

Patientsäkerhetsberättelse för Stiftelsen Carlanderska Sjukhuset 2022



Inledning

Varje år ska alla vårdgivare upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Patientsäkerhetsberättelsen beskriver det systematiska patientsäkerhetsarbetet som har skett under föregående år, vilka åtgärder som gjorts för att öka patientsäkerheten och vilka resultat som uppnåtts. Den utgår från gällande lagkrav och följer strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa våra strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen är tillgänglig för den som vill ta del av den och är en del i vårt ledningssystem för en god och säker vård. Som kompletterande läsning rekommenderas Kvalitetsbokslut Carlanderska Sjukhuset 2022, vilket fokuserar på våra kliniska resultat.



Källa:

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

Mallen är framtagen inom ramen för kunskapsstyrningsorganisationen, på uppdrag av den nationella samverkansgruppen (NSG) inom patientsäkerhet, 2021-09-23.

Innehåll

SAMMANFATTNING	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	5
Engagerad ledning och tydlig styrning.....	5
Övergripande mål och strategier.....	5
Organisation och ansvar	5
Samverkan för att förebygga vårdskador	7
Informationssäkerhet	7
Strålskydd	8
En god säkerhetskultur	8
Adekvat kunskap och kompetens.....	9
Patienten som medskapare	11
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	13
Öka kunskap om inträffade vårdskador	13
Tillförlitliga och säkra system och processer	15
Säker vård här och nu	17
Riskhantering.....	19
Stärka analys, lärande och utveckling	19
Avvikelse	20
Klagomål och synpunkter.....	20
Öka riskmedvetenhet och beredskap.....	21
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	21
Bilaga 1. Strålskyddsbokslut.....	22

SAMMANFATTNING

Det gångna året

Inför och under 2022 har ett sjukhusövergripande arbete gjorts i framtagande av en strategi för var och vad Carlanderska Sjukhuset ska vara 2027 (då sjukhuset fyller 100 år) med övergripande, strategiska mål för sjukhuset med efterföljande årliga handlingsplaner. Handlingsplanen för 2022 har sedan brutits ned i respektive verksamhet till lokala mål och aktivitetsplaner, vilka har följts upp regelbundet under året. Målet utifrån patient-/kund-/beställarperspektivet är att leverera en god vård med hög patientsäkerhet. För kliniska resultat har målet satts att vara bland de ”topp tio” bästa i utfall i relevanta kvalitetsregister.

Viktiga åtgärder under året har varit att arbeta aktivt med avvikelshantering, att kvalitetssäkra processer och att ha en systematisk uppföljning. För att veta vad vi kan och behöver förbättra behöver vi veta hur vi ligger till, både i jämförelse med oss själva över tid och i jämförelse med de bästa.

En del i arbetet under året har varit att identifiera vilka av alla kvalitetsregister som är relevanta att delta i för respektive verksamhet samt vilka indikatorer som per flöde och kvalitetsregister ska följas på sjukhusnivå. I samband med arbetet kartläggs också nulägesutfall och eventuella behov av förbättringar har identifierats. Kliniska resultat redovisas i ett separat framtaget kvalitetsboksutdrag för Carlanderska sjukhuset, vilket kompletterar patientsäkerhetsberättelsen i en transparent redovisning av våra resultat och vår strävan att bli lite bättre dag för dag.

Organisatoriskt har det medicinska ledningsansvaret förtydligats med rollen medicinskt ledningsansvarig läkare i respektive verksamhet. Sjukhuset har även rekryterat en Kvalitetschef för ytterligare fokus på kliniska och patientupplevda resultat.

Under året har sjukhuset tillskapat en infrastruktur och organisering för stöd i genomförande av händelseanalyser samt genom Västra Götalandsregionen fått tillgång till Nitha som analysverktyg och kunskapsbank.

Utblick framåt

Bland utmaningar och möjligheter framöver ses generellt fortsatta långa väntetider i den offentliga vården, där Carlanderska Sjukhuset skulle kunna bidra ytterligare till att fler får sin vård i tid.

Kompetensförsörjning är en avgörande fråga och en kompetensförsörjningsplan är under framtagande. Under 2022 har en digitaliseringsstrategi tagits fram för sjukhuset för att tillvarata digitaliseringens möjligheter för verksamhetsutveckling. Under 2023 kommer prioriterade utvecklingsarbeten att genomföras, vilka påverkar såväl effektivitet som patientsäkerhet, exempelvis genom införande av e-remsor till röntgen.

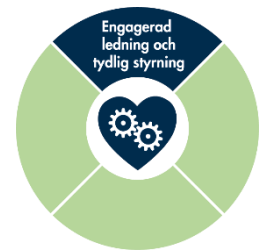
Under 2023 kommer arbetet med uppföljning av kliniskt utfall genom kvalitetsregister fortsatt utvecklas och kontinuerlig uppföljning av patientens upplevelse kommer att införas, med möjlighet att även fånga upp förbättringsförslag. Under 2023 kommer även ett utvecklingsarbete av systemet för avvikelshantering att ske, för ökad funktionalitet som ett viktigt verktyg i patientsäkerhetsarbetet.

Omvärldsfaktorer som ökad inflation, ökade driftskostnader samt ränteläget och pågående krig kommer fortsatt att påverka oss även 2023, liksom Coronaviruset.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Engagerad ledning och tydlig styrning

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av verksamheten, på alla nivåer.



Övergripande mål och strategier

Under 2021 fick sjukhuschefen i uppdrag av styrelsen att ta fram en strategi för var och vad Carlanderska ska vara 2027 för att fortsatt ligga i framkant och erbjuda högklassig vård. Styrelsen fattade beslut om strategin februari 2022 vilken kompletteras med årliga handlingsplaner.

Övergripande mål för 2027 är:

- Att verksamheter inom stiftelsen kan bedrivas med hög kvalitet och långsiktig lönsamhet.
- Att samarbetspartner arbetar nära Carlanderska sjukhuset gällande övergripande kvalitetsmål.
- Långsiktiga samarbetsavtal och kundrelationer med fokus på hög kvalitet.
- För medicin, kirurg- och ortopedkliniken specifikt: att verksamheten ska vara långsiktigt hållbar och att belastningen på de olika enheterna ska vara jämnare med rätt mix av patienter.
- Att Carlanderska ska vara i fas med den digitala utvecklingen i samhället och speciellt inom hälso- och sjukvårdsområdet.
- Att Carlanderska ska ligga i topp i kvalitet såväl medicinsk som patientupplevd och vara ett förstahandsval för patienter och beställare.
- Att Carlanderskas arbetsgivareerbjudande ska utgå från våra kärnvärden och attrahera den kompetens som behövs för att leverera en patientsäker vård med hög kvalitet.

Handlingsplanen för 2022 och arbetet under året har bland annat omfattat att uppdatera samarbetsavtal mellan Stiftelsen Carlanderska sjukhuset och våra samarbetspartners inkluderande förtydligande av vårdgivaransvaret inom och mellan verksamheter samt fokus på en ökad samverkan för en sammanhållen god och säker vård. Ett arbete har även påbörjats för att öka förmågan i organisationen att följa upp och analysera resultat samt att visualisera dessa för sjukhusets större kliniska flöden. En annan del i årets arbete har varit att ta fram en strategisk kompetensförsörjningsplan och att ta fram en ny modell för hantering av förmåner för att kunna attrahera och behålla den kompetens som behövs för en patientsäker vård med hög kvalitet.

