antal allvarliga händelser som har utretts samt antal som har eller ska anmälas enligt Lex Maria för år 2023.

Genomförda åtgärder och riskområden som identifierats samt hur de har följts upp

Två av händelserna visar brister i bedömning av patienter med akut bukåkomma. Därför ses introduktionsprogrammet för primärjournalslinjer över och utbildningsinsats påbörjats gällande att bedöma akut buk.

Klagomål och synpunkter

Sammanställning och analys av inkomna klagomål och synpunkter

Verksamhetsområdet tar emot de flesta klagomålen via 1177, Patientvägledare, Patientnämnden och Regionernas Ömsesidiga Försäkringsbolag (LÖF). De besvaras omgående av berörd läkare och verksamhetschef. En samlad bild över de inkomna klagomålen saknas då de inkommer från olika håll och 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, för att bli bättre på att förklara den vård vi kan erbjuda. För att säkerställa att våra patienter och medarbetare alltid får ett gott bemötande bör vi arbeta med att implementera sjukhuset övergripande beteendekod.

Sammanställning av inkomna ärenden till Patientnämnden (Tabell 5) och LÖF (Tabell 6) år 2023.

Enhet	Ärenden totalt	Administrativ hantering	Dokumentation och sekretess	Ekonomi	Kommunikation	Resultatet	Tillgänglighet	Vård och behandling	Vårdansvar och organisation	Klagomål totalt
Kirurgi	11	0	1	0	2	8	2	6	1	20
Ortopedi	10	0	1	0	5	7	1	8	3	25
Urologi	7	0	0	0	2	3	1	6	0	12
Totalt	28	0	2	0	9	18	4	20	4	57

Tabell 5 Antal inkomna ärenden till Patientnämnden år 2023.

År	Antal anmälda	Ersätta	Ej ersätta	Under handläggning
2018	53	26	27	0
2019	47	23	24	0
2020	41	18	23	0
2021	53	22	31	0
2022	66	33	30	3
2023	67	10	21	36

Tabell 6 Antal inkomna ärenden till LÖF år 2018-2023.

Tillförlitliga och säkra system och processer

Verksamhetsområdets arbetsprocesser och system som påverkar kvalitet och patientsäkerheten presenteras i Tabell 7.

	Process/system	Status	Åtgärdsplan (vid röd färg)
1	Kvalitetsregister		
2	Läkemedelsgenomgång		
3	Kvalitetsindikatorer: sjukhusgemensamma & sjukhuspecifika		
4	Tvärprofessionella arbetsgrupper, exempelvis Akut laparotomi hos den sköra äldre, Akuta höftfrakturer, ERAS		
5	Preoperativa processen		
6	Återbesöksprocessen		
7	Ställningstagande om behandlingsbegränsningar		
Förklaring	fungerar	arbete pågår, hinder finns	arbete ej påbörjat p.g.a. hinder, arbete ej påbörjat

Tabell 7 Arbetsprocesser och system som påverkar kvalitet och patientsäkerheten inom verksamhetsområdet.

Risker och riskmedvetenhet

Riskområden

Identifierade riskområden för vårdskador

Vårdplatsbrist på sjukhuset resulterar i att medicinpatienter är utlokaliserade på verksamhetsområde KOU:s vårdplatser. Det påverkar oss att kunna ta hand om 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.

Utveckling över tid

Tillgängligheten år 2023 för att träffa läkare på nybesök, genomgå operation och medelvårdtiden inom slutenvården för vardera specialiteten, Tabell 8, samt dess utveckling över tid.

Tillgänglighet till nybesök* <30 dagar (andel)	2023	2022	2021
Kirurgmottagning	80	86	43
Ortopedmottagning	94	76	74
Urologmottagning	64	95	49
Tillgänglighet till operation* <90 dagar (andel)	2023	2022	2021
Kirurgi	67	80	52
Ortopedi	77	90	72
Urologi	62	76	44
Medelvårdtid slutenvård (dagar)	2023	2022	2021
Kirurgi	3,2	3,0	3,0
Ortopedi	3,0	2,9	3,0
Urologi	2,6	2,5	2,3
*medicinsk och patientvald väntan ej medräknade			

Tabell 8 Tillgänglighet till nybesök, operation och slutenvårdsplats samt utveckling över tid år 2021-2023.

Riskhantering

Risikanalyser görs inför förändringar. Exempel genomförda risikanalyser under året:

- Vid införandet av §13 för läkare
- Inför tillsättning av sektionschefer
- Inför flytt av operationsplanerarens arbetsplats

Sjukhusets/VOTs planering med det robusta sjukhuset

Bibehålla patientsäkerheten under kortvarigt förändrade förhållanden

Patientsäkerheten ligger oss varmt om hjärtat och vid nya oförutsedda händelser är verksamhetsområdet snabbfotat att ställa om för att hitta patientsäkra arbetssätt. Medarbetarna är bra på att förändra och använda sin kompetens på ett så bra sätt som möjligt. Exempelvis har de hjälpt till på andra verksamhetsområden som haft en tuffare arbetsbelastning. Med en inblick 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

Verksamhetsområdets målsättning är att fokusera på följande förbättringsåtgärder för att nå säkrare vård, flertalet har arbetats fram i KOU's verksamhetsplan:

- Påbörja arbetet med införandet av Personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp (PSVF).
- Målsättning att alla mottagningar har påbörjat införandet av digitala kallelser.
- Förbättra tillgänglighet för våra patienter när de behöver komma i kontakt med oss, både via telefon och digitalt.
- Förbättra den digitala patientinformationen och skapa förbättrade arbetssätt för att patienter ska vara förberedda inför mottagningsbesök och operation.
- Öka tillgängligheten till behandling för patienter som väntar på operation. Exempelvis hitta vägar att kunna operera fler patienter och hitta arbetssätt att upprätthålla aktuell operationsväntelista.
- Samarbete med sjukhusapotekare för att kvalitetssäker signering av läkemedelslistan i samband med inläggning i slutenvården.
- Förbättringsarbete för patientsäkra arbetssätt för patienter som ska kallas på återbesök.
- Målsättning att få uppdrag för att vara screeningverksamhet av kolorektalcancer. Upplevs som ett viktigt uppdrag då upptagningsområdets screeningtal är lägre än önskat.
- Arbeta för att återfå koloncancerkirurgin.
- Fortsätta arbetsmiljöarbete på KOU-mottagningen.
- Målsättning att sektionschefer ska tillsättas för förbättrat ledningsarbete.
- Arbeta för att stärka att varje medarbetare har kompetens för sitt uppdrag genom individuell utbildningsplan.
- Få medarbetarna ännu mer engagerade i att utveckla vården och patientsäkerheten.
- Samtliga specialister skall erbjudas intern och extern utbildning motsvarande 10 dagar för att säkerställa upprätthållandet av hög kompetens för uppdraget.