

Kvalitet och patientsäkerhetsberättelse Ryggkirurgiskt Centrum Stockholm 2023



Författare: Hélène Disinger
Kvalitetsutvecklare RKC

Innehållsförteckning

1	Inledning	3
2	SAMMANFATTNING	4
3	GRUNDLÄGGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	6
3.1	Engagerad ledning och tydlig styrning	6
3.2	Övergripande mål och strategier.....	7
3.3	Organisation och ansvar.....	8
3.4	Samverkan för att förebygga vårdskador	11
3.5	Informationssäkerhet	12
3.6	Strålskydd	14
3.7	En god säkerhetskultur.....	15
3.8	Adekvat kunskap och kompetens	19
3.9	Patienten som medskapare	23
4	AGERA FÖR SÄKER VÅRD	26
4.1	Öka kunskap om inträffade vårdskador	26
4.2	Tillförlitliga och säkra system och processer	33
4.3	Säker vård här och nu	42
4.4	Riskhantering	46
4.5	Stärka analys, lärande och utveckling.....	48
4.6	Avvikelse	50
4.7	Klagomål och synpunkter	57
4.8	Öka riskmedvetenhet och beredskap	63
5	RESULTAT OCH ANALYS	65
5.1	Ryggkirurgiskt centrum, siffror och analys.....	65
5.1.1	Medicinska resultat.....	78
5.2	Internrevision	86
5.3	Externrevision	87
6	MÅL, STRATEGIER FÖR KOMMANDE ÅR	90

1 Inledning

Patientsäkerhetsberättelsen bygger på lagkrav och följer strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. I de fall där lagkrav finns görs hänvisningar under respektive rubrik (PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §).

Enligt patientsäkerhetslagen (PSL 2010:659) 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 bör ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla samt säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar. Den bör också tillgodose informationsbehovet hos externa intressenter.

Berättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år, vara tillgänglig för alla intresserade och 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 12 000 besök per år till både fysioterapeuter och kirurger som i samråd bedömer patientens vårdbehov.

RKC har även en rehabiliteringsenhet 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 opererat över 9000 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

Kvalitet och patientsäkerhet är av central betydelse för att upprätthålla en hög standard inom vården, med huvudsyftet att skydda mot vårdskador. Målet är att vården håller en hög kvalitet samtidigt som både patienter och medarbetare är nöjda och där nyttan prioriteras. Inga vårdskador anses acceptabla, och det är fortsatt viktigt att prioritera arbetet för en gemensam och stark patientsäkerhetskultur på alla nivåer.

Vi har noterat en konstant ökning av produktionen över åren, vilket återspeglar det omfattande vårdbehovet och det ökade trycket från hela landet. Vårt fokus är att avlasta regionen och samarbeta med andra vårdaktörer. År 2023 visade en ökning både i antalet mottagningsbesök (20%) och genomförda operationer (7,8%). Denna ökning i produktionsflödet kräver anpassningar inom personalgrupper och implementering av digitala hjälpmedel för avlastning. För att säkerställa en högkvalitativ och säker vård har vi under större delen av 2023 fokuserat på ökad resurstilldelning och strukturella anpassningar inom våra verksamheter. Resultaten av dessa förbättringar är tydligt synliga, där optimeringen inte bara frigör tid utan även resulterar i ökad nöjdhet bland både medarbetare och patienter.

Under hösten har avtalet med Region Stockholm reviderats vilket innebär en del förändringar och ökade krav på verksamheten. I det nya avtalet förtydligas vårt ansvar att utbilda nya ryggkirurger i samarbete med övriga ryggkirurgiska kliniker inom region Stockholm. Ett viktigt samarbete för att öka patientsäkerheten och säkra framtida behov av ryggkirurgisk kompetens i Stockholm.

I kvalitetsregistret Swespine, där vår patientrapporterade data finns tillgänglig, synliggörs viktig information om utfall och resultat av operationer utförda på majoriteten av ryggkirurgiska kliniker i Sverige. Uppföljningsfrekvensen är viktig varför vi kontinuerligt ser över våra rutiner för att förbättra dessa siffror. Under året har vi infört digitala patient- och operationsformulär. Vid 1-årsuppföljningen på RKC noterade vi en ökad uppföljningsfrekvens på våra ländryggsoperationer, där 70% av patienterna svarat. Vi har konstaterat att endast 56% av patienterna som genomgått en halsryggsoperation har svarat vilket vi under nästkommande år kommer att försöka analysera orsaken till. Inom Swespine registreras både nöjdhet och minskad ben- eller armsmärt, vilket ger oss värdefull insikt och möjliggör en grundlig bedömning av patientnyttan efter utförda operationer på RKC. Resultaten för året visar att vi är en av de största ryggklinikerna och att vi ligger mycket väl till i patientrapporterade data jämfört med övriga i landet.

Antalet avvikelser har minskat något medan förbättringsförslagen har ökat under 2023. Fyra allvarliga tillbud har rapporterats varav en av dessa har genomgått vidare utredning med händelseanalys. Två av dessa allvarliga tillbud gäller externa enheter där utredning pågår inom respektive verksamhet.

Kundnöjdheten på RKC visar att vårt arbete i många olika dimensioner i förhållande till patienternas upplevelse fortfarande överstiger våra mål. Vi har haft en hög svarsfrekvens vilket gör att de åtgärder vi vidtar efter förbättringsförslag känns relevanta.

Våra mätningar för hållbart medarbetarengagemang (HME) och hållbart säkerhetsengagemang (HSE) visar återigen positiva resultat med nöjda medarbetare. Svarsfrekvensen var mycket hög vilket ytterligare stärker resultatet.

IT förblir ett riskområde. Den interna IT-gruppen har kontinuerligt samarbetat med IT-leverantören för att öka informationssäkerheten, och under året kommer ytterligare åtgärder att implementeras för att minska riskerna från yttre hot. Riskanalys genomförs vid införandet av nya system, medan

riskbedömningar görs kontinuerligt i våra processer.

Både interna och externa revisioner i miljö (ISO 14001) och kvalitet (ISO 9001) har genomförts under året, och inga avvikelser har tilldelats verksamheten. Omcertifiering kommer ske under 2024.

Stockholm i februari 2024



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. På RKC möjliggör den kontinuerliga interaktionen mellan ledning och personal, från verksamhetschef till ledare i den patientnära verksamheten, en smidig informationsöverföring och stärker patientsäkerheten.

Målet är att beslut ska vara tydliga för att säkerställa att medarbetare och ledning arbetar mot samma mål. RKC har en väldefinierad organisation för patientsäkerhet som planerar, stödjer och följer upp det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Patientsäkerheten prioriteras för att öka medvetenheten hos medarbetarna, och kunskap om patientsäkerhet finns på alla nivåer genom att tvärprofessionella grupper är prioriterade.



RKC genomför regelbundna medarbetaruppföljningar för att skapa underlag för dialog på enheterna. Under 2022 ersattes den tidigare medarbetarenkäten med SKR (Sveriges kommuner och

regioner) enkät (HME) för hållbart medarbetarengagemang och (HSE) för hållbart säkerhetsengagemang. HSE innehåller 11 frågeställningar angående patientsäkerhet, motsvarande HME:s nio frågeställningar som är centrala för arbete med patientsäkerhet och arbetsmiljö. Resultaten av HSE ger RKC en temperaturmätning på upplevelser kring säkerheten på arbetsplatsen och används som underlag för närtida dialog kring resultaten.

Enkäten syftar till att samla in medarbetarnas upplevelser och ge en samlad beskrivning av arbetsplatsens arbetsmiljö och säkerhet. Det ger varje enhet möjlighet att utvecklas inom arbetsgruppen och skapar tydlighet kring hur ledarskapet upplevs. Med svaren från enkäten kan RKC formulera förslag på åtgärder där det behövs och följa upp dessa.

Under året har ledningen aktivt riktat in sig på att adressera förbättringsområden som framkommit under klinikdagarna. Denna inriktning kommer att präglade vårt fortsatta arbete även under det kommande året.



3.2 Övergripande mål och strategier

Ryggkirurgiskt centrumets mål och värdegrund

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

En grundläggande princip för verksamhetsplaneringen vid RKC är att utgå från verksamhetsidén och målen, vilka är framställda i enlighet med det vårdavtal som har undertecknats med Region Stockholm. De grundläggande värderingarna spelar en avgörande roll där medarbetare driver utvecklingen. Målet är att erbjuda högkvalitativ, patientsäker och effektiv sjukvård genom medarbetarnas kontinuerliga förbättringsarbete och patienternas delaktighet. En sammanfogning av vård, kvalitet, patientsäkerhet, effektiva flöden och hög tillgänglighet med kostnadseffektivitet är vårt fokus.

De övergripande målen som beslutats för RKC:s uppdrag inkluderar:

- Arbeta värdegrundsbaserat med förbättringsarbeten genom att vara proaktiv i stället för reaktiv, genom riskbedömning och analys av processer.
- Utveckla arbetssätt och vara tydliga med att värdesätta patientens upplevelse av delaktighet genom att kontinuerligt ta del av förbättringsförslag för att ständigt förbättra och anpassa vårdupplevelsen
- Vidta systematiska förebyggande åtgärder för att minska antalet patienter som drabbas av undvikbara vårdskador och årligen mäta säkerhetsengagemang.
- Sträva efter att samtliga patienter bedöms och opereras inom vårdgarantin med uppföljning av CVR (centrala väntetidsregistret).
- Arbeta förebyggande för att motverka och eliminera risker som innebär miljöpåverkan genom att se över våra största negativa miljöaspekter och sätta upp tydliga miljömål och följa upp miljöavvikelser.
- Stimulera personalen genom intern- och extern utbildning samt erkänna och belöna deras engagemang och bidrag till säker vård genom ett årligt patientsäkerhetspris.

En nollvision för vårdskador har antagits, och konkreta mål har fastställts för att nå denna målsättning. Samtliga mål bryts ner, konkretiseras och följs upp på verksamhets-, flödes- och enhetsnivå. Vi strävar efter att öka benägenheten att rapportera avvikelser och främja en kultur av "no shame – no blame" på våra enheter. Utöver de ärenden som normalt rapporteras och utreds systematiskt i avvikelshanteringssystemet inkluderas ärenden från IVO, Patientnämnden och LÖF-ärenden där en patientskada identifierats i egen verksamhet, samt Lex Maria-ärenden.



I RKC:s ledningssystem, där delar är tillgängligt på vår externa hemsida (<http://rkc.se>) och intranät, återfinns dokument som styr och stödjer verksamheten. Ledningssystemet syftar till att uppfylla kraven i tillämpliga lagar och författningar, exempelvis Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), Patientlagen (2014:821), Patientdatalagen (2008:355) och Patientsäkerhetslagen (2010:659), samt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. RKC har varit kvalitets- och miljöcertifierade 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

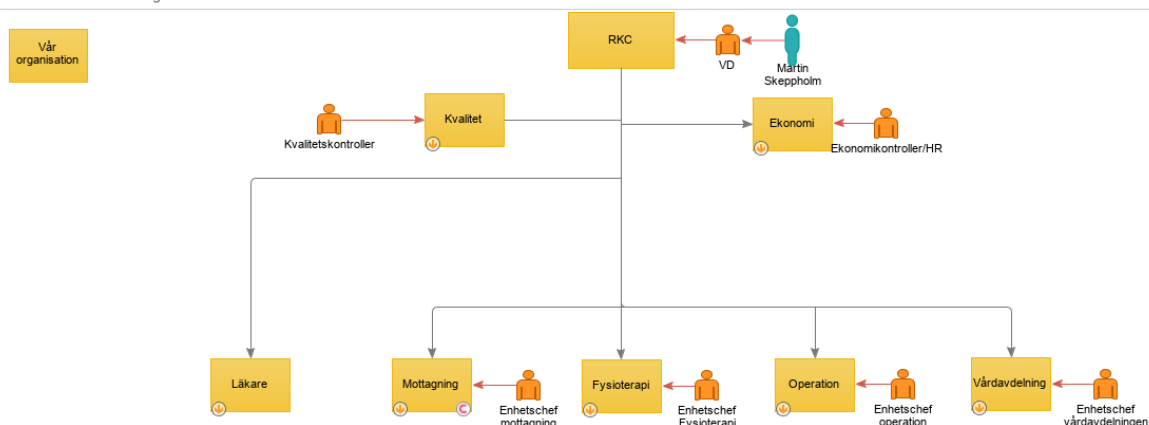


Bild: Vår organisation.

RKC-ledningen, bestående av VD/verksamhetschef, MLA (medicinsk ledningsansvarig),

enhetschefer, ekonomi- och kvalitetsutvecklare, samt dataskyddsgruppen, har det övergripande ansvaret för kvalitet och patientsäkerhet. De fastställer och följer upp de övergripande målen inom dessa områden. Verksamhetschefen/VD har det övergripande ansvaret för hela verksamheten och patientsäkerhetsarbetet, inklusive uppföljning av dessa områden. Tydliga uppdrags- och funktionsbeskrivningar tilldelas enhetschefer, MLA och kvalitetsutvecklare av VD.

