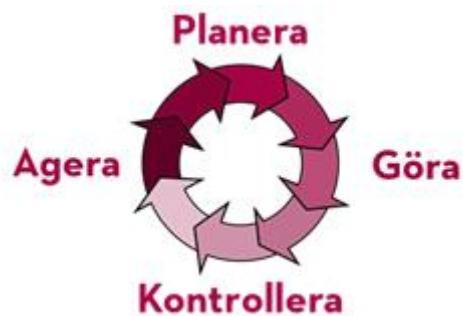


Patientsäkerhetsberättelse 2020



Göteborg 2021-01-21

Stiftelsen Carlanderska Sjukhuset

Anders Bengtsson
Chefläkare

Sara Tapper
Chef HR, Kvalitet & Miljö

Innehåll

Inledning	4
<i>Hållbar utveckling</i>	5
<i>Kvalitet och patientsäkerhet</i>	5
<i>Avvikelsehantering</i>	6
Rapportering.....	6
Ansvarsfördelning.....	7
Störningsmätning	7
<i>Avvikelsehantering patientärende</i>	7
<i>Patients synpunkt, förbättringsförslag, klagomål</i>	8
<i>Allvarlig vårdskada</i>	8
<i>Avvikelsehantering produkt/vara</i>	9
<i>Uppföljning</i>	9
<i>Analys av information</i>	9
Avvikelser på Carlanderska under 2020	10
<i>Översikt samtliga avvikelser</i>	10
<i>Systematiskt patientsäkerhetsarbete</i>	11
<i>Verksamhetsspecifikt förbättringsarbete</i>	12
Kirurg- och ortopedkliniken.....	12
Medicinkliniken/Forskningsenheten/Vaccinationsmottagningen.....	12
Operation.....	13
Röntgen	14
Vårdadministration.....	14
Vårdavdelningen.....	15
Vårdcentralen/rehab/BVC.....	16
Beskrivning av hur vi samverkar för att förebygga vårdskador	17
<i>Ur ett sjukhusövergripande perspektiv arbetar vi på följande sätt:</i>	17
<i>Verksamhetsspecifika beskrivningar</i>	17
Kirurg- och ortopedkliniken.....	17
Röntgen	17
Vårdavdelningen.....	18
Medicinkliniken	18
Vårdcentralen	18
Beskrivning av hur vi samverkar med patienter och närstående	19
<i>Kirurg- och ortopedkliniken</i>	19
<i>Röntgen</i>	19
<i>Vårdavdelningen</i>	19
<i>Medicinkliniken</i>	19

<i>Vårdcentralen</i>	20
Resultat	21
<i>Medarbetarundersökning</i>	21
<i>Patientnöjdhetsundersökning</i>	21
<i>Nationell patientenkät</i>	21
<i>Övrigt</i>	21
Utveckling av Patientsäkerhetsarbete 2021:	21
Samarbetspartner patientsäkerhetsberättelser	22
<i>ÖNH</i>	22
<i>SportsMed</i>	22
<i>Carlakliniken</i>	23
Verksamhetsbeskrivning	23
Verksamhetens mål för patientsäkerhetsarbete.....	23
Ansvar för patientsäkerhetsarbetet	23
Rutiner för egenkontroll samt vilken egenkontroll som genomförts under året	24
Rutiner för att identifiera risker	24
Rutiner för händelseanalyser, rapportering och utredning av vårdskador	24
Samverkan med patienter och anhöriga	24
Resultat.....	24
Strålsäkerhetsredovisning	25
<i>Inledning</i>	25
<i>Strålsäkerhetsrapport</i>	25

Patientsäkerhetsberättelse för Carlanderska 2020

Inledning

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 en 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:

Kirurg- och ortopedkliniken

Medicinkliniken, inklusive forskningsenhet och vaccinationsmottagning

Operation, inklusive sterilcentral

Röntgen

Vårdavdelning, med pre- och postop

Vårdcentralen Carlanderska, inklusive BVC och Rehab

Övriga specialistmottagningar som drivs av samarbetspartners

Den aktuella Patientsäkerhetsberättelsen inkluderar SportsMed, Carlakliniken och ÖNH-institutet. Målsättningen är att fortsätta förbättra integreringen mellan Carlanderska och dess samarbetspartner.

