

Kvalité och patientsäkerhetsberättelse Ryggkirurgiskt Centrum Stockholm 2022



Innehållsförteckning

1	Inledning	3
2	SAMMANFATTNING	4
3	GRUNDLÄGGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	5
3.1	Engagerad ledning och tydlig styrning.....	5
3.2	Övergripande mål och strategier	6
3.3	Organisation och ansvar	7
3.4	Samverkan för att förebygga vårdskador	9
3.5	Informationssäkerhet.....	10
3.6	Strålskydd.....	11
3.7	En god säkerhetskultur	12
3.8	Adekvat kunskap och kompetens	14
3.9	Patienten som medskapare	16
4	AGERA FÖR SÄKER VÅRD	18
4.1	Öka kunskap om inträffade vårdskador.....	18
4.2	Tillförlitliga och säkra system och processer	24
4.3	Säker vård här och nu.....	32
4.4	Riskhantering	34
4.5	Stärka analys, lärande och utveckling	36
4.6	Avvikelse	38
4.7	Klagomål och synpunkter.....	44
4.8	Öka riskmedvetenhet och beredskap.....	48
5	RESULTAT OCH ANALYS	50
5.1	Ryggkirurgiskt centrum, siffror och analys.....	50
5.2	Internrevision	65
5.3	Externrevision	65
6	MÅL, STRATEGIER FÖR KOMMANDE ÅR.....	67

1 Inledning

Patientsäkerhetsberättelsen utgår från lagkrav och följer strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. I de fall lagkrav finns görs hänvisningar under respektive rubrik.

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

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

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

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

RKC (Ryggkirurgiskt centrum) är en ortopedisk verksamhet inom vårdval Ryggkirurgi. Vi specialiserar oss främst på elektiv ryggkirurgi i hals- och ländrygg. Totalt har vi 64 heltidsanställda. Vår mottagning tar emot ca 9500–10000 besök per år till både fysioterapeuter och kirurger som i samråd bedömer patientens vårdbehov. RKC har även en rehabiliteringsenhet med gym för postoperativ uppföljning och träning. Fysioterapeuterna som arbetar med rehabilitering har alla lång erfarenhet och kompetens inom ryggrehabilitering och smärta. Mottagningen är navet i vår verksamhet där det största patientflödet passerar igenom. Ryggkirurgiskt Centrum (RKC) öppnade sin verksamhet i Lill-Janshuset vid Sophiahemmet i mars 2017 och har sedan dess opererat över 7000 patienter och är nu en av de största ryggkirurgiska klinikerna i Norden.



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.

2 SAMMANFATTNING

Patientsäkerhet handlar ytterst om skydd mot vårdskada. En vårdskada är när en patient drabbas av en skada som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits. Inga vårdskador kan därför anses acceptabla och arbetet för en gemensam och stark patientsäkerhetskultur med målet att minska vårdskador behöver fortsatt prioriteras på alla nivåer.

Vi ser en fortsatt ökning av produktion både vad gäller mottagningsbesök (10%) och antalet operationer (10%). Det ökade produktionsflödet kräver anpassningar i både personalgrupper, och avlastning i form av digitala hjälpmedel. En ökning av antalet resurser och strukturella anpassningar i verksamheterna krävs för att upprätthålla en god och säker vård överallt och alltid.

Vi konstaterar att antalet avvikelser fortsätter att öka under 2022 (28%). En del av avvikelserna har föranlett vidare utredning med händelseanalys och riskanalys inom några av våra verksamhetsområden på RKC. En del av avvikelserna är konkreta förbättringsförslag. Andra leder vidare till händelseanalyser. Patientsäkerhetsarbetet kring händelseanalyser stärker verksamhetens flöde och ger upphov till att nya kvalitetsparametrar upprättas.

Under 2022 har det genomförts ett omfattande och engagerat arbete med att utveckla patientsäkerhetskulturen och medarbetarengagemanget. Vi har kompletterat våra tidigare medarbetarenkäter med mätningar för hållbart medarbetarengagemang (HME) och hållbart säkerhetsengagemang (HSE). Här kan vi arbeta framåt med en prioriteringsmatris som innebär att vi identifierar och skapar en åtgärdsplan för de hållpunkter där vi ser potential att utvecklas.

IT är fortfarande ett riskområde. Ett nytt avtal har tecknats med ny IT leverantör där förhoppningen är att vi ska säkerställa att vår IT miljö, våra processer och våra system internt är välfungerande och säkra. En intern IT grupp har skapats för att underlätta följsamhet av regelverk, implementering och uppföljning i verksamheten.

Patientens delaktighet och upplevelser av vården är viktiga aspekter för verksamheten och en del av kvalitetsledningssystemet. Kundnöjdheten följs upp både efter öppenvårdsbesök och i slutenvård. Genom det nya uppföljningsverktyget Key For Care kan vi utifrån resultat och förbättringsförslag ständigt förbättra för patient och närstående. Information och delaktighet är två dimensioner som prioriterats

Vi har utvecklat ledningssystemet och arbetat aktivt med att både uppdatera och begränsa antalet styrande dokument i andra system än i dokumentsystemet. Detta görs främst för att förbättra sökbarhet och underlätta för medarbetare att hitta de rutiner och riktlinjer de behöver i vardagen. RKC är certifierade både i kvalitet och miljö sedan 2018. Både interna och externa revisioner är utförda under året och inga avvikelser har tilldelats.

Stockholm i februari 2023

Martin Skeppholm

Verksamhetschef /VD

Helene Disinger

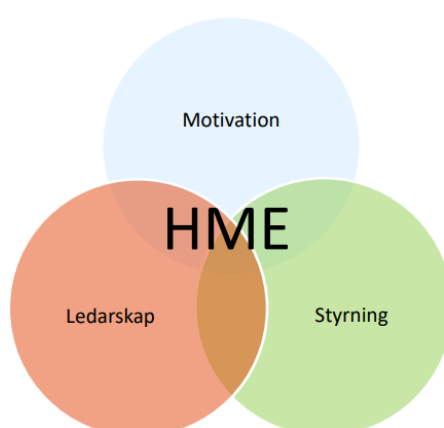
Kvalitetsutvecklare

3 GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

3.1 Engagerad ledning och tydlig styrning

Ledningens ställningstaganden, kunskap, förhållningssätt, agerande och beslut är avgörande för en hög patientsäkerhet. I det dagliga arbetet på RKC sker en kontinuerlig interaktion mellan ledning och personal, från verksamhetschef till ledare i den patientnära verksamheten då majoriteten av ledarna arbetar kliniskt. Det underlättar informationsöverföringen och stärker patientsäkerheten. Målsättningen är att beslut som fattas är tydliga så att medarbetare och ledning arbetar mot samma mål. På RKC finns en tydlig organisation för patientsäkerhet som planerar, stödjer och följer upp det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Patientsäkerheten prioriteras för att öka medvetenheten hos medarbetarna. Kunskap om patientsäkerhet finns på alla nivåer genom att tvärprofessionella grupper är prioriterade. RKC har medarbetaruppföljningar regelbundet för att skapa underlag för dialog på enheterna. Under 2022 ersatte vi den tidigare medarbetarenkäten med SKR (Sveriges kommuner och regioner) enkät (HME) hållbart medarbetarengagemang och (HSE) hållbart säkerhetsengagemang. HSE innehåller 11 frågeställningar angående patientsäkerhet motsvarande HME nio frågeställningar som är centrala för arbetet med patientsäkerhet och arbetsmiljö. Resultaten av HSE är en temperaturmätning på upplevelser kring säkerheten på arbetsplatsen. HSE-verktyget ger ett underlag att i närtid efter mätning ha en dialog kring resultaten.

Enkäten avser att samla in medarbetarnas upplevelser och ge en samlad beskrivning av arbetsplatsens arbetsmiljö och säkerhet. Detta verktyg ger varje enhet möjlighet att utvecklas inom arbetsgruppen och skapar tydlighet i hur ledarskapet upplevs. Med de svar som vi får ut av denna enkät kan RKC sätta upp förslag på åtgärder där det behövs och följa upp dessa. *Se resultat av HME hållbart medarbetar engagemang i kap. 5*



Arbetsmiljö, kompetensförsörjning, kompetensutveckling och organisationsstruktur är viktiga faktorer i den patientnära vården. En tyst informationsöverföring underlättar för ledningen att i sitt kliniska arbete även kunna plocka upp viktiga frågor som kan påverka patientsäkerheten. RKC har som mål att det ska finnas en tydlig ledning och styrning av patientsäkerheten på alla nivåer i

organisationen. Under 2022 har verksamheten haft en arbetsmiljöinspektion. Inspektionen har givit oss ytterligare verktyg för att förbättra för våra medarbetare och patienter. Arbetsmiljögruppen arbetar tätt tillsammans med fysioterapeut med kunskaper inom ergonomi samt skyddsombud.

För tydlig intern kommunikation kommunicerar och återkopplar ledningen med medarbetarna via olika kända kanaler som tex intranät, arbetsplatsträffar, VD brev, klinik APT och kvalitetsrapporter.

3.2 Övergripande mål och strategier

Ryggkirurgiskt centrumets mål och värdegrund

SFS 2010:659, 3 kap. 1 § och SOSFS 2011:9, 3 kap.

En viktig utgångspunkt för verksamhetsplaneringen är den verksamhetsidé och mål som har tagits fram för RKC. Till grund ligger det vårdavtal som har tecknats med Region Stockholm. Vidare är de grundläggande värderingarna en viktig roll där medarbetare driver utvecklingen. Vårt mål är att ge en högkvalitativ, patientsäker och effektiv sjukvård genom medarbetarnas kontinuerliga förbättringsarbete och patienternas delaktighet. Vi förenar vård, kvalitet, patientsäkerhet, effektiva flöden och hög tillgänglighet med kostnadseffektivitet.

Uppdrag som har beslutats utifrån de övergripande målen:

- RKC ska arbeta värdegrundsbaserat med förbättringsarbeten genom att jobba proaktivt i stället för reaktivt genom riskbedömning och analys av processer.
- RKC ska utveckla sina arbetssätt och vara tydliga med att vi värdesätter patientens upplevelse av delaktighet genom att införa nytt kundundersökningsverktyg och utveckla befintligt.
- RKC ska vidta systematiska förebyggande åtgärder i alla berörda verksamheter i syfte att minska antalet patienter som drabbas av undvikbara vårdskador och mäta säkerhetsengagemanget.
- RKC ska sträva efter att samtliga patienter bedöms och opereras inom vårdgarantin med uppföljning av CVR.
- RKC ska arbeta förebyggande för att motverka samt eliminera risker som innebär miljöpåverkan och se över våra största negativa miljöaspekter med tydliga miljömål och uppföljning av miljöavvikelser.

Vi har en nollvision för vårdskador och sätter upp konkreta mål för att nå vår målsättning. Samtliga mål bryts ner, konkretiseras och följs upp på verksamhets-, flödes- och enhetsnivå. Vi arbetar aktivt med att öka benägenheten att rapportera och verkar för en ”no shame – no blame”-kultur på våra enheter. Utöver de ärenden som normalt rapporteras och utreds systematiskt i avvikelshanteringssystemet inkluderas de ärenden som inkommer från IVO och Patientnämnden, LÖF-ärenden där det identifieras en vårdskada i egen verksamhet, samt Lex Maria-ärenden.

I RKC ledningssystem, som återfinns i delar på vår externa hemsida och via intranätet, finns de dokument som styr och stödjer vår verksamhet. Ledningssystemet syftar till att uppfylla kraven i tillämpliga lagar och författningar som till exempel Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), Patientlagen (2014:821), Patientdatalagen (2008:355) och Patientsäkerhetslagen (2010:659),

Allmänna råd och föreskrifter om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete (HSLF-FS 2017:40) samt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. RKC ledningssystem har granskats och godkänts. RKC är kvalitét- och miljöcertifierat sedan 2018 och uppfyller kraven i ISO 9001:2015 och 14 001:2015.

3.3 Organisation och ansvar

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

Startmodell > 2 Vår organisation

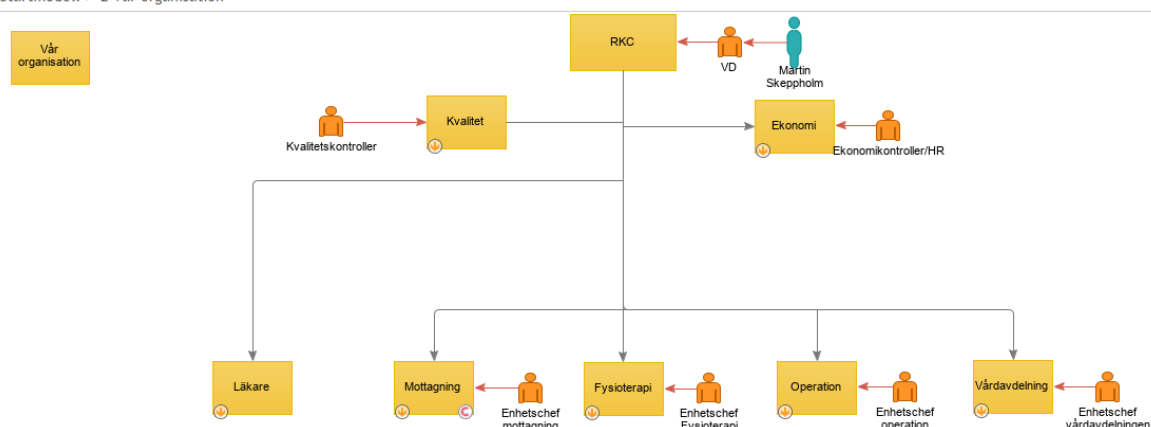


Bild: Vår organisation.

RKC ledning i form av ledningsgruppen, som består av VD/verksamhetschef, MLA, enhetschefer, ekonomi- och kvalitetsutvecklare har det övergripande ansvaret för kvalitet och patientsäkerhet. RKC ledning fastställer de övergripande målen för kvalitet och patientsäkerhet samt följer upp och utvärderar dessa. Verksamhetschefen/VD har det övergripande ansvaret för verksamheten och patientsäkerhetsarbetet samt uppföljning av detta. VD ger tydliga uppdragsbeskrivningar och funktionsbeskrivningar till enhetschefer, MLA och kvalitetsutvecklare. Medicinska avvikelser, riskanalyser och händelseanalyser hanteras av verksamhetschefen som är ytterst ansvarig för åtgärd av dessa. På RKC företräder verksamhetschefen vårdgivaren i kontakten med Inspektionen för vård och omsorg när det gäller patientsäkerhet.

Kvalitetsutvecklare ansvarar för ledningssystemet och det övergripande kvalitét- och patientsäkerhetsarbetet och egenkontroller som utförs. Kvalitetsutvecklare har en rådgivande och stödjande funktion på RKC och följer upp mål och rutiner, rapporterar resultat av arbetet till ledningen samt föreslår åtgärder.

I de fall verksamheten saknar tillräcklig medicinsk kompetens uppdrar verksamhetschefen åt MLA att fullgöra de enskilda medicinska ledningsuppgifterna. MLA har det övergripande medicinska ansvaret i sin verksamhet.

Enhetscheferna ansvarar tillsammans för patientsäkerheten i verksamheten genom en löpande dialog med medarbetarna för att inspirera och engagera.

Varje medarbetare har ett patientsäkerhetsansvar i det dagliga arbetet och i det systematiska

kvalitetsarbetet. Medarbetarna driver det kontinuerliga förbättringsarbetet. De har en stor betydelse för den enskilda patienten. Medarbetarna bidrar till patientsäkerhetsarbetet genom att delta i framtagandet och vidareutveckling av riktlinjer och rutiner samt genom att följa dem och anpassa arbetssätt efter situation. De bidrar till ständiga förbättringar samt en hållbar och säker verksamhet genom att ta del av varandras erfarenheter, delta i risk- och avvikelshantering samt följa upp mål och resultat. Det är patienternas och medarbetarnas förslag och idéer som testas, utvärderas och genomförs med stöd av enhetschefer och ledning. enhetschefen är ansvarig för att skapa ett system där förbättringsarbetet införs i vardagen och där vi kontinuerligt tar hand om de idéer som framkommer. Enhetschefens ansvar är också att skapa forum för tvärfunktionella diskussioner och beslut där identifierade problem löses och utvecklingsförslag bearbetas. Som stöd för förbättringsarbetet i verksamheten finns kvalitetsutvecklare, smärtgruppen, avvikelsegruppen, arbetsmiljögruppen, IT och HR/Ekonomi.

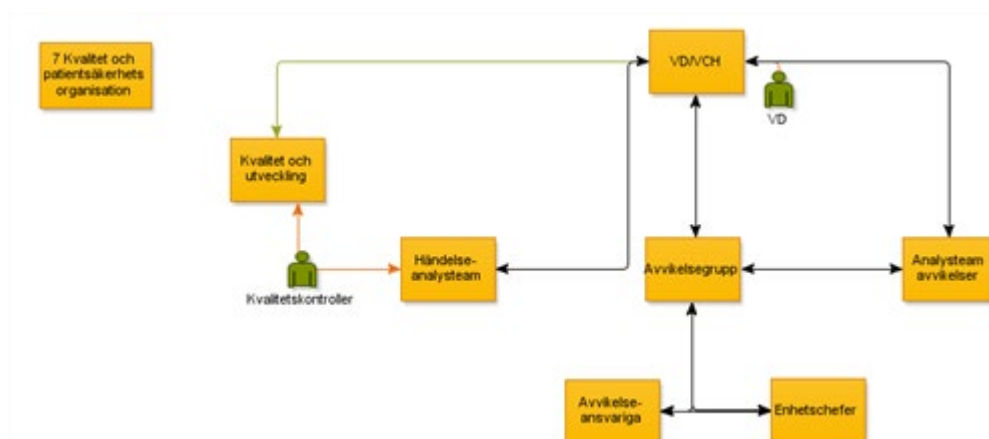


Bild: Kvalité- och patientsäkerhetsorganisation på RKC.

Stödfunktioner

Gaskommitté

Kommittén samlas två gånger per år och däremellan sker arbete inom respektive kompetensområde. Syftet är att säkerställa gasförsörjningen till samtliga 26 operationssalar som finns inom Sophiahemmets verksamhetsområde.

Chefläkare

RKC är vårdgivare på Sophiahemmets sjukhus AB. I samverkan med Sophiahemmets sjukhus finns en chefläkare tillgänglig. Denne delges information vid allvarliga tillbud, vårdskador eller lex Maria-anmälningar

Vårdhygien

Det finns en hög kompetens vad gäller vårdhygien hos kvalitetsutvecklare, personal och ledning. RKC har inget avtal med vårdhygien utan konsulterar vårdhygien eller STRAMA vid behov.

Infektionskonsult

Ett samarbete med infektionskonsult sker vid de tillfällen det finns patienter som vårdas inneliggande på grund av postoperativa infektioner (VRI). Vid de tillfällen patienter drabbats av VRI konsulteras expertis inom området vid behov.

Patientnämnden och LÖF

Månadsrapporter skickas från patientnämnden till kvalitetsutvecklare. En sammanställning sker och analys delges medarbetarna kvartalsvis. Ärenden från LÖF bearbetas successivt av verksamheten. Aggregerad skadestatistik delges verksamheten årsvis.

3.4 Samverkan för att förebygga vårdskador

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

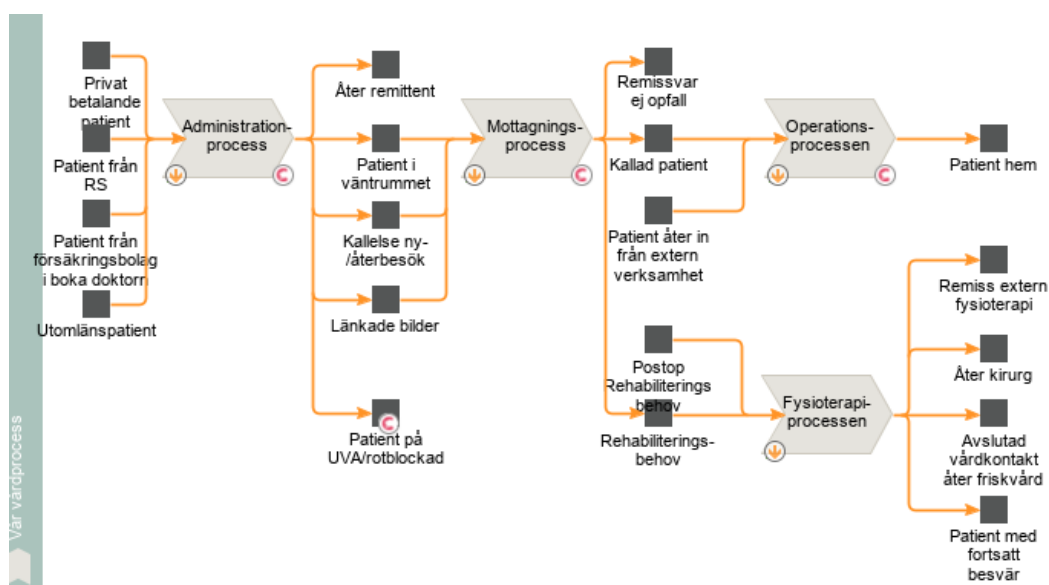


Bild: Våra processer.

Extern samverkan

RKC bedriver elektiv kirurgi och mottagningsverksamhet. Vårdtiden på RKC är kort och patienterna behöver i regel inte någon samordnad vårdkedja med andra aktörer. Som privat vårdgivare med vårdavtal förs det en kontinuerlig dialog mellan region, akutsjukhus och mellan övriga vårdenheter som tex rehabilitering och primärvård. Med region Stockholm finns det regionala överenskommelser för hur de processerna hanteras. Vårdaktörer för externt samarbete kan även innefatta vårdgivare på Sophiahemmet, smärtkliniker och specialistmottagningar. RKC deltar även aktivt i olika nätverksgrupper som vårdgivarnätverk, nätverk för journalgranskning och händelseanalys. Samverkan sker även på olika patientsäkerhets- och smärtekonferenser samt på nationella och internationella ryggkongresser.

Intern samverkan

Patienternas diagnos, personliga behov, och livssituation formar innehållet i vårt omhändertagande, hur vi organiserar vårarbetet. Från inskrivning och förberedelser till omhändertagandet på vårdavdelning och operationsenhet. Operationsgenomgångar sker veckovis där planering, vårdtyngd, risker och operationstider går igenom för att optimera flödet för patienter och personal. Då patienter förflyttas mellan enheterna internt sker kommunikation och informationsöverföring på ett strukturerat sätt från avrapporterande enhet för att minska risken för informationsbrister.



Vi ger patienten möjlighet att vara sin egen barriär mot vårdskador genom att vi kommunicerar både muntligt och skriftligt. Genom digitala verktyg som FRISQ patientweb får verksamheten kontinuerligt information från patienten. Patienten uppmanas att själv kontakta verksamheten om det finns risker som bakomliggande sjukdomar eller förändrat status. Framför allt gäller det avvikande provsvar eller nytillkomna tillstånd där vi behöver utvärdera risker inför sövning och kirurgi. En ytterligare säkerhetsåtgärd är de varningssystem vi byggt upp när patienten svarar på tidsangivna formulär i systemet. Dessa triggers gör att vi lätt kan urskilja vilka patienter vi behöver kontakta själva. Detta gäller både inför och efter kirurgi.

3.5 Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§ GDPR

Nödvändiga processer och rutiner krävs för att säkerställa kraven på informationssäkerhet, vilket även framgår av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården.

Internrevisionsarbetet, utifrån dataskyddsförordningen och föreskrifterna om personuppgiftshandling fortsätter. I vårt ärendesystem finns även informationssäkerhet angivet i strukturen för att snabbt kunna anmäla eventuella avvikelser eller brister. Under 2022 har inga personuppgiftsincidenter rapporterats.

För att undvika att informationssäkerheten brister görs alltid en behovs- och riskanalys i samband med att nya system implementeras. Alla system där personliga inloggningar finns inventeras kvartalsvis och all personal som är tillfälliga/slutar på RKC har tidsbestämda inloggningar för att underlätta gallring. Det finns ett dataskyddsombud och två kontaktpersoner för IT frågor samt en IT

grupp på kliniken. Dataskyddsombud, kvalitetsutvecklare, superanvändare av huvudjournalssystem, loggansvariga samt processansvarig ingår i IT gruppen. Då vi bytt IT leverantör har vår informationssäkerhetspolicy och integritetspolicy uppdaterats under 2022.

RKC genomför systematiska egenkontroller i form av regelbundna loggkontroller och logguppföljningar. All nyanställd personal får såväl muntlig som skriftlig information om lagar och förordningar rörande sekretess och personuppgiftshantering. Händelser med dataintrång, där enskild medarbetare åsidosatt sina skyldigheter avseende sekretessreglerna, utreds noggrant och leder oftast till såväl skriftlig erinran som polisanmälan.

Under året har enstaka ärenden om misstänkt obehörig åtkomst handlagts och kunnat avskrivas.

3.6 Strålskydd

I enlighet med Strålsäkerhetsmyndighetens föreskrifter om medicinska exponeringar (SSMFS 2018:5) ska ett strålskyddsbokslut avseende medicinska exponeringar upprättas årligen som ett led i patientsäkerhetsarbetet.

Under hösten 2022 skrevs ett avtal med röntgenutbildarna. Vårt tillstånd från strålskyddsmyndigheten har förlängts. RKC har en O-arm för navigering under operation och två C-bågar för konventionell genomlysning. Under året har det systematiska strålskyddsarbetet för medicinska exponeringar inom RKC huvudsakligen utgjorts av kontroll och registrering.

Utbildning och inskolning.

Strålsäkerhetsutbildning av personal som arbetar med medicinsk bestrålning på operationsenheten ska systematiseras för att säkerställa att utbildningsprogrammet följs. Utbildning sker fortlöpande var 3e år av sjukhusfysiker. 2023 kommer utbildning av sjukhusfysiker från Röntgenutbildarna AB.