Medicinska avvikelser, riskanalyser och händelseanalyser hanteras av verksamhetschefen, som även är ytterst ansvarig för att vidta åtgärder i dessa sammanhang. Verksamhetschefen representerar RKC gentemot Inspektionen för vård och omsorg när det gäller patientsäkerhet.

Kvalitetsutvecklaren ansvarar för ledningssystemet och det övergripande kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet samt utför egna kontroller. Kvalitetsutvecklaren har en rådgivande och stödjande roll, följer upp mål och rutiner samt rapporterar resultat till ledningen och föreslår åtgärder.

När det saknas tillräcklig medicinsk kompetens uppdras medicinska ledningsuppgifter till MLA av verksamhetschefen. MLA har det övergripande medicinska ansvaret i sin verksamhet.

Enhetscheferna har gemensamt ansvar för patientsäkerheten genom kontinuerlig dialog med medarbetare för inspiration och engagemang. Varje medarbetare har ett patientsäkerhetsansvar och deltar aktivt i det systematiska kvalitetsarbetet. Medarbetarna driver förbättringsarbetet genom att delta i framtagandet av riktlinjer och rutiner samt genom att följa och anpassa arbetssätt efter dessa. De bidrar till patientsäkerhetsarbetet genom att delta i risk- och avvikelshantering samt följa upp mål och resultat. Medarbetarna spelar en avgörande roll för den enskilda patienten, och deras förslag och idéer testas, utvärderas och genomförs med stöd av enhetschefer och ledning.

Enhetschefer är ansvariga för att integrera förbättringsarbetet i vardagen och hantera framkomna idéer. De skapar forum för tvärfunktionella diskussioner och beslut där problem identifieras och utvecklingsförslag bearbetas. Kvalitetsutvecklaren, smärtgruppen, avvikelsegruppen, arbetsmiljögruppen, IT gruppen, HR/Ekonomi och dataskyddsgruppen stödjer förbättringsarbetet inom verksamheten.

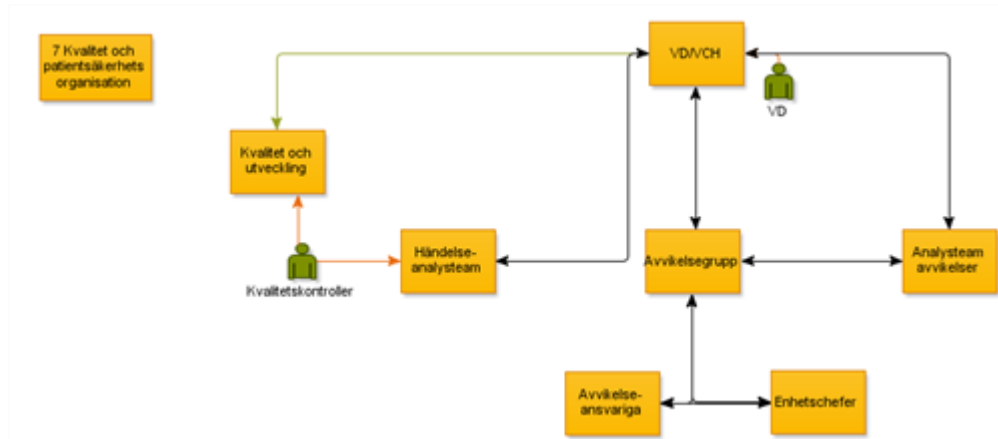


Bild: kvalitet- och patientsäkerhetsorganisation på RKC

Stödfunktioner på RKC:

Gaskommitté:

- Syfte: Säkerställa gasförsörjningen till de 26 operationssalarna inom Sophiahemmets verksamhetsområde.
- Mötet: Två gånger per år, med kontinuerligt arbete inom respektive kompetensområde mellan mötena.

Chefläkare:

- Samverkan: RKC är vårdgivare på Sophiahemmets sjukhus AB, och en chefläkare från Sophiahemmet är tillgänglig.
- Informering: Delges information vid allvarliga tillbud, vårdskador eller lex Maria-anmälningar.

Vårdhygien:

- Kompetens: Högt kunnande inom vårdhygien hos kvalitetsutvecklare, personal och ledning.
- Avtal: Inga direkta avtal med vårdhygien, men konsulteras eller kontaktar vårdhygien och STRAMA vid behov.

Infektionskonsult:

- Samarbete: Samarbetar med infektionskonsult vid inlagda patienter med postoperativa infektioner (VRI).
- Expertis: Konsulteras vid behov för expertutlåtanden inom området.

Patientnämnden (PaN) och LÖF (Landstingets ömsesidiga försäkringsbolag):

- Rapporter: Månadsrapporter från patientnämnden skickas till kvalitetsutvecklare.
- Ärenden: Bearbetas successivt av verksamheten, och en årsvis aggregerad skadestatistik delges
- Analyser: En årssammanställning och analys delges medarbetarna.

3.4 Samverkan för att förebygga vårdskador

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

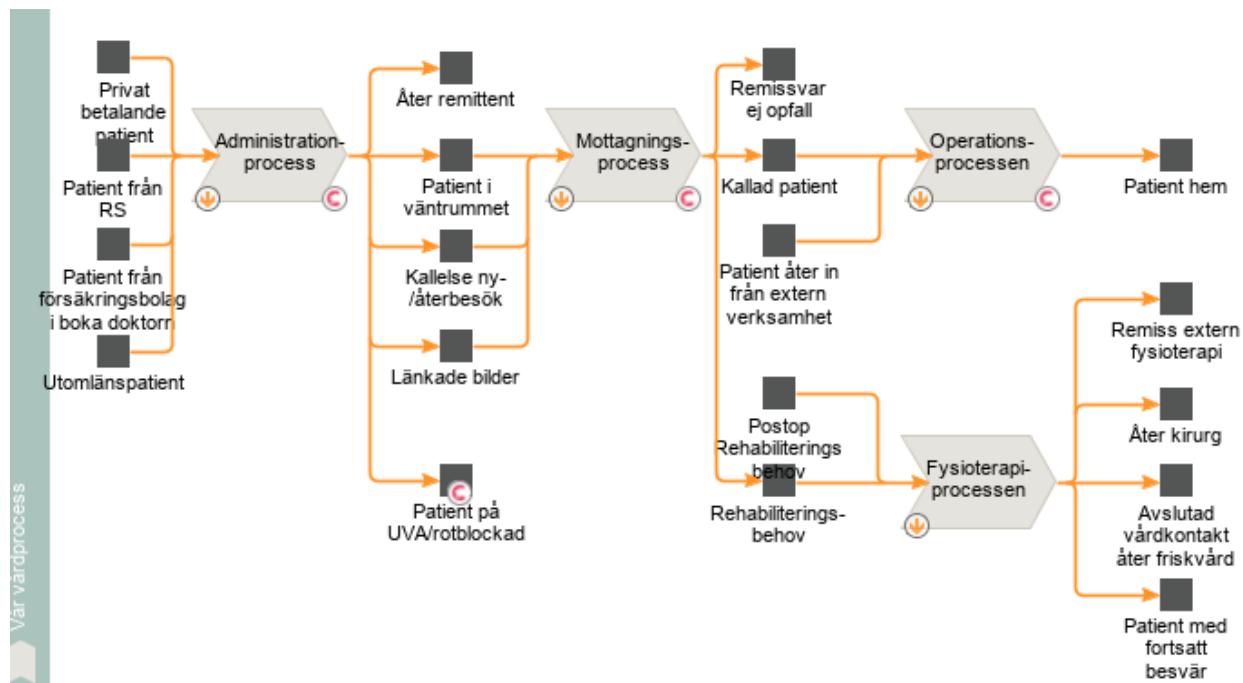


Bild: Huvudprocesser på RKC.

Extern samverkan

RKC bedriver elektiv kirurgi och mottagningsverksamhet med kort vårdtid, och i de flesta fall krävs ingen samordnad vårdkedja med andra aktörer. Som privat vårdgivare med vårdavtal upprätthåller vi en kontinuerlig dialog med regionen, akutsjukhus och andra vårdenheter, såsom rehabilitering och primärvård. I samarbete med Region Stockholm följer vi regionala överenskommelser för hantering av dessa processer. Externa vårdaktörer för samarbeten inkluderar även vårdgivare på Sophiahemmet, smärtkliniker och specialistmottagningar. RKC är aktivt engagerat i olika nätverksgrupper, såsom vårdgivarnätverk, nätverk för journalgranskning och händelseanalys. Vi deltar också i olika patientsäkerhets- och smärtekonferenser samt nationella och internationella ryggkongresser. Under 2023 besökte förtroendevalda politiker och tjänstemän från Region Stockholm RKC för att förbättra dialogen och öka förståelsen för vårdvalsaktörernas arbete.

Intern samverkan

Patienternas diagnos, personliga behov och livssituation formar innehållet i vårt omhändertagande, hur vi organiserar vårarbetet. Insatserna börjar redan vid inskrivningen, där våra inskrivningssjuksköterskor spelar en central roll. Dessa sjuksköterskor ansvarar för att samla in och säkerställa all viktig information inför kirurgi. För att förbättra och effektivisera denna process har vi implementerat en digital hälsodeklaration. Den digitala hälsodeklarationen möjliggör en mer strukturerad och detaljerad insamling av patientinformation, vilket i sin tur minskar risken för informationsbrister och främjar en säkrare vårdmiljö. 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 via SBAR från avrapporterande enhet för att ytterligare minska risken för informationsbrister.

Vi ger patienten möjlighet att aktivt delta i vården genom att kommunicera både muntligt, skriftligt och via digitala hjälpmedel. Genom digitala verktyg som FRISQ patientweb får verksamheten kontinuerligt information från patienten vilket ökar säkerheten. 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.

Ledarskap och Struktur: RKC har en välfungerande IT-grupp under ledning av VD och kvalitetsutvecklare. För att säkerställa smidiga IT-tjänster har detta outsourcats till Active IT och genomgår för närvarande en övergång till en ny IT-miljö.

Säkerhetsmedvetenhet och Utbildning: Företaget bibehåller en hög nivå av IT- och cybersäkerhetsmedvetenhet genom regelbundna utbildningar och månadsavstämningar med Active IT och IT-gruppen.

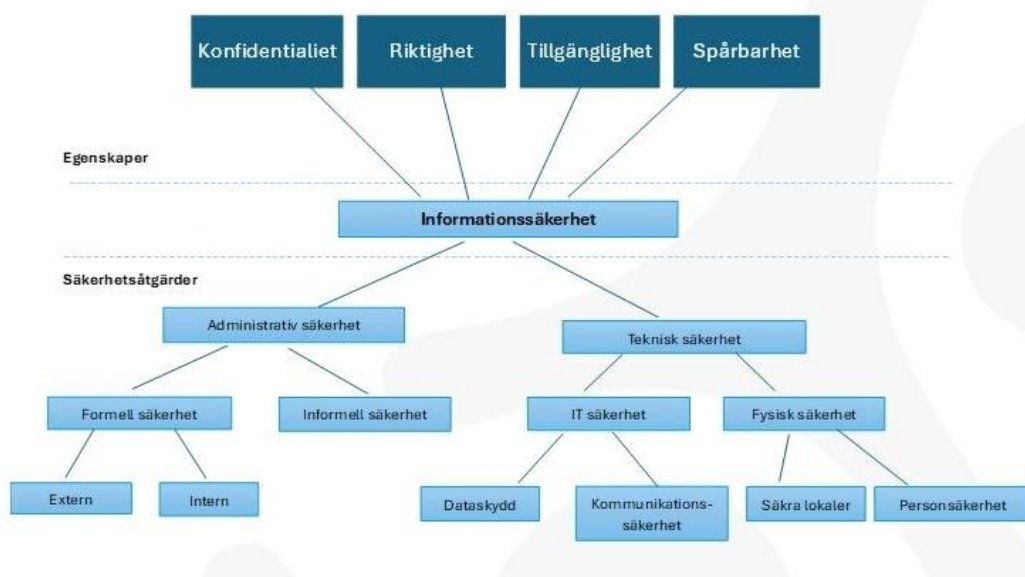


Bild: RKC ledningssystem för informationssäkerhet

Styrdokumentation och Riskhantering: Detaljerade styrdokument för informationssäkerhet kommuniceras tydligt till personalen. En separat IT-riskanalys genomfördes 2021 för att identifiera

och hantera potentiella hot.

Revisioner och Följsamhet: Internrevisioner, externa granskningar och ISO-revisioner bekräftar att RKC:s informationssäkerhet är i linje med kvalitetsstandarder och följer regler och rekommendationer.

Operativa Kontroller: Regelbundna behörighetsgenomgångar och en följsamhet mot ITIL för ändringshantering används som operativa kontroller för att säkerställa att rättigheter och processer är aktuella.

Kontinuitetsplan och Säkerhetskopiering: RKC har en tydlig kontinuitetsplan och avtal med IT-leverantörer för att säkerställa driften vid eventuella avbrott. Säkerhetskopiering av data sker dagligen och övervakas noga.

Användarhantering och Åtkomstkontroll: Användarhantering sker genom servicedesk och enhetschefer, med personliga konton och tydliga lösenordskrav. Åtkomst till system kräver individuella konton och användning av SITHSkort för vissa system.