Övriga samarbetspartner skriver egna Patientsäkerhetsberättelser.

Hållbar utveckling

På Carlanderska fortsätter vi med vårt långsiktiga arbete för en hållbar utveckling. Vårt arbete inom hållbarhet omfattar patientsäkerhet, ekonomi, miljö och social hållbarhet. Hur vi arbetar med resterande områden presenteras i vår hållbarhetsredovisning.

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 och minimera risker för både patienter och personal.

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 kontinuerligt med att förebygga, förhindra och minimera risken för vårdskador i verksamheterna. Avsteg ska alltid rapporteras i vårt avvikelssystem samt rapporteras till ansvarig chef. Åtgärder och uppföljning sker i enlighet med beskriven process i vårt ledningssystem.

Avvikelser tas upp i samband med APT, ledningsgruppsmöten, vårdenhetsmöten och möte med samarbetspartner och beställare.

Avvikelsehantering

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

Syftet med vårt system för avvikelser är att upptäcka svagheter och risker och att kunna vidta åtgärder för att förhindra uppkomst/upprepning av dessa. Regelbunden uppföljning av avvikelserna görs och sammanställning och 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 eller 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 igenom 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 "vidaretilldelas" 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. Chef HR/KMA (kvalitet/miljö/arbetsmiljö) 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 och förslag på förbättringar samt klagomål från våra patienter.

Patients synpunkt, förbättringsförslag, klagomål

Alla patienter som besöker Carlanderska sjukhuset bereds möjlighet att framföra synpunkter och 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 erbjuds möjlighet till, att bifoga den egna berättelsen eller 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/avvikelsesystem, 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 avvikelserna gäller ett specifikt område eller enskild person kan verksamhetschef/enhetschef istället välja att ta upp avvikelserna 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 fungerar och vad som behöver utvecklas eller förbättras. Underlag för utveckling kan innefatta bland annat måluppföljning inom olika områden, statistik, patientenkäter, medarbetarenkäter, avvikelseuppföljning, revisionsresultat, förbättringsförslag etc.

Arbete med förbättringar

Förbättringar kan bland annat göras utifrån korrigerande och/eller förebyggande åtgärder. En korrigerande åtgärd görs utifrån att förhindra en upprepning av en avvikelse. En förbättrande åtgärd genomförs för att förhindra att en avvikelse ska uppstå.

När förbättringsåtgärder ska fastställas måste hänsyn tas till flera aspekter, bland annat (men inte uteslutande), Patientsäkerhet, Medicinska och tekniska aspekter, Kvalitet och miljöpåverkan, Resurser (tillgång/utnyttjande) och Ekonomi

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

Avvikelser på Carlanderska under 2020

Översikt samtliga avvikelser

Under 2020 rapporterades totalt 470 avvikelser på Carlanderska. Jämfört med 2019 var detta en minskning om ca 8 % (510 stycken 2019)

Av dessa bedömdes 147 ha kunnat komma att påverka patientsäkerheten. Detta är också en minskning mot 2019. (229 stycken 2019, - 35 %)

I vår rapportering ingår 6 avvikelser från VGR, varav 2 anmälningar är gjorda enligt Lex Maria. (Jmfr 8 st 2019). Vid 2 av anmälningarna har kritik riktats mot handläggningen vid Carlanderska).

Systematiskt patientsäkerhetsarbete

Sjukhusövergripande förbättringsarbete

Under 2020 har det pågått utvecklingsarbete som både är sjukhusövergripande och verksamhetsspecifikt patientsäkerhetsarbete.

På en övergripande nivå arbetar vi med följande områden:

- Anpassning av ISO 9001:2015 till branschstandarden inom Hälso- och sjukvård SS 15224 – vilket ytterligare stärker vårt processinriktade arbete
- Översyn av arbetssättet kring avvikelserapportering
- Översyn och likriktning av våra kallelser till patienter
- Översyn och utveckling av arbetssättet kring lagbevakning
- Införande av ett digitalt kemikalieregister
- Utbildat chefer och kvalitetsansvariga i branschstandarden SS 15224
- Infört ett övergripande arbetssätt med arbetsmiljöfrågor. Detta innebär att varje kvartal har ett eget fokusområde för fysisk, social, organisatorisk och IT-arbetsmiljö.

