

Patientsäkerhetsberättelse för Stiftelsen Carlanderska Sjukhuset 2024



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 2024, 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	6
Informationssäkerhet	7
Strålskydd	8
En god säkerhetskultur	8
Adekvat kunskap och kompetens	9
Patienten som medskapare	12
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	13
Öka kunskap om inträffade vårdskador	13
Tillförlitliga och säkra system och processer	14
Säker vård här och nu	17
Riskhantering	18
Stärka analys, lärande och utveckling	19
Avvikelse	19
Klagomål och synpunkter	21
Öka riskmedvetenhet och beredskap	21
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	21
UTFALL HANDLINGSPLAN FÖR ÖKAD PATIENTSÄKERHET 2024	22
Bilaga 1. Strålskyddsbokslut	23

SAMMANFATTNING

Det gångna året

Under året har styrelsen beslutat om expansion av sjukhuset, med nya lokaler i en fastighet under uppförande på Eklandagatan, för att kunna möta behovet för såväl egna verksamheter som samarbetspartners. Lokalerna kommer att tas i drift under 2025, vilket skapar utökade möjligheter till utveckling av sjukhuset. Stort fokus har under året lagts på planering för detta.

Översynen av inköpsprocessen påbörjad 2023 har lett till ett antal projekt och besparingar under 2024 och en inköpsportal är implementerad.

Carlanderhälsan har startat upp under året, en verksamhet som erbjuder olika hälsoundersökningar, mätning av bentäthet och kroppssammansättning samt abonnemangslösning för företags- eller privatkunder för tillgång till våra tjänster året om.

Under 2024 har prioriterade utvecklingsarbeten genomförts, vilka påverkar såväl effektivitet som patientsäkerhet, exempelvis genom införande av e-remisser, test av AI-baserat verktyg inom journalföring samt robotisering av repetitiva processer. Ett digitaliserat planeringssystem, kallat ”tavlan” har utvecklats och införts på operation.

En uppdatering av avvikelshanteringssystemet med tillhörande riktlinje har gjorts under året, för bättre funktionalitet och ökad samsyn avseende hantering och lärande av avvikelser.

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.

Utblick framåt

Under 2025 när Carlanderska Eklandagatan tas i drift, flyttas vissa verksamheter och samarbetspartners till nya lokaler, varvid optimering och expansion av övriga verksamheter kan ske i befintliga lokaler. Expansion och optimering kommer således även under 2025 vara i fokus.

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.

Försäkringsbolag har börjat inskränka omfattningen av sjukvårdsförsäkringar avseende vad som tolkas som kroniska sjukdomar, vilket kan påverka såväl inflöde som varumärke och vårdens innehåll negativt.

Under 2022 togs en digitaliseringsstrategi fram för sjukhuset för att tillvarata digitaliseringens möjligheter till verksamhetsutveckling.

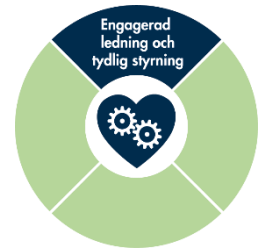
Under 2025 kommer arbetet med uppföljning av kliniskt utfall genom kvalitetsregister fortsatt att utvecklas liksom kontinuerlig uppföljning av patientens upplevelse, med möjlighet att även fånga upp förbättringsförslag.

Omvärldsfaktorer som inflation, ökade driftskostnader samt ränteläge och pågående krig kommer fortsatt att påverka oss även under 2025. Även den politiska inställningen till privat och stiftelsedrivna vård kommer framöver vara av stor betydelse.

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

Utifrån övergripande strategiska mål tas årliga handlingsplaner fram på övergripande nivå. Handlingsplanen för 2024 har sedan brutits ned i respektive verksamhet till lokala mål och aktiviteter, vilka har följts upp regelbundet under året.