Säkerhetsåtgärder och Fysisk Säkerhet: RKC har implementerat säkerhetsåtgärder mot skadlig kod och upprätthåller ett robust fysiskt säkerhetssystem med passerkort och övervakning.

Behovs- och Riskanalyser vid Systemimplementering: Före implementeringen av nya system genomförs noggranna behovs- och riskanalyser för att säkerställa informationssäkerheten.

Policydriven Säkerhet: RKC:s processer och rutiner för informationssäkerhet baseras på en detaljerad informationssäkerhetspolicy. Månadsavstämningar används som tillfällen att förstärka policyns säkerhetsaspekter, vilket utgör en kärna i RKC:s övergripande strategi för informationssäkerhet.

Under 2024 kommer RKC att genomgå en migration till en ny IT-miljö och revidera befintlig lagstiftning gällande informationssäkerhet för att säkerställa uppdateringar i enlighet med kraven.

Dataskydd och GDPR-efterlevnad på RKC

Anställning av Dataskyddsombud: Under 2023 rekryterade RKC ett externt dataskyddsombud och initierade därmed ett internt samarbete kring dataskyddsfrågor genom att etablera en dataskyddsgrupp. Denna grupp består av dataskyddsombudet, kvalitetsutvecklare, verksamhetschef, ekonomiansvarig och enhetschefer inom verksamheten.

Fokus på Uppdaterade Rutiner och Föreskrifter: Dataskyddsarbetet har prioriterat uppdatering av rutiner för att följa aktuella föreskrifter. Detta inkluderar utbildningsinsatser och föreläsningar för att säkra efterlevnaden av GDPR och stärka medarbetares och patienters integritet.

Kontinuerlig Uppdatering av Dokumentation: Registerförteckningen, informationssäkerhetspolicyn och integritetspolicyn uppdateras kontinuerligt. Integritetspolicyn för personal och patienter har ompublicerats på intranätet och RKC:s hemsida för enkel åtkomst. Tydliga rutiner har etablerats för upptäckt och rapportering av personuppgiftsincidenter.

Incidentrapportering och Kompetensutveckling: Under året rapporterades och hanterades fyra personuppgiftsincidenter i enlighet med befintliga rutiner. Kompetensutveckling har skett genom fysiska och digitala utbildningar om hantering av personuppgiftsincidenter, personuppgiftshantering och GDPR.

Dataskyddsgruppens Arbete: Dataskyddsgruppen har sammanträtt tre gånger under året 2023 för att utvärdera åtgärder kopplade till skyddet av personuppgifter och identifiera förbättringsområden.

Framtida Fokus på Risk- och Konsekvensbedömningar: Under 2024 kommer fokus vara att säkerställa att risk- och konsekvensbedömningar genomförs inför samtliga behandlingar som kräver det. Som rutin inventeras alla system med personliga inloggningar kvartalsvis, och tillfälliga eller avslutade anställningar får tidsbegränsade inloggningar för att underlätta gallring.

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 januari 2023 skrevs ett avtal med röntgenutbildarna, och RKC:s tillstånd från strålskyddsmyndigheten förlängdes. RKC disponerar en O-arm för navigering under operation samt två C-bågar för konventionell genomlysning. Året 2023 präglades av systematiskt strålskyddsarbete för medicinska exponeringar inom RKC. Huvudfokus låg på utbildning, kontroller av apparatur, skyddsutrustning och stråltider, samt genomgång av lokaler och arbetsrutiner.



Strålskyddsbokslut för 2023 - Sammanfattning

1. Systematiskt Strålskyddsarbete: Verksamheten har bedrivit systematiskt strålskyddsarbete genom ett strålsäkerhetsmöte som utfördes i maj, enligt den förutbestämda dagordningen och handlingsplanen.

2. Åtgärder för Strålskyddets Upprätthållande och Utveckling: På mötet diskuterades relevanta aspekter av strålsäkerheten. Följande åtgärder har vidtagits:

- Genomförande av personalutbildning i både teoretiskt och praktiskt strålskydd.
- Kontroll av samtlig utrustning för att säkerställa överensstämmelse med kraven.
- Kategoriindelning av verksamheten har värderats.
- Lokalerna och arbetsrutinerna har genomgåts och utvärderats.
- Upprätta rutin för analys av stråltider på operation

3. Resultat av Strålskyddsarbetet 2023: Följande resultat har uppnåtts under året:

- Personal som handhar och utför operationer är utbildad i både teoretiskt och praktiskt strålskydd.
- Utrustningen som används har kontrollerats och uppfyller de nödvändiga kraven.
- En handlingsplan för uppföljning av de diskuterade momenten vid strålsäkerhetsmötet har tagits fram.
- Genomlysningstider har tagits fram och analyserats av strålskyddsexpert dels generellt och dels per kirurg.

Sammanfattningsvis har det systematiska strålskyddsarbetet under 2023 omfattat möten, utbildning, kontroller och utvecklingsåtgärder för att säkerställa en effektiv och säker hantering av strålning

inom verksamheten. Vid analysen av genomlysningstider finns en del avvikelser, som troligen beror på antingen felregistrering av apparatur eller angiven tid. Under 2024 kommer vi att se över rutinen för registrering i operationsplaneringssystemet.

Genomlysningstider och DAP fördelat mellan utrustningarna

Utrustning	Medel		Max (DAP)	Max (s)	Antal
	DAP	Tid			
O-arm	1093	4	8108,41	139	459
C-båge 1 - lilla	457	3	2644,5	60	653
C-båge 2 - stora	360	5	24170,9	1070	530

Tabell 3: Fördelning av DAP och genomlysningstid mellan utrustningarna (korrigerad). O-armen ligger genomsnittligt klart högst vilket beror på att den endast kan köra med 30 pulser per sekund. Ziehm bågarna har anpassad pulsning vilket gör att doserna sjunker rejält. Maximala värdet hänger ihop med genomlysningstiden.

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 2023 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 98% i HSE- mätningarna. Vi hoppas och tror att vi därigenom ska kunna

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



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	62	61	98%
Vårdavdelning	18	17	94%
Operation	13	13	100%
Mottagningen	16	16	100%
Enhetschef/läkare	15	15	100%

Tabell: svarsfrekvens -HSE 2023, 98%.

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 på den egna enheten.

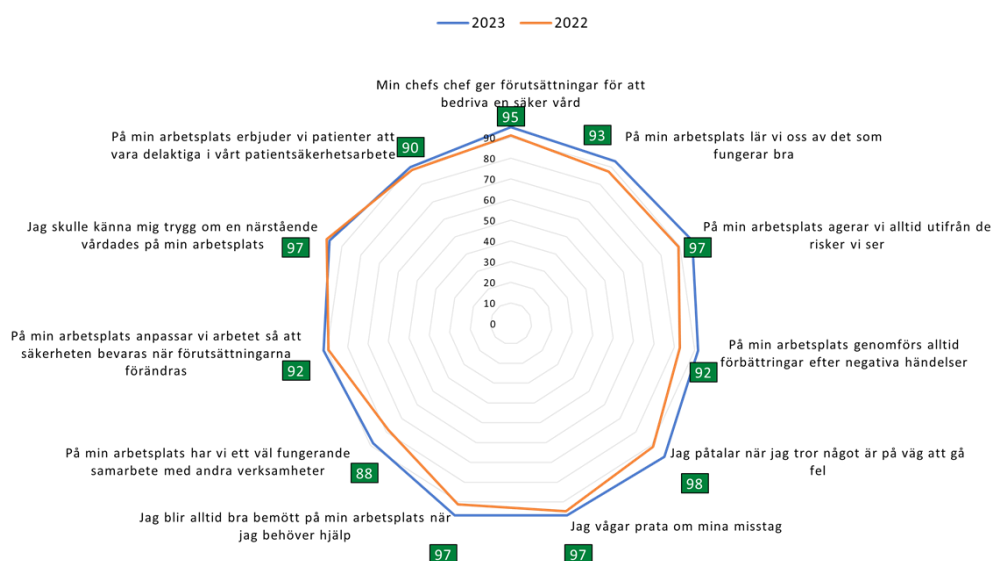


Bild: Resultat. Hållbart säkerhetsengagemang (HSE) 2023 m=94.

Analys: Alla värdena var >70. Frågor med värden över 70 är gröna, fungerar bra och ska bevaras. Vi ser en förbättring från föregående år på nästan alla punkter (m=94) vilket talar för ett hållbart säkerhetsengagemang på RKC.

Patientsäkerhetspris 2023

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 2023

Motivering:

Ida tar ett stort ansvar för förbättringsarbetet på kliniken. Efter akuta händelser visar Ida en imponerande förmåga till reflektion och noggrann analys. Hennes arbete med att revidera rutiner och skapa nya checklistor och PM är mycket värdefullt för kliniken och stärker patientsäkerheten ytterligare. Hennes pedagogiska HLR-kurser och ambition att förebygga risker visar på en exceptionell insats för en säkrare vårdmiljö.

PM och förbättringsarbeten:

- Skapat PM Jehovas vittne
- Tagit initiativ till PM PONV
- Skrivit checklistor för "Larmkedja vid akut händelse"
- Skapat Akut pärm på UVA



Bild patientsäkerhetspriset 2023 går till anestesisjuksköterskan Ida Nilsson.

Arbetsmiljö

Arbetsmiljö, kompetensförsörjning, kompetensutveckling och organisationsstruktur är viktiga faktorer i den patientnära vården. Inom arbetsmiljöområdet strävar ledningen efter att säkerställa tydlig intern kommunikation för att underlätta kliniskt arbete och identifiera viktiga frågor som kan påverka patientsäkerheten. För att uppnå detta utnyttjar ledningen olika etablerade kanaler, såsom intranätet, arbetsplatsträffar, VD-brev, klinik APT (Arbetsplatsträff) och kvalitetsrapporter. Denna

kommunikation och återkoppling bidrar till en ökad förståelse och engagemang bland medarbetarna.

RKC strävar efter en god säkerhetskultur där patientsäkerheten stärks på alla nivåer i organisationen. Arbetsmiljögruppen samarbetar nära med fysioterapeuter med kunskaper inom ergonomi samt skyddsombud. Under 2022 genomfördes en arbetsmiljöinspektion, vilket gav ytterligare verktyg för att förbättra för medarbetare och patienter.

Efter den ingående granskningen och kontrollen år 2022, som i synnerhet fokuserade på belastningsergonomi, har RKC proaktivt genomfört förbättringar inom sitt systematiska arbetsmiljöarbete. Dessa specifika förändringar är en kontinuerlig satsning för att adressera och förbättra belastningsergonomin, vilket är av särskild vikt för våra medarbetare och deras arbetsmiljö.

Genom att svara på de specifika utmaningar som identifierades under kontrollen har vi implementerat åtgärder som syftar till att minska belastningen och främja en ergonomiskt gynnsam arbetsmiljö. Denna anpassning är en del av vårt åtagande att skapa en arbetsplats där våra medarbetare kan trivas och samtidigt upprätthålla höga standarder för patientsäkerhet och vårdkvalitet.



Vi förstår att belastningsergonomi är en nyckelfaktor för våra medarbetares välbefinnande och effektivitet. Genom att ständigt övervaka och anpassa våra metoder strävar vi efter att säkerställa att vårt arbetsmiljöarbete är i linje med de senaste rönen och bästa riktlinjerna inom belastningsergonomi. Vår målsättning är att skapa en arbetsmiljö där våra medarbetare inte bara trivs utan också kan prestera på sin högsta nivå, med minimal påverkan på sin fysiska hälsa.

3.8 Adekvat kunskap och kompetens

För att säkerställa adekvat yrkeskompetens och goda förutsättningar för att utföra vårt arbete prioriterar vi kompetensutveckling och fortbildning på alla nivåer inom organisationen. Detta inkluderar regelbundna utbildningsinsatser för att hålla medarbetarnas kunskaper och färdigheter aktuella samt att främja en ökad förståelse för patientsäkerhet.

Vid bemanning och schemaläggning arbetar enheterna utifrån en modell med minimibemanning, där vi alltid strävar efter att täcka eventuella vakanser för att säkerställa en trygg och säker vårdmiljö. Vi tar hänsyn till medarbetarnas erfarenhet och kompetens vid schemaläggning för att optimera arbetsflödet och möta de specifika behoven på vår enhet.

För att skapa systemförståelse och främja kunskap om förbättrings- och implementeringsarbete integrerar vi regelbundet dessa ämnen i vår personalutbildning. Detta inkluderar workshops, möten och informationsutbyten där medarbetarna ges möjlighet att delta och bidra med sina insikter och idéer. På så vis främjar vi en kultur av kontinuerlig förbättring och ökar förståelsen för hur förändringar kan genomföras och integreras i vår verksamhet. På RKC prioriteras detta genom en noggrant utformad rekryteringsprocess där kompetensen för nyanställda säkerställs. Vårt introduktionsprogram, en del av vår övergripande kompetensförsörjningsplan, är tydligt och enhetligt för både enhetschefer och medarbetare. Arbetsbeskrivningar för chefer och förbättrade introduktionsscheman för medarbetare har utvecklats under året för att optimera arbetsmiljön och underlätta en smidig integrering i arbetsgemenskapen.