Kontroll

Årligen sker kontroll av skyddsutrustning och röntgenutrustning av sjukhusfysiker. Resultaten som uppnåtts i strålskyddsarbetet är att RKC bedriver en strålsäker verksamhet med målet att involvera, motivera och engagera alla medarbetare i verksamheter med medicinska bestrålningar.

Samlad bedömning

Den dokumentation som Ryggkirurgiskt Centrum AB tillhandahållit i sin ansökan är tillräcklig för att bedöma om den sökande har förutsättningar att uppfylla de krav som ställs för att bedriva aktuell verksamhet och om verksamheten är berättigad.

SSM bedömer att verksamheten är berättigad eftersom det är fråga om medicinsk exponering och att den sökande bedöms ha förutsättningar att uppfylla de krav som granskats. Då inget framkommit vid granskningen som talar i annan riktning bedöms den sökande också ha de ekonomiska, administrativa och personella resurser som krävs enligt 3 kap. 11 § strålskyddslagen. SSM bedömer sammantaget att den sökande har förutsättningar att bedriva sin verksamhet med joniserande strålning på ett strålsäkert sätt i enlighet med strålskyddslag, strålskyddsförordning och SSM:s föreskrifter.

SSM bedömer därmed att tillstånd bör beviljas.

3.7 En god säkerhetskultur

SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 7 kap. 2 § p 5

Enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659) är hälso- och sjukvårdspersonal skyldiga att bidra till att upprätthålla hög patientsäkerhet genom att rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada till vårdgivaren. En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet.



Alla enheter har fokus på att öka antalet avvikelserapporter genom att arbeta för och stimulera ett öppet klimat där man både vågar och anser det viktigt att prata om risker och negativa händelser. Avvikelseansvariga informerar på APT om rapporterade avvikelser och de lärdomar man dragit utifrån de analyser som genomförts. Tid avsätts på APT för att tillsammans reflektera över lärdomarna. Avvikelserapportering är grunden för vårt systematiska arbete. Inför planeringsdagar återrapporteras alla händelser, avvikelser och anmälningar för att sprida kunskap i syftet att främja lärande organisation och genomföra förändringar.

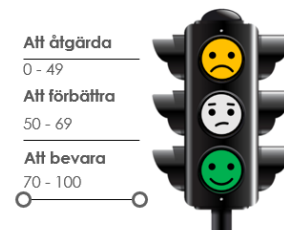
Hållbart Säkerhets Engagemang (HSE)

Vid patientsäkerhetskulturmätningen som genomfördes hösten 2022 får vi ett HSE-index, såväl på enhetsnivå samt aggregerat på verksamhetsnivå. På verksamhetsnivå går vi tillsammans igenom resultatet av mätningen och identifierar de områden/frågor som man bedömer mest viktiga att jobba vidare med. Målet är att förbättra sin patientsäkerhetskultur. Engagemanget för patientsäkerhetsarbetet är mycket bra hos våra medarbetare och det märks exempelvis i att vi har en svarsfrekvens på 76% i HSE- mätningarna. Vi hoppas och tror att vi därigenom ska kunna identifiera både framgångsfaktorer och riskfaktorer så att vi framöver kan arbeta än mer proaktivt med patientsäkerhetskulturen. Resultaten är en temperaturmätning på upplevelser kring säkerheten.

Svarsfrekvens-HSE	Urval	Antal svar	Svarsfrekvens
Totalt	63	48	76%
Vårdavdelning	16	10	63%
Operation	13	11	85%
Fysioterapeut	6	5	83%
Administration	11	8	73%
Enhetschef/läkare	17	14	82%

Tabell: svarsfrekvens -HSE.

Det enklaste sättet att bedöma om ett resultat på en fråga är bra eller mindre bra är att följa stoppljuset nedan. Generellt bör gula värden under 50 åtgärdas direkt. Värden mellan 50 och 69 innebär att utvecklingspotential finns och att de kan förbättras men är inte lika akuta som de gula. Frågor med värden över 70 är gröna, fungerar bra och ska bevaras.



Enhetschef/medarbetare har "tolkningsföreträde" om vad som är ett bra resultat

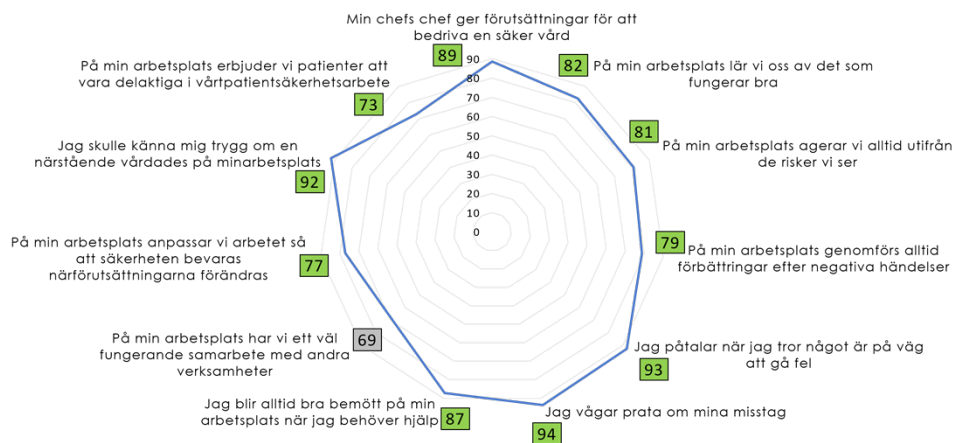


Bild: Resultat. Hållbart säkerhetsengagemang (HSE) m=83.

Analys: Ett av värdena var <70 *På min arbetsplats har vi ett fungerande samarbete med andra verksamheter*. Denna fråga har vi diskuterat och behöver förtydligas i framtiden då det rådde oklarheter. Med andra verksamheter menas externa verksamheter utanför RKC regim.

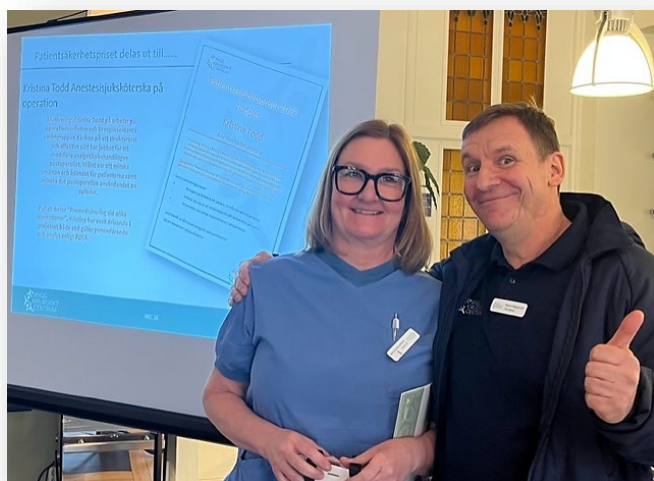
Patientsäkerhetspriset

För att stimulera personalen till att förbättra verksamheten både för medarbetare, patienter och närstående delar RKC ut ett patientsäkerhetspris från och med 2021. Priset syftar till att öka samverkan mellan enheterna och lyfta goda exempel som ökar patientsäkerheten. Patientsäkerhetspriset kan nomineras av kollega eller representanter i förbättringsgruppen. Nominering lämnas till förbättringsgruppen med skriftlig motivering.

Priset för insatser 2022:

Motivering: Kristina Todd arbetar på operationsenheten och är representant i smärtgruppen där hon på ett strukturerat och effektivt sätt har jobbat för att modifiera analgetikabehandlingen postoperativt. Målet var att minska smärtan och lidandet för patienterna samt minska det postoperativa användandet av opioder.

PM:et heter "Premedicinering vid olika operationer". Kristina har varit drivande i projektet både vad gäller genomförande och analys enligt PDSA.



3.8 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. RKC har flertalet specialistutbildade sjuksköterskor och läkare. Vid nyanställning så säkerställs kompetensen via vår anställningsprocess. Som en del av kompetensförsörjningsplanen finns det ett tydligt och enhetligt introduktionsprogram för både chefer och medarbetare. Under året har arbetsbeskrivningar för chefer och förbättrade introduktionsprogram för medarbetare tagits fram. En ny arbetsmiljöpolicy har skapats och ligger till grund för verksamhetens grundprinciper, mål och planer för



arbetsmiljöarbetet. Den är en viktig pusselbit i verksamhetens systematiska arbetsmiljöarbete och syftar till att preventivt förebygga och förhindra olycksfall, psykisk och fysisk ohälsa, trakasserier och våld på arbetsplatsen.

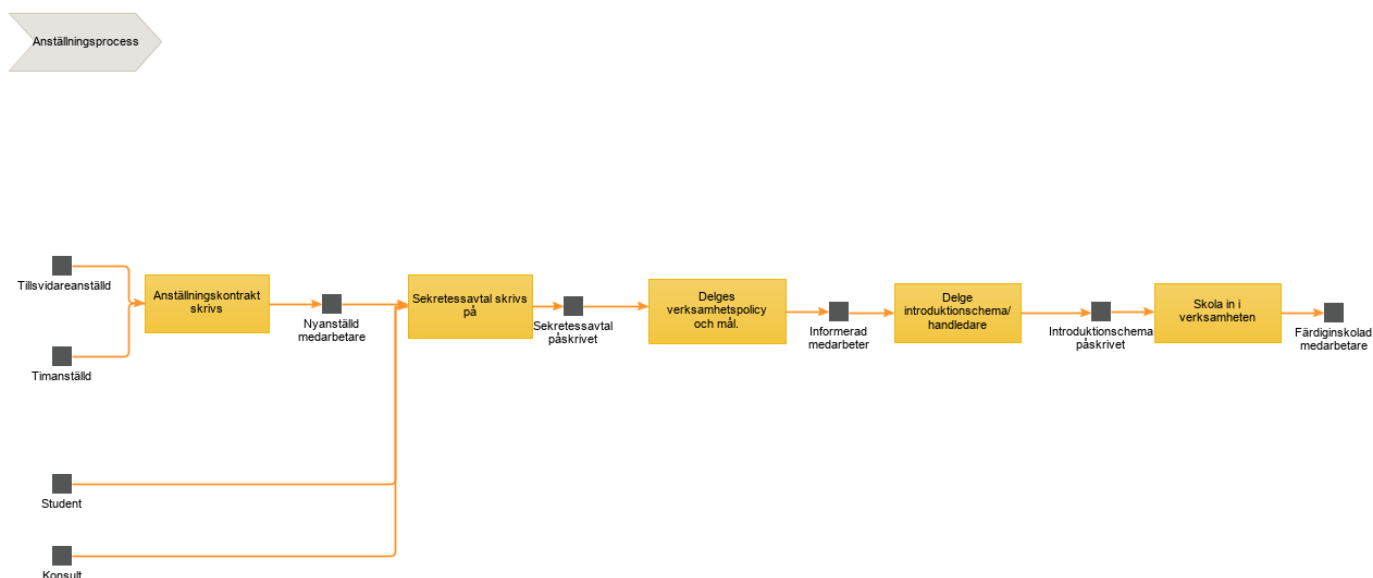


Bild: Anställningsprocess.

Medarbetarnas engagemang och delaktighet i kvalitetsarbetet är nödvändig utifrån deras kompetens och erfarenhet för att uppnå god kvalitet i sjukvårdens olika verksamheter. Grundläggande förutsättningar för delaktighet är att medarbetarna har den kompetens som krävs och medges kompetensutveckling och att verksamheterna kan skapa delaktighet hos medarbetarna. På RKC sker detta genom:

- Medarbetarsamtal
- Arbetsplatsträffar
- Samverkansgrupper
- Individuella kompetensutvecklingsplaner/Utbildningsfond
- Internutbildningar
- Webutbildningar
- Uppföljning via medarbetarenkäter. Hållbart medarbetarengagemang (HME)

RKC har utformat en intern utbildningskalender där målet är en ökad kompetens inom det specifika verksamhetsområdet och att skapa förutsättningar för en kvalitetsorganisation som är stödjande. Utbildning är viktigt för att utveckla vårdens kvalitet och för att inspirera och engagera medarbetarna. RKC har haft öppna och återkommande föreläsningar och utbildningsronder vid några tillfällen per månad. Vi vill stimulera till en ökad kunskap hos verksamhetens samtliga medarbetare och erbjuder möjlighet till externa utbildningar under året. En utbildningsfond har skapats.

På kliniken bedrivs flertalet forskningsprojekt. Vi har ingående samarbeten med Karolinska institutet, Linné universitet och Linköpings universitet. Årligen Besöker kirurgerna både nationella och internationella kongresser i syftet att vara ledande ryggklinik.

3.9 Patienten som medskapare

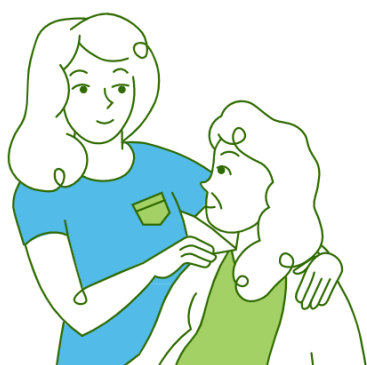
SFS 2010:659 3 kap. 4 §

En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende. Vi gör våra patienter delaktiga, dels i det vardagliga mötet med patienten där vi engagerar patienten i och ta ansvar för sin behandling, dels genom att uppmana patienten att läsa sin journal på 1177. I våra egna återkommande patientnöjdhetmätningar uppmanas patienten ge förbättringsförslag och/eller beröm. Under 2022 har vi haft flera projekt för att förbättra våra digitala verktyg, förbättra informationen på hemsidan och öka tillgängligheten. Syftet är att underlätta för patienter och närstående. Vår förhoppning är att skapa en patientdialog under 2023.



Kundundersökning, klagomål och patientinformation

Vi arbetar ständigt för att förbättra oss om patienten eller närstående uttrycker klagomål eller har synpunkter på vården. Tillgängliga system är en viktig del i arbetet därför har vi försökt lösa detta med nya effektivare kommunikationsmetoder. Grunden till en trygg och säker **vård** är en väl fungerande dialog mellan patient och vårdpersonal. En av de viktigaste förutsättningarna för ett säkert teamarbete är att individer och team hela tiden har en tydlig bild av läget för patienten och situationen i övrigt. För att uppnå en gemensam och tydlig bild är kommunikationen det viktigaste



verktyget. Vi mäter därför hur informationsflödet uppfattas vid våra öppenvårdsbesök på mottagningen. Målsättningen är att 100% av patienterna har fått tillräcklig information av sin vård och behandling och att patienten förstått informationen som delgivits.

Vi kompletterar även med utvärderingar postoperativt via FRISQ webbtjänst. Övriga instanser är IVO, LÖF, patientnämnden, kvalitetsregister och 1177 klagomålshantering.

Uppföljning sker kontinuerligt från samtliga instanser. Förbättringsförslag diskuteras på våra tvärprofessionella förbättringsmöten och på enheternas veckomöten. 2 gånger per år

sammanställs dessa och diskuteras gemensamt på verksamheten. Vår nya kundportal på mottagningen har ökat antalet respondenter med ca 80% vilket ger oss en tydligare bild av mötet med våra patienter. Sammantaget har vi fått >250 svar/månad. Förbättringsområden har framför allt rört kommunikation, information och delaktighet. Exempel på åtgärder har varit att hjälpa patienterna efter besöket. Ett informationsmaterial har därför tagits fram tillsammans med både kirurger, kvalitetsutvecklare och fysioterapeuter.

Vid verksamheternas vårdskadeutredningar genomförs intervjuer med patienter och närstående och även där hämtar vi in synpunkter. När centrala händelseanalyser genomförs, tar analysledare eller verksamhetschef som regel kontakt med patient och närstående för att få deras bild av händelsen som en viktig del av utredningen.

Patientnämnden

Patientnämndens huvudsakliga uppgift är att ta emot patienters och anhörigas klagomål och synpunkter på hälso- och sjukvården och se till att dessa besvaras av vårdgivaren. Patientnämnden är en länk mellan patienten och sjukvården med syfte att bidra till att patienter och vårdgivare förstår varandra bättre. Detta görs genom att beskriva, reda ut och förklara. Patientnämnden verkar opartiskt och fristående i förhållande till vårdgivaren men har en nära dialog med verksamheten. RKC tar del av patientnämndens inrapporterade data via ärendesammanställningar, exempelärenden samt via övergripande och riktad statistik. Syftet är att belysa patienternas synpunkter och utifrån dessa skapa dialog. PaN kommunicerar med verksamhetschef och kvalitetsutvecklare och ärenden följs upp skriftligen.

4 AGERA FÖR SÄKER VÅRD

4.1 Öka kunskap om inträffade vårdskador



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

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

RKC har utarbetat en handlingsplan för att minska vårdrelaterade infektioner och vårdskador. Vi arbetar utifrån mätresultat och uppställda mål som gör att vi kan presentera resultaten på ett tydligare sätt månad för månad. Via olika system som PPM (punktprevalensmätningar), Medrave, FRISQ och Qlik Sense samlar RKC in information för att kontrollera resultat och bedöma om eventuella vårdskador har inträffat. Analys och sammanställning av dessa ger oss data samt frekvens för varje månad. Vårdrelaterade infektioner är ett multifaktoriellt problem. Bakomliggande sjukdom (ASA klass) och riskfaktorer som rökning och alkohol är några av faktorerna som ökar riskerna. Att informera patienterna för riskerna och delge patienten tydlig patientinformation och förbättra följsamheten av preoperativa förberedelser som preoperativ tvätt är prioriterade.

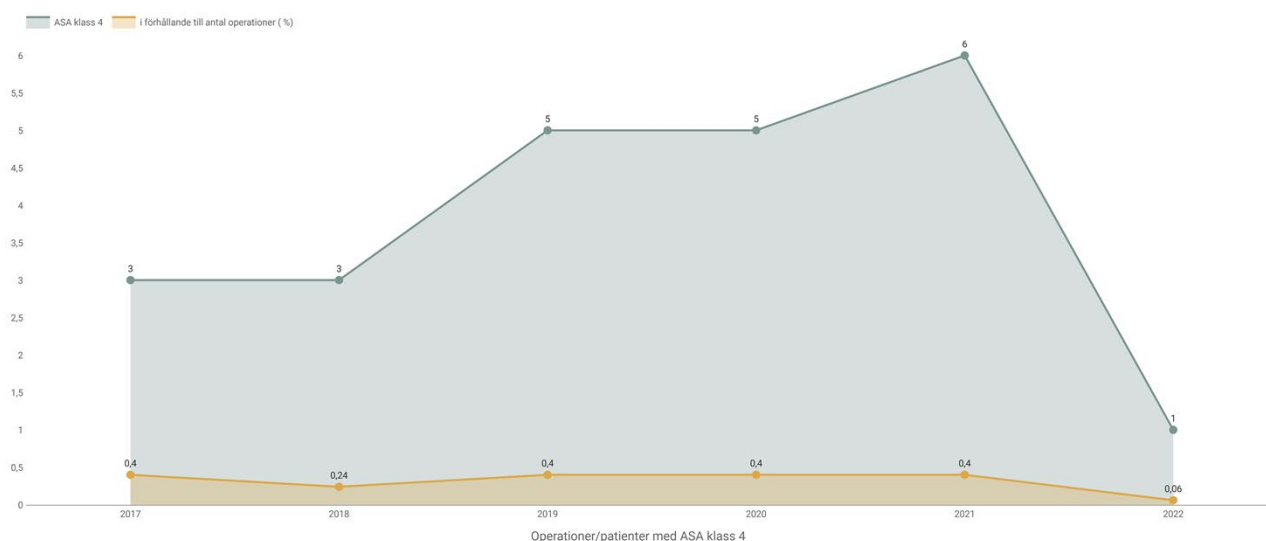


Diagram: Antalet patienter med ASA klass 4 (högriskpatienter).

Patienter som genomgått kirurgi med ASA klass 4 ger en ökad risk. Målet är att inte operera någon

med ASA klass 4. Under 2022 har patienter med ASA klass 4 (0,06%) minskat med 85% från 2021 och patienter med ASA klass 3 (11%) har minskat med 6% från 2021. *Se vidare i kap. tillförlitliga system och processer.*

Resultat och analys VRI och komplikationer

Under 2022 har postoperativa enheten tagit emot >700 patientbesök. Majoriteten av besöken gäller såromläggningar, hjälp med förbandsbyten eller komplikationer som sårinfektioner som kräver antibiotikabehandling och provtagning. En fåtal patienter söker även för oro eller smärtproblematik.

Målvärden för ytliga och djupa infektioner är satta av verksamheten själva och ligger lägre än riksnittet. De flesta små sårinfektioner i hemmet efter operation är av sorten sekundära infektioner av lokalt bristande sårsläkning utan pus.

Om operationssåret förorenas med lågvirulenta bakterier från patientens normala hudflora, som koagulasnegativa stafylokocker (KNS), till exempel *Staphylococcus epidermidis*, är risken för infektion förhöjd vid särskilt infektiöskänslig kirurgi som ortopedisk kirurgi, kärl- och neurokirurgi, och/eller implantation av kroppsfrämmande material. Faktorer relaterade till patienten som ökar infektionsrisken registreras i samband med att övrig komplikationsregistrering följs upp. Förbättringsåtgärder insatta för optimal sårsläkning inkluderar förbandsförbättringar, patientinformation om hantering av operationssår, aktivitet, smärtlindring, hygien och nutrition.

VRI och Komplikationer	Målvärde % 2022	Utfall % 2021	Utfall % 2022	Komplikation	Allvarlig komplikation
Ytlig infektion	<2%	1,9%	2,6%	2,6%	0%
Djup infektion	<0,7%	1%	0,9%	0%	0,9%
UVI	<1%	0,14%	0,18%	0,18%	0%
Sepsis	<0,5%	0,14%	0,06%	0%	0,06%
Pneumoni	<0,05%	0,14%	0,06%	0,06%	0%
DVT	<1%	0,14%	0%	-	-
Lungemboli	<0,05%	0%	0,37%	0%	0,37%
Stroke	<0,1%	0,07%	0%	-	-
Hjärtinfarkt/hjärtstopp	<1%	0,07%	0,06%	0%	0,06%
Reoperationer samma vårdtillfälle	<2%	1,7%	0,24%	0,24%	0%
Antal fallolyckor	<0,5%	-	0,4%	0,2%	0,2%

Diagram: VRI och komplikationer. Gulmarkerade = VRI, Orange markerade = Allvarliga komplikationer

4 av parametrarna har varit högre än de lågt uppsatta målen.

Ytliga infektioner

- De ytliga infektionerna som registrerats (positivt odlingssvar och/eller utskrivna antibiotika med misstänkt ytlig infektion) ökade något 2022 (1,9%-2,6%).

Djupa infektioner

- Andelen djupa infektioner har under 2022 minskat från föregående år från 1,0% till 0,9% (målvärde 0,7%). Djupa infektioner innebär stort lidande, långvarig antibiotikabehandling med risk för bestående sequele och bedöms därför som en allvarlig komplikation.

Embolier

- Risken för embolier postoperativt ökar vid aktiv cancer, tidigare embolier, förväntad immobilisering >3dygn och känd trombofili. Patienter som har underliggande sjukdom som utgör en riskfaktor har vi behandlat profylaktiskt med lågmolekylärt heparin (Fragmin) postoperativt i 10 dagar för att förebygga utvecklingen av djup ventrombos (DVT) eller lungemboli. Då vi såg en ökning av embolieincidensen redan under våren 2022 startades en utredning. Samtliga fall granskades i ett försök att hitta någon gemensam nämnare vilket inte kunnat identifierats.

Hjärtinfarkt

- Postoperativ hjärtinfarkt är ovanligt på RKC. Patienter med bekräftad hjärtinfarkt under året (0,06%) är fortfarande väldigt låg men patienter med allvarliga komplikationer utreds alltid internt.

Fallolyckor under vårdtiden

- Att fallolyckor och fallskador är så vanliga på sjukhus beror troligen främst på att de som vistas där är påverkade av akuta sjukdomssymtom och/eller akuta läkemedelsbiverkningar och förvirring. Som ett led i ökad patientsäkerhet har vi efter årets händelseanalys sett över våra rutiner gällande fallolyckor och dess orsaker genom att analysera avvikelser. Under året har vi gått igenom samtliga case som innefattat fallolyckor (0,4%) och satt upp målvärden samt gjort rutinförbättringar. 0,2% av fallolyckorna var orsakade av yrsel pga. läkemedelsbiverkningar. 0,2% ledde till allvarliga komplikationer och åtgärd på akutsjukhus.

Urinvägsinfektion (UVI)

- Patienter på RKC erhåller inte urinkateter per rutin. Samtliga patienter med postoperativ urinvägsinfektion (0,18%) hade erhållit kateter under vårdtiden. Urinstämma eller blåsöverfyllnad kräver åtgärd med kateter i de fall det överstiger en viss mängd i blåsan. Övriga patienter tappas.

Efter operationer finns en ökad risk för blåsöverfyllnad pga. flera faktorer som stress, smärta, läkemedel, minskad rörlighet. Det ökar risken för urinvägsinfektion, skador på urinvägarna, urininkontinens och förlängd överfyllnad kan skada blåsans kapacitet. Vid de tillfällen patienter har svårt med blåstömning tappas urinen ut och efterföljande kontroller görs med hjälp av ultraljud av urinblåsan (bladderscan).