Organisation och ansvar

Kvalitet och patientsäkerhet är ett strategiskt viktigt och prioriterat område. Ur ett övergripande perspektiv är sjukhuschefen ytterst ansvarig för patientsäkerhetsarbetet och strålsäkerhetsarbetet på Carlanderska sjukhuset. För respektive verksamhet ansvarar en verksamhetschef, vilken rapporterar till sjukhuschefen samt ingår i sjukhusets ledningsgrupp, se bild 1 nedan. I verksamheterna finns även medicinskt ledningsansvarig läkare.

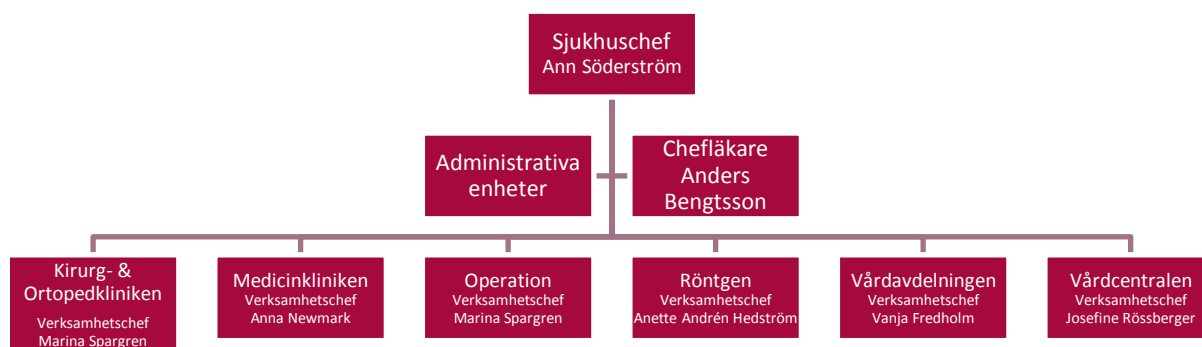


Bild 1: Övergripande organisation

Till stöd för sjukhuschef och verksamheter finns administrativa enheter/funktioner enligt bild 2 nedan, däribland chefläkare och kvalitetschef. I ledningsgruppen ingår även Chefläkare, Ekonomichef, HR-chef, IT-/Fastighetschef, Avtalsansvarig samt Kvalitetschef. Chefläkaren är anmälningsansvarig till IVO. Även en kvalitetssamordnare finns i staben.

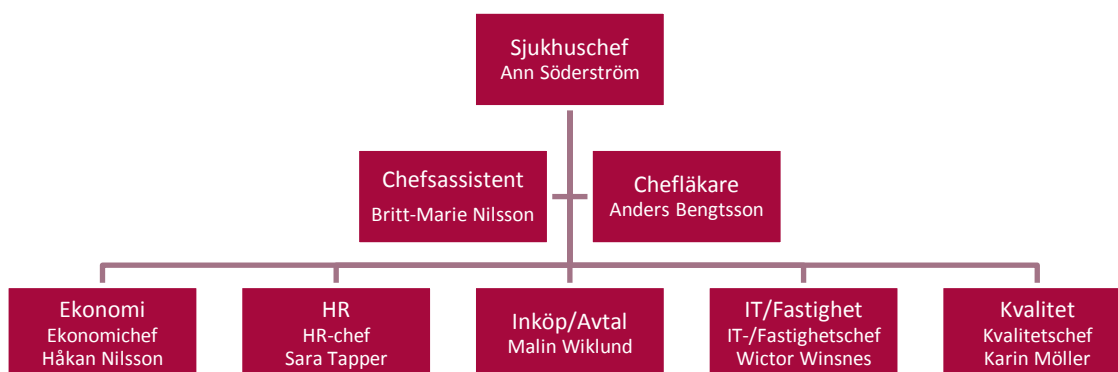


Bild 2: Administrativa enheter/funktioner

Verksamhetschefen ansvarar för styrning, ledning, lagefterlevnad, uppföljning och resultat inom ramen för sin verksamhet. Medicinsk ledningsansvarig läkare stödjer verksamhetschefen i ledningsfrågor kopplade till den medicinska verksamheten. Enhetschef stödjer verksamhetschefen i ledning, styrning och uppföljning i respektive verksamhet.

I varje verksamhet finns även stödjande roller inom olika ansvarsområden, som kvalitetsombud, hygienombud, läkemedelsansvarig, medicintekniskt ansvarig samt internrevisor. I verksamheter som använder radiologisk utrustning finns även radiologisk ledningsfunktion och strålsäkerhetsombud.

Alla medarbetare ansvarar för att utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet och följa fastställda policyer, riktlinjer och rutiner samt att rapporterar avvikelser.

Samverkan för att förebygga vårdskador

På Carlanderska Sjukhuset finns stiftelsens egna verksamheter samt ett flertal samarbetspartners, vilka är egna vårdgivare, med vilka vi samarbetar för sammanhållna vårdkedjor inom sjukhuset. Vården kan levereras via avtal med Regioner, Försäkringsbolag, andra bolag, samt i mindre omfattning till privatbetalande patienter. Grunden för en god och säker vård är sammanhängande och säkra vårdkedjor för patient och kund.

Verksamhetsråd

Vid Carlanderska Sjukhuset finns ett verksamhetsråd där sjukhuschef samt verksamhetschefer från egna verksamheterna och samarbetspartners regelbundet träffas. Nyheter och förändringar inom verksamheterna, gemensamma utvecklingsfrågor och avvikelshantering är några punkter på agendan. Rådet syftar till en god samverkan och ett gemensamt ansvarstagande för utveckling av kvalitet och patientsäkerhet inom och mellan vårdgivare inom hela sjukhuset.

Samverkansavtal

Samverkan inom sjukhuset regleras genom samverkansavtal, vilka under året har reviderats utifrån intentionen att tydliggöra vårdgivaransvaret samt öka fokus på kvalitet och patientsäkerhet. Avtalsuppföljning sker med respektive samarbetspartner, varvid avvikelser och eventuella Lex Maria-anmälningar och åtgärder utifrån dessa diskuteras, såväl samarbetspartnerns som gemensamma sådana.

Samverkan mellan chefläkare

I samband med offentliga vårdavtal finns ett samarbete mellan chefläkare på Carlanderska Sjukhuset och chefläkare på Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU), där rutiner och uppkomna avvikelser diskuteras.

Samordnad individuell plan, SIP

Vårdcentralen deltar dagligen i möten med sjukhusen och vid behov kommunen avseende uppföljning och upprättande av samordnade vårdplaner för vårdcentralens patienter.