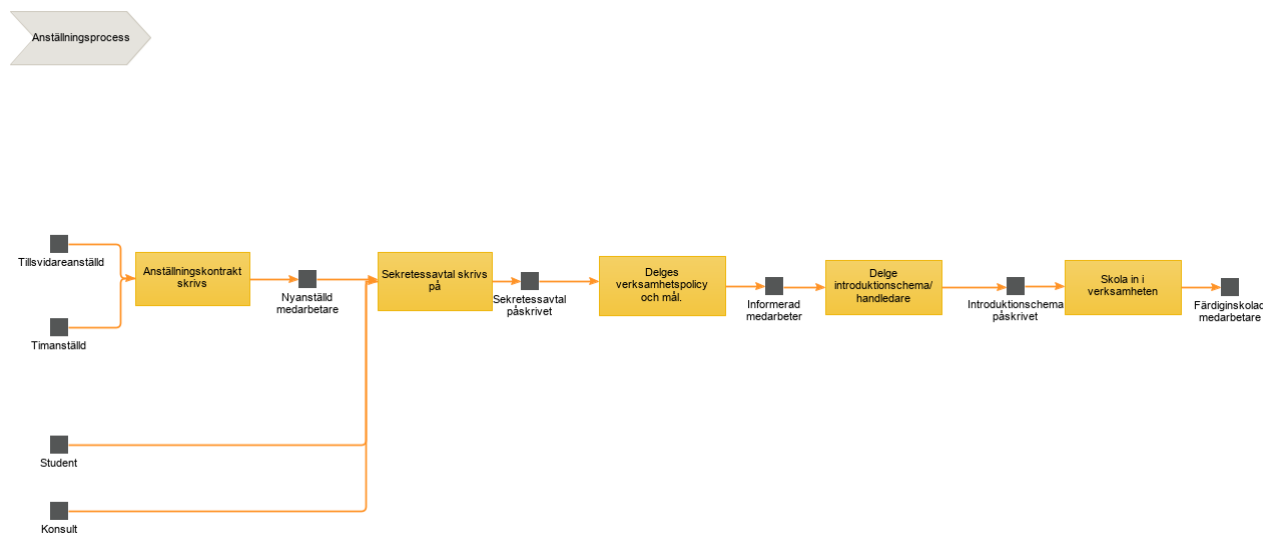


Bild: anställningsprocess

Engagemang och delaktighet från medarbetarna är av yttersta vikt för att uppnå hög kvalitet inom sjukvården. För att skapa dessa förutsättningar främjar vi medarbetarsamtal, arbetsplatsträffar, samverkansgrupper och individuella kompetensutvecklingsplaner. Vi stödjer kontinuerlig kompetensutveckling genom vår utbildningsfond, interna och externa utbildningar, webbaserade kurser och utbildningsföreläsningar. Med hjälp av hållbara medarbetarenkäter (HME) följer vi upp och utvärderar medarbetarnas engagemang och ser till att deras insatser bidrar till en positiv och utvecklande arbetsmiljö. Exempel på utbildningsinsatser kan vara konferenser och externa

utbildningar men även våra interna utbildningstillfällen.

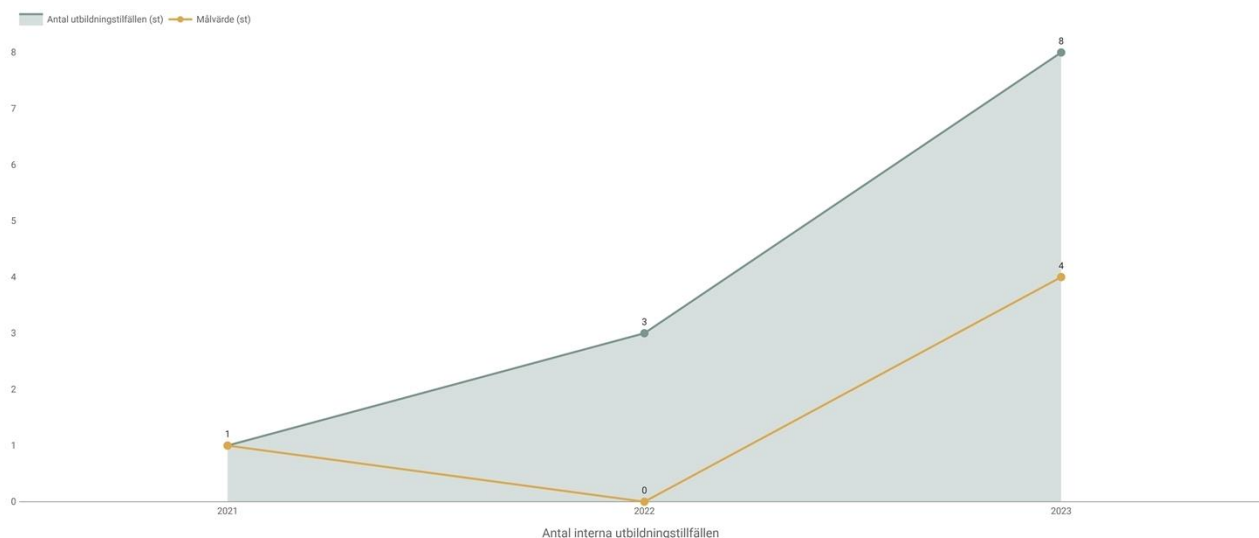


Diagram: Interna utbildningstillfällen på RKC 2021–2023. 2023 n=8.

Under 2023 arrangerade vår klinik åtta interna utbildningstillfällen. Två av dessa tillfällen involverade externa föreläsare under våra klinikdagar och fokuserade på områden som kommunikation och dataskydd. Denna strategi syftar till att bredda och stärka personalens kompetens och kunskaper, samtidigt som den möjliggör olika perspektiv utifrån vår direkta arbetsmiljö. Utbildningarna och föreläsningarna är en integrerad del av vår satsning på kontinuerlig förbättring och professionell utveckling för att möta de krav och utmaningar som vår klinik står inför.

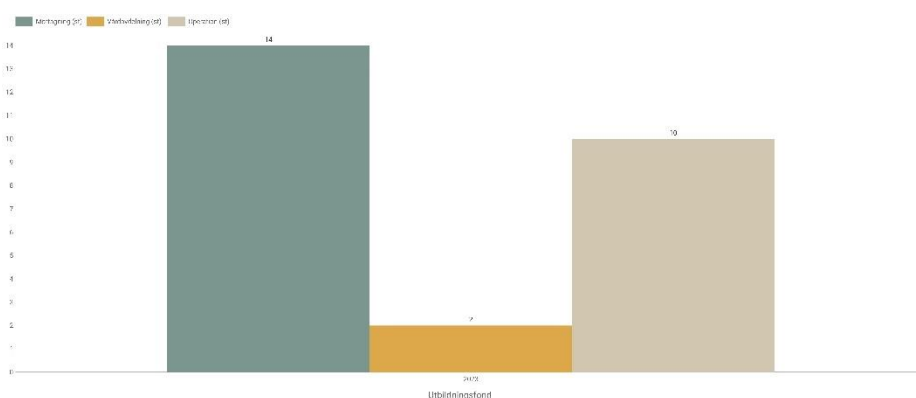


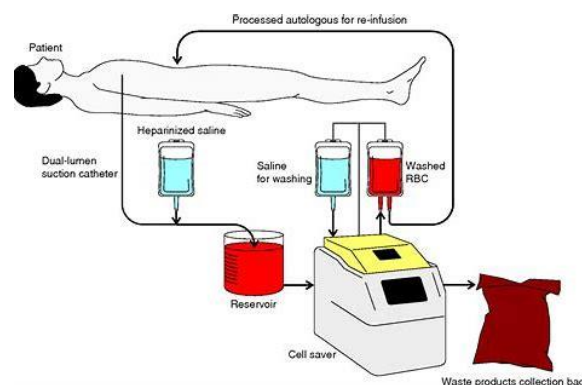
Diagram: Utbildningsfond extern utbildning per enhet 2023. Utbildningsfonden ger ersättning för kurser eller utbildningar med upp till 4000kr per medarbetare och år.

Under det gångna året har personalen på RKC aktivt investerat i kompetensutveckling genom externa utbildningar som finansierats av vår utbildningsfond. Dessa utbildningsinsatser är för det mesta inriktade på att öka kompetensen men även för att öka trivselen och förbättra arbetsmiljön. De inkluderar hälso- och sjukvårdsrelaterade utbildningar, administrativa utbildningar, ledarskap och

organisation samt generell utveckling och kunskapsfördjupning.

RKC-personalen är verksamma både administrativt och inom vår kärnverksamhet. Många har genomgått utbildning inom olika administrativa områden och har även deltagit i externa studiedagar. RKC främjar även vidareutbildningar inom specifika områden där det är viktigt för oss att granska och förbättra kunskap och kompetens. Från och med 2023 vi har sammanställt data i ett diagram som visar fördelningen av hur medel från vår utbildningsfond har använts av personalen på RKC.

Under det senaste året har samtliga anestesisköterskor aktivt deltagit i fortbildningar för att uppdatera sin befintliga kunskap och förvärva nya färdigheter inom anestesi. Ett betydande framsteg i verksamheten är implementeringen av Cellsaver-tekniken. Denna avancerade teknik minskar risken för blodtransfusionskomplikationer och eliminerar behovet av att använda blod från blodgivare. Utbildning är den absolut viktigaste parametern för att skapa en rutin kring användandet av autotransfusion vid operationer med stor blödning. Under 2023 har utbildning i denna teknik framgångsrikt genomförts för samtliga av vår anestesi/operationspersonal, vilket kommer att stärka vår förmåga att säkert och effektivt implementera Cellsaver-tekniken i vår dagliga verksamhet.



Övriga konkreta förbättringar efter utbildningsinsatser 2023 var efter den dagkirurgiska kursen. Där ändrade anestesi vår praxis genom att sänka den tillförda syrehalten under anestesi för samtliga patienter. Detta åtgärdssteg syftar till att minska risken för postoperativa atelektaser och förbättra patientresultaten. Dessutom har en pågående postgraduatekursen bland annat lett till att vi höjt våra blodtrycksgränser under anestesi för alla patienter och en ökad användning av Noradrenalin från behandlingsstart.

En positiv utveckling jämfört med tidigare rutiner.

Utöver dessa kurser har våra anestesisköterskor aktivt deltagit i regionala studiedagar och möjligheten att utbyta erfarenheter med kollegor från andra delar av landet. Detta samarbete bidrar till en ömsesidig förbättring av praxis och främjar en kontinuerlig professionell utveckling inom anestesiområdet. Denna fortbildning stärker vår förmåga att leverera högkvalitativ vård och bidrar till en ökad patientsäkerhet.

Forskning på RKC

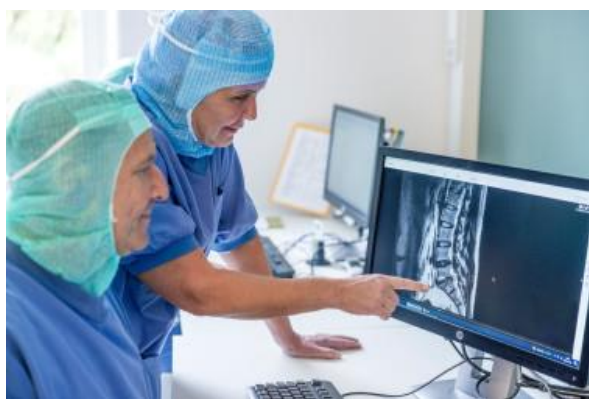
Vi strävar efter att vara en ledande ryggklinik i framkant genom att bedriva flera forskningsprojekt och upprätthålla etablerade samarbeten med välrenommerade lärosäten. Av de 11 ryggkirurgerna som är verksamma på RKC har 7 disputerat inom ortopedi. Genom regelbundna besök vid nationella och internationella kongresser håller vi oss uppdaterade om de senaste rönen inom kirurgisk forskning, främjar kunskapsutbyte och strävar efter ständig utveckling. För att främja högkvalificerad vård för våra patienter deltar vi aktivt i olika forskningsprojekt som koordineras av olika universitet över hela landet. Detta ger vår personal möjlighet till intern utbildning inom olika projekt och en förståelse för systematiskt arbete inom medicinsk forskning. Vi anser att vara delaktig i forskning är avgörande, och utfallet av våra interventioner kan leda till förbättringar och justeringar i vårt arbetssätt för att konstant bedriva vård med hög evidens.

Under 2023 har vi engagerat oss i ett projekt som undersöker utfallet mellan två olika sätt att utföra postoperativ rehabilitering för patienter opererade för spinal stenosis i ländryggen. Patienter lottas mellan att få rehabilitering via digital kontakt med fysioterapeut eller traditionell rehabilitering med fysisk kontakt via opererande enhets fysioterapeuter. De som får digital rehabilitering följs även upp med telefonintervju ca 11 veckor efter operationen för att utvärdera upplevelsen av digital rehab

På RKC bedriver vi för närvarande flera forskningsprojekt i samarbete med välrenommerade lärosäten. Här är en översikt över de pågående studierna:



Dialogstöd: Studien leds av Catharina Parai från Göteborgs Universitet, och på RKC är Per Svedmark ansvarig. Det är en pragmatisk multicenterstudie med syftet att undersöka prediktionsvärdet av logaritm baserad på Swespine-data. Målet är att använda modellen för att visa patienter chansen att bli bättre av en operation och ge kirurger vägledning i deras beslut. Inkludering pågår.