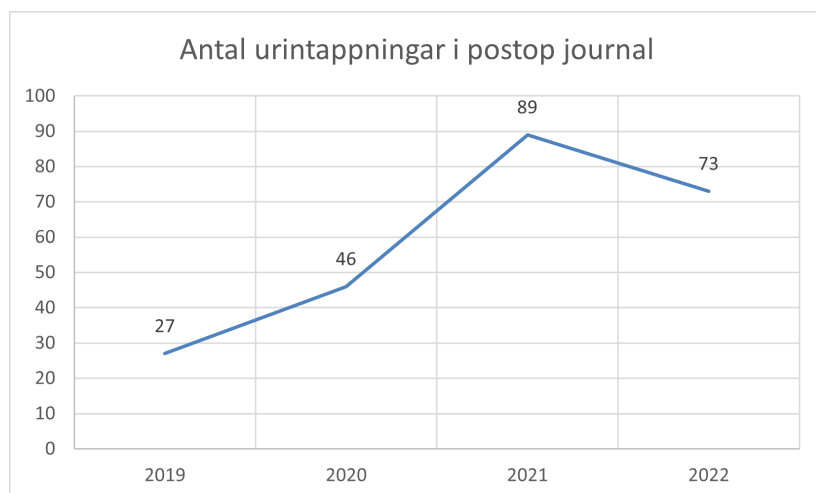


Diagram: Antal tappningar av urinblåsa per år på uppvakningsavdelningen.

Vi ser att det finns ett ökat antal urintappningar utförda de senaste åren. Mycket beror på förbättrade rutiner av blåsövervakningen postoperativt men även på grund av förbättrad dokumentation.

I vissa fall måste patienterna ha en kvarvarande kateter. Under 2022 fick sammanlagt 20 patienter KAD (urinkateter) på RKC. 10 av dessa patienter var ordinerade sängläge postoperativt på grund av durarift och fick erhålla KAD. Endast 0,1% av dessa fick en postoperativt en urinvägsinfektion.

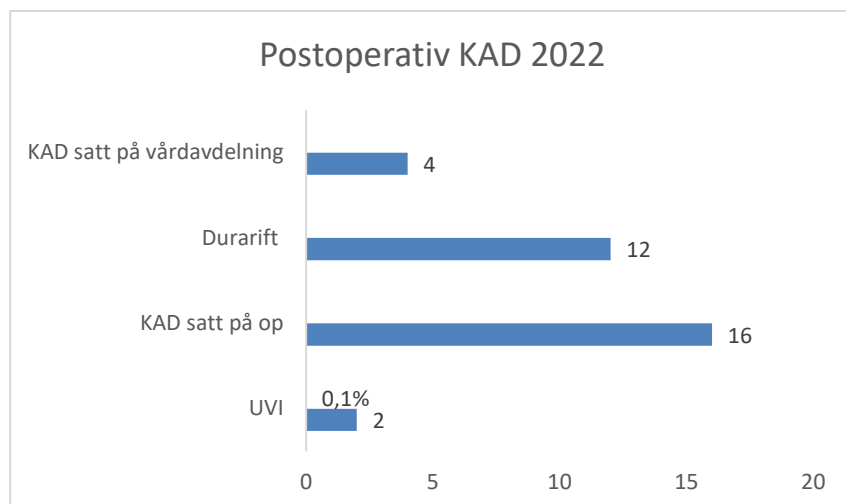


Diagram: Postoperativ urinkateter n=20 varav 0,1% fick UVI

Postoperativt får vi information 30 dagar efter operation där patienten kontaktas vid komplikationer som uppges i systemet. Patienter i webbtjänsten har ökat under 2022. 54 % av patienterna svara på uppföljningen. Förhoppningen är att detta skall öka under 2023.

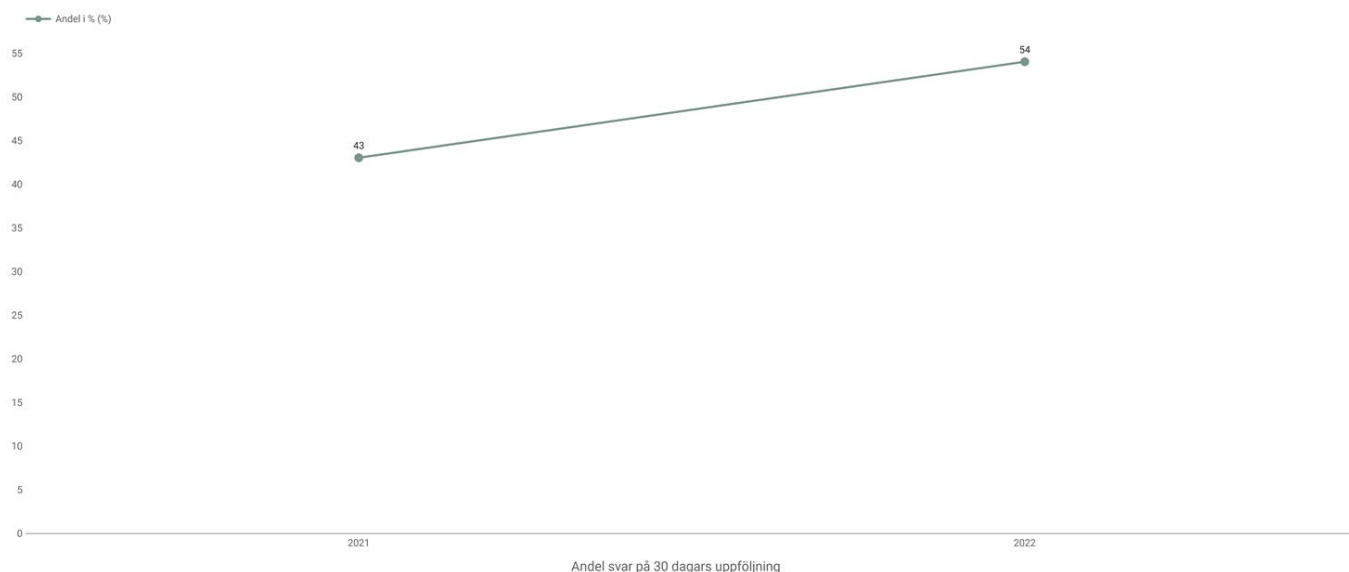


Diagram: Antal % 30 dagarsuppföljningar i FRISQ per år 2021–2022 (2022, 54%).

Specifika etiketter har skapats för att underlätta uppföljningen av patienterna. Uppföljning görs av kvalitetsutvecklare kontinuerligt.

Bild: Varningsetiketter i FRISQ 30 dagar postoperativt.

-  POSTOP - Urinvägsinfektion
-  POSTOP - Lunginflammation
-  POSTOP - Blodpropp ben
-  POSTOP - Hjärtinfarkt
-  POSTOP - Blodpropp lunga
-  POSTOP - Stroke
-  POSTOP - Komplikationer sår

Handlingsplan och preventiva åtgärder 2022–2023

Alla VRI diskuteras även om det är i låg omfattning. En

verksamhetsanalys görs vid allvarliga komplikationer och de övriga patientfallen diskuteras internt. RKC följer även upp och utreder händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada, identifierar bakomliggande orsaker samt vidtar åtgärder.

Verksamhetschef och kvalitetsutvecklare har med hjälp av avvikelsegruppen ansvar för att utföra detta.

Som ett led i patientsäkerhetsarbetet arbetar vi proaktivt med att förbereda och informera patienten via digital kommunikation och inskrivning. Patienter får i stort sett all sin preoperativa och postoperativa information via webbtjänsten FRISQ. Under 2021 och 2022 har vi lagt stort fokus på att inkludera så många som möjligt i tjänsten ur patientsäkerhets- och miljösynpunkt. Patienter som inte uppföljer kriterier för digital kommunikation får fortfarande skriftlig information.

-  PREOP - Kontraindikationer
-  PREOP - Snabbtest Covid-19
-  PREOP - Smärta avtagit
-  PREOP - Ej planerat hemresa
-  PREOP - Vård utomlands
-  PREOP - Sjukhusvård
-  PREOP - Sår
-  PREOP - Antibiotika
-  PREOP - Ökad smärtlindring
-  PREOP - Förkylnings/infektion

Under 2022 har vi kompletterat webbtjänstens webgränssnitt med varningsetiketter (triggers) även inför kirurgi. Patientens svar trigger där ett antal olika varningsetiketter där flertalet har syftet att komplettera hälsodeklarationerna och optimera den preoperativa bedömningen av kirurg och

anestesiläkare. Etikettsvaren kommuniceras till ansvariga. Då kontraindikationer framkommer kan patienten ibland bli struken av medicinska skäl eller framflyttad i väntan på ytterligare utredning. Det kan gälla underliggande sjukdom eller hälsoförändringar. Målet med patientetiketter i FRISQ är att minska eller helt förhindra att vårdskador uppkommer och för att följa upp utgången. Informationen förbättrar möjligheten att vidareutveckla verksamheten och öka patientsäkerheten. Systemet möjliggör uppföljning av patienter som inte bor i Stockholmsområdet vilket vi tidigare upplevt som en svårighet.

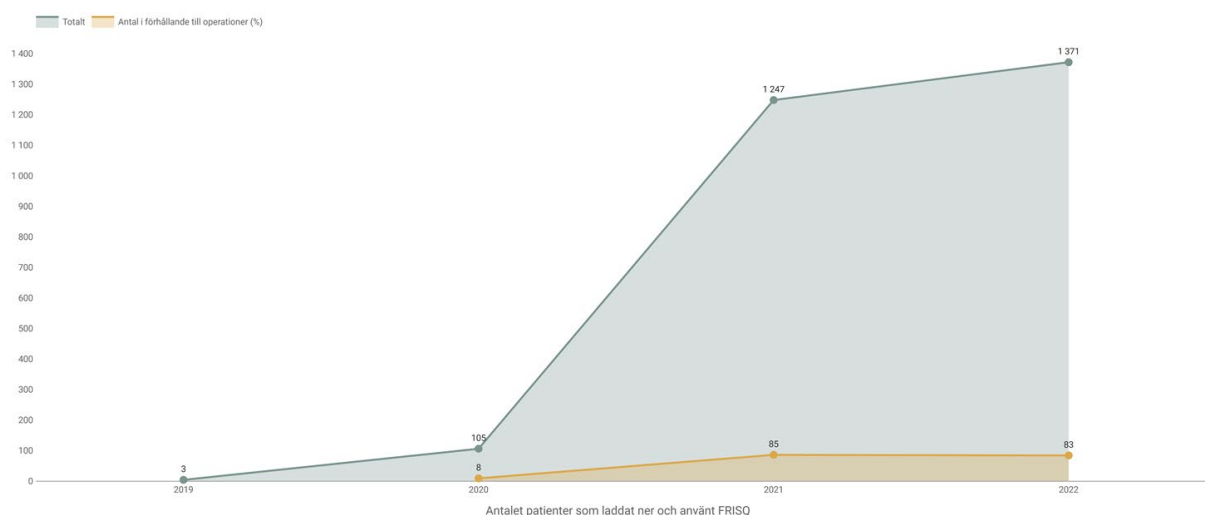


Diagram: Antalet vårdplaner i FRISQ 2022 (83%) och förhållandet till antalet operationer.

För att följa, utvärdera, minska och undvika eventuella vårdskador analyseras även resultat av:

- avvikelserapportering (se 3.6)
- riskbedömningar av processer
- utredning av händelser (händelseanalys)
- resultat från den markörbaserade journalgranskningen, MJG
- PPM VRI
- PPM BHK
- statistik och data från LÖF, och IVO
- patientnämndernas anmälningar PaN
- klagomål via 1177
- verksamhetssimuleringar
- komplikationsregistrering
- kvalitetsregister
- dialogstöd
- synpunkter från patienter och närstående PREM, PROM
- HSE enkät

PROM står för "Patient Reported Outcome Measures" PREM "Patient Reported Experience Measures"

De riskområden som framkommer vid avvikelserapportering analyseras i förbättringsgruppen. Riskerna riskbedöms i riskmatrisen och åtgärder kopplas till riskerna. De åtgärder som framkommer

kopplas till den aktuella processen. *Se riskhantering, se avvikelser.*

För att öka kunskapen hos medarbetare och ledning finns flera olika forum. Samtliga händelser eller risker diskuteras både på APT, smärtgruppen, förbandsgruppen, läkare-fysioterapeutmöten eller på läkarmöten och i förbättringsgruppen. En samlad analys som görs av kvalitetsutvecklare och verksamhetschef och presenteras halvårsvis och delges personalen på klinikdagar.

4.2 Tillförlitliga och säkra system och processer

Genom att inkludera systematiskt patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen kan både de reaktiva och proaktiva perspektiven på patientsäkerhet bejaskas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten. Vi har skapat tydliga processer för samtliga flöden i verksamheten. Nedan redovisas olika preventiva arbetsprocesser och rutiner vi använder för att säkra utgången och minska risken för vårdskador och komplikationer.



Riskbedömning inför kirurgi

Inför varje enskilt möte med patienter på kliniken görs individuella bedömningar för att upprätthålla patientsäkerheten. Om kirurg på mottagning eller vid s.k. sambedömning med fysioterapeut misstänker att patienten psykiska hälsa kan vara en faktor som bidrar till att kirurgi inte ter sig lämpligt i dagsläget kan vi screena patient genom vår kurator som arbetar deltid på RKC och få en bedömning av detta. För att systematiskt bedöma en patients preoperativa hälsotillstånd och identifiera riskfaktorer vid anestesi/operation fyller samtliga patienter i en hälsodeklaration. Hälsodeklarationen blir ett viktigt underlag tillsammans med patientjournalen, provsvar och ev. information från ytterligare utredningar för att kunna göra en korrekt bedömning. Därefter görs en ASA klassificering. ASA-klassificeringen är en nationell metod för att systematiskt bedöma en patients preoperativa hälsotillstånd och identifiera riskfaktorer vid anestesi/operation. Vidare utredning eller behandlingsåtgärder kan krävas och patienten får ibland avvakta kirurgi i väntan på detta. Det kan gälla högt BMI, avvikande provsvar, rökning, högt HbA1c vid diabetes eller obehandlad hypertoni.

Summa Operationer>1600	ASA klass	% fördelning
ASA KLASS	1	35,4%
ASA KLASS	2	52,5%
ASA KLASS	3	11,7%
ASA KLASS	4	0,06%
ASA KLASS	ej bedömda	0,3%

Tabell: Fördelning av ASA klassificering av opererade patienter under 2022.

Vid planerad kirurgi får patienterna en muntlig genomgång tillsammans med inskrivningssköterska. Specifika inskrivningsmallar används. Inskrivningssköterskans funktion är att dagligen se över planeringen för kommande operationer för att minska medicinska strykningar. Hälsodeklarationen kompletteras med information som kan ha utelämnats eller missats. För att optimera resultatet och öka patientsäkerheten följer vi patienten inför planerad kirurgi som tidigare redovisats via FRISQ. Detta för att kunna flagga för patienter med försämrat hälsotillstånd i dialog med ansvarig läkare och anestesilog som därefter tar ställning igen. Kvarstår planeringen informeras vårdavdelning och operationsenheten om eventuellt avvikande status.

Följsamhet av basala hygien och klädregler (BHK)

Kvalitetsutvecklare samverkar med hygien- och miljöombud på alla enheter. Hygienombuden har regelbundna möten 1–2 gånger per termin med övriga vårdgivare i hygiengrupper där hygienansvariga från övriga kliniker på Sophiahemmet ingår. Utbildningssatsningar för nyanställda samt enhetschefer genomförs regelbundet liksom en fördjupad genomgång för hygienombud. En del i preventionen för att minska risken för vårdskador som VRI eller komplikationer är att ha en god följsamhet vad gäller BHK och eftersträva en god hygienisk standard. Hygienombuden genomför BHK mätningar kvartalsvis och säkrar kunskapsöverföring genom återkoppling till enheterna. Resultaten redovisas i rapportform och visualiseras med diagram och analys fortlöpande.

Basala hygienrutiner är den viktigaste åtgärden för att förebygga smittspridning i vårdarbetet. Mätningarna är observationsstudier som genomförs under en bestämd tidpunkt på medarbetarna. Medarbetarnas följsamhet till åtta grundläggande hygiensteg och klädregler observeras. PPM mätningar av basala hygien och klädregler (BHK) rapporteras kvartalsvis till medarbetare, två ggr per år till Sophiahemmet, Regionen eller SKR. I år fick RKC diplom från Sophiahemmets patient och kvalitetsavdelning för det 100% resultatet på hösten mätningar.

Klinikens mål är att hålla en mycket hög vårdhygienisk standard (100% följsamhet). Resultatet på enheterna under året har varit alltigenom mycket höga och goda. Kvalitetsutvecklare samt hygienombud på operations- och vårdavdelningen har ett tätt samarbete med verksamhetschef och enhetschefer vid bristande följsamhet. Uppföljning med åtgärder dokumenteras i vårt ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.



Bild: Diplom från Sophiahemmet för ht 2022, 100% följsamhet på BHK mätning på både vårdavdelning och operationsenhet.

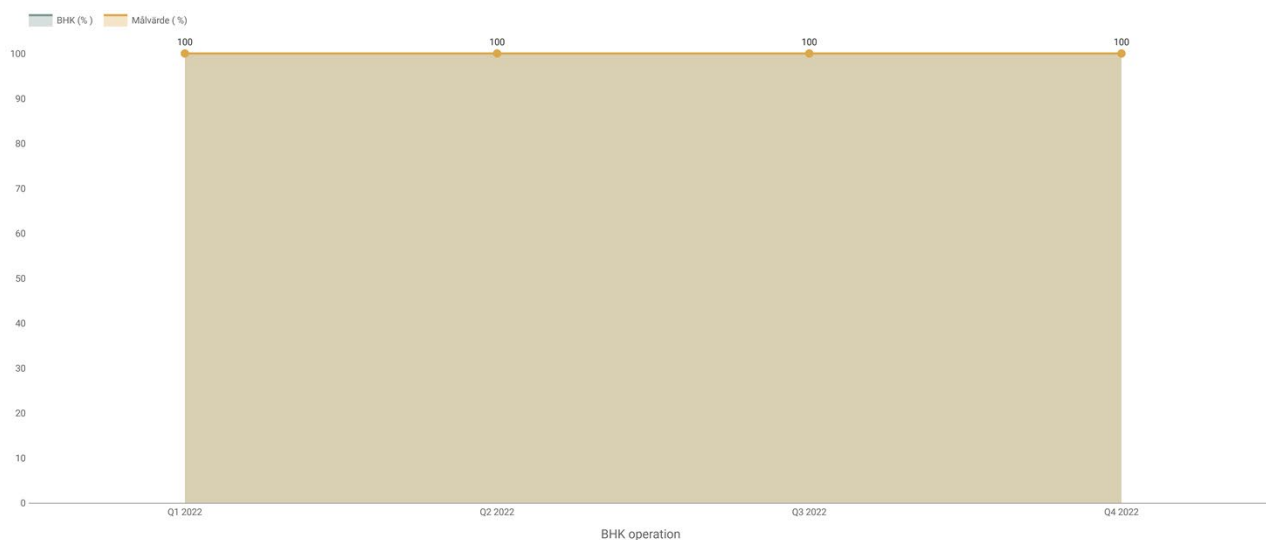


Diagram: Resultat av kvartalsmätningar (BHK) på operationsenheten 2022. Mål 100%.

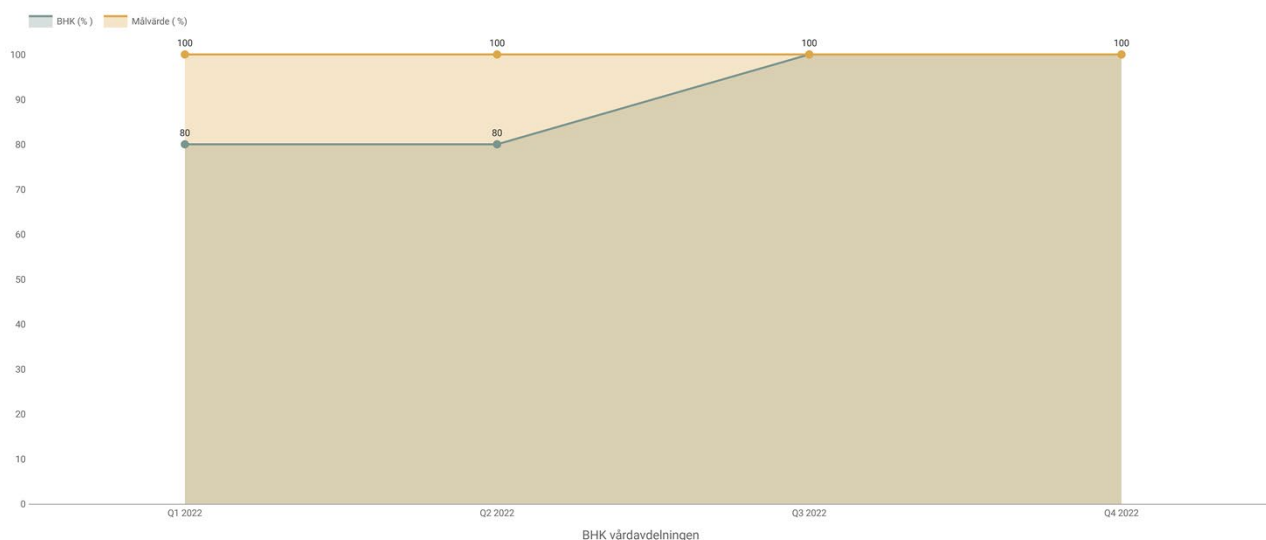


Diagram: Resultat av kvartalsmätningar (BHK) på vårdavdelningen 2022. Mål 100%.

CFU mätning

Kirurgi där främmande material sätts in i kroppen (implantatkirurgi) benämns infektionskänslig kirurgi och ställer höga krav på luftens renhetsgrad. Här önskar man uppnå ultraren luft, vilket innebär ≤ 10 CFU/m³ eftersom man vet att även små mängder bakterier kan orsaka en implantatrelaterad infektion. För att säkerställa att antalet CFU inte överstiger denna nivå används en riktlinje som innebär att ett medelvärde på ≤ 5 CFU/m³ eftersträvas. CFU-mätning på en operationssal är en speciell procedur som kräver att teknikern är på plats vid operationen, iförd samma skyddsutrustning som sjukvårdspersonalen. Kolonidannande enhet (CFU) är en parameter som mäter antalet livskraftiga bakteriella eller svampceller i ett givet prov. Metoden som räknar kolonibildande enheter betecknas som standardplåträkning. CFU mätning görs kontinuerligt på RKC. 2022 års kontroll visade några tryckdifferenser och enstaka höga värden av CFU (1 mätzon). För operationssal avsedda för infektionskänsliga operationer rekommenderas övertryck mot omgivande lokaler minimum 5Pa, samtliga tre rum hade lägre värden mot korridoren och två av rummen ligger med undertryck mot förberedelserum. Tryckdifferenser som uppmättes under dörrar föranledde utredning av både ventilation och tätskikt. Dessa åtgärdades omedelbart. En ny kontrollmätning kommer att utföras inom kort.

Kontroll av temperatur och fuktighet låg inom godkända referensområden.

Medelvärde för CFU låg mellan 1–6,5 CFU/m³ (5 av 6 värden var > 4)

Hygien och städkontroller, visuellt och med ATP

God hygienisk standard är en del av god kvalitet i vård och omsorg vilket anges som ett specificerat krav i hälso- och sjukvårdslagen. Val av städmetod baseras på hygienklass, typ av smuts, föroreningsgrad och ytmaterial. Oavsett vilken metod som väljs är det viktigt att den utförs rätt. Den som utför städning ska vara utbildad i de städmetoder som används. Vid ATP (adenosintrifosfat) mätning fångas organiskt material på tagytor. Ofta på grund av otillräcklig manuell rengöring. Städning minskar mängden smuts och mikroorganismer i miljön och är tillsammans med

basala hygienrutiner och punktdesinfektion grundläggande för att förebygga vårdrelaterade infektioner och smittspridning. Städning av vårdlokaler kompletterar andra åtgärder som förebygger vårdrelaterade infektioner och är en viktig del i patientsäkerhetsarbetet. Sjukhuset är en plats med stor omsättning av personer. Patienter, personal och besökare står ständigt i direkt kontakt med varandra samt med miljön. Patogener kan överföras direkt mellan individer och via beröring av ytor. Effektiv rengöring är därför viktig för att förhindra överföring av vårdrelaterade infektioner. Resultatet av all rengöring bör följas upp regelbundet för att säkerställa att det utförs tillräckligt noggrant.

Nedan presenteras frekvensen av städkontroller som RKC genomfört tillsammans med städledare med hjälp av ATP. Egenkontrollerna kompletteras med visuell kontroll inför operationsstart och efter den dagliga slutstädningen. Vid städkontroller görs en genomgång av följsamhet till kemikalier, material och metoder.

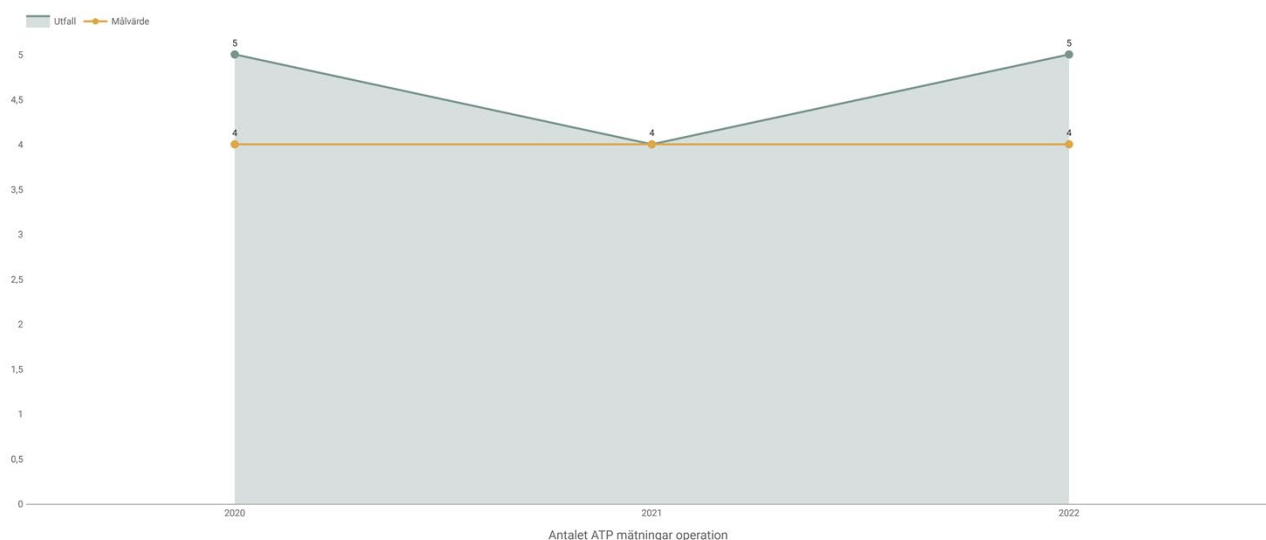


Bild: ATP mätningar operation 2020–2022. Mål 4 gånger per år.

