

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse för Södertälje sjukhus/VO Röntgen



Datum 2024-02-xx

Ansvarig för innehållet

Verksamhetsutvecklare och verksamhetschef 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
Vårdavvikelser, händelseanalyser och Lex Maria	7
Klagomål och synpunkter.....	8
Tillförlitliga och säkra system och processer	8
Risker och riskmedvetenhet.....	8
Riskhantering	9
Sjukhusets/VOTs planering med det robusta sjukhuset.	9
Bilaga 1. Tabell för arbetsprocesser och system	11
Bilaga 2. Tabell vårdavvikelser, synpunkter och klagomål- exempel.....	13

SAMMANFATTNING

Sammanfattning i punktform av verksamhetens tre viktigaste förbättringsåtgärder samt viktigaste prioriterade områden för nästkommande år.

Under året har tre viktiga förbättringsåtgärder genomförts:

- Skyndsam och säkrare överföring av röntgenbilder mellan sjukhus.
- Infört nytt kallelsesystem som genererar strukturerade kallelsebrevmallar för att underlätta patientförberedelser.
- Ökat patientsäkerheten genom att byta ut äldre datortomograf till ny. Nya modaliteten har utvecklad teknik som kommer kunna användas i mer avancerade undersökningar. Byte av apparatur har inneburit minskad och anpassade stråldoser till patienten.
- Tillgång till e-utbildning i strålsäkerhetsutbildning.

Under nästkommande år är våra viktigaste prioriterade områden:

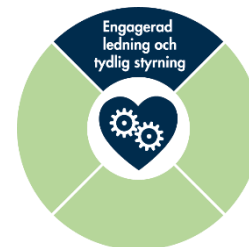
- Introducera nya metodboken med uppdaterade metoder och genomföra granskning av samtliga metoder.
- Öka genomförda obligatoriska utbildningar för medarbetare
- Ta fram utbildningsmaterial i form av bild och film som stöd i det dagliga arbetet.
- Påbörjat projekt "DT Kranskärl" för att i framtiden kunna erbjuda undersökning av hjärtats kranskärl internt.
- Inför ny metod för diskussion kring patientsäkerhet och arbetsmiljö i real-tid med hjälp av Gröna korset.
- Införa patientenkät för att fånga upp patientens åsikter och tankar.

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. Tillsammans med andra verksamhetsområden deltar VO Röntgen bland annat i händelseanalyser, uppgraderingar etc. för att förebygga vårdskador.

Informationssäkerhet

Ingår i STS-bilaga. Text inhämtas av PSK.

Arbetet utförs tillsammans med information säkerhetsansvarig.

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 (MT)

Förser röntgen med underhåll av teknisk utrustning som krävs för att bedriva bild- och funktionsdiagnostik enhet. MT upprätthåller kommunikation mellan röntgenutrustning och informationssystemet IDS7 RIS/PACS, samt leverantör inför eventuella uppgraderingar av röntgenutrustning.

STS SF-IT

Underhåll av servrar som är nödvändig för att verksamhetens informationssystem ska vara i drift. Upprätthåller kommunikationen med leverantör och systemförvaltare inför eventuella uppgraderingar.

Verksamhetsutvecklare

Utvecklar organisationens olika förmågor utifrån olika perspektiv. Följer upp och leder projekt/uppdrag inom verksamheten. Deltar i och leder händelseanalyser som berör verksamheten.

Systemförvaltare

Förvaltar organisationen informationssystem. Kontaktperson gentemot IT, leverantör och medarbetare inom verksamheten.

En god säkerhetskultur

För att säkerhetskulturen ska genomsyra alla delar av vården ordnas vid möjlighet, kategorimöten med specifika teman, så som säkerhet, avvikelser, speciella händelser, arbetsmiljö. För att avsätta tid åt reflektioner mellan medarbetare.

Aspekterna tas även upp som stående punkt på arbetsplatsträffar (APT), där vårdavvikelser tas upp för reflektion. Då röntgen berör många verksamhetsområden så hålls kontinuerliga samarbeten mellan VO:n i form av korta och effektiva möten.



Resultat från hållbarhet säkerhet engagemang (HSE) sprids, kommuniceras och följs upp via APT och/eller under kategorimöten. Avvikande frågor plockas ut och bearbetas i små grupper där vi tillsammans under mötet diskuterar och sammanställer förslag på förbättringar och åtgärder. Kommande år införs ett mer systematiskt arbetssätt som omfattar patientsäkerhet och arbetsmiljö - Gröna Korset. Det ger medarbetare tillsammans med ledningen att reflektera över patientsäkerheten dagligen och i nutid.

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

Adekvat kunskap och kompetens

Alla medarbetare erbjuds möjligheten till att gå en kurs per år. 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.



Målet är att nyanställda ska genomgå en individ anpassad introduktion vid anställning för att säkerställa att varje medarbetare känner sig trygg i sin roll. För att säkerställa att introduktionen berör nödvändiga delar, används en utformad checklista för ändamålet. En del checklistorna är anpassade utifrån profession och en del är gemensamma. Vi eftersträvar att alla medarbetare ska rotera bland de modaliteter som idag finns på verksamheten för att bibehålla/öka kunskap för att skapa en säker bemanning och schemaläggning. För att få en helhetsbild av sjukhuset skall samtliga medarbetare genomgå sjukhusgemensam introduktionskurs.