Övergripande strategiska mål:

- Carlanderska 2027: Carlanderska sjukhuset ska fortsatt ligga i framkant och erbjuda en högklassig vård
- Ekonomi: en långsiktigt lönsam verksamhet
- Hållbarhet: En långsiktigt social, ekologisk och ekonomisk verksamhet
- Kvalitet och patientsäkerhet: Carlanderska sjukhuset skall ligga i topp i kvalitet – såväl medicinsk som patientupplevd och vara ett förstahandsval för patienter och beställare
- Arbetsgivare och medarbetare: En hälsosam arbetsplats med förutsättningsskapande ledarskap och medarbetarskap

Organisation och ansvar

Stiftelsen Carlanderska sjukhuset har en styrelse, vilken utses av Göteborgs stad (kommunfullmäktige). Sjukhuschefen rapporterar till styrelsen. Ur ett övergripande perspektiv är sjukhuschefen ytterst ansvarig för patientsäkerhetsarbetet och strålsäkerhetsarbetet på Carlanderska sjukhuset. Kvalitet och patientsäkerhet är ett strategiskt viktigt och prioriterat område. 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 kvalitets- och patientsäkerhetssamordnare finns i staben.

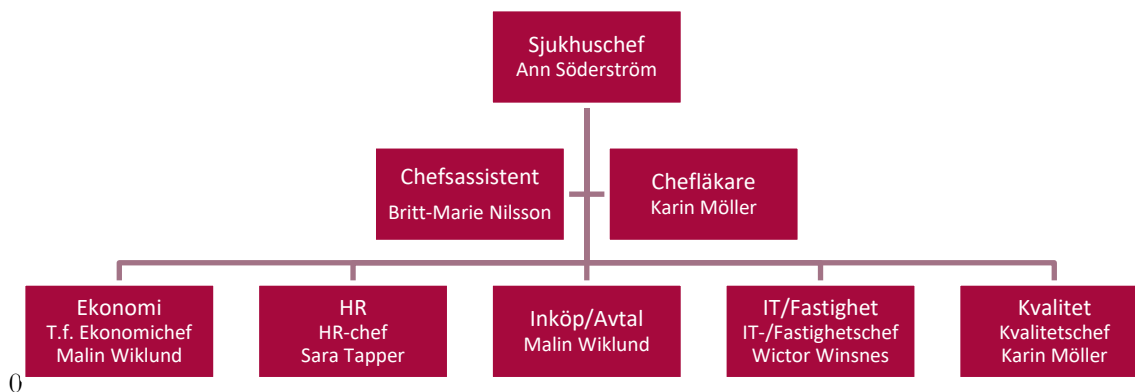


Bild 2: Administrativa enheter/funktioner

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, läkemedelsombud, medicintekniskt ombud 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 rapportera 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.

Samarbetsavtal

Samverkan inom sjukhuset regleras genom samarbetsavtal, 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 samt nationellt i nätverket Sveriges Chefläkare.

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. Vi utbildar interna resurser i NIS2 samt ISO 2700 för att kvalitetssäkra vårt arbete.

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.

Försvärande: 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 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.

Verksamhetsspecifika aktiviteter Medicinkliniken

Under året har en iDXA-utrustning (intelligent Dual energy X-ray Absorptiometry) införskaffats på medicinkliniken, för bentäthetsmätning och mätning av kroppssammansättning.

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.



Värdegrund

Carlanderska bedriver ett aktivt arbete för att uppnå en god arbetsmiljö och säkerhetskultur. Vi utgår alltid ifrån frågan ”vem är vi till för” och påminner oss ständigt om att ”vi är varandras arbetsmiljö”.

Händelseanalyser

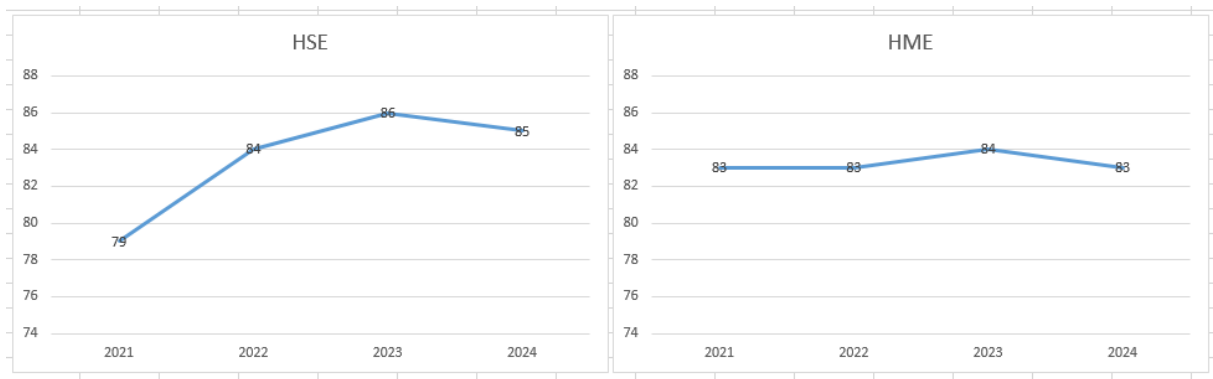
Verksamhetschefer har stöd av utbildade analysledare vid behov av händelseanalyser och dokumentation sker i nationella systemstödet Nitha. Att utreda och återföra allvarliga händelser är en viktig del i lärande samt en central del i patientsäkerhetskulturen.

