

Södertälje sjukhus kvalitet- och patientsäkerhetsberättelse 2024

Bilaga 3

Patientsäkerhetsberättelser från verksamheterna

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse

Bilaga VO Akut



Verksamhetschef: Jonas Westman, jonas.h.westman@regionstockholm.se

Patientsäkerhetsläkare: Christian Challma, christian.challma@regionstockholm.se

Verksamhetsutvecklare: Elin Erlandsson, elin.erlandsson@regionstockholm.se

Ledning, styrning och verksamhetsinnehåll

Verksamhetschefen är ansvarig för kvaliteten och patientsäkerheten inom verksamhetsområdet, bland annat att verksamheten har en fungerande organisation för avvikelshantering, arbete med riskanalyser och preventivt patientsäkerhetsarbete. Verksamhetsområdets organisation beskrivs i bild 1.



Verksamhetsområdet består av akutmottagningen, närakuten och AVA. På vuxenakuten handläggs patienter i åldrarna 18 år och uppåt (kirurgpatienter 15 år och uppåt). Totalt antal besök på akutmottagningen 2024 uppgick till 31 880. 32 procent av alla akutbesök leder till inskrivning i slutenvård. De fem vanligaste sökorsakerna är bröstsmärta, buksmärta, andningsbesvär, sjukdomskänsla och yrsel.

På närakuten handläggs patienter i alla åldrar. Totalt antal patienter på närakuten 2024 uppgick till 27 301, varav 17 384 vuxna och 9 917 barn. De fem vanligaste sökorsakerna är extremitet/svullnad värk, sårskada, feber, öronvärk och halsont. Merparten av alla frakturer handläggs på närakuten.

AVA öppnade hösten 2024 och bemannas av akutläkare i samarbete med sjuksköterskor från VO Vård. På AVA vårdas företrädesvis patienter med förväntad kort vårdtid.

För att säkerställa säker och tillförlitlig god vård för våra patienter arbetar vi exempelvis med PSVF sepsis, Guldexpressen, Rädda buken 65+, strokeprocessen och höftprocessen. Den viktigaste processen vi arbetar med för att öka patientsäkerheten är inskrivningsprocessen, både i kassan och i triage, för att så tidigt som möjligt identifiera patienter med oundgängligt behov av akutsjukvård.

Arbets sättet på AVA med tidig rond och utskrivning av patienter samt teambaserat multiprofessionellt arbetssätt minskar utlokaliserade patienter på akutmottagningen och förbättrar patientflödet på hela sjukhuset.

På närakuten har vi under det gångna året säkerställt bemanningen så att det alltid tjänstgör minst en sjuksköterska på varje pass. Gipstekniker har utarbetat en utbildningsstruktur för att säkerställa körkortsförfarande för gipsning i syfte att öka kvalitén på gipsningar.

Samskapande

Sjukhusövergripande samskapande sker genom till exempel PSVF sepsis, Rädda buken 65+, strokeprocessen och höftprocessen. Samskapande mellan gipstekniker sker även med KOU-mottagningen.

Samskapande med primärvården sker genom digital specialistkonsultation. Samsskapande med regionens andra akutmottagningar, prehospital organisation och närakuter sker i:

- akutrådet
- nätverk för verksamhetsutvecklare akutmottagningar
- nätverk prehospital organisation- och akutmottagningar/närakuter
- nätverk närakuter i regionen.

Kvalitetsparameter	2024	2023	2022
Total vistelsetid (h:min) akutmottagning, median	03:38	03:57	04:01
Total vistelsetid (h:min) närakuten, median	01:18	01:21	01:39
Tid till läkare Närakuten (h:min) median	00:29	00:31	00:40

Kort analys av kvalitetsutfall, inklusive åtgärder

Samtliga ledtider beskrivna i tabellen ovan har förbättrats sedan föregående år. Detta trots att antalet patienter har ökat både på akutmottagningen och på närakuten. Den största ökningen av patienter har skett på närakuten, från 23 275 år 2022 till 27 301 år 2024. Ökningen på akutmottagningen är drygt 1000 patienter mellan åren 2022 och 2024 och vi ser en stadig ökning av antalet mer vårdtunga och resurskrävande patienter på akutmottagningen (80 år eller äldre, prioritet röd och orange). Se även bilaga sjukhusets kvalitetsindikatorer.

Adekvat kunskap och kompetens

Kompetens anställda inom VO	2024	2023	2022
Läkare (varav specialistkompetenta)	32 (13)	26 (9)	22 (6)
Sjuksköterskor (varav specialistkompetenta)	51 (13)	43 (7)	43 (7)
Disputerade/doktorander	0	0	0
Undersköterskor	41	35	35
Övriga	4	4	4

Inom FoUUi finns engagemang i grundutbildning av läkare, sjuksköterskor, specialistsjuksköterskor och undersköterskor. Däremot saknar vi engagemang inom forskning. Utifrån vision och målbild om en linjelös akutmottagning 24/7 behöver vi fler läkare på ST- och specialistläkarnivå. Fler ST-läkare i akutsjukvård samt fler specialistläkare i akutsjukvård har anställts de senaste åren som ett led i att uppnå denna vision.

Medarbetarna är vana vid ständigt pågående förbättringsarbeten som bedrivs i enlighet med förbättringskunskapens metoder och verktyg. Förbättringsarbete som bedrivs är ofta initierade av medarbetarna själva och bedrivs med stöttning av verksamhetsutvecklare.

För att säkerställa kunskap och kompetens inom patientsäkerhet har vi utbildat en patientsäkerhetsläkare som är anställd på 40 procent. Tillsammans med verksamhetsutvecklare, patientsäkerhetsteam, VEC och VOC ska patientsäkerhetsläkaren hantera avvikelser och händelseanalyser samt driva och stötta vid förändrings- och förbättringsarbeten inom patientsäkerhet.

Patienten som medskapare

Patienters och närståendes synpunkter och klagomål tas emot via 1177, telefonsamtal, brev, PaN, LÖF och mejl.

Det inkommer en del klagomål gällande bemötande och därför har vi under året haft fortsatta utbildningsinsatser fokuserade på bemötande.

Vi har också infört en kontinuerlig patientenkät (utöver den nationella patientenkäten) som vi regelbundet går igenom på professionsmöten och arbetsplatsträffar. Närstående och patienter blir involverade och bjuds in till delaktighet när händelseanalyser genomförs.

Informationsmaterial som rullar på tv-apparater i väntrum har utvecklats under 2024. Via tv-skärmarna får patienterna översiktlig information om vad de kan förvänta sig när de besöker akutmottagningen eller närakuten. Där förklarar vi även varför patienter kan få vänta samt hur vi prioriterar vårt patientarbete. På skärmarna finns det information om vart patienter kan vända sig med synpunkter och klagomål och det finns även en QR-kod till vår kontinuerliga patientenkät. Liknande information i pappersform finns uppsatt i patientrummen.

Säkerhetskultur

Inom verksamhetsområde VO Akut arbetar vi 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. Ledningsgruppen och främst chefer arbetar för att främja psykologisk trygghet i medarbetargruppen. Syftet är bland annat att skapa öppen kommunikation i det dagliga arbetet kring identifierade risker och misstag samt skapa tid för lärande och reflektion.

Hållbart säkerhetsengagemang (HSE) mäts årligen i enkät, se tabell.

Följande aktiviteter har genomförts under året för att utveckla säkerhetskulturen:

- Tillitsprogrammet för undersköterskor och sjuksköterskor.
- Implementering och utbildning av evidensbaserade standardiserade arbetssätt och rutiner samt vårdförlopp fortlöper kontinuerligt.
- Anställning av fler specialister och ST-läkare samt legitimerade läkare och omvårdnadspersonal.
- Successivt ökad bemanning av VO:t så att resurserna matchar inflödet och belastningen, arbetet kommer fortsätta under nästkommande år. Målbemanning är långt ifrån nådd men vi har anpassat bemanningen till flödet på akuten. Det är mest personal på plats när flödet är som störst.

- Stor satsning på intern och extern utbildning. En årskalender med alla utbildningar har skapats samt en logg där all vårdpersonals utbildningsstatus presenteras.
- fler sjuksköterskor har fått utbildningstjänster så de kan utbilda sig till specialistsjuksköterskor inom akutsjukvård

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

HSE Index	2024	2023	2022
	73	72	71

För att öka patientsäkerheten och kvaliteten arbetar vi utifrån den nationella handlingsplanen. Inom verksamhetsområdet bedrivs detta arbete genom att vi identifierar risker utifrån vårdavvikelser, synpunkter och klagomål från patienter samt genom händelseanalyser. Utifrån dessa risker utformas riktade utbildningsinsatser, rutiner och riktlinjer samt medarbetardrivna förbättringsarbeten.

För att uppnå bästa möjliga patientsäkerhet och kvalitet har följande mål och aktiviteter beslutats för 2025:

- Implementera triageteam för det gående flödet.
- Införa omvårdnadsrundor med syfte att skapa individuella omvårdnadsplaner.
- Implementera områdesgrupper för att utveckla det medarbetardrivna förbättringsarbetet ytterligare och föra utveckla arbetssätt- och rutiner efter rådande evidens.
- Implementera crowdingverktyg, i syfte att lättare kunna förutspå crowding, underlätta patientflödet samt öka samarbetet med slutenvården.
- Införa fortbildningsplan för specialister i akutsjukvård som en del i patientsäkerhetsarbetet
- Förbättra arbetssätt på akuten med fokus på helgerna.

Orsaksområde avvikelser	2024	2023	2022
Behandling/omvårdnad	23	27	30
Dokumentation/ informationsöverföring	46	54	27
Patientolycksfall	4	0	0
Utredning/bedömning/diagnos	94	52	35
Läkemedel	7	9	5

Avvikelser och patientsynpunkter

Verksamhetsområdet arbetar för att öka personalens benägenhet att rapportera risker för vårdskador samt händelser som har eller hade kunnat medföra en vårdskada genom att medarbetarna aktivt uppmanas att skriva avvikelser när de upptäcker brister. Vi ser att antalet skrivna avvikelser ökar, vilket vi ser som något positivt eftersom det hjälper oss att identifiera de risker som finns. Oftast pratar medarbetare direkt med närmaste chef om händelsen vilket gör att den ofta ageras på innan den handläggs i HändelseVis. Avvikelser och påtalade risker återkopplas och kommuniceras på morgonmöten, APT, professionsmöten och i veckobrev. Om en avvikelse påvisar att en rutin behöver ändras eller skapas påbörjas ett medarbetardrivet förbättringsarbete i samverkan med verksamhetsutvecklare och chefer. Att antalet händelseanalyser och Lex maria har minskat ser vi direkt koppling till ökad kompetensutbildning samt ökad kompetens och bemanningstäthet inom samtliga professioner.

	2024	2023	2022
Avvikelser	263	200	129
Händelseanalyser	4	4	12
Lex Maria	1	1	11

Inom verksamhetsområdet får vi patientklagomål och synpunkter genom olika kontaktvägar, se under rubrik ”patienten som medskapare”. I möjligaste mån får enskild medarbetare som är involverad i synpunkten/klagomålet svara patienten själv. Vid behov rings patienten upp av verksamhetschef eller vårdenhetschef. Synpunkter/klagomål som berör till exempel brister i rutiner genererar förbättringsarbeten och ibland händelseanalyser.

Typ	2024	2023	Källa
Patientnämnden	50	30	PaN
IVO- enskild anmälan	4	1	Edit
1177 Synpunkter och klagomål	72	43	HändelseVis

De viktigaste riskerna och förbättringsområdena inom verksamhetsområdet identifierade genom avvikelser, riskbedömningar, kvalitetsutfall och patientsynpunkter:

- bemötande
- inskrivningsprocessen/triage

Styrkor inom verksamhetsområdet som vi ska fortsätta utveckla:

- förändrings- och förbättringsvilja
- alla professioner ingår i samma VO
- interprofessionell psykologisk trygghet
- förbättrade ledtider
- ledningsgrupp med alla yrkesprofessioner representerade och med stor psykologisk trygghet i gruppen

Exempel på förbättringsarbeten och åtgärder vidtagits utifrån detta under året:

- ny vårdlagsstruktur-bemanning efter flöde och förbättrat teamarbete
- alltid sjuksköterska på närakuten
- sjuksköterska i kassan
- senior läkare som teamleader i vårdlagen

Patienter och närstående involveras i detta arbete genom kontinuerlig patientenkät där deras utvärdering och fritextsvar tas med i förbättringsarbeten.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Inför kommande år kommer fokus ligga på aktiviteter från verksamhetsplan kommande år som berör kvalitet och patientsäkerhet:

- struktur för uppföljning av händelseanalyser och avvikelser
- förbättra smärtlindringsstrategin
- implementera områdesgrupper
- implementera patientsäkerhetsteam
- arbeta med Magnet-förbättra omvårdnaden på akutmottagningen
- se över arbetssätt/bemanningsstruktur på helger.

VO akut kommer genom att använda vår styrka i förändrings- och förbättringsvilja samt interprofessionell psykologisk trygghet, fortsätta att identifiera risker och svagheter samt utveckla styrkor och kvaliteter.



Analys kvalitetsindikatorer 6a-e VO Akut

Samtliga ledtider/kvalitetsindikatorer 6a-e har förbättrats sedan förgående år, detta trots att vi har haft fler sökande patienter jämfört tidigare år och däribland fler patienter som

- är 80 år eller äldre
- kommer med ambulans
- prioriteras röda, dvs larm.