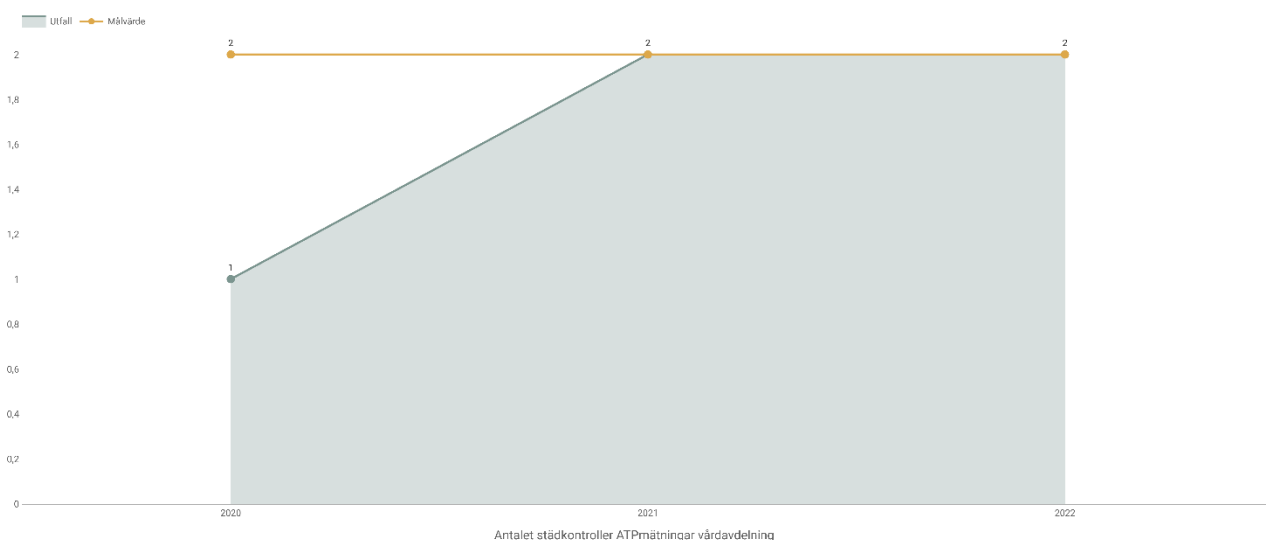


Bild: ATP mätningar vårdavdelningen 2020–2022. Mål 2 gånger per år.

Flera förbättringar inom städning och desinficering har tagits fram under 2022. Bland annat internutbildning av personal och gällande regelverk (MDR). Vi har nu helt övergått till att använda endast CE märkta produkter för rengöring av medicinteknisk utrustning. Vi har haft kompletterande mätningar under övergången.

Läkemedelshantering

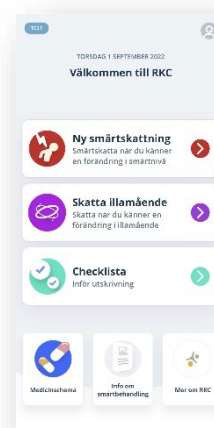
Vi arbetar med standardiserade format för läkemedelshantering under patientens sjukhusvistelse. Patienten uppmanas att själv vara delaktig och använda Pcoa. (Patientcontrolled oral analgetica). En tvärprofessionell smärtgrupp arbetar kontinuerligt för att säkerställa att vi optimerat behovet av postoperativ smärtlindring. Syftet är att minska opioidförbrukningen. Det kan gälla både pre- och postoperativ smärtlindring. Under 2022 har premedicineringen för samtliga ingrepp ändrats vilket har minskat det postoperativa opiatbehovet betydligt.

(Se: En god säkerhetskultur - patientsäkerhetspris)

För att följa de lagar och riktlinjer som ställs på verksamheten görs en årlig granskning av farmaceut från apoteket. Syftet med kvalitetsgranskningen är att skapa en verksamhet med patientsäker läkemedelshantering. Utgångspunkten är Socialstyrelsen föreskrifter, RKC interna läkemedelsrutin samt enheternas lokala läkemedelshanteringsinstruktion. Apoteksfarmaceuten går igenom läkemedelshantering och skriftliga lokala rutiner. Samtliga kvalitetsgranskningar protokollförs och genomförs fysiskt på vårdenheter tillsammans med ansvariga för läkemedelshantering. Narkotikakontroller görs dagligen av andra i personalgruppen. Två gånger per år görs stickkontroller för narkotikahantering i verksamheten.

Zengio vård är en applikation för att mäta postoperativ smärta och illamående. Den finns tillgänglig för patienterna under sin sjukhusvistelse. I applikationen finns även patientens individuella medicinlista som har en direkt koppling till patient FASS. Syftet är att patienternas smärta ska visualiseras på enheten via en monitor. RKC har varit drivande i utvecklingen av Zengio Vård och har använt tjänsten i sin verksamhet sedan 2019. Under 2022 genomförde vi ett antal åtgärder för att öka den kliniska relevansen och användningsgraden.

Under årens lopp har vi sett hur vårdtiderna för inlagda patienter successivt har förkortats vilket är målet. Medelvårdtiden är nu 1.20 dygn. Zengio Vård togs därför bort under våren/sommaren 2022 och en ny version togs fram. Denna version möjliggör rapportering i hemmet för nyopererade patienter. Detta innebär att patienterna nu kan skrivas hem i systemet och att deras smärtskattning visas på en separat uppföljningstavla på samma sätt som för de inlagda patienterna. På så sätt kan man nu välja att följa patienterna under valfritt antal dagar i hemmet. Dessa nya möjligheter gjorde också att vi under december 2022 planerade och startade ett kvalitetsarbete för att kunna testa de nya arbetssätten på nyopererade halsryggspatienter.



Antibiotikaförskrivning

RKC har som målsättning att följa rekommendationerna från STRAMA's 10 stegs program (STRAMA Samverkan mot antibiotikaresistens) vad gäller antibiotikabehandling. Vid postoperativa infektioner som är vårdrelaterade är årsstatistiken en viktig faktor för att utvärdera vården som vi bedriver och effekterna av denna. Vi monitorerar antibiotikaförskrivningen i syftet att bevaka utvecklingen och våra resultat av VRI och komplikationer.

Under 2022 ökade RKC antalet operationer med ca 10%. Vår antibiotikaförbrukning på RKC mätt i expedierade recept minskade med 6% under 2022. Antalet DDD (dygnsdoser) har minskat från föregående år med ytterligare 0,9%. Vi ser att antalet DDD av antibiotika har minskat i motsvarande proportion till vår minskning av antalet djupa infektioner.

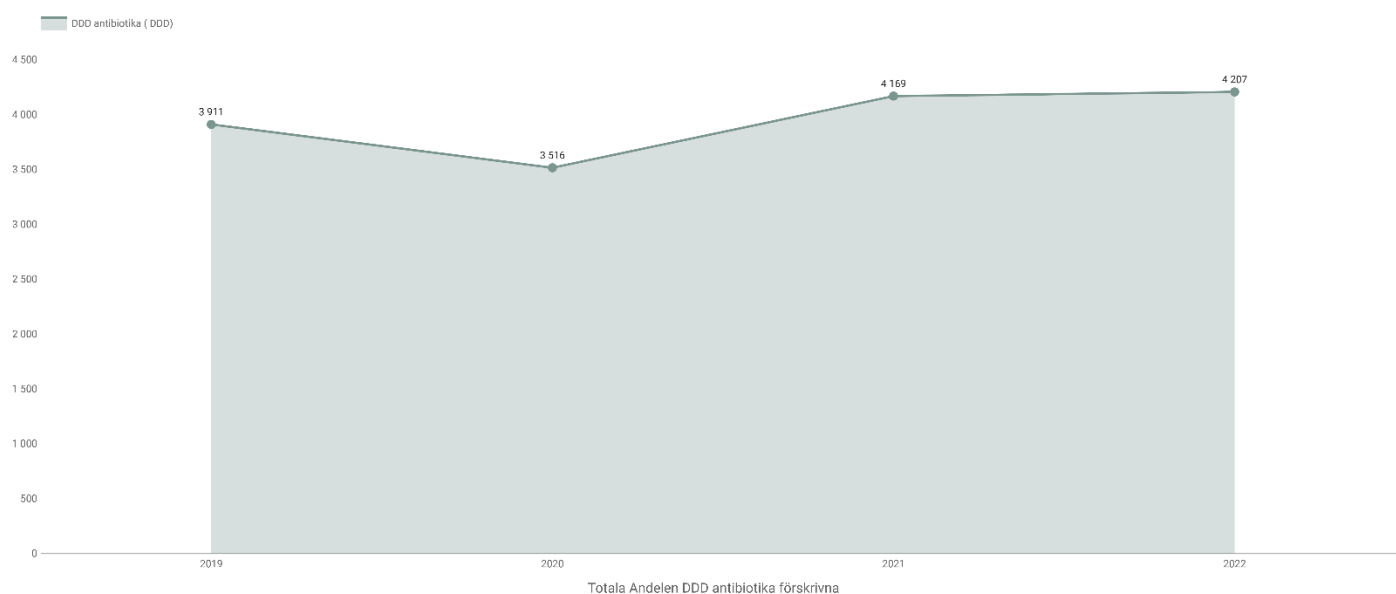


Diagram: Totala andelen rekvisitioner (dygnsdoser, DDD) antibiotika per år 4207 DDD 2022. Rapport från STRAMA.

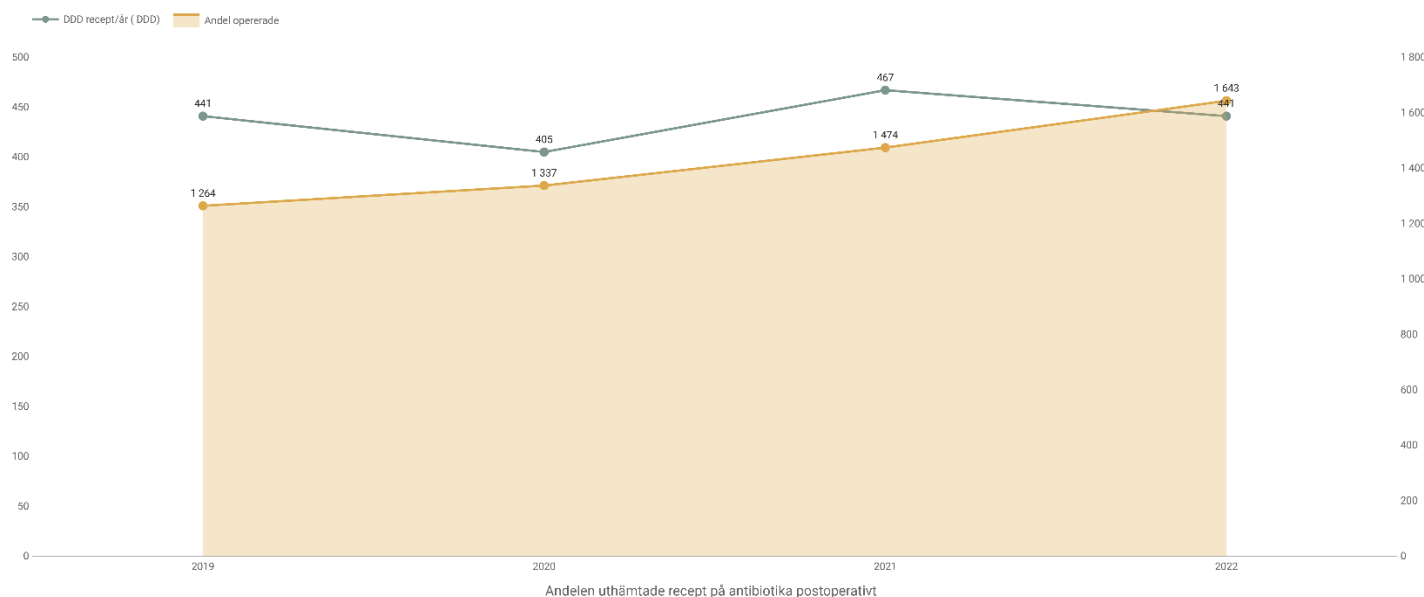


Diagram: Antalet uthämtade recept 441 2022. Uppgifter delvis rapporterade från STRAMA.

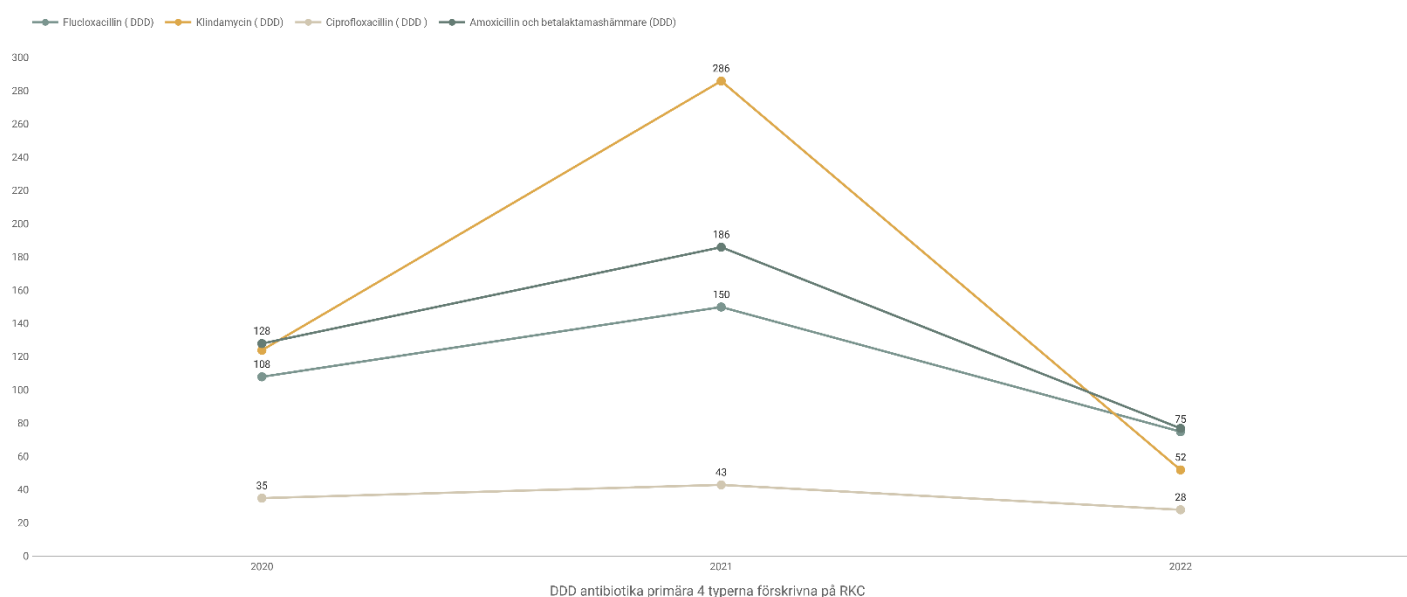


Diagram: Antal DDD antibiotika ordinerade för postoperativ infektion rapporterade från STRAMA 2020–2022. Flucloxacillin (DDD) Klindamycin (DDD) Ciprofloxacin (DDD) Amoxicillin och betalaktamashämmare (DDD). Se även tabell nedan.

period	Flucoxacillin DDD	Klindamycin DDD	Ciprofloxacillin DDD	Amoxicillin DDD
2022	75	52	28	77
2021	150	286	43	186
2020	108	124	35	128
2019	188	171	35	35
2018	296	141	20	0

Tabell: Antalet DDD antibiotika/ år. Svårbehandlade infektioner kräver ibland bredspektrumantibiotika och förlängd behandling varför DDD varierar år från år.

4.3 Säker vård här och nu

Hälso- och sjukvården präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation.

Förutsättningarna för säkerhet förändras snabbt och det är viktigt att agera på störningar i närtid. RKC har arbetat med riskmedvetenhet och flexibilitet för att verksamheten ska fungera säkert och effektivt på alla organisatoriska nivåer. En god delaktighet för patienter bidrar här till en säkrare vård.



Det är centralt att anpassa vården utifrån störningar och risker, så att den även under påfrestning eller ändrade förutsättningar kan vara hållbar och säker. Det behövs hela tiden översikt, anpassningar, förberedelser och lärande för att verksamheten ska fungera effektivt. Det är centralt att förstå varför och hur verksamheten upprätthåller en god, säker och hållbar vård under varierande betingelser. Att kontinuerligt utvärdera och mäta effekterna. Vårdprevention innebär att skador i vården ska undvikas och att alla ska kunna garanteras en säker och god vård på lika villkor. För att RKC skall uppnå detta har det förebyggande arbetssättet varit präglad av struktur, systematik, synliggjorda resultat och beskrivning hur arbetet sker för att uppnå våra mål. RKC har identifierat de områden som är särskilt sårbara i verksamheten medvetna att dessa förändras över tid och nya kan tillkomma. Exempel på identifierade risker i verksamheten är bristande uppgifter från patienter på hälsodeklarationer, risker med obehandlad hypertoni och förändrade provsvar, fallolyckor, leveranser av läkemedel och blåsöverfyllnad efter operation.

Identifiering	analys	åtgärder	uppföljning
Bristande information från patient på hälsodeklaration-er	Patienter utelämnar viktig information	Anställa en till inskrivningssköterska, lägga till information från FRISQ etiketter	Förenklad hälsodeklaration
Leveransproblem av läkemedel. Restnoterade	123 extra leveranser, delleranser 2022	ny leverantör av läkemedel 2023.	Mätning av leveranser, avvikelser
Patienter med högt blodtryck på operationsdagen	Ej tagit blodtryckskontroll på mottagningsbesök konsekvent	Samtliga mottagningsrum har blodtrycksmaskin som är kalibrerad, inskrivningssköterska kontrollerar att det är utfört. Remiss vårdcentral.	Inga medicinska strykningar efter rutinförändring
Blåsöverfyllnad efter operation	Genomgång av mätvärden i journal visar att flertalet patienter har >500ml i blåsan och att tiden mellan blåsövervakning i flera fall beror på att patienten vill försöka gå på toaletten själva innan tappning	Genomgång av rutiner och fortbildning för ny personal på operation och vårdavdelning och förtydliga för patienten vad det innebär för risker	Ny mätning Q1 2023

Höga kreatinin-värden operationsdagen	Patienter med höga njurvärden får NSAID	Frisq etiketter komplettering.	kontroll dagligen, öka antalet patienter med FRISQ. Nya provtagningsrutiner inför kirurgi.
Flertalet fallolyckor 2022	Vissa patienter svimmar i stående. Balanssvårigheter hos äldre patienter leder till fall.	Rutinmässigt skall information postoperativt ges till patienter i sittande. Skriva avvikelser. Nytt PM fallolycka med rutiner	Uppföljning, KPI och mål för 2023

Tabell: Identifierade risker 2022

Inom hela RKC genomförs riskbedömningar på individnivå avseende identifierade patientsäkerhetsrisker. Riskbedömningarna avseende optimering av det medicinska tillståndet inför kirurgi har prioriterats under 2022 och en särskild inskrivningsfunktion har byggts upp. För att optimera det kirurgiska resultatet och minska riskerna för VRI och komplikationer får vårdpersonalen aktuella uppgifter om patientens hälsotillstånd via en hälsodeklaration. Under 2022 har vi arbetat med att förbättra dialogen och kommunicera med fler digitala hjälpmedel via sms, digitala formulär och patientinformation via QR koder. En viktig patientsäkerhetsaspekt är att FRISQ webbtjänst har tillsammans med verksamheten utvecklats så att patienten är mer delaktig och uppmanas att kontinuerligt uppdatera oss om det medicinska tillståndet förändrats. Genom att följa patienternas medicinska och sociala status inför planerad kirurgi minskar riskerna för medicinska strykningar, komplikationer eller utlokaliserade patienter postoperativt.

Arbetsmiljö och patientsäkerhet är starkt kopplade till varandra. På RKC arbetar vi för att skapa ett systematiskt sätt att arbeta med arbetsmiljöfrågor, genom att följa arbetsmiljöverkets riktlinjer. Vår Arbetsmiljögrupp som består av enhetschefer och skyddsombud arbetar för att utveckla, utvärdera och följa upp risker i arbetsmiljön relaterat till den fysiska, psykologiska och sociala miljön för personalen. Under hösten har vi haft besök av arbetsmiljöinspektionen som sett över våra rutiner gällande risker i arbetsmiljön kopplat till personförflyttningar vilket lett till att vi nu integrerat en ny bättre rutin för att identifiera risker som kan uppkomma vid lyft samt ett sätt att undersöka dessa systematiskt genom en systematiserad riskmatris. Arbetsmiljöarbetet som bedrivs på RKC är förankrat hos verksamhetschefen.

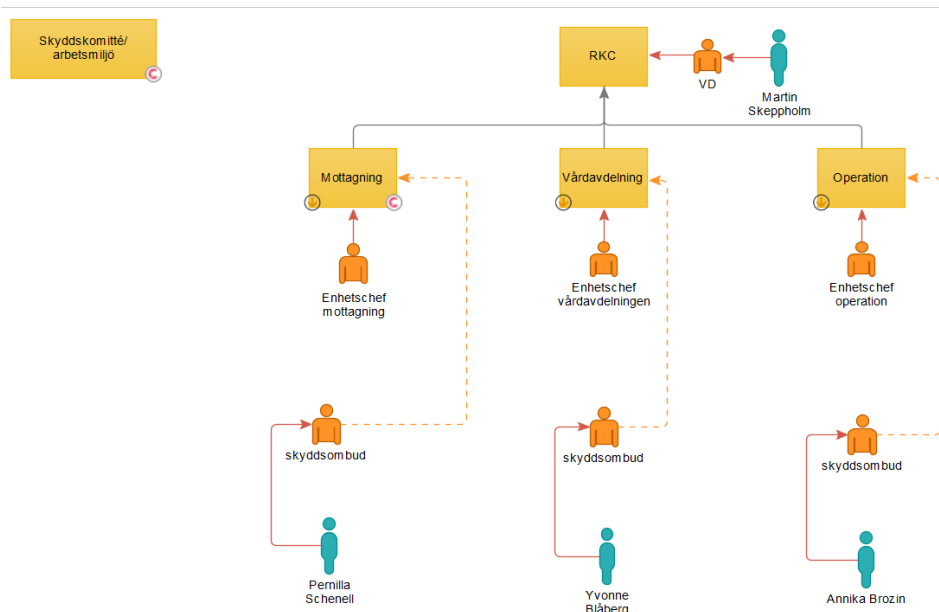


Bild: Organisation, skyddskommitté /arbetsmiljö

Resurser och kompetensförsörjning

För att säkerställa tillgängligheten har bemanningssituation behövt förbättras. På grund av brist på tillgängliga sjuksköterskor, specialistsjuksköterskor har timanställda medarbetare behövt förstärka enheterna under perioder. Personalresurser på andra enheter kan i viss utsträckning nyttjas. Även Konsulter och hyrpersonal har anlitats i perioder. Operationsenheten har förstärkts med biträdande enhetschef med specialistkompetens inom anestesi.

4.4 Riskhantering

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Vårdgivare ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivare uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen. RKC riskanalysarbete utgår från det egna ledningssystemet och *Handboken för Risk- och händelseanalys* från SKR.

Riskanalys

Under 2022 har en riskanalys genomförts av inskrivningsfunktionen på mottagningen. En arbetsbeskrivning togs fram i samband med detta. PM, rutiner och rutinförändringar är godkända inför förändringen.

En handlingsplan har tagits fram och utvärdering av funktionen görs kontinuerligt där samtliga

medarbetare som är inblandade ska ta del av nya PM och rutiner inför förändringar i verksamheten för att kunna ge enhetlig information och kunna rapportera brister eller förbättringsförslag. Tidigare riskanalyser har lärt oss att det är viktigt att se över utbildningsinsatser och uppföljning efter implementering av nya arbetssätt. Det är lätt att verksamheten inte blir lika mottaglig om det inte utförs på ett sätt som gör att det går att utvärdera förändringen. Speciellt då avsikten har varit att underlätta och förbättra men snarare ger merarbete. Detta kan leda till motstånd och skepsis i framtida projekt.