Aktivt avvikelserarbete

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. En uppdatering av avvikelshanteringssystemet har införts från juni månad, för mer ändamålsenlig kategorisering, samtidigt med en riktlinje för hantering av avvikelser för ökad samsyn inom sjukhuset.

Uppföljning och dialog

Medarbetarenkät genomförs årligen och HME (Hållbart Medarbetar Engagemang) 2024 var 83 och HSE (Hållbart Säkerhets Engagemang) var 85 (se figur 1). 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.



Figur 1: Hållbart säkerhetsengagemang (HSE) samt hållbart medarbetarengagemang (HME) 2021 till 2024

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 är en del av vårt förmånserbjudande bland annat friskvårdstimme, vilket införts i flera verksamheter. Sedan 2023 erbjuds samtliga fastanställda medarbetare sjukvårdsförsäkring. Under 2024 har ett pilotprojekt om sextimmars arbetsdag pågått på operation och sterilcentral. Projektet har förlängts under året och utvärderas fortlöpande.

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. Under 2024 implementerades ett internt chefsprogram med 11 moduler. Syftet är att säkerställa att chefskapet och ledarskapet utgår från samma grund och exempel på olika moduler är arbetsrätt, patientsäkerhet, säkerhetsarbete och hållbarhet.

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 2024:

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) 2024:

Medicinkliniken

- iDXA -utrustning för bentäthetsmätningar har installerats under året, 3 operatörer har utbildats inom kliniken och kliniska undersökningar genomförs sedan i april. Granskning av undersökningsresultaten genomförs av klinikens endokrinologer som ger kliniska rekommendationer om fortsatt behandling vad gäller diagnosticerad osteopeni eller osteoporos.
- Utrustning för NO-mätning i anslutning till spirometri har köpts in och introducerats i klinisk rutin, vilket ökar den diagnostiska säkerheten vid utvärdering av astmabehandling.
- Medarbetare har tagit del av den webbaserade verksamhetsutvecklingsutbildningen.
- Månatliga klinikmöten kring aktuella medicinska frågor för samtlig personal.

Forskningsenheten

- Standard Operating Procedures finns tillgängliga i den mån sponsor inte har tillgång till eget system för kvalitetssäkring.
- Forskningskoordinator har genomgått utbildning i studiemonitorering för att öka möjligheten att ansvara för provardrivna studier.
- Ett samverkansprojekt med försäkringsbolag som delaktör har initierats inom osteoporos.

Kirurg- och ortopedkliniken

- Sjuksköterska under utbildning till skoperande sjuksköterska (den andra hos oss).
- Gemensamma utvecklingsdagar tillsammans med vårdavdelningen och operation, med föreläsningar och arbete i tvärprofessionella grupper.
- ERCP-kapacitet är etablerad (kompetens och utrustning på plats) och verksamheten är igång.
- Mottagningsoperationer inom allmänkirurgi har breddats och inkluderar nu även proktologiska ingrepp (hemorrojder) utöver bräckkirurgi i lokalbedövning.
- Mottagningsoperationer inom ortopedi (ingrepp i lokalbedövning, t ex åtgärd av karpaltunnelsyndrom) har etablerats.

Operation

- Nationell utbildning i robotassisterad kirurgi, 2 dagar, 3 medarbetare.
- Dagkirurgiska konferensen, 2 dagar, 3 medarbetare.
- Hygienforum, 2 dagar, 2 medarbetare.

