

# Patientsäkerhetsberättelse för Stiftelsen Carlanderska Sjukhuset 2023



240131

Karin Möller, kvalitetschef, chefläkare  
Diarienummer : 2024-00005

## 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 2023, 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.....	14
Öka kunskap om inträffade vårdskador.....	14
Tillförlitliga och säkra system och processer.....	15
Säker vård här och nu.....	18
Riskhantering.....	19
Stärka analys, lärande och utveckling.....	20
Avvikelse.....	21
Klagomål och synpunkter.....	22
Öka riskmedvetenhet och beredskap.....	22
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR.....	
Bilaga 1. Strålskyddsbokslut.....	24

# SAMMANFATTNING

## Det gångna året

Utifrån strategin ”Carlanderska 2027” (då sjukhuset även fyller 100 år) tas årliga handlingsplaner fram. Inom området kvalitet är målet att Carlanderska 2027 skall ligga i topp i kvalitet – såväl medicinsk som patientupplevd. Handlingsplanen för 2023 har sedan brutits ned i respektive verksamhet till lokala mål och aktivitetsplaner, vilka har följts upp regelbundet under året.

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.

Arbetet att följa upp våra större kliniska flöden genom kvalitetsregister har fortsatt, med uppföljning av utfall och att identifiera eventuella behov av förbättringar.

Kontinuerlig mätning av patientupplevelse har införts från maj månad, genom enkätutskick med sms eller QR-kod efter varje besök eller vistelse. Enkäten som vi kallar ”TYCK om oss” ger även patienten möjlighet att ge oss beröm eller förbättringsförslag. Generellt visar enkäterna mycket nöjda patienter, våra verksamheter har fått mycket beröm och ett flertal förbättringsförslag i smått och stort har genomförts utifrån inkomna förslag.

Kliniska resultat redovisas i ett separat framtaget kvalitetsbokslut för Carlanderska sjukhuset, vilket kompletterar patientsäkerhetsberättelsen i en transparent redovisning av våra resultat och vår strävan att bli lite bättre dag för dag.

I januari sjuötsades en ny infrastruktur och organisering för stöd i genomförande av händelseanalyser, med tre analysledare med tillgång till Nitha som analysverktyg och kunskapsbank. Ett antal händelseanalyser har genomförts under året, vilka lett till såväl förbättrande åtgärder som organisatoriskt lärande.

En översyn av avvikelshanteringssystemet samt riktlinjer har påbörjats under hösten för bättre funktionalitet och ökad samsyn, med planerad implementering under Q1 2024.

## 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 togs en digitaliseringsstrategi tagits fram för sjukhuset för att tillvarata digitaliseringens möjligheter för verksamhetsutveckling. Under 2023 har prioriterade utvecklingsarbeten genomförts, vilka påverkar såväl effektivitet som patientsäkerhet, exempelvis genom införande av e-remsor till röntgen. Under 2024 kommer arbetet med uppföljning av kliniskt utfall genom kvalitetsregister fortsatt att utvecklas liksom kontinuerlig uppföljning av patientens upplevelse, med möjlighet att även fånga upp förbättringsförslag. Omvärldsfaktorer som ökad inflation, ökade driftskostnader samt ränteläget och pågående krig kommer fortsatt att påverka oss även under 2024.

# 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 2022 fattade styrelsen beslut om en strategi för var och vad Carlanderska ska vara 2027 för att fortsatt ligga i framkant och erbjuda högklassig vård. Strategin 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.

Under 2023 har en översyn av inköpsprocessen med utvärdering av möjliga inköpssystem påbörjats. Alternativa möjligheter till att möta behovet av expansion för såväl egna verksamheter som samarbetspartners har utretts, resulterande i styrelsebeslut om framtida expansion. Digitaliseringsstrategin har omsatts bland annat genom införande av e-remitter samt ett pilotarbete med robotisering, initialt inom ekonomifunktionen, för att sedan kunna vidareutvecklas inom flera verksamheter. Som en del i arbetsgivareerbjudandet har privat sjukförsäkring införts från årsskiftet för alla medarbetare.