Dessa patientgrupper har generellt högre vårdtyngd och kräver mer resurser.

Den största förändringen som gjorts är införande av nytt arbetssätt där teamarbetet stärkts och bemanningen är bättre anpassad efter patientflödet. Fler seniora läkare jobbar i vårdlagen/teamen och på så sätt är det fler beslutskompetenta läkare närmare patienterna i enlighet med principen högsta möjliga kompetens så långt fram som möjligt.

Antalet patienter som behövt stanna kvar på akutmottagningen i väntan på vårdplats har nästintill halverades jämfört med föregående år, vilket påverkat ledtiderna i positiv riktning. Tillgången till vårdplatser har förbättrats.

Nr	Indikator	Definition täljare/nämnare	Krav & enhetstyp	Min	Mål	Ack utf 2024
6a	Akutmottagning, andel patienter med vistelsetid ≤4 tim alla patienter	Antalet besök där door-to-door-tiden är ≤ 4 timmar/ Antalet besök på till akutmottagningen, alla patienter		≥36%	≥55%	59,0%
6b	Akutmottagning, medianväntetid till första läkarbedömning, minuter alla patienter	Tid från ankomst till akutmottagning till första läkarbedömning. Medianväntetid i minuter		≤92 min	≤52 min	00:40
6c	Akutmottagning, Medianväntetid till första läkarbedömning patienter ≥ 80 år	Tid från ankomst till akutmottagning till första läkarbedömning. Medianväntetid i minuter	redovisa resultat			00:31
6d	Akutmottagning, andel patienter ≥80 år med vistelsetid ≤8 tim	Antalet besök av patienter ≥ 80 år där door-to-door-tiden är ≤ 8 timmar/Antal besök av patienter ≥		≤60%	≤90%	90%
6e	Akutmottagning, medianväntetid till första läkarbedömning. Patienter med RETTS triage orange. Alla patienter	Tid från ankomst till akutmottagning till första läkarbedömning. Medianväntetid i minuter	redovisa resultat			00:40

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse

Bilaga VO AnOpIVA



Verksamhetschef: Håkan Kalzén, hakan.kalzen@regionstockholm.se

Verksamhetsutvecklare: Ida-Linnea Böregård, ida-linnea.boregard@regionstockholm.se

Ledning, styrning och verksamhetsinnehåll

Verksamhetschefen är ansvarig för kvaliteten och patientsäkerheten inom verksamhetsområdet, bland annat att verksamheten har en fungerande organisation för avvikelshantering, arbete med riskanalyser och preventivt patientsäkerhetsarbete. Verksamhetsområdets organisation beskrivs i bild 1.

Verksamhetsområdets huvudsakliga patientgrupper är de patienter som är i behov av både planerad och akut kirurgi, ortopedi, urologi, gynekologi samt obstetrisk kirurgi. Vidare vårdas och behandlas de patientgrupper som är i behov av intensivvård och intermediär vård. Smärtmottagningen tillser specialiserad smärtvård inom både öppenvård och slutenvård.

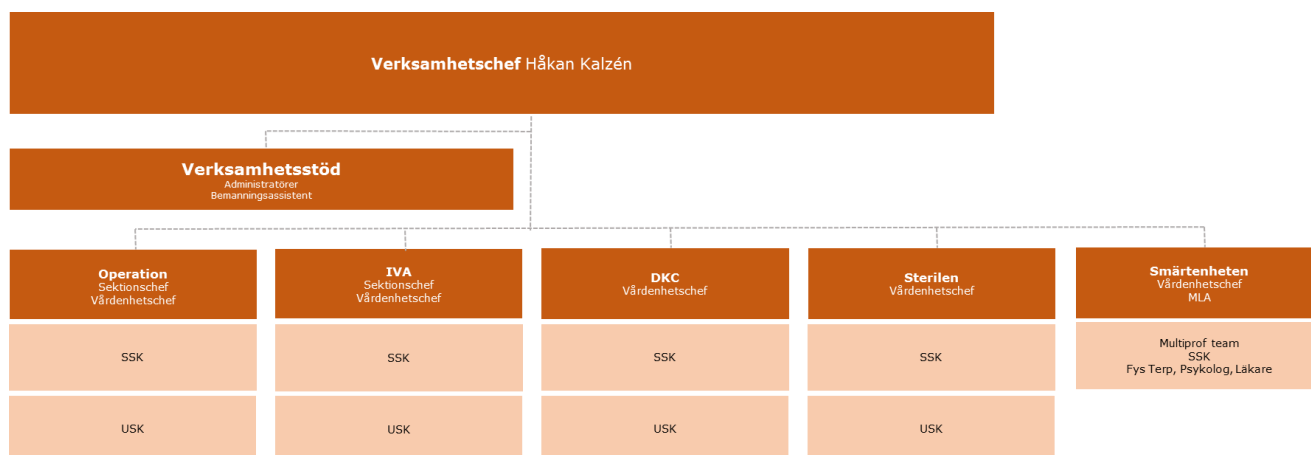
För att säkerställa säker och tillförlitlig god vård för detta strävar alla enheter att följa de vårdprogram och rutiner som är aktuella för verksamhetsområdets patientgrupper. Egenkontroller och uppföljning av vårdkvalitet genomförs månadsvis utifrån styrkort och produktionsbudget samt med hjälp av specialitetsregistren SPOR och SIR. Operationsprocesserna följs upp på veckobasis där flöden, planering, avvikelser och strykningar går igenom i team med representation från alla enheter i patientflödet. Kvaliteten i smärtvården säkerställs genom multidisciplinära temakonferenser.

Samskapande sker genom ett flertal olika flöden inom både patientsäkerhet och arbetsmiljö som påverkar vårdkvalitet och patientsäkerhet. Den perioperativa processen sammanför alla nyckelfunktioner som arbetar för att patienter i behov av kirurgisk vård ska omhändertas på ett säkert sätt. Vidare finns utökade samarbetsytor från IVA med akuten och internmedicin för att säkerställa specifika processer utifrån nationella vårdprogram. Anestesiläkare och anestesisjuksköterskor samverkar med VO Röntgen kring de patientflöden som behöver sedering i samband med röntgenbehandling och DKC stöttar genom övervakning av enskilda patientgrupper vb, som genomgått provtagningar/biopsier. Steriltekniska enheten samverkar med externa aktörer då de omhändertar och ger sterilteknisk service till bland annat vårdcentraler inom kommunen. Smärtenheten har specialiserade samverkansytor inom regionen likväl som nationellt.

Kvalitetsparameter	2024	2023	2022
Standard mortality rate, IVA	0.67	0.74	0.66
SPOR's kvalitetsindex	4.5 p	6.5 p	4.0 p
Patientnöjdhet (Smärt och DKC)	86 %		
Basal hygien och klädrutin, ppm	80 %	91 %	88 %

Den sjukhusspecifika indikatorn som redovisas i den sjukhusövergripande bilagan bedöms ha nått sin "cut-off"-nivå, varför arbete för att ta fram en ny IVA-indikator har initierats. Vidare har VO:t tappat i SPORs kvalitetsindex jämfört med tidigare år, där en bidragande faktor tros vara den omorganisation av uppvakningsavdelningen som genomförts under året. Följsamheten till BKH har fortsatt följts upp som ett utfallsmått i arbetet med VRI på enheten. De kontinuerliga patientnöjdhetsmätningarna fortgår på Smärtmottagningen och Dagkirurgiskt center, för att säkerställa en hög nivå på patientomhändertagande.

Se även bilaga sjukhusets kvalitetsindikatorer.



Adekvat kunskap och kompetens

Kompetens anställda inom VO	2024	2023	2022
Läkare/specialistkompetenta	14/16	13/14	10/14
Sjuksköterskor (varav specialistkompetenta)	16 (79)	13 (84)	11 (75)
Disputerade/doktorander	4/1	3/2	2/2
Undersköterskor	53	51	56
Steriltekniker/Usk STE	4/11	4/10	3/10
Fysioterapeut	3	3	3
Psykolog	1	1	1
Administrativt stöd	5	6	6

Redovisningen avser antal personer, inte antal heltidsanställda.

VO:t arbetar med inskolningsprogram för att säkerställa att ny personal erhåller trygghet och förtroende med den specialistvård som bedrivs (inklusive dess avancerade medicintekniska utrustning).

Inskolningsprogrammen är resurskrävande och följs upp på månadsrapporteringen med sjukhusdirektör, ekonomi och HR eftersom de är direkt relaterade till utmaningen att behålla erfaren personal inom VO:t.

FoUUi-frågor arbetas det aktivt med genom deltagande i studier inom olika vetenskaper (medicin och omvårdnad), doktorand- och magisterarbeten, student och ST-handledning med dedikerade personer som har dessa ansvarsområden inom VO:t.

VO:t arbetar för att skapa systemförståelse och kunskap om förbättrings- och implementeringsarbete genom att rekommendera PDSA-struktur och återrapportering från de olika enheternas utvecklings- och processgrupper. Som exempel leds Perioperativa processen av både läkare och sjuksköterska med erfarenhet i utvecklingsarbete.

För att säkerställa kunskap och kompetens inom patientsäkerhet planeras utvecklings- och studiedagarna i samråd mellan medicinsk och omvårdnadskompetens utifrån behov, som lokaliserats utifrån avvikelser, nya riktlinjer/rekommendationer och/eller beslut inom region och på sjukhuset.

Patienten som medskapare

Beroende på typ av enhet görs patienterna delaktiga i den egna vården på olika sätt. Inom smärtvården erbjuds olika mötesformer och mötesforum. Inom alla enheter där patientvård bedrivs stöttas patienterna till att leda och vara delaktiga i sin egen vård, i enlighet med omvårdnads-vetenskapens metaparadigm.

Patienters och närståendes synpunkter och klagomål tas tillvara genom avvikelse- och klagomåls-hanteringen som beskrivs nedan samt via direkt dialog i samband med vårdtillfället. Patient- och närståendemedverkan sker i kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet på samma sätt som tidigare beskrivet.

Säkerhetskultur

Inom VO AnOpIVA arbetar vi 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 genom att gå igenom avvikelser och händelseanalyser i samband med avdelningsmöten. Tid för lärande och reflektion sker vid utbildningstillfällen, såsom studiedagar och kategorimöten inom professionsgrupperna.

Hållbart säkerhetsengagemang (HSE) mäts årligen i enkät, se tabell.

HSE Index	2024	2023	2022
VO AnOpIVA	74	76	76

Aktiviteter som genomförts under året för att utveckla detta är att på respektive enhet arbeta med medarbetardrivna åtgärder utifrån medarbetarenkäten och HSE-resultatet.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

För att öka patientsäkerheten och kvaliteten arbetar vi utifrån den nationella handlingsplanen. Inom verksamhetsområdet bedrivs detta arbete genom uppföljning av nationella medicinska och omvårdnadsvariabler utifrån kvalitetsregister. Arbetet bedrivs även genom noggrann produktionsuppföljning i syfte att lokalisera patientsäkerhetsrisker inom de perioperativa flödena.

För att uppnå bästa möjliga patientsäkerhet och kvalitet har följande mål och aktiviteter beslutats för 2025: VO:ts mål och strategier gällande kvalitets- och patientsäkerhetsarbete fokuserar på att säkerställa tillgången på erfaren kompetens. Vidare ska patientflöden och perioperativa processer säkerställas ur ett patientsäkerhetsperspektiv i relation till tillgänglig resurs. Dessa följs upp veckovis samt månadsvis i relevanta mötesforum, i syfte att säkerställa att informationen når ut till de medarbetare som berörs.

Avvikelser och patientsynpunkter

Verksamhetsområdet arbetar för att öka personalens benägenhet att rapportera risker för vårdskador samt händelser som har eller hade kunnat medföra en vårdskada. När vi går igenom åtgärder i samband med möten (APT, kategorimöten, studiedagar) lyfter vi vikten av rapportering.

	2024	2023	2022
Avvikelser	173	140	174
Händelseanalyser	3	4	3
Lex Maria	0	0	2

Orsaksområde avvikelser	2024	2023	2022
Behandling/omvårdnad	61	46	53
Dokumentation/ informationsöverföring	18	13	18
Patientolycksfall	0	0	2
Utredning/bedömning/diagnos	3	5	11
Läkemedel	16	15	19

Inom verksamhetsområdet får vi patientklagomål och synpunkter genom Patientnämnden, IVO och 1177. Dessa bevakas av verksamhetschefssekreterare och verksamhetsutvecklare som distribuerar klagomålet/anmälan eller synpunkten till lämplig mottagare. Sammanställning och analys presenteras på APT i berörd grupp och ledningsgrupp inom VO:t. Klagomål som berör flera VO:n presenteras i operationsflödesmötet månadsvis av ansvarig för utredning/analys.

	2024	2023	Källa
Patientnämnden	3	2	PaN
IVO- enskild anmälan	2	0	Edit
1177 Synpunkter och klagomål	7	10	HändelseVis

De viktigaste riskerna och förbättringsområdena inom verksamhetsområdet identifierade genom avvikelser, riskbedömningar, kvalitetsutfall och patientsynpunkter:

- Behålla adekvat och erfaren kompetens inom VO:t
- Säkerställa informationsöverföring inom perioperativa processen.

