

Patientsäkerhetsberättelse för Stiftelsen Carlanderska sjukhuset 2021



22-02-17
Anders Bengtsson, Chefläkare
Sara Tapper, Chef HR & KMA
Karin Möller, Kvalitetschef
Diarienummer:

Inledning

Patientsäkerhetsberättelsen utgår från lagkrav och följer strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. I de fall lagkrav finns görs hänvisningar under respektive rubrik. Berättelsen utgår även från metodiken för systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar samt att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år, finnas tillgänglig för den som vill ta del av den och den bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.



Källa:

Socialstyrelsen "Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024"

Innehåll

Inledning	2
SAMMANFATTNING	5
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	6
Engagerad ledning och tydlig styrning.....	6
Övergripande mål och strategier	6
Organisation och ansvar	7
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	8
Informationssäkerhet	9
Strålskydd.....	9
En god säkerhetskultur	10
Adekvat kunskap och kompetens	11
Övergripande	11
Verksamhetsspecifikt	12
Medicinkliniken.....	12
Kirurg- och ortopedkliniken.....	12
Operation	12
Röntgen	12
Vårdavdelningen	13
Vårdcentralen	13
Patienten som medskapare	14
Kirurg- och Ortopedkliniken.....	14
Medicinkliniken.....	14
Operations- och Vårdavdelningen	14
Röntgen	14
Vårdcentral	15
Etikgrupp	15
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	16
Övergripande	16
Verksamhetsspecifikt - viktigaste åtgärder under 2021:	17
Kirurg- och Ortopedkliniken.....	17
Medicinkliniken.....	17
Operation	18
Röntgen	18
Vårdcentralen	18
Vårdavdelning	19

Öka kunskap om inträffade vårdskador	20
Tillförlitliga och säkra system och processer	22
Exempel från kvalitetsregister under 2021 (oftast resultat från 2020):.....	22
Exempel från rapporten Primärvård i Västra Götaland 2020	23
Säker vård här och nu.....	24
Riskhantering	24
Stärka analys, lärande och utveckling.....	25
Avvikelse	25
Klagomål och synpunkter	27
Allvarlig vårdskada	27
Öka riskmedvetenhet och beredskap	28
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	29
Mål 2022	29
Måltal.....	29
Aktiviteter.....	29
Utmaningar	29
Bilaga 1. Strålsäkerhetsberättelse.....	30
Inledning	30
Strålsäkerhetsrapport	30
Aktiviteter under 2021	30
Avvikelse	31

SAMMANFATTNING

Carlanderska sjukhuset är en stiftelse med en styrelse där ledamöterna, enligt stadgarna, utses av Göteborgs Stad. 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.

Carlanderska sjukhuset består av ett flertal operativa enheter:

- Kirurg- och ortopedkliniken
- Medicinklinik, inklusive forskningsenhet och vaccinationsmottagning
- Operation, inklusive sterilcentral
- Röntgen
- Vårdavdelning, med pre- och postoperativ avdelning
- Vårdcentralen Carlanderska, inklusive BVC och Rehab
- Utöver de operativa enheter som drivs inom stiftelsen finns:
- Övriga specialistmottagningar, vilka drivs av samarbetspartner

Carlanderskas samarbetspartner upprättar utifrån vårdgivarens skyldighet egna Patientsäkerhetsberättelser. Vårt ledningssystem är certifierat avseende kvalitet enligt ISO 9001:2015 och vårt miljöarbete via ISO 14001:2015.

Under 2021 har verksamheten fortsatt påverkats av pandemin. Fokus har varit att säkerställa minimal risk för smitta, både för patienter och för personal, samtidigt som att verksamheten upprätthålls. En stor flexibilitet och samverkan mellan samtliga aktörer inom Västra Götalandsregionen och nationellt har krävts för att på bästa sätt i en pandemi kunna nyttja den samlade resursen inom hälso- och sjukvårdssystemet för invånarnas och kundernas bästa. Carlanderska sjukhuset utgör en del i denna samverkan, vilket under året inneburit behov av prioriteringar och omställning i produktion.

Under 2021 har vi bytt intranät och dokumenthanteringssystem, vilket medfört att vi har sett över och uppdaterat våra processer och tillhörande policyer, riktlinjer och rutiner. Samtliga dokument har fått bevakningsdatum, vilket innebär att varje dokument kommer att ses över årligen eller vartannat år om inga ändringar görs tidigare än valt intervall.

Utifrån vikten av en god säkerhetskultur har vi i samband med 2021-års medarbetarenkät genomfört en enkät avseende upplevelsen av säkerheten på arbetsplatsen, s k HSE – Hållbart SäkerhetsEngagemang. Enkäten är framtagen av SKR och vårt resultat blev index 79, på en skala från 0 - 100

En visselblåsarfunktion inrättades vid sjukhuset under året, för att säkerställa möjligheten att anmäla missförhållanden och oegentligheter, med utgångspunkten i en öppen och transparent kultur.

Under 2021 anställdes en kvalitetschef, med anställningsstart 2022, för att ytterligare lägga fokus på medicinsk kvalitet. Fokus kommer initialt att ligga på verksamheternas deltagande i relevanta kvalitetsregister och stöd i att följa upp och utveckla verksamhetens medicinska och patientupplevda resultat för att nå sjukhusets övergripande mål.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Nedan beskrivs mål och strategier, organisation och struktur för arbetet med att minska antalet vårdskador. För att kunna nå den nationella visionen ”God och säker vård – överallt och alltid” och det nationella målet ”ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”, har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

Engagerad ledning och tydlig styrning

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer.



Övergripande mål och strategier

PSL 2010:659, 3 kap. 1 §, SOSFS 2011:9, 3 kap. 1-3 §

I stiftelsens övergripande perspektiv – patient/kund/beställare – har vi följande mål avseende patientsäkerhet:

- God vård med hög patientsäkerhet

Strategierna för att uppnå en hög patientsäkerhet är att arbeta aktivt med:

- avvikelser
- kvalitetssäkra processer
- systematisk uppföljning
- utfall i kvalitetsregister

Utifrån ovanstående mål och strategier har varje verksamhet tagit fram åtgärder som de arbetat med under 2021 för att nå de övergripande strategiska målen.