## 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.

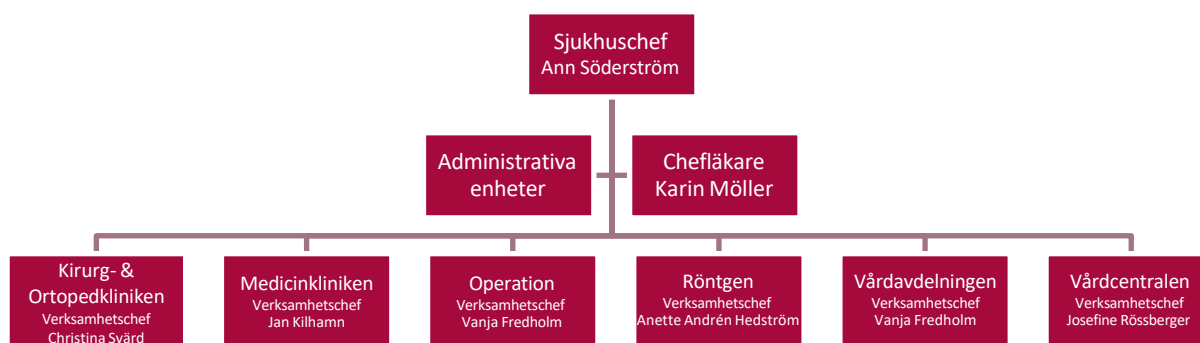


Bild 1: Övergripande organisation

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

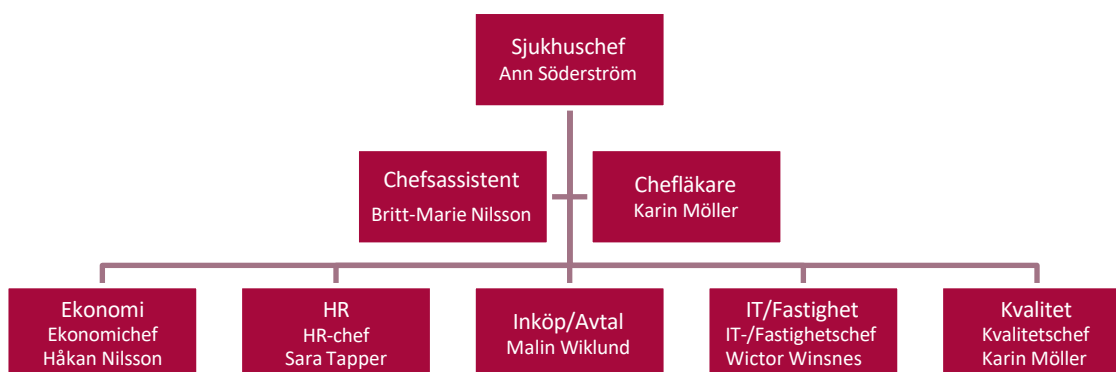


Bild 2: Administrativa enheter/funktioner

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, där bland annat kvalitet och patientsäkerhet tas upp. 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 vid behov. Chefläkaren ingår i chefläkarnätverken i såväl Västra Götalandsregionen som i Region Halland.

### **Samverkan med Vårdhygien**

Carlanderska sjukhuset samarbetar med och har tillgång till vårdhygienisk expertis genom Vårdhygien vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

### **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.

## **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 teamarbete, öppen kommunikation och s.k. psychological safety. En god och trygg arbetsmiljö skapar förutsättning för en säker vård.



## **Värdegrundsarbete**

Carlanderska bedriver ett aktivt arbete för att uppnå en god arbetsmiljö och säkerhetskultur. Under 2022 påbörjades ett värdegrundsarbete, utifrån frågan ”vem är vi till för” och att ”vi är varandras arbetsmiljö”. Arbetet har fortsatt i verksamheter och ledningsgrupp under 2023.

## **Händelseanalyser**

Under 2022 organiserades stöd till chefer vid behov av händelseanalyser genom utbildning av analysledare med tillgång till systemstödet Nitha. Organiseringen trädde i kraft från årsskiftet och ett antal händelseanalyser har genomförts under året. Analysledargruppen har även genomfört en workshop tillsammans med regional Nitha-strateg som ett led i att utveckla vårt arbete med händelseanalyser ytterligare. 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) 2023 var 84 (jämfört med 83 år 2022 och 2021). Hållbart Säkerhets Engagemang (HSE) index 2023 var 86 (jämfört med 84 respektive 79 år 2022 respektive 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. Som en del i att öka säkerhetsengagemanget återkopplas utfallet av händelseanalyser lokalt i verksamheterna, inom kvalitetsgruppen, inom medicinskt ledningsansvariga läkargruppen samt på ledningsgruppen.

## 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.



## Attraktiv arbetsgivare

För långsiktighet i arbete med bemanning och kompetens för god patientsäkerhet är det viktigt att vara en arbetsgivare som kan attrahera och behålla medarbetare. Utifrån målsättningen att kunna attrahera och behålla den kompetens som behövs resulterade föregående års översyn av förmånserbjudandet bland annat i att friskvårdstimme infördes i flera verksamheter. Från förste januari 2023 erbjuds samtliga fastanställda medarbetare 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. Utifrån verksamhets-, yrkes- och avtalsspecifika kompetensmatriser 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 2023:

## 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 verksamhetskänedom, informationssäkerhet, information avseende ledningssystem, avvikelshantering, kvalitet och miljö samt information om offentlighet och sekretess.

### **Exempel på verksamhetsspecifika aktiviteter (utöver de övergripande) 2023:**

#### **Medicinkliniken**

- Sjuksköterskor har utbildats avseende genomförande av spirometri, vilka kvalitetssäkrats.
- Sjuksköterskor med erfarenhet och inriktning mot diabetes, reumatologi och endokrinologi har anställts för att höja kvalitet och förenkla patientkontakt inom dessa områden.

#### **Forskningsenheten**

- Standard Operating Procedures finns tillgängliga i den mån sponsor inte har tillgång till eget system för kvalitetssäkring.