Styrkor inom verksamhetsområdet som vi ska fortsätta utveckla:

- En hög omvårdnadskompetens som ska samordnas och utvecklas genom implementering av Magnet på VO:t
- En högspecialiserad smärtenhet som ska utvecklas genom ett utökat uppdrag som Smärtcenter Syd
- Möjligheten till samverka mellan enheter genom organisationsförändring (UVA och DKC) samt flexibla lösningar att säkerställa en säker vård under semesterperioder (UVA, postop/IVA, DKC).

Exempel på förbättringsarbeten och åtgärder vidtagits utifrån detta under året:

- Omorganisationen av UVA
- Planering för etablering av Smärtcenter Syd
- Konceptet flödessalar med specifika operationsingrepp har implementerats.

Patienter och närstående involveras i detta arbete genom att det inom smärtvården finns ett nära samarbete med patienter och närstående i det multidisciplinära teamet. Vidare sker kontinuerlig dialog både inom intensivvården i samband med vårdtillfället men också via post-IVA-uppföljningen. PÅ DKC följs patienterna upp i samband med sitt vårdtillfälle avseende deras upplevelser av flödeskonceptet samt det generella perioperativa omhändertagandet.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Inför kommande år kommer fokus ligga på att

- Behålla personal och relevant specialistkompetens
- Implementera Magnet på verksamhetsområdet
- Sträva mot en fortsatt hög SPOR rankning i kvalitetsindexet.

VO:t avser att fortsatt arbeta som beskrivet ovan, då flera av dessa arbetssätt är under pågående utveckling, implementering eller omorganisering.



Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse

Bilaga VO Geriatrik - Internmedicin



Verksamhetschef: Anders Ahlgren, anders.ahlgren@regionstockholm.se
Verksamhetsutvecklare: Birgitta Milton, birgitta.milton@regionstockholm.se

Ledning, styrning och verksamhetsinnehåll

Verksamhetschefen är ansvarig för kvaliteten och patientsäkerheten inom verksamhetsområdet (VO), bland annat att verksamheten har en fungerande organisation för avvikelshantering, arbete med riskanalyser och preventivt patientsäkerhetsarbete. VO organisation beskrivs i Figur 1.

VO:ts huvudsakliga patientgrupper är akut internmedicinska och geriatriska patienter. Verksamhetsområdet bedriver även ASIH samt specialiserad palliativ vård. Inom öppenvården utreds och behandlas patienter med främst kroniska tillstånd.

För att säkerställa säker, tillförlitlig och god vård arbetar VO:t med förbättringar i olika arbetsgrupper. Under året har verksamhetsområdet haft fokus på bland annat PSVF (personcentrerat sammanhållet vårdförlopp). Arbetsgrupperna är tvärprofessionella och tillsatta med bred kompetens och arbetar med att skapa rutiner och riktlinjer utifrån vårdprogrammen.

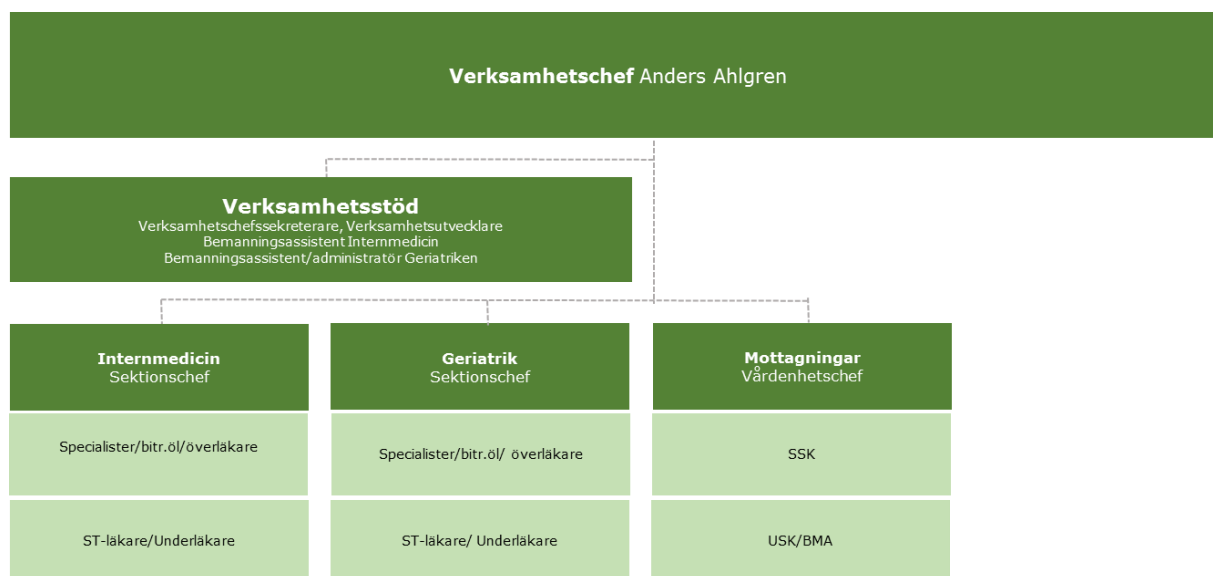
Samskapande

I arbetet med PSVF samverkar VO:t med andra verksamhetsområden och har startat upp samverkan med primärvården gällande palliativ och geriatrisk rond för hemsjukvårdspatienter. VO:t samverkar även med övriga regionsjukhus gällande patienter i behov av subakut koronarangiografi.

Tabell 1 visar de viktigaste kvalitetsmått för VO:t utöver de som finns i sjukhusets kvalitetsindikatorer

Kvalitetsparameter	2024	2023	2022
Andel subakut angiografi inom 72 h vid NSTEMI (< 80 år)	88 %	65 %	75 %
Andel tillgänglighet nybesök på med.mott. <30 dagar	100 %	56 %	70 %
Andel korrekt ifylld blankett "Livsuppehållande behandling" på geriatriken	72 %	44 %	0 %

VO:t har arbetat aktivt med, bland annat, de tre ovan beskrivna kvalitetsmått vilket ses i förbättrat utfall. Gällande andel korrekt ifylld blankett "Livsuppehållande behandling" kommer VO:t från och med 2025 även att inkludera internmedicin i granskningen. Se även bilaga sjukhusets kvalitetsindikatorer.



Adekvat kunskap och kompetens

Kompetens anställda inom VO	2024	2023	2022
Läkare (varav specialistkompetenta)	61 (36)	50 (31)	53 (31)
Sjuksköterskor (varav specialistkompetenta)	18 (2)	12 (1)	18 (0)
Disputerade/doktorander	2/1	2/0	1/1
Undersköterskor	2	2	2

Sektionschef och schemaläggare arbetar gemensamt för att erhålla adekvat kompetensmix. Rekrytering av gastroenterolog och neurolog pågår. Det är pågående ST-utbildning inom kardiologi för att säkra behovet av kardiologkompetens. Andelen disputerade är låg men har ökat över tid. Ledningen uppmuntrar medarbetare att forska.

Under introduktionsdagen av nyanställda ges information om kvalitets- och patientsäkerhetsarbete, det ingår även i ST-läkarnas utbildning. Medarbetare deltar i alla förbättringsarbeten i olika grupper.

För att säkerställa kunskap och kompetens inom patientsäkerhet så kommer VO:t utbilda två läkare i händelseanalyser under 2025.

Patienten som medskapare

Synpunkter och klagomål från patient och anhörig kommer främst via 1177. VO:t besvarar dessa så snabbt och personligt som möjligt. Synpunkterna ligger som en del av grunden för förbättringsarbeten. Inom ramen för PSVF har individuella vårdplaner skapats som förtydligar patientens egenvård och vad patienten kan förvänta sig av vården. Planen tas fram tillsammans med patienten. Patient och anhöriga involveras alltid i händelseanalyser vid allvarlig vårdskada.

Säkerhetskultur

Inom VO Geriatrik-Internmedicin arbetar vi för att säkerhetskulturen ska genomsyra alla delar av vården, främja öppen kommunikation i det dagliga arbetet kring att identifiera risker, samt skapa tid för lärande och reflektion genom stort fokus på patientsäkerhet i det dagliga arbetet. Dialoger, diskussioner och utbildningar som förs intra- och tvärprofessionellt och mellan olika verksamhetsområden syftar till att säkra vården. Inom slutenvården sker kontinuerlig avstämning tvärprofessionellt i team flera gånger per dag för att säkerställa kvalitativ vård för våra patienter.

Hållbart säkerhetsengagemang (HSE) mäts årligen via medarbetarundersökningen och visas via ett index, se tabell. Observera att det inte finns statistik för HSE 2022 då organisationen var annorlunda.

HSE Index	2024	2023	2022
	74	81	-

Aktiviteter som genomförts under året för att utveckla detta är att en patientsäkerhetsgrupp har formerats, i vilken även patientsäkerhetsläkare ingår. Gruppen ska diskutera, hantera och analysera avvikelser.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

För att öka patientsäkerheten och kvaliteten arbetar vi utifrån den nationella handlingsplanen. Inom VO bedrivs detta arbete genom systematisk uppföljning av arbetssätt. Som exempel kan nämnas arbetet med att minska tiden till trombolys på strokepatienter. Arbetsgruppen träffas varannan vecka för att följa upp arbetssätt och skapa förbättringsförslag. Vid behov skapas nya arbetsbeskrivningar i ett led att arbeta säkert.

För att uppnå bästa möjliga patientsäkerhet och kvalitet har följande mål och aktiviteter beslutats för 2025: att fortsätta det aktiva arbetet med de av VO:ts indikatorer som behöver förbättras. VO:t har beslutat att starta ett projekt med mål att sänka HbA1c på ty-1-diabetiker.

Avvikelser och patientsynpunkter

VO:t arbetar för att öka personalens benägenhet att rapportera risker för vårdskador samt händelser som har eller hade kunnat medföra en vårdskada genom att ge snabb återkoppling och lyfta patientsäkerhetsfrågor och avvikelshantering på APT.

	2024	2023	2022
Avvikelser	131	90	73
Händelseanalyser	2	1	3
Lex Maria	2	0	3

Orsaksområde avvikelser	2024	2023	2022
Behandling/omvårdnad	22	13	8
Dokumentation/ informationsöverföring	13	19	20
Patientolycksfall	1	0	0
Utredning/bedömning/diagnos	42	22	15
Läkemedel	19	11	15

Inom VO:t får vi patientklagomål och synpunkter genom främst 1177. VO:t strävar efter att besvara ärenden i tid och involverar patient och anhörig vid utredning av allvarliga händelser.

Typ	2024	2023	Källa
Patientnämnden	18	23	PaN
IVO- enskild anmälan	1	3	Edit
1177 Synpunkter och klagomål	18	17	HändelseVis

De viktigaste riskerna och förbättringsområdena inom verksamhetsområdet identifierade genom avvikelser, riskbedömningar, kvalitetsutfall och patientsynpunkter:

- Läkemedelshantering
- Bemötande
- Vårdens övergångar

Styrkor som ska fortsätta utvecklas:

- Avvikelse rapportering
- Casemetodik/M&M
- Kommunikation på VO:t gällande patientsäkerhetsarbete

Exempel på förbättringsarbeten och åtgärder som vidtagits utifrån detta under året:

- Dosdispensering i SLV
- Åtgärder för psykologisk trygghet
- Samverkan med SÄBO-aktörer

Patienter och närstående involveras i detta arbete genom att de kontaktas i samband med händelseanalyser. Många 1177 ärenden löses per telefon med patient.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Inför kommande år kommer fokus ligga på:

- Införa Patientsäkerhetsansvariga läkare.
- Arbete med kloka kliniska val.
- Utveckla samverkan med andra verksamhetsområden, t.ex. teamronder.
- Förbättra samverkan med SÄBO, korttidsboende och primärvård.
- Förbättra utfall avseende sjukhusgemensamma indikatorer.

VO:t kommer under året att arbeta aktivt och strukturerat med verksamhetsplanen och dess styrkort genom kvartalsvisa uppföljningar för att bibehålla, förbättra och utveckla verksamhetens styrkor och kvaliteter. Ett projekt har startats för att sänka andelen patienter med högt HbA1c genom samtalsterapi. Under 2024 har verksamheten haft ett antal avvikelser angående felordination i Take Care och stort fokus kommer att ligga på att säkra läkemedelsfavoriter i samarbete med klinisk farmaceut.

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse

Bilaga VO Kirurgi-Ortopedi-Urologi



Verksamhetschef: Åsa Elfving, asa.elfving@regionstockholm.se

Verksamhetsutvecklare: Malin Ström, malin.strom@regionstockholm.se

Ledning, styrning och verksamhetsinnehåll

Verksamhetschefen är ansvarig för kvaliteten och patientsäkerheten inom verksamhetsområdet (VO) bland annat att verksamheten har en fungerande organisation för avvikelshantering, arbete med riskanalyser och preventivt patientsäkerhetsarbete. VO organisation beskrivs i Figur 1.

Verksamhetsområdets huvudsakliga patientgrupper är patienter med kirurgiska, ortopediska och urologiska åkommor. Vi genomför utredningar och utför akut och elektiv kirurgi inom alla tre specialiteter.

För att säkerställa säker, tillförlitlig och god vård arbetar vi med följsamheten till nationella vårdprogram samt Personcentrerade och sammanhålla vårdförlopp (PSVF). Under året har verksamhetsområdet arbetat PSVF Höftledsartros – proteskirurgi samt Nationellt vårdprogram för höftfraktur. Nationella vårdprogram som gallstenssjukdom och tumbasartros är implementerade.