- Regelbundna KÄK-utbildningar (=Kunskap Är Kul). Ett koncept som består av korta utbildningsinsatser i verksamheten på ca 5 minuter. Ex. genomgång av en ny apparatur, ett operationsupplägg.
- Årligt utbildningsprogram via VGR där vi abonnerar på utbildningsplatser. Medarbetare turas om att gå. Utbildningsprogrammet riktar sig till specialistsjuksköterskor och undersköterskor inom anestesi, operation och intensivvård.

Röntgen

- Interna lunchföreläsningar av våra radiologer 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.
- Administrativ arbetstid för kvalitetsarbete har säkerställts.
- 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 applikatör från vår leverantör av vårt Bild och journalsystem, för optimering av flöden.
- Fördjupad utbildning av applikatör för modalitetsansvariga inom DT för ytterligare optimering.
- Obligatorisk strålsäkerhetutbildning som skall utföras var 3:e år för all personal.
- Vi får övervägande positiva svar i ”TYCK om oss ” och det är primärt att man känner sig trygg. Genomgång av synpunkter görs månadsvis på APT. Det är lika viktigt att gå igenom de positiva synpunkterna som de förbättringsförslag vi får.

Vårdavdelningen

- Föreläsningar om postoperativ vård med inriktning på Öron-näsa hals och Endokrinkirurgi.
- Workshop med narkosläkare på enheten om smärtlindring, vätskebalans och narkosmetoder samt pre – och postoperativt omhändertagande av barn.
- Workshop med urolog angående spolning av urinkateter postoperativt.
- Studiebesök på andra liknande verksamheter.

Vårdcentralen

- Ökat fokus på avvikelserapportering och avvikelshantering, där det nya avvikelssystemet är hjälpsamt.
- Årlig kallelse av alla kroniker med väntelistor till fast läkarkontakt för högsta möjliga kontinuitet.
- Schemalagd kompetensutvärdering 4 ggr/år av alla ST-läkare på enheten.
- Uppstart av teammottagning med bokningsbara akuttider till sjuksköterska och läkare för ökad tillgänglighet.
- Datumgrupper; fördelning av patienter mellan läkare enligt födelsedatum, där varje datumgrupp nu har sin egen vårdadministratör för att säkra inbokning av årskontroller samt kontinuitet.
- Plattform24 har pausats tills vidare för att säkra tillgängligheten i andra kanaler såsom telefon och 1177, samt ge möjlighet för fler fysiska besök.

Rehab

- Stresskola uppstartad.
- Samarbete med BVC i startgroparna, för gemensamt omhändertagande av barn med torticollis och skulldeformiteter.
- Fysioterapeut med särskild kompetens inom kvinnohälsa är rekryterad och arbetar riktat mot denna patientgrupp (inkontinens, rehabilitering efter graviditet och förlossning mm). Denna fysioterapeut har även etablerat samarbete med BVC och deltar bl. a i föräldragrupper.
- Samarbete mellan vårdcentral och rehab avseende patienter med diabetes är i startgroparna för full implementering 2025.

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 2024 har sjukhusets hemsida utvecklats utifrån ett tydligare patient- och kundperspektiv. 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 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 2024 inkom 18 202 ärenden, varav 5054 gällande receptförnyelse. Detta är en 19 %-ig respektive 35 %-ig ökning jämfört med föregående år och det är en 43%-ig respektive 75%-ig ökning jämfört med 2022.

Således har det totala antalet kontakter via 1177 nästan dubblats på två år!

Journal via nätet

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

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

Digital ortopedkonsult är ett regionalt projekt som syftar till att underlätta tillgängligheten och kvalitén i vården av patienter med ortopediska sjukdomstillstånd. Carlanderska rehab är en del av projektet som innefattar samverkan med SÄS ortoped genom trepartssamtal mellan patienten, fysioterapeut samt ortopedläkare. Under 2024 har Carlanderska rehab haft 25 stycken bokade tider.

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.

För ökad samsyn och mer ändamålsenlig statistik har såväl rutin för avvikelshantering och avvikelshanteringssystemet setts över och uppdaterad version implementerats 1 juni.