#### **Kirurg- och ortopedkliniken**

- Sjuksköterska utbildats till skoperande sköterska
- Kvalitetsregister används aktivt för uppföljning
- Medarbetare har tagit del av den webbaserade verksamhetsutvecklingsutbildningen
- Gemensamma utvecklingsdagar tillsammans med vårdavdelningen och operation, med föreläsningar och arbete i tvärprofessionella grupper.

#### **Operation**

- Gemensamma utvecklingsdagar tillsammans med vårdavdelningen och kirurg- och ortopedkliniken, med föreläsningar och arbete i tvärprofessionella grupper.
- Belyst WHO:s checklista extra under året. Tagit fram och satt upp nya tydligare tavlor på alla operationssalar. Strukturen har förenklats och förtydligats för att skapa en bättre följsamhet.
- Pilotprojekt kring 6-timmarsarbetsdag har påbörjats under 2023 och kommer att fortsätta under 2024.
- Arbetat med kompetensförsörjning, bredda kompetensen på operation. Fler har t.ex. lärt upp inom ortopedi.
- Rutiner kring narkotikakontroll har setts över och förbättrats.
- CFU mätning i uppdukningsrum och på samtliga operationssalar har utförts.
- Medarbetare har varit på flera externa utbildningar, tex inom ortopedi.
- KÄK utbildning, yrkesskicklig personal undervisar all övrig personal i ett visst arbetsmoment.

#### **Röntgen**

- Ökat antalet interna lunchföreläsningar av våra radiologer från 1 till 2-3 tillfällen/termin där innehållet är återkoppling på bilder, för ständig förbättring av vårt arbete med röntgenundersökningar.
- Utbildningsförmiddag ledd av modalitetsansvariga med innehåll: DT-hjärta, Ultraljud, Konventionell röntgen samt MR, som en fördjupning för kollegor.
- Ökat administrativ arbetstid för kvalitetsarbete. Vid behov tas vikarier in för att frikoppla ordinarie personal för att säkerställa den inplanerade tiden.

- 95 % av medarbetarna har genomgått webutbildningen ”Kvalitetsdriven verksamhetsutveckling för medarbetare”.
- Enhetschef samt Verksamhetskoordinator/Kvalitetsombud har gått 2-dagarsutbildningen i Kvalitetsdriven verksamhetsutveckling för chefer och ledare.
- Fördjupad utbildning av applikator från vår leverantör av vårt Bild och journalsystem. Detta för att kunna nyttja vårt system på bästa sätt för att optimera våra flöden.
- Fördjupad utbildning av applikator för modalitetsansvariga inom DT för att ytterligare optimera stråldoserna.
- Därutöver obligatoriska strålsäkerhetutbildningen som skall utföras var 3: e år för all personal.

### Vårdavdelningen

- Två medarbetare har utbildats till instruktörer i Barn-HLR.
- Föreläsning om kvalitetsdriven verksamhetsutveckling.
- Föreläsningar kring flera av våra operationsingrepp: endokrinkirurgi, höft- och knäproteser, kolecystektomier.
- Flera medarbetare var på den årliga dagkirurgiska konferensen.
- Workshop kring dokumentation i spor (svenskt perioperativt register) och orbit (operationsplaneringssystem).
- Gemensamma utvecklingsdagar tillsammans med operation och kirurg- och ortopedkliniken, med föreläsningar och arbete i tvärprofessionella grupper.

### Vårdcentralen

- Kallelse av alla kroniker årligen med väntelistor till fast läkarkontakt för att säkerställa högsta möjliga kontinuitet.
- Schemalagd kompetensutvärdering 4 ggr/år av alla ST-läkare på enheten.

### Rehab

- Under hösten 2023 har fysioterapeuter utbildats i att skriva röntgenremisser, en utbildning utformad på Carlanderska röntgen.

## 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 2023 har arbetet, vilket påbörjades 2022, med att utveckla hemsidan utifrån ett tydligare patient- och kundperspektiv fortsatt. 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 samt hur du som patient kan bidra till en säkrare vård. 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 och i vissa fall frågeformulär att fylla i, samt kontaktuppgifter för att lätt komma i kontakt med mottagningen.

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 flera 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.

## 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 tom november 2023 inkom 15311 ärenden via 1177, varav 3737 gällande receptförnyelse, vilket är en närmare 20%-ig respektive 30%-ig ökning jämfört med föregående år.

## Journal via nätet

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

## Vårdcentralen och Plattform 24

För en ökad tillgänglighet till Vårdcentralen infördes Plattform 24 under 2022 och har fortsatt utvecklas under 2023. Genom denna kan patienten välja att förnya recept, boka om tider eller att chatta med sköterska och läkare. Besöket i chatten börjar alltid med en triagering, vilken sker genom att patienten själv svarar på ett antal frågor. Från 1:e januari till och med 30:e november 2023 har 7155 möten startats i chatten. Patienterna är av alla åldrar, medan utvecklingen förefaller gå mot att det framförallt är kvinnor i 20-40 års ålder som använder chatten. Antal startade möten per åldersgrupp framgår av bild 3 och 4.