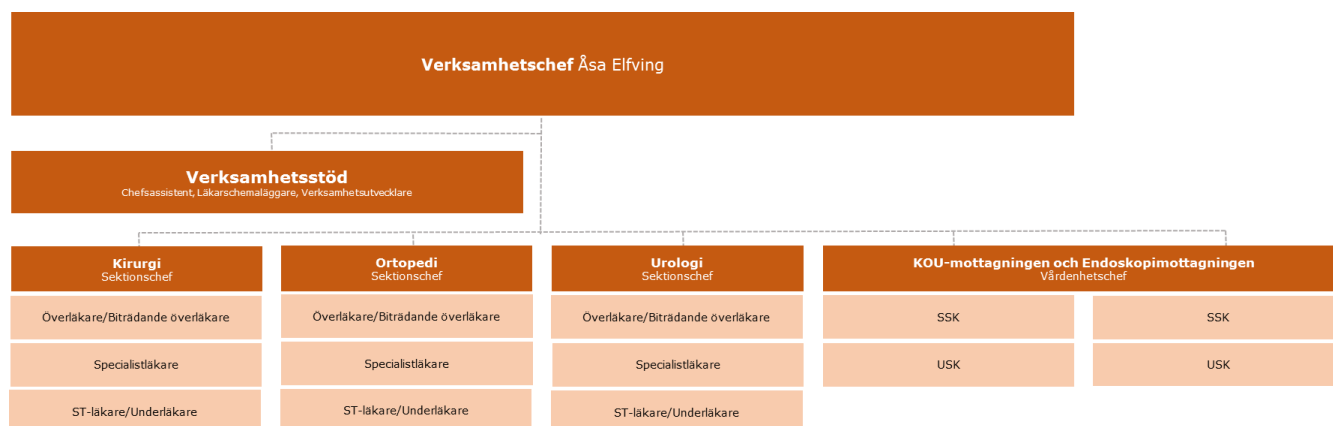
Samskapande

Flertalet vårdprocesser berör flera VO på sjukhuset. Exempel på arbeten som genomförs i samarbete med andra VO är implementering av höftfrakturprocessen, ERAS och Rädda buken. VO KOU deltar i PVFS – Diabetes med hög risk för fotsår och PSVF – sepsis.

Kvalitetsparameter	2024	2023	2022
Tillgänglighet Nybesök <30d (andel), målsättning >70%			
• Kirurgmottagningen	90	80	86
• Ortopedmottagningen	77	94	76
• Urologmottagningen	81	64	95
Tillgänglighet Operation <90d (andel), målsättning >80%			
• Kirurgi	72	67	80
• Ortopedi	75	77	90
• Urologi	72	62	76
Andel patienter som inkommer via akutmottagningen med höftfraktur som opereras inom 24 timmar, målsättning >75%.	79	77	73

Utmaning som VO har är att erbjuda operation inom tre månader. Vi arbetar ständigt med tillgängligheten, som vi kontinuerligt följer upp. Vi ser regelbundet över väntelistorna, så de är aktuella.

Vi arbetar med att se över arbetssätt kring att operera patienter på lägsta effektivaste nivå. Tillsammans med VO Anestesi arbetar vi fram arbetssätt som är mer resurseffektiva. Se även bilaga sjukhusets kvalitetsindikatorer.



Kort analys av kvalitetsutfall, inklusive åtgärder

Samtliga ledtider beskrivna i tabellen ovan har förbättrats sedan föregående år. Detta trots att antalet patienter har ökat både på akutmottagningen och på närakuten. Den största ökningen av patienter har skett på närakuten, från 23 275 år 2022 till 27 301 år 2024. Ökningen på akutmottagningen är drygt 1000 patienter mellan åren 2022 och 2024 och vi ser en stadig ökning av antalet mer vårdtunga och resurskrävande patienter på akutmottagningen (80 år eller äldre, prioritet röd och orange). Se även bilaga sjukhusets kvalitetsindikatorer.

Adekvat kunskap och kompetens

Kompetens anställda inom VO	2024	2023	2022
Läkare (varav specialistkompetenta)	47 (27)	45 (27)	41 (26)
Sjuksköterskor (varav specialistkompetenta)	15 (0)	14 (0)	14
Disputerade/doktorander	4	3	4
Undersköterskor	13	13	13

Under introduktionsdagen av nyanställda läkare ges information om patient- och kvalitetsarbete, det ingår även i ST-läkarnas utbildning. Medarbetare ges möjlighet att delta på intern och extern fortbildning. I verksamhetsplanen ingår målsättningen att varje specialist ska få tio dagar per år för utbildning. VO har fått Sjukhusläkarnas fortbildningsdiplom.

Vi arbetar strukturerat med schemaplanering för att möjliggöra att medarbetare kan driva och delta i förbättringsarbeten. Det kan bidra till ökad förståelse för systemet samt kunskap om förbättringsarbete.

För att säkerställa kunskap och kompetens inom patientsäkerhet har ett par medarbetare genomgått uppdragsutbildning inom händelseanalysarbete.

Patienten som medskapare

VO har under året arbetat med patientdelaktighet och tycker det är viktigt att utvärdera vården tillsammans med patient och anhöriga. Patienter har bland annat gett synpunkter på informationen i kallelser och utvärdera nytt arbetssätt kring smärtlindring efter operation. Patient och anhöriga involveras alltid i händelseanalysarbeten vid allvarlig vårdskada.

Säkerhetskultur

Inom VO KOU arbetar vi för att säkerhetskulturen ska genomsyra alla delar av vården, främja öppen kommunikation i det dagliga arbetet kring att identifierade risker samt skapa tid för lärande och reflektion. Inom de olika specialiteterna tas regelbundet patientfall upp för diskussion och lärande. Tillsammans med andra VO genomförs Morbidity och Mortality (M & M) konferenser, där patientfall diskuteras.

Hållbart säkerhetsengagemang (HSE) mäts årligen i enkät, se Tabell 3.

HSE Index	2024	2023	2022
	71	70	72

Aktiviteter som genomförts under året för att utveckla detta är utbildning för underläkare tillsammans med VO Akut där händelseanalyser presenteras och genomgång av handläggning av akuta tillstånd.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

För att öka patientsäkerheten och kvaliteten arbetar vi utifrån den nationella handlingsplanen. Inom VO så bedrivs detta arbete genom systematisk uppföljning av vårdprocesser. Andelen patienter som genomgår höftoperation (på grund av höftfraktur) inom 24 timmar från ankomst till akutmottagningen, är ett exempel på uppföljning som verksamhetsområdet gör. Uppföljning sker månadsvis, är andelen under 75 procent kvalitetsgranskar en överläkare i ortopedi orsaken till det, som återförs till verksamheten.

VO arbetar med implementering av nationella vårdprogram samt strukturerar upp och skapar nya arbetsbeskrivningar.

För att uppnå bästa möjliga patientsäkerhet och kvalitet har följande mål och aktiviteter beslutats för 2025:

- arbeta vidare med Rädda buken
- mäta och följa tillgängligheten till operation och protesrelaterade infektioner.

Avvikelser och patientsynpunkter

VO arbetar för att öka personalens benägenhet att rapportera risker för vårdskador samt händelser som har eller hade kunnat medföra en vårdskada genom att återkoppla till medarbetare aktuella avvikelser.

	2024	2023	2022
Avvikelser	87	61	62
Händelseanalyser	6	5	8
Lex Maria	5	3	7

Orsaksområde avvikelser	2024	2023	2022
Behandling/omvårdnad	22	16	15
Dokumentation/ informationsöverföring	13	12	14
Patientolycksfall	1	0	0
Utredning/bedömning/diagnos	18	11	7
Läkemedel	7	3	4

Inom VO får vi patientklagomål och synpunkter genom patientenkäter, 1177, direktkontakt med verksamhetschef, Patientnämnden och Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Typ	2024	2023	Källa
Patientnämnden	26	28	PaN
IVO- enskild anmälan	4	3	Edit
1177 Synpunkter och klagomål	27	14	HändelseVis

Genom avvikelser, riskbedömningar, kvalitetsutfall och patientsynpunkter har följande risker och förbättringsområdena inom VO identifierats:

- läkemedelslistor (ej uppdaterade/ signerade) inom slutenvården
- VO Akuts möjlighet att skylta bilder på ortopedens röntgenrond utan tydligt överlämnande av patientansvar
- PAD-svar dröjer för länge
- tillgängligheten hos oss på konsulttelefonerna och dokumentation av dessa konsultationer.

Styrkor inom VO som vi ska fortsätta utveckla:

- medarbetare känner stort ansvar för sina patienter
- stöttande och lärande kultur
- vågar prata om sina misstag
- digital kommunikation med patienter.

Exempel på förbättringsarbeten och åtgärder som vidtagits under året:

- ERAS
- Laparotomiflödet
- använda operationsresurser på lägsta effektivaste nivå.
- Patienter och närstående involveras i detta arbete genom enkäter och intervjuer.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Inför kommande år kommer fokus ligga på:

- implementering och följsamhet till PSVF och nationella riktlinjer
- tillgänglighet till mottagning och operation
- införande av patientsäkerhetsläkare och patientsjuksköterska
- förebyggande arbete för protesrelaterade infektioner
- utveckling av digitala möjligheter för patienter att komma i kontakt med oss
- införande av elektroniska kallelser inom hela verksamhetsområdet.

Verksamhetsplanen för 2025 kommer vi arbeta med under det kommande året. Att arbeta aktivt och strukturerat med den kommer bidra till bibehållen eller förstärkt patientsäkerhet och kvalitet för den vården vi ger. Arbetet med att uppmana medarbetare att identifiera patientsäkerhetsrisker och rapportera dessa kommer att fortsätta. Vidare kommer verksamhetsområdet fortsätta arbeta strukturerat med händelseanalyser och arbeta för en lärande organisation, för att minimera risken att samma risk händer igen.

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse VO Kvinnor-Barn



Verksamhetschef: Åsa Wijkström asa.wijkstrom@regionstockholm.se
Verksamhetsutvecklare: Johanna Katz Dalsgaard, johanna.katz-dalsgaard@regionstockholm.se

Ledning, styrning och verksamhetsinnehåll

Verksamhetschef ansvarar för kvaliteten och patientsäkerheten inom verksamhetsområdet, bland annat för att verksamheten har en fungerande organisation för avvikelshantering, arbete med riskanalyser och preventivt patientsäkerhetsarbete.

Verksamhetsområdets organisation beskrivs i nedan bild.



Verksamhetsområdets huvudsakliga patientgrupper är obstetrik, gynekologi och barnsjukvård.

Obstetrik

- Specialistmödravård, mottagning för förlossningsrädsla (Aurora), ultraljud och akuta tillstånd under graviditet.
- Förlossning från graviditetsvecka 36, eftervård på BB, återbesöksmottagning samt akuta tillstånd hos nyförlösta t.o.m. 6 veckor efter förlossningen.

Gynekologi

- Planerad gynekologisk mottagning för bl.a. utredningar, vulvabesvär, endometrios och bäckenbottenproblematik.
- Gynekologisk akutmottagning 24/7.
- Mottagningsoperation för mindre ingrepp, t.ex. hysteroskopi och koniseringar.
- Dagvårdsoperation med medelstora ingrepp, t.ex. inkontinensoperationer och laparoskopier.
- Slutenvårdsoperationer t.ex. hysterektomier.

Barnsjukvård

- Barn-och ungdomsmedicinsk mottagning (BUMM) för barn 0-18 år med specialistmottagning för bl.a. obesitas, astma och ADHD.
- Barnjourverksamhet 24/7 för akut omhändertagande av sjuka nyfödda, bedömning och undersökning av nyfödda på BB och återbesöksmottagning.

För att säkerställa säker och tillförlitlig god vård för detta följer och sammanställer verksamhetsutvecklaren kvalitetsdata månadsvis och resultaten diskuteras i respektive styrgrupp samt i verksamhetsområdets ledningsgrupp. Projektledarna för pågående förbättringsarbeten och specialistbarnmorskorna följer sina egna kvalitetsutfall tillsammans med verksamhetsutvecklare och styrgrupper. Medicinskt ledningsansvarig läkare (MLA) och/eller sektionschef för respektive verksamhet ansvarar för utveckling, utvärdering och uppföljning av patientsäkerhet och vårdkvalitet inom sitt område. Nationella och regionala vårdprogram och rutiner relevanta för specialiteterna följs.

Samskapande

Inom verksamhetsområdet finns flera förbättringsgrupper med fokus på, bland annat, att minska andelen stora förlossningsblödningar samt fokus på en förbättrad eftervårdsprocess. Dessa grupper är tvärprofessionellt sammansatta med representation från berörda delar av verksamhetsområdet.

Specialistbarnmorskorna (fokus normal förlossning, sjuka barn, bäckenbottenhälsa, eftervård och Aurora) samverkar med flertal andra professioner adekvata för respektive ämnesområde, till exempel fysioterapeuter, kuratorer och anestesiloger.

Vidare samverkar VO Kvinnor-Barn med VO Anestesi gällande utveckling av flertalet områden och processer, till exempel neo-CEPS och mamma-CEPS, där omhändertagande av svårt sjuk patient tränas sjukhusövergripande – och tillsammans med representanter från prehospita verksamhet.

Träningar gällande omhändertagande av akut sjukt barn och akut gynekologiskt sjuka kvinnor genomförs på sjukhusets akutmottagning. Detta sker tillsammans med VO Akut och VO Anestesi.