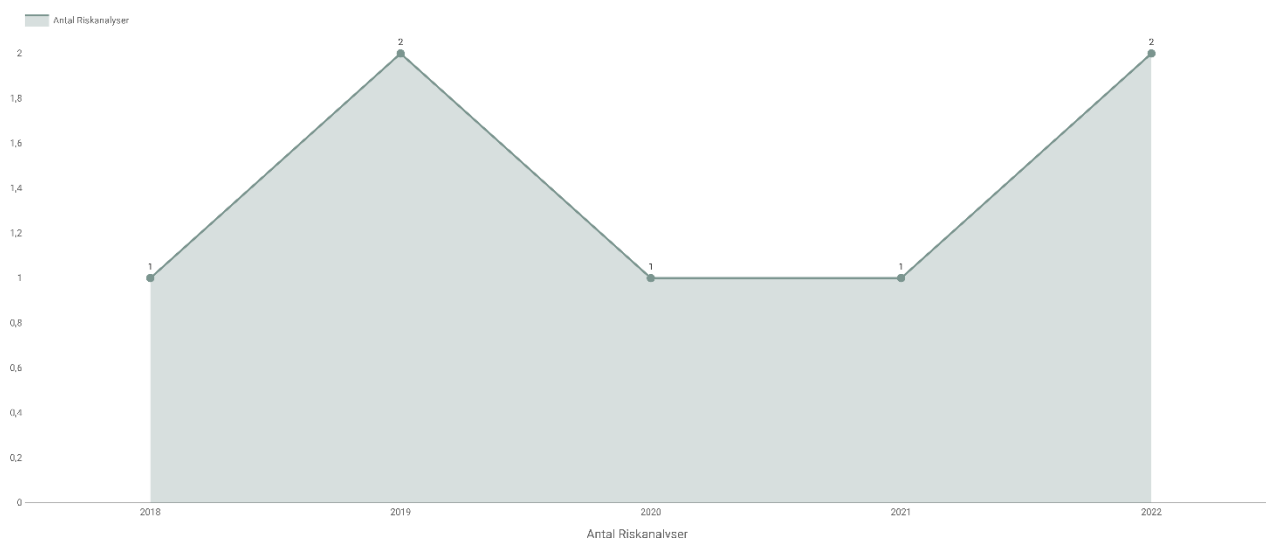
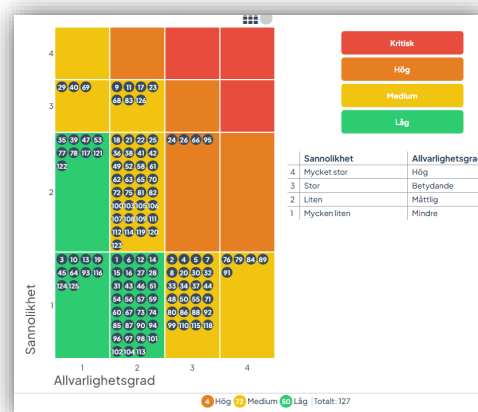


Bild: antal riskanalyser per år.

Riskbedömning

I avvikelssystemet registreras riskerna utifrån en vedertagen riskklassificering. Nedan listas riskerna per enhet. Efter analys av avvikelser registreras riskerna i riskmatrisen. På så sätt fångas riskerna upp och leder till rutinförändringar och åtgärder för att de inte ska upprepas. Syftet med att identifiera de risker som finns i verksamheten är att förebygga vårdskador. Det kräver att man har ett riskmedvetet förhållningssätt och vet vad som pågår i verksamheten. I riskmatrisen erhålls en överblick av de risker som är kritiska, betydande, medium eller lågt värderade. >90 åtgärder skapades i riskmatrisen på RKC under 2022.



period	risker	låg	medium	hög	Kritisk	åtgärdade	planerad åtgärd försenad
2022	127	50	72	4	0	90	4

Tabell: risker i riskmatrisen

För att besluta vilka som är verksamhetens betydande risker används schemat nedan.

Beskrivning av Sannolikhet x Beskrivning av Allvarlighetsgrad

För att besluta vilka som är verksamhetens betydande risker används schemat nedan.

Riskvärden	Instruktion
Låg (1–4)	Processen utvärderas årligen för att säkerställa att värdet är konstant eller mindre
Medium (6–8)	Processen ses över och eventuella åtgärder vidtas för att minska riskerna genomförändring av rutiner och PM.
Hög (8–9)	Processen ses över och åtgärder vidtas för att minska riskerna genom förändring av rutiner och PM
Kritisk (12–16)	Processen stoppas. Nödlägesrutin aktiveras där processen utreds av utsedd ad. hoc grupp och nya rutiner tas fram innan processen återupptas.

4.5 Stärka analys, lärande och utveckling

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

Vi registrerar, följer och analyserar skador i verksamhetens interna egenkontrollsystem och ser över rutiner om skador uppkommer och vår strävan är att utveckla och förbättra verksamheten med kunskaperna som underlag. Journalgranskning av vårdrelaterade infektioner och komplikationer görs kontinuerligt.



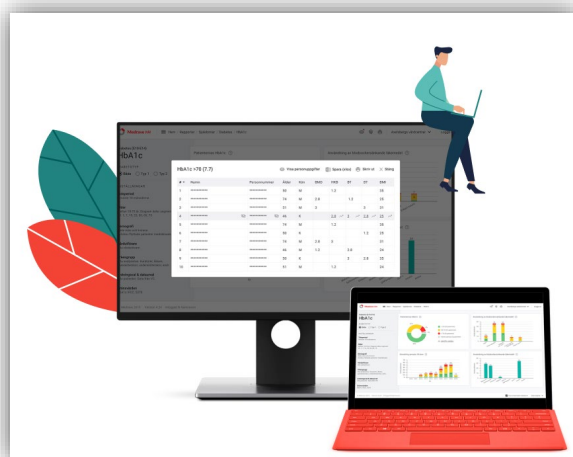
Journalgranskning

Kvalitetsutvecklare går regelbundet in i och utför journalgranskning i verktyget Medrave. Ett program som analyserar och sammanfattar klinisk information ur verksamhetens journalsystem.

Kvartalsvis sammanställs data på de mest kända komplikationerna inom kirurgiska verksamheter såsom VRI, blödningar och embolier. Resultatet presenteras kvartalsvis och på våra årliga klinikdagar

Ett par gånger per år sker även en journalgranskning över de patienter som fått komplikationer men

vårdats på andra sjukhus. Relevanta fall djupanalyseras i verksamheten och resultatet presenteras för klinikledningen.



Postoperativ uppföljning

Samtliga vårdrelaterade infektioner mäts genom journalgranskning via ett webbaserat stöd med åtkomst till journalsystemet. För att säkerställa en god kvalitet och hög patientsäkerhet har RKC skapat ett förlängt postoperativt omhändertagande. Med vår postoperativa sjuksköterskemottagning har vi kontroll på uppföljning och på patienternas situation och status även efter hemgång. Det har även medfört en utökad överblick och förbättrad följsamhet av Stramas riktlinjer. På detta sätt arbetar vi förebyggande med VRI (vårdrelaterade infektioner). Sjuksköterskan fungerar som en länk mellan läkaren och patient. Huvudfokus är såromläggningar, smärtregim och prevention av allvarliga komplikationer.

Vi har under året haft ett stabilt patientflöde på RKC. Mottagningen har haft en genomströmning av >9500 patienter och vi har utfört >1600 operationer. Detta har fortsatt skapat ett behov av uppföljning av de patienter som behöver stöd eller uppföljning efter sin utskrivning. Mottagningen är särskilt viktig efter operationen. När inga andra regelbundna kontakter med vården finns, är målet att sjuksköterskemottagningen ska ge en känsla av stabilitet och kontroll. För att minska riskerna för postoperativa infektioner har en tvärprofessionell förbandgrupps tagit fram rutiner för avancerad postoperativ sårvård. Ett projekt har pågått under Q4 där olika förband testas i syfte att optimera läkningsprocessen och minska riskerna för tidiga förbandsbyten. Vi kommer fortsätta utvärdera projektet 2023.

Postop mottagning			
Besök och telefon	Antal fysiska besök	Antal bokade telefonuppföljningar	m= samtal per kvartal via Tele Q
2022	712	129	806

Tabell: Uppföljning postoperativ sjuksköterskemottagning. Mottagningsverksamhet innefattar besök och telefonkontakt

Antalet omläggningar på mottagningen stiger i takt med att operationsfrekvensen ökar. Det är därför viktigt att tidigt analysera orsakerna. Majoriteten av besöken 2022 gäller just sår och behov av omläggningar (99,7%). Vi har en policy att ta emot samtliga patienter postoperativt med sår och omläggningsbehov. Följsamheten till denna policy har ökat varför patientbesöken blivit allt fler. Ett fåtal av besöken till mottagningen gäller smärtproblematik.

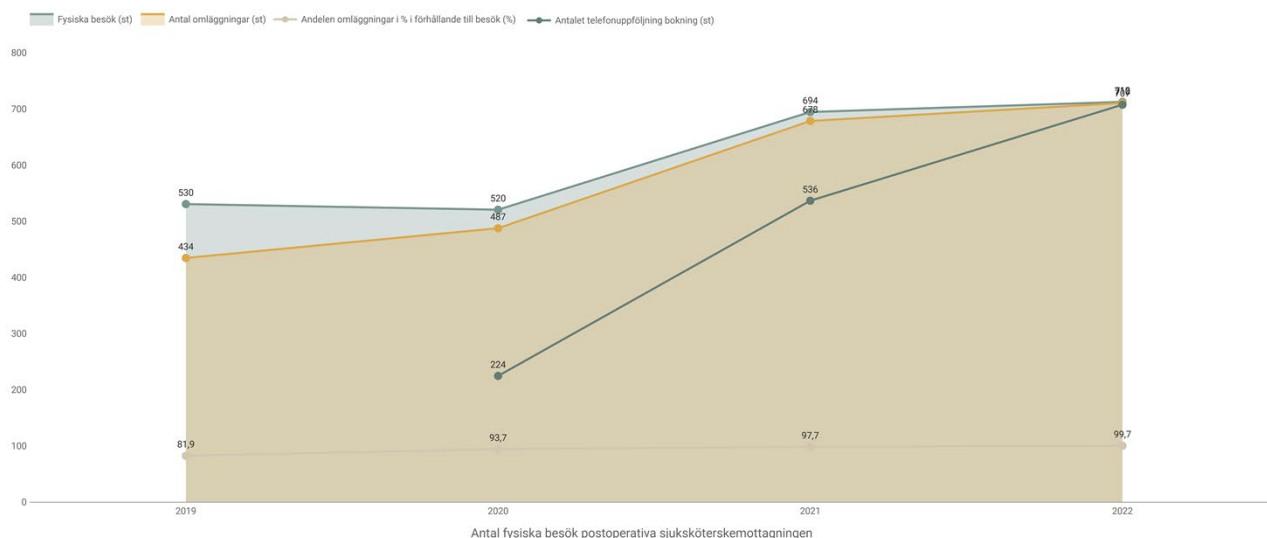


Diagram: Antalet besök till postoperativa mottagningen i relation till antalet omläggningar och telefonbokningar 2020–2021.

Nationella kvalitetsregister

I Sverige finns flera nationella kvalitetsregister med personbundna uppgifter inom specifika områden i hälso- och sjukvården. De används bland annat för förbättringsarbete, uppföljning och forskning samt för nationell jämförelse. RKC rapporterar till svenska ryggregistret (Swespine). Gällande medicinsk kvalitet deltar kliniken sedan år 2017 med uppföljning efter 1, 2, 5 och 10 år. Vi kan nu ta del av resultaten av två årsuppföljningen och på så sätt jämföra resultat med riket i övrigt. *Se kapitel 4:1 för resultat.*

4.6 Avvikelser

SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 7 kap. 2 § p 5

Enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659) är hälso- och sjukvårdspersonal skyldiga att bidra till att upprätthålla hög patientsäkerhet, genom att rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada till vårdgivaren.

Varje medarbetare informeras om sin skyldighet att rapportera händelser som har medfört eller kunnat medföra vårdskada i avvikelshanteringssystemet Centuri. Enhetschefer och avvikelseansvariga uppmuntrar alla



vi som mål att de hanteras skyndsamt. Vissa enheter påtalar problem med långa utredningstider pga. tidsbrist vilket är negativt på flera sätt och bör prioriteras under 2023. Målet är att systemet skall finnas tillgängligt på mobiltelefoner vilket underlättar rapporteringen för vårdpersonal utan fast arbetsstation med dator.

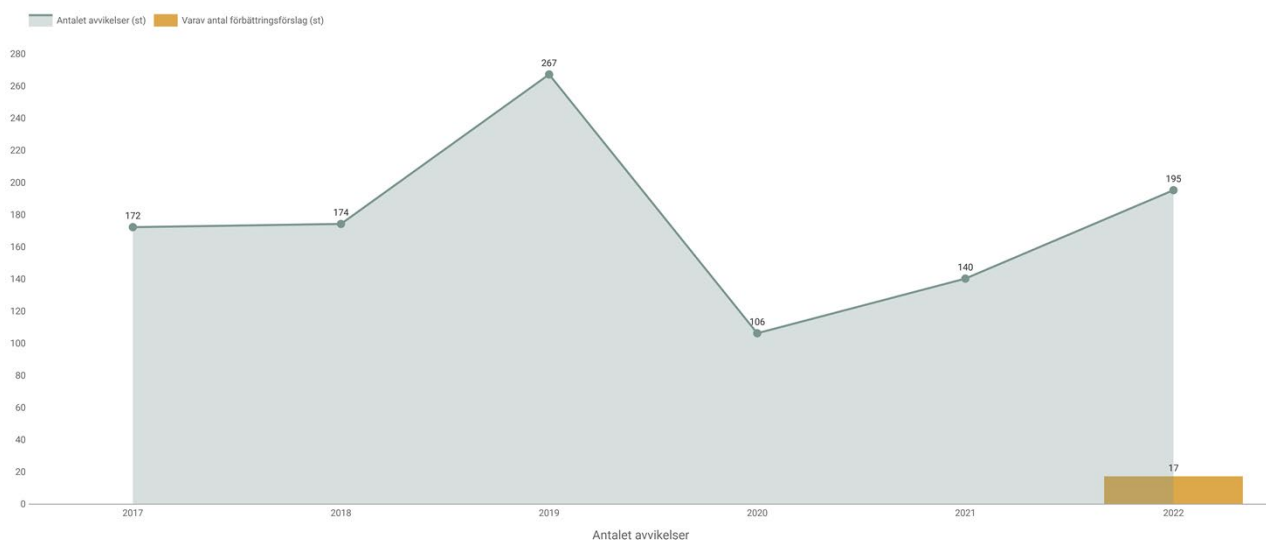


Bild: antal avvikelser per år. Förbättringsförslag från och med 2022.

Sammanställning av avvikelser 2022

Område	Operation	Vårdavdelning	Mottagning	summa
Extern verksamhet	1	8	1	10
MTA	1	0	0	1
Miljöpåverkan	5	4	0	9
Patient	15	43	11	69
Personal	1	0	0	1
Informationssäkerhet	0	0	0	0
Arbetsmiljö	7	7	8	22
Hygien	3	1	1	5
Kvalité	2	4	4	10
Patientsäkerhet	30	29	8	67

Tabell: typ av område vid avvikelse per enhet. Totalt antal avvikelser 2022 n=178 varav n=17 förbättringsförslag totalt 195 registreringar.

Klassificering	Operation	Vårdavdelning	Mottagning
Procentuell fördelning av totalt antal avvikelser	33%	48%	19%
Procentuell fördelning av enhetens totala avvikelser			
Risk %	76%	81%	82%
Tillbud %	22%	19%	18%
Allvarligt tillbud %	2%	0%	0%
Förbättringsförslag	6	10	1

Tabell: %fördelning och klassificering av avvikelser per enhet 2022.

- Risk (något har inträffat men ingen skada har skett)
- Tillbud (något har inträffat, skada)
- Allvarliga tillbud (allvarlig skada)
- Ingen avvikelse (förbättringsförslag)

Avvikelsegruppen har haft sammanlagt 8 möten under 2022. De prioriterade förbättringsområdena har presenterats tidigare men har framför allt inneburit ett proaktivt arbete inom de flesta områdena. tex att öka tillgängligheten, optimera inskrivningen, skapa PM, förbättra patientinformation sett över guidelines för tex COVID-19, embolieprofylax och HbA1c. Sterilprocessen har förbättrats med ny steriltekniker och lett till rutinförbättringar. Vi har även kompletterat avvikelserna med förbättringsförslag.

LÖF Landstingets ömsesidiga försäkringsbolag

Under 2022 inkom 20 anmälningar till LÖF rörande Ryggkirurgiskt centrum, RKC. I dagsläget är ingen anmälan ersatt, 8 ej ersatta och resterande ej handlagda ännu. Antalet preliminärt registrerade LÖF ärenden på RKC ses i diagrammet ovan, en anmälan blir låst först då den är helt färdigutredd och det är klart att det är där skadan uppstod. Först då utgår en ersättning till patienten. I några av fallen har vi konstaterat att patienter har drabbats av vårdskada. En händelseanalys görs i samband med vårdskada.

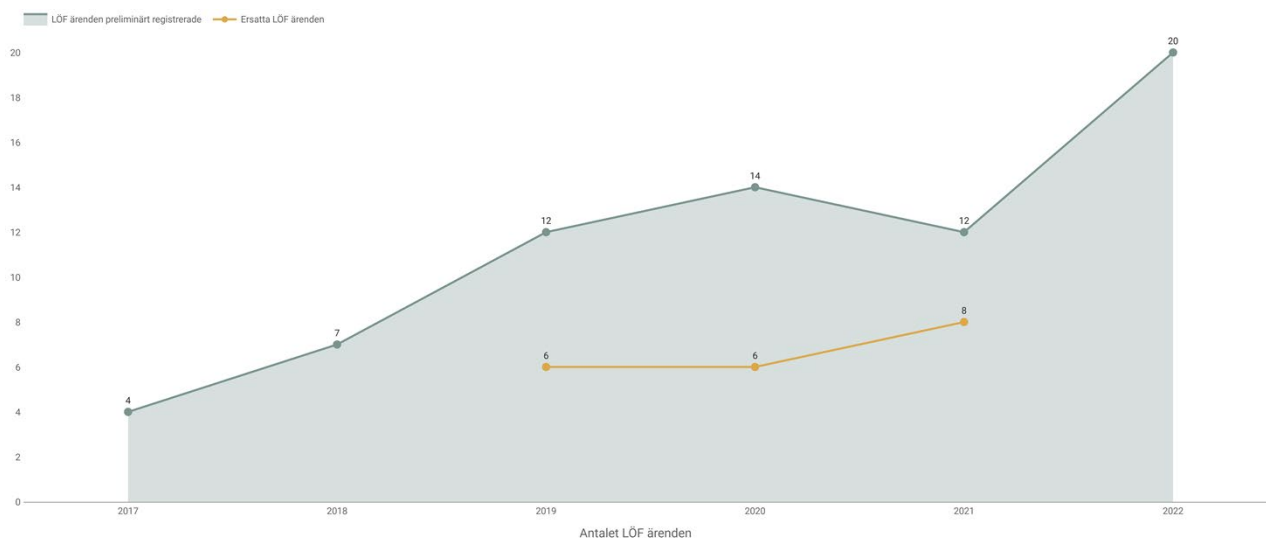


Diagram: Antal preliminära LÖF ärenden 2022 n=20.

LÖF	Antal anmälningar	Ersatta	ej ersatta	ej hanterade ännu
Anmälningsår 2019	10	6	4	
Anmälningsår 2020	14	6	8	
Anmälningsår 2021	12	8	4	
Anmälningsår 2022	20	-	8	12

Tabell: Antalet ärenden, hanterade, ej hanterade, eller ersatta under 2019–2022

Patienter har ibland anmält detta till flera instanser varför det ibland kan finnas dubbelregistreringar. Dessa patienter dokumenteras även i våra egna komplikationsregister.

IVO och LEX MARIA

RKC har som vårdgivare ansvar för att utreda och vidta åtgärder när en patient drabbats av vårdskada eller har utsatts för risk för vårdskada. Dessa händelser ska, om de bedöms vara allvarliga, också enligt HSLF-FS 2017:40 och HSLF-FS 2017:41 samt Patientsäkerhetslagen 2010:659 anmälas enligt lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Under 2022 har en IVO anmälan gjorts av anhörig och delgivits verksamheten där verksamheten inte funnit några bakomliggande orsaker. Två beslut har inkommit från inspektionen för vård och omsorg (IVO) och har delgivits verksamheten.



I ett fall har IVO utrett ett klagomål som inkommit från en patient och har inte funnit brister när det gäller den medicinska handläggningen i samband med ryggoperationen. Klagomålet motiverar ingen ytterligare åtgärd av IVO och därför avslutas ärendet.

I det andra fallet är det en anmälan gjord av verksamheten själva enligt Lex maria där IVO bedömer att anmälan inte faller inom ramen för anmälningsskyldigheten enligt lex Maria.

Även om IVO inte påtalar brister i det enskilda ärendet tar RKC hänsyn till patienters och närståendes synpunkter i sitt systematiska patientsäkerhetsarbete. Deras klagomål kan på så sätt bidra till att förbättra vården.

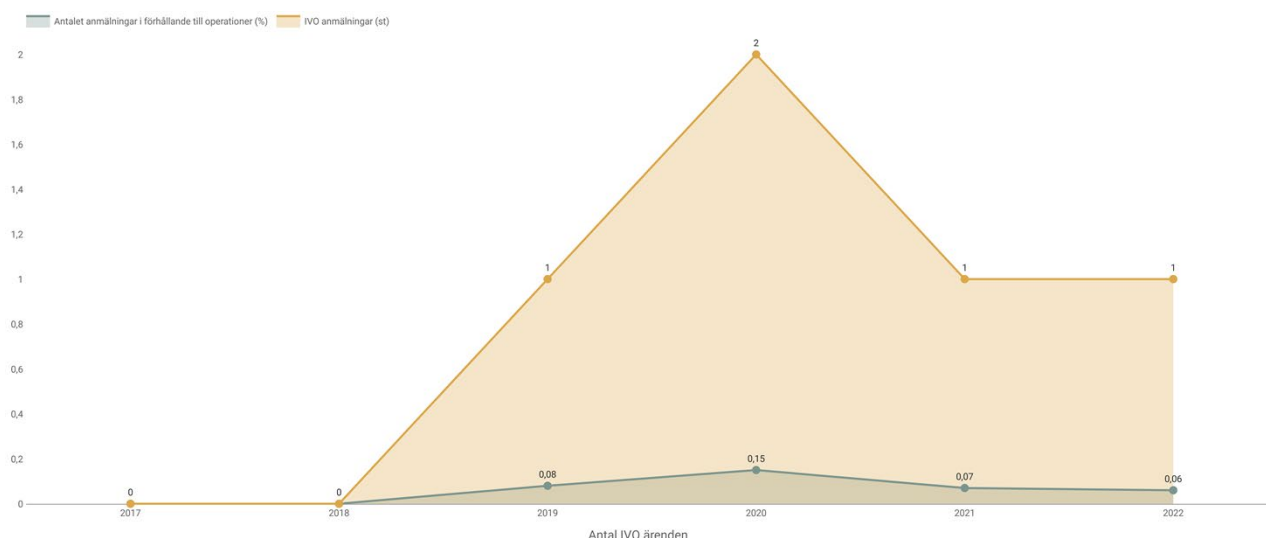


Diagram: antal IVO ärenden per år.

Händelseanalyser - Nitha

RKC genomför händelseanalyser i det nationella webbaserade IT stödet för händelseanalys, Nitha. Syftet med Nitha är att effektivisera händelseanalyserna, att öka kvaliteten och att bidra till lärande genom Nitha kunskapsbank.

Händelseanalyser görs som del i vårdskadeutredningar och vid mer komplexa allvarliga händelser som ofta berör flera verksamheter. Under 2022 har RKC gjort en händelseanalys gällande ett falltrauma. Initialt har patienten medverkat och haft dialog med verksamhetschef och kvalitetsutvecklare. Patienten föll i väntan på anhöriga efter en nervrotsblockad. Patienten föll olyckligt efter ett försök att resa sig från sin stol. I samband med nervrotsblockad erhåller patienter en tillfällig försvagning. Fallet medförde att patienten ådrog sig en fraktur och fick föras till akutsjukhus för behandling. I analysen beskrivs händelseförloppet ur olika synvinklar och en efterföljande riskbedömning. I handlingsplanen har det tagits fram förslag för att undvika att liknande händelser upprepas i framtiden. RKC har registrerat 6 fallolyckor i avvikelssystemet under 2022 varav 2 krävde insatser på akutsjukhus. De övriga 4 var orsakade av yrsel och synkope postoperativt. Under 2023 kommer enheterna arbeta mer proaktivt för att förhindra falltrauman under vårdtiden. Ett PM för falltrauma med åtgärder är framtaget.

När händelseanalysen är gjord och delgiven samtliga på RKC aktualiseras en handlingsplan med åtgärder där bakomliggande orsaker analyserats. Vissa åtgärder har dock vidtagits omedelbart. Nedan presenteras de olika bakomliggande orsakerna som identifierats.