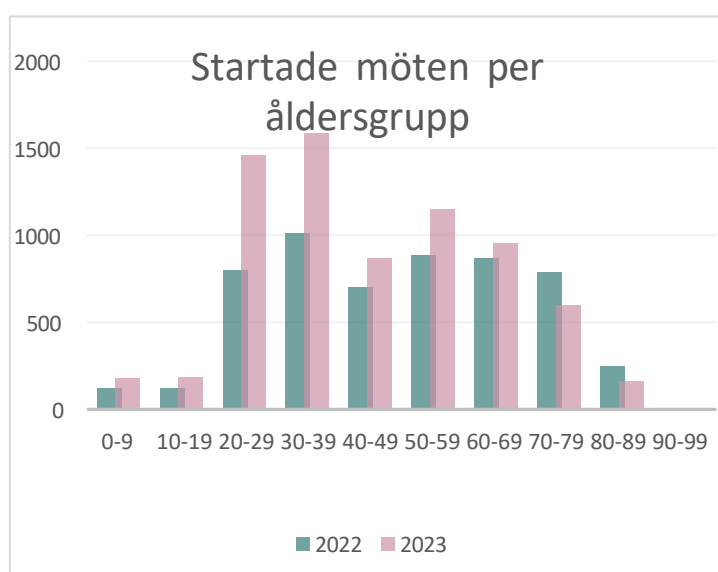


Bild 3: Diagram över antal patienter per ålderskategori som använt chatten 2023

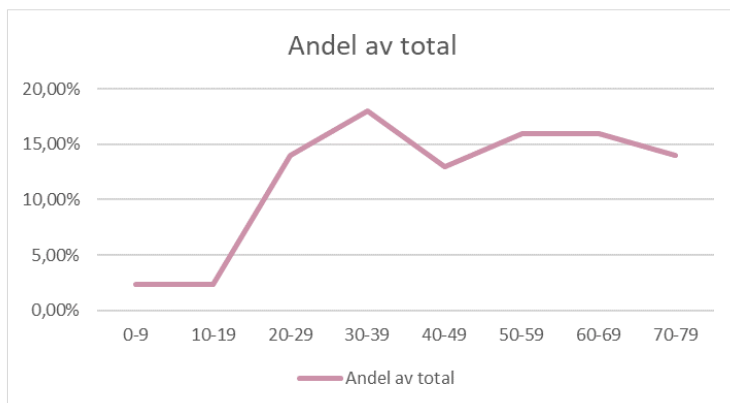


Bild 4: Diagram över andel patienter per ålderskategori som använt chatten 2023

Av de som chattar med vårdcentralen är 61 % kvinnor och 39 % män.

Egenvårdsråd rekommenderades till 347 patienter, varav 2 % var nöjda med egenvårdsrådet.

Medelbetyget från patienterna är 4,41 på en 5 gradig skala, dock utgjorde de betygsatta mötena endast 12 % av totalt antal möten.

### 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 vårdcentral och rehab 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 rehab

I November 2022 ingick vårdcentralen i ett pilotprojekt ”Digital ortopedkonsult”, innebärande att remiss till ortoped ersätts med ett trepartssamtal mellan patient, allmänläkare/fysioterapeut och ortoped. Syftet var att patienten ges tillfälle att ställa frågor och att allmänläkare/fysioterapeut och patient får samma information. Under 2024 kommer endast Carlanderska rehab delta då konceptet visat sig kunna medföra mer nytta för patienter på rehab, genom direkt remittering vidare från fysioterapeut till ortoped vid behov. Under hösten 2023 har även fysioterapeuter utbildats i att skriva röntgenremisser.

### Förbättringar utifrån förslag från våra patienter

Utifrån uppföljning av patienternas upplevelse genom enkäten ”Tyck om oss” (se även under avsnittet Tillförlitliga system och säkra processer) där våra patienter ges tillfälle att ge beröm och/eller förbättringsförslag har förbättringar i stort och smått genomförts i samtliga verksamheter. Det kan handla om exempelvis förbättrad patientinformation, ny färg och möbler i väntrummet, lugnare musik eller bättre logistik på mottagningen.

# 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 avvikelse rapportering

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.

För en ökad samsyn och för att kunna få ut mer ändamålsenlig statistik har såväl rutin för avvikelshantering och avvikelshanteringssystemet setts över under hösten 2023, med planerad implementering under Q1 2024.

### 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. Vid årsskiftet infördes stöd till verksamhetscheferna med tre analysledare som tillsammans med analysgrupper genomfört ett antal händelseanalyser under året. Åtgärder för att minimera risker utifrån bakomliggande orsaker har vidtagits såväl på enhets-, sjukhus- som systemnivå i samverkan med andra vårdgivare. Under 2023 har totalt 451 avvikelser rapporterats under tio månader, vilket motsvarar en årsvolym om cirka 540, vilket är i paritet med tidigare år. Data för samtliga årets månader går ej att få tillgång till i skrivande stund pga. inträffad störning i informationssystem, se sidan 19.

### 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:

- Avvikelse rapportering, 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. Sedan maj månad får patienter en enkät via sms eller QRkod efter besök/vistelse där patientupplevelsen mäts, men även beröm och

förbättringsförslag kan lämnas. De fångas även upp genom att synpunkter kan lämnas genom formulär på hemsidan och hanteras genom systemet för avvikelshantering.