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 ledning av utbildade analysledare på uppdrag av verksamhetschef. Åtgärder för att minimera risker utifrån bakomliggande orsaker har vidtagits såväl på enhets-, sjukhus- som systemnivå i samverkan med andra vårdgivare. Under 2024 har totalt 519 avvikelser rapporterats, vilket är i paritet med tidigare år. Två händelseanalyser har genomförts under 2024, vilka båda ledde till lex Maria anmälningar. Analyserna har lett till åtgärder för att minska risk för liknande händelser framöver och i båda fall har IVO bedömt att vårdgivare har fullgjort sin skyldighet att utreda och anmäla händelser, att slutsatser och åtgärder förefaller rimliga och adekvata samt att vårdgivaren uppfyller kraven i patientsäkerhetslagen.

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 som är de vanligaste vid sjukhuset.

Information inhämtas genom:

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

Information om inträffade vårdskador sker i berörd verksamhet och lyfts i relevanta fora. Sjukhuschef och kvalitetschef/chefläkare 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. Patientens upplevelse följs upp via enkät via sms eller QRkod efter besök/vistelse, där även beröm och förbättringsförslag kan lämnas. Synpunkter kan även 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 Kvalitetsboksut 2024. 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 april månad med gott resultat, varvid certifikatet avseende kvalitet förlängdes och certifikatet avseende miljö förnyades.

Vårdhandboken

Carlanderska sjukhuset använder sedan 2022 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 samt att kunna identifiera oönskad variation och förbättringsmöjligheter. Våra kliniska resultat är generellt mycket goda med en jämn och hög kvalitet. Övergripande indikatorer för flertalet av våra kliniska flöden redovisas separat i vårt Kvalitetsbokslut.

Medicintekniska produkter

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

Revision för medicinska gaser utfördes 2023, liksom farmaceutisk granskning av medicinsk gashantering där anläggningen sammanfattningsvis bedöms vara mycket välskött. För medicinska gaser har även ett utbyte av utrustning vilken förser gamla delen av sjukhuset med gas genomförts, med godkänd besiktning 2023. Under 2023 genomfördes även en riskanalys/riskhanteringsprocess enligt SS EN ISO 14971:2020 avseende andningsoxygen, andningsluft, instrumentluft samt medicinsk koldioxid och en teknisk fil med dokumentation togs fram med hänsyn till MDR 2017/745. En EG-försäkran om överensstämmelse (EC/EEA declaration of conformity) har utfärdats för den egentillverkade centralgasanläggningen.

Under 2023 upprättades en central förteckning över utrustning, i systemet Medusa (som förvaltas av MTA Mölndal), i vilket MTA Mölndal för in utrustningen. Alla enheters MT-ombud har access i systemet.

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.

Nationell patientenkät

Data för Nationella patientenkäten primärvård 2024 har vid patientsäkerhetsberättelsens skrivande ännu inte publicerats. För Vårdcentralen Carlanderska var svarsfrekvensen 41,5 % (jämfört med 40,6 % i riket) och sju av åtta dimensioner upplevdes bättre än riket 2023 samt bättre än genomsnittet i VGR (jämförelse med riket inom parentes). Värde mellan 0-100 (högt värde eftersträvas):

- Helhetsintryck 85,6 (81,1)
- Emotionellt stöd 80,8 (78,0)
- Delaktighet och involvering 83,4 (80,6)
- Respekt och bemötande 89,4 (86,2)

- Kontinuitet och koordinering 85,4 (79,4)
- Information och kunskap 82,3 (77,2)
- Tillgänglighet 82,5 (82,4)
- Levnadsvanor 28,1 (30,0)

På frågan ”skulle du rekommendera Vårdcentralen till någon annan?” svarade 91,1 % ja, att jämföra med 80,0 % i riket. Cirka 71% svarar att de får träffa samma läkare vid sina besök, att jämföra med 48% i riket. I jämförelse med oss själva över tid har samtliga dimensioner högre värde jämfört med 2022.

”TYCK om oss ”

Vi mäter fortlöpande 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 samt 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, allt från arbete för att öka tillgänglighet och kontinuitet till att ändra musikutbud i väntrummet. I återkopplingen ges även mycket beröm till alla verksamheter! Under 2024 har över 15000 patienter svarat på enkäten, med en patientnöjdhet om 94% och en svarsfrekvens på 23 %. Genomsnittet för NPS har legat på 77. Under 2024 startade samarbetspartner Metabolt Center upp liknande enkätssystem.