För att säkerställa en engagerad ledning och tydlig styrning diskuteras patientsäkerhet på varje ledningsgruppsmöte (månadsvis). I detta forum redovisas utfall och avvikelser och eventuella övergripande beslut tas som respektive verksamhetschef därefter implementerar i sina respektive verksamheter. Patientsäkerhet och framförallt avvikelser och avvikelshantering diskuteras även på respektive verksamhets arbetsplatsträffar, som genomförs månadsvis.

Organisation och ansvar

PSL 2010:659, 3 kap. 1 § och 9 §, SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 § p 1

Ur ett övergripande perspektiv är sjukhuschefen ytterst ansvarig för patientsäkerhetsarbetet och strålsäkerheten på Carlanderska sjukhuset. Eftersom vi har många olika verksamheter är ansvaret delegerat och/eller fördelat till olika befattningar, för att kunna säkerställa bästa möjlighet till att ett aktivt patientsäkerhetsarbete genomsyrar hela organisationen. I vår organisation avseende patientsäkerhet finns följande befattningar och roller (stödfunktioner):

Befattning/Roll	Uppdrag
Chefläkare	Övergripande ansvarig för utredning och rapportering av Lex Maria-ärenden och IVO-ärenden
Verksamhetschef	Övergripande ansvarig för styrning, ledning, lagefterlevnad, uppföljning och resultat inom ramen för sin verksamhet
Medicinskt ansvarig läkare	Stödjer verksamhetschef i medicinska frågor
Enhetschef	Stödjer verksamhetschef i arbetet med styrning, ledning, lagefterlevnad och uppföljning inom ramen för verksamheten
Medarbetare	Säkerställer det dagliga arbetet med patientsäkerhet genom att följa fastställda policyer, riktlinjer och rutiner samt rapporterar avvikelser och deltar på APT. Samtliga medarbetare är också HLR-utbildade för att kunna hjälpa vid akuta situationer.
Hygienombud	Stödjande roll till verksamhetschefen. Deltar i gemensamma möten med övriga hygienombud och stödjer verksamhetschef med genomförande av hygienmätningar och hygienronder
Läkemedelsansvarig	Stödjande roll till verksamhetschefen. Deltar i årliga läkemedelsrevisioner och upprättar enhetsspecifika rutiner avseende läkemedelshantering
Medicintekniskt ansvarig	Stödjande roll till verksamhetschefen. Deltar i årliga medicintekniska revisioner och deltar i möten med övriga medicintekniskt ansvariga. Upprättar enhetsspecifika rutiner avseende medicinteknik
Internrevisor	Stödjande roll som deltar vid olika typer av internrevisioner och egenkontroller.
Radiologisk Ledningsfunktion (RaLF)	Stödjande roll till verksamhetschefen ett övergripande ansvar för berättigandebedömningar samt medverkar och ger råd i frågor som rör medicinska exponeringar
Strålsäkerhetsombud	Stödjande roll till verksamhetschefen. Deltar i årliga uppföljningar av strålsäkerhetsarbetet och rapporterar till relevanta register.

Dessa finns i varje verksamhet, men kan utföras av enskild eller flera medarbetare. Undantaget är RaLF och Strålsäkerhetsombud som enbart finns i verksamheter som använder radiologisk utrustning.

Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS 2011:9 4 kap. 6 § och 7 kap. 2 § p 3

Carlanderska är ett sjukhus som arbetar med offentliga avtal, försäkringsavtal samt även till viss del har privatbetalande patienter.

Grunden för en god och säker vård i samverkan är skapa sammanhängande och säkra vårdkedjor för patient och kund.

Vi har regelbundna möten med våra samarbetspartner för att säkerställa kvalitet och patientsäkerhet. Vid dessa möten diskuteras även samarbetspartners egna avvikelser och eventuella Lex Maria-anmälningar såväl som att våra gemensamma avvikelser diskuteras, åtgärdas och avslutas.

I anledning av förekommande offentliga avtal finns ett samarbete mellan chefläkare på Carlanderska och chefläkare på Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU), där rutiner och uppkomna avvikelser diskuteras. Under pandemin har Carlanderska avlastat regionen med prioriterade vårdköer. I vår vårdplanering har hänsyn tagits – i samråd med chefläkare/ansvarig områdeschef SU – till rådande omständigheter inom IVA-området.

När det gäller våra försäkringsavtal hanteras och diskuteras avvikelser vid våra gemensamma försäkringsmöten, där fokus är avtalsuppföljning.

För att upprätthålla lagstadgade funktioner har vi även samarbete och avtal med Sahlgrenska Universitetssjukhuset inom områden där särskild expertis krävs, exempelvis som sjukhusfysiker och inom medicinteknik.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Carlanderska sjukhuset arbetar aktivt med informationssäkerhet. Övergripande finns en säkerhetspolicy och till den har vi kopplat våra riktlinjer avseende informationssäkerhet och kompletterande rutiner. De åtgärder som vi vidtar inom området kan i korthet beskrivas på följande sätt:

Förebyggande: Genom information vid introduktion, kontinuerligt via intranät och löpande vid olika händelser, försöker vi arbeta förebyggande för att medarbetare inte ska begå fel eller misstag. Vi arbetar även med SITHS-kortsinloggning till våra datorer och system.

Försvårande: Genom olika uppsättningar och genom behörighetsstyrning av åtkomst till system

Hindrande: Genom att arbeta aktivt med skalskydd/brandväggar och andra typer av åtgärder har vi hindrande åtgärder på plats, som gör det svårt att få extern åtkomst till vår data.

Förbjudande: Genom olika typer av uppsättningar är systemet också ibland förbjudande. Exempel på detta är styrning av tillgång till externa websidor.

Avvikelser och riskanalyser registreras i avvikelssystemet och uppkomna incidenter och förbättringsåtgärder lyfts till ledningsgruppen fortlöpande.

Säkerhetskopiering (ock kryptering) sker dagligen, utöver vilket årsbackuper görs.

I vårt CE-godkända journalsystem finns, utifrån behörighetstilldelning, möjlighet till intern spärr. Vi har fastställda riktlinjer avseende loggkontroller och enligt denna utförs loggkontroller månadsvis i respektive journalsystem. Loggkontroller utförs även stickprovsmässigt och vid misstanke om olovlig åtkomst genomförs utredning och vid behov vidtas åtgärder. Kontroller sker dels slumpmässigt/periodiserat löpande under året och dels görs riktade kontroller i händelse av misstanke eller på begäran.