### **Samlad analys**

En samlad analys utifrån utfall av egenkontroller, kliniska resultat, klagomål och avvikelser samt övrig uppföljning visar att patientsäkerheten följs upp systematiskt. Vårdskada eller risk för vårdskada förefaller upptäckas tidigt genom aktiv avvikelshantering och genom analys av aggregerade avvikelser identifieras och åtgärdas riskområden. Genom kvalitetsregister följs kliniska resultat och förbättringsområden kan identifieras, vilket redovisas för respektive kliniskt flöde, se Kvalitetsbokslut 2023. 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. Extern revision genomfördes i mars månad med gott resultat varefter certifikaten förlängdes och förnyades.

### **Vårdhandboken**

Carlanderska sjukhuset beslutade 2022 att använda de nationella metoder och riktlinjer som anges i Vårdhandboken sjukhusövergripande och en successiv övergång till dessa fortsätter i samband med översyn/uppdatering av befintliga rutiner. Komplettering med lokal anpassning görs utifrån behov.

### **Nationell patientöversikt, NPÖ**

Baserat på patientens samtycke ger NPÖ möjlighet att såväl dela journalanteckningar som ta del av journalanteckningar från andra vårdgivare. Detta kan för patienten innebära snabbare och mer korrekt vård och ökad patientsäkerhet.

### **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 påbörjades ett arbete 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 redovisas per flöde i ett separat Kvalitetsbokslut. 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**

Verksamhetschefen för respektive verksamhet/enhet ansvarar för enhetens medicintekniska apparatur, med undantag för gaser, för vilka Fastighetschefen ansvarar.

Revision för medicinska gaser 2023 är utförd, liksom farmaceutisk granskning av medicinsk gashantering där anläggningen sammanfattningsvis bedöms vara mycket välskött. 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 har färdigställts med godkänd besiktning under 2023.

En riskanalys/riskhanteringsprocess har utförts enligt SS EN ISO 14971:2020 avseende andningsoxygen, andningsluft, instrumentluft samt medicinsk koldioxid och en teknisk fil med dokumentation har tagits fram med hänsyn till MDR 2017/745. Arbetet har genomförts med tre workshops med relevant expertis och en EG-försäkran om överensstämmelse (EC/EEA declaration of conformity) har utfärdats för den egentillverkade centralgasanläggningen.

Under 2023 har en central förteckning över utrustning upprättats, 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 (SU) inom medicinteknik. Utrustning som hanteras via SU är inlagt i IT-stödet Medusa.

En sjukhusövergripande riktlinje för hantering av flytande nitrogen har tagits fram och implementerats under året, omfattande såväl Stiftelsens som samarbetspartners verksamheter.

### **Nationell patientenkät**

Data för Nationella patientenkäten primärvård 2023 har vid patientsäkerhetsberättelsens skrivande ännu inte publicerats (publiceras först i mitten av februari). För Vårdcentralen Carlanderska var svarsfrekvensen 51% (jämfört med 42% i riket) och samtliga dimensioner upplevdes bättre än riket 2022 (jämförelse med riket inom parantes):

- |                                |             |
|--------------------------------|-------------|
| • 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) |

### **”TYCK om oss ”**

I maj månad infördes fortlöpande mätning av patientupplevd kvalitet med enkätutskick via sms eller QR-kod efter besök/vistelse. Vi kallar enkäten för ”TYCK om oss” och dimensionerna som mäts är bemötande, tillgänglighet, information, delaktighet, vård/ behandling och inför hemkomst. Utöver dessa mäts övergripande nöjdhet samt Net Promotor Score, NPS, vilket är ett mått på benägenheten att rekommendera Carlanderska till någon annan. Patienterna ges även tillfälle att ge beröm och/eller förbättringsförslag. Utfallet följs veckovis och månadsvis och ger underlag för förbättringar i verksamheterna. Sedan mätstart har över 10000 patienter svarat på enkäten, med en övergripande



svarsfrekvens om 25 % och en patientnöjdhet om 95 %. Genomsnittet för NPS har under perioden legat på 79. I november genomfördes en workshop kring utfall, vidtagna förbättringsarbeten och gemensamt lärande.

### Användning av checklista för säker kirurgi

På operation tillämpas WHO:s 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 årligen i respektive verksamhet och hygienrond genomförs årligen. I år rapporterades mätresultaten in till nationella databasen för första gången och förbättringspotential noterades framför allt gällande desinfektion av händerna direkt före patientkontakt. Resultaten återförs i respektive verksamhet och samtliga medarbetare genomgår årligen hygienkörkort.

### 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 5. Detta gäller såväl sömnmedel, lugnande medicin som psykofarmaka och långverkande bensodiazepiner. Avseende förskrivning av NSAID-preparat till äldre över 75 år har detta förbättrats avsevärt jämfört med 2022, se bild 6.