Samverkan med kommunen

Hemsjukvårdsansvarig läkare rondar varje vecka samt har telefontider varje vecka. Läkare på vårdcentralen rondar äldreboende och korttidsboende dagligen under veckorna. Samverkan sker med mobila resursteam och palliativa resursteam. Avstämningsmöten hålls ca två gånger/år med rondande läkare, rondande sköterskor och enhetschefer på boendena samt verksamhetschef på vårdcentralen.

ST-läkare på vårdcentralen håller, som del i ett förbättringsarbete, föreläsningar för sköterskor inom hemsjukvården och särskilda boenden om till exempel UVI och bensår.

Informationssäkerhet

Carlanderska sjukhuset arbetar aktivt med informationssäkerhet. Övergripande finns en säkerhetspolicy till vilken riktlinjer avseende informationssäkerhet med kompletterande rutiner är kopplade.

Åtgärder inom området är av olika karaktär:

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 våra data.

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

Säkerhetskopiering (och kryptering) av vår data sker dagligen. Utöver detta görs även olika typer av årsbackuper för att minimera risken för dataförlust, vid ett eventuellt återskapningsbehov.

Journalssystemet som används, Webdoc, är CE-godkänt och har, utifrån behörighetstilldelning, möjlighet till intern spärr. På röntgen används Sectras RIS/PACS. Systemet Orbit används även på sjukhuset. Loggkontroller utförs i dessa system enligt rutin dels slumpmässigt, dels månadsvis i respektive system samt riktade kontroller i händelse av misstanke eller på begäran.

Händelser med dataintrång utreds noggrant och leder oftast till såväl skriftlig erinran som polisanmälan.

Strålskydd

Se bilaga nr 1 för Strålskyddsbokslut.

Verksamhetsspecifika aktiviteter Operation

Operation och röntgen har genomfört gemensamma strålsäkerhetsmöten.

Ny C-båge har införskaffats under året och utbildning av personalen i praktiskt strålskyddsarbete har genomförts på avsatt kompetenstid. SU strålskydd har varit på enheten och varit med under galloperationer för att säkerställa rätt inställning av C-bågen.

En god säkerhetskultur

En god säkerhetskultur består av flera komponenter, där alla är medvetna och vaksamma på de risker som kan uppstå och aktivt tar ansvar för att minimera dessa. Förutsättningar för att kunna agera och ta ansvar är bland annat väl fungerande teamwork, öppen kommunikation och psykologisk säkerhet. En god arbetsmiljö skapar förutsättning för en säker vård.



Värdegrundsarbete

Carlanderska bedriver ett aktivt arbete för att uppnå en god arbetsmiljö och säkerhetskultur. Under 2022 har ett värdegrundsarbete påbörjats, utifrån frågan "vem är vi till för" och att "vi är varandras arbetsmiljö". Arbetet påbörjades i ledningsgruppen under sensvåren och fortsatte i verksamheterna under hösten.

Händelseanalyser

Under året har en tydligare organisering av stöd till chefer vid behov av händelseanalyser tillskapats, i syfte att öka organisationens förmåga att såväl analysera som åtgärda och förebygga allvarliga händelser. En central och två lokala analysledare har utsetts och systemstödet Nitha har införts genom samarbete med Västra Götalandsregionen, såväl för analys som Nitha kunskapsbank. Analysledare samt chefläkare har utbildats i metodiken under hösten. Att utreda och återföra allvarliga händelser är en viktig del i lärande men även en central del i patientsäkerhetskulturen.

Aktivt avvikelsearbete

Att uppmuntra till att rapportera avvikelser och pågående dialog om avvikelser är en del i vardagen i verksamheterna och återkoppling sker på APT. Att våga göra sin röst hörd är en grundläggande säkerhetsfråga.

Uppföljning och dialog

Medarbetarenkät genomförs årligen och HME (Hållbart Medarbetar Engagemang) 2022 var 83 (jämfört med 83 år 2021 och 76 år 2020) med en svarsfrekvens om 80 % (mot 77 % 2021 och 75 % år 2020). Hållbart Säkerhets Engagemang (HSE) index var 84 (jämfört med 79 år 2021). Enkäterna genomförs samtidigt för att understryka sambandet mellan arbetsmiljö och säkerhet. Resultatet för HME samt HSE ger underlag för dialog inom varje verksamhet och en aktivitetsplan tas fram gemensamt med medarbetarna på ett APT. Mätningen genomfördes i slutet på året varför analys och förslag till eventuella övergripande åtgärder för att bibehålla och förbättra resultat kommer att tas fram 2023.

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.



Kompetensförsörjning

Utifrån målsättning att kunna attrahera och behålla den kompetens som behövs har under 2022 en översyn av förmånserbjudandet resulterande i bland annat att friskvårdstimme införts i flera verksamheter samt att samtliga fastanställda medarbetare från 230101 kommer att erbjudas sjukförsäkring som del av sina förmåner.

Kompetensutveckling och fortbildning

För att bibehålla och utveckla yrkeskompetensen avsätts i budgetprocessen särskilda medel för vidareutbildning utifrån verksamhetens behov. Vad som ska genomföras beslutas och följs upp i de årliga medarbetarsamtalen. Under 2022 har ett arbete påbörjats med att ta fram verksamhets-, yrkes- och avtalspecifika kompetensmatriser. Utifrån dessa tillgängliggörs möjlighet till kompetensutveckling för medarbetare via intranätet. För att säkerställa rätt kompetens för arbetsuppgifterna har varje medarbetare en kompetensmatris i HRM-systemet genom vilken chef och medarbetare kan följa utvecklingen. För regelbundet återkommande utbildningar, skickas påminnelse via HRM-systemet.

Carlanderskas kunskaps- och kompetensmatris är indelad i två nivåer:

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

Nedan sammanfattas de viktigaste aktiviteterna för respektive nivå 2022:

Exempel på övergripande aktiviteter:

Alla medarbetare genomför årligen utbildning inom

- Brand
- HLR
- Hygienkörtkort avseende basala hygienrutiner och klädregler
- Gas

Alla nyanställda genomgår en introduktion omfattande verksamhetskunskaper, informationssäkerhet, information avseende ledningssystem, avvikelshantering, kvalitet och miljö samt information om offentlighet och sekretess.

Exempel på verksamhetsspecifika aktiviteter (utöver de övergripande) 2022:

Medicinkliniken

- Ett flertal rutiner har arbetats fram och införts under året för att säkerställa standardiserade arbetssätt inom kliniken, exempelvis för genomförande av hälsoundersökningar, genomförande av hudscreening vid desamma och för vaccinationsverksamheten övergripande.
- En modell för teamarbete och sjuksköterskemottagningar för omhändertagande av patienter med kroniska sjukdomar har tagits fram, initialt för hypertoni och endokrinmottagning.
- Införande av uppföljning med kvalitetsindikatorer för kliniska flöden inom luftvägar, hypertoni, hjärtsvikt, reumatologi och diabetes.

Forskningsenheten

- Anställt ny BMA med utökad kompetens och ökad spirometrikunskap.
- Kardiolog som disputerat under 2022.

Kirurg- och ortopedkliniken

- Ökat utbildning i digitala arbetssätt för att frigöra mer tid till patientnära arbete.
- Utbildning och uppföljning av resultat från kvalitetsregister.
- Flertalet av personalen har deltagit i externa branschspecifika utbildningar.