Medarbetare deltar i förbättrings- och implementeringsarbeten i verksamheten i den mån det går. 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. Den som lämnat in ärendet får återkoppling om så önskas. Vid utredningar av händelseavvikelser medverkar patient- och ev. närstående i form av intervju. Och får ta del av arbetet vid avslutad händelseanalys. Under kommande år skall vi arbeta med riktade patientenkäter som berör patientsäkerhet, bemötande och delaktighet.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

Den främsta egenkontrollen inom verksamhetsområdet har varit att kontinuerligt följa styrkort och sjukhusets kvalitetsindikatorer som berör verksamheten.

Öka kunskap om inträffade vårdskador för lärande och förbättringar

Under 2023 har VO:t varit delaktiga i 2 händelseanalysutredningar varav en har varit förenklade analys. En utredning har anmälts till IVO som Lex Maria. Alla analyser har genomförts i samarbetet med andra verksamhetsområden. Att delta i händelseanalyser har medfört kunskap och förståelse kring patientsäkerhet inom berörda områden i verksamheten. Kommande år skall exempelvis genomgång av händelseanalyser ingå i ST-läkarens utbildningsprogram.



Vårdavvikelser, händelseanalyser och Lex Maria

Medarbetare uppmuntras till att rapportera in risker för vårdskador via arbetsplatsträff (APT) och morgonmöte. På APT finns en stående punkt som berör avvikelser och händelseanalyser som lyfter fördelarna med avvikelserrapportering. Vid allmän introduktionsutbildning för sjuksköterskor och undersköterskor hålls en utbildning i avvikelshantering. Under slutet av året har en annan metod diskuterats, så kallad Gröna korset – vilket möjliggör en gemensam, daglig bedömning och kartläggning över avvikelser som uppträder samt arbetsmiljön på avdelningen. Syftet är att under strukturerade former arbeta med avvikelser och arbetsmiljö.

	2023	2022
Antal rapporterade	80	76
Antal registrerade	72	-

Av handlagda år 2023	Totalt
Risk	24
Tillbud	27
Negativ händelse	21
Antal reg	72

Klassificering/orsaksområde (av handläggare) år 2023	Totalt
Behandling/omvårdnad	9
Utredning/bedömning/diagnos	32

Tillgänglighet	3
Dokumentation/informationsöverföring	11
Läkemedel	1
Bemötande	1
Strålning/strålsäkerhet	2
Patientolycksfall	13
Antal reg	72

Klagomål och synpunkter

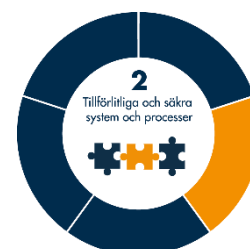
Klagomål och synpunkter kan komma till verksamhetsområdet från olika vägar. Vanligtvis är det medarbetarna som tar emot direkta synpunkter/klagomål vid patientmötet. 1177, formulär som delas ut via receptionen (på patientens begäran) eller via sjukhusets gemensamma inrapportering via externa hemsidan är andra vägar att gå.

Statistik för ärenden från patientnämnden och 1177.

	Inkomna	Hanterade
Antal	5	5

Tillförlitliga och säkra system och processer

Inom den svenska radiologin finns ännu inga kvalitetsregister och VO Röntgen rapporterar inga indikatorer till Hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF). Vi tillämpar Nationella riktlinjer, rekommendationer från Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU), 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, strålskyddsmätningar och Standardiserade vårdförlopp (SVF), egna målmätningar kring undersökningstider, svarstider. 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. För att belysa strålsäkerhet och dess risker utges fysisk utbildning 2 gånger per år/per enhet, e-utbildning, regelbundna KOM-möte för



modalitetsansvariga, Strålskyddskommitté möten fyra gånger per år.

Extravasering av kontrastmedel ett identifierat riskområde.

Under år 2023 rapporterades 7 fall där patienten drabbats av extravasering av kontrastmedel. Föregående år (2022) rapporterades 20 fall. Ett aktivt arbete med extravaseringar har minskat antalet avvikelser.

Kontrastallergier är ett annat identifierat riskområde. Däribland har det införts nya rutiner som säkerställer att överkänslighet och allergier mot kontrastmedel dokumenteras korrekt och att patienten får rätt information. Övningstillfällen och utbildningsinsatser sker kontinuerligt för att minimera risker vid kontrastallergier.

Riskhantering

För att minimera riskerna/förbättra resultaten så arbetar vi med kontinuerliga riskanalyser, utbildningar där medarbetare uppmuntras till att hålla i föreläsningar utifrån eget valt ämne, Vi arbetar med fokusområden samt diskussionsforum som ger utrymme för reflektion kring olika ämnen. Interna utbildningar är en del av verksamhetens gemensamma mål.