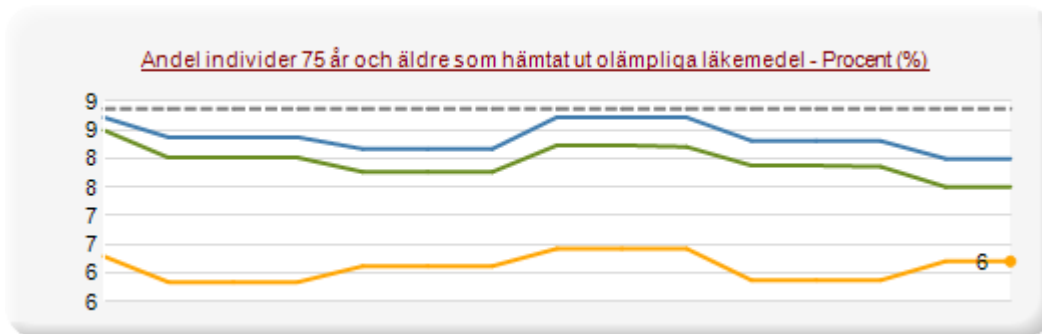


Bild 5: andel individer 75 år och äldre som hämtat ut olämpliga läkemedel, perioden 2022/10 – 2023/12

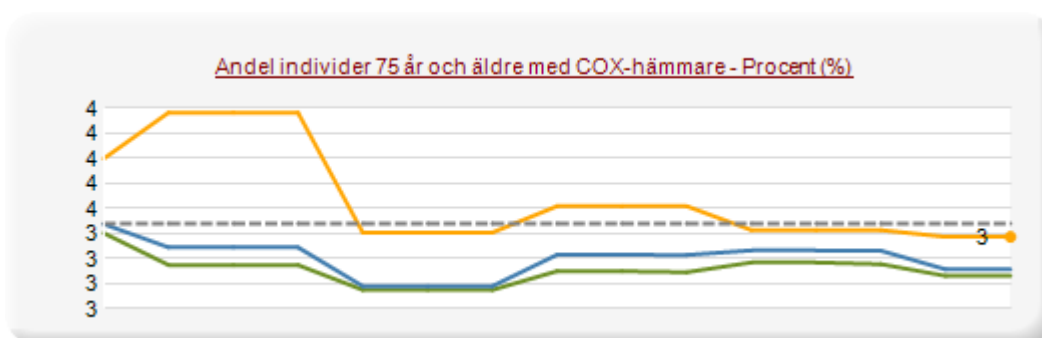


Bild 6: andel individer 75 år och äldre med COX-hämmare, perioden 2022/10 – 2023/12.

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 (Göteborgs Hälso- och sjukvårdsnämnd) och med VGR, under snittet avseende antalet varurader av antibiotika/100 listade individer. Diagnoskopplade data ur PrimärvårdsKvalitet visar att vårdcentralen har förbättrats avseende antibiotikabehandling vid diagnosticerad bronkit (Se även ”Utfall handlingsplan för ökad patientsäkerhet 2023”).

## 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.

### Rätt kompetens

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

### Friskvårdstid

Under 2021 samt 2022 har friskvårdstid införts på operation respektive vårdavdelningen. Utvärderingar har visat bland annat bibehållen produktion och ökad tillfredsställelse. Röntgen införde friskvårdstid i maj 2022 och det bedöms fungera mycket väl. Kirurg- och ortopedkliniken kommer att införa det våren 2024.

### 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 2023 har restsituationer gällande läkemedel och problem med leveranser av produkter fortsatt utgjort en utmaning. På medicinkliniken har restanmälda läkemedel till patient noterats, exempelvis insulin, kortison och Glp-1, innebärande behov av att hitta utbytbara preparat. Kirurg- och ortopedkliniken samt operation har påverkats mest gällande produkter och personal har fått avsätta mycket tid till uppsökande av nya leverantörer. Inga operationer har dock behövts ställas in pga. detta.

## **Störning i informationssystem**

Vecka 48 utsattes Stiftelsen Carlanderska Sjukhuset för en hackerattack, med effekten att delar av verksamhetens IT-system, dock inte journalsystemet, låstes ned så att data inte gick att komma åt och systemen inte gick att använda. Sjukhuset gick upp i stabsläge och expertis på aktuell typ av intrång var på plats timmar efter händelsen. Initialt prioriterades att fastställa omfattning och påverkan, samt förhindra vidare intrång/spridning av virus. Underliggande system och konton säkrades upp, varefter arbete med att återfå drift för de verksamheter som påverkats kunde påbörjas. Därefter kunde även arbete med att återläsa data prioriteras.

Parallellt med intensivt arbete för IT-avdelningen gick påverkade verksamheter över till manuella rutiner och verksamhet har kunnat genomföras som planerat till största del. Störst påverkan har attacken haft på röntgenavdelningen. Inflödet av nya remisser fick stoppas under årets sista veckor för att säkra en patientsäker vård där omhändertagande av redan undersökta och remitterade patienter prioriterades.

Inga data bedöms ha läckt ut eller förlorats. Servrar har låsts ned genom ett intelligent AI-virus som lyckats infiltrera och själv slå på offlineservrar och på så sätt infiltrerat även back-up-systemet till viss del. Även utvecklingsarbete som genomförts under året i olika system behöver göras om och arbete att återställa funktionalitet i alla delar efter attacken kommer att fortlöpa under lång tid.

En tidig lärdom är att såväl skydd mot intrång och back-up-system som kapacitet och förmåga att snabbt återställa drift är kritiska funktioner.