Operation

- Ökad tillgänglighet till kompetensutveckling genom inspelade föreläsningar samt utbildningsfilmer.
- Införande av Kvalitetsregistret SPOR, med utbildningsinsatser/uppföljning inom området.
- Externa utbildningar för samtliga yrkeskategorier på enheten.
- Utbildning för läkare i Orbit för fullständiga operationsanmälningar.
- Förbättrade och förnyade metodkort, även kompletterade med bilder, minskar risk för felupptäckningar samt ökar patientsäkerheten.

Röntgen

- Fördjupningsutbildning inom Datortomografi, MR respektive konventionell radiologi för respektive ansvarig röntgensjuksköterska.
- Påbyggnadsutbildning för ansvarig röntgensjuksköterska inom MR-säkerhet.
- Utbildning för alla MR röntgensjuksköterskor inom den nya tekniken inom MR – Air Recon.
- Utbildning för all personal i journalsystemet Sectra för optimerat arbetssätt.
- Föreläsning inom muskuloskeletal röntgen för all personal.
- Utbildning för undersköterskor – undersköterskans roll inom vården.
- Ledarskap för sjuksköterskor – ny som ledare.
- Påbyggnadsutbildning för radiolog – MR nedre extremiteter.
- Utbildning för Radiolog inom provtagning för att höja kompetensen inom punktionstagning – samarbete med Sahlgrenska Universitetssjukhuset.
- Deltagande i studien ”Ryggstudie på friska patienter - MR” i samarbete med Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Göteborgs Universitet.
- Radiologer har månatligen internutbildning tillsammans med röntgensjuksköterskor och undersköterskor för att bibehålla och höja bildkvaliteten.

- Radiologer har månatliga möten med genomgång av svåra fall för gemensamt lärande och kompetensutveckling.

Vårdavdelningen

- Gemensamma utvecklingsdagar tillsammans med operation för att värna det goda samarbetet kring gemensamma patienter. Arbete i tvärprofessionella/tvärfunktionella grupper har under året gjorts såväl inom enhet som tillsammans med operation i samma syfte.
- Urologföreläsning kring urinretention för ökad kunskap och förståelse för aktuella riktlinjer och vikten av att förebygga urinretention.
- Urologföreläsning kring perkutan stenextraktion för ökad kunskap om ingreppet, då ingreppet blivit vanligare förekommande på sjukhuset.
- Två sjuksköterskor har utbildats till A-HLR instruktörer., vilket innebär att enheten blir självförsörjande gällande utbildning av personalen inom både S-HLR och A-HLR.

Vårdcentralen

- Utbildningar organiserade av regionala STRAMA kring antibiotikaanvändning.
- Läkare har deltagit på REK-dagen, vilken arrangeras av Läkemiddelskommittén i VGR för vårdgivare och innehåller intressanta föreläsningar kopplat till REKlistan 2023.
- Utbildningsluncher arrangeras månatligt i sköterske- och läkargruppen.
- Föreläsare från Hudkliniken på Sahlgrenska har bjudits in för att utbilda i handläggning av aktiniska keratoser och kryobehandling.
- Samtliga specialister som handleder ST-läkare går regelbundet på handledarutbildningsdagar.
- Under året har sköterskor erbjudits intern ordinationsutbildning avseende influensa- och pneumokockvaccination.

Patienten som medskapare

En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten bemöts med respekt, är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och vården utformas och genomförs i samråd med patienten.



Enkla kontaktvägar

Under 2022 har ett arbete med att utveckla hemsidan utifrån ett tydligare patient- och kundperspektiv påbörjats. Kontaktuppgifter till respektive verksamhet finns på hemsidan, samt till sjukhusets vårdcoach. Det finns även information om hur patient och närstående kan lämna synpunkter, förbättringsförslag eller klagomål. Här lämnas även information om patientnämnden, IVO, LÖF samt läkemedelsförsäkringen.

Skriftlig information

Inför operation, viss undersökning/behandling och röntgenundersökning får patienterna skriftlig information i kallelsen samt i vissa fall frågeformulär att fylla i samt kontaktuppgifter så att det är lätt att komma i kontakt med mottagningen. Under året har flera verksamheter uppdaterat sina kallelser för såväl bättre patientinformation som för bättre arbetsflöden.

Verksamheterna erbjuder även skriftlig information/broschyrer om olika tillstånd och sjukdomar, för att du som patient ska vara väl informerad om din sjukdom. Under året har denna information såväl uppdaterats, utvecklats som utökats inom fler områden.

Anhörig och närstående välkomna

Anhörig/närstående välkomnas att delta i vården efter möjlighet, såväl på mottagningar som inför och efter operation. Exempelvis kan det vara bra att anhörig/närstående finns med vid utskrivningssamtal på vårdavdelningen. Under pandemin har denna möjlighet dock begränsats i viss utsträckning. På grund av positiva effekter för patienterna, som ökad vila och tid för återhämtning efter operation, har viss restriktivitet med besök har behållits på vårdavdelningen. Även förbättrad arbetsmiljö med mer tid för patientnära arbete har noterats. På mottagningar kan anhöriga återigen följa med.

1177

Vårdcentralen kan nås via 1177 Vårdguidens e-tjänster, äldretelefon med direktnummer och telefonrådgivning med TeleQ-system. Både läkare och sköterskor erbjuder hembesök vid behov. Under januari t.o.m. november inkom 12 697 ärenden via 1177, varav 2 897 gällande receptförnyelse. Motsvarande siffror för 2021 var 13 726 ärenden, varav 2 681 gällde receptförnyelse.

Via 1177/Journalen kan patienter på Medicinkliniken, Kirurg- och ortopedkliniken, Vårdcentralen och Rehab själv läsa sin journal och sina provsvar.

Vårdcentralen och Plattform 24

För en ökad tillgänglighet till Vårdcentralen har Plattform 24 införts under året. Genom denna kan patienten välja att förnya recept, boka om tider eller att chatta med sköterska, vilken alltid börjar med en triagering. Denna sker genom att patienten själv svarar på ett antal frågor.

Från starten 24/2 till och med 12/12 har 5 575 möten startats i chatten. Patienter i alla åldrar använder chatten. Antal startade möten per åldersgrupp framgår av bild 3.

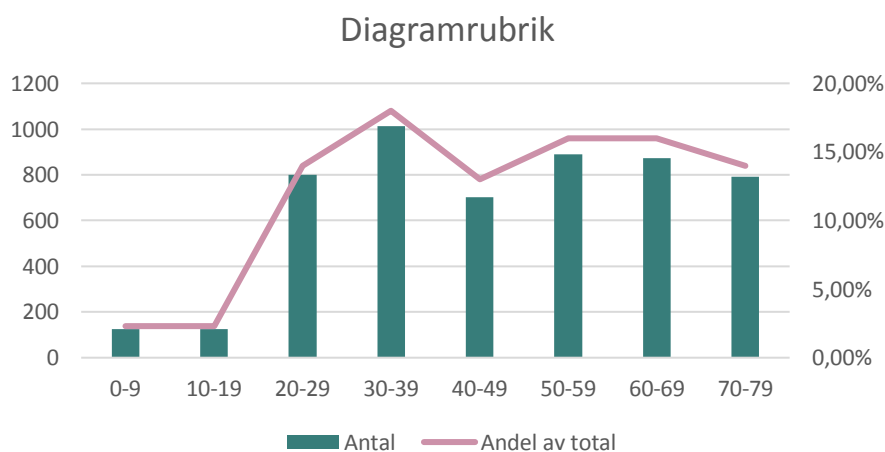


Bild 3: Diagram över antal och andel patienter per ålderskategori som använt chatten 2022.