Eftersom 2020 präglades av den pågående pandemin, Covid-19, har vi även sjukhusövergripande vidtagit, bland annat, följande åtgärder:

- Stabsläge infördes den 17 mars 2020 och har bibehållits sedan dess
- Entrévärdar infördes i början på april för att säkerställa att enbart patienter utan symptom på smitta kom till sjukhuset
- Antalet ingångar till sjukhuset minskades för att säkerställa ett kontrollerat flöde
- Olika typer av åtgärder, såsom administrativ styrning, kompletterande skyddsutrustning, möjlighet till distansarbete och digital mottagning har successivt införts och förstärkts
- En person fick i huvuduppdrag att kontinuerligt arbeta med planering av materialförsörjning utifrån material som bedömdes kunna bli bristvara

Dessa åtgärder har vidtagits för att stärka patientsäkerheten och säkerheten för vår personal.

Verksamhetsspecifikt förbättringsarbete

Utöver det sjukhusövergripande förbättringsarbetet arbetar även respektive verksamhet med egna förbättringsområden. Eftersom varje verksamhet är unik behöver detta arbete bedrivas ur båda perspektiv. Varje verksamhet presenterar sin del under nedanstående rubriker.

Kirurg- och ortopedkliniken

Under 2020 har Kirurg- och ortopedkliniken arbetat med följande områden:

- Ökat tillgängligheten för operationer på enheten
- Sett över processen för operationsbokningar
- Utvecklat enheten Gastromedicin med specialistsjuksköterska och dietist
- Veckovisa avstämningsmöten och utvärderingar genomgång av verksamheten
- Infört kontinuerliga avstämningsmöten med beställare på VGR, för att säkra tillgängligheten och patientsäkerheten
- Utvecklat kvalitet- och miljöorganisationen på enheten
- Arbetat med genomgång av rutinbeskrivningar och utvecklat dem
- Planerings- och uppföljningsmöte med operation, vårdavdelning och Kirurg- och ortopedkliniken
- Startat en arbetsgrupp som arbetar med projekt för lokal och arbetsmiljöförbättring
- Har infört möjlighet till digitala besök

Medicinkliniken/Forskningsenheten/Vaccinationsmottagningen

Under 2020 har Medicinkliniken arbetat med följande områden:

- Infört digitala besök på bred front
- Infört Maxmanus i ökad grad
- Påbörjat arbetet för att släppa journal på nätet i början av 2021
- Uppdaterat rutiner och processer inom flertal områden
- Resursinventering
- Digitaliserat bokningsrutiner
- Byggt om för att utöka antal undersökningsrum och få till bättre personalyta

Operation

Under 2020 har Operation arbetat med följande områden:

- Revision gjord av akutorganisationen, vilket medfört att vi har uppdaterat dokument, arbetssätt, utrustningen på våra akutvagnar och kompletterat akutväskor med behandlingskort för olika akuta tillstånd
- HLR – regelbunden årlig utbildning
- Gemensam arbetsgrupp mellan operation/pre/postop
- Arbetsmiljöronder indelat i 4 olika kvartal, där vi nu haft skyddsron IT – handlingsplan ska tas fram
- Arbete har pågått med att få miljön på operationssalarna optimal och hur det ska hanteras under sommarhalvåret
- Förvaltningsgruppen Orbit har regelbundna möten-förbättringsarbeten för att säkra dokumentation
- Rapportera enligt SBAR, Införande av SBAR-flik i Orbit som ger ökad säkerhet vid rapport mellan enheter
- Ny apparatur/inköp under 2020 som förbättrar säkerheten. Operationsbord, NIM-apparat, fler galler
- Bättre kommunikation mellan oss och Sahlgrenska (SU) gällande patienter, avstämning dagen innan operation. Detta avser främst urologpatienter
- NPÖ - Nationell patientöversikt som är en möjlighet för oss att ta del av andras journaluppgifter, bra vid t.ex. preoperativ bedömning.
- På operation används nu Bridion för reversering i akut situation
- Riskkartläggning och handlingsplan har genomförts avseende förändring i rutiner på grund av Covid-19
- Under pandemin har vi tagit emot flera nya patientgrupper. Utifrån detta har vi arbetat fram nya PM och rutiner för alla dessa. Exempel är colorektal kirurgi
- Vi har också arbetat fram nya PM och rutiner avseende exempelvis hantering av Botox och operation av bräck genom robotkirurgi
- Inköp av sternumsåg för att kunna hantera eventuell allvarlig komplikation vid thyreoideaoperation.
- Fortsatt arbete med Metodkort (operation)
- Infört en avvikelsegrupp Operation (VC,EC, kvalitetsgrupp)

