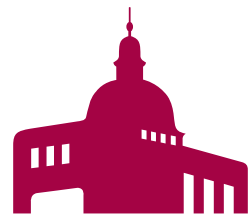
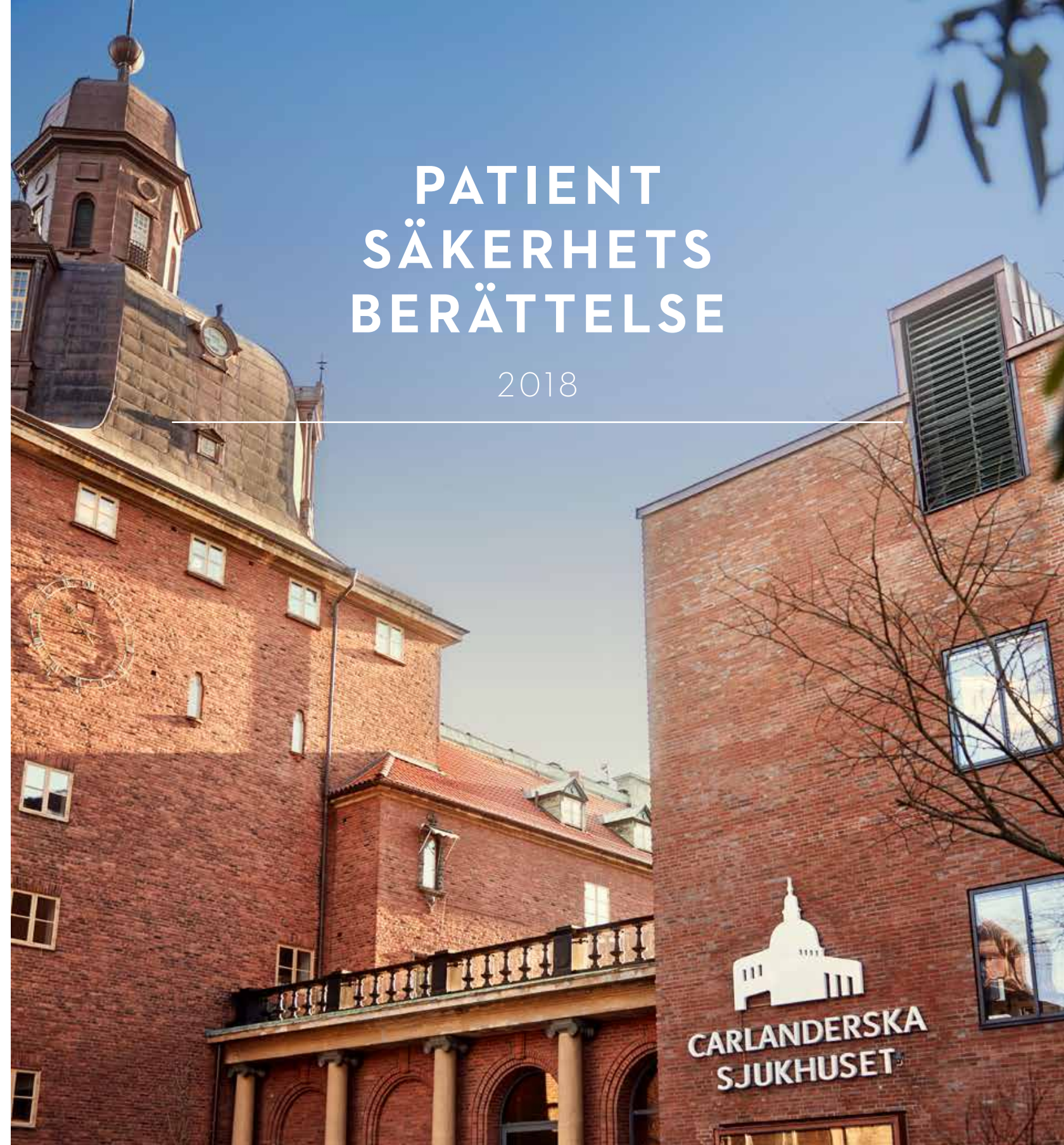


PATIENT SÄKERHETS BERÄTTELSE

2018



CARLANDERSKA
MÖJLIGHETERNAS SJUKHUS



STIFTELSEN CARLANDERSKA SJUKHUSET

405 45 Göteborg | Besöksadress: Carlandersparken 1 | Våxel tel: 031-81 80 00 | www.carlanderska.se | Följ oss gärna på Facebook och Instagram.