Förlossningsvården inom Region Stockholm har utvecklade rutiner för hänvisning av förlossningspatienter mellan sjukhusen. Inom både kvinnosjukvården och barnsjukvården är patientflöden och vårdkedjor i samverkan med primärvården viktiga och väl utvecklade, såsom mödrahälsovård-förlossning/BB-barnmottagning/barnvårdscentral. BUMM deltar i centrala samverkansgrupper och barnläkare kan adjungeras till de lokala barn- och ungdomspsykiatriska (BUS) grupperna som arbetar med specifika patientärenden. En viktig princip är användandet av verktyget Samordnad Individuell Plan (SIP). Socialtjänsten medverkar ofta vid SIP-möten. Via BUS regleras också ett gemensamt remissbedömningsteam (barnmottagningen och BUP) där svåra neuropsykiatriska bedömningar hanteras.

Kvalitetsparameter	2024	2023	2022
Sfinkterruptur hos förstföderskor, icke instrumentell förlossning	3,9%	3,3%	3,1%
Apgarpoäng <7 hos nyfödd efter 5 minuter	1%	1,7%	1%
Delaktighet i planering och beslut under förlossning, poäng 4-5	82%	Ej data	Ej data
Ökad andel mottagningsoperationer gynekologi	Ökat		
Minska andel vändtande på återbesök till BUMM	Minimum		

Kort analys av kvalitetsutfall, inklusive åtgärder

Resultatet för sfinkterruptur hos förstföderskor hamnade strax ovan målnivån för Region Stockholm, arbete för att förbättra utfallet 2025 pågår. Målnivån för Apgar-poäng vid fem minuter uppnåddes, och prelimära data gällande delaktighet vid förlossning visar att målnivån kommer nås.

Mottagningsoperationerna på gynmottagningen har ökat jämfört med föregående år vilket frigjort utrymme på centraloperation för andra opererande specialiteter. Kötiden för gynekologiska operationer minskade under 2024 och regionens målnivå för behandling/operation inom 90 dagar uppnåddes. Ökad vårdproduktion med ökad bemanning och task-shifting på BUMM har bidragit till att köer för återbesök är minimerade.

Adekvat kunskap och kompetens

Kompetens anställda inom VO	2024	2023	2022
Läkare (varav specialistkompetenta)	33/22	33/22	35/20
Barnmorskor	77	77	73
Sjuksköterskor (varav specialistkompetenta)	15	14	14
Undersköterskor	46	46	46
Disputerade/doktorander	6	5	5
Sjuksköterskor/barnmorskor med steg 5-tjänster	8	6	6

Bemanningen som helhet är god inom verksamhetsområdet.

Förlossningsverksamheten deltar i två nationella studier (Picrino, Option). Två doktorander (läkare) finns inom området obstetrik/gynekologi. Verksamhetsområdet har en stor studentverksamhet inom alla enheter, med goda resultat i utvärderingar.

Verksamhetsområdets medarbetare har stor vana vid olika projekt och förbättringsarbeten. Grunden för förbättring och implementeringsarbetet inom verksamhetsområdet är PDSA-cykler och arbetet utgår företrädesvis ifrån QRC-modellen, i vilken verksamhetsområdets förbättringscoacher utbildats. Interna utbildningar i avvikelse- och händelseanalysarbete hålls regelbundet.

För att säkerställa kunskap och kompetens inom patientsäkerhet lyfts begreppet patientsäkerhet återkommande ur ett flertal perspektiv och bland annat har utvecklingsdagar för samtliga personalgrupper haft fokus på patientsäkerhet. Händelseanalyser och fallgenomgångar återkopplas till samtliga medarbetare bland annat genom AHA-ronder (allvarlig händelse och analys-rond).

Patienten som medskapare

Informerat samtycke är grunden för alla åtgärder som vidtas, både inom förlossningsvården och inom den gynekologiska vården. Inom barn- och ungdomsmedicin vägs alltid barn -och ungdomsperspektivet mot föräldrarnas rätt till information och samtycke.

Verksamhetsområdet har ett väl fungerande system för omhändertagande av patientklagomål som inkommer via patientnämnden och 1177/Händelsevis. Mer frekvent återkommande klagomål har lyfts på planeringsdagar och patientsäkerhetsmöten.

Återkommande patientenkäter genomförs på samtliga enheter, huvudsakligen via verktyget Rapportor. Enkätresultaten analyseras och återförs till verksamheten, för att sedan ligga till grund för förbättringsprojekt. Patient- och närståendeintervjuer sker vid samtliga händelseanalyser. Patientrepresentanter har vid flertalet tillfällen medverkat vid planeringsdagar och i samband med förbättringsarbeten har verktyget "patientresa" använts, i syfte att fånga patientperspektivet.

Säkerhetskultur

Inom verksamhetsområdet arbetar vi 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. Det görs dagligen eller varje vecka genom tavelmöten inom BUMM och gyn, operationsgenomgång kommande operationer gyn inom läkargruppen, auditkonferens läkare BUMM, förlossningsrond tre gånger per dygn, barnläkarrond två gånger per dygn, samt aktivt arbete med time-out i förlossningsvården.

Hållbart säkerhetsengagemang (HSE) mäts årligen i enkät se tabell nedan.

HSE Index	2024	2023	2022
	80	77	Ej data

Aktiviteter som genomförts under året för att utveckla detta är att ha återkommande PSK-möten (patient- och kvalitetsmöten) i läkargruppen obst/gyn, där avvikelser återkopplas i lärande syfte.

I samband med utbildningsdag med tema Patientsäkerhet återkopplas allvarligare avvikelser för att diskutera i grupp hur man möjligen kunde ha handlagt ärendet annorlunda. Årliga (2-3ggr/år) AHA-ronder (allvarlig händelseanalys) där allvarligare ärenden, exempelvis Lex Maria går igenom med medarbetare.

Under 2025 planeras införande av daglig patientsäkerhetsrond på BB/förlossning, ledda av ansvarig läkare, antingen obst/gyn eller barnläkare.

Orsaksområde avvikelser	2024	2023	2022
Behandling/omvårdnad	90	72	60
Dokumentation/ informationsöverföring	75	83	36
Patientolycksfall	1	2	2
Utredning/bedömning/diagnos	36	23	40
Läkemedel	10	13	12

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

För att öka patientsäkerheten och kvaliteten så arbetar vi utifrån den nationella handlingsplanen. Inom verksamhetsområdet bedrivs detta arbete i form av flertalet utvecklings- och förbättringsarbeten med patientsäkerheten i fokus, bland annat för att minska andelen stora blödningar och bristningar i samband med förlossning, ytterligare utveckla säker patientstyrd sedering vid gynekologiska mottagningsoperationer, identifiera rätt patientgrupper för minimalinvasiv kirurgi, erbjuda god och säker abortvård och öka andelen korrekt provtagna och uppföljda nyfödda med gulsot.

Exempel på egenkontroll i verksamheten beskrivs på sidan 1.

För att uppnå bästa möjliga patientsäkerhet och kvalitet så har följande mål och aktiviteter beslutats för 2025:

- Införa daglig patientsäkerhetsrond på förlossning/BB.
- Hålla en planeringsdag för gynmottagningen med tema patientsäkerhet.
- Öka samarbete mellan BUMM och andra aktörer som BVC, socialtjänst och universitetssjukhus.
- Fortsatt övning på akuta situationer inom såväl obstetrik som gynekologi.

Avvikelser och patientsynpunkter

Verksamhetsområdet arbetar för att öka personalens benägenhet att rapportera risker för vårdskador samt händelser som har eller hade kunnat medföra en vårdskada genom att återkommande lyfta vikten av avvikelserapportering, både genom systemet Händelsevis, men även vid ronder, reflektionstillfällen och direkt till chefer och MLA:er. Utbildning/genomgång av begreppen risk, händelse, vårdskada, samt hur man rapporterar har hållits vid flera tillfällen under året.

	2024	2023	2022
Avvikelser	310	290	213
Händelseanalyser	2	4	3
Lex Maria	1	1	2

Inom verksamhetsområdet får vi patientklagomål och synpunkter genom 1177, patientvägledare, PaN, IVO, NPE eller på annat sätt. Inkomna klagomål och synpunkter hanteras huvudsakligen initialt av verksamhetschef, vårdchef och verksamhetsutvecklare. Klagomålen sammanställs och analyseras fortlöpande och lyfts vidare för uppföljning till bland annat styrgrupper, första linjens chefer, vårdutvecklare och specialistbarnmorskor.

Typ	2024	2023	Källa
Patientnämnden	13	7	PaN
IVO- enskild anmälan	4	3	Edit
1177 Synpunkter och klagomål	14	13	HändelseVis

De viktigaste riskerna och förbättringsområdena inom verksamhetsområdet identifierade genom avvikelser, riskbedömningar, kvalitetsutfall och patientsynpunkter:

- Förlossningsbristningar grad 3-4
- Stora blödningar vid förlossning
- Långa operationstider vid hysterektomier

Styrkor inom verksamhetsområdet som vi ska fortsätta utveckla:

- Hög tillitskultur
- Gott samarbete över specialitets gränser inom VO Kvinnor och barn
- Samverkan inom hela vårdkedjan graviditet – förlossning – eftervård

Exempel på förbättringsarbeten och åtgärder som vidtagits utifrån detta under året

- Nystart för projektgrupp ”minska stora blödningar” tillsammans med VO anestesi och operation
- Översyn av preoperativ bedömningar/kriterier för operationsmetod vid hysterektomi
- Översyn av vårdkedjan vid hysterektomi, inklusive fördjupad preoperativ bedömning

Patienter och närstående involveras i detta arbete genom att verksamheterna tar tillvara på resultat och fritextsvar från patientenkäter.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Inför kommande år kommer fokus ligga på att fortsätta med redan etablerade arbetssätt för att identifiera risker och svagheter, beskrivet under rubriken Säkerhetskultur.

- Införa daglig läkarledd patientsäkerhetsrond inom förlossning/BB.
- Öka samarbete med andra opererande specialiteter genom kunskapsutbyte och gemensamma forum.
- Arbeta för en lärande organisation inom alla delar inom VO Kvinnor och Barn genom att i alla led i organisationen arbeta med tillit och ett transparent förhållningssätt.
- Ökad involvering av patient och närstående i utveckling och förbättring av vården inom verksamhetsområdet.



Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse

Bilaga VO Paramedicin



Verksamhetschef: Anna Wik Bringby, anna.wik-bringby@regionstockholm.se
Verksamhetsutvecklare: Sophie Bergman, sophie.bergman@regionstockholm.se

Ledning, styrning och verksamhetsinnehåll

Verksamhetschefen är ansvarig för kvaliteten och patientsäkerheten inom verksamhetsområdet, bland annat att verksamheten har en fungerande organisation för avvikelshantering, arbete med riskanalyser och preventivt patientsäkerhetsarbete. Verksamhetsområdets organisation beskrivs i bild 1.



Verksamhetsområdets huvudsakliga patientgrupper avser inneliggande patienter i behov av rehabiliterande insatser i samband med operation, sjukdom eller skada samt öppenvårdspatienter som kommer för fortsatt rehabilitering efter sin sjukhusvistelse. Verksamhetsområdet erbjuder arbetsterapi, fysioterapi, nutritionsvård, samtalsstöd samt tal-, språk- och sväljrehabilitering. Till verksamhetsområdet hör även rehab-koordinator och friskvårdskonsulent samt två primärvårdsmottagningar i vårdval, Logopedmottagningen Södertälje Sjukhus och Wasa Logopedmottagning.

För att säkerställa en säker och tillförlitlig god vård så arbetar VO Paramedicin med olika aktiviteter för att stärka yrkeskompetensen och medvetenhet kring kvalitets- och patientsäkerhetsfrågor. Verksamhetsområdet har under 2024 arbetat VO-övergripande med aktiviteten kollegial journalläsning i syfte att förbättra och utveckla patientsäkerheten i journaldokumentationen. Detta eftersom bristande dokumentation utgör en vanlig och återkommande orsak i uppmärksammade vårdavvikelser. PSVF-arbetet har under året fokuserats kring deltagande i olika arbetsgrupper och utökad orientering kring nationella riktlinjer och kunskapsstöd. Under året har olika medarbetare deltagit i samverkan såväl internt som externt i syfte att implementera evidensbaserade metoder samt för att förbättra vårdprocesser och vårdens övergångar.

Utskrivningsteamet (UST) har under året erbjudit utbildningsinsatser för ökad kunskap om samverkan i samband med utskrivningsprocessen. Likaså har projektet Förstärkt Utskrivning (FU) startat upp i samverkan med både interna och externa parter i syfte att skapa trygga vårdövergångar. Kurator- och psykologenheten har initierat samverkan med primärvården angående utvidgad kognitiv utredning och Wasa Logopedmottagning har via projektmedel samverkat med Familjecentral och BVC kring föräldrastödjande insatser. Dietistenheten har i samverkan med VO Vas och VO Vård tagit fram en ny rutin för nutritionsprodukter och specialistlogoped har fortsatt

arbetet med IDDSI-implementeringen genom utbildningsinsatser för omvårdnadspersonal. Alla aktiviteter följs på enhetsnivå samt i verksamhetens ledningsgrupp.

Specialistfysioterapeut rapporterar in data gällande hjärtinfarktpatienter till nationella hjärtinfarktregistret (Sephia). Andelen patienter som under året träffade fysioterapeut inom ramen för hjärtrehabilitering var 88 procent.