OMSAP (Örebro Multicenter Study of Anterior Cervical Decompression and Fusion versus Posterior Foraminotomy): Marek Holy från Örebro Universitetssjukhus är ansvarig för studien, med Martin Skeppholm som ansvarig på RKC. Det är en randomiserad kontrollerad multicenterstudie som jämför utfallet av olika operationstekniker för behandling av foraminal stenosis i halsryggen. Fem patienter från RKC har hittills inkluderats, och studien pågår.

Get Back: Mari Lundberg från Sophiahemmets Högskola leder studien, och ansvarig på RKC är Amanda Westerlund. Det är en randomiserad

kontrollerad multicenterstudie som undersöker utfallet av olika sätt att utföra postoperativ rehabilitering för patienter opererade för spinal stenos i ländryggen. Inkluderingen pågår.

Funktion efter bakre halsryggskirurgi pga. degenerativa förändringar: Studien leds av Jard Svensson från Linköpings Universitet, och på RKC är Martin Skeppholm ansvarig. Det är en prospektiv kohortstudie med multicenterdesign, syftande till att följa upp patienter efter bakre foraminotomi för att förstå specifika problem, funktion och smärta. Inkluderingen pågår, och RKC har hittills haft flest deltagare.

För att lära dig mer om våra forskningsinsatser, besök gärna rkc.se/forskning

3.9 Patienten som medskapare

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Patientens och Närståendes Delaktighet för en Säkrare Vård

En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och närståendes delaktighet. Vården blir säkrare när patienten är välinformerad och deltar aktivt i sin vård, som så långt som möjligt ska utformas och genomföras i samråd med patienten. Att bemöta patienten med respekt skapar tillit och förtroende. Vi arbetar ständigt för att förbättra oss baserat på patienternas och närståendes feedback. Vi har implementerat nya kommunikationsmetoder för att underlätta dialogen och användningen av effektiva system.



Vi strävar efter att göra våra patienter delaktiga och engagerar dem att ta ansvar för sin behandling. Dessutom uppmanar vi patienter att läsa sin journal på 1177. Vi mäter patienternas uppfattning av informationsflödet vid öppenvårdsbesök och strävar efter 100% förståelse av behandlingen. Genom regelbundna patientnöjdhetsmätningar i vår kundportal och i FRISQ samlar vi in deras förbättringsförslag och beröm. Under 2023 genomförde vi flera projekt för att förbättra våra digitala verktyg, hemsidans information och öka tillgängligheten.

Förbättringsförslag diskuteras på våra tvärprofessionella förbättringsmöten och på enheternas veckomöten. Två gånger per år sammanställs dessa och diskuteras gemensamt i verksamheten.

Vår kundportal på mottagningen har varit aktiv under sitt första hela verksamhetsår 2023. Vi har ökat antalet respondenter med 100%, vilket ger oss en tydligare bild av mötet med våra patienter. Sammantaget har vi fått över 3600 svar baserat på ca 7600 nybesök på mottagningen under 2023 (47%). Förbättringsområden har framför allt rört bemötande, vården och behandlingen, information och delaktighet. En av förbättringsåtgärderna för ökad tillgänglighet var att under 2023 ansluta oss till Zymego, en digital tjänst som automatiserar hanteringen av sena återbud och därmed förbättrar flexibiliteten och minskar väntetiderna för patienterna. Från maj till december 2023 har 796 bokningsärenden hanterats via Zymego. Systemet tillsatte totalt 310 tomma tider med kort varsel, vilket motsvarar 39% av bokningsärendena. Det har sparat administrativ tid och patienterna har uppskattat att kunna korta sin väntetid.



Vidare ombokade 372 patienter sina tider digitalt via Zymegos kalenderfunktion. Av de 127 patienterna som avbokade sin tid valde 31% (39 patienter) att lämna önskemål om en ny tid. Önskade dagar hanteras automatiskt av Zymego. Via önskelistfunktionen blir patienter automatiskt inbokade när en passande tid blir ledig. Vi har även förbättrat patientinformationen för de som inte är operationsfall. Tex att informera patienten om andra behandlingsalternativ efter sitt besök

Månad	Bokningsärenden	Tillsatta tider via väntelistan	Ombokningar	Avbokningar till önskelistan	Avbokningar	Andel avbokade tider där patienten önskat en ny tid
Maj	22	6	16	9	3	75%
Juni	38	17	19	0	1	0%
Juli	24	7	17	1	1	50%
Augusti	105	47	53	0	5	0%
September	85	40	34	2	9	18%
Oktober	170	73	73	9	15	38%
November	187	69	86	11	21	34%
December	165	51	74	7	33	18%
Totalt	796	310	372	39	88	31%

Tabell: Antal bokningsärenden sedan starten maj 2023.



Sambedömning för ökad patientdelaktighet på RKC

På Ryggkirurgiskt Centrum (RKC) är patientens delaktighet i vården en central aspekt, och för att maximera detta har vi implementerat en unik och effektiv metod – sambedömning med både fysioterapeut och läkare. Denna bedömningsmetod har varit en integrerad del av vår verksamhet sedan starten 2017 och har visat sig vara en framgångsrik modell för att öka patientens engagemang och förståelse för sina egna vårdmöjligheter. Sambedömningen skapar en gynnsam miljö för att involvera patienten aktivt i vårdbeslut och behandlingsplaner. Genom att integrera både fysioterapeutens expertis inom rörelseapparaten och läkarens medicinska bedömning får patienten en holistisk syn på sin hälsa. Detta möjliggör en mer djupgående dialog mellan patient och vårdteam, där individuella behov och önskemål vägs in i planeringen. På RKC ser vi sambedömning som en nyckelfaktor för att skapa en patientcentrerad vårdmiljö. Genom att fortsätta använda denna unika bedömningsmetod strävar vi efter att inte bara behandla sjukdomar utan även att främja varaktig hälsa och öka patientens delaktighet i sitt välmående.



Bild: Sambedömning med fysioterapeut och läkare på mottagningen.

Informationskälla för förbättringsarbete

Genom att ta del av och svara på eventuella klagomål och synpunkter, samt analysera rapporter och inkomna ärenden från 1177 och Patientnämnden (PaN), får vi värdefull insikt i patienternas behov och upplevelser. Denna feedback används aktivt för att inleda dialoger och implementera förbättringar som syftar till att höja vårdkvaliteten. Under utredningar av patientskador i verksamheten genomförs även intervjuer med patienter och deras närstående för att få deras perspektiv och synpunkter. Dessutom tar analysledare eller verksamhetschefer i regel kontakt med patienter och deras närstående under centrala händelseanalyser för att få en djupare förståelse för händelsernas natur.



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 att identifiera, utreda och mäta patientskador och vårdrelaterade komplikationer, strävar RKC efter att öka förståelsen för de faktorer som påverkar patienterna när utfallet av vården inte uppnår de förväntade resultaten. Denna förståelse utgör grunden för att utforma och implementera målinriktade åtgärder och prioritera insatser för att minimera risken för skador och förbättra kvaliteten och säkerheten i vården vid RKC.

RKC har utvecklat en mångfacetterad handlingsplan för att effektivt minska förekomsten av vårdrelaterade infektioner och komplikationer. Genom användning av PROM (Patient Reported Outcome Measures) och PREM (Patient Reported Experience Measures) integrerar vi patientrapporterade data i vår kvalitetsförbättringsprocess. Handlingsplanen omfattar olika kontrollfunktioner och sätter särskilda mål, inklusive en minskning av vårdrelaterade infektioner och komplikationer inom det kommande året (se målvärden nedan i tabellen)

Implementeringen av handlingsplanen innefattar även regelbunden personalutbildning, förbättringar i hygienrutiner och noggrann övervakning av patientdata. RKC har utsett ansvariga ombud på varje enhet för att säkerställa effektiv implementering och uppföljning av handlingsplanen. Samarbete och effektiv kommunikation är centralt för att säkerställa att handlingsplanens mål uppnås. Regelbundna möten och kommunikationsstrukturer har etablerats för att främja samarbete och informationsutbyte mellan olika delar av organisationen.

Denna handlingsplan kommer regelbundet att granskas och justeras för att säkerställa dess relevans och effektivitet över tiden. Genom dessa åtgärder strävar RKC efter att kontinuerligt förbättra och anpassa insatserna för att minimera vårdskador och säkerställa en hög standard av patientsäkerhet.

Vårdrelaterade infektioner utgör ett komplext problem där faktorer som bakomliggande sjukdomar och riskfaktorer som diabetes, högt BMI (Body Mass Index), rökning och alkohol ökar risken. Prioriterade åtgärder inkluderar att informera patienterna om riskerna, tillhandahålla tydlig patientinformation och förbättra efterlevnaden av preoperativa förberedelser. RKC strävar efter att kontinuerligt förbättra och anpassa insatserna för att minimera vårdskador och säkerställa en hög standard av patientsäkerhet.

För att få tillgång till viktiga data gör RKC flera olika egenkontroller som ex PPM (punktprevalensmätningar) och använder olika digitala system. En del system som det svenska ryggregistret Swespine, Medrave (avläsning av journaldata), FRISQ (patienttjänst med uppföljningar) och Qlik Sense (statistikprogram för journalsystem och operationssystem) kompletterar varandra. Genom analys och sammanställning av dessa data får vi insikter och frekvenser, vilket möjliggör en månatlig uppföljning för att identifiera och hantera komplikationer.



VRI (vårdrelaterade infektioner) och komplikationer

Under 2023 har den postoperativa sjuksköterskemottagningen haft 670 patientbokningar.

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. *Se vidare i kapitlet 4.2 "Tillförlitliga och säkra system och processer."*

Målvärden för ytliga och djupa infektioner fastställs internt av verksamheten. En jämförelse med övriga kliniker vad gäller kirurgiska komplikationer finns presenterat i svenska ryggregistret. Det är dock osäkert att jämföra sig mellan kliniker eftersom man inte alltid är överens om vad som utgör en komplikation.

De flesta mindre sårinfektioner efter operation, särskilt de som inträffar efter utskrivning, är av sekundär karaktär och beror oftast på lokala problem med sårhäkning utan pusbildning. Vid förorening av operationsområdet med lågvirulenta bakterier från patientens normala hudflora, som koagulasnegativa stafylokocker (KNS), till exempel *Staphylococcus epidermidis*, ökar risken för infektion, särskilt vid kirurgiska ingrepp som är extra känsliga för infektion, till exempel ortopedisk kirurgi där det används implantat.

Faktorer relaterade till patienten som ökar risken för infektion dokumenteras vid uppföljningen av övriga komplikationer. Åtgärder för att förbättra sårhäkning inkluderar förbättringar av förbandsrutiner, patientinformation om hantering av operationsområdet samt råd gällande aktivitet, smärtlindring, hygien och nutrition.

Resultat

VRI och Komplikationer	Målvärde %	Antal 2022 (antal op. 1643)	Utfall % 2022	Antal 2023 (antal op. 1771)	Utfall % 2023	Komplikation	Allvarlig komplikation
Ytlig infektion	<2%	43	2,6%	35	2,3%	2,3%	
Djup infektion	<0,7%	15	0,9%	11	0,4%		0,4%
Reoperationer åter in	<2,0%	23	1,4%	20	1,1%		0,4%
UVI	<1%	3	0,18%	14	0,8%	0,8%	
Sepsis	<0,5%	1	0,06%	0	0%		
Pneumoni	<0,05%	1	0,06%	0	0%		
DVT	<1%	0	0%	0	0%		
Lungembolier	<0,05%	6	0,37%	0	0%		
Stroke	<0,1%	0	0%	1	0,06%		0,06%
Hjärtinfarkt/hjärtstopp	<1%	1	0,06%	0	0%		
Reoperationer samma vårdtillfälle	<2%	4	0,24%	4	0,2%	0,2%	
Antal fallolyckor	<0,5%	7	0,4%	2	0,11%	0,11%	

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

Vi klassificerar komplikationerna utifrån allvarlighetsgrad. En allvarlig komplikation kan innebära att patienten fått genomgå en ny operation erhållit akut sjukhusvård eller fått bestående eller långvariga problem.

Ytliga infektioner

- Ytliga sårinfektioner var den parametern som var högre än de uppsatta målen. Andelen dokumenterade ytliga infektioner, med både positiva odlingssvar och/eller förskrivna antibiotika för misstänkta ytliga infektioner, minskade ändå något (12%) under 2023 (2,6% till 2,3%). Detta närmar sig det angivna målvärdet på 2%, men det är värt att notera att förbättringen är marginell.

Djupa infektioner

- Andelen djupa infektioner minskade med 50% under 2023 jämfört med föregående år (0,9% till 0,4%). Djupa infektioner medför betydande lidande, kräver långvarig antibiotikabehandling och innebär risk för bestående följder, vilket gör dem till allvarliga komplikationer. Under 2023 implementerade vi ett projekt med förbättrade förband och förtydligad kommunikation mellan operationsavdelningen, vårdavdelningen och postoperativa mottagningen. Det är värt att notera den betydande minskningen i andelen djupa infektioner jämfört med föregående år. Denna positiva förändring antyder att projektets åtgärder kan ha bidragit till att minska risken för allvarliga komplikationer.