CARLANDERSKA
MÖJLIGHETERNAS SJUKHUS



INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Inledning.....	5
Hållbar utveckling.....	6
Kvalitet och patientsäkerhet.....	6
Avvikelsehantering.....	6
Rapportering.....	7
Ansvarsfördelning.....	7
Störningsmätning.....	7
Avvikelsehantering patientärende.....	8
Patients synpunkt, förbättringsförslag, klagomål.....	8
Allvarlig vårdskada.....	8
Avvikelsehantering produkt/vara.....	8
Uppföljning.....	8
Analys av information.....	10
Korrigerande åtgärder.....	10
Förebyggande åtgärder.....	10
Avvikelser på Carlanderska under 2018.....	11
Systematiskt patientsäkerhetsarbete.....	11
Åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten.....	12
Externa granskningar 2018.....	12
Fokus 2019.....	12
Bilaga 1 - Strålsäkerhet Röntgen 2018.....	14
Bilaga 2 - Avvikelsestatistik 2018.....	15



Patientsäkerhetsberättelse för Carlanderska 2018

INLEDNING

Carlanderska Sjukhuset - det här är vi

- Sjukhus för alla - regionalt perspektiv
- Starkt fokus på vårdkvalitet
- Modern verksamhet - kulturhistorisk miljö
- Kirurgisk profil - elektiv vård
- Alternativ och komplement

Carlanderska sjukhuset är en stiftelse med Göteborgs Stad som huvudman.

Denna utser den politiskt tillsatta styrelsen som verkar i fyraårsperioder och där mandaten fördelas efter utfallet i kommunvalet. Styrelsen utser en sjukhuschef som ansvarar för den dagliga driften och som utser sin ledningsgrupp.

En stiftelse kan inte få kapitaltillskott från några ägare utan endast via donationer eller gåvor. En stiftelse är icke vinstdrivande, dock tillåts ett rörelseresultat, uttryckt i procent över tid, för att möjliggöra investeringar.

Carlanderska sjukhuset består av ett flertal operativa enheter

- Vårdavdelning och Operation med pre- och postop samt sterilcentral
- Kirurg- och ortopedkliniken
- Vårdcentralen Carlanderska
- Carlanderska Rehab
- Vaccinationsmottagningen
- Medicinkliniken
- Röntgen
- Specialistmottagningar som drivs av samarbetspartner

HÅLLBAR UTVECKLING

På Carlanderska fortsätter vi med vårt långsiktiga arbete för en hållbar utveckling. Vårt arbete omfattar alla tre dimensionerna, social, ekonomisk och ekologisk hållbarhet. Vi samverkar inom hela sjukhuset kring bland annat kvalitets- och miljöfrågor, patientsäkerhetsfrågor och arbetsmiljö. Förutsättningar för detta arbete är engagemang från vår ledning, kompetens och medvetenhet hos alla medarbetare, samverkan, öppenhet, uppföljningar och redovisningar. Vår avvikelshantering ses som ett positivt arbetsredskap där vi kan identifiera/minimera risker för både patienter och personal.

Vi har utarbetat en hållbarhetspolicy med fyra identifierade områden:

Arbeta patientsäkert – övergripande mål är god och säker vård av hög kvalitet.

Arbeta hälsofrämjande – övergripande mål är att minska miljöpåverkan från vår fastighet, minska kemikalie- och läkemedelsbelastningen av våra verksamheter, verka för en god arbetsmiljö.

Arbeta klimat- och resurseffektivt – övergripande mål är att optimera driften av vår fastighet, samordna och minska våra transporter, vidareutveckla avfallshandlingen.

Arbeta integrerat med hållbarhetsfrågor – övergripande mål är att höja både medvetenhet och kompetens kring hållbar utveckling.

Med utgångspunkt i hållbarhetspolicyens områden, våra betydande miljöaspekter, kund- och myndighetskrav, omvärlds- och intressentanalyser fastställer ledningen hållbarhetsmål. Varje område kan ha flera mål och underliggande aktiviteter.