Av de som chattar med vårdcentralen är 58 % kvinnor och 42 % män.

Egenvårdsråd rekommenderades till 492 patienter, varav 27 % var nöjda med egenvårdsrådet.

Medelbetyget från patienterna är 4,27 på en 5 gradig skala, dock utgjorde de betygsatta mötena endast 13 % av det totala antalet möten.

Tjänsten bedöms ha haft god effekt på tillgängligheten till vårdcentralen och en fortsatt utveckling och uppföljning av den kommer att ske under 2023.

Patientutbildning och samordning

Patienten utbildas och involveras i sin sjukdom och vård i det individuella patientmötet men även genom teamarbete mellan olika professioner på vårdcentralen. För patienter med kroniska sjukdomar bedrivs vid vårdcentralen patientutbildningar som exempelvis artrosskola, sömnskola och KOL-skola. 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.

Digital ortopedkonsult på vårdcentralen

Sedan november ingår vårdcentralen i ett pilotprojekt ”Digital ortopedkonsult”, innebärande att remiss till ortoped ersätts med ett trepartssamtal mellan patient, allmänläkare/fysioterapeut och ortoped. Syftet är att patienten ges tillfälle att ställa frågor och att allmänläkare/fysioterapeut och patient får samma information. Vidareremittering till ortoped bedöms kunna minskas, kunskap överförs till primärvården för fortsatt handläggning samtidigt som man inom ortopedin får en större inblick i primärvårdens utmaningar.

Patientföreträdare i Etikgruppen

Sedan 2017 har Carlanderska Sjukhuset en Etikgrupp som sammanträder 6-8 gånger per år. Etikgruppen behandlar etiska frågeställningar, men inte direkta verksamhetsfrågor. Gruppen arbetar på uppdrag av Carlanderska Sjukhusets styrelse och har en patientföreträdare som företräder patientens perspektiv i aktuella frågor.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

Öka kunskap om inträffade vårdskador

Har vården varit säker

Genom att identifiera, utreda samt mäta avvikelser ökar vår kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser, vilket ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.



Ändamålsenlig avvikelserapportering

Alla medarbetare uppmanas att rapportera avvikelser i avvikelssystemet, vilket görs elektroniskt via intranätet. Verksamhetschefen ansvarar för att avvikelser utreds, åtgärdas och avslutas och att återkoppling sker i verksamheten, ofta på APT eller i andra fora.

Avvikelsekategoriseras för att kunna få ut ändamålsenlig statistik, dock har möjligheten till detta samt systemets användbarhet identifierats som ett område som kan förbättras, varför en översyn av systemet initierats under hösten 2022, inför utveckling av detsamma.

Utredning av avvikelser och vårdskador

Samtliga avvikelser utreds utifrån händelsens beskaffenhet. Händelser som berör mer än en vårdgivare utreds i samverkan med berörd vårdgivare. Vid allvarliga vårdskador genomförs händelseanalys. Under 2022 har analysverktyget Nitha införts liksom rollen analysledare som stöd till chefer vid behov av händelseanalyser. Utbildning av analysledare har skett under november och december för uppstart av nya arbetssätt efter årsskiftet. Under 2022 har totalt 646 avvikelser rapporterats. 238 avvikelser har bedömts som potentiellt patientsäkerhetspåverkande. Antalet avvikelser minskade något jämfört med föregående år.

Minimera effekter av negativa händelser

Vid negativa händelser vidtas vid behov omedelbara åtgärder för att förhindra ytterligare skada.

Återkoppling sker såväl till patient som berörda medarbetare och vid behov kan uppföljning samt insatser som samtalsstöd eller annat vara aktuellt.

Mätning och information om inträffade vårdskador

Genom information om avvikelser och vårdskador fås en bild av vilken typ av avvikelser och vårdskador som är de vanligaste vid sjukhuset.

Information inhämtas genom:

- Avvikelseberättelser, avvikelshantering och händelseanalyser
- Inrapportering till och återkoppling från kvalitetsregister. Utfall beskrivs i separat kvalitetsbokslut.
- Patientenkäter
- Patientklagomål

Information om inträffade vårdskador sker i berörd verksamhet och lyfts i relevanta fora. Sjukhuschef, chefläkare och kvalitetschef får information om samtliga rapporterade avvikelser. Vid vårdskada informeras berörd patient och erbjuds möjlighet att ge sitt perspektiv vid eventuell händelseanalys.

Tillvaratagande av patienternas synpunkter

Patientens synpunkter tas som oftast tillvara direkt i verksamheterna. De fångas även upp genom patientenkäter samt genom att synpunkter kan lämnas genom formulär på hemsidan och hanteras genom systemet för avvikelshantering.

Identifierade riskområden

Utifrån ovanstående har riskområden identifierats, inom vilka upprepade avvikelser noterats. Identifierade områden är:

- Remissbevakning inom Vårdcentralen
- Remissflödet till röntgen
- ASA-klassificering inför operation

Utredning av bakomliggande orsaker och åtgärder utifrån det har initierats under hösten, där bland annat införande av e-remisser till röntgen samt digitala kallelser är planerade åtgärder.

Samlad analys

En samlad analys utifrån utfall av egenkontroller, kliniska resultat, klagomål och avvikelser samt övrig uppföljning ger vid handen att patientsäkerheten följs upp systematiskt, att vårdskada eller risk för vårdskada förefaller upptäckas tidigt genom aktiv avvikelshantering och genom kontroll även av aggregerade avvikelser identifieras och åtgärdas riskområden. Genom kvalitetsregister följs kliniska resultat och förbättringsområden kan identifieras, vilket redovisas för respektive kliniskt flöde, se Kvalitetsbokslut 2022. Generellt fångas dock endast en del av de avvikelser som inträffar i en verksamhet genom aktiv avvikelshantering, varför det är viktigt att fortsatt utveckla vår förmåga att identifiera risk för och inträffade vårdskador för ökad kunskap om hur vi kan göra vården ännu säkrare.

Tillförlitliga och säkra system och processer

Hur tillförlitliga är arbetsprocesser och system

På Carlanderska Sjukhuset bedrivs planerad vård med, även sett i ett nationellt perspektiv, stora volymer av relativt vanlig vård. Detta medger standardisering av arbetssätt och ständigt arbete för att förbättra processer och minska oönskad variation. Mycket förbättringsarbete sker fortlöpande i verksamheterna, även för att eliminera moment som upplevs som ”gnissel” i vardagen.