Röntgen

Under 2020 har Röntgen arbetat med följande områden:

- Fortsatt arbete med optimeringsarbete av våra röntgenundersökningar gällande att minimera strålning
- Ökat antalet röntgensjuksköterskor, för att återigen utöka öppettiderna kvällstid för att kunna möta behovet från regionen
- Ökat antal radiologer för att möta det ökade behovet från regionen. Detta görs för att kunna bibehålla den korta svarstiden och därmed trygga patientsäkerheten.
- Minskat antalet konsulter och ökat antalet stiftelseanställda radiologer för att skapa en större kontinuitet för röntgensjuksköterskorna och undersköterskorna. Kontinuiteten avser möjligheten att arbeta gemensamt och utvecklande mellan yrkeskategorier avseende det kontinuerliga arbetet med rutiner gällande metoder av undersökningarna och strålsäkerhet
- Fortsatt kompetensutveckling på Röntgens alla modaliteter för att följa med i utvecklingen, detta gäller främst rutiner för strålning.

Vårdadministration

Under 2020 har Vårdadministration arbetat med följande områden:

- Under 2020 har vi arbetat fram nya administrativa rutiner för Covid-19 och även bemannat ”provtagningsboden” tillsammans med sjuksköterska
- Fortsatt utveckla arbetet med digitalisering, till exempel digitala besök och webb bokningar. Detta har varit högst aktuellt under pandemin
- Vi fortsätter arbeta med att se över flöden tillsammans med enheterna för att säkerställa att vi har patientsäkra flöden i vårt arbete
- Fortsatt kompetensutveckling för att säkerställa alla funktioner inom vår enhet t ex gällande vårdgaranti och väntetidsmätning som i allra högsta grad har betydelse för patientsäkerheten

Vårdavdelningen

Under 2020 har vårdavdelningen arbetat med följande områden:

- Översyn och granskning av elektroniska beställningar och svarsrapportering i vårt journalsystem kopplat till medicinska serviceprogram (röntgen, lab)
- 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 månadsmöten där avvikelser som inrapporterats behandlas
- Optimering av Orbits operationsplaneringssystem
- Rutin för omhändertagande av barn på operation och vård har tagits fram
- Revision gjord av akutorganisationen, vilket medfört att vi har uppdaterat dokument, arbets sätt, utrustningen på våra akutvagnar och kompletterat akutvaskor med behandlingskort för olika akuta tillstånd
- HLR – regelbunden årlig utbildning
- Infört sektionsledare på postop för att optimera patientflödet och personalfördelning. Detta har resulterat i en mer effektiv och säker vård för patienten
- Schemalagt patientfri tid för personalen – denna tid används bland annat till att personal får möjlighet att, under arbetstid, säkerställa att de är uppdaterade på nya riktlinjer och rutiner.
- Infört portionsförpackade middagar till patienterna på vårdavdelningen. Detta hjälper oss att säkerställa hygien kring hantering av livsmedel
- Infört besöksförbud på vårdavdelningen för att minska risken för smitta för våra nyopererade patienter. (Åtgärd r/t Covid-19)
- Friskhetskontroll av alla patienter inför operation. Alla måste vara fria från förkylningssymtom minst 48 h innan operation. Kontroll via opererande mottagning och av entrévärd vid entré på sjukhuset samt av personal vid den preoperativa förberedelsen på operationsdagen. (Åtgärd r/t Covid-19)
- Införande av visir hos personalen vid all patientnära vård, detta utökad till visir och munskydd från december 2020 enligt folkhälsomyndighetens rekommendationer. (Åtgärd r/t Covid-19)

Vårdcentralen/rehab/BVC

Under 2020 har Vårdcentralen arbetat med följande områden:

- Under våren startade infektionsmottagning separat med egen ingång
- Under årets influensavaccination fick patienterna boka in sig för att undvika trängsel
- Infört digitala besök på bred front
- Anställt fler ST-läkare och sjuksköterskor
- Ökat patientsäkerheten genom tidsbokning istället för drop-in
- Web-tidbokningar på rehab, till arbetsterapeut och påbörjat införandet av detta på BVC
- Infört MaxManus (taligenkänning vid diktering) i ökad grad
- Journal på nätet infördes i november
- Köpt en bod för provtagning av PCR-prover, säkerställer provtagning regelbundet på säkert sätt. Patienterna bokar sin tid via web-bokning
- Öppnat upp en telefonlinje för de äldsta patienterna
- Samarbete med arbetsterapeut/rehab- bokning av patienter med psykisk ohälsa före läkarbesök
- Startat upp KBT digitalt
- Startat digital artrosskola

Beskrivning av hur vi samverkar för att förebygga vårdskador

Ur ett sjukhusövergripande perspektiv arbetar vi på följande sätt:

- Vi har regelbundna möten med våra samarbetspartner för att säkerställa kvalitet och patientsäkerhet
- Vi har samråd mellan chefläkare och Sahlgrenska Universitetssjukhuset för att diskutera avvikelser och arbetsrutiner mellan sjukhusen
- Vi har en etikgrupp som diskuterar frågor av olika etiska/moraliska perspektiv.

Våra respektive enheter har något olika arbetssätt, beroende på deras verksamhetsinriktning.

Verksamhetsspecifika beskrivningar

Kirurg- och ortopedklinken

Samverkan mellan vårdgivare sker i samband med att remiss tas emot samt att remissvar skickas till berörda enheter. Vårdgivare finner kontaktuppgifter till enheten på hemsidan. Nära samarbete sker med övriga vårdgivare om patient är i behov av stöd i vårdprocessen.

Röntgen

När det gäller strålning (som är den viktigaste delen i en radiologisk verksamhet) arbetar vi strukturerat med metodmöten för att minimera strålningen av patienten. På dessa möten deltar sjukhusfysiker, radiolog och metodansvarig röntgensjuksköterska och görs 3 ggr /år *samt* vid införande av ny metod. Dessa strukturerade möten syftar till att minimera risken av onödig strålning.

Vår MAL följer riktlinjer utefter SFMR rekommendationer: <http://www.sfmr.se/> samt håller sig uppdaterad med SSM:s riktlinjer och lagkrav <https://www.stralsakerhetsmyndigheten.se/>

För högt intag av Kreatinin kan ge bestående skador på njurarna – När kontrast ges måste Kreatinivärdet kontrolleras via blodprov, dokumenteras och vara spårbart. Dokumentationen görs vid varje undersökning i en journalanteckning (i vårt RIS – Röntgeninformationssystem).

Vårdavdelningen

Vi har ett operationsplaneringssystem med integrerat journalsystem, vilket gör att man kan följa patientens flöde från operationsanmälan hela vägen tills patienten skrivs hem från vårdavdelningen.

Det finns en tydlig vårdprocess i systemet, där information följer hela vägen tills patienten skrivs ut. Vi använder oss av SBAR vid rapportering mellan enheterna eller till annat sjukhus.

Vi har behandlingsrutiner på de ingrepp vi gör och dessa finns länkade till vårt operations-och journalsystem. Det innebär att man kan klicka sig fram från patientens journal till rätt behandlingsrutin för planerat ingrepp.

Behandlingsrutinerna är utarbetade av ansvariga läkare/mottagningar i samarbete med kvalitetsansvariga/enhetschef på Vårdavdelningen och uppdateras vid behov. Ansvarig läkare skall vid ändring granska och på nytt godkänna och signera originalet av Behandlingsrutinen. Kvalitetsansvarig/EC kan vara behjälplig. Ny behandlingsrutin skall granskas och godkännas av ansvarig läkare från den/de mottagningar som är involverade, innan den tas i bruk.

Medicinkliniken

Vårdgivare finner kontaktuppgifter till enheten på hemsidan. Kommunikation med avropande enhet sker i samband med att remiss tas emot samt att remissvar skickas till berörda enheter. Nära samarbete sker med övriga vårdgivare om patient är i behov av stöd i vårdprocessen. Rutiner finns utarbetade som följs upp via bla avvikelshantering.