Riks-Stroke rehabiliteringsrapport visar att färre patienter under slutenvårdsperioden på Södertälje sjukhus erhållit logopedi, arbetsterapi och fysioterapi jämfört med riket. I jämförelse med Stockholmsjukhusen är det något fler. Ett särskilt förbättringsområde är tid till bedömning inom 24 timmar av arbetsterapeut och fysioterapeut efter ankomst till vårdavdelning. Åtgärder för att förbättra tid till bedömning ses nu över. 88 procent av patienterna i registret har erbjudits någon form av hemrehabilitering efter utskrivning från akutvården.

Adekvat kunskap och kompetens

Kompetens anställda inom VO	2024	2023	2022
Arbetsterapeut	11	12	12
Dietist	5	4	4
Fysioterapeut	17	16	16
Friskvårdskonsulent	1	1	1
Kurator	9	9	9
Logoped	11	12	12
Psykolog	1	1	1
Rehabkoordinator	0,6	0,6	0,5
Utskrivningsteam	6	6	6
Vårdadministratör	1,5	1,5	1,5

Inom verksamhetsområdet finns både bred och djup kompetens inom olika professioner. Medarbetare uppdaterar sig kontinuerligt och deltar i utbildningar och fortbildningsinsatser för att säkerställa rätt kompetensnivå. Kompetensstegen används för att belysa aktuell och önskad kompetens på både gruppnivå och individnivå. I verksamhetsområdet arbetar både nyutexaminerade medarbetare och medarbetare med lång och gedigen kompetens, vilket bedöms stärka bandet mellan vetenskap och beprövad erfarenhet. VO Paramedicin har en FoUU-grupp där olika medarbetare har tilldelade uppdrag inom respektive specialistordning, inom studenthandledning, inom psykosocialt arbete samt inom patientsäkerhet och kvalitet. Gruppen träffas regelbundet för planering och utvärdering av pågående aktiviteter och forskningsprojekt.

Patientsäkerheten utgör en levande diskussion på bland annat VO-övergripande möten och via riktade aktiviteter som kollegial journalläsning. Medarbetare involveras i händelseanalyser och riskbedömningar för att stärka dialog och reflektion kring patientsäkerhetsfrågor. Alla medarbetare är informerade om avvikelssystemet Händelsevis och rapportering av avvikelser sker kontinuerligt. Under året har flera VO-möten fokuserat på temat kvalitet och förbättringsarbete, bland annat genom intervjusammanställningar och presentation av förbättringsarbeten inom de olika enheterna. Tema kvalitet och förbättringsarbeten fortlöper över 2025.

Patienten som medskapare

Under året bjöds patient och anhörig in till ett VO-möte för att delge sina erfarenheter efter ett traumatiskt sjukdomsfall. Aktiviteten var mycket uppskattad och genererade ett stort engagemang för patient- och anhörigperspektivet. Likaså ägnades ett VO-möte åt bemötande av patienter med kognitiv svikt i syfte att belysa patientperspektivet. Logopedmottagningens medarbetare fick lyssna till en föreläsning om sväljsrädsla, vilket uppfattades ge en bättre bild av patientens utsatta situation i mötet med vården. Patientsäkerhetsgruppen beslutade att under nästkommande år bjuda in fler patientrepresentanter för att stärka patienten som medskapare. I de fall där patienter har haft synpunkter eller klagomål på vården har patienter erhållit återkoppling och möjlighet till dialog. Patientperspektivet är både viktigt och centralt i vårdmötet med de paramedicinska professionerna och en förutsättning för att våra insatser ska nå effekt och resultat. Synpunkter och klagomål välkomnas och hjälper oss att utveckla patientsäkerhetsarbetet.

HSE Index	2024	2023	2022
	79	77	78

Säkerhetskultur

Inom verksamhetsområde VO Paramedicin arbetar vi 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 genom att uppmuntra medarbetare att agera på brister och risker.

Hållbart säkerhetsengagemang (HSE) mäts årligen i enkät, se tabell.

Aktiviteter som har genomförts under året för att utveckla detta arbete är till exempel kollegial journalläsning, där medarbetare får möjlighet att stärka sin analysförmåga i syfte att utveckla säkra dokumentationsrutiner. En annan återkommande identifierad patientsäkerhetsrisk avser bristande följsamhet till paramedicinska ordinationer och rekommendationer. För att skapa ett strukturerat arbete kring frågan beslutades att tillsätta en arbetsgrupp. Denna beslutades senare att utgöras av verksamhetsområdets nyinrättade patientsäkerhetsgrupp.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

För att öka patientsäkerheten och kvaliteten så arbetar vi utifrån den nationella handlingsplanen.

VO Paramedicin arbetar både operativt och strategiskt för en god säkerhetskultur, bland annat genom dialog och ärendedragning i samband med vårdavvikelse och händelseanalyser. Förbättrade dokumentationsrutiner bedöms kunna stärka patientsäkerheten på sikt och i händelse av utmanande situation och/eller akut personalbrist sker snabba avstämningar och omfördelning av resurser. Likaså har året präglats av ökad riskmedvetenhet i samband med kris och katastrof, till exempel undersöktes möjligheten till ett beredskapslager för hjälpmedel. Till följd av en avtalsbegränsning i vårdval logopedi krävdes under året en omorganisation för att möjliggöra fortsatt omhändertagande av patienter i behov av fiberskopisk undersökning av sväljning (FUS). Förändringen bedöms säkerställa såväl patientsäkerhet som rätt vårdnivå för avsedd patientgrupp.

För att uppnå bästa möjliga patientsäkerhet och kvalitet så hade följande mål och aktiviteter beslutats för 2025:

- Förbättrade dokumentationsrutiner genom införande av kollegial journalläsning
- Underlätta följsamheten till paramedicinska ordinationer genom tillsättande av en arbetsgrupp
- Ökad patientdelaktighet genom intern modell för att fånga upp synpunkter från missnöjda patienter
- Kartlägga verksamhetsområdets möjligheter till att utjämna utskrivningsflödet
- Bemanna och projektleda Förstärkt utskrivning som ett led i att minska antal återläggningar

Avvikelse och patientsynpunkter

Verksamhetsområdet arbetar för att öka personalens benägenhet att rapportera risker för vårdskador samt händelser som har eller hade kunnat medföra en vårdskada genom att uppmuntra till avvikelserapportering, informera om Händelsevis samt genom att återkoppla genomförda avvikelser och händelseanalyser. Flertalet avvikelser rapporteras vidare och handläggs för åtgärder inom andra VO:n. Tabellen nedan visar antalet avvikelser handlagda inom VO Paramedicin.

	2024	2023	2022
Avvikelse	18	20	17
Händelseanalyser	0	0	0
Lex Maria	0	0	0

Inom verksamhetsområdet tar vi emot patientklagomål och synpunkter genom muntlig eller skriftlig återkoppling från patienter och anhöriga samt via system för dito ärenden. Inkomna klagomål och synpunkter diskuteras med berörda medarbetare utifrån upplevelser i samband med vårdmötet och genom granskning av journalhandlingar. Återkoppling på PaN- och IVO-ärenden följer sjukhusets interna rutiner. Vid behov tas personlig kontakt med patient/anhörig för fördjupad dialog. Ett VO-möte har haft tema "Att lyssna på missnöjda patienter", lett av en kurator, för att öka medarbetarnas egen förmåga och trygghet i möten med missnöjda patienter. Patienter och närstående ska alltid involveras genom bemötande och dialog under vårdtiden/vårdmötet. Att bemöta alla patienter med respekt och värdighet är en viktig del i samskapandet tillsammans med patienten.

Typ	2024	2023	Källa
Patientnämnden	1	0	PaN
IVO- enskild anmälan	0	0	Edit
1177 Synpunkter och klagomål	0	0	HändelseVis

De viktigaste riskerna och förbättringsområdena inom verksamhetsområdet identifierade genom avvikelser, riskbedömningar, kvalitetsutfall och patientsynpunkter är bristande dokumentation/informationsöverföring, brister i behandling/omvårdnad, bristande följsamhet till ordinationer och rekommendationer, bristande följsamhet till utskrivningsprocessens rutiner och överrapportering i vårdens övergångar. Verksamhetsområdet har handlagt få egna ärenden från PaN, 1177 och IVO, men lämnat yttranden och kompletteringar som del i handläggningen av andra verksamhetsområdens anmälningar, avvikelser eller patientsynpunkter. Det har till exempel handlat om utskrivningsprocessen, bemötande och nutritionsomhändertagande. Verksamhetsområdet hanterar även vissa sjukhusövergripande avvikelser relaterat till utskrivningsprocessen och då vanligen så kallade externa avvikelser.

- Enheten för Logopedi har under året genomfört två riskbedömningar varav båda fortlöper över Q1 2025. Riskbedömningarna avser risker i samband med införandet av FUS på medicinmottagningen samt akut omstyrning av personal från öppen- till slutenvård. Båda riskbedömningarna kommer att presenteras i facklig samverkan och uppmärksammade brister kommer att hanteras via en åtgärdsplan under 2025.
- En riskbedömning av projektet Förstärkt Utskrivning (FU) genomfördes inför projektstart. Då FU är ett tvärprofessionellt projekt genomfördes riskbedömningen på sjukhusövergripande nivå och presenterades i sjukhusets samverkansgrupp. I riskbedömningen hanterades risker relaterat både till patientsäkerhet och arbetsmiljö och handlingsplan för åtgärder följs upp av styrgrupp FU regelbundet.
- Inför verksamhetsområdets namnbyte till VO Hälsoprofessioner vid årsskiftet 2024/25 genomfördes en riskbedömning utan att några patientsäkerhetsrisker identifierades.

Styrkor inom verksamhetsområdet som vi ska fortsätta utveckla:

- Vår bredd och kompetens som bland annat nyttjas i sjukhusövergripande kunskaps- och verksamhetsutveckling
- Flertaliga och stora kontaktytor skapar förutsättning för extern och intern samverkan
- Förändringsvilja och engagemang att utveckla verksamheten mot gemensamma mål

Exempel på förbättringsarbeten och åtgärder vidtagits utifrån detta under året:

- UST har under året arbetat för att sprida kunskap om utskrivningsprocessen och samverkat med externa samarbetspartners för att förbättra patientsäkerheten i vårdens övergångar.
- Projektet Förstärkt Utskrivning har syftat till att ge patienter en trygg och patientsäker hemgång i syfte att minska antal återinläggningar.
- Arbetsterapienheten har under året säkerställt att patienter erhåller fortsatt rehab och möjlighet till uppföljning och anpassningar i hemmet.
- Fysioterapeuter har under året ingått i både yrkesspecifik och tvärprofessionell samverkan via deltagande i nätverk för primärvårdsrehab.
- Dietistenheten har under året arbetat med att standardisera och utveckla journaldokumentationen inom slutenvården.
- Kurator- psykologenheten har under året initierat samverkan med primärvården för att se över möjligheten till utvidgad kognitiv utredning.
- Logopedenheten har under året utökat kompetensen och därigenom kunnat erbjuda evidensbaserade behandlingsmetoder enligt Hanen-programmet.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Inför kommande år kommer fokus ligga på:

- Ökad proaktivitet genom genomförande av minst fem riskbedömningar.
- Ökad patientdelaktighet genom att bjuda in patientrepresentant till verksamhetsområdets patientsäkerhetsgrupp (PSG).
- Ta fram yrkesspecifik arbetsbeskrivning och prioriteringsordning för alla professioner i slutenvård.
- VO-övergripande kunskapslyft om personcentrerad vård.

VO Hälsoprofessioner kommer, förutom ovanstående aktiviteter från verksamhetsplanen 2025, att arbeta med att utveckla den goda samverkan vi byggt upp med våra vårdgrannar. Bland annat hoppas vi att säkra processer för överrapportering i vårdens övergångar som utgjort ett utvecklingsområde 2024.

Verksamhetsområdets medarbetare är vår största tillgång och vi kommer att ägna tid och resurser åt att ge dem förutsättningar att arbeta på ett evidensbaserat och patientsäkert sätt, bland annat genom att se över möjligheten att stärka upp med en vårdutvecklare som stöd i detta arbete.

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse

Bilaga VO Röntgen



Verksamhetschef: Camilla Vesterinen Artell, camilla.vesterinen-artell@regionstockholm.se

Verksamhetsutvecklare: Amina Duhera, amina.duhera@regionstockholm.se

Ledning, styrning och verksamhetsinnehåll

Verksamhetschefen är ansvarig för kvaliteten och patientsäkerheten inom verksamhetsområdet bl.a. att verksamheten har en fungerande organisation för avvikelshantering, arbete med riskanalyser och preventivt patientsäkerhetsarbete. Verksamhetsområdets organisation beskrivs i bild 1.