KVALITET OCH PATIENTSÄKERHET

Arbetet med patientsäkerhet, klagomåls- och avvikelshantering är ett ständigt pågående arbete på Carlanderska. Det är genom en god patientsäkerhetskultur vi skapar möjligheter att vidareutveckla processerna och vår avvikelshantering ger oss förutsättningar till att systematiskt förbättringsutveckla våra verksamheter.

Genom vår ISO-certifiering enligt 9001:2015 och 14001:2015 har vi de verktyg och ramar som ger oss bra förutsättningar i detta arbetet. Vår målsättning är att patientsäkerheten alltid ska vara central, både i vårt patientnära arbete och övergripande i vår organisation.

Vi arbetar ständigt med att förebygga/förhindra/minimera vårdskador i våra verksamheter. Avsteg ska alltid rapporteras i vårt avvikelssystem samt rapporteras till ansvarig chef. Åtgärder och uppföljning sker i enlighet med beskriven process i vårt ledningssystem.

AVVIKELSEHANTERING

Carlanderska sjukhuset använder ett elektroniskt ärendehanteringssystem som underlättar avvikelserapporteringen och flödet av avvikelser. Alla medarbetare kan här rapportera in upplevd avvikelse.

Syftet med vårt system för avvikelser är att upptäcka svagheter/risker och kunna vidta åtgärder för att förhindra uppkomst/upprepning av dessa. Regelbunden uppföljning av avvikelserna görs och sammanställning/rapportering sker bland annat vid ledningens genomgång och på enheternas APT.

Som avvikelse räknas avsteg från fastställda rutiner eller avsaknad av rutin som inneburit, eller kunnat innebära, att fel inträffar. Som avvikelse räknas också klagomål från patient, uppdragsgivare eller myndighet liksom även möjlig/inträffad miljöpåverkan, felaktiga produkter, fel från leverantör, skador på personal likväl som ohälsa och olycksfall.



RAPPORTERING

När en rapport skrivs kan något av nedanstående ha uppfyllts;

1. Avvikelsen har påverkat, eller kan komma att påverka, patientens vård och omhändertagande
2. Klagomål från patient, uppdragsgivare, myndighet
3. Risken för upprepning av avvikelsen är stor
4. Avsteg från fastställda rutiner har skett
5. Arbetsmiljötillbud av fysisk, organisatorisk och/eller social karaktär
6. Avvikelsen omfattar miljöpåverkan
7. Felaktiga produkter eller fel från leverantör
8. Förbättringsförslag

Den som orsakat eller upptäckt avvikelsen, eller kommit på förslag till förbättring, skriver i vårt ärendehanteringssystem under rubrik "Avvikelser". Där finns en färdig mallstruktur som guidar medarbetaren genom anmälan.

ANSVARSFÖRDELNING

Alla medarbetare på Carlanderska rapporterar i vårt avvikelssystem. I detta system finns en fördelningsstruktur skapad för tilldelning av olika ärenden. Ett ärende kan "vidareutdelas" till annan, utsedd handläggare.

Chefläkare ansvarar för patientsäkerhetsärenden. Här ingår bland annat att bedöma avvikelser och klagomål, utreda och anmäla allvarliga patientsäkerhetsrisker och vårdskador till IVO. Patientsäkerhetsfrågor hanteras i samverkan med berörd verksamhet. Utvecklingschef ansvarar för sammanställning och rapportering kring avvikelser.

STÖRNINGSMÄTNING

Enheterna kan välja att periodvis mäta "störningar i arbetet". Det innebär att man istället för att skriva en avvikelse vid varje tillfälle störningen inträffar, markerar med "streck" för störningen under en tidsbestämd period. Därefter görs en orsaksanalys som ska resultera i en handlingsplan med uppsatta mål, allt i avsikt att förbättra verksamheten.

AVVIKELSEHANTERING PATIENTÄRENDE

All hälso- och sjukvårdspersonal är skyldig att rapportera risk för vårdskada och händelse som har eller hade kunnat medföra vårdskada. Detta gör vi i vårt avvikelssystem. I detta system rapporteras också inkommande synpunkter/förslag på förbättringar samt klagomål från våra patienter.