Vårdcentralen

Vårdcentralen har avtal med VGR och följer krav och kvalitetshandboken. Årliga uppföljningar med koncernkontoret med medicinsk revision. Vi jobbar utifrån regionframtagna regionala medicinska riktlinjer-RMR och har även egna riktlinjer som följs upp via bl.a. avvikelshantering.

Beskrivning av hur vi samverkar med patienter och närstående

Våra respektive enheter har något olika arbetssätt, beroende på deras verksamhetsinriktning.

Kirurg- och ortopedkliniken

Patienterna får inför operationen ett häfte med all information avseende operationen eller behandlingen. Där finns också kontaktuppgifter till mottagningen. Anhöriga är också välkomna med på besöket, men under 2020 har möjligheterna till detta begränsats på grund av pågående pandemi.

Mottagningen har god tillgänglighet för patienter och anhöriga för att ge stöd åt patienten. Sedan finns information på vår hemsida där de kan framföra förbättringsförslag eller klagomål.

Röntgen

I varje kallelse finns en länk till 1177, (länk till "är strålning farligt") och utöver det finns telefonnummer direkt till undersökningsrummet. Detta är för att säkerställa att patienter kan ställa frågor avseende undersökning, strålning eller liknande.

Vårdavdelningen

All planering kring patienten sker på respektive mottagning, och i det arbetet involveras även anhöriga. Samverkan mellan mottagningarna, operation och vårdavdelningen sker genom dokumentation i vårt operations- och journalsystem, samt via koordinatörer. Finns behov och önskemål om att anhörig skall vara med, vid exempelvis utskrivande läkarsamtal på vårdavdelningen, erbjuds självklart detta.

Medicinkliniken

Det finns kontaktuppgifter till mottagningen på hemsidan. Anhöriga är också välkomna med på besöket, men under 2020 har möjligheterna till detta begränsats på grund av pågående pandemi. Mottagningen har god tillgänglighet för patienter och anhöriga för att ge stöd åt patienten. Sedan finns information på vår hemsida där de kan framföra förbättringsförslag eller klagomål.

Vårdcentralen

Det finns kontaktuppgifter till mottagningen på hemsidan. Anhöriga är också välkomna med på besöket, men under 2020 har möjligheterna till detta begränsats på grund av pågående pandemi. Mottagningen har god tillgänglighet för patienter och anhöriga för att ge stöd åt patienten. Sedan finns information på vår hemsida där de kan framföra förbättringsförslag eller klagomål. Vi är kopplade till TeleQ vilket innebär att patienten får en uppringningstid då de kontaktar oss. Vårdcentralen är också kopplade till 1177 e-tjänster där patienten kan komma i kontakt med oss. Vi är kopplade så att patienten kan läsa sin journal via 1177 e-tjänster.

Resultat

Förutom att rapportera till relevanta kvalitetsregister har vi gjort följande mätningar under året:

Medarbetarundersökning

I november 2020 genomfördes årets Medarbetarundersökning. 2020 gjordes den i ny form där HME utgör grunden och vi har kompletterat med frågor om Ledarskap och Arbetsmiljö.

HME är det index där vi kan jämföra oss med andra som har samma mätning. HME består av tre delar: Motivation, Styrning och Ledarskap och resultatet blev följande (på en skala 1-5):

Motivation 4,08, Styrning 3,88, Ledarskap 4,17.

Jämförelse med tidigare år saknas då detta är en ny mätning för 2020.

Patientnöjdhetsundersökning

I december 2020 genomfördes en patientnöjdhetsundersökning. Enkäten omfattar frågor såsom tillgänglighet, bemötande, information och nöjdhet. Ur ett patientnöjdhetsperspektiv så var resultatet 9,35 på en skala 1-10. Detta är en liten förbättring mot 2018 då snittet blev 9,28.

Övriga synpunkter i enkäten kommer att analyseras och utgöra grunden för kommande förbättringsarbete.

Nationell patientenkät

Vi har deltagit i nationell patientenkät för Vårdcentralen och Rehab.

Övrigt

Vi har även under året gjort en extern periodisk revision av vår ISO-certifiering inom Kvalitet och Miljö.