Ledningssystem

Vårt ledningssystem syftar till att säkerställa att vi arbetar systematiskt och utvecklande avseende såväl kvalitet som miljö och vi är ISO-certifierade i enlighet med ISO 9001:2015 samt 14001:2015. Ett systematiskt arbete med ständiga förbättringar syftar till att säkra tillförlitlighet och resultat i verksamhetens processer, där säkerhet är en dimension av flera. Ledningssystemet är integrerat med vårt intranät och är tillgängligt för våra medarbetare, både på arbetsplatsen och via molntjänst.

Vårdhandboken

Under året har inriktningsbeslut tagits att använda de nationella metoder och riktlinjer som anges i Vårdhandboken sjukhusövergripande och en successiv övergång sker i samband med översyn/uppdatering av befintliga rutiner. Komplettering med lokal anpassning görs utifrån behov.

Kvalitetsregister

Verksamheterna rapporterar till relevanta nationella kvalitetsregister och resultaten används för att utveckla verksamheten genom återkoppling av resultat samt att kunna identifiera oönskad variation och förbättringsmöjligheter. Under 2022 har ett arbete påbörjats utifrån målet om en god vård med hög patientsäkerhet och utfall bland topp tio bästa i relevanta kvalitetsregister. Övergripande indikatorer för ett flertal av de kliniska flödena har fastställts och resultat samt eventuella förbättringsarbeten per flöde beskrivs separat i Kvalitetsboksut 2022. Målet uppnås redan i ett flertal flöden och förekomst av exempelvis postoperativa infektioner och komplikationer ligger inom de kirurgiska flödena lägre än riket och följs via registren.

Medicintekniska produkter

Under 2022 har de nya direktiven för medicinteknik arbetats igenom och ansvarsfördelningen har tydliggjorts. Verksamhetschefen för respektive verksamhet/enhet ansvarar för enhetens medicintekniska apparatur, med undantag för gaser, för vilka Fastighetschefen ansvarar.

Revision för medicinska gaser 2022 är utförd. För medicinska gaser har ett utbyte av utrustning påbörjats under 2022, vilket förser gamla delen av sjukhuset med gas, för att följa samma standard som i nya delen av sjukhuset. Arbetet beräknas vara färdigställt till gasmötet 2023 (Q4).

Under Q1 2023 kommer en central förteckning över all utrustning att upprättas, till vilken samtliga enheter ska rapportera in sin utrustning.

För att säkra förebyggande och felavhjälpande underhåll samt att upprätthålla lagstadgade funktioner har Carlanderska sjukhuset ett avtal med Sahlgrenska Universitetssjukhuset inom medicinteknik.

Nationell patientenkät

Nationell Patientenkät undersöker återkommande patienternas upplevelser av vården. Ur denna kan viktiga dimensioner för säkra processer följas, exempelvis *information och kunskap* (med frågor t ex om patienten upplever sig få tillräcklig information om medicinering och eventuella biverkningar, varningssignaler att vara uppmärksam på) samt *kontinuitet och koordinering* (med frågor om patienten upplevt att personalen på vårdcentralen koordinerar patientens kontakter i vården i den utsträckning som behövs och om patienten fick träffa samma läkare). Båda dessa dimensioner upplevs bättre än riket för Vårdcentralen Carlanderska.

Vårdcentralen Carlanderskas resultat i Nationell Patientenkät Primärvård 2022 (jämfört med riket):

- Helhetsintryck 82,7 (79,3)
- Emotionellt stöd 78,4 (76)
- Delaktighet och involvering 82,1 (79,3)
- Respekt och bemötande 87,7 (84,9)
- Kontinuitet och koordinering 76,8 (71,2)
- Information och kunskap 77,5 (75,7)
- Tillgänglighet 77,6 (81,5)

Svarsfrekvens 51 % (42 %) 2022

Av 2021 års resultat framgår även att upplevd tillgänglighet ligger strax under riket, varför tillgängligheten identifierats som ett prioriterat förbättringsområde för 2022. Under året har Plattform 24 därför införts på vårdcentralen.

Användning av checklista för säker kirurgi

På operation tillämpas checklista för säker kirurgi. Checklistan finns i Orbit och registreras av narkospersonal vid 3 tillfällen per operation.

Basala hygienrutiner och klädregler

Basala hygienrutiner och klädregler mäts två gånger årligen i respektive verksamhet och hygienrund genomförs årligen. Resultaten återförs i respektive verksamhet och samtliga medarbetare genomgår årligen hygienkörtkort.

Olämpliga läkemedel hos äldre

Vårdcentralens listade patienter hämtar ut olämpliga läkemedel i lägre utsträckning än övriga vårdcentraler inom samma nämndområde samt i övriga Västra Götalandsregionen (VGR), se bild 4. Detta gäller såväl sömnmedel och lugnande medicin som psykofarmaka och långverkande bensodiazepiner.

Det finns förbättringspotential avseende förskrivning av NSAID-preparat till äldre över 75 år.

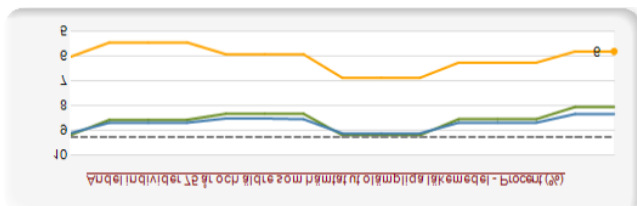


Bild 4: andel individer 75 år och äldre som hämtat ut olämpliga läkemedel, perioden 202110 – 202212.

Gul linje=Vårdcentralen Carlanderska, Grön=Göteborgs Hälso- och sjukvårdsnämnd, Blå= VGR

Källa: Hugin, databas för uppföljning av vårdcentraler, VGR.

Antibiotikaanvändning

Vårdcentralen ligger, jämfört med vårdcentraler i samma nämndområde (HSN Göteborg centrum), i mitten avseende total antibiotikaförskrivning. Diagnoskopplade data ur PrimärvårdsKvalitet visar att vårdcentralen har förbättringspotential avseende andel rinosinuit och paronykier som antibiotikabehandlas och andel positiva strep A-test av alla tagna strep A. Vårdcentralen ligger nära måluppfyllelse för akut bronkit och akut cystit hos män och ligger bra gällande Penicillin V till patienter med pneumoni. En positiv utveckling ses gällande aknebehandling, med ökad följsamhet till riktlinjer samt andel lymecyklin i antibiotikaprofilen vilken nu ligger som genomsnittet.

Säker vård här och nu

Är vården säker idag

En säker vård här och nu kräver att verksamheten har förmåga att förutse variationer och hantera risker och inträffade störningar som kan försämra patientsäkerheten i den pågående verksamheten.



Personal – säker bemanning

Vid rekrytering av personal genomförs kontroller via IVO och Socialstyrelsen och kopior på intyg av utbildning och vid legitimerade yrken ska även legitimation lämnas in. Därefter sker årliga kontroller hos Socialstyrelsen att legitimationen fortfarande är gällande. Samma krav ställs på inhyrd personal via bemanningsavtal.