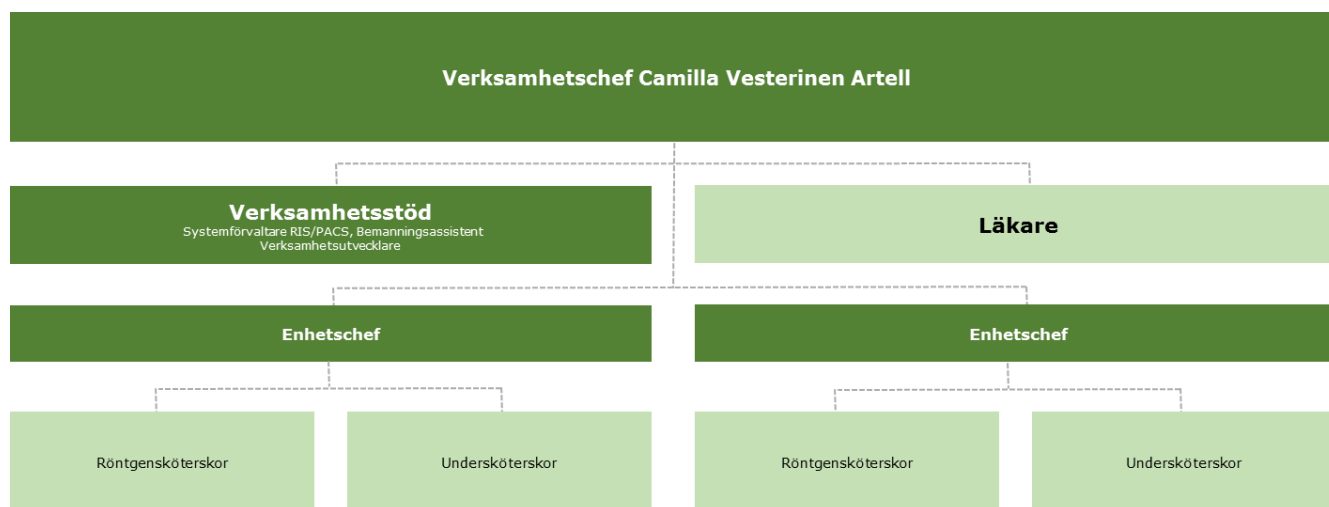
Verksamhetsområdets huvudsakliga patientgrupper är elektiva, inneliggande och akuta patienter. Patienter remitteras från vårdcentral, externa mottagningar, internt via avdelning/mottagning eller akutmottagning för bilddiagnostisk undersökning.

För att säkerställa säker och tillförlitlig god vård för detta arbetar verksamheten med kontinuerlig genomgång av rutiner, sektionsansvariga modalitetsgrupper som optimerar undersökningsmetoder, granskar kvalitet och arbetar tätt med strålfysiker samt andra verksamheter externt/internt för att upprätthålla minsta möjliga strålning utan att överstyra bildkvalitet och patientsäkerhet.

Röntgen tillhandhåller högteknologisk bilddiagnostisk utrustning, vilket medför tätt samarbete med interna/externa verksamhetsområden/leverantörer. Bland annat samverkar Röntgen med Medicinsk teknik, IT, tillsammans med externa leverantörer för att upprätta felsökning, service, underhåll, uppgradering samt installationer av befintlig och/eller ny utrustning. Eftersom Röntgen är en betydande del av patientens utredning, sker ett tätt samarbete med andra verksamhetsområden vad gäller patientsäkerhet. Inom den svenska radiologin finns ännu inga kvalitetsregister och VO Röntgen rapporterar inga indikatorer till Hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF). Verksamheten tillämpar Nationella riktlinjer, regionala vårdprogram inom de områden där sådana finns samt de arbetssätt som tagits fram för Standardiserade vårdförlopp (SVF).

Tabell med de viktigaste kvalitetsmått från verksamhetsplanen.

Kvalitetsparameter	2024	2023	2022
Basala Hygienrutiner			
Undersökning i tid inom medicinsk prioritering			
Svarsrutiner inom rätt medicinsk prioritet			
Standardiserat vårdförlopp (SVF)			
Rutinkännedom bland medarbetare			
Användning av avvikelserapporteringssystemet			
Antal medarbetare som medverkar i den interna kvalitetsutbildningen 70%		-	-



Adekvat kunskap och kompetens

Kompetens anställda inom VO	2024	2023	2022
Läkare (varav specialistkompetenta)	13 (11)	11 (10)	12 (10)
Röntgensjuksköterskor	26 (26)	26 (26)	26 (26)
Disputerade/doktorander	2	1	1
Undersköterskor	10	10	10
Övriga	1	1	1

Det råder brist på röntgensköterskor och radiologer nationellt, vilket avspeglas hos VO Röntgen. Det är svårt att rekrytera. En faktor kan vara att det finns flertalet arbetsgivare inom regionen som konkurrerar om arbetskraften. Vi tar emot röntgensköterskestudenter från Karolinska Institutet och utbildar ST-läkare samt håller interna utbildningsinsatser inom de områden vi ser att kompetensen behöver höjas.

För att skapa systemförståelse och kunskap om förbättrings- och implementeringsarbete belyser vi händelser genom öppen kommunikation och tillit till medarbetaren. På möten som arbetsplatsträff (APT), morgonmöte, har vi stående punkt för avvikelser och händelseanalyser.

För att säkerställa kunskap och kompetens inom patientsäkerhet håller medarbetare i interna utbildningar varje vecka, utformat individuella utbildningsplaner för specialisttjänstgörande läkare och introduktionsprogram för nyanställda.

Patienten som medskapare

Patienten görs delaktig från bokad tid till undersökningens slut och 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. Möjlighet till att lämna klagomål och synpunkter finns antingen muntligt eller skriftligt och hanteras av verksamhetsansvarig chef i första hand. Arbetet presenteras sedan i ledningsgrupp och för medarbetare.

Säkerhetskultur

Inom verksamhetsområde Röntgen arbetar vi 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 genom att avsätta tid till utbildning för kompetensutbyte, tid till reflektion på morgonmötet och arbetsplatsträffar som stående punkt.

Hållbart säkerhetsengagemang (HSE) mäts årligen i enkät, se tabell.

HSE Index	2024	2023	2022
	73	72	70

Aktiviteter som genomförts under året för att utveckla detta är genom att presentera resultat från hållbarhet säkerhet engagemang (HSE), kommunicera och följs upp via APT och/eller under kategorimöten. Avvikande frågor plockas ut och bearbetas i små grupper där vi tillsammans diskuterar och sammanställer förslag på förbättringar och åtgärder. Ett mer systematiskt arbetssätt som omfattar patientsäkerhet och arbetsmiljö - Gröna Korset används. Det ger medarbetare tillsammans med ledningen att reflektera över patientsäkerheten dagligen och i realtid.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

För att öka patientsäkerheten och kvaliteten arbetar vi utifrån den nationella handlingsplanen. Inom verksamhetsområdet bedrivs arbete genom att använda oss av arbetsmetoden Gröna korset för att öka medvetenhet kring patientsäkerhet och kvalitet. Varje morgon utvärderas gårdagen med öppen kommunikation mellan medarbetare.

För att uppnå bästa möjliga patientsäkerhet och kvalitet har följande mål och aktiviteter beslutats för 2025:

Säkerställa att:

- Standardiserade vårdförlopp (SVF) hanterade inom framtagna ledtider.
- Andel patienter som erbjuds undersökningstid inom ramen för den medicinska prioriteringen:
 - Prio 1-2 veckor 92 %
 - Prio 3 veckor 90 %
 - Prio 75 %
- Svartsrutiner 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
- Uppföljning i QlikView månadsvis.

Avvikelser och patientsynpunkter

Verksamhetsområdet arbetar för att öka personalens benägenhet att rapportera risker för vårdskador samt händelser som har eller hade kunnat medföra en vårdskada genom att befintliga och nya medarbetare introduceras i avvikelshantering och utbildas i sjukhusets avvikelshanteringsprogram HändelseVis. Medarbetare uppmuntras kontinuerligt till att rapportera in avvikelser. Varje morgon avsätts reflektionstid för genomgång av patientsäkerhetsfrågor och incidenter.

	2024	2023	2022
Avvikelser	86	80	76
Händelseanalyser	0	2	1
Lex Maria	0	1	0

Orsaksområde avvikelser	2024	2023	2022
Behandling/omvårdnad	10	3	9
Dokumentation/ informationsöverföring	10	32	13
Patientolycksfall	13	13	20
Utredning/bedömning/diagnos	25	32	22
Läkemedel	6	1	3

Inom verksamhetsområdet så får vi patientklagomål och synpunkter genom att medarbetarna är lyhörda och uppmärksamma på patientens åsikter vid varje undersökningstillfälle. Förutom daglig kontakt finns andra sätt att kontakta vården, genom Patientnämnden, 1177 - Synpunkter och klagomål, IVO- enskild anmälan och hanteras av verksamhetschef.

Typ	2024	2023	Källa
Patientnämnden	2	2	PaN
IVO- enskild anmälan	0	2	Edit
1177 Synpunkter och klagomål	6	3	HändelseVis

De viktigaste riskerna och förbättringsområdena inom verksamhetsområdet identifierade genom avvikelser, riskbedömningar, kvalitetsutfall och patientsynpunkter:

- Kontrastmedelsreaktioner
- Kontrastmedel subkutant
- Basala hygienrutiner
- Ultraljuds interventioner
- Säkerhet inför magnetkameraundersökning
- Transport till och från röntgen

Styrkor inom verksamhetsområdet som vi ska fortsätta utveckla:

- Strålsäkerhetsutbildning
- Kommunikation internt
- Interna utbildningstillfällen

Exempel på förbättringsarbeten och åtgärder vidtagits utifrån detta under året:

- Optimering av protokoll per modalitet
- Optimerat rutin kring interventioner som utförs på VO Röntgen samt påbörjat arbete för sjukhusgemensam, rutin
- Utbildning i MR säkerhet ute på avdelningar

Patienter och närstående involveras i detta arbete genom att delta vid särskilda händelseanalyser, där möjligheten finns att bidra med förbättringsarbeten samt synpunkter/klagomål.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Inför kommande år kommer fokus ligga på:

- Individuella mål och utvecklingsplan per medarbetare
- Kompetensstege för kompetensutveckling

Verksamheten arbetar sedan tidigare med Gröna korset för patientsäkerhet, vilket är en arbetsmetod för att systematiskt identifiera risker och svagheter i realtid, men även för att bibehålla och utveckla styrkor och kvaliteter. Metoden har varit väl uppskattad av medarbetare vilket lett till att även Gröna slingan införts som syftar till att ge reflektionstid åt arbetsmiljön.



Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse

Bilaga VO Vård



Verksamhetschef: Lena Kruse, lena.kruse@regionstockholm.se

Verksamhetsutvecklare: Andreas Svensson, andreas.svensson@regionstockholm.se

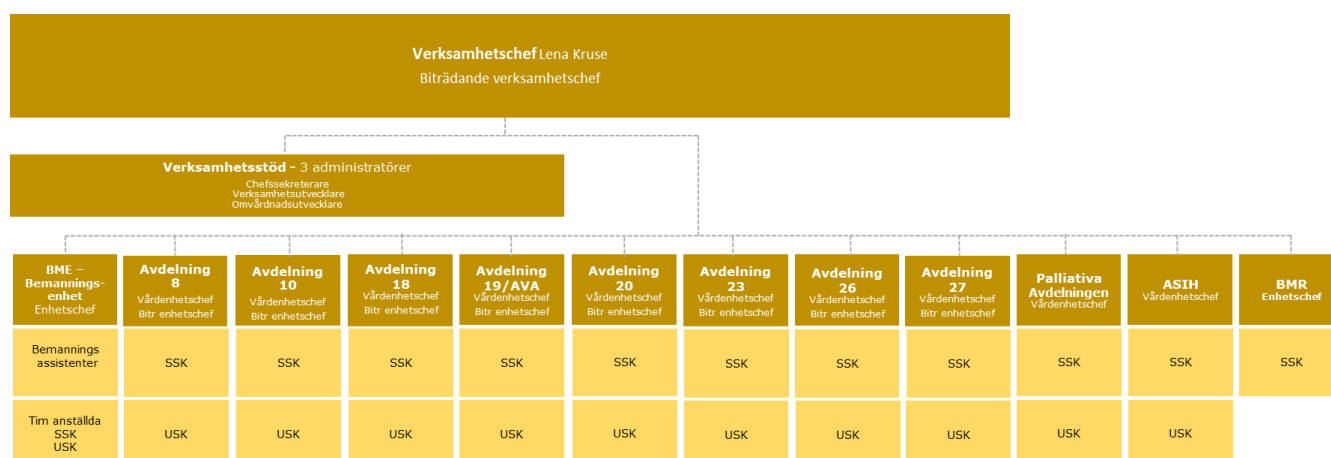
Ledning, styrning och verksamhetsinnehåll

Verksamhetschefen är ansvarig för kvaliteten och patientsäkerheten inom verksamhetsområdet, bland annat att verksamheten har en fungerande organisation för avvikelshantering, arbete med riskanalyser och preventivt patientsäkerhetsarbete.

Verksamhetsområdets organisation beskrivs i bild 1.

Verksamhetsområdets huvudsakliga patientgrupper är patienter inom kirurgi, ortopedi, urologi, internmedicin, geriatrik, palliativ vård och ASIH.

För att säkerställa säker och tillförlitlig god vård för detta arbetar verksamhetsområdet kontinuerligt med egenkontroller för omvårdnad, exempelvis egenkontroller för trycksår, fall och infarter. Fler egenkontroller för fler områden kommer att tas fram under nästkommande år. Verksamhetsområdet arbetar framförallt med rutiner utifrån Vårdhandboken men har sett vissa behov av att göra lokala tillägg i form av egna rutiner som ett komplement.



Samskapande

Verksamhetsområdet samarbetar med sjukhusets övriga verksamhetsområden och processer för att skapa en god och säker vård. Samarbete sker på enhetsnivå och verksamhetsnivå.