Alla patienter som besöker Carlanderska sjukhuset bereds möjlighet att framföra synpunkter/förslag till förbättringar och/eller klagomål. På vår hemsida finns blanketter att fylla i och sända in samt en mailadress för att kontakta oss. Där finns också länkar till en rad instanser, till vidare hjälp och stöd för patienten. I vår kundtjänst finns utskrifter av ovan nämnda blanketter för den som önskar erhålla sådan istället. Ifylld blankett kan lämnas in i kundtjänst.

PATIENTS SYNPUNKT, FÖRBÄTTRINGSFÖRSLAG, KLAGOMÅL

Alla patienter som besöker Carlanderska sjukhuset bereds möjlighet att framföra synpunkter/förslag till förbättringar och/eller klagomål. Inkomna ärenden registreras, behandlas och slutrapporteras i vårt avvikelssystem. Patienten uppmanas att i första hand kontakta berörd enhets ansvariga verksamhetschef.

Alternativt kan den som tar emot ärendet dokumentera i vårt avvikelssystem direkt och därefter be ansvarig chef kontakta uppgiftslämnaren.

Om patienten efter detta ändå upplever att ärendet kvarstår uppmanas patienten att fylla i en blankett och sända in denna tillsammans med eventuell upplysande dokumentation. Detta infogas då i det ursprungliga ärendet i vårt avvikelssystem. Vid händelse som medfört eller hade kunnat medföra vårdskada, görs utredning som anpassas till händelsens karaktär. Hela utredningen dokumenteras i vårt avvikelssystem. I denna utredning involveras chefläkaren, ansvarig verksamhetschef, behandlande läkare och i övrigt den personal som haft direkt betydelse för händelsen i fråga. I de fall händelsen berör annan verksamhet än den vid Carlanderska sjukhuset, involveras berörd part i händelsen.

ALLVARLIG VÅRDSKADA

Vid händelse som medfört eller hade kunnat medföra allvarlig vårdskada görs utredning där händelsen noggrant beskrivs

tillsammans med utförlig analys av både orsak och konsekvens. Kontakt tas med patienten och/eller närstående, vilka uppmanas att/erbjuds möjlighet till, att bifoga den egna berättelsen/upplevelsen av det inträffade och detta ska därefter bifogas utredningen.

Vårdgivaren ska tillse att anmälan upprättas. Till detta används IVO:s blankett "Anmälan av händelse som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada (Lex Maria)".

Hela utredningen dokumenteras i vårt avvikelssystem. I denna utredning involveras chefläkaren, ansvarig verksamhetschef, behandlande läkare och i övrigt den personal som haft direkt betydelse för händelsen i fråga.

I de fall händelsen berör annan verksamhet än den vid Carlanderska sjukhuset, involveras berörd part i händelsen.

Allvarlig händelse tas upp och bereds på ledningsmöten. Innan ett ärende av allvarlig händelse kan avslutas sker alltid uppföljning med patienten och/eller närstående.

AVVIKELSEHANTERING PRODUKT/VARA

Den som upptäcker att en vara eller en utrustning är defekt, eller inte uppfyller våra krav, skall säkerställa att den inte används i verksamheten. Produkten skall flyttas eller märkas på ett sådant sätt att misstag inte kan ske.

UPPFÖLJNING

För att mäta hur patient/uppdragsgivare uppfattar vår förmåga att uppfylla ställda krav skaffar vi oss information bl a genom patient-, medarbetar- och övriga enkäter, rapporter i vårt ärende/avvikelssystem, övriga inkomna synpunkter och/eller klagomål samt genom regelbundna kundmöten. På arbetsplatsträffarna, en gång per månad, tar verksamhetschef/enhetschef upp avvikelser för kännedom och återkoppling till personalen. Om avvikelsen gäller ett specifikt område eller enskild person kan verksamhetschef/enhetschef istället välja att ta upp avvikelsen enbart med den det berör. Uppföljning av avvikelser utgör en stående punkt på ledningsgruppens agenda vid varje månadsmöte. En sammanställning av avvikelser görs varje år och finns med både vid Ledningens genomgång och i Patientsäkerhetsberättelsen.





ANALYS AV INFORMATION

Relevant information samlas in och analyseras för att följa upp hur ledningssystemet för kvalitet och miljö fungerar och att det fungerar tillfredsställande. Informationen används för att fastställa var förbättringar kan göras.