Utveckling av Patientsäkerhetsarbete 2021:

- Fortsatt arbete med anpassning till branschstandarden SS 15224
- Fortsatt arbete med utveckling av vårt arbetssätt kring avvikelshantering
- Fokusområde för 2021 kommer att vara basala hygienrutiner
- Arbetet med att ytterligare integrera våra samarbetspartners i vårt Patientsäkerhetsarbete kommer att fortsätta

Samarbetspartner patientsäkerhetsberättelser

ÖNH

Under 2020 har ÖNH arbetat med följande områden:

- I syfte att stärka säkerheten i PAD-hanteringen har ÖNH-institutet infört en extra säkerhet då alla PAD-remisser kopieras och sparas. 2 gånger i veckan kontrolleras sedan inkomna PAD-svar och stäms av emot kopian. Detta minskar risken att PAD-svar som inte inkommit missas
- Fortsatt rapport av avvikelser
- Under 2020 har vi stärkt upp kontrollen av interna PAD med en pärm där alla PAD samlas och bockas av

SportsMed

Under 2020 har Sportsmed arbetat med följande områden:

- Under oktober 2018 infördes ett system där våra sjuksköterskor bevakar alla inkommande remisser. Detta arbete fortgår och minimerar risken att någon remiss missas
- Vi har även remissbevakning på alla remisser som skickas till externa vårdgivare. Får vi inte bekräftelse på att remissen kommit fram så kontaktar en SSK instansen och ser till att remissen kommer dit den ska
- Vi har årligen genomgång av avvikelser och klagomål med all personal samt på APT. Vi tar också alla avvikelser personligen med de individer som berörs av ärendet, följer upp och åtgärdar. Allt dokumenteras och granskas av ansvarig VEC och VD. Åtgärd följs upp
- Vi startade en laboratorieportal juni 2018 där alla avvikande provsvar flaggas och bevakas dagligen av SSK. Detta är viktigt så att vi inte missar patologiska prover som är en viktig del i en ökad patientsäkerhet
- Under 2019 startade vi infektionsuppföljning och registrering digitalt (automatiskt utskick) för att förbättra patientsäkerheten. Detta innebär att alla opererade patienter kontaktas och tillfrågas om de har haft postoperativ sårinfektion och det har behandlats med antibiotika. Vi har även en manuell bevakning av infektioner för att säkerställa att vi inte missar några
- Sedan 2019 skickar vi kontinuerligt patientnöjdhetsenkät för att få info från patient om vad vi brister i och vad som kan förbättras. Det finns även en patientnöjdhetsenkät i BokaDoktorn som också ger en inblick i grad av nöjdhet och eventuella brister.
- Under 2020 började vi skicka röntgenremisser digitalt, för att följa GDPR-lagstiftningen

Fokusområden 2021 - Sportsmed

- Har fokus fortsatt varit att förebygga och förhindra vårdskador
- Fortsätta rapportera avvikelser och patientnöjdhet
- Infektionsuppföljningar och det arbetet för att minska infektioner och postoperativa komplikationer
- Återkommande ledningsmöten med fokus på förbättring av verksamheten avseende kvalitet och miljö på mottagningen och personalvård
- Säkerställa fortsatt hög kompetens inom verksamheten
- Lansera en ny hemsida med tydligare och bättre patientinformation

Carlakliniken

Verksamhetsbeskrivning

Carlakliniken bedriver gynekologisk öppenvård, obstetrisk mottagning (MVC), obstetrisk ultraljudsmottagning samt slutenvårdsgynekologi med såväl dagkirurgiska som inneliggande kirurgiska ingrepp.

Under 2019 opererades på 888 patienter inom slutenvård och dagkirurgi. Fyra reoperationer utfördes under året.

Under 2020 tog mottagningen emot sammanlagt 22 223 st. läkar- och barnmorskebesök besök i öppenvård samt via telefon.

Verksamhetens mål för patientsäkerhetsarbete

- Minimera antalet vårdrelaterade infektioner
- Minimera antalet kirurgiska komplikationer såsom blödning och infektioner.
- Nolltolerans vad beträffar uteblivna provsvar från cytologi- och patologiskt laboratorium. Skickade remisser bockas av då svar föreligger. Uteblivet svar efter 1 månad efterlyses.
- Daglig bedömning av inkommande remisser
- Daglig bedömning av avvikande provsvar

Ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Samtliga medarbetare har ansvar att ta emot synpunkter eller klagomål från patienter och se till att dessa framförs till verksamhetschefen.