Inhyrd personal

Sjukhuset strävar efter att minska beroende av bemanningsavtal och senaste året har omfattningen av inhyrd personal varit låg. Exempelvis har vårdavdelningen arbetat aktivt för att öka grundbemanning samt antal timanställda, vilket resulterat i att man sedan början av 2021 inte behövt hyra in bemanningspersonal. Även bemanningen på medicinkliniken samt kirurg- och ortopedkliniken har inneburit färre inhyrda läkare med ökad tillgänglighet till verksamheten.

Rätt kompetens

Under avsnittet kompetensförsörjning/kompetensutveckling beskrivs arbetet med att säkra kompetens på ett mer utförligt sätt.

Friskvårdstid

Under 2021 påbörjades projekt friskvård på operation, innebärande viss arbetstidsförkortning, förändrad schemaläggning för optimerad och jämnare belastning kombinerat med att alla medarbetare fått viss friskvårdstid att disponera. Utvärdering visade minskad övertid, bibehållen produktion och medarbetarna upplevde ökad tillfredsställelse och bättre ork.

På vårdavdelningen infördes friskvårdstid i februari 2022. Utvärdering via enkät visade bland annat upplevelse av ökad fysisk aktivitet, bättre balans mellan arbete och fritid och mer ork på arbetet.

Röntgen införde friskvårdstid i maj 2022 vilket fungerar väl. Utvärdering om det har fungerat optimalt schemamässigt planeras till vecka 1 2023.

Pandemi

Under 2022 bedömdes Covid-19 inte längre vara en samhällsfarlig eller allmänfarlig sjukdom, varvid en del begränsningar togs bort, medan en del bibehölls. Kvar är framförallt kravet på skydd i patientnära arbete och även plexiglasbarriärer bibehölls. Sjukfrånvaron har varit högre än tidigare år. Bemanningsläget har trots detta generellt varit gott, medan vissa dagar varit mer kritiska. Respektive verksamhetschef har ansvarat för planering och genomförande av verksamheten. Med god planering från sjukhusets verksamhetschefer och enhetschefer och med hjälp av vikarier vid behov har tillgängligheten generellt klarats bra. Personalen har erbjudits och uppmuntrats till vaccination.

Vårdcentralen har samordnat Covid-, influensa- och pneumokockvaccinationer av vårdcentralens listade invånare.

Balansera beläggning på vårdavdelningen

Antalet patienter som opereras är relativt konstant, medan andelen slutenvård/dagkirurgi varierar över tid. Genom flexibla vårdplatser och flexibel personal kan slutenvårdsplatser även användas som postoperativa platser. Utifrån program och beläggning omfördelas personal efter behov mellan enheterna, varvid beläggning och arbetsbelastning kan balanseras.

Leverans av produkter och läkemedel

Under 2022 har restsituationer gällande läkemedel och problem med leveranser av produkter utgjort en tilltagande utmaning. På medicinkliniken har restanmälda läkemedel till patient noterats, exempelvis insulin, kortison och Glp-1, innebärande behov av att hitta utbytbara preparat. På kirurg- och ortopedkliniken och operation mest påverkats gällande produkter och personal har fått avsätta mycket tid med till uppsökande av nya leverantörer. Några operationer eller behandlingar har dock inte ställts in med anledning av detta.

Elavbrott

Under 2022 har det inte förekommit några elavbrott.

Störning i vattentillförsel

Under 2022 har det inte förekommit någon störning i vattentillförseln.

Facility management

I juni 2022 övertogs Facility Management i egen regi, innebärande att all lokalvård, fastighetsskötsel och vårdnära städ/lokalvård sköts av egen personal. Förändringen genomfördes huvudsakligen för att kunna höja kvaliteten på utförandet. Under 2022/2023 kommer samtliga lokalvårdare genomgå utbildning i städkvalitet INSTA 800 för att säkerställa städning med hög kvalitet, på ett likartat sätt och med en enhetlig standard för uppföljning. Fastighetsdrift i egen regi ger större möjligheter till kompetensförsörjning i kritiska system samt bättre möjligheter till att införa beredskap och liknande system om behovet skulle uppstå. Övertagandet har fungerat väl.

Riskhantering

Risکانالyser

Inför förändringar som exempelvis införande av nya metoder eller organisationsförändringar genomförs fortlöpande riskanalyser där risker identifieras, sannolikhet och konsekvens bedöms samt åtgärder för att minska risken identifieras. Av riskanalysen framgår också ansvarig för åtgärder och tid när åtgärd ska vara genomförd, vilket sedan följs upp.

Avvikelsehantering

Risk för vårdskada identifieras och hanteras även genom avvikelsehanteringssystemet. Genom kvartalsvisa sammanställningar över risker kan trender noteras eller upprepade risker av likartat slag, i vilket fall aggregerade analyser kan göras.

Ett område som identifierats är bristande ASA-klassificering inför operation, innebärande merarbete på operationsdagen, risk för uppskjuten operation, samt utgör även en patientsäkerhetsrisk. Åtgärder har vidtagits genom utbildning, information och skärpta rutiner.

Avvikelsehantering tas upp på APT samt i relevanta fora för gemensamt lärande.

Sammantaget finns goda förutsättningar att systematiskt fånga upp och hantera risker inom verksamheten samt sprida lärdomar inom organisationen. En fortsatt utveckling av förmågan att tidigt identifiera risker och eliminera/minimera dessa är viktigt.

Stärka analys, lärande och utveckling

Förbättra system och arbetssätt utifrån tillgänglig information

Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvården. Ett flertal olika datakällor används för att få en bred bild av kvalitet och patientsäkerhet i verksamheterna.



Exempel på datakällor som används:

- Nationella kvalitetsregister
- Patientnöjdhetenkät
- Nationell Patientenkät Primärvård
- Punktprevalensmätning basala hygienrutiner och klädregler
- Avvikelser
- Klagomål och synpunkter
- Medarbetarundersökning hållbart medarbetarengagemang (HME)
- Medarbetarundersökning hållbart patientsäkerhetsengagemang (HSE)

Kunskap om förbättrings- och implementeringsarbete

Som stöd i verksamhetsutveckling har bland annat en verktygslåda med metoder och verktyg för processkartläggning och förbättringsarbete tagits fram. Dessa tillsammans med en webbutbildning som introduktion till kvalitetsdriven verksamhetsutveckling (framtagen av VGR) har tillgängliggjorts för alla medarbetare. Kvalitetsgruppen som leds av kvalitetschefen utbildas successivt i dessa. För ökat stöd i analys av data har en medarbetare i staben under året gått en 7,5 poängs utbildning i faktadrivna verksamhetsutveckling i sjukvård vid Centre for Healthcare Improvement, vid Chalmers.

Lex Maria

Under 2022 har en händelse anmälts enligt Lex Maria. Händelseanalysen har lett till förändrad organisation avseende låneinstrument till operation.

Avvikelser

I systemet för avvikelserapportering hanteras såväl förbättringsförslag, synpunkter som avvikelser. Alla medarbetare ansvarar för att rapportera in ärenden. Verksamhetschefen ansvarar för hantering av ärenden inom enheten och att återkoppling sker till berörda, exempelvis på APT och i andra relevanta fora. Arbetet med avvikelshantering är aktivt inom enheterna och under 2022 noteras en fortsatt god rapportering av avvikelser.