Sjukhuset har kunnat genomföra planerad hälso-och sjukvård på ett patientsäkert sätt till största del som planerat, med undantag för något större påverkan på röntgen. Detta har varit möjligt tack vare gott samarbete, lösningsorienterade och engagerade chefer och medarbetare och snabbt och professionellt stöd från extern expertis.

Stabsarbetet och hanteringen av händelsen kommer att utvärderas för lärande under 2024.

### **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. 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**

### **Riskanalyser**

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 avvikelshanteringssystemet. Genom kvartalsvisa sammanställningar över risker kan trender noteras eller upprepade risker av likartat slag, i vilket fall aggregerade analyser kan göras. Vid allvarigare händelser genomförs händelseanalyser.

## Identifierade riskområden och åtgärder

Utifrån ovanstående har under året olika riskområden identifierats och åtgärder vidtagits, exempelvis:

- Ett av de vanligaste områden för avvikelser är journal/remiss/kallelser. Förbättringsarbeten har gjorts inom såväl remissbevakning som e-remitter till röntgen. Antalet avvikelser inom området visar en minskande trend under 2023.
- Arbetssätt och rutiner som inte prioriterar kontinuitet innebär en patientsäkerhetsrisk, då helhetsperspektiv och försämringar över tid är mer svårbedömda. På vårdcentralen har ett arbete med teambaserad vård inletts under hösten 2023, med beräknad start 8/1 2024. Det nya arbetssättet bedöms förbättra möjligheten för läkare att följa sina patienter över tid och själva prioritera och bedöma vilka patienter som behöver en snar tid eller ny bedömning, för ökad patientsäkerhet.
- Ny rutin har införts på Vårdcentralen för patienter med pågående medicinering med narkotikaklassade läkemedel eller pågående långtidssjukskrivningar, som önskar byte av läkare.
- Fragmentering av vården med medföljande ökad risk för felhändelser i ”mellanrummen”. Dialog har förts med beställare om att i möjligaste mån bidra till sammanhållna vårdkedjor vid avtalsutformning.
- Bristande samverkan mellan vårdgivare, exempelvis vikten av att samtliga vårdgivare har kännedom om eventuellt övertag av läkemedelsansvar. Återkoppling till regional nivå har lett till förtydligande i en regional medicinsk riktlinje om öppenvårdsdos.
- Diagnostiska fel, särskilt hur olika typer av bias påverkar den diagnostiska processen. Föreläsning om diagnostiska fel för att öka medvetenheten om detta kommer att hållas under början av 2024.
- Efter avvikelser angående att flergångsslyngor som används vid urologingrepp gått sönder under operation har dessa kunnat bytas ut mot engångsslyngor

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.

- Nationella kvalitetsregister
- Kontinuerlig mätning av patientupplevelse; ”TYCK om oss”
- 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 finns en verktygslåda med metoder och verktyg för processkartläggning och förbättringsarbete. Dessa tillsammans med en webutbildning som introduktion till kvalitetsdriven verksamhetsutveckling (framtagen av VGR) är tillgänglig för alla medarbetare.

Under 2023 har målet satts att 80% av alla medarbetare skall ha gått webutbildningen. På röntgen har 95% av medarbetare, kvalitetsombud och chefer gått den och på vårdavdelningen har man haft föreläsning om kvalitetsdriven verksamhetsutveckling på APT. Övriga verksamheter har inte kommit igång med detta ännu.

### Lex Maria

Under 2023 har tre händelser anmälts enligt Lex Maria, varav en även utgör anmälningsärende till IVO. IVO har hittills beslutat i två av ärendena och bedömt att vårdgivaren fullgjort sina skyldigheter samt avslutat ärendena utan ytterligare åtgärder. Händelseanalyserna har belyst riskområden enligt ovan och har för respektive händelse resulterat i olika åtgärder på såväl verksamhetsnivå som sjukhus- och systemnivå för att minska risken för att liknande händelser inträffar igen.

### 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 2023 noteras en fortsatt god rapportering av avvikelser.

Kategori	2019 Antal	2020 Antal	2021 Antal	2022 Antal	2023* Antal
Arbetsmiljö/tillbud	38	29	31	41	36
Synpunkter	23	64	65	53	75
Organisation	68	52	38	91	42
Utrustning	51	52	69	53	36
Miljö	9	6	11	6	4
Omvårdnad/behandling	313	257	439	387	257
Okategoriserat	8	10	17	5	1
<b>Totalt</b>	<b>510</b>	<b>470</b>	<b>670</b>	<b>636</b>	<b>451*</b>
Varav patientsäkerhetspåverkande	229	148	231	238	150
Varav Lex Maria/IVO-ärenden	6	12	4	1	4

Tabell ovan; Avvikelserapportering vid Carlanderska Sjukhuset under 2019-2023, indelat per kategori. \* Kompletta data för 2023 går i skrivande stund inte att få fram. 451 avvikelser på 10 månader indikerar en årstakt om cirka 540 avvikelser vilket är i paritet med tidigare år.