Om en medarbetare är frånvarande från arbetet mer än 30 dagar sker en automatisk påminnelse till respektive verksamhetschef om att medarbetaren ska inaktiveras i våra system som innehåller patientrelaterad data och information. Utöver ovanstående följer vi gällande lagstiftning avseende informationssäkerhet och patientdata samt har interna riktlinjer kopplat till informationssäkerhet.

Strålskydd

SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §

Se bilaga nr 1 för Strålskyddsbokslut

En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet.

En god säkerhetskultur består av flera komponenter, där förutsättningarna för att kunna ta ansvar, väl fungerande teamarbete, kommunikation och psykologisk säkerhet är viktiga delar. En god arbetsmiljö skapar förutsättning för en säker vård.



Carlanderska bedriver ett aktivt arbete för att uppnå en god säkerhetskultur. Uppföljning av vårt arbete sker på olika sätt, men framförallt genom årlig medarbetarenkät och från 2021 även genom vår patientsäkerhetsenkät.

Medarbetarenkät genomförs årligen och HME (Hållbart MedarbetarEngagemang) 2021 var 83 (jämfört med 76 år 2020) med en svarsfrekvens om 77 % (mot 75 % år 2020).

Mätning av Hållbart SäkerhetsEngagemang (HSE) genomfördes för första gången 2021, samtidigt med medarbetarenkäten, vilket understryker sambandet mellan arbetsmiljö och säkerhet.

Enkäten visar att vårt största förbättringsområde är att involvera patienterna ännu mer. HSE-index, vilket beräknas om utifrån medelvärdena inom de nio variablerna, blev 79 (av 100 möjliga). Eftersom det är första gången vi genomför denna mätning har vi ingen jämförande data och vi har inte hittat jämförande data från andra vårdgivare.

Resultatet för HME samt HSE rapporteras inom varje verksamhet och en aktivitetsplan tas fram gemensamt med medarbetarna på ett APT.

Adekvat kunskap och kompetens

En grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete.



Carlanderska har delat in kunskap- och kompetensmatrisen i två nivåer:

- Övergripande – vad krävs för att vara medarbetare på Carlanderska
- Verksamhetsspecifikt – vad krävs för att vara medarbetare på respektive enhet

Under nedan rubriker sammanfattas de viktigaste aktiviteterna inom ovan områden under 2021:

Övergripande

Under året har vi implementerat ett nytt intranät och dokumenthanteringssystem. I samband med detta har alla dokument granskats och vid behov reviderats. Alla medarbetare genomför årligen utbildning inom brand, HLR, patientsäkerhet och hygienkörkort. Alla medarbetare genomgår även en nyanställningsintroduktion till Carlanderska som omfattar verksamhetskännedom, informationssäkerhet, information avseende ledningssystem, kvalitet och miljö samt information om offentlighet och sekretess.

De utbildningar/kompetenshöjande insatser som genomförs registreras i vårt HRM-system och en påminnelse om förnyelse sker automatiskt efter fastställt intervall.

Vi har påbörjat ett arbete med att skapa kompetensmatrisen för att chefer och medarbetare, på ett enklare sätt, ska få överblick av kompetens och kompetensgap.

Verksamhetsspecifikt

På verksamhetsnivå planeras övriga utbildningar/kompetenshöjande insatser som är relevanta för respektive enhet/individ. Under 2021 har följande insatser genomförts (utöver de övergripande insatserna):

Medicinkliniken

- Utbildning inom användning av arbets-EKG, både för sköterskor och läkare
- Studiebesök Sophiahemmet/hälsocentralen för utveckling av verksamheten
- Kompetenshöjande utbildning inom Endokrinologi på APT

Kirurg- och ortopedkliniken

- Genomfört interna föreläsningar, baserat på specialitet och utfall i kvalitetsregister
- Medarbetarna inom Gastroenterologi har interna utbildningar som syftar till att höja kompetensen inom teamet
- Två specialistsjuksköterskor deltar i utbildning i VGR:s regi, för att utbilda sig till koloskopister
- Gastroenterologerna deltar i externa granskningskonferenser

Operation

- För att kunna ha beredskap för sternotomi har utrustning köpts in och personalen har utbildats inom detta
- Strålskyddsutbildning, eftersom C-båge används vid vissa ingrepp
- Gasutbildning, för att kunna hantera medicinska gaser korrekt.
- Etikföreläsning
- Föreläsning inom barnanestesi.
- Föreläsning om självdoserande sedering
- Digital utbildning i strålsäkerhet har genomförts

Röntgen

- Radiologerna har interna utbildningar tillsammans med röntgensjuksköterskor och undersköterskor månadsvis för att bibehålla och höja bildkvaliteten
- Radiologer har interna möten månadsvis för att gå igenom mer svåra fall i syfte av kompetensutveckling
- Vi deltar i ett utbildningsprogram för specialistläkare inom radiologi, vilket Sahlgrenska Universitetssjukhuset tillsammans med studierektorn för specialiteten ansvarar för. Deltagarna har möjlighet att mötas mellan sjukhusen i regionen vilket gynnar våra gemensamma patienter
- Gasutbildning
- HLR
- Föreläsning avseende digitalisering i vården

Vårdavdelningen

- Gasutbildning
- HLR
- Kvalitetsutbildning och miljöutbildning för nya kvalitets- och miljöansvariga på enheten
- Etikföreläsning
- Information och samtal med narkosläkare kring narkosmetoder
- Internutbildning kring komplicerad katetersättning
- Föreläsning kring digitalisering i vården
- Föreläsning gastric by pass-operationer inför återinförande

Vårdcentralen

- Medarbetarna på Vårdcentralen, Rehab och BVC har regelbundna schemalagda interna sammankomster för att kunna utbyta information och kunskap som del i kompetensutveckling inom respektive område
- Etikföreläsning
- Regelbunden utbildning avseende handledning av läkarstudenter, AT-läkare, ST-läkare och sjuksköterskestudenter
- Utbildningar/kompetenshöjande insatser, som är relevanta utifrån respektive individs ansvarsområden
- Rehab och VC deltar i forskningsstudier kring obesitas och bensår
- Inom sköterske- och läkargruppen finns utbildningsansvariga utsedda, som organiserar utbildning oftast i form av lunchföreläsningar

Patienten som medskapare

En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.