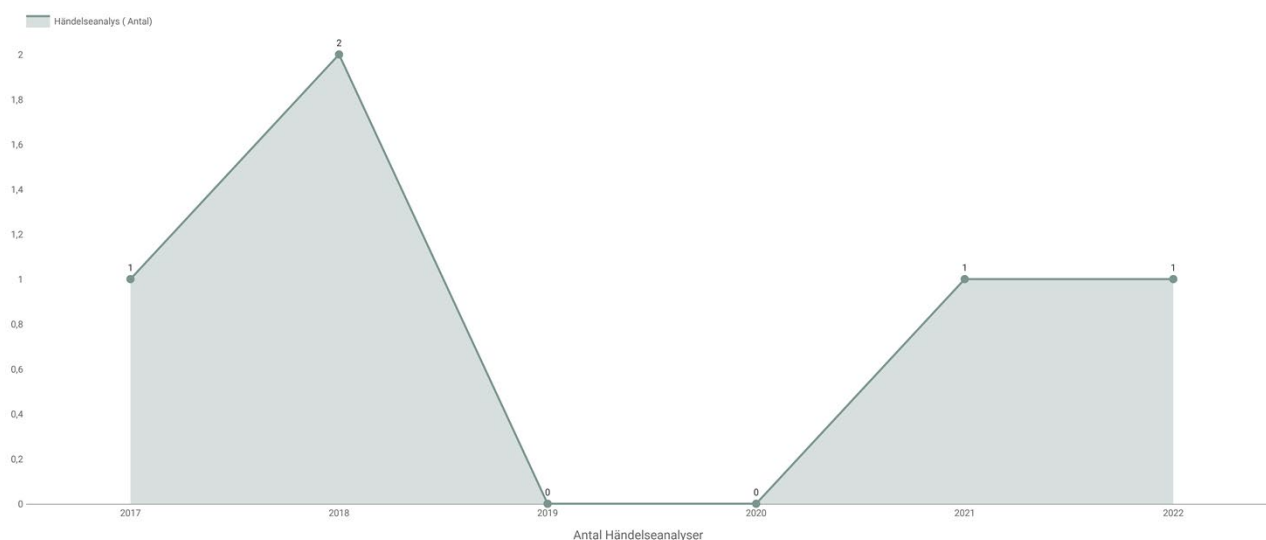


Diagram: Antal händelseanalyser per år.

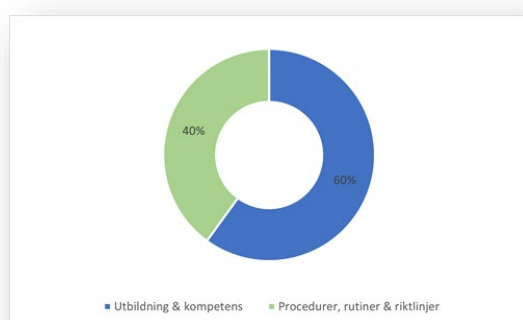


Bild: Bakomliggande orsaker som framkommit efter händelseanalys falltrauma 2022.

Av de bakomliggande orsakerna som återfunnits på systemnivå var 60% inom orsaksområdet procedurer, rutiner & riktlinjer och 40% utbildning & kompetens.

4.7 Klagomål och synpunkter

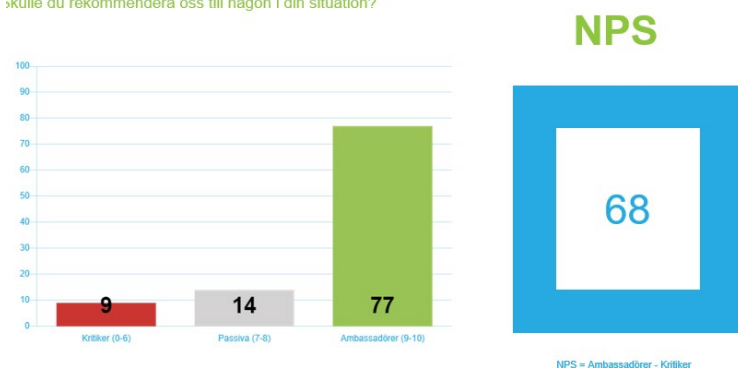
SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 och 6§§, 7 kap 2 § p 6,

Klagomål och synpunkter på vården från patienter och deras närstående tas emot muntligt eller skriftligt på alla nivåer inom RKC. Kommunikation sker framför allt via 1177, brev, telefon, Key For Care och under återbesök. Klagomål, beröm, förbättringsförslag och synpunkter från patienter hanteras av kvalitetsutvecklare, förbättringsgrupp och ledning. Uppföljning av patientnöjdhet genomförs kontinuerligt. Patienternas upplevelse av vården och bemötandet är en värdefull och lärorik kunskap. Kvalitetsindikatorer med särskilt fokus är dimensioner som delaktighet, bemötande, vården/behandlingen, nöjdhet, delaktighet, information men även faktorer som väntetider och NPS (patienten kan tänka sig att rekommendera verksamheten). Via vår kundportal

får vi svar på patientens upplevelse av öppenvårdsverksamheten där patienterna även kan lämna förbättringsförslag eller beröm som fritextsvar. I FRISQ får patienter i slutenvårdsverksamheten en automatisk uppföljning efter sju, 30, och 45 dagar. Rapporter sammanställs och delges samtliga medarbetare varje vecka och månad.

ÅRSRAPPORT / NPS

Skulle du rekommendera oss till någon i din situation?



Net Promoter Score är ett index för kundlojalitet. NPS kan gå från -100 till 100, där ett värde över 60 kan anses som bra.

Bild: Key for Care NPS $m=68$ 2022 mål >70 .

NPS värden ligger mellan -100-+100. Poäng högre än 0 anses vanligtvis vara bra och poäng över 50 anses vara utmärkta. Så NPS ska inte förväxlas med våra traditionella "nöjdhetsindex" som ju ofta ligger väl över 90% i privat bedriven sjukvård

ÅRSRAPPORT / ÖVERSIKT

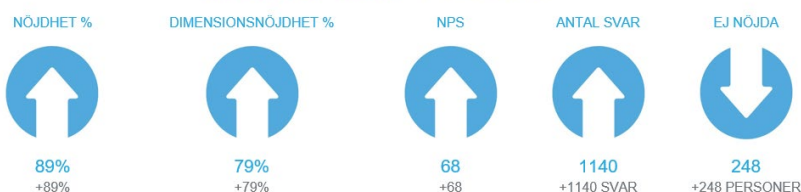


Bild: Sammanställning från Key For Care 2022. Nöjdhet 89%, dimensionsnöjdhet 79%, NPS 68, antal svar 1140, ej nöjda 22%.

ÅRSRAPPORT / DIMENSIONER

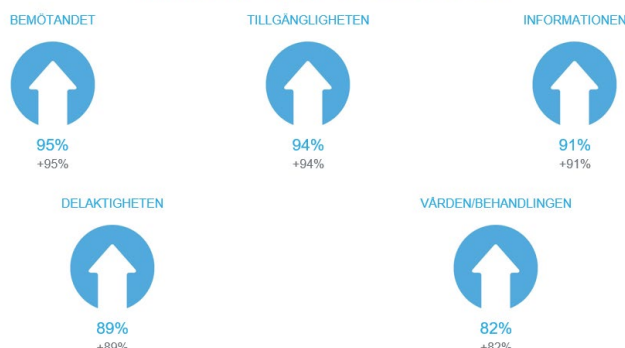


Bild: dimensionsnöjdhet = 79% delas upp i bemötande, tillgänglighet, information, delaktighet och vård/behandling.

Samtliga patienter kan ge feedback i fritext (beröm, förbättringsförslag). Av 172 förbättringsförslag var 9 % konkreta förslag och majoriteten av svaren var beröm.

2022 Kundportal fritextsvar mottagningen	Antal
Antal utskick augusti-december	2351st
Antal svar	1140st
Svarsfrekvens	49%
Fritextsvar	642st
Konkreta förbättringsförslag	58
Åtgärdade förbättringsförslag och klagomål	62%

Tabell: kundportal på mottagningen augusti-december 2022.

Under 2022 har antalet förbättringsförslag på mottagningen främst rört frågor som bemötande och information. 22 % av patienterna upplever att de inte är nöjda totalt sett. Vi har ca 6000 nybesök/år på mottagningen. Av dessa är det ca 27% som blir opererade. Patienter som kommer till mottagningen där bedömningen är icke kirurgisk intervention upplever patienterna ibland sig missnöjda och uppgivna. Vi tittar dock på alla enskilda fritextsvar och ser över dimensionsnöjdheten, detta för att försöka hitta konkreta åtgärdsförslag. Vi har fokuserat på att förbättra patientinformationen och tagit fram ett behandlingsmeddelande till de patienter som inte skall genomgå kirurgi på RKC. Målet är att de skall få tillräckligt med information för att kunna återgå till remittenten som lägger upp en rehabiliteringsplan för patienten. För att förbättra kommunikationen mellan vårdgivare och patient har vi haft en internutbildning på kliniken där fokus låg på "patienter med smärtproblematik" och hur vi på bästa sätt bemöter denna patientgrupp. Vi har diskuterat i förbättringsgruppen hur patientens förväntningar på besöket blir mer realistiska

genom att tex förbereda sig innan.

Antalet fritextsvar som inkommit är 41% beröm och 15% förbättringsförslag. En stor del av förbättringsförslagen har visat sig vara beröm varför vi inte specifikt åtgärdat dessa.

Övriga förbättringsförslag som rapporteras från patienterna delges verksamheten via vår formella klagomålshanteringsprocess på 1177. Ärendena i 1177 är till stor del patienter som har opererats och saknar återkoppling eller är missnöjda med bemötandet eller uppföljningen.



Klagomål eller förbättringsförslag 1177 vårdguiden	Antal
Antalet individuella ärenden	22
Avslutade ärenden	22

Tabell: Antalet inkomna ärenden via 1177 vårdguiden.

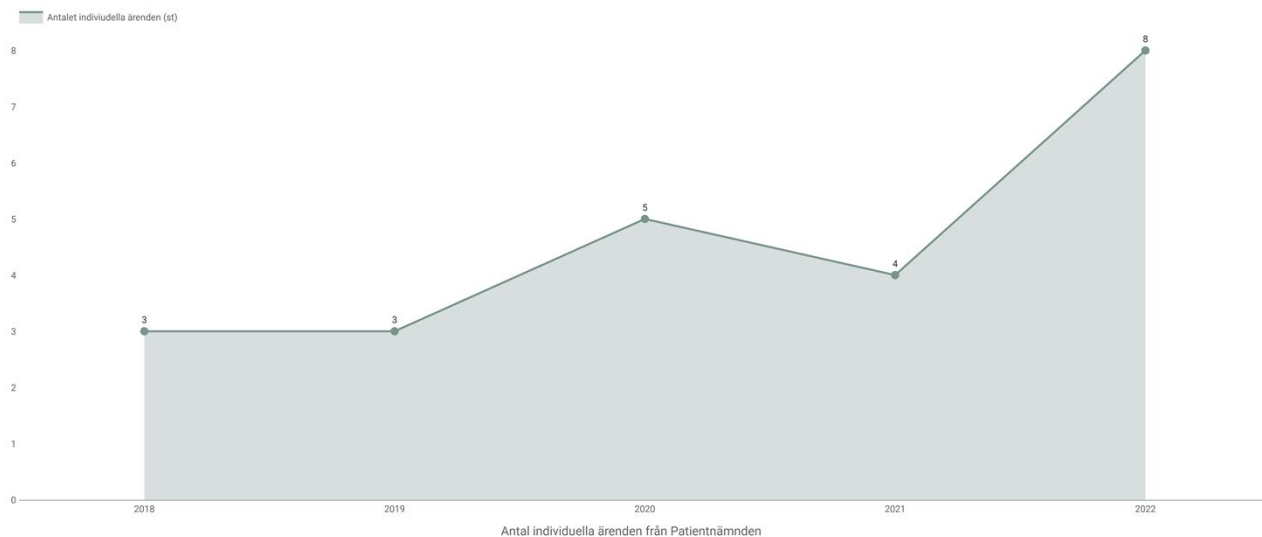


Diagram: Antal individuella PaN ärenden 2022 n=8

Problemområde	summa
Individuella ärenden	8
Vård och behandling	6
Resultat	2

Problemområde	summa
Ekonomi	1
Kommunikation	6
Administrativ hantering	2
Totalt antal klagomål	16

Tabell: 8 individuella PaN ärenden har delgivits RKC under 2022.

Ärenden gällande kommunikation och bemötande hanteras alltid individuellt med inblandad vårdutövare men även generellt till samtliga på kliniken via vår verksamhetspolicy och via våra värdeord. *Tydlighet, respekt, omtanke och nytänkande*. I vissa fall har rutinförändringar införts i verksamheten då det framkommit att vi brustit i vårt åtagande.

* Observera att antal ärenden kan avvika från antal klagomål eftersom ett ärende kan innehålla upp till tre klagomål. Ett ärende kan också beröra flera vårdinrättningar.

4.8 Öka riskmedvetenhet och beredskap

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

På RKC har olika metoder för att öka riskmedvetenhet och beredskap använts under året. Till exempel simulering och träning i akuta situationer, kompetensutveckling och lärande utifrån tidigare händelser.

Akuta situationer kräver samordning och tydliga rutiner. En akutpärm har tagits fram för att göra PM lättillgängliga i de situationer som de kräver. Träning och fortbildning inför situationer där akut blödning kan uppstå sker kontinuerligt på operationssal. Även utbildning på dagkirurgisk konferens vad gäller optimering av dagkirurgiska patienter vad gäller tidig hemgång och smärtfrihet.

Vid akuta tillstånd har verksamhetschefen yttersta ansvaret men läkemedelsansvariga, medicinskt ledningsansvariga och HLR ombud på kliniken ansvarar för att innehåll och material i akutvagnarna är optimala och likvärdiga och att kontroller utförs. Detta för att säkerställa att man oavsett var på kliniken man befinner sig lätt skall undvika missförstånd.

Patienten får mycket information muntligt och skriftligt. Efter införandet med FRISQ och smärtpapplikationen Zengio har vi förbättrat många olika aspekter av informationsflödet. RKC



innehar nu en stor mängd data där vi kan hitta samband och mönster som kommer från dessa verksamhets- och informationssystem.

FRISQ används också som en del i det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Genom att få mer välinformerade och engagerade patienter upptäcks fler risker i tid såväl före som efter operation genom det digitala verktyget. Risken för felaktigheter i journalföringen minskas med den integration som finns mellan FRISQ och journalsystemet. Detta spar även tid i form av minskad dubbeldokumentation.

FRISQ applikationen har ersatts av en webbsida. Detta innebär en generell förbättring då kommunikationen till patienterna sker via sms. Vissa tillägg som tex. grenade formulär, möjlighet att spara utkast på formulär och automatisk integration med journalsystemet är nya funktioner. Patienten får ett sms med en länk till FRISQ när den har en "aktivitet" att genomföra. Patienten får även avisering via sms när ett möte dvs. operationen bokas i FRISQ.

Under hösten jobbade smärtgruppen på en screening-modell som skall fånga in de patienter med ett högt och/eller långvarigt preoperativt opiatbehov. Smärtgruppens frågeställningar har innefattat

- Preoperativ opiatanvändning
- Premedicinering
- Peroperativ smärtlindring
- Postoperativ smärtlindring
- Risk för utveckling av opiatberoende

I samverkan med smärtläkare och beroendeläkare har gruppen kommit fram till flera viktiga strategier för smärtpatienter. En screeningmodell är inte implementerbart utan samtliga patienter kommer att behandlas som smärtpatienter.

5 RESULTAT OCH ANALYS

5.1 Ryggkirurgiskt centrum, siffror och analys

Förbättringsåtgärder 2022 som i flera fall presenterats i patientsäkerhetsberättelsen i tidigare kapitel. Här presenteras även resultaten per enhet.

Aktuellt väntetidsläge och ledig kapacitet

Aktuellt väntetidsläge är en preliminär uppskattning av hur lång tid patienten får vänta inom den specialiserade vården. Ledig kapacitet visar om det finns möjlighet att ta emot patienter från andra vårdgivare. Uppgifterna omfattar samma urval av besöksområden, undersökningar och operationer/åtgärder som väntetidsdatabasen i övrigt. *Region Stockholm - Väntetider i vården - en webbplats från Sveriges Kommuner och Regioner (vantetider.se)*

När/hur ofta? Mätningar genomförs och redovisas i hela landet varje månad. Under 2022 har redovisningen redovisats publikt per sjukhus inte som vårdgivare. Data kommer från CVR (Centrala väntetidsregistret) rapportfunktion.

Vårdgaranti

I september 2022 beslutade Region Stockholm att gå tillbaka till den tidigare gränsen 30 dagar för vårdgarantin (för första besök inom planerad specialiserad sjukvård). I övriga landet kvarstår gränsen på 90 dagar. För att hålla ner väntetiderna för nybesök och hålla vårdgarantin har vi under 2022 haft kvällsmottagningar samt enstaka lördagsmottagningar som vi kommer att fortsätta att ha under 2023.

Rapporten visar antal avslutade väntetider och andel inom 30 dagar i varje månad under önskat år och två år framåt i form av en graf. Då väntetider till mottagning är valda visas andel inom 30 dagar.

Det är endast avslutade väntetider utan undantagskoder, dvs utan medicinskt och patientvald förlängd väntan, som medräknas.

Man kan begränsa urvalet genom att ange kön, CVR-kod och vårdenhet/vårdgivare

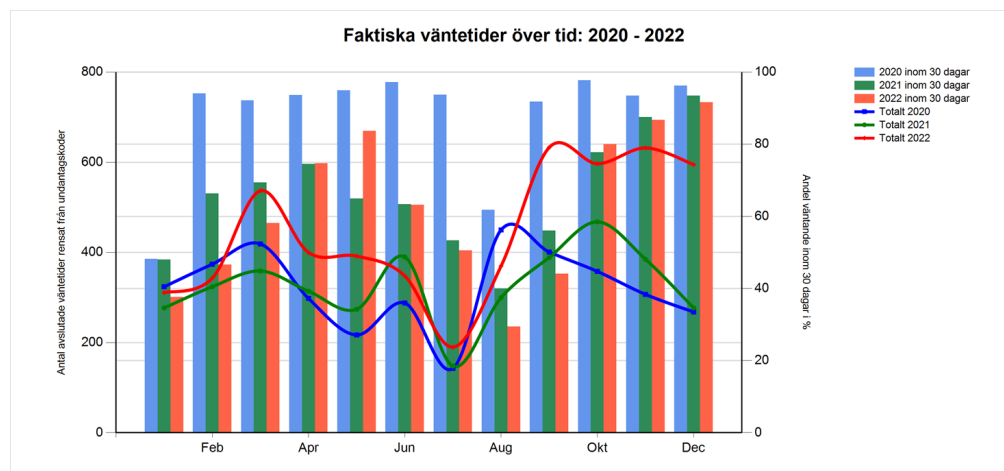
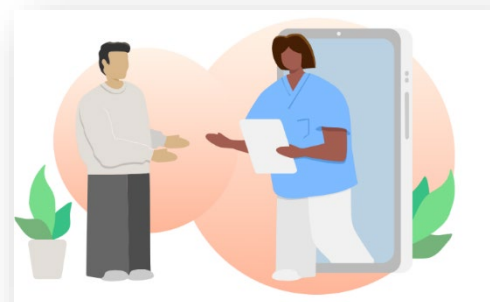


Bild: Planerad specialiserad vård – besök. Andel patienter som väntat 30 dagar på ett första besök i specialiserad vård på Ryggkirurgiskt centrum, 2020–2022.

Under pandemin var väntetiderna något längre men vårdgarantin var 90 dagar för första besök varför resultatet under 2021–2022 till september visar längre väntetider.

Digifysiska besök (video-telefon)

Att jobba digifysiskt handlar om att kombinera digitala och fysiska arbetssätt. Målet är att skapa mervärde för patient, medarbetare och verksamhet. Trenden är tydlig vad gäller digifysiska besök. Vi ser att det håller i sig trots att pandemins restriktioner lättat. Sedan 2019 har det skett en ökning med 50% i antalet digifysiska besök på mottagningen. Mellan 2021–2022 ser vi en ökning med 30%. Ansvar för att vården blir digifysisk är delat mellan vårdgivarna som bedriver vården och Region Stockholm som formulerar de avtalsvillkor som ska möjliggöra digifysisk vård. Vårdgivarna ansvarar för att ständigt anpassa och utveckla sin verksamhet och sättet att bedriva vård så att det möter invånarnas behov och att de på ett effektivt sätt kan ge god och patientsäker vård. RKC utgår från sitt vårdavtal.



Patienter i andra regioner är i regel grundligt utredda inför besöken varför dessa patienter är bättre lämpade för denna typ av vårdform. Av patientsäkerhetsskäl har en andel e-besökspatienter hänvisats vidare för fysisk bedömning inför kirurgisk intervention. Vid ankomst till RKC operationsdagen kompletteras det med en fysisk undersökning. Vi har också sett att vissa återbesök eller uppföljningar av läkare, sjuksköterska eller fysioterapeut är exempel på vårdkontakter där vi kan erbjuda digifysisk besök som alternativ. RKC gör alltid bedömningar utifrån sin kunskap om vilken kanal, fysisk eller digital, som ger tillräcklig information för att man ska kunna fatta ett välgrundat beslut i varje enskilt fall.

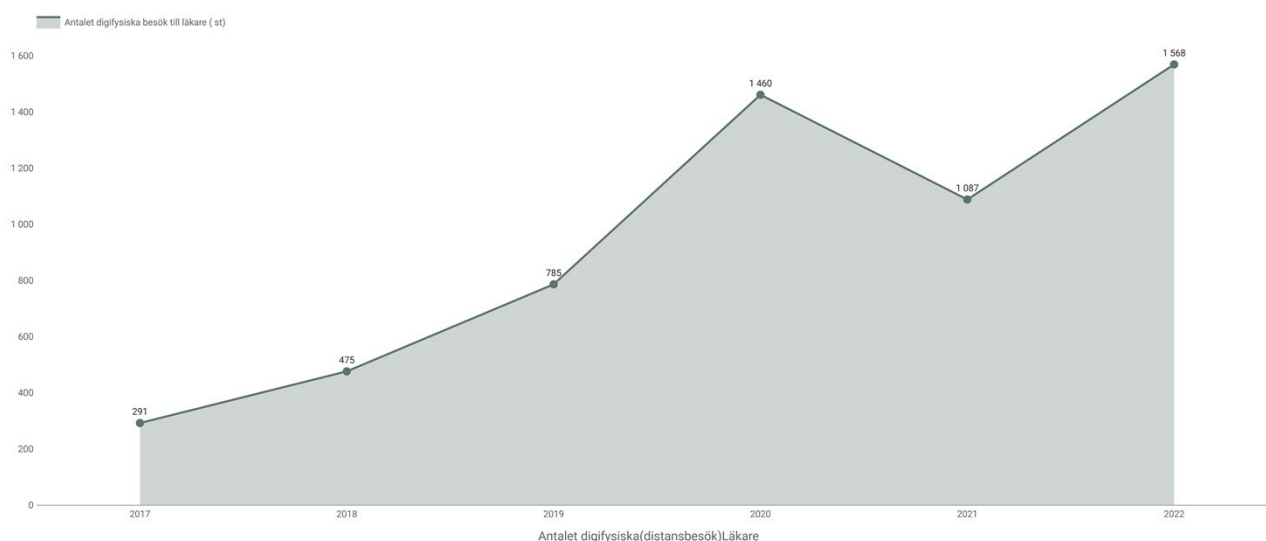


Diagram: antalet digifysiska besök 2018–2022 en ökning på 50% sedan 2019. Under 2020 var de digifysiska besöken fler än 2021 och ökningen berodde på att patienter undvek att resa mellan

regioner pga. smittorisen.

Produktionsdata

Under 2022 har >1600 patienter genomgått någon form av kirurgisk intervention på RKC. Det är en ökning på ca 10% från 2021. Antalet besök på mottagningen har ökat med ca 11% från 2021. Nedan presenteras resurser och produktionsdata.

Mått	indikator
Antal vårdplatser	19
Antal HDU platser	3
Antal operationssalar	3
Antal operationer	1643
Antal nervrotsblockader	503
Antal Vårddygn	1564
Medelvårdtid dygn	1,20
Antal besök på mottagningen	9696

Tabell: data över resurser och produktion. Återbesöksfrekvensen på mottagningen är ca 37%

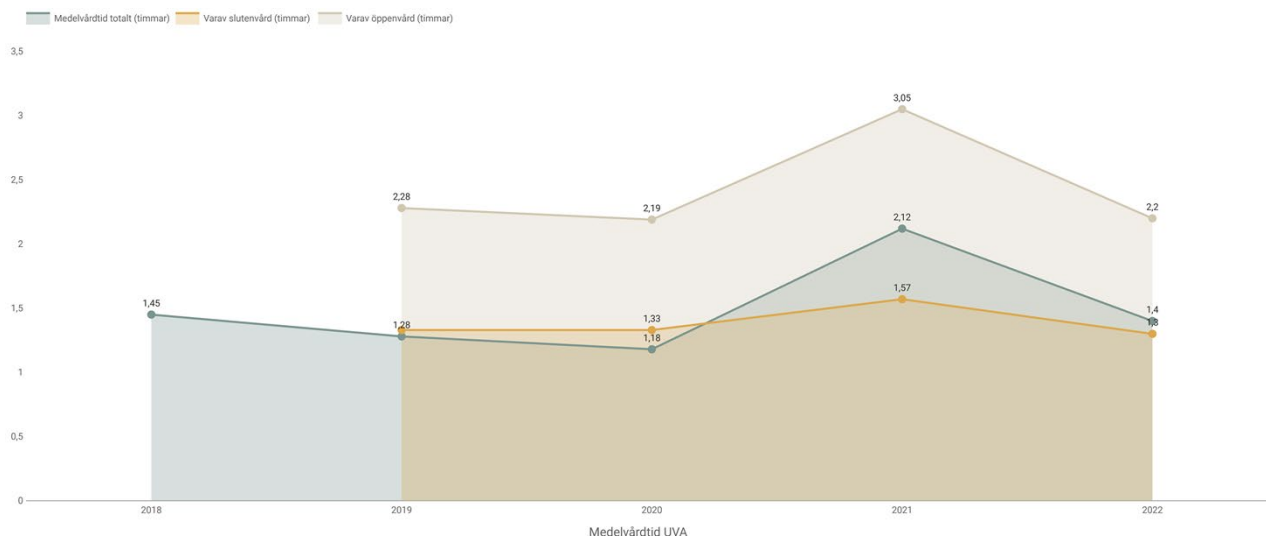


Diagram: medelvårdtiden på uppvakningsavdelningen 2018–2022 $m = \text{öppenvård } 2,2\text{h}$, $m = \text{slutenvård} = 1,3\text{ timmar}$, $m = \text{totalt } 1,4\text{ h}$.