Cirka en tredjedel av avvikelserna har bedömts kunna påverka patientsäkerheten, vilket är i paritet med tidigare år. Majoriteten av avvikelser har bedömts som mindre allvarliga. Tre ärenden har bedömts vara Lex Maria ärende och har rapporterats till IVO.

Området omvårdnad/ behandling, specifikt underkategorin journaler/ remisser/ kallelser, har under året identifierats som riskområde utifrån samlade analyser. Åtgärder har vidtagits, exempelvis inom remissbevakning och remisshantering, där såväl systemstöd som förändrade arbetssätt implementerats och e-remitter till röntgen har införts. Under hösten ses en fallande trend avseende avvikelser inom området vilket indikerar att åtgärderna haft god effekt.

Avvikelser som berör flera vårdgivare hanteras i samverkan med dessa för gemensamt lärande.

### Klagomål och synpunkter

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. Vården vid Carlanderska Sjukhuset är huvudsakligen planerad, vilket ger goda möjligheter till att både ställa om verksamhet efter behov och 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.

Utifrån en ökad hotnivå i samhället har beredningsgrupp och ledningsgrupp genomgått webbutbildning framtagen av MSB samt polisen för offentlig sektor kring terrorhot och samtliga medarbetare uppmanats ta del av den av MSB framtagna webbutbildningen för allmänheten.

En utvärdering av genomgången händelse och medföljande stabsläge i slutet av året kommer att ge värdefullt lärande och ytterligare öka organisationens förmåga att hindra eller hantera liknande händelser.



## MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Övergripande strategi för Carlanderska 2027 ligger kvar, med handlingsplan för 2024, vilken är under framtagande. 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, liksom en kontinuerlig uppföljning av den patientupplevda kvaliteten. Vi behöver fortsatt öka riskmedvetenheten samt stärka analys, lärande och utveckling, som en förutsättning för en fortsatt god och säker vård.

## UTFALL HANDLINGSPLAN FÖR ÖKAD PATIENTSÄKERHET 2023

Område	Indikator	Utfall 2022	Mål 2023	Utfall 2023	Kommentar
VRI	Postoperativa infektioner skall mätas genom uppföljning med sms-enkät. Pilot på Operation under 2023	saknas	Etablera nuläge	Mätning under vår/somm ar. Svarsfrekvens >70%. Resultatet visade att det var få eller inga problem med sårhäkning.	Metod m uppföljning via sms medförde för mycket manuell hantering. Ny metod behövs och mål kvarstår 2024.
Minska antibiotika-användning	Antal varurader antibiotika/100 listade individer	2,17 (3,05 i VGR dec)	Minska	2,07 (3,02 i VGR)	Uppnått. Mål utgår för 2024.
	Andel kinoloner till kvinnor 18 år och äldre av totala UVI antibiotika, %	3,6 (5,87 i VGR dec)	Minska	4,2 (5,08 i VGR dec)	Mål kvarstår 2024.
	Andel individer med akut bronchit som fått antibiotika, %	29 (15 i VGR)	Minska	16 (14 i VGR)	Mål kvarstår 2024.
Medicintekniska produkter	Utpekat ansvar för att anmäla till tillverkare och myndighet	MTA ansvarig finns	MTA ansvarig utveckla organisationen	Klart	Uppnått. Mål utgår för 2024.
Fallskador	Andel vårdtillfällen på vårdavdelningen med fallskada. Under året införa att samtliga fallskador rapporteras i avvikelshanteringssystemet	saknas	Etablera nuläge < 0,5%	< 0,05%	Sällan förekommande. Mål utgår för 2024.
Läkemedelsrelaterade skador	Andel listade individer 75 år och äldre där fördjupad läkemedelsgenomgång genomförts senaste 12 månaderna, %	14,7 (36,6 i VGR dec)	Öka	33,76 (35,6 i VGR)	Mål kvarstår 2024.
	Andel individer 75 år och äldre som hämtat ut olämpliga läkemedel, %	6% (8% VGR i dec)	Minska	6% (8% i VGR)	Lågt i förhållande till VGR. Mål utgår för 2024.

# Bilaga 1. Strålskyddsbokslut 2023

## Inledning

På röntgenavdelningen utförs undersökningar inom konventionell röntgen, datortomografi, magnetisk resonanstomografi och ultraljud. I skrivande stund kan inte data för exakt antal undersökningar 2023 fås fram, för 2022 var det 25433 diagnostiska undersökningar varav 14437 innefattade joniserande strålning.

## 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 strålningsrelaterade 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 2023

### Röntgen

Två gånger per termin har röntgen optimeringsmöten för DT och en gång per termin inom konventionell röntgen, 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 2023 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 webbformulär i DosReg.

Under 2023 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).

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

### Operation

Under 2023 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. Nästa utbildningstillfälle för alla blir under 2025.

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

Årlig genomgång av strålsäkerheten är utförd 2023-01-19. Skickas till strålsäkerhetsstrateg i februari 2023.

Vid ledningens genomgång är vår bedömning är att vi har ett väl fungerande strålsäkerhetsarbete.

### **Avvikelser**

Strålningsrelaterade avvikelser anmäls i Carlanderska sjukhusets avvikelssystem ServiceDesk och tas upp med berörd personal och på APT.