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 vecka 10-11 genom punktprevalensmätning (PPM-BHK) i respektive verksamhet och hygienrond genomförs årligen. Då SKR avvecklat den nationella databasen genomförs mätningarna lokalt enligt tidigare protokoll. Förbättringspotential noterades framför allt gällande desinfektion av händerna direkt före patientkontakt. Resultaten återförs i respektive verksamhet samt ledningsgrupp och samtliga medarbetare genomgår årligen hygienkörkort.

Olämpliga läkemedel hos äldre

Andelen individer 75 år och äldre som hämtat ut psykofarmaka som förskrivits vid Vårdcentralen var i november 27,1% (jämfört med regionsnittet 32,2%).

Antibiotikaanvändning

Andelen episoder med akut bronchit (exklusive patienter med KOL-diagnos) som behandlats med antibiotika på Vårdcentralen har minskat under året och var i november 10,2% (att jämföra med regionsnittet 11,8%).

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 och IVO, för att säkerställa att legitimationen är gällande och att det inte finns anmälningar som påverkar förtroende i den yrkesutövning som görs hos oss. 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

Friskvårdstid har införts på operation respektive vårdavdelning under 2021 samt 2022, med bibehållen produktion och ökad tillfredsställelse vid utvärdering. Röntgen införde friskvårdstid 2022 vilket fungerat mycket väl. Kirurg- och ortopedkliniken har infört det under våren 2024 vilket fallit ut väl och registrerad sjukfrånvaro har minskat.

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 2024 har restsituationer gällande läkemedel och infusionsvätskor fortsatt utgjort en utmaning. Inga operationer har dock behövt ställas in pga. detta. Även material som exempelvis protesdelar och kylförband har varit restnoterade, vilket ställer krav på att medarbetare är aktiva i sin kommunikation med leverantörer, operatörer och narkosläkare. Att få anpassa oss efter de resurser som finns, har även lett till lärdomar avseende hushållning och att värdera syfte med det vi använder och att göra kloka kliniska val.

Störning i informationssystem

Under slutet av 2023 utsattes Stiftelsen Carlanderska Sjukhuset för en hackerattack, med påverkan på delar av verksamhetens IT-system, dock inte journalsystemet. Även om störningen av driften var av kortare natur har händelsen påverkat även 2024 avseende utvecklingsarbete och resursåtgång, framför allt på röntgen och IT, för att återställa och stärka funktionalitet och säkerhet i våra system.

Ledningen har under 2024 utvärderat hantering av händelsen för lärande med stöd av externa expertfunktioner, samt stärkt sin förmåga avseende stabsmetodik.

Facility management

Carlanderska sköter sedan juni 2022 Facility Management i egen regi, innebärande att all lokalvård, fastighetsskötsel och vårdnära städ/lokalvård sköts av egen personal. Förändringen har inneburit högre kvalitet på utförandet, större möjligheter till kompetensförsörjning i kritiska system samt bättre möjligheter att införa beredskap och liknande system om behovet skulle uppstå.

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 genom avvikelsehanteringssystemet och risker kan identifieras och hanteras enskilt eller genom aggregerade analyser. Vid allvarigare händelser genomförs händelseanalyser.

Identifierade riskområden och åtgärder

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

- Dataintrång/hackerattacker. Efter händelsen 2023 har ett flertal åtgärder vidtagits såväl för att säkra system samt förmåga att hantera händelser och att säkra drift i samband med driftstörning.
- Diagnostiska fel, särskilt hur olika typer av bias påverkar den diagnostiska processen. Föreläsning/dialog om diagnostiska fel har hållits vid läkarlunch och verksamhetsmöten även hos samarbetspartners, för ökad medvetenhet. World Patient Safety Day 17:e september uppmärksammades genom frukostföreläsning i ämnet, som var årets tema. Området har även efter inspel lagts till som fokusområde i Västra Götalandsregionens ”Regional handlingsplan för ökad patientsäkerhet 2025-2026”.
- Ökad risk för fel vid blandning av läkemedel har identifierats, på grund av restnoteringar av läkemedel med påföljande stor variation i såväl tillgång som styrka på läkemedel. Förändrade rutiner för läkemedelshantering på operation har införts för att minska risken.
- Fortsatt arbete för att minska risk för fel inom området journal/remiss/kallelse krävs, då detta är vanligaste området för avvikelser inom sjukhuset. Införande av e-remisser på röntgen är ett led i detta.
- 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.