Medelvårdtiden på uppvakningsavdelningen är 1,4 h. Under 2021 bedrevs Covidvård på vårdavdelningen och patienter blev kvar på uppvakningsavdelningen under hela vårdtillfället varför medelvårdtiden ökade.

ÖVRIGA RESULTAT

Gemensam vårdprocess för vårdgivare och patient - FRISQ

Utvärdering och kundnöjdhet

Vi har flera olika uppföljningsformulär där vi kan mäta resultat och kundnöjdhet (NPS) under hela vårdprocessen.

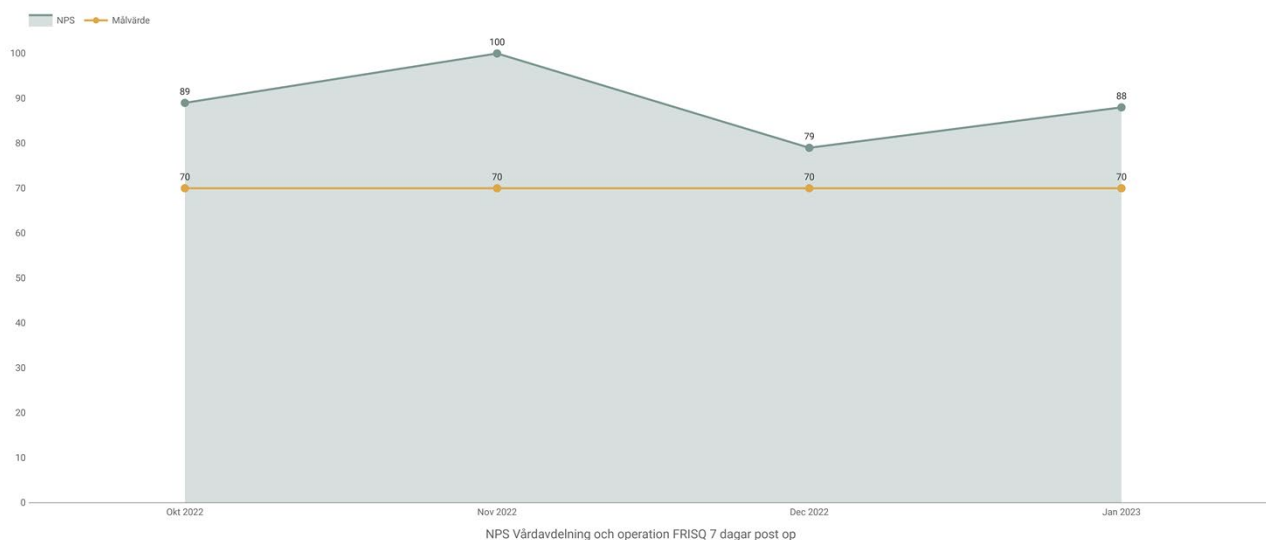


Diagram NPS 7 dagar postop sedan oktober 2022. Medelvärde NPS 85 mål > NPS 70.

Svar	Fördelning av Svar
Nöjd	94%
Varken nöjd eller missnöjd	5%
Missnöjd	2%

Tabell: Nöjdhet i % 7 dagar postoperativt n = 698 svar. Summering av mycket nöjd och nöjd = 94%.

FRISQ: Nöjdhet, smärtlindring 7 dagar post op.

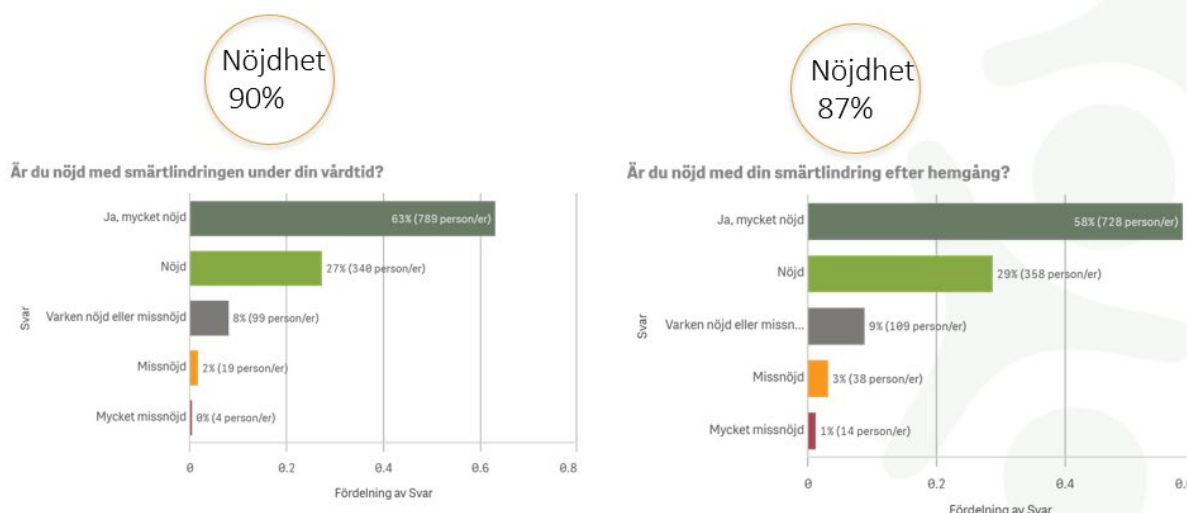


Diagram: FRISQ nöjdhet: smärtlindring utvärdering 7 dagar postoperativt. Under vårdtiden 90%, efter hemgång 87%.

FRISQ: Nöjdhet, bemötande 7 dagar post op.

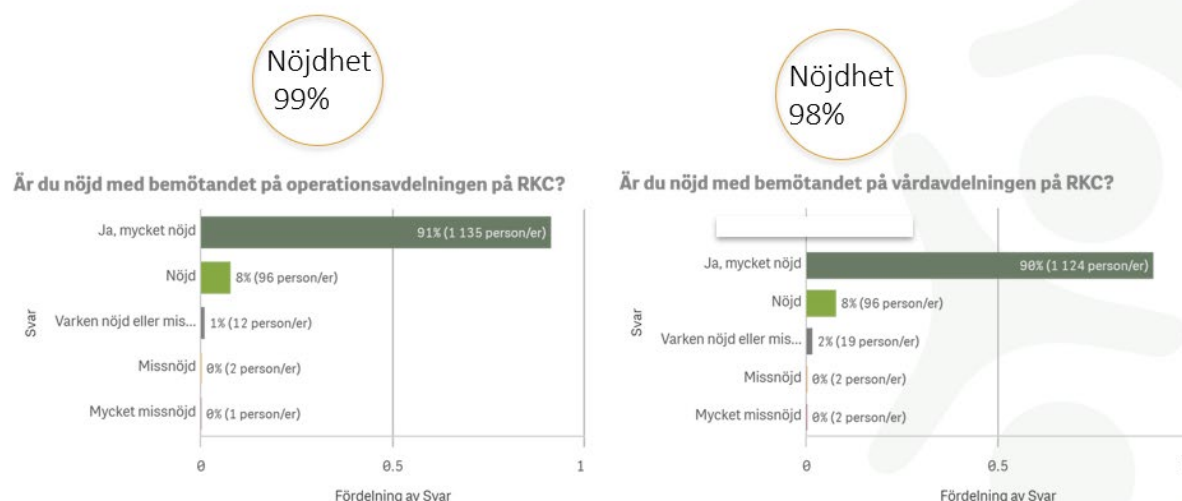


Diagram: FRISQ nöjdhet: bemötande utvärdering 7 dagar postoperativt. Bemötande operationsavdelningen 99%, bemötande vårdavdelningen 98%

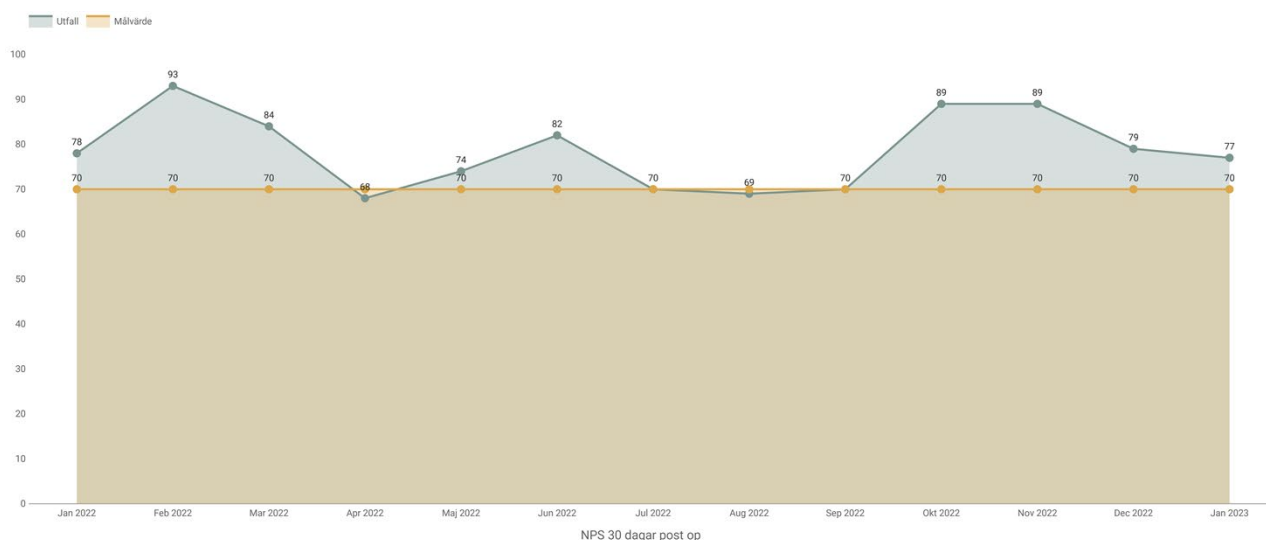


Diagram: NPS 30 Dagar postoperativt. Mål > 70. m=78 2022.

HME Hållbart Medarbetar Engagemang 2022

Syftet med en medarbetarenkät är **att förstå dina anställdas problem och utmaningar för att sedan kunna utveckla och förbättra RKC**. Saker som arbetsbelastning, stress, företagskultur, schema och medarbetare kan påverka hur de mår. Måendet, i sin tur, påverkar personalens engagemang och lojalitet mot företaget. Samtliga mätvärden på HME enkäten är >70 och medelvärdet för samtliga svar ligger på m=81.

Det enklaste sättet att bedöma om ett resultat på en fråga är bra eller mindre bra är att följa stoppljuset nedan. Generellt bör gula värden under 50 åtgärdas direkt. Värden mellan 50 och 69 innebär att utvecklingspotential finns och att de kan förbättras men är inte lika akuta som de gula. Frågor med värden över 70 är gröna, fungerar bra och ska bevaras.

Allt åtgärda
0 - 49
Allt förbättra
50 - 69
Allt bevara
70 - 100



Viktigt att enhetschef/medarbetare har "tolkningsföreträdare" om vad som är ett bra resultat på enheten.

I resultatpresentationen räknas RKC medelvärde för varje fråga om till ett index mellan 0 och 100. Ett medelvärde på 1,0 ger alltså värdet 0 i diagrammen och ett medelvärde på 5,0 (alltså det mest positiva svaret på den givna frågan) ger värdet 100. Vi redovisar samtliga resultat, både på frågenivå och per dimension, i medelvärdesindex. Vid ett högt värde är medarbetarna mer positiva till det frågan berör medan vid ett lågt värde är medarbetarna mindre positiva.

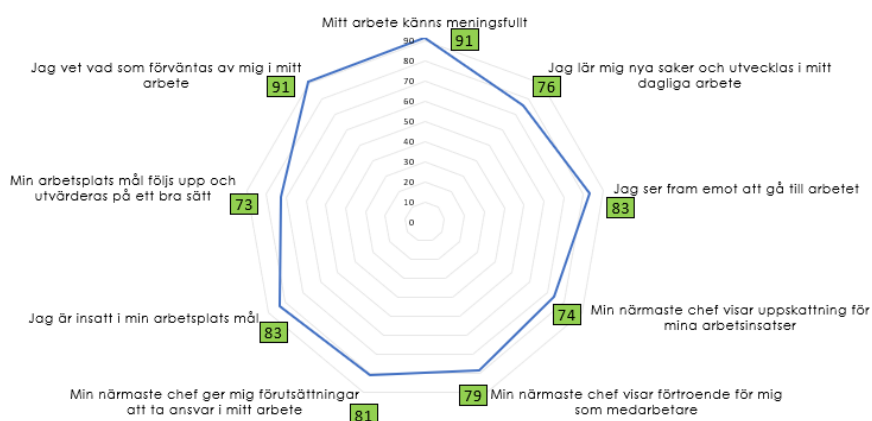
Dessutom redovisas samtliga dimensioner samt nedbrytningar på yrke och kön som andelen positivt inställda, neutralt och negativt inställda. Denna uppdelning görs för att fokus ska hamna på huruvida medarbetarna ställer sig positivt eller negativt i frågan, snarare än huruvida de svarat att påståendet stämmer mycket eller ganska bra.

Svarsfrekvens – HME

	Urval	Antal svar	Svarsfrekvens
Totalt	62	61	98,4%
Vårdavdelning	16	15	93,8%
Operation	13	13	100%
Fysioterapeut	5	5	100%
Administration	10	10	100%
Enhetschef/läkare	18	18	100%

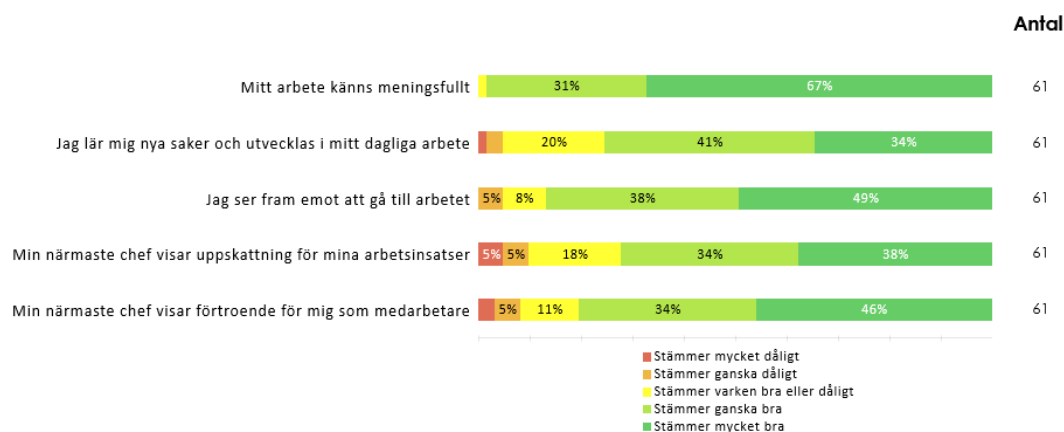
Tabell: Svarsfrekvens HME per enhet. Totalt 98,4% svarsfrekvens.

Hållbart medarbetarengagemang (HME)



Spindeldiagram: Resultat av mätningar 2022. Samtliga mätvärden >70 m=81.

Hållbart medarbetarengagemang (HME)



Hållbart medarbetarengagemang (HME)

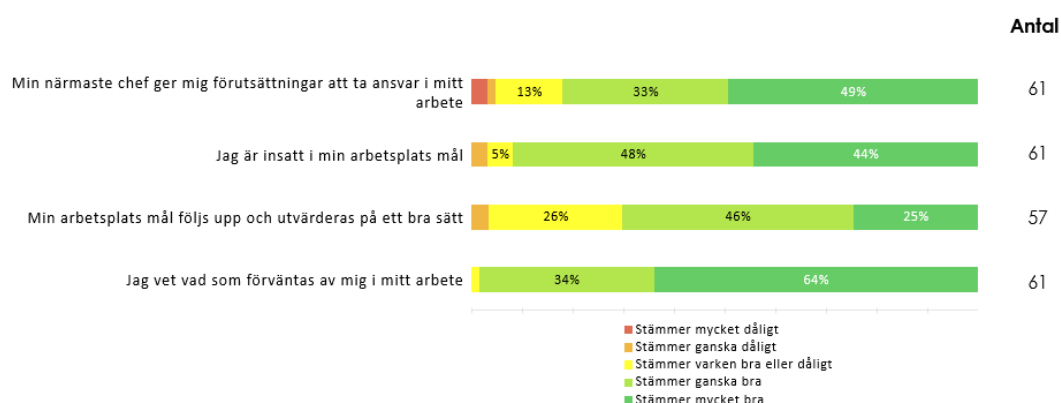


Diagram: procentuell fördelning av svar. Antal svar n=61. Svarsalternativ: Stämmer mycket dåligt, Stämmer ganska dåligt, Stämmer varken bra eller dåligt, Stämmer ganska bra, Stämmer mycket bra.

Övriga kvalitetsdata

Svensk förening för anestesi och intensivvård, SFAI, har definierat målet vid behandling av postoperativ smärta till att smärtintensiteten inte bör överstiga 4 på en 10-gradig skala. Det är viktigt att betrakta ett smärtmål av detta slag som vägledning och vara medveten om att det inte överensstämmer med alla patienters upplevelser och behov.

RKC har ett väl inarbetat koncept där patienten får information om det förväntade vårdförloppet med fokus på postoperativ smärta och illamående. Alla patienter erhåller därefter en individuell ordination av premedicinering i relation till tidigare analgetika konsumtion. Medelvårdtiden har

minskat från 1,44 till 1,20 vårddygn senaste året då verksamheten gjort förändringar och finjusterat eftervården.

För säkerhet och kontinuitets skull har RKC bemannat den postoperativa enheten med samma anestesipersonal som vi bemannar operationsenheten med. Ett roterande schema har skapats där personal växlar mellan enheterna. Syftet är att öka förståelsen. Vår strävan är att vara väl smärtlindrad efter operationen och vi arbetar mycket med att hitta rätt strategi för olika patienter.

Postoperativ smärta innan utskrivning från UVA	Andel i %
0 - Ingen smärta	44%
1 - Lätt smärta	31%
2 - Måttlig smärta	20%
3 - Svår smärta	5%

Tabell: UVA = Uppvakningsavdelning, postoperativ enhet. Tabellen illustrerar resultat av uppskattad medelsmärta postoperativt med hjälp av NRS på samtliga patienter under 2022.

Resultat: Patienten flyttas från UVA (uppvakningsavdelningen) till vårdavdelningen då NRS är <4. Vissa patienter med svår smärtproblematik har högre än 4 NRS innan operation och kommer sannolikt ej ha lägre än 4 i NRS vid förflyttning till vårdavdelningen. Målet är att smärtan inte ska hindra vila, djupandning och förflyttning eller öka risken för illamående och kräkning.

Postoperativt illamående och kräkning PONV

Upp till 30 procent av alla som sövs för ett kirurgiskt ingrepp drabbas efter operationen av illamående och kräkningar, kallat PONV, postoperativt illamående och kräkning. Trots att risken för allvarliga komplikationer, såsom vätskebrist, är liten orsakar symtomen lidande för de som drabbas och vårdtiden på sjukhus kan öka. Det är därför viktigt att både förebygga och adekvat behandla PONV och för detta rekommenderas flera modaliteter inklusive läkemedel. Detta innebär en rad förebyggande åtgärder baserade på riskbedömning. Inför kirurgi görs en individuell bedömning där risken för biverkningar vägs in mot läkemedelseffekter. Operationsenheten följer riktlinjer genom en multimodal profylax. Utvärdering av behandlingen och åtgärder kring PONV sker fortlöpande. Vi behandlar samtliga patienter som högriskpatienter för att utveckla PONV.

PONV graderas med en 4-gradig skala

0 inget illamående

1 mycket milt illamående

2 måttligt illamående

3 svårt illamående

4 kräkning

PONV	Antal i %
0 - Inget illamående	91,5%
1-milt illamående	5,8%
2-måttligt illamående	2,2%
3-svårt illamående	0,1%
4-Kräkning	0,4%

Tabell: PONV på UVA = Uppvakningsavdelning, postoperativ enhet 2022

Resultat: Majoriteten (91,5%) av patienterna har inget illamående alls. Ett fåtal upplever illamående och kräkning. Under 2022 justerades dosen på ett läkemedel som påverkade illamåendet och resulterade i ökad andel kräkningar (0,4%). Ganska omgående efter detta sattes tidigare behandling tillbaka.

Nationella kvalitetsregistret Swespine

Svenska Ryggregistret – Swespine, är ett kvalitetsregister där den ryggkirurgi som utförs vid Sveriges ortopediska och neurokirurgiska kliniker registreras.

Hit rapporterar 95% av alla Sveriges kliniker sina behandlingsresultat. Syftet är att samla fakta för att kunna utvärdera och förbättra vården. RKC är sedan start anslutna till Swespine och här nedanför kan du se de senaste resultaten av den kirurgi som vi utför hos oss i relation till landets övriga kliniker.



Aktuella värden i diagrammen nedan är ej justerade för ålderskillnader, samsjuklighet, tidigare kirurgi och arbetsförmåga. Dessa faktorer som också kan påverka resultatet av kirurgi. Fördjupad kunskap och resultat efter ryggkirurgi i Sverige finns i Svenska Ryggregistret www.Swespine.se och www.vardenisiffror.se.

I ryggregistret Swespine ligger RKC väl över genomsnittet och bland de främsta klinikerna i riket. Nedan redovisas jämförelser med riket för våra vanligaste 7 diagnoser.

- Diskbråck
- Spinal stenosis
- Kotglidning/ Rotkanalstenosis
- Segmentel rörelsesmärta SRS
- SynovialCysta
- Degenerativ skolios
- Diskbråck halsrygg
- Myelopati halsrygg

Vi djupanalyserar klinikens 20 lägsta resultat från Swespineregistret varje år och använder dessa i ett lärande syfte, dels för framtida patienturval, dels som ett led i vårt ständiga förbättringsarbete.

Resultat QPI Swespine data RKC 1 års uppföljning

NRS (Numerisk smärtskala 0–10) bedöms före operation och efter 1 år

EQ5D (Livskvalitets mått) är en standardiserad självskattningsskala för att beskriva och mäta hälsa och hälsorelaterad livskvalitet.

NKI (nöjt kundindex)

GS (global assessment) betygsskala för att utvärdera en övergripande funktion under en angiven tidsperiod utifrån psykisk eller psykiatrisk sjukdom till hälsa

ODI Oswestry instrument för skattning av hindrande smärta i ländryggen i vardagen

1 års uppföljning Diskbräck

Diskbräck	RKC	(Riket)
Nöjdhet		
Jag är nöjd	83%	77%
Jag är tveksam	13%	16%
Jag är missnöjd	4%	7%
Global (GA) Assessment BEN		
Försvunnen	45%	34%
Mycket förbättrad	37%	39%
Något förbättrad	10%	15%
Oförändrat	4%	6%
Försämrat	2,00%	4,50%
Hade ingen bensmärta	2,00%	1,70%

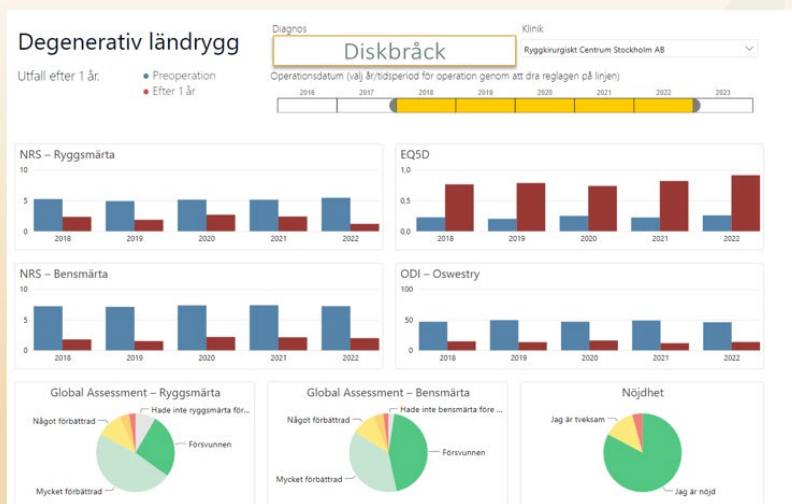


Diagram: Resultat QPI Swespine data RKC 1 års uppföljning. Diskbräck.

Nöjdhet RKC 83%, Riket 77%. (GA)Bensmärta: Försvunnen RKC 45%, Riket 34%

1 års uppföljning spinal stenos

Spinal stenos		
Nöjdhet	RKC	(Riket)
Jag är nöjd	72%	64%
Jag är tveksam	19%	23%
Jag är missnöjd	9%	13%
Global(GA) Accessment BEN		
Försvunnen	31%	25%
Mycket förbättrad	30%	29%
Något förbättrad	15%	17%
Oförändrat	10%	12%
Försämrat	6%	10%
Hade ingen bensmärta	8%	6%

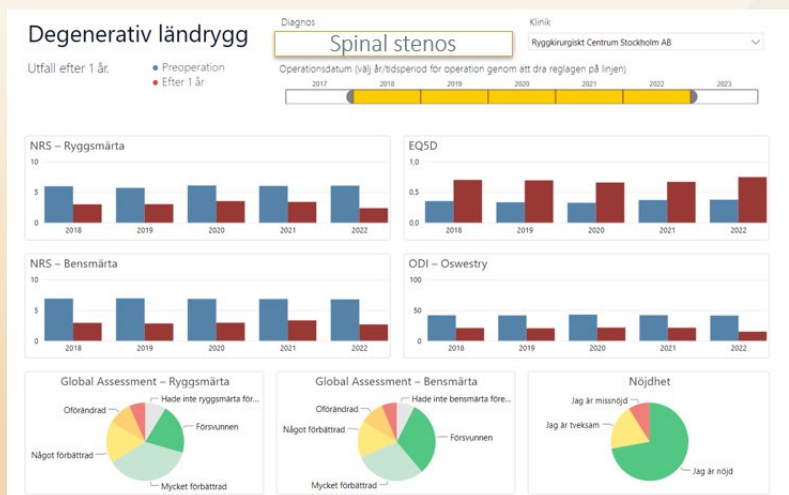


Diagram: Resultat QPI Swespine data RKC 1 års uppföljning. Spinal stenos.