Verksamhetsområdet följer kvalitetsindikatorer inom omvårdnad. Riskbedömningar och aktivitetsplaner görs för trycksår, fall och nutrition. På de akutsomatiska avdelningarna följs även riskbedömning för urinretention. Utöver det följs vårdrelaterade infektioner, basala hygienrutiner och klädregler samt riskbedömningar och provtagningar för anmälningspliktiga resistent bakterier. Under året har sjukhuset bytt kvalitetsuppföljningssystem, vilket har påverkat möjligheterna till uppföljningar. Arbete pågår med att ta skapa fler och tillförlitliga kvalitetsrapporter.

Se även bilaga sjukhusets kvalitetsindikatorer.

Adekvat kunskap och kompetens

Kompetens anställda inom VO	2024	2023	2022
Sjuksköterskor	177	148	126
Omvårdnadsledande sjuksköterskor	8	5	3
Undersköterskor	153	140	157

Kompetensstegen är uppdaterad och implementerad. Målet är att ha en steg-5-sjuksköterska på varje enhet men i dagsläget saknas de på några avdelningar. Biträdande chefer och seniora sjuksköterskor finns dock som kunskapsbärare och deltar i VO Vårds magnetarbete. Inom geriatriken på GAVA finns en studentmodul där en sjuksköterska ansvarar för studenter under VFU.

Samtliga vårdavdelningar driver förbättringsarbete med förbättringstavlor och medarbetarengagemang. Avvikelser inkluderas i förbättringsarbetet. Implementering av nya metoder/rutiner görs av medarbetare med särskilda ansvarsområden som får uppdrag av chef.

Alla sjuksköterskor och undersköterskor får vid introduktion en genomgång av patientsäkerhet och kvalitet.

För att säkerställa kunskap och kompetens inom patientsäkerhet finns tre metodkunniga sjuksköterskor i att utföra händelseanalyser. Ledningsgruppen har haft planeringsdagar med fokus på patientsäkerhet och även vissa avdelningar.

Patienten som medskapare

Patienterna har involverats när man har tagit fram informationsskrifter till patienterna. Vid omvårdnadsronder inhämtas patientens synpunkter på omvårdad, hygien och bemötande. Synpunkter som tas emot avseende vården leder alltid till åtgärder där målet är att förhindra brister i bemötande och omvårdnad. Anhöriga involveras ofta och återkoppling sker efter att åtgärder vidtagits.

Säkerhetskultur

Inom verksamhetsområde Vård arbetar vi 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. Avvikelser tas alltid på allvar och åtgärdas och händelseanalyser återkopplas till berörda med förbättringsförslag. Vid brister i utförandet av moment så säkerställs kunskap via utbildningar på KTC. Det är tydligt vem som gör vad i vården mellan de olika yrkeskategorierna.

Hållbart säkerhetsengagemang (HSE) mäts årligen i enkät se tabell.

HSE Index	2024	2023	2022
	75	76	75

Aktiviteter som genomförts under året för att utveckla detta är att flera medarbetare involveras i händelseanalyser för att lära sig metoden och kunna sprida vidare till avdelningarna. Handlingsplaner vid brister tas fram både ur ett systemperspektiv och ur ett individuellt perspektiv när det finns brister.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

För att öka patientsäkerheten och kvaliteten arbetar vi utifrån den nationella handlingsplanen. Inom verksamhetsområdet bedrivs detta arbete genom egenkontroller. Verksamhetsområdet utför egenkontroller med omvårdnadsronder och Gröna korset.

För att uppnå bästa möjliga patientsäkerhet och kvalitet så har följande mål och aktiviteter beslutats för 2025:

- införa fler egenkontroller inom verksamhetens huvudområden, det vill säga omvårdnad.
- Öka andelen lokala förbättringsarbeten.

Avvikelser och patientsynpunkter

Orsaksområde avvikelser	2024	2023	2022
Behandling/omvårdnad	236	163	143
Dokumentation/ informationsöverföring	65	73	69
Patientolycksfall	199	189	94
Utredning/bedömning/diagnos	10	13	12
Läkemedel	78	43	32

Verksamhetsområdet arbetar för att öka personalens benägenhet att rapportera risker för vårdskador samt händelser som har eller hade kunnat medföra en vårdskada genom att utvalda avvikelser, händelseanalyser och tillhörande statistik presenteras på personal-tv. Statistik följs upp i ledningsgrupp och omvårdnadsnätverk. Personal uppmuntras att skriva avvikelser.

	2024	2023	2022
Avvikelser	635	523	391
Händelseanalyser	4	4	2
Lex Maria	2	2	2

Inom verksamhetsområdet får vi patientklagomål och synpunkter genom 1177, Patientnämnden, Inspektionen för Vård och Omsorg och externa avvikelser.

Typ	2024	2023	2022
Patientnämnden	10	6	3
IVO- enskild anmälan	9	9	9
1177 Synpunkter och klagomål	5	10	8

De viktigaste riskerna och förbättringsområdena inom verksamhetsområdet identifierade genom avvikelser, riskbedömningar, kvalitetsutfall och patientsynpunkter:

- Omvårdnad, sår, fall och smärta
- Bemötande
- Läkemedelshantering

Styrkor inom verksamhetsområdet som vi ska fortsätta utveckla:

- Starkt engagemang.
- En omvårdnadsorganisation enligt magnetmodellen med magnetteam på avdelningarna som systematiskt utvecklar omvårdnaden och säkerställer att standarder fungerar.
- I ledningsgruppen dras händelseanalyser där risker och förbättringsåtgärder påtalas som sprids på alla avdelningar.
- Verksamhetschef som läser alla avvikelserapporter och identifierar brister som kan åtgärdas ur ett systemperspektiv.
- Riskanalyser utförs vid nya metoder och moment.
- Omvårdandsrond utförs regelbundet.
- Stärka tryggheten genom utbildning .

Exempel på förbättringsarbeten och åtgärder vidtagits utifrån detta under året:

- Sårprocessen.
- Fallpreventionsvecka i samarbete med närliggande kommuner.
- Införande av bemötandekod.
- Arbetat med rimlighetsbedömning vid läkemedelshantering.
- Riskanalys inför artärgastagning.
- Förbättrad omvårdnadsdokumentation.
- Smärtskattning vid livets slutskede inom geriatriken.
- KAD sättning med fokus på specialkatetrar.

Patienter och närstående involveras i detta arbete genom att delta vid händelseanalyser och svara på patientenkäter som finns tillgängliga på alla patientrum.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Inför kommande år kommer fokus ligga på:

- Kvalitetsdata i realtid för varje enhet och omvårdnadsområde som underlag för förbättringar
- Arbete med magnetmodellens dragningskrafter med stort fokus på evidensbaserad omvårdnad och att leda omvårdnad, inte bara för chefer
- Öka antalet omvårdnadsronder
- Kunskapshöjande åtgärder för undersköterskor
- Implementering av ramverk för omvårdnad (Fundamentals of care)
- Nytt måltidskoncept införs
- Patient- och anhöriginvolvering

VO Vård kommer att fortsätta med nuvarande strategier att driva omvårdnadsfrågor i magnetarbetet och säkerställa spridning av kunskap och ny evidens. Utbildning och engagemang av fler medarbetare i händelseanalyser pågår och kommer att förbättra återkoppling till verksamheten och att jobba med förebyggande åtgärder. Att avvikelser tas på allvar och förebyggande åtgärder sätts in.

Nära samarbete till KTC finns och bidrar med kompetenshöjande åtgärder om brister påvisas. Systematiken att åtgärda problem, ha handlingsplaner och följa upp är en framgång. Målet är att höja HSE index till mätningen 2025. Medarbetarengagemanget är av största vikt för nå bra resultat.

Nära samarbete till KTC finns och bidrar med kompetenshöjande åtgärder om brister påvisas. Systematiken att åtgärda problem, ha handlingsplaner och följa upp är en framgång. Målet är att höja HSE index till mätningen 2025. Medarbetarengagemanget är av största vikt för nå bra resultat.

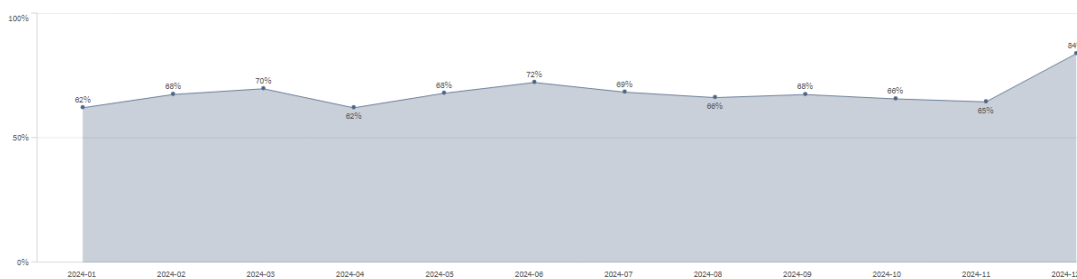
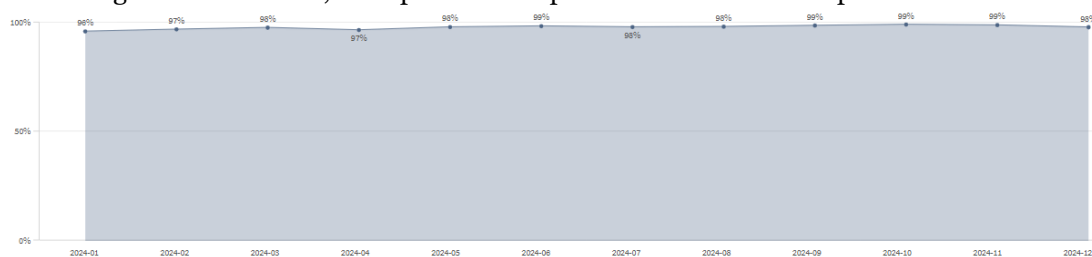


Bild Linda Robertsson KTC-instruktör, Nina Malinen Vårdenhetschef, Lena Kruse Verksamhetschef, Lena Swedberg Chefssjuksköterska

Bilaga 1. Tabell kvalitetsindikatorer Södertälje sjukhus inklusive kommentarer

MRSA – Riskbedömda och korrekt provtagna

Andelen korrekt odlade är låg och analysarbete pågår. Saknas underlag för vilka patienter som inte blir korrekt provtagna. Flera olika orsaker tros vara anledning bl. a kunskaper saknas kring vilket prov som skall tas till vilken risk. Lathund har tagits fram. Otillräckliga rutiner på enheterna för prover som skall "tas imorgon". Prover tagna vid fel tillfälle, exempelvis innan patienten har skrivits in på enheten.



Fall under aktuell vårdtid

Antalet fall är högre för män än för kvinnor. Fallpreventiv grupp har under året arbetat med en fallpreventiv vecka tillsammans med närliggande kommuner (Södertälje, Salem och Nykvarn), tagit fram utbildningsmaterial, gjort en patientbroschyr för träning i hemmet.

Den fallpreventiva gruppen Kommer att fortsätta arbete med ett lokalt tillägg till Vårdandebokens rutin för fall och fallprevention. Tillsammans med dokumentationsgruppen kommer en journalmall specifikt för fallincidenter att utarbetas.

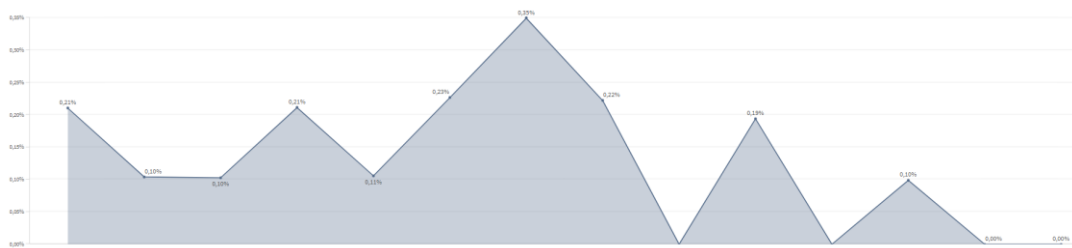


Trycksår under aktuell vårdtid

Sårgruppen har under året haft regelbundna möten för såransvariga på avdelningarna. Ett vändschema har tagits fram och en rutin för sår har påbörjats. En lokal riktlinje som ett komplement till Vårdhandbokens riktlinje kommer att tas fram under 2025. En ny metod för att hyra växeltrycksmadrasser har implementerats under året. Metoden ger möjlighet att kunna erbjuda rätt madrass till riskpatienter snabbare.

Kvinnor har mer trycksår än män vid både årets och föregående års mätning. Antalet patienter med trycksår är lågt i förhållande till tidigare punktprevalensmätningar.

Då resultaten i den kontinuerliga uppföljningen skiljer sig från tidigare punktprevalensmätningar (PPM) så gjordes under hösten en PPM som visade på 3,7% trycksår vid tillfället för mätningen. Dokumentationsgruppen fortsätter att arbeta med dokumentation avseende trycksår.



Smärtskattning under sista levnadsveckan inom geriatrisk slutenvård

Vi har under året säkerställt registreringskunskap i Palliativregistret och förtydligat ansvarsfördelning. Utbildning av all personal om vikten av smärtskattning i palliativt skede.

Uppföljning av smärtskattning görs regelbundet. Omvårdnadsledande sjuksköterskor har haft smärtskattning och smärtbehandling som ett återkommande teama. Omvårdnadseminarium med tema smärta har hållits. Smärtskattningsinstrument har delats ut. Ett lokalt tillägg till Vårdandebokens riktlinjer avseende smärta kommer att göras under 2025. Förenklat möjligheten att lägga till smärta genom att utöka den dagliga journalmallen med sökord.