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. En tvådagars utbildning i kvalitetsdriven verksamhetsutveckling hålls i VGR:s regi och under 2024 har sex kvalitetsombud genomgått utbildningen. Tidigare år har två chefer gått samma utbildning. Vårdavdelningen har även haft ytterligare föreläsning om kvalitetsdriven verksamhetsutveckling.

Lex Maria

Under 2024 har två händelser anmälts enligt Lex Maria. IVO har i båda fall bedömt att vårdgivaren fullgjort sina skyldigheter samt avslutat ärendena utan ytterligare åtgärder. Händelseanalyserna har belyst bakomliggande orsaksområden 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 inom enheten och att återkoppling till berörda, exempelvis på APT och i andra relevanta fora. Under 2024 noteras en fortsatt god och aktiv rapportering av avvikelser.

Under året har en uppdatering av avvikelshanteringssystemet implementerats, tillsammans med en sjukhusövergripande riktlinje, för möjlighet till mer ändamålsenlig statistik och ökad samsyn. Utvärdering efter sex månader visade upplevd förbättring avseende rapportering/hantering av avvikelser och att majoriteten upplever det enkelt att rapportera avvikelser.

Jämförelse med tidigare år kan endast göras för månaderna januari – maj, då nya kategorier införts från 1 juni. Totalt rapporterades 519 avvikelser under året, vilket är väl i linje med tidigare år.

Kategori	2019	2020	2021	2022	2023*	2024**
	Antal	Antal	Antal	Antal	Antal	Jan-maj Antal
Arbetsmiljö/tillbud	38	29	31	41	36	17
Synpunkter	23	64	65	53	75	28
Organisation	68	52	38	91	42	31
Utrustning	51	52	69	53	36	25
Miljö	9	6	11	6	4	2
Omvårdnad/behandling	313	257	439	387	257	135
Okategoriserat	8	10	17	5	1	3
Totalt	510	470	670	636	451*	241
Varav patientsäkerhetspåverkande	229	148	231	238	150	84
Varav Lex Maria/IVO-ärenden	6	12	4	1	4	2

Tabell ovan; Avvikelse rapportering vid Carlanderska Sjukhuset under 2019- maj 2024, indelat per kategori. * Kompletta data för 2023 saknas (451 avvikelser på 10 månader indikerar en årstakt om cirka 540 på belår). ** Ny kategorisering av avvikelser infördes från juni 2024.

Kategori	2024 juni- dec Antal
Organisation/Regler/Resurser	119
Vård/omsorg	48
Utrustning/Produkt	20
Leverantör	3
Arbetsmiljö	17
Synpunkter/klagomål	22
“Avvikelser” dvs ej kategoriserade ännu	49
Totalt	278
Varav Lex Maria/IVO-ärenden	0

Tabell ovan; Avvikelse rapportering vid Carlanderska Sjukhuset under juni –december 2024, med ny kategorisering.

Liksom tidigare år bedömdes under januari till maj cirka en tredjedel av avvikelserna vara patientsäkerhetspåverkande. Från juni månad bedöms om händelsen kunde medfört (tillbud) eller har medfört (negativ händelse) något oönskat. Knappt två tredjedelar av händelserna som rapporterats avser negativa händelser. Allvarlighet/konsekvens av händelsen bedöms även, där absoluta merparten inte har bedömts få negativa konsekvenser, medan ett femtiotal fått mindre, måttliga eller betydande konsekvenser.

Allvarlighetsgrad/konsekvens	2024 juni- dec Antal
Katastrofal (4)	0
Betydande (3)	9
Måttlig (2)	19
Mindre (1)	23

Tabell ovan; Bedömd allvarlighetsgrad anseende avvikelser juni –december 2024.

De vanligast förekommande bakomliggande orsakerna till avvikelser, vilka kan vara flera samverkande, är inom kommunikation/information eller procedur/rutin/riktlinje. Minst förekommande orsaksområde är utbildning/kompetens.

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. En riktlinje för HLR kompetenskrav har tagits fram under året och mål i enlighet med s.k. hjärtsäker zon.