PSL 2010:659 3 kap. 4 §

Våra respektive enheter har något olika arbetssätt, beroende på deras verksamhetsinriktning. Arbetssätten beskrivs i kortfattad text nedan.

Kirurg- och Ortopedkliniken

Patienterna får inför operationen ett häfte med all information inför operation/ behandling, där finns också kontaktuppgifter till mottagningen. Anhöriga är välkomna med på besöket, men möjligheten har begränsats under pågående pandemi. Information och kontaktuppgifter finns även på vår hemsida, där förbättringsförslag, synpunkter och/eller klagomål kan framföras.

Kontaktuppgifter till enheten finns på hemsidan för vårdgivare och kommunikation med avropande enhet sker i samband med att remiss tas emot, samt i samband med att remissvar skickas till berörda enheter. Nära samarbete sker med övriga vårdgivare om patient är i behov av stöd i vårdprocessen.

Medicinkliniken

På Medicinkliniken arbetar vi på följande sätt för att involvera patienterna:

- Kontaktinformation till verksamheten via hemsida och utveckling av användning av digitala vårdrummet.
- Möjlighet för patienter att inlämna förbättringsförslag och klagomål via hemsida
- Närstående välkomnas att delta i vården efter möjlighet
- Möjlighet att lämna egenremisser via digitala vårdrummet

Operations- och Vårdavdelningen

All planering kring patienten innan och efter operation sker på respektive mottagning, där även information och interaktion med anhöriga/närstående sker. Samverkan mellan mottagningarna, operations- och vårdavdelningen, görs bl a genom dokumentation i vårt operations- och journalsystem, samt via koordinators. Finns behov och önskemål om att anhörig/närstående skall vara med vid t ex utskrivande läkarsamtal på vårdavdelningen erbjuds självklart detta.

Röntgen

I varje kallelse finns en länk till 1177, (länk till "är strålning farligt") och utöver det finns telefonnummer direkt till ansvarig röntgensjuksköterska. Detta är för att säkerställa att patienter kan ställa frågor avseende undersökning, strålning eller liknande. I kallelsen per brev ingår det en kontrollista med bl a frågor om implantat. Även dessa frågor kan man ställa direkt till ansvarig röntgensjuksköterska före undersökningen.

Vårdcentral

Information finns på vår hemsida om hur patienten kan framföra förbättringsförslag eller klagomål.

Patienten har möjlighet att nå Vårdcentralen via 1177 Vårdguidens e-tjänster, äldretelefon med direktnummer och telefonrådgivning med TeleQ-system. Vi har på grund av pandemin bedömt att drop-in ej är möjligt. Både läkare och sköterskor erbjuder hembesök vid behov.

Patienten utbildas och involveras i sin sjukdom och vård genom teamarbete mellan olika professioner på vårdcentralen. Detta sker framförallt med de patienter som har kroniska sjukdomar och patienter med psykisk ohälsa. Inom rehabteam på vårdcentralen finns vårdsamordnare och rehabkoordinatorer som kan hjälpa patienter som behöver kontakt med olika instanser inom hälso- och sjukvården och övriga inblandade samarbetsparter.

BVC, Vårdcentral och Rehab delar journalsystem och information nödvändig för fortsatt handläggande av annan kollega är därför lättillgänglig.

På samtliga enheter sker diktering med röstigenkänning eller egen dokumentation, vilket säkerställer att nödvändig information om patienten alltid finns tillgänglig i patients journal, utan fördröjning.

Anhöriga är, om patienten önskar det, alltid välkomna att komma med vid besöket på Vårdcentralen och Rehab.

Etikgrupp

Sedan 2017 har Carlanderska Sjukhuset en Etikgrupp som sammanträder 6-8 gånger per år. Etikgruppen behandlar etiska frågeställningar, men inte direkta verksamhetsfrågor.

Patienter, anhöriga, personal samt ledningen på sjukhuset kan anmäla frågor till Etikgruppen. Anmälan kan lämnas anonymt eller öppet. Etikgruppen arbetar på uppdrag av Carlanderska Sjukhusets styrelse. Gruppen arbetar oberoende av sjukhusledningen och arbetet leds av sjukhusets chefläkare. Relevanta ärenden föredras för Carlanderskas styrelse samt för Carlanderskas ledningsgrupp. Etikgruppen har en patientrepresentant som företräder patientens perspektiv i aktuella frågor.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2 §, 7 §, 8 §, 7 kap. 2 § p 2, PSL 2010:659, 3 kap. 10 §

Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella och regionala uppgifter.

Carlanderska har delat arbetet med att agera för säker vård i två nivåer:

- Övergripande – vad är gemensamt för Carlanderska
- Verksamhetsspecifikt – hur arbetar respektive verksamhet med sina områden



Under nedan rubriker sammanfattas de viktigaste övergripande aktiviteterna inom ovan områden under 2021:

Övergripande

På Carlanderska arbetar vi med sammanhängande vårdprocesser med korta led- och vårdtider, vilket ger oss relativt lite tid tillsammans med varje patient. Det ställer stora krav på oss att arbeta strukturerat med omvärldsbevakning av utveckling inom olika områden, att arbeta aktivt med avvikelser, rapportera i olika kvalitetsregister samt följa upp och mäta med hjälp av olika enkäter och genomförda kundmöten.

Vid Carlanderska sjukhuset genomförs endast elektiva operationer, vilket innebär att det är möjligt att planera bemanning och operationsprogram på ett säkert och effektivt sätt. Enda undantaget till elektiva operationer är re-operationer, vilket innebär att det vid sjukhuset finns ett beredskapssystem för detta vid eventuella postoperativa komplikationer. Systemet med beredskapstjänstgöring är positivt ur patientsäkerhetssynpunkt och innebär att patienter enbart i undantagsfall behöver remitteras till annat sjukhus.

Genom att arbeta aktivt med avvikelshantering får vi underlag som diskuteras på arbetsplatsträffar. Inträffade avvikelser återrapporteras till personalen för kännedom och återkoppling om orsak och korrigerande åtgärd. 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 månadmöte.

Den största övergripande insatsen som har gjorts under 2021 är byte av intranät och dokumenthanteringssystem. Det har inneburit att varje verksamhet har gått igenom och uppdaterat sina dokument samt att vi har skapat en enhetlig benämning och struktur så det ska vara lätt att hitta rätt.