Ledningen på Carlakliniken är ansvariga för att rutiner och arbetssätt genomförs på ett sätt så att inga patientskador uppkommer.

Behandlande läkare eller verksamhetschef är ansvarig att informera patienten om en vårdskada inträffat.

Rutiner för egenkontroll samt vilken egenkontroll som genomförts under året

Carlakliniken anslöt sig i slutet av 2012 till Gynop registret (www.gynop.org), ett nationellt kvalitetsregister för gynekologisk kirurgi i Sverige. Statistik tas årligen fram med öppna jämförelser med övriga gynekologiska kliniker i Sverige. Carlakliniken har även en separat infektionsregistrering för alla postoperativa infektioner.

Rutiner för att identifiera risker

Vid regelbundna arbetsplatsträffar diskuteras och förbättras system för provhantering, remissflöden och patientomhändertaganden.

Rutiner för händelseanalyser, rapportering och utredning av vårdskador

- Avvikelsesrapportering sker på förekommen anledning
- Noggrann genomgång av uppkommen händelse som medfört eller kunnat medföra vårdskada med verksamhetschefen samt de inblandade i fallet
- Carlakliniken är ansluten till Carlanderska Sjukhusets avvikelserapportering och om en anmälan om allvarlig vårdskada uppstår så kontaktas Carlanderska Sjukhusets chefläkare, som beslutar om Lex Maria anmälan

Samverkan med patienter och anhöriga

Vid eventuella klagomål eller uppkomna vårdskador erbjuds patienten och anhöriga besök för gemensam genomgång av det inträffade.

Resultat

Vår målsättning är att såväl patienter som remittenter skall vara nöjda med service, bemötande samt kvalitet på utredning och behandling.

Vid uthämtande av statistik från gynop där man kan jämföra sina postoperativa komplikationer och patient nöjdhet ligger Carlakliniken väl till i jämförelse med övriga landet, både vad beträffar patientnöjdhet och inträffade komplikationer.

Strålsäkerhetsredovisning

Inledning

På röntgenavdelningen utförs undersökningar inom konventionell röntgen, datortomografi, magnetisk resonanstomografi och ultraljud. Under 2020 gjordes totalt 25019 diagnostiska undersökningar varav 15617 innefattar joniserande strålning (datortomografi och konventionell röntgen).

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, Medicinsk fysik och teknik (MFT) och Diagnostisk strålningsfysik. Syftet är att säkerställa att röntgen, Carlanderska uppfyller de krav som SSM ställer för att bedriva en trygg och säker röntgenverksamhet med joniserande strålning.

Två gånger per termin har vi optimeringsmöten då vi tillsammans med sjukhusfysiker, radiolog och metodansvariga röntgensjuksköterskor går igenom våra metoder. Detta för att säkerställa att vi har så låg stråldos som möjligt och samtidigt behålla en god kvalitet. Gemensamma strålsäkerhetsmöten mellan operation och röntgen upprättas en gång per termin.

Under 2020 har sedvanliga strålskyddskontroller genomförts av sjukhusfysiker. Periodvisa kontroller på röntgenutrustning har utförts av extern servicepersonal från den leverantör varifrån vi köpt in vår utrustning. Enligt SSM: s riktlinjer har ett dosregistreringsprogram implementerats under våren 2020. Data med längd och vikt registreras för varje patient i journalsystemet. Alla doser registreras och sparas i DoseTrack.

Under 2018-2020 har all personal inom röntgen genomgått teoretisk strålsäkerhetsutbildning. Denna utbildning tillhandhölls av vår StråLf (Strålningsfysikalisk ledningsfunktion) Angelica Svalkvist.

Strålningsrelaterade avvikelser har anmälts i Carlanderska sjukhusets avvikelssystem ServiceDesk. Under 2020 registrerades 3 strålningsrelaterade avvikelser. Dessa har tagits upp med berörd person och på APT. Två av händelserna gällde "extra onödig bild" och en gällande startat en undersökning när en medarbetare inte riktigt hunnit ut från undersökningsrummet.

Arbete pågår med att få tillgång till e-utbildning gällande "Teoretisk strålsäkerhetsutbildning" i Läroplattform. Om detta inte kan genomföras 2021 planeras utbildning tillsammans med vår StråLf för de som gick 2018.