Embolier (DVT, stroke, lungembolier)

- En patient (0,06%) har under 2023 utvecklat postoperativ svaghet i ena armen och fumlighetsproblematik i kombination med hängande mungipa. Mot den bakgrunden efter kontakt med neurolog åker patienten till akutsjukhus där han utreds. Ingen stroke återfinns på röntgen. Dock blir den samlade bedömningen att patienten fått en TIA/minor stroke. 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.

Fallolyckor under vårdtiden

- Fallolyckor och relaterade skador är vanliga på sjukhus, troligen på grund av patienternas påverkade tillstånd av akuta sjukdomssymtom, läkemedelsbiverkningar och förvirring. För att öka patientsäkerheten har vi sedan 2022 noga analyserat avvikelser och gått igenom samtliga fallolyckor och identifierat orsaker, satt upp målvärden och genomfört rutinförbättringar. Endast en fallolycka har rapporterats på vårdavdelningen under 2023. En av fallolyckorna orsakades av bensvaghet efter en nervskada. Patienten skadades inte men behövde överföras till en rehabiliteringsenhet postoperativt. Den andra fallolyckan skedde på operationsenheten då patienten gled ner från operationsbritten efter sin operation. Personalen som skulle förflytta patienten stod alla på samma sida av britten. Tack vare förbättrade insatser har fallolyckorna i vår verksamhet minskat från 7 patienter (0,4%) år 2022 till 2 patienter (0,11%) år 2023. Denna analys av fallolyckor har varit grundläggande för att skapa och implementera effektiva åtgärder som syftar till att minimera risken för framtida händelser av detta slag.

Urinvägsinfektion (UVI)

- Patienter på RKC erhåller inte urinkateter per rutin. 9 av 14 patienter med postoperativ urinvägsinfektion (0,8%) hade erhållit kateter under vårdtiden. Urinstämma eller blåsöverfyllnad kräver åtgärd med kateter i de fall det överstiger en viss mängd i blåsan. 3 av patienterna med UVI hade urintappats. Efter operationer finns en ökad risk för blåsöverfyllnad pga. flera faktorer som stress, smärta, läkemedel, förstörd prostata, 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). Risken anses liten för urinvägsinfektion vid tappning. Det är ofta andra faktorer som ovan som ger patienten en UVI men KAD (kateter i urinvägarna) ökar risken avsevärt.

Urintappningar

ÅR	Operationer	Antal tappningar på patienter	%
2019	1264	27	2,1%
2020	1337	75	5,6%
2021	1474	89	6,0%
2022	1643	73	4,4%
2023	1771	51	2,9%

Tabell: Antal tappningar av urinblåsa per år på postoperativa enheten. 2023 ser vi en minskning med 34%.

Vi ser att vi utför ett minskat antal urintappningar de senaste åren. Däremot ser vi inte en ökning i blåsöverfyllnad vilket är glädjande. Mellan 2022 och 2023 minskade tappningarna postoperativt med 34%. Under 2023 fick sammanlagt 20 patienter en kvarvarande urinkateter (KAD) före eller efter sina operationer. Denna åtgärd är nödvändig i vissa situationer. Patienter som får en duraskada under operationen ordinerar sängläge för att slippa huvudvärk och har ofta svårt att tömma blåsan i liggande ställning. Andra orsaker till katetersättning kan vara vid allmänna rörelseproblem, prostataförstoring eller vid långa planerade operationstider.

Av de 20 patienterna som hade en urinkateter 2023 utvecklade 7 patienter, vilket motsvarar 35%, en postoperativ urinvägsinfektion. Totalt sett rapporterades 14 fall av urinvägsinfektion under 2023, vilket motsvarar 0,8% av samtliga patienter. Det är värt att notera att av de patienter som drabbades av urinvägsinfektion hade 6 patienter ordinerats sängläge postoperativt på grund av duraskada dvs 43%.

Urinkateter (KAD) i förhållande till UVI

Totalt antal KAD	Totalt antal UVI	Antal UVI orsakad av RKC	Antal UVI utan KAD	Antal UVI med KAD	Antal med Durarift	UVI i % i förhållande till operationer	Antal UVI KAD satt på annat sjukhus
20	14	(12) 35%	(5) 36%	(7) 50%	(6) 43%	0,8%	(2) 14%

Diagram: Postoperativ urinkateter n= 20 varav 14 patienter (0,8%) fick UVI 2023.

Preventiva åtgärder 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 2023 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. Under 2023 har vi kompletterat webbtjänstens webgränssnitt med ytterligare varningsetiketter (triggers) som vi nämnt tidigare. Hälsodeklarationen blev under senare delen av 2023 digital vilket också förbättrat underlaget för anestesibedömningen. Trots detta har vi även säkrat upp med frågor inför kirurgi i FRISQ webbtjänst för att fånga riskpatienter. Patientens svar triggerar där ett antal olika varningsetiketter där flertalet har syftet att komplettera hälsodeklarationerna. Detta kommer 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.

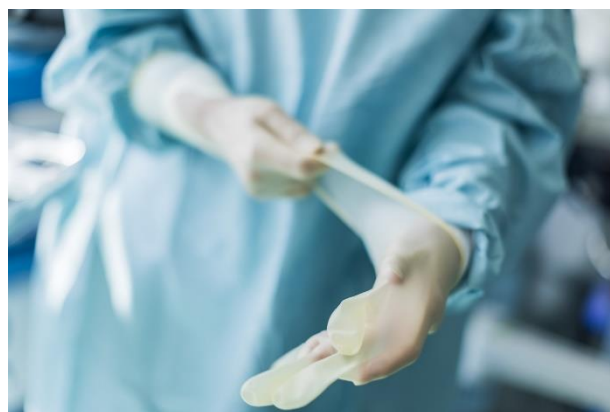




Bild: preoperativa etiketter i FRISQ 2023. Inskrivningssjuksköterska bevakar preoperativa varningsetiketter.

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. För att vi skall veta att majoriteten av patienterna använder FRISQ följer vi antalet vårdplaner och andelen som svarar på uppföljningen efter 30 dagar. Patienter som använder FRISQ har ökat under 2023. Vi ser också att 66 % av patienterna svarat på 30 dagarsuppföljningen. Orsaken till att en del patienter väljer att inte fullfölja vårdplanen är oklar.

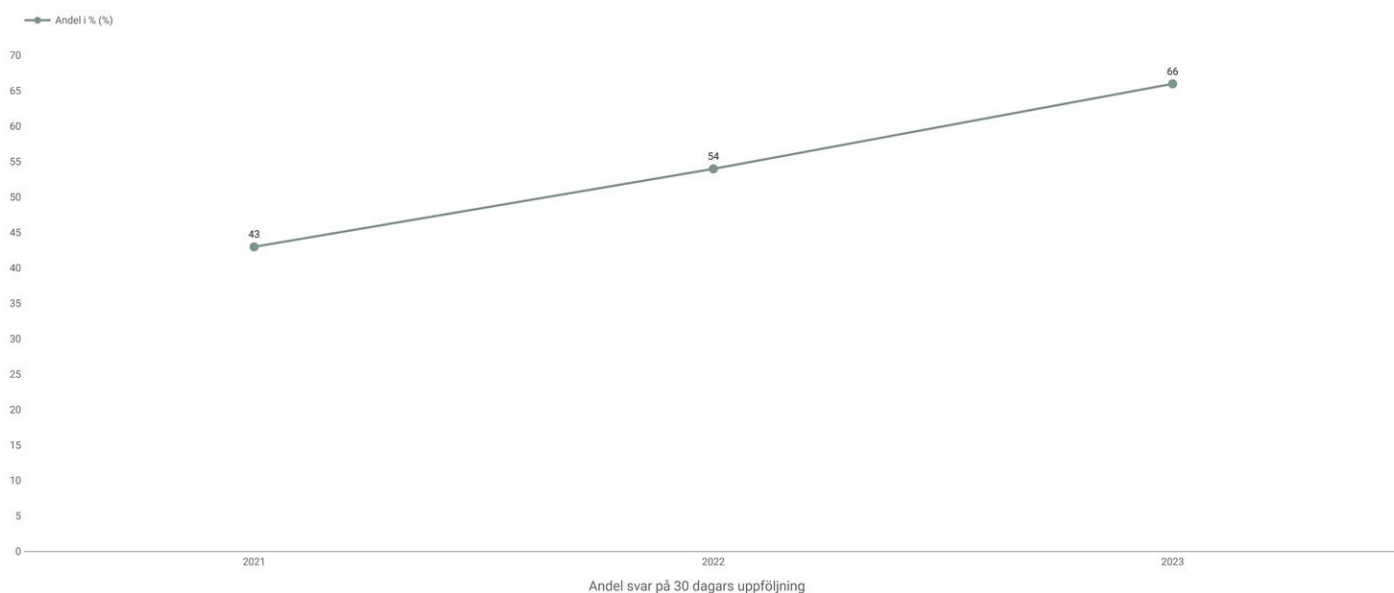


Diagram: Andel patienter som fyllt i 30 dagarsuppföljningen i FRISQ per år 2021–202. Under 2023(66%) ökade antalet respondenter. Orsaken till att en del patienter väljer att inte fullfölja vårdplanen är oklar.



Bild: Varningsetiketter i FRISQ 30 dagar postoperativt. Kvalitetsutvecklare bevakar postoperativa varningsetiketter och kontakter ansvarig läkare i de fall patienter behöver kontaktas.

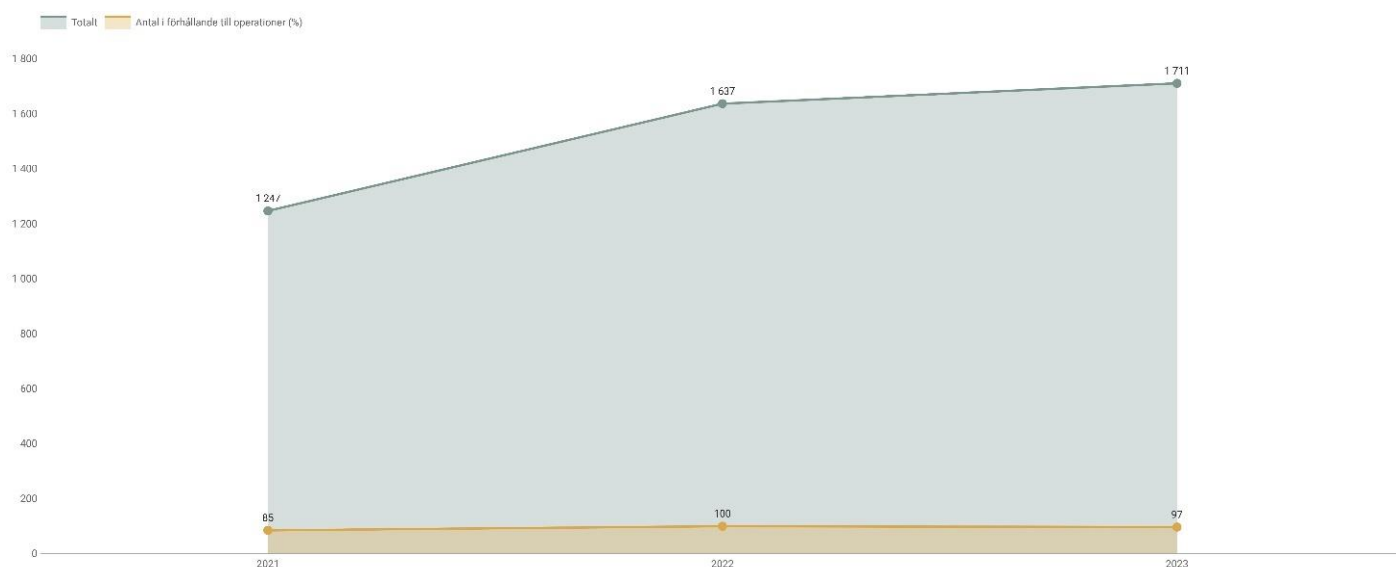


Diagram: Antalet vårdplaner i FRISQ 2023 och andel patienter (97%) i förhållande till antalet operationer.

4.2 Tillförlitliga och säkra system och processer

Genom att integrera systematiskt patientsäkerhetsarbete som en integrerad del av verksamhetsutvecklingen omfamnar vi både reaktiva och proaktiva perspektiv på patientsäkerhet. En central strategi för att stärka patientsäkerheten är att minimera oönskade variationer och etablera tydliga processer för samtliga flöden i vår verksamhet. Här redogörs för olika preventiva arbetsprocesser och rutiner som används för att säkra utfallet och minska risken för vårdskador och komplikationer.