Då Carlanderska sjukhusets patientflöden ofta påbörjas av en vårdgivare, utförs av en andra och avslutas hos den förstnämnda krävs ett nära samarbete mellan våra olika enheter och instanser för att säkerställa att de kritiska överlämningarna i patientprocessen fungerar på ett patientsäkert sätt.

På övergripande nivå arbetar vi med regelbundna avstämningar med våra samarbetspartner, både enskilt och gemensamt.

Vi har också samråd mellan vår chefläkare och Sahlgrenska Universitetssjukhuset för att diskutera avvikelser och arbetsrutiner mellan sjukhusen. Under pandemin hade vi även avstämningar avseende vilka operationer vi kunde genomföra, för att säkerställa att vi inte genomförde ingrepp som eventuellt skulle kunna belasta IVA-avdelningar i regionen.

Verksamhetsspecifikt - viktigaste åtgärder under 2021:

Kirurg- och Ortopedkliniken

Inom Kirurg- och ortopedkliniken har följande aktiviteter genomförts under 2021 för att ytterligare stärka arbetet med att Agera för säker vård:

- Arbetat med att förbättra våra flöden och våra rutiner för att kunna hjälpa fler patienter
- Utvecklat/förtydligat patientinformationen
- Genomgång av alla våra dokument samt våra rutiner har genomförts under året
- Vi har ökat andelen digitala besök
- Vi har bytt telefonsystem, vilket har ökat tillgängligheten

Medicinkliniken

Inom Medicinkliniken har följande aktiviteter genomförts under 2021 för att ytterligare stärka arbetet med att Agera för säker vård:

- Infört journal på nätet, vilket tillgängliggör journalen för våra patienter
- Vi har infört taligenkänning för alla läkare, vilket medför att diktaten registreras direkt i journalen, samma dag som besöket
- Infört ett arbete med förbättringstavla för ssk/usk, vilket har medfört ett mer effektivt arbete med utveckling av verksamheten
- Gått igenom samtliga rutiner och dokument samt uppdaterat dessa
- Vi har ökat andelen digitala besök
- Utvecklat/förtydligat patientinformationen

Operation

Inom Operation har följande aktiviteter genomförts under 2021 för att ytterligare stärka arbetet med att Agera för säker vård:

- Anslutning till SPOR (svenskt perioperativt register)
- Ny checklista har upprättats för att kvalitetssäkra nytt material, nya rutiner, nya instrument
- Sidomarkering obligatoriskt vid tyreoida-ingrepp
- Partikelmätning
- Arbetat med att förbättra våra flöden och våra rutiner
- Genomgång av alla våra dokument samt våra rutiner har genomförts under året

Röntgen

Inom Röntgen har följande aktiviteter genomförts under 2021 för att ytterligare stärka arbetet med att Agera för säker vård:

- Enligt SSM: s riktlinjer används ett dosregistreringsprogram som implementerades under våren 2020. Data med längd och vikt registreras för varje patient i journalsystemet och under 2021 lämnade vi data från 12 månaders registrering för första gången. Sjukhusfysiker gick igenom all data för att säkerställa att vi ligger inom gränsen för acceptabel stråldos. Det visade sig att vi låg bra till inom alla organ
- Inköp av ny MR-kamera. Detta både för att höja kvaliteten på bilderna och för patientupplevelsen. Den höjda bildkvaliteten har betydelse för en korrekt bedömning vid radiologernas granskning av bilder. Många undersökningar utförs på kortare tid och den nya kameran har även en större tunnel. Det här sammantaget har en stor betydelse för patientupplevelsen och för resultatet av undersökningen

Vårdcentralen

Inom Vårdcentralen/BVC/Rehab har följande aktiviteter genomförts under 2021 för att ytterligare stärka arbetet med att Agera för säker vård:

- Den infektionsmottagning som etablerades i samband med pandemin har fortsatt använts, vilket har minskat risken för smittspridning inom sjukhuset
- Vi har huvudsakligen erbjudit bokningsbara tider för Covid- och influensavaccination för att undvika trängsel
- Under hösten har påbörjats planering för uppstart av en digital plattform för triagering, för att förbättra patienters möjlighet att få rätt vård i rätt tid på vårdcentralen
- Vi deltar i ett projekt avseende mobil röntgen. Detta ger möjlighet till röntgen av sköra/äldre patienter på särskilt boende.
- Vi erbjuder digitala vårdmöten till det psykosociala teamet
- På Rehab erbjuds patienten artrosskola digitalt och Exorlive har under året implementerats i journalen. Det är ett träningsverktyg som ger patienten tillgång till kvalitetssäkrade övningar med video och bilder via mail eller app

Vårdavdelning

Inom Vårdavdelningen har följande aktiviteter genomförts under 2021 för att ytterligare stärka arbetet med att Agera för säker vård:

- Vi har ett operationsplaneringssystem med integrerat journalsystem. Detta medför att man kan följa patientens flöde ända från operationsanmälan hela vägen tills patienten skrivs hem från vårdavdelningen. 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
- De behandlingsrutiner som används finns länkade till vårt operations- och journalsystem. Detta medför att man från patientens journal kan klicka sig fram till rätt behandlingsrutin för aktuellt ingrepp
- Vi har gått igenom samtliga rutiner och dokument samt uppdaterat dessa
- Vi har infört digitala distriktssköterskeremisser och intyg via vårt journalsystem Orbit. Detta säkerställer att uppgifterna på remissen/intyget blir korrekt samt ger spårbarhet i patientens journal

Öka kunskap om inträffade vårdskador

SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §

Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.



Synpunkter från patienter och närstående är en viktig del i det systematiska patientsäkerhetsarbetet för att utveckla och förbättra vården. Vårdgivaren har enligt patientsäkerhetslagen en skyldighet att ta emot och besvara klagomål mot och synpunkter på den egna verksamheten.

Avvikelsehanteringsprocessen har som syfte att förbättra verksamheten genom att identifiera och arbeta bort fel och brister som stör vår verksamhet och kan ha negativ påverkan på kvaliteten och patientsäkerheten i vårdprocessen, arbetsmiljön, informationssäkerheten och/eller den yttre miljön. Processen gäller alla medarbetare och underleverantörer som arbetar för och på Carlanderska sjukhuset.