Under året har ett arbete gjort kring rutiner genom att sortera, revidera verksamhetsområdet rutiner och utbilda personal i att hitta rätt information. Sökfunktionen för våra rutiner har under året försämrats vilket gjort att medarbetare har haft svårt att hitta rätt information. Under kommande år skall detta åtgärdas vid uppgradering.

Sjukhusets/VOts planering med det robusta sjukhuset.

Verksamhetsområdet arbetar ständigt med att förbättra och effektivisera utifrån avvikelser, externa synpunkter och klagomål.

Röntgen är ett högteknologiskt digitalt område som innefattar ett tätt samarbete med andra enheter, både internt och externt. 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.



Under året har verksamhetsområdet, tillsammans med andra deltagit i att utforma ny katastrof- och beredskapsplan samt utbilda och genomföra övningar. Övningstillfällen har visats vara mest effektiva när det gäller följsamhet till katastrof- och beredskapsplanen. I och med den nya katastrof- och beredskapsplanen har kommunikationen och informationen förbättrats vad gäller stora händelser eller störningar.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

VO Röntgen utgår ifrån de inriktningar och strategier som sjukhuset har satt upp och de fokusområden som sjukhuset valt att prioritera. Verksamhetsområdets mål och aktiviteter som berör patientsäkerhet för 2023 redovisas nedan. Aktiviteterna följs upp av ledningsgruppen. Verksamhetsområdet har därutöver sitt eget styrkort med aktiviteter som är kopplade till verksamhetsområdets mål och bidrar till måluppfyllelsen för hela verksamhetsområdet.

Mål	
God hälsa och välbefinnande	Standardiserade vårdförlopp (SVF) hanterade inom framtagna ledtider
	Följsamhet till BHK
	Svarsrutiner kopplade till medicinsk prioritet.
	Akuta – omedelbart
	Prio 2h undersökt och besvarad inom 2 h
	Prio 24h snarast samma dag som undersökning är utförd
	Elektiva inom 4 dagar

Mål	
Minskad ojämlikhet	Bibehållna servicenivåer till patienter i upptagningsområdet för STS
	Patienter erbjuds undersökningstid inom ramen för den medicinska prioriteringen

Gruppens mål			
Perspektiv	Kärnkompetens	Mål	Vem
Patient och process	Säker vård Evidensbaserad vård, metodbok, vårdhandboken	Arbeta evidensbaserat Inhämta senaste kunskapsunderlag: bildkvalité	Alla
Hög kvalitet	Kompetens	Att minska antal kompletteringar undersökningar genom att följa metodboken	Alla
Förbättringar	Säker vård	Negativ händelse Använda avvikelserapporteringssystem samt förslag på 1-2 förbättring och tillämpning	Alla
Säker vård	Följ arbetsplatsens rutiner, riktlinjer och checklistor	Ha koll på minst fem st. rutiner, riktlinjer och checklistor välj 1 för presentation i grupp	Alla
Profession	Kvalitetsutveckling	Två förslag som gör att du känner dig tryggare i din roll och hur du ska uppnå det?	Alla

Bilaga 1. Tabell för arbetsprocesser och system

Verksamhetsområde:

	Process/system	Status	Åtgärdsplan (vid röd färg)
1	BHK (Basala hygienrutiner & kläder)		
2	Andel patienter som erbjuds undersökningstid inom ramen för den medicinska prioriteringen		
3	Svarsrutiner kopplade till medicinsk prioritet - Akuta – omedelbart - Prio 2 h undersökt och besvarad inom två timmar - Prio 24h – snarast samma dag som undersökning är utförd - Elektiva inom 4 dagar		
4	Metodbok		
5	Standardiserade vårdförlopp (SVF) hanterade inom framtagna ledtider 88%		
6	Negativ händelse Använda avvikelserapporteringssystem samt förslag på 1-2 förbättring och tillämpning		
7	Ha koll på minst fem st. rutiner, riktlinjer och checklistor välj 1 för presentation i grupp		
8	Två förslag som gör att du känner dig tryggare i din roll och hur du ska uppnå det?		
9			
10			
11			
12			

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: VO Röntgen

	Typ (tex. vårdavvikelser)	Antal aktuellt år	Antal föregående år	Övrig info	Exempel
	Behandling/omvårdnad	9	-		Inneliggande patient ej förberedd inför röntgenundersökning
	Utredning/bedömning/diagnos	32	-		Exempel: sen diagnos fraktur pga. ej akutmärkt remiss trots frågeställning Skelettskada.
	Tillgänglighet	3	-		För lång tid vid omstart av utrustning vid teknikstrul
	Dokumentation/informationsöverföring	11	-		Avdelning inte följt bokad röntgen tid vilket förlängt patienten tid till undersökning
	Läkemedel	1	-		Viss läkemedel i akutvagnen saknades vid rutinkontroll
	Bemötande	1	-		Patient stressad inför undersökningen och blev dåligt bemött
	Strålning/strålsäkerhet	2	-		Fot istället för fotled röntgat
	Patientolycksfall	13	-		Kontrastmedel gått subkutant