Riskbedömning inför kirurgi

För att upprätthålla patientsäkerheten genomförs individuella bedömningar inför varje möte med patienter på kliniken. Vid situationer där kirurgen eller fysioterapeuten misstänker att patientens psykiska hälsa kan påverka lämpligheten av kirurgi kan en screening genom HAD bedömning utföras i samband med besök hos vår Kurator. HAD screening görs även efter det att patienten bokats in för operation säker vård här och nu

och följs av inskrivningsenheten. För en systematisk bedömning av patientens preoperativa hälsotillstånd och identifiering av riskfaktorer vid anestesi/operation fyller alla patienter i en digital hälsodeklaration. Denna deklaration blir ett viktigt underlag tillsammans med patientjournalen, provsvar och eventuell information från ytterligare utredningar för att göra en korrekt bedömning. Därefter tillämpas en ASA-klassificering, en nationell metod för att systematiskt bedöma patientens preoperativa hälsotillstånd och identifiera riskfaktorer vid anestesi/operation. Vid behov kan ytterligare utredning eller behandling krävas, och patienten kan ibland behöva avvakta kirurgi i väntan på detta. Det kan exempelvis gälla högt BMI, avvikande provsvar, rökning, högt HbA1c vid diabetes eller obehandlad hypertoni

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

Summa Operationer 1771	ASA klass	% fördelning 2022	Antal	% fördelning 2023
ASA KLASS	1	35%	626	35%
ASA KLASS	2	53%	1029	58%
ASA KLASS	3	12%	116	7%
ASA KLASS	4	0,06%	0	0%

Tabell: Fördelning av ASA klassificering av opererade patienter under 2023.

BHK (basala hygien och klädregler)

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 (punktprevelensmätningar) av basala hygien och klädregler (BHK) rapporteras kvartalsvis till medarbetare, en gång per år till Sophiahemmet. Vid 100% följsamhet erhåller enheten ett diplom.

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 utfärdat till operationsenheten på RKC från Sophiahemmet, 100% följsamhet vid PPM av BHK hösten 2023.



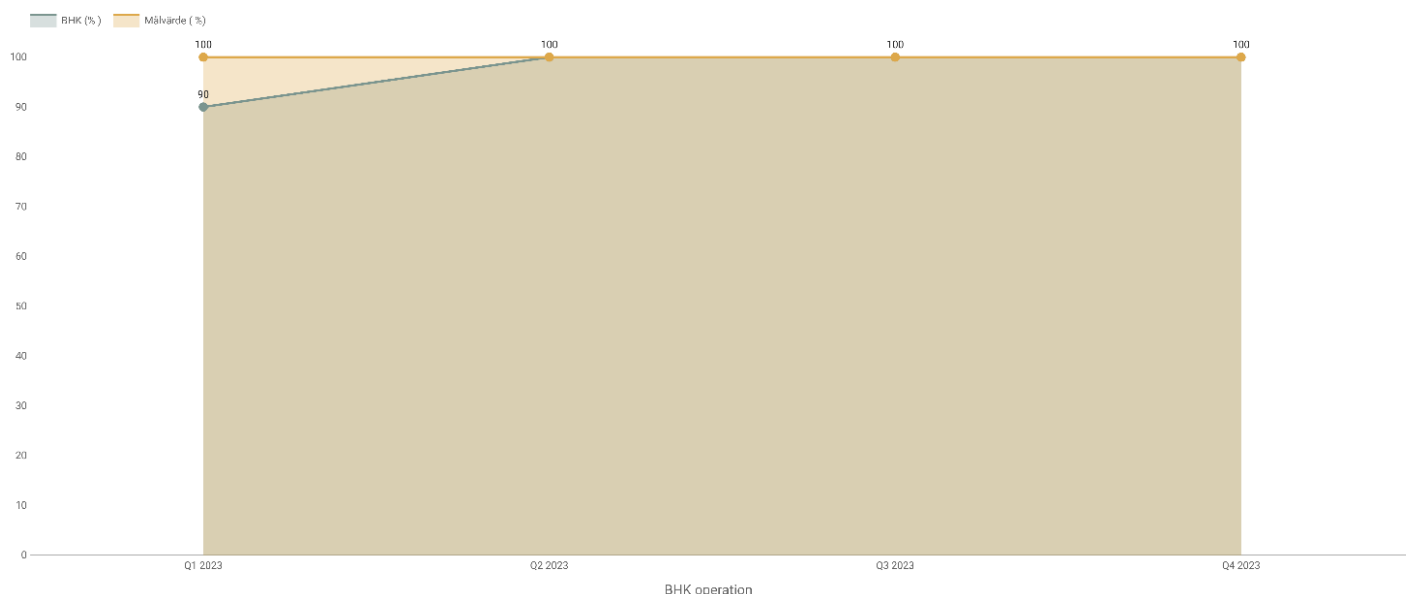


Diagram: Resultat av kvartalsmätningar BHK på operationsenheten 2023. Variation 90–100%.

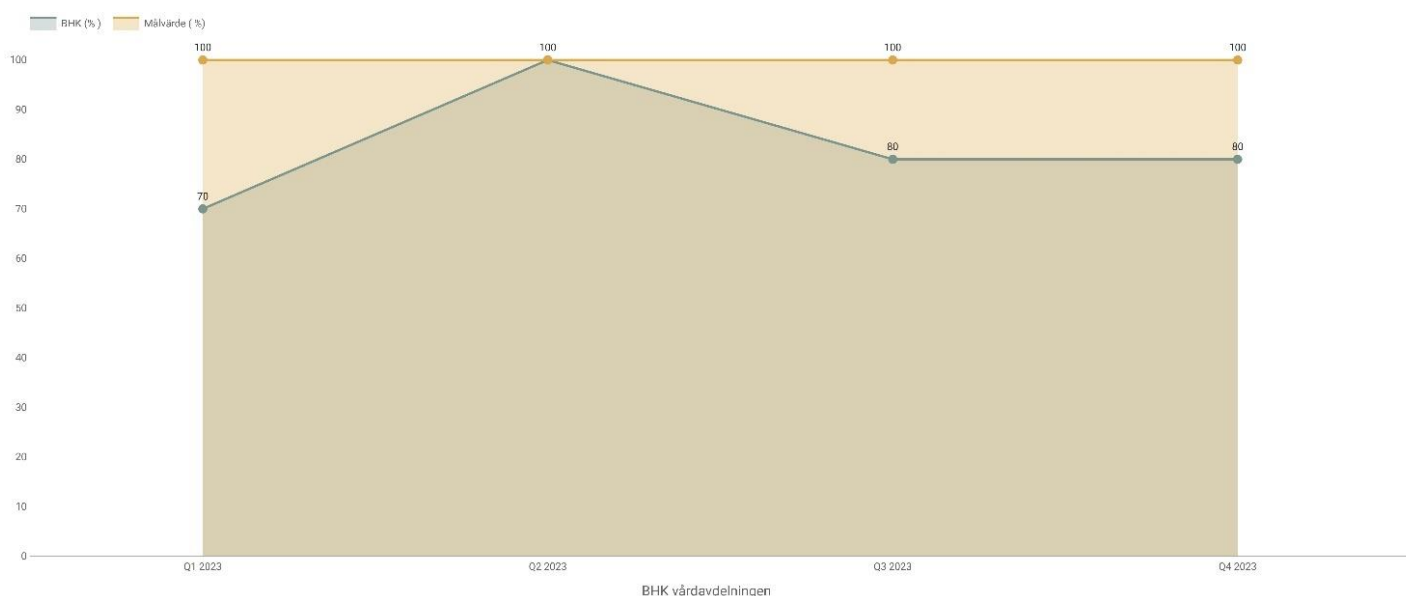


Diagram: Resultat av kvartalsmätningar BHK på vårdavdelningen 2023. Variation mellan 70–100%.

CFU mätning

CFU-mätningar genomförs inom all kirurgi för att säkerställa luftens renhetsgrad och därigenom minimera risken för infektioner. Målet är att upprätthålla en hög standard av luftkvalitet för att säkra patienternas välbefinnande och minska förekomsten av postoperativa komplikationer. Genom att kontinuerligt övervaka och justera renhetsgraden i operationsmiljön kan man förbättra

patientsäkerheten och optimera kirurgiska förutsättningar.

Målet är att uppnå ultraren luft med ≤ 10 CFU/m³, då även små mängder bakterier kan leda till implantatrelaterade infektioner. En riktlinje strävar efter ett medelvärde på ≤ 5 CFU/m³ för att säkerställa att antalet kolonibildande enheter inte överstiger den nivå som kan orsaka infektioner. CFU-mätning av en operationssal är en speciell procedur som utförs av tekniker, iförda samma skyddsutrustning som sjukvårdspersonalen. Vid implantatkirurgi är patienten extra infektionskänslig och då behövs ventilationen vara välkontrollerad. Ofta behöver luftomsättningshastigheten vara 20–40 gånger högre än i vanliga lokaler. RKC valde redan inför start att installera TAF teknologi (Temperature-controlled AirFlow) som klarar kraven och dessutom har 30 procent lägre energianvändning än konventionell teknik. Till skillnad från annan ventilationsteknik använder TAF inte HEPA-filter som luftfördelare, vilket gör att energianvändningen minskar. Teknologin ger även bättre arbetsmiljö för personalen där de slipper störande buller eller drag.

CFU mätning görs vartannat år på RKC. Resultaten från december 2022 års CFU mätning indikerade några tryckdifferenser, vilket motiverade genomförandet av flera förbättringsåtgärder under 2023. Åtgärderna omfattade utbyte av samtliga HEPA-filter för tilluft, förnyelse av golvmattor samt tätningsåtgärder för golvlister mot angränsande rum. Dessutom ersattes samtliga tilluftsdon kopplat till vår TAF ventilation i taket på samtliga salar. Vid kontroll av temperatur och fuktighet, låg resultaten inom godkända referensområden. För att fortsätta säkerställa och optimera luftkvaliteten planeras en ny kontrollmätning under 2024.

Under sommaren genomfördes ett försök att mäta fukt- och temperaturmätningar i Sterilen digitalt på distans med hjälp av en applikation. Resultaten visade inga värden som överskred luftfuktighetsgränsen, vilket bekräftar att samtliga sterila förpackningar var intakta vid starten efter

sommaruppehållet. Det digitala övervakningssystemet har således bidragit till att säkerställa förvaringsförhållandena och kvaliteten på de sterila produkterna under perioden.

En skyddande solfilm har installerats på uppvakningsavdelningen och i närheten av förrådet för att effektivt minska temperaturen på enheten, vilket syftar till att minska obehag för både patienter och personal under varma perioder.



Bild: ventilationssystem på operationssalar TAF ventilation (Temperature-controlled AirFlow)

Hygien och städkontroller

Städningen är central för att minska smuts och mikroorganismer, och den, tillsammans med basala hygienrutiner, är grundläggande för att förhindra vårdrelaterade infektioner. Städning av vårdlokaler kompletterar andra åtgärder och är viktig för patientsäkerheten. Kontinuerlig uppföljning av rengöringsresultatet säkerställer att processen är tillräckligt effektiv. ATP-mätning används inom sjukvården bl.a. för att kontrollera renlighet och städning då det finns standarder och gränsvärden för renhetsnivåer enligt det som ATP-mätaren mäter (RLU) som är osynligt vid visuell kontroll.

Enligt svensk standard (SIS) för “Rengöring och städning för minskad smittspridning inom hälso- och sjukvård” används ATP-mätning som ett komplement till visuell kontroll för att detektera osynlig kontaminering på cellnivå.

RKC genomför regelbundna städkontroller med ATP-mätning tillsammans med städledare. Dessa kontroller kompletteras med visuell inspektion inför operationer och daglig slutstädning. En noggrann granskning av överensstämmelse med kemikalier, material och metoder genomförs vid städkontroller.

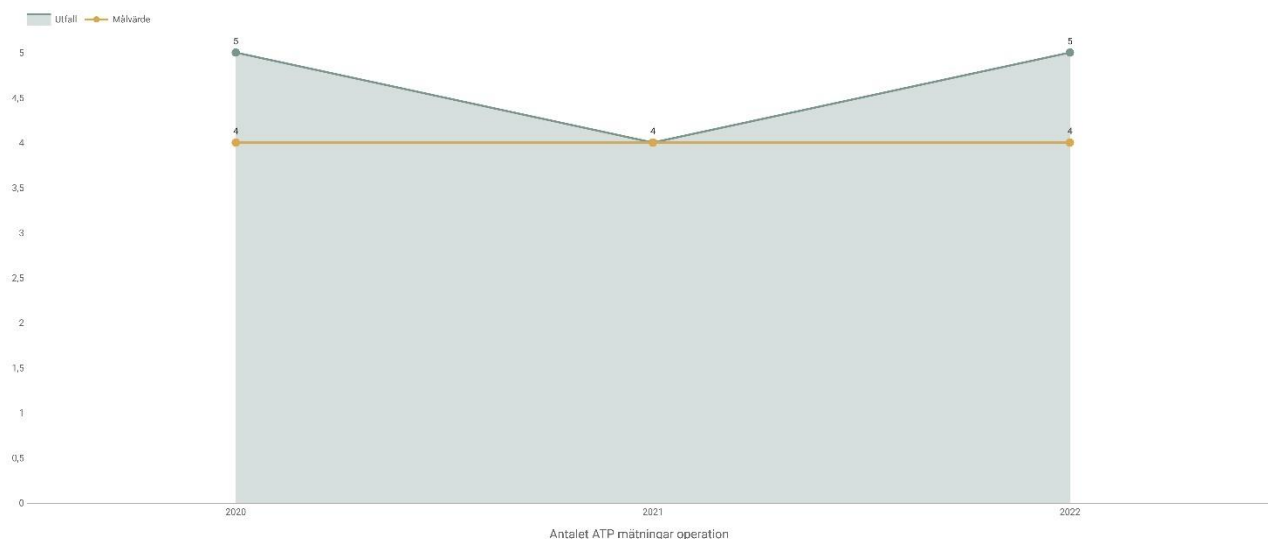


Bild: Antal ATP mätningar operation mellan 2020–2023. Rutinmässigt 4ganger/år.