Som avvikelse räknas t ex:

- avsteg från fastställda rutiner eller planerade aktiviteter
- händelse som har påverkat, eller kan komma att påverka, patientens vård och omhändertagande
- resurs-, kompetens-, eller materialbrist
- avsaknad av rutin
- klagomål från patient/närstående, uppdragsgivare eller myndighet
- felaktiga produkter, eller produkter som kan förväxlas
- fel från leverantör
- arbetsmiljötillbud av fysisk, organisatorisk och/eller social karaktär
- miljöavvikelse - exempelvis felaktig sortering, dubbelt utnyttjande av material p g a fel i vårdprocessen

Korrigerande åtgärder ska vidtas för alla avvikelser. Detta betyder att vi, baserat på en orsaksanalys, tar fram förslag på t ex nytt arbetssätt för att avvikelsen inte ska uppstå igen. Den korrigerande åtgärden ska följas upp för att se att den fått avsedd effekt genom att det t ex inte uppstått nya avvikelser som är identiska eller liknande.

Avvikelsehanteringsprocessen är uppdelad i fyra steg.

- 1) Rapportering
- 2) Orsaksutredning och förslag till korrigerande åtgärd
- 3) Genomförande av korrigerad åtgärd
- 4) Uppföljning av effekt

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.

Tillförlitliga och säkra system och processer

Genom att inkludera systematiskt patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen kan både de reaktiva och proaktiva perspektiven på patientsäkerhet bejakas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.



I enlighet med SOFS: 2011:9 ska vi som verksamhet ha ett ledningssystem för att säkerställa att vi arbetar systematiskt och utvecklande samt säkrar kvalitet. På Carlanderska har vi valt att ISO-certifiera vårt ledningssystem avseende kvalitet och miljö i enlighet med ISO 9001:2015 samt 14001:2015.

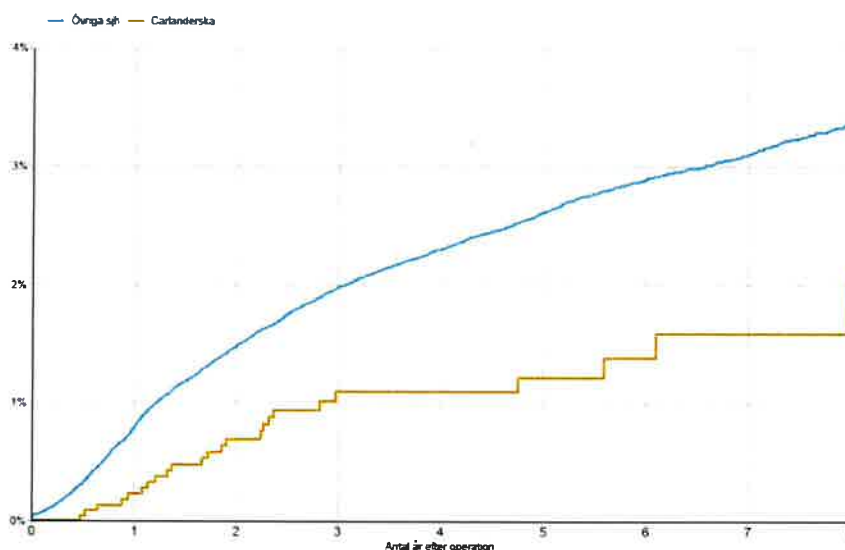
Vårt systematiska arbetssätt med ständiga förbättringar syftar till att säkra tillförlitlighet och resultat i verksamhetens processer.

Utöver detta deltar/rapporterar även våra verksamheter i nationella kvalitetsregister för återkoppling på resultat och för att utveckla verksamheten genom att kunna identifiera och minska oönskad variation.

Exempel från kvalitetsregister under 2021 (oftast resultat från 2020):

Ur Bråckregistret 2020 framkommer att patienter har låg kumulativ risk för senare re-operation (p g a recidiv) jämfört med riket efter opererad bråckplastik på Carlanderska. Patienter opererade på Carlanderska rapporterar även i större utsträckning "ingen smärta" postoperativt efter bråckplastiker.

Kumulativ risk för senare omoperation (pga recidiv) tiden efter opererad bråckplastik
Primärplastiker



Figur 14: Kumulativ risk för senare omoperation (pga recidiv) av primärplastik, Carlanderska jämfört med övriga sjukhus. Plastiker opererade de senaste 10 åren.

Ur Ledprotesregistret 2021 framkommer bland annat att patienter primäropererade för artros med höftprotes vid Carlanderska 2017-2020 (Ortopedkliniken samt SportsMed) i lägre grad än i riket blivit re-opererade inom 2 år (1,1 % jämfört med 2 % i riket). Oönskade händelser inom såväl 30 som 90 dagar efter operation var lägre jämfört med riket. Kumulativ revisionsrisk efter 10 år var lägre jämfört med riket. Andel nöjda patienter efter primär totalhöft 2019 var 91,5 % (svarsfrekvens 86 %) jämfört med riket 87,3 % (svarsfrekvens 79 %).

Beträffande primärproteser knä ses även här lägre andel re-operationer inom 2 år efter primäroperation 0,44 % (jämfört med riket 0,77 %). Relativa revisionsrisken 10 år efter primäroperation 2010-2020 var signifikant lägre jämfört med riket.

Exempel från rapporten Primärvård i Västra Götaland 2020

Andelen listade patienter vid Vårdcentralen Carlanderska med typ-2 diabetes (18-79 år) som har HbA1c lägre än 52 mmol/l juni 2020 är 70,6 % (jämfört med 59,18 % i VGR) och ökande över tid.

Andelen listade individer (30-79 år) med diagnostiserad kranskärslsjukdom med blodtryck lika med eller lägre än 140/90 mm Hg juni 2020 är 79,74 % (jämfört med 74,27 % i VGR) och ökande över tid.

Andelen listade individer (30-79 år) med hypertoni-diagnos och blodtryck mindre är eller lika med 140/90 mm Hg juni 2020 är 70,2 % (jämfört med 65,31 % i VGR) och relativt oförändrat senaste åren.

Andelen listade individer 75 år och äldre där fördjupad läkemedelsgenomgång genomförts senaste 12 månaderna, juni 2020, är 37,36 % (jämfört med 51,23 %) och har minskat från cirka 49 % oktober 2019 och framåt.