Vi skall arbeta för att ständigt förbättra ledningssystemets effektivitet och utfall med hjälp av:

- Kvalitets- och miljöpolicy
- Kvalitets- och miljömål
- Handlingsplaner med mätbara mål
- Statistik
- Kundenkäter
- Riskanalyser
- Avvikelseuppföljning
- Resultat från interna och externa revisioner
- Förbättringsförslag

När förbättringsåtgärder ska fastställas måste hänsyn tas till:

- Patientsäkerhet
- Medicinska och tekniska aspekter
- Kvalitet och miljöpåverkan
- Resurser (tillgång/utnyttjande)
- Ekonomi

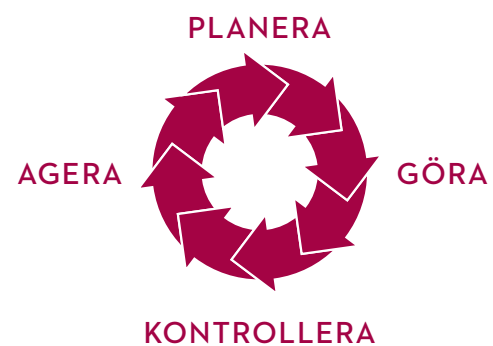
KORRIGERANDE ÅTGÄRDER

Korrigerande åtgärder fastställs för att förhindra upprepning av en avvikelse. De görs utifrån rapporter, revisioner och enkäter. Samtidigt görs en bedömning om samma/liknande avvikelse skulle kunna uppstå på annan plats inom våra verksamheter.

FÖREBYGGANDE ÅTGÄRDER

Förebyggande åtgärder fastställs för att förhindra att en avvikelse ska uppstå.

Ständiga förbättringar av vårt ledningssystem och därmed vår verksamhet är ett naturligt förhållnings- och arbetssätt på sjukhuset.



AVVIKELSER PÅ CARLANDERSKA UNDER 2018

- 362 avvikelser hanterades totalt på Carlanderska under året
- 141 av dessa bedömdes ha kunnat komma att påverka patientsäkerheten
- 13 klagomålsuppföljningar från VGR rapporterades 2018
- 8 anmälningar enligt Lex Maria

SYSTEMATISKT PATIENTSÄKERHETSARBETE

- Översyn av kallelser till patienter inom olika delar av vår verksamhet
- Översyn och granskning av elektroniska beställningar och svarsrapportering i vårt journalsystem kopplat till medicinska serviceprogram (röntgen, lab)
- Anpassning mot nya lagkravet enligt GDPR för samtlig verksamhet
- Anpassning av verksamhetsnamnen till vedertagna benämningar
- Omstrukturering av verksamheterna för inriktning mot de medicinska områdena
- Översyn/vidareutveckling av processen lagbevakning
- HLR-utbildning – regelbundet återkommande, som ett led i arbetet med hjärtsäkert sjukhus
- Vårdhygienarbete

- Rapportering med utvärdering i för våra verksamheter relevanta kvalitetsregister
- Genomförda lokalanpassningar med avseende på tillgänglighet
- Utökad digitalisering med avseende på remisser och provsvar
- Regelbundna möten för postop och operation med avseende på rutiner och processer
- Optimering och likriktning av mottagningarnas preoperativa förberedelser
- Enhetsledningen för vård och operation har tillsammans med chefläkaren infört månadmöten där avvikelser som inrapporterats behandlas
- Optimering av Orbits operationsplaneringssystem
- Rutin för omhändertagande av barn på operation och vård har tagits fram