Ledningsgruppen har genomgått webutbildning för offentlig sektor kring terrorhot samt under året även arbetat för att öka sin förmåga till arbete i stabsläge samt beslutat om uppdaterade arbetssätt för krisledning samt särskild ledning vid höjd beredskapsnivå.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Handlingsplan för 2025 är under framtagande, utifrån Carlanderskas övergripande strategiska mål. Målet om god vård med hög patientsäkerhet är oförändrat, med ambitionen att vara bland de bästa på det vi gör. Under 2025 kommer expansion till nya lokaler på Eklandagatan och optimering av befintliga lokaler skapa nya möjligheter och engagera merparten av verksamheter på sjukhuset.

Fortsatt 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 2024

Område	Indikator	Utfall 2023	Mål 2024	Utfall 2024	Kommentar
VRI	Postoperativa infektioner skall mätas.	Pilot genomförd, annan metodik behöver tas fram under 2024.	Etablera metod för mätning och nuläge.	Inte uppnått	Målet tas med till 2025
Antibiotika-användning	Andel kinoloner till kvinnor 18 år och äldre av totala UVI antibiotika, %	4,2 (5,08 i VGR dec)	Minska	5,9 (6,3 i VGR) nov	
	Andel individer med akut bronchit som fått antibiotika, %	16 (14 i VGR)	Minska	10,2 (11,8 i VGR) i nov	
Säker läkemedels-användning	Andel listade individer 75 år och äldre där fördjupad läkemedelsgenomgång genomförts senaste 12 månaderna, %	33,76 (35,6 i VGR)	Öka	Data saknas	VGR har ersatt Hugin/Munin m ”Kvalitets-indikatorer i PV” där denna ej ingår

Ett av målen för 2024 har varit att samtliga medarbetare skall ta del av Socialstyrelsens ”Säker vård – nationell utbildning i patientsäkerhet”. Chefer som genomgick utbildningens olika moduler inför implementering i verksamheten identifierade dock ett behov av mer riktad utbildningsinsats utifrån typ av verksamhet, varför målet tagits bort och aktiviteten kommer ersättas av andra mer riktade insatser inom området patientsäkerhet.

Bilaga 1. Strålskyddsbokslut 2024

Inledning

På röntgenavdelningen utförs undersökningar inom konventionell röntgen, datortomografi, magnetisk resonanstomografi och ultraljud. Under 2024 utfördes 29133 diagnostiska undersökningar varav 15056 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 strålsäkerhetsmyndigheten (SSM), ställer för att bedriva en trygg och säker röntgenverksamhet med joniserande strålning.

Aktiviteter under 2024

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 2024 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.

Årligen utförs genomgång av strålsäkerheten, vilket sker i början av året när all data är sammanställd. Vid ledningens genomgång är vår bedömning att vi har ett väl fungerande strålsäkerhetsarbete.

Datortomografen som installerades 2017 är uppgraderad med ny mjukvara för att ha möjliggöra en dossänkning. Uppgraderingen innebär att vår datortomograf lyfts till senaste nivå av SSM:s krav på stråldoser och kommer att uppdateras kontinuerligt under kommande fyra år.

Det har inkommit sex strålningsrelaterade avvikelser 2024. Avvikelserna har vår StråLF (strålningsfysikalisk ledningsfunktion) informerats om och inga av dessa avvikelser behöver anmälas till SSM.

Operation

Under 2024 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.

Årlig genomgång av strålsäkerheten är utförd mars 2024 och skickades till strålsäkerhetsstrateg 2024-03-21. Vid ledningens genomgång är vår bedömning är att vi har ett väl fungerande strålsäkerhetsarbete.

Medicin kliniken

Under 2024 har en iDXA-utrustning installerats i ett separat undersökningsrum på Medicinkliniken.

Utrustningen är nyregistrerad hos Strålskyddsmyndigheten i samband med installationen i februari. Inför driftstart gjordes en strålsäkerhetsbedömning i juni och tre operatörer ur personalen har genomgått praktisk utbildning i handhavandet. Denna personal har genomgått digital/teoretisk strålsäkerhetsutbildning. Enligt SSM:s riktlinjer krävs denna utbildning var 3:e år, nästa utbildningstillfälle blir aktuellt under 2027. Kliniken deltar sedan oktober 2024 i gemensamma strålsäkerhetsmöten tillsammans med operation och röntgen, vilka genomförs en gång per termin.

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.