Säker vård här och nu

Hälso- och sjukvården präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation. Förutsättningarna för säkerhet förändras snabbt och det är viktigt att agera på störningar i närtid.



Riskhantering

SOSFS 2011:9, 5 kap. 1 §, 7 kap. 2 § p 4

7 kap, 2§, p 4 reglerar hur vi har hanterat risken för vårdskador. I vårt integrerade ledningssystem arbetar vi med olika delar för att upptäcka och hantera risker. Arbetssätten har beskrivits i tidigare stycken och kan i korthet sammanfattas enligt följande punkter:

- Ledningssystemet innehåller styrande och stödjande processer. Ur ett övergripande perspektiv har vi policyer och riktlinjer som är sjukhusövergripande. Utöver detta har varje verksamhet har en egen handbok med fastställda lokala rutiner
- Vi har ett aktivt arbete med avvikelser, utredning och återföring av orsaksanalysen
- Våra patienter har möjlighet att lämna synpunkter och klagomål, och dessa hanteras på samma sätt som våra avvikelser
- Alla IVO-ärenden och Lex Maria-ärenden hanteras av vår chefläkare
- Vi rapporterar till relevanta kvalitetsregister och följer upp utfallet
- Vi mäter störningar i operationsverksamheten för att snabbt kunna fånga upp risker eller brister och åtgärda dem
- Vi har ett aktivt arbete tillsammans med våra samarbetspartner för att fånga upp och åtgärda risker eller brister i våra sammanhängande vårdkedjor
- Vi följer upp avvikelser och åtgärder regelbundet i den högsta ledningsgruppen
- Vi genomför årlig medarbetarenkät, patientsäkerhetsenkät och patientnöjdhetsundersökning
- I samband med vår årliga "Ledningens genomgång" analyserar vi trender och utfall för att diskutera fokusområden och utvecklingsmöjligheter inom ramen för bland annat patientsäkerhet

Stärka analys, lärande och utveckling

Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvården. När resultaten används för att förstå vad som bidrar till säkerhet, hållbarhet, önskvärd flexibilitet och goda resultat, kan verksamheten utvecklas så att kvaliteten och säkerheten ökar och risken för vårdskador minskar.



Avvikelser

PSL 2010:659, 6 kap. 4 §, SOSFS 2011:9 5 kap. 5 §, 7 kap. 2 § p 5

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 andra avvikelser som vi arbetar med på samma systematiska sätt.

Carlanderska sjukhuset använder ett elektroniskt ärendehanteringssystem som underlättar avvikelserapporteringen och flödet av avvikelser. Alla medarbetare kan rapportera in upplevd avvikelse och när avvikelserna är registrerade skickas den till ansvarig verksamhetschef för utredning och åtgärd.

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.

Chefläkare ansvarar övergripande för IVO-anmälningar och Lex Maria-ärenden. I den dagliga verksamheten är det respektive verksamhetschef som ansvarar för patientsäkerhetsärenden. Här ingår bland annat att bedöma avvikelser och klagomål, utreda och i samråd med chefläkare anmäla allvarliga patientsäkerhetsrisker och vårdskador till IVO. Chef HR/KMA (kvalitet/miljö/arbetsmiljö) ansvarar för sammanställning och rapportering kring avvikelser.

Antalet avvikelser ökade mellan år 2020 och 2021. Vi noterade att det förekom ett ökat antal avvikelser som gällde pre-operativ bedömning av patienterna. Detta gällde såväl bedömning av patienternas sjukdomsgrad (ASA-klass) samt provtagning inför operation. Exempelvis fattades ibland EKG-tagning samt andra pre-operativa labvärden. Konstaterandet av ett ökat antal likartade avvikelser gjorde att en grupp tillsattes som studerade detta. Detta arbete ledde till dels förändring av rutinerna hos narkosläkarna när de gjorde pre-operativa bedömningar samt att vårt operationsplaneringssystem (Orbit) justerades så att vi lade till s k obligatoriska fält för bedömning av patienten. Dessa förändringar har ökat säkerheten för patienten och snabbt minskat antalet avvikelser.

Nedan tabell visar våra avvikelser under 2021, med jämförande år 2019 samt 2020.

Kategori	2019	2020	2021
	Antal	Antal	Antal
Arbetsmiljö/tillbud	38	29	31
Synpunkter	23	64	65
Organisation	68	52	38
Utrustning	51	52	69
Miljö	9	6	11
Omvårdnad/behandling	313	257	439
Okategoriserat	8	10	17
Totalt	510	470	670
Varav patientsäkerhetspåverkande	229	148	231

Lex Maria/IVO-ärenden	6	12	4
-----------------------	---	----	---

Klagomål och synpunkter

SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §, 3 a § och 6 §, 7 kap. 2 § p 6

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. En synpunkt eller klagomål registreras alltid i vårt avvikelssystem. Antingen genom att patienten kontaktar oss skriftligen via mail eller brev. Detta ärende registreras då och skickas till verksamhetschef som är ansvarig för utredning och återkoppling.

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.

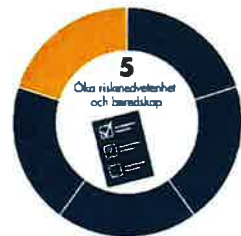
Allvarlig vårdskada

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/erbjuds möjlighet till att bifoga den egna berättelsen eller upplevelsen av det inträffade vilken därefter bifogas utredningen. Vårdgivaren tillser 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 också berör annan verksamhet, involveras berörd/a part/er 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.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Alla delar av vården behöver planera för en hälso- och sjukvård som flexibelt kan anpassas till kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet, även under oväntade förhållanden. I patientsäkerhetssammanhang beskrivs detta som resiliens.



Vid Carlanderska sjukhuset utförs i stort sett enbart planerad vård. Oavsett om vården genomförs inom ramen för offentliga avtal, försäkringsavtal eller genom privat finansiering, är all vård planerad. Det innebär att vi har stora möjligheter att planera och utbilda för nya metoder, ingrepp eller liknande.

Den största påverkan som har varit de senaste 2 åren är den pågående pandemin. Från start har Carlanderska arbetat aktivt med att försöka bibehålla verksamheten och samtidigt skydda patienter och personal mot smittspridning.