ÅTGÄRDER SOM VIDTAGITS FÖR ATT ÖKA PATIENTSÄKERHETEN

- Vårdcoach – Nyttillsatt tjänst för att öka tillgänglighet och information till patienter och beställare. En servicefunktion för hela sjukhuset.
- Utveckling av rutiner och processer inom område patientvård i verksamheterna i nya huset
- Anpassning för att underlätta för patienter/beställare att enkelt kunna framföra synpunkter/förbättringsförslag/klagomål
- Utrymningsövning
- Uppdatering/komplettering av samarbetsavtalen med avseende på kompetenskrav/utveckling
- Fortsatt arbete med optimering av sterilenheten med avseende på rutiner och arbetsätt
- Byte av databastillhörighet för optimering av patientsäkerheten efter omstrukturering av verksamheter
- Ändrat i den digitala processen kring remissflödet på kirurgenheten för att säkerställa patientsäkerheten
- Fasta telefontider för att öka patienttillgängligheten har införts
- Ändrad remissprocess på kardiologmottagningen för bättre översikt och säkerhet
- Processen för vårdadministratörernas remissövervakning har omarbetats
- I samarbete med kommunen har processen kring in- och utskrivning från sjukhus omarbetats
- Vårdcentralen har inrättat funktion "Planeringssjuksköterska" och vidareutvecklat processen hemgång och sjukskrivning
- Omarbetning av processen kring rehabteam har resulterat i minskning av sjukskrivning och snabbare återgång i arbete
- Endast digital kommunikation med försäkringsbolagen sker

- Ny rutin för bokning av Linje Mammar-patienter i Webdoc har införts
- Kompetensutveckling inom varje modalitet på röntgen
- Infört Tele Q på röntgen för ökad tillgänglighet
- Obligatoriska sänggrindar på postop
- Glasruta insatt i läkemedelsrummet på postop för ökad uppsikt över vårdplatser
- All överrapportering skall ske enligt SBAR

EXTERNA GRANSKNINGAR 2018

- SKL nationell patientenkät specialiserad somatisk slutenvård
- Strålsäkerhetsgranskning – se bilaga 1
- Vårdvalsgranskning – VC och Rehab
- Apoteksrevision
- Certifieringsrevisioner – kvalitet och miljö
- Arbetsmiljöverket
- IVO:s granskning

Ovan nämnda granskningar och utvärderingar visar på goda resultat.

FOKUS 2019

- Händelse- och riskanalyser
- Översyn av vårt IT-stöd, anpassat till verksamheterna
- Kompetensutveckling inom patientsäkerhetsarbetet
- Ny miljöutbildning
- Kvalitetsregister



Bilaga 1 – Strålsäkerhet Röntgen 2018

Bilaga 2 – Avvikelsestatistik 2018

Göteborg 2019-02-26
CARLANDERSKA SJUKHUSET

Anders Bengtsson
Chefläkare

Marina Spargren
Utvecklingschef

Strålsäkerhet Röntgen 2018

INLEDNING

På röntgenavdelningen utförs undersökningar inom konventionell röntgen, datortomografi, magnetisk resonanstomografi och ultraljud. Under 2018 gjordes 19 200 röntgenundersökningar. Operationsavdelningen har tre C-bågar som tidigare Röntgen hade ansvar för. Sedan årsskiftet 2019 ligger ansvaret på operation. Gemensamma kontinuerliga strålsäkerhetsmöten upprättas en gång per termin.

STRÅLSÄKERHETSRAPPORT

Strålsäkerhetsrapporten för Carlanderska sjukhuset baserar sig på information som har framkommit i verksamheten på röntgen i samband med egenkontroll avseende strålsäkerhet. Egenkontrollen görs varje år och utgår från en checklista med strålningsrelaterade frågor som utarbetas av Sahlgrenska sjukhuset, Medicinskt fysik och teknik (MFT) Diagnostisk strålningsfysik. Syftet är att säkerställa att röntgen Carlanderska uppfyller de krav som strålsäkerhetsmyndigheten, SSM, ställer för att bedriva en trygg och säker röntgenverksamhet med joniserande strålning. Under 2018 har sedvanliga strålskydds-kontroller genomförts av sjukhusfysiker liksom periodvisa kontroller på röntgenutrustning av extern servicepersonal från leverantör. Anmärkningar har åtgärdats och ett dosoptimeringsprogram är under framtagande på DT och AdoraDR i lung- och skelettlabb för att underlätta registrering av stråldos till patient vid en röntgenundersökning.

Carlanderska sjukhuset har under hösten 2018 har inspekterats av strålsäkerhetsmyndigheten, SSM. Inspektionen genomfördes med inriktning mot granskning av hur ett systematiskt optimeringsarbete bedrivs avseende patientstrålskydd vid datortomografiundersökningar. Det var 33 röntgenkliniker

som slumpmässigt blev utvalda varav Carlanderska tillhörde en av dessa. En rapport skickades från SSM efter inspektion till Carlanderska sjukhuset där det framkom att underlag för optimeringsarbetet är gjort men att det är bristfällig förankring verksamheten. Under 2019 är målsättningen att arbeta och förankra optimeringsarbetet mer aktivt i röntgenverksamheten.