Nöjdhet RKC 72%, Riket 64%. (GA) Bensmärta: Försvunnen RKC 31%, Riket 25%

1 års uppföljning Kotglidning

Kotglidning		
Nöjdhet	RKC	(Riket)
Jag är nöjd	85%	74%
Jag är tveksam	14%	17%
Jag är missnöjd	2%	9%
Global(GA) Accessment BEN		
Försvunnen	31%	28%
Mycket förbättrad	37%	34%
Något förbättrad	15%	16%
Oförändrat	3%	7%
Försämrat	5%	7%
Hade ingen bensmärta	9%	9%

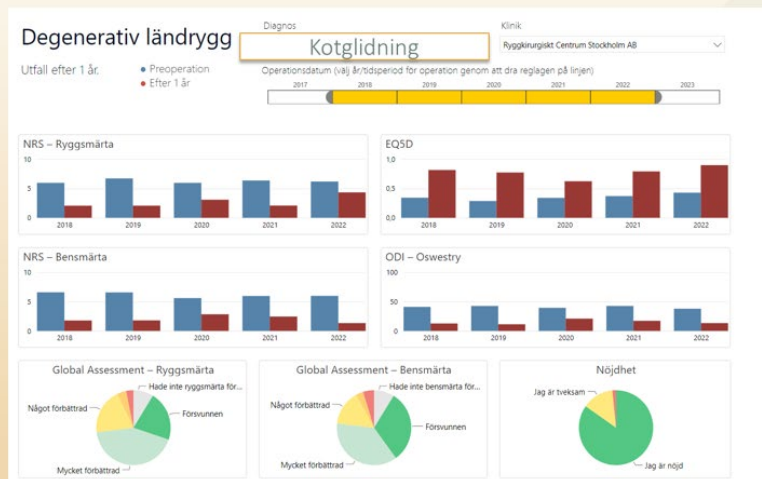


Diagram: Resultat QPI Swespine data RKC 1 års uppföljning. Kotglidning.

Nöjdhet RKC 85%, Riket 74%. (GA)Bensmärta: Försvunnen RKC 31%, Riket 28%

1 års uppföljning SRS /segmentell rörelse smärta

SRS	RKC	(Riket)
Nöjdhet		
Jag är nöjd	74%	76%
Jag är tveksam	18%	17%
Jag är missnöjd	9%	7%
Global (GA) Accessment RYGG		
Försvunnen	20%	18%
Mycket förbättrad	44%	50%
Något förbättrad	22%	19%
Oförändrat	7%	5%
Försämrat	5%	6%
Hade ingen bensmärta	2%	1%

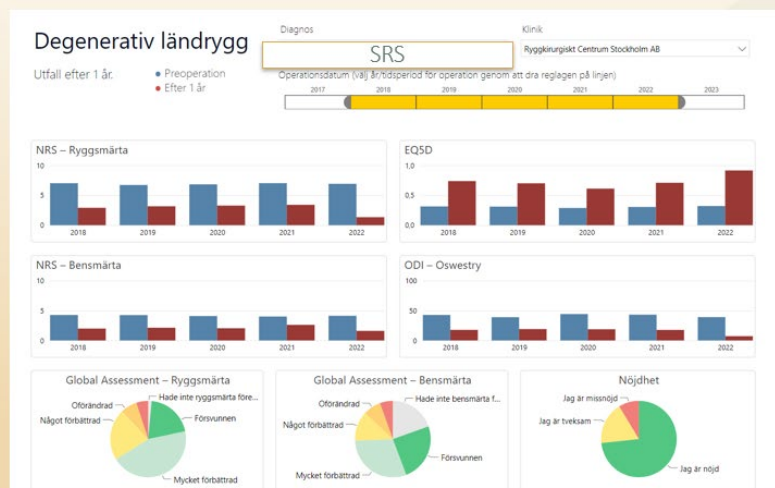


Diagram: Resultat QPI Swespine data RKC 1 års uppföljning. SRS.

Nöjdhet RKC 74%, Riket 76%. (GA) Ryggsmärta: Försvunnen RKC 20%, Riket 18%

1 års uppföljning synovialcysta

Synovialcysta	RKC	(Riket)
Nöjdhet		
Jag är nöjd	85%	85%
Jag är tveksam	11%	12%
Jag är missnöjd	4%	4%
Global (GA) Accessment BEN		
Försvunnen	60%	47%
Mycket förbättrad	17%	33%
Något förbättrad	13%	9%
Oförändrat	6%	5%
Försämrat	2%	2%
Hade ingen bensmärta	2%	4%

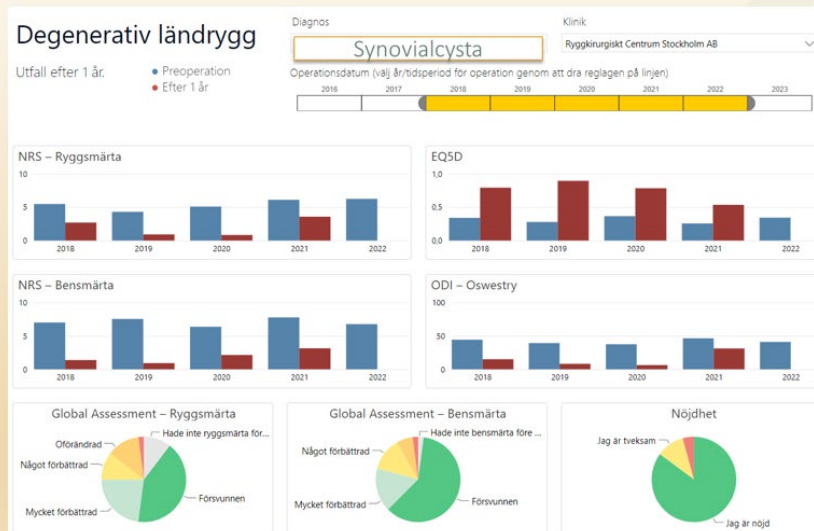


Diagram: Resultat QPI Swespine data RKC 1 års uppföljning. Synovialcysta.

Nöjdhet RKC 85%, Riket 85%. (GA) Bensmärta: Försvunnen RKC 60%, Riket 47%

1 års uppföljning degenerativ skolios

Degenerativ Skolios		
Nöjdhet	RKC	(Riket)
Jag är nöjd	84%	69%
Jag är tveksam	11%	17%
Jag är missnöjd	5%	14%
Global (GA) Accessment RYGG		
Försvunnen	21%	12%
Mycket förbättrad	50%	50%
Något förbättrad	16%	17%
Oförändrat	3%	8%
Försämrat	11%	13%

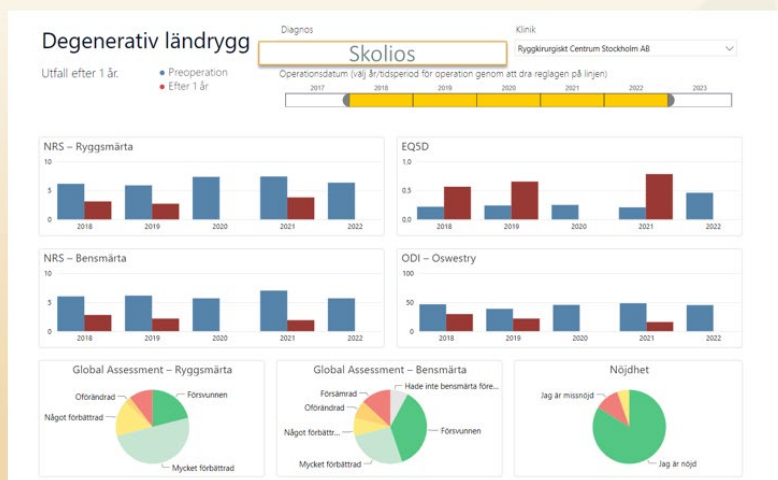


Diagram: Resultat QPI Swespine data RKC 1 års uppföljning. Degenerativ Skolios
Nöjdhet RKC 84%, Riket 69%. (GA) Ryggsmärta: Försvunnen RKC 21%, Riket 12%

1 års uppföljning diskbråck halsrygg

Diskbråck halsrygg		
Nöjdhet	RKC	(Riket)
Jag är nöjd	83%	73%
Jag är tveksam	13%	19%
Jag är missnöjd	4%	9%
Global (GA) Accessment ARM		
Försvunnen	39%	27%
Mycket förbättrad	37%	36%
Något förbättrad	13%	18%
Oförändrat	4%	10%
Försämrat	4%	6%
Hade ingen armsmärta	4%	4%

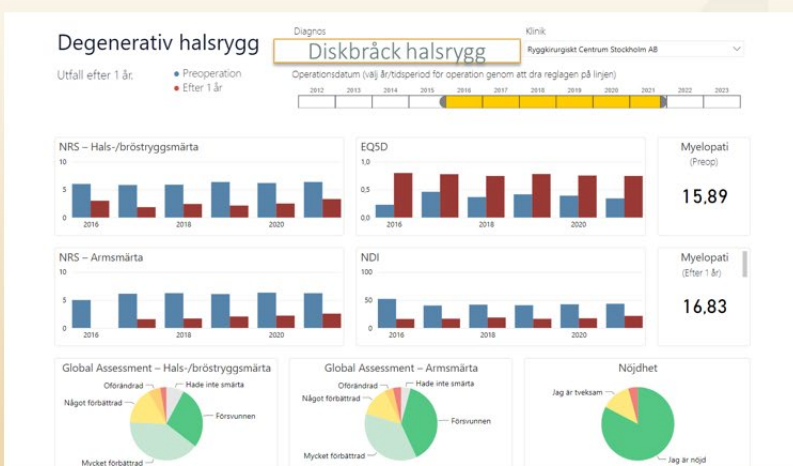


Diagram: Resultat QPI Swespine data RKC 1 års uppföljning. Diskbråck halsrygg.
Nöjdhet RKC 83%, Riket 73%. (GA) Armsmärta: Försvunnen RKC 39%, Riket 27%.

1 års uppföljning myelopati

Myelopati		
Nöjdhet	RKC	(Riket)
Jag är nöjd	76%	69%
Jag är tveksam	16%	22%
Jag är missnöjd	8%	10%
Global(GA) Accessment ARM		
Försvunnen	15%	11%
Mycket förbättrad	28%	27%
Något förbättrad	13%	18%
Oförändrat	13%	13%
Försämrat	10%	9%
Hade ingen armsmärt	30%	23%
Myelopati score		
preop	14,8	14,16
Efter 1 år	16,11	15,01

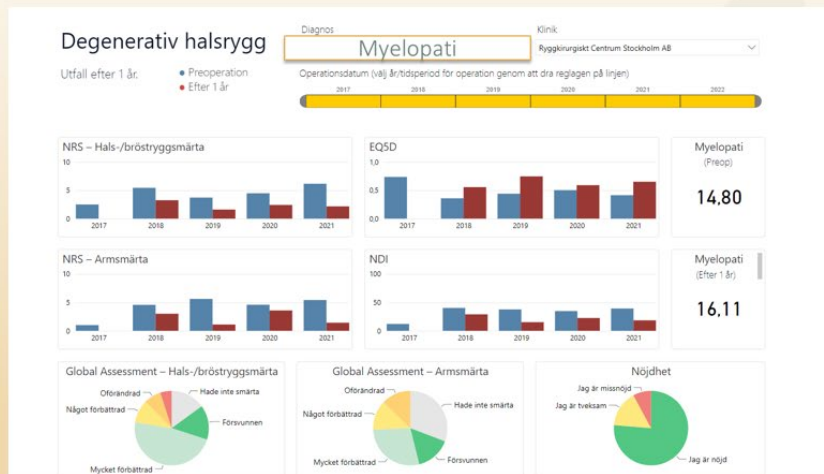


Diagram: Resultat QPI Swespine data RKC 1 års uppföljning. Myelopati halsrygg.
Nöjdhet RKC 76%, Riket 69%. (GA)Armsmärt: Försvunnen RKC 15%, Riket 11%.
Myelopati score: Preoperativt RKC 14,8 Riket 14,16 Efter 1 år RKC 16,11 riket 15,01

5.2 Internrevision

Klinikens ledningssystem är certifierat enligt ISO 14001 och 9001 sedan 2018. Internrevision genomförs årligen för att bekräfta att verksamheten lever upp till standardens krav. Intern miljö- eller kvalitetsrevision innebär att stickprov görs mot samtliga delkrav i standarden ISO 14001/9001. För att säkerställa bra och effektiva arbetssätt och processer. Den interna revisionen syftar till att hitta förbättringsmöjligheter, påvisa vilka processer som fungerar i praktiken och hur enheten arbetar med att förbättra sina arbetsmetoder. Resultatet av revisionerna rapporteras till ledningsgruppen och till varje enhet så att samtliga medarbetare kan ta del av styrkor, svagheter, möjligheter och hot och på så sätt förbättra verksamheten. Kvalitetsutvecklare ansvarar för intern kontroll av lagefterlevnad samt bevakning av nyheter inom lagområden för hälso- och sjukvård samt miljö. Nyheter och ändringar rapporteras till verksamhetschef och berörda arbetsgrupper som vidarebefordrar informationen internt för att säkra patientsäkerheten optimalt.

Intern revision är utförd: 2022-03-24 utan avvikelser

Antal avvikelser 0

Antal förbättringsåtgärder 3

Välorganiserad verksamhet som ser möjligheter i digitala lösningar. Platt organisation och korta beslutsvägar underlättar för medarbetarna att komma med förbättringsförslag. Strukturerade mötesformer på regelbunden basis, även tvärprofessionellt. Använder sig av väletablerade dokumentationssystem. Hög/bred kompetens inom rygg-/nackkirurgi. Väl genomarbetad och användarvänlig hemsida. Finns många olika kanaler för patienterna att få information och kommunicera.

Använder certifierade leverantörer till största del. Komplette kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse



5.3 Externrevision

Med hjälp av den internationella standarden för miljö och kvalitetsledningssystem ISO 14001 och 9001, kan RKC identifiera och systematiskt minska sin påverkan på miljön och ge oss verktygen för att skapa en effektiv verksamhet med enhetliga strukturerade processer för att ständigt utveckla kvalitetsarbetet. Den årliga externa revisionen i miljö och kvalitet hjälper oss att utveckla vårt arbetssätt på området, exempelvis genom att vi går igenom hur vi målsätter viktiga delar som kan påverka användningen av energi och råvaror eller mängden avfall och andra utsläpp samt att säkra kvaliteten i produkter, processer och system längs hela vårdkedjan. På så sätt kan vi utvärdera våra produkter enligt vedertagna standarder eller specifika kundkrav. Externrevisionen intygar formellt att produkter och tjänster uppfyller vedertagna externa och interna standarder.

I april 2021 recertifierades RKC i miljö och kvalitet ISO14001 och ISO 9001

senaste externrevision gjorde i september 2022



Bedömning av systemet: Ledningssystemet har god prestanda med fungerande processer och förmåga att nå uppsatta mål och förbättringar. Systemet bedöms som effektivt.

Löpande revision har genomförts. Företaget har ett fungerande system och inga betydande brister. Företaget rekommenderas till fortsatt certifiering

Sammanfattning av revisionen

Organisationen har en bra och mycket väl fungerande verksamhet. Verksamhetssystemet bedöms som effektivt och rekommenderas för övertag till Sbcert.

RKC har tydliga processer och rutiner med bra uppföljning och mätning. Patienten är i centrum för verksamheten med tydlig fokus på patientsäkerhet.

Miljömedvetenheten är hög med bra och relevanta miljöaspekter. Tydlig styrning för att minska den egna miljöpåverkan och man är väl medveten om de negativa effekter som läckage av medicinska preparat medför.

6 MÅL, STRATEGIER FÖR KOMMANDE ÅR

Korta och långsiktiga mål

Kvalité och patientsäkerhetsförbättringar 2023

Bedömningen är att fortsatt arbete med de största vårdskadeområdena är nödvändigt men att fokus behöver öka på "Säker Vård" i enlighet med den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

Digital verksamhetsinformation

En av utmaningarna har varit att få till en enkel och naturlig kommunikationsväg in och ut för personal och patienter. Kommunikationsmodellerna som används i vården har haft en stark utvecklingskurva senaste åren och RKC har utvecklats i samma takt genom att till exempel implementera digitala verktyg för att öka sin tillgänglighet under 2022. Vår målsättning 2022 var att implementera en chattfunktion. Mycket av den patientkontakt som skulle fördelas till inaktiv chatt har i stället medfört en ökad arbetsinsats för flertalet medarbetare då patienterna valt multipla kontaktvägar. Vi har valt att avsluta projektet då behovet av dialog via telefon har varit prioriterad av patientsäkerhetsskäl.

Mervärden med arbetssättet

För patienten

- **Ökad tillgänglighet**
Att snabbt få korrekt information om vem man kan vända sig till och på vilket sätt spar både tid och energi. Risken för att skjuta upp nödvändig vård minskar också när det är lätt att få rätt kontakt.
- **Välinformerad**
Samlad och strukturerad information gör det enklare att göra ett välinformerat val baserat på behov.
- **Ökad delaktighet**
Med bra information blir både patient och närstående bättre förberedda, säkrare på att hamna rätt och vet vad som gäller i samband med vården.

För medarbetaren

- **Minskad administration**
Med relevant information på rätt plats minskar behovet av att besvara återkommande frågor individuellt.
- **Bättre stöd**
När det är lättare för invånare att få rätt information avlastar det både vid hänvisning och remittering.

För verksamheten

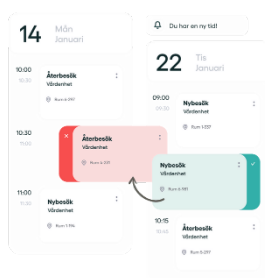
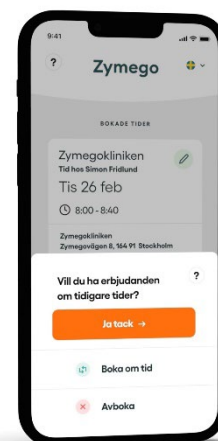
- **Ökat patientinflöde**
Bättre information om verksamheten ökar möjligheten för patienter och remitterande vårdgivare att hitta rätt.
- **Konkurrensfördel**

Profilerad information som är lätt att hitta ger verksamheten en fördel gentemot liknande verksamhet med sämre eller mer svårfunnen information.

Nedan presenteras några av målsättningarna för 2023

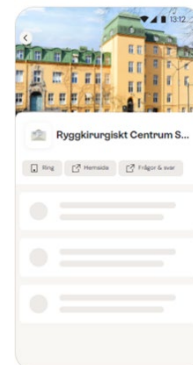
Verksamhetsmål

- Införa Zymegos av och ombokningstjänst
- Införa digitala kallelser och brev via KIVRA
- NPrinting rapporter av FRISQ data som ett tillägg till Qlik View för att skapa statiska rapporter i önskat format och distribuera dessa till rätt person vid rätt tillfälle.
- Förbättra kommunikationen via FRISQ. Ny vårdplan för Skolios & långa fusioner.
- Fortsätta och utveckla deltagandet i olika forskningsprojekt med syftet att öka kunskapen samt få mer evidens inom ämnet ryggkirurgi och rehabilitering.
- Öka rotblockadsverksamhetens tillgänglighet genom att förflytta verksamheten från röntgentäta utrymmen till mottagningen och använda ultraljud som komplement
- Via årlig HSE och HME enkät ta fram hållpunkter för arbetsgruppernas utveckling vad gäller patientsäkerhet och arbetsmiljö.
- Förbättra handläggning av patienter med långvarigt opiatberoende postoperativt genom att remittera patienten tillbaka till sin vårdcentral efter 3 månader.
- Utveckla en rutin för att preventivt förhindra fall och göra individuella riskbedömningar.
- Utvärdera förbandsprojektet och implementera förbättringar.
- Förbättra implementeringen av projekt tvärprofessionellt utvärdera och förbättra våra arbetssätt. Se över nya system för att förhindra att vi arbetar hindrande eller för in system som inte tillgodoser våra behov.

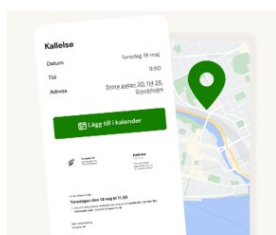


Under 2023 kommer vi att ansluta oss till Zymego. Zymego är en digital tjänst som automatiserar tillsättningen av sena återbud genom integration till tidboken. Patienter med en bokad tid till kliniken kan anmäla sig på Zymegos webapp för att få erbjudanden om sent avbokade tider, när en patient sen avbokar med kort varsel så erbjuds den tiden till patienter som önskat erbjudande om avbokade tider. Mindre administration för personal, kortare väntetid för patienter och bättre ekonomi för kliniken.

Ett arbete med att kunna skicka kallelser via Kivra till patienterna pågår och kommer att implementeras under januari 2023. Detta kommer att minska pappersförbrukningen och ge patienterna snabbare information. Smarta lösningar bland annat kalender uppdatering och kartfunktion innefattas i kallelsen.



För att underlätta att vårdkallelserna finns tillgängliga för patienten så har vi som mål att använda smarta kallelser med tillägg av kalenderpåminnelser och karta så patienten hittar hit.



Enhetsmål

Operationsenheten

- Det nya regelverket, förordning om medicintekniska produkter (MDR) började gälla maj 2021. För att följa regelverket har vi sedan en tid beställt fabrikspackade sterila implantat. Även CE märkta kemikalier avsedda för medicinsktekniska produkter kommer att implementeras i större utsträckning. Målsättningen är att underlätta hanteringen av förpackade sterila implantat och ställa högre krav på leverantören.
- För att sterilförpackade material skall klara de varma sommarmånaderna är luftfuktighet och temperatur i inomhusmiljön viktig. De varma perioderna i juli och augusti 2022 krävde att en lösning för nästkommande sommar tas fram. Lösningar som värmeisolering och kontroller kommer att förbättras.
- Få bättre flöde på operation för patienter som kräver navigering i vårt röntgensystem då denna funktion är begränsad till en operationssal.

Fysioterapienheten

- Öka sambedomningstiderna för att möjliggöra minskad väntetid för patienter samt förbättrad vårdupplevelse då denna vårdform är uppskattad av både patienter och medarbetare. Fortsatt utvärdering av besöksformen via Key for Care
- Förbättrad tillgänglighet genom utökade tider för telefonrådgivning samt tidigarelägga dessa för att öka möjligheten för patienten att få en tid samma dag. Utvärdering med månadsrapporter från TeleQ
- Öka tillgänglighet för samtliga i personalen att delta tvärprofessionellt tillfälle med utbildad kurator för att kunna få rådgivning och stöd i komplexa patientärenden samt gagna teamwork runt patienterna.
- Återinföra rehabilitering i mindre grupper på RKC samt införa en anpassad grupp för de med ökat behov av stöd. Med hänsyn till upplevelse av rehabiliteringsutvärdering.

Utvärdering genom månadsrapport från FRISQ.

- Skapa ett möteshjul för internutbildning var 3: vecka ur en kvalité och patientsäkerhetssynpunkt
- Skapa filmer för postoperativ rehabuppföljning steg 1–4. för att öka samstämmighet i råd och regim gentemot patienter för ökad tillgänglighet för patienter i andra regioner. Åtkomst via hemsida och i FRISQ.
- Mäta och utvärdera NPS och rehabilitering på RKC via Nprinting rapporter i FRISQ

Vårdavdelningen

- Ny uppföljning under 2023 av Zengio vård. Denna studie planeras att fortgå till och med mars 2023 och omfatta ett 30-tal patienter. Syftet är att studera smärtutvecklingen mer i detalj för denna patientgrupp och förhoppningsvis kunna finna situationer där mängden insatta opiater kan minskas. Om vi ser att detta är en möjlig väg framåt, kommer vi att under resten av 2023 även utöka arbetet med nya patientgrupper.
- Nya uppföljningsmått. För att ytterligare öka nyttan av Zengio Vård, så infördes även möjligheten att rapportera ytterligare en parameter förutom smärta (NRS) – och för RKC:s del valde vi då **illamående**, eftersom detta är en relativt vanlig biverkning för nyopererade patienter som står på smärtstillande läkemedel. Även detta nya uppföljningsmått inkluderas i projektet ovan för att kunna utvärdera den kliniska nyttan av denna rapportering.
- Målet är att dessa åtgärder ska öka användningen av Zengio Vård och att vi därigenom ska få ett verktyg som bidrar till att minska mängden insatta opiater.
- Förbättra flödet och kommunikationen på enheten med hjälp av flödestavla.

Mottagningen

- Se över möjligheter till att utvärdera ett digitalt dikteringsverktyg som ett komplement för att minska belastning på personal, resursfördelning och öka patientsäkerheten.
- Fortsatt arbete pågår med implementering av FRISQ där vårt mål är att öka antalet användare samt följsamheten under hela postoperativa förloppet.
- Verksamheten skall utökas med en till inskrivningssköterska på under 2023. Vi ser ett ökat behov av att förbereda verksamheten och patienterna inför kirurgi och även underlätta utredningsarbetet vid behov. Förbättra varningsetiketter för att identifiera högriskpatienter.
- För att hålla ner väntetiderna för nybesök och hålla vårdgarantin har vi under 2022 haft kvällsmottagningar samt enstaka lördagsmottagningar som vi kommer att fortsätta att ha under 2023
- Månadsrapporter från TeleQ för att optimera tillgängligheten på telefon.