Vi har i stort följt de rekommendationer och råd som kommit från Folkhälsomyndigheten och VGR, men i vissa fall har vi haft striktare åtgärder. Eftersom vi är en relativt liten organisation har vi stora möjligheter till snabb omställning men också snabb förändring om det behövs.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Mål 2022

God vård med hög patientsäkerhet

Detta mål skall uppnås genom att arbeta systematiskt med kvalitet och uppföljning av utfall både medicinskt och patientupplevt, kvalitetssäkra processer och arbeta aktivt med avvikelser.

Uppföljning skall ske genom

- Patientundersökning
- Kundundersökning
- Beställarundersökning
- Kvalitetsregister
- Avvikelser

Måltal

- Att i samtliga undersökningar ovan vara bättre än föregående år
- I relevanta kvalitetsregister vara bland topp 10
- Samtliga avvikelser skall vara uppföljda och åtgärdade

Aktiviteter

- Samtliga verksamheter bryter i verksamhetsplanen ner de övergripande målen till egna verksamheten, med aktiviteter och mål som följs upp i verksamhetsplanen.
- På övergripande nivå ska en patientsäkerhetsplan tas fram som ytterligare stöd till verksamheterna.
- Utreda om verktyget "Säkerhetskulturtrappan" är ett lämpligt verktyg för oss att arbeta med för att ytterligare stärka säkerhetskulturen.

Utmaningar

Effekter av pandemin kommer sannolikt påverka såväl det sammanhållna hälso- och sjukvårdssystemet som enskilda vårdgivare även under 2022, såväl genom tidvis hög sjukfrånvaro bland medarbetare som genom ett uppdämt vårdbehov i befolkningen. Samtidigt är det viktigt att skapa möjligheter till återhämtning för medarbetare, utrymme för verksamhetsutveckling och samtidigt bibehålla produktion och på ett flexibelt sätt kunna möta nya behov hos kunder och patienter.

Bilaga 1. Strålsäkerhetsberättelse

Inledning

Vid Carlanderska sjukhuset utförs undersökningar inom konventionell röntgen, datortomografi, magnetisk resonanstomografi och ultraljud. Under 2021 gjordes totalt 24855 diagnostiska undersökningar varav 15335 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 strålningsrelaterande frågor som utarbetas av Sahlgrenska sjukhuset, Medicinsk fysik och teknik (MFT) och Diagnostisk strålningsfysik. Syftet med egenkontrollen är att säkerställa att röntgen Carlanderska uppfyller de krav som SSM, strålsäkerhetsmyndigheten, ställer för att bedriva en trygg och säker röntgenverksamhet med joniserande strålning.

Aktiviteter under 2021

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 det är möjligt och samtidigt behålla en god kvalitet. Gemensamma strålsäkerhetsmöten mellan operation och röntgen upprättas en gång per termin.

Under 2021 har sedvanliga strålskyddskontroller genomförts av sjukhusfysiker liksom periodvisa kontroller på röntgenutrustning av extern servicepersonal från leverantör.

Enligt SSM:s riktlinjer används ett dosregistreringsprogram som implementerades under våren 2020. Data med längd och vikt registreras för varje patient i journalsystemet. Sjukhusfysiker går igenom data för att säkerställa att vi ligger inom gränsen för acceptabel stråldos. Alla doser på alla undersökningar med strålning registreras och sparas i DoseTrack.

Rapportering av statistiska uppgifter för vissa röntgenundersökningar och röntgenvägleda procedurer ska göras årligen för att möjliggöra för SSM att göra uppskattningar av hur patientdoser från medicinska exponeringar fördelas.

Rapportering av diagnostiska standarddoser skall rapporteras vid förändring av metod, vid införande av ny metod, vid införande av ny utrustning eller minst vart tredje år.

Resultatet från mätningarna av diagnostisk standarddos rapporteras till Strålsäkerhetsmyndigheten via webbformulär i DosReg.

Under 2021 har all personal inom Röntgen genomgått teoretisk strålsäkerhetsutbildning. Enligt SSM:s riktlinjer krävs denna utbildning var 3:e år. Utbildningens innehåll ansvarar vår StråLf för (Strålningsfysikalisk ledningsfunktion) och från och med 2021 kan denna utbildning göras digitalt.

Avvikelser

Strålningsrelaterade avvikelser har anmälts i Carlanderska sjukhusets avvikelssystem ServiceDesk. Under 2021 registrerades tre strålningsrelaterade avvikelser. Dessa har tagits upp med berörd personal och på APT. För att detta inte ska upprepas har utredning gjorts och korrigerande åtgärder vidtagits. Detta är beskrivet i kursiv stil.

Händelserna gällde:

- "Extra strålning" en undersökning var gjord före önskad kontroll.

Perceptionsmiss vid registrering av remiss. Det missades även vid utförande av undersökningen. Man har samma ansvar i alla leden (registrering, prioritering och utförande av undersökningen) men framförallt skall den röntgensjuksköterska som utför undersökningen läsa igenom hela anamnesen noggrant för att inte bara säkerställa att man utför rätt undersökning utan också för att den utförs enligt önskad tid av remittenten

- SU kunde inte läsa vårt svar på grund av brist i kommunikationen mellan oss och remitterande enhet. Undersökningen var nödvändig att utföras en gång till.

Översyn av vår rutin. Rutinen är sådan att läkaren skall kontakta utförande röntgensjuksköterska att bilderna skall lagras i BFR direkt efter undersökningen för åtkomst av annat sjukhus. I detta fall missades det, varpå bilderna lagrades i BFR först dagen efter per automatik vilket är korrekt, men inte vid påvisande av ett akut omhändertagande. Läkaren meddelade endast remitterande läkare, som sände patienten till SU. Rutinen ändras inte, men berörda personer är informerade och avvikelsen har diskuterats på APT.

- Fel protokoll utfördes på en patient vilket innebar att undersökningen fick utföras en gång till.

Fel protokoll betyder i detta fall att man valde ett protokoll där hela det aktuella området var med. Röntgensjuksköterskan upptäckte det själv varvid undersökningen utfördes en gång till med rätt protokoll och då blev det extra stråldos för patienten.



Jan Lindblom, ordförande



Niklas Teodorsson, vice ordförande



Mariella Olsson, ledamot



Ulla-Karin Näslund, ledamot



Kenan Gürbüz, ledamot



Jörgen Isgaard, ledamot