Intern grundläggande strålsäkerhetsutbildning har genomförts för samtlig personal. Vi fick då även beskrivning av ställda krav ur den nya strålsäkerhetslagen SSMFS 2018:5, som trädde i kraft 1 juni 2018. Under 2018 registrerades 5 strålningsrelaterade avvikelser i avvikelshanteringssystemet ServiceDesk och en genomgång av rutiner hålls med personal innan eventuella åtgärder genomförs.

Under 2019 kommer en grundläggande e-utbildning på intranät i Läroplattform. Dessutom kommer personal, som inte kunde delta 2018, erbjudas möjlighet till praktisk utbildning i teoretisk strålsäkerhet.

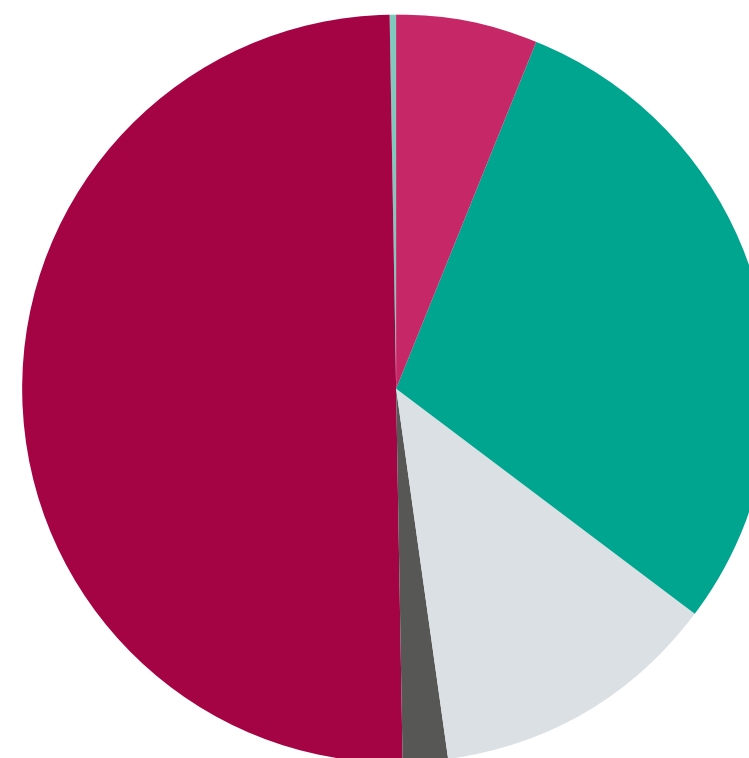
AVVIKELSER PÅ CARLANDERSKA 2018

- 362 avvikelser hanterades totalt på Carlanderska under året
- 141 av dessa bedömdes ha kunnat komma att påverka patientsäkerheten
- 13 klagomålsuppföljningar från VGR rapporterades 2018
- 8 anmälningar avseende Lex Maria gjordes under 2018. Vid en av dessa anmälningar riktades kritik mot handläggningen vid Carlanderska sjukhuset. Denna kritik riktades mot de ansvariga kirurgernas handläggning av fallet. Kritiken från IVO har överklagats då vi anser att behandling och utredning har genomförts enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. Övriga anmälningar har inte resulterat i någon kritik från IVO avseende Carlanderska handläggning.

Anette Andrén Hedström
Verksamhetschef

Jeanette Vårström,
Kvalitetsansvarig
Röntgensjuksköterska

Avvikelsestatistik 2018



TOTALT ANTAL AVVIKELSER ÄR 362.

De fördelar sig på följande kategorier:

- 1 Arbetsmiljö/Tillbud personal - 23
- 2 Organisation - 105
- 3 Utrustning - 45
- 4 Miljö - 7
- 5 Omvårdnad/behandling patient - 181
- 6 Okategoriserat - 1

Av de totalt 362 avvikelserna hade 141 "Patientsäkerheten påverkas" iöbackad. (=39%)