Kategori	2019	2020	2021	2022
	Antal	Antal	Antal	Antal
Arbetsmiljö/tillbud	38	29	31	41
Synpunkter	23	64	65	53
Organisation	68	52	38	91
Utrustning	51	52	69	53
Miljö	9	6	11	6
Omvårdnad/behandling	313	257	439	387
Okategoriserat	8	10	17	5
Totalt	510	470	670	636
Varav patientsäkerhetspåverkande	229	148	231	238
Varav Lex Maria/IVO-ärenden	6	12	4	1

Tabell ovan; Avvikelserapportering vid Carlanderska Sjukhuset under 2019-2022, indelat per kategori.

Liksom tidigare år faller cirka 60 % av rapporterade avvikelser inom kategorin omvårdnad/behandling. Majoriteten av avvikelser har bedömts som mindre allvarliga. En dryg tredjedel av avvikelserna har bedömts kunna påverka eller har påverkat patientsäkerheten. Totalt nio procent av avvikelserna har både bedömts kunna påverka/har påverkat patientsäkerheten och bedömts som allvarliga. Ett ärende har bedömts vara ett Lex Maria ärende och har rapporterats till IVO.

Drygt 30 % av avvikelserna inom omvårdnad/behandling hör till underkategorin journaler/remisser/kallelser, vilket identifierats under året i form av upprepade avvikelser inom några områden, där samlade analyser har gjorts. Åtgärder har vidtagits, exempelvis inom remissbevakning och remisshantering, där såväl systemstöd som förändrade arbetssätt implementeras och e-remisser till röntgen är under införande, med start på medicinkliniken.

Avvikelser som berör flera vårdgivare hanteras i samverkan med samarbetspartners eller andra externa parter, exempelvis har avvikelser i flödet kring provsvar lett till förbättrade arbetssätt mellan Medicinkliniken och Unilabs.

Klagomål och synpunkter

Under 2022 inkom 53 synpunkter/klagomål i avvikelshanteringssystemet. Cirka 60 % av dessa inkom via mail på därför avsedd blankett, vilken finns att hämta på sjukhusets hemsida.

Ett ärende inkom via patientnämnden.

Inkomna synpunkter/klagomål tilldelas berörd verksamhet där de hanteras vidare och återkoppling ges till den som framfört dem. Inkomna synpunkter är en viktig källa till att identifiera förbättringsmöjligheter.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Kommer ni att arbeta patientsäkert i framtiden

Hälso- och sjukvården behöver vara flexibel och fungera även under förändrade förhållanden, något som ställts på prov under pågående pandemin med behov av snabb anpassning till nya förhållanden. Verksamheten vid Carlanderska Sjukhuset har ställt om utifrån övergripande och prioriterade behov inom Västra

Götalandsregionen under pandemin, exempelvis genom Covid-vaccinering och genom att tillgängliggöra operationsutrymme för Sahlgrenska Universitetssjukhuset som därigenom kunnat utföra medicinskt prioriterade operationer. Ett aktivt arbete med att försöka bibehålla verksamheten och samtidigt skydda patienter och personal mot smittspridning har varit viktigt.

Vården vid Carlanderska Sjukhuset är huvudsakligen planerad, vilket ger goda möjligheter till att planera och utbilda för nya metoder, ingrepp och liknande. Verksamheterna arbetar aktivt med fortbildning och kompetensutveckling inom relevanta områden, exempelvis ny utrustning och teknik.

En ökad beredskap kan handla om ledning, resurser och arbetsmetodik i situationer med ökad belastning. På sjukhuset genomförs regelbundet brandövningar och alla medarbetare tränas årligen i HLR.



MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Övergripande strategi för Carlanderska 2027 ligger kvar, med handlingsplan för 2023. Målet om god vård med hög patientsäkerhet är oförändrat, med ambitionen att vara bland de bästa på det vi gör. Ett fortsatt arbete med uppföljning av kliniska flöden genom kvalitetsregister och identifiering av förbättringsområden är viktigt, samtidigt med en förbättrad uppföljning av den patientupplevda kvaliteten. Under 2023 kommer kontinuerlig uppföljning av även den patientupplevda kvaliteten införas..

En översyn av avvikelshanteringssystemet för bättre utdata och funktionalitet planeras och ett ökat stöd för genomförande av händelseanalyser med analysledare är igång från årsskiftet. Parallellt med utveckling av infrastruktur för uppföljning och analys behöver vi tillsammans fortsatt utveckla kultur och gemensamt lärande, vilka behöver gå hand i hand för en god och säker vård.

Bilaga 1. Strålskyddsbokslut 2022

Inledning

På röntgenavdelningen utförs undersökningar inom konventionell röntgen, datortomografi, magnetisk resonanstomografi och ultraljud. Under 2022 gjordes totalt 25 433 diagnostiska undersökningar varav 14 437 innefattar joniserande strålning (Datortomografi och konventionell röntgen). Inom operation har 942 ingrepp med genomlysning utförts.

Strålskyddsbokslut

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

Aktiviteter under 2022

Röntgen

Två gånger per termin har röntgen 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 2022 har sedvanliga strålskyddskontroller genomförts av sjukhusfysiker liksom periodvisa kontroller på röntgenutrustning av extern servicepersonal från leverantör.

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, ny metod alternativt ny utrustning alternativt minst vart tredje år.

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

Under 2022 har all personal inom Röntgen genomgått teoretisk strålsäkerhetsutbildning. Enligt SSM:s riktlinjer krävs denna utbildning var 3:e år, planeras hösten 2023. Utbildningens innehåll ansvarar vår StråLf för (Strålningsfysikalisk ledningsfunktion).

Årlig genomgång av strålsäkerheten är utförd 2023-01-11 och inskickad till strålsäkerhetsstrateg Charlotta Lundh samma dag. Vid ledningens genomgång är vår bedömning är att vi har ett väl fungerande strålsäkerhetsarbete.

Operation

Under 2022 har sedvanliga strålskyddskontroller av C-bågeutrustning genomförts av sjukhusfysiker liksom periodvisa kontroller på C-bågeutrustning av extern servicepersonal från leverantör.

Alla DAP-värden på alla undersökningar med strålning registreras och sparas i Orbit.

Under 2022 har personalen på operation genomgått praktisk och digital/teoretisk strålsäkerhetsutbildning samt riktad C-båge utbildning. Enligt SSM:s riktlinjer krävs denna utbildning var 3:e år.

Dosoptimering har genomförts på urologiska ingrepp och en ny rutin är framtagen.

Årlig genomgång av strålsäkerheten är utförd 2023-01-19. Skickas till strålsäkerhetsstrateg Charlotta Lundh i februari 2023. Vid ledningens genomgång är vår bedömning är att vi har ett väl fungerande strålsäkerhetsarbete.

Avvikelser

Strålningsrelaterade avvikelser har anmälts i Carlanderska sjukhusets avvikelssystem ServiceDesk. Under 2022 registrerades åtta strålningsrelaterande avvikelser. Dessa har tagits upp med berörd personal och på APT.