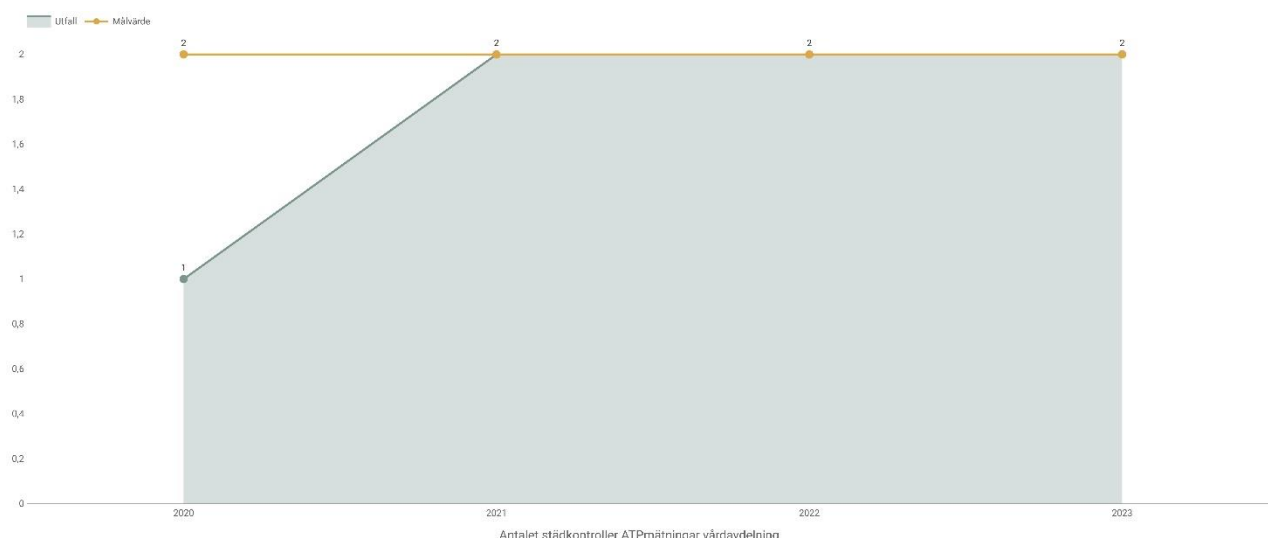


Bild: Antal ATP mätningar vårdavdelningen mellan 2020–2023. Rutinmässigt 2gång/år.



Under 2023 genomfördes flera förbättringar inom städning och desinficering. Genom samarbeten med flera olika företag med olika specialiteter har vi implementerat betydande förändringar. Ett framsteg är övergången till enbart användning av CE-märkta produkter för rengöring av medicinteknisk utrustning. Detta är i överstämmande enligt förordningen om medicintekniska produkter (MDR).

Ytterligare kvalitetsförbättring, rengöring med produkt som verkar över ett brett mikrobiologiskt spektrum avsett för desinfektion av generella ytor och **icke** invasiv medicinteknisk utrustning CE-märkt (Medical Device registrerad Klass **IIa**)

För att säkerställa effektiviteten av dessa åtgärder har kompletterande

mätningar genomförts under hela övergångsprocessen.

Dessutom har automatisk doseringsutrustning för städkemikalier installerats för att undvika överdosering av kemikalier. Detta utgör en förbättring både ur ett hygieniskt perspektiv och ur ett miljömässigt hänsynstagande



Bild: ATP mätning efter mellanstädning på operationssal. Där värden mellan 0–25 RLU är godkända enligt standard.

För mer läsning om vår städning se hållbarhet och miljö på <https://www.rkc.se/miljo/>

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.

För att säkerställa efterlevnad av lagar och riktlinjer genomförs årliga granskningar av en farmaceut från apoteket på RKC. Syftet med dessa kvalitetsgranskningar är att upprätthålla en patientsäker läkemedelshantering inom verksamheten. Granskningen baseras på Socialstyrelsens föreskrifter, RKC:s interna läkemedelsrutin samt enheternas lokala läkemedelshanteringsinstruktioner. Apoteksfarmaceuten går igenom läkemedelshantering och granskar de skriftliga lokala rutinerna. Protokoll för samtliga kvalitetsgranskningar förs och dessa genomförs fysiskt på vårdenheter i samarbete med de ansvariga för läkemedelshantering. Narkotikakontroller genomförs dagligen av andra personer inom personalgruppen för att övervaka narkotikahandlingen och för att säkerställa att ingen olaglig eller obehörig användning av narkotika sker.

Det görs även specifika, planerade stickprovskontroller två gånger om året för att granska handlingen av narkotika i verksamheten. Dessa stickprovskontroller är mer omfattande än de dagliga kontrollerna och syftar till att säkerställa att det inte förekommer några avvikelser eller oegentligheter i handlingen av narkotika under en längre tidsperiod.

Operationsenheten har under 2023 implementerat åtgärder för att förbättra patientsäkerheten vid läkemedelshantering. En åtgärd är införandet av "closed loop"-principen, där all läkemedelsgivning kommuniceras högt för att tydligt förmedla informationen till alla inblandade. Denna metod främjar klarhet och minskar risken för missförstånd.

En annan åtgärd är att separera Efedrin- och Cyklocapronsprutorna från varandra. Syftet är att undvika förväxling och säkerställa att rätt läkemedel ges vid rätt tillfälle. Dessa initiativ är inriktade på att skapa en säkrare och mer strukturerad miljö för läkemedelshantering inom operationsenheten.



Resultat av läkemedelsgenomgång

Apotekets kvalitetsgranskning av läkemedelshandlingen genomfördes i enlighet med gällande föreskrift HSLF-FS 2017:37 samt lokala riktlinjer och rutiner. Granskningen omfattade följande områden under det aktuella året:

- Akutvagnar på operationsavdelningen och vårdavdelningen
- Läkemedelsförråd på operationsavdelningen, postoperativavdelningen samt vårdavdelningen, inklusive hantering och kontroll av narkotika
- Tryckövervakare (centralgasanläggning) på operationsavdelningen och vårdavdelningen
- Skriftliga rutiner för läkemedelshantering

Verksamheten uppvisar väl utvecklade skriftliga lokala rutiner, och läkemedelshanteringen bedöms fungera väl. Eventuella förbättringsförslag som identifierades under granskningen dokumenteras och åtgärdas enligt den beskrivna åtgärdsplanen. Verksamheten utser ansvarig personal och sätter upp en tidplan för att genomföra nödvändiga förbättringar.

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 2023 ökade RKC antalet operationer med 7,8% jämfört med 2022. Samtidigt minskade vår antibiotikaförbrukning, mätt i expedierade recept, med betydande 27% under samma period. Antalet DDD (dygnsdoser) ökade med 3,4% jämfört med föregående år. Det är intressant att notera att trots ökningen av DDD har antalet djupa infektioner halverats jämfört med föregående år. Vi har granskat antibiotikaregimen och planerar att under 2024 införa ett nytt PM för både pre-, per- och postoperativ behandlingsstrategi.

Produktexempel	DDD 2022	fördelning i % 2022	DDD 2023	fördelning i % 2023
Cloxacillin Stragen	3 805	91%	3 815	88%
Heracillin	75	1,8%	165	3,8%
Klindamycin hameln	52	1,2%	95	2,2%
Kåvepenin	15	0,4%	50	1,2%
Ciprofloxacin Mylan	28	0,7%	48	1,1%
Amoxicillin/Clavulanic acid BB	77	1,8%	47	1,1%
Cefotaxim Navamedic	73	1,7%	38	0,9%
Doxyferm	30	0,7%	30	0,7%
Cefuroxim Navamedic	10	0,2%	15	0,3%
Selexid	23	0,5%	14	0,3%
Vancomycin MIP	3	0,1%	8	0,2%
Nitrofurantoin Alternova	0	0,0%	8	0,2%
Summa:	4 189		4 331	

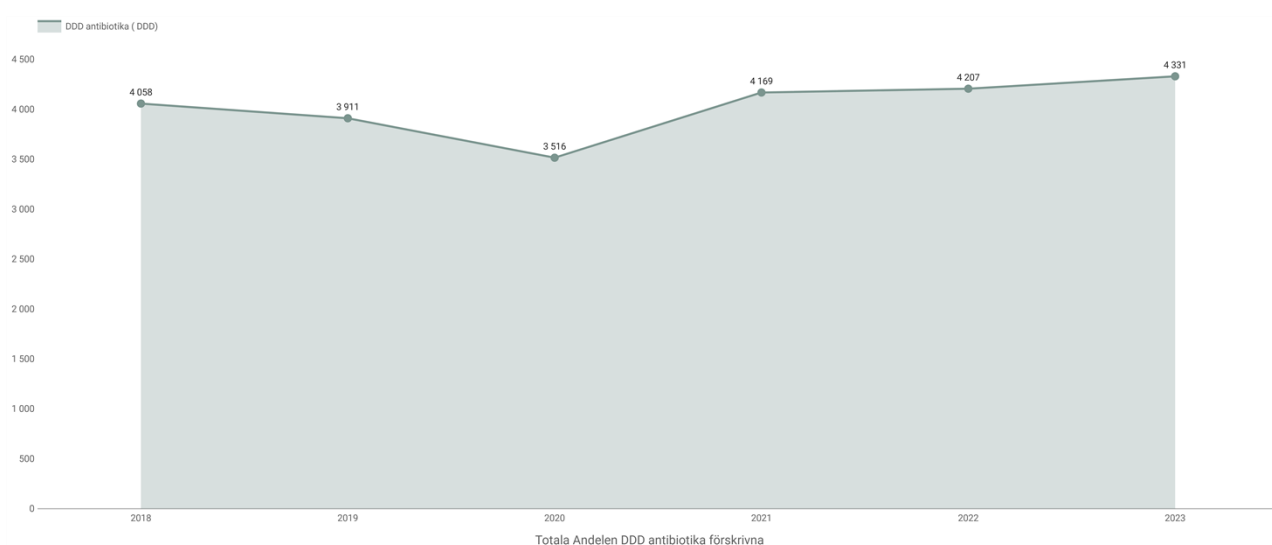


Diagram: Totala andelen rekvisitioner (dygnsdoser, DDD) antibiotika per år 2018–2023. DDD 2023 n=4331 Rapport från STRAMA.

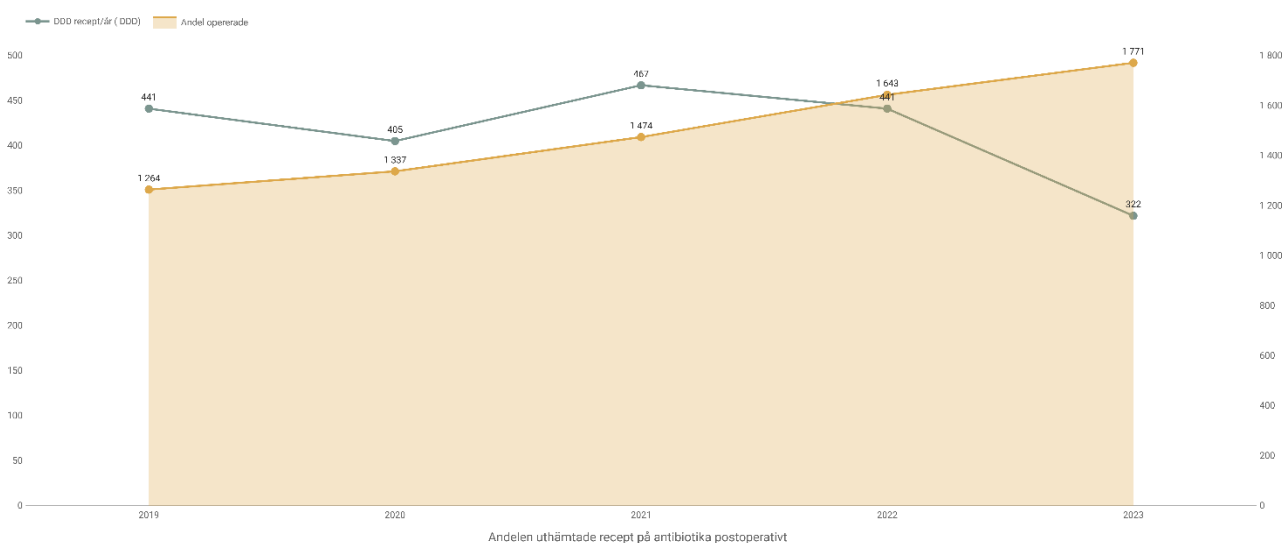


Diagram: Antalet uthämtade recept 2019–2023. 2023 hämtades 322 recept av patienter behandlade på RKC. En minskning med 27% från 2022 (441). Uppgifter delvis rapporterade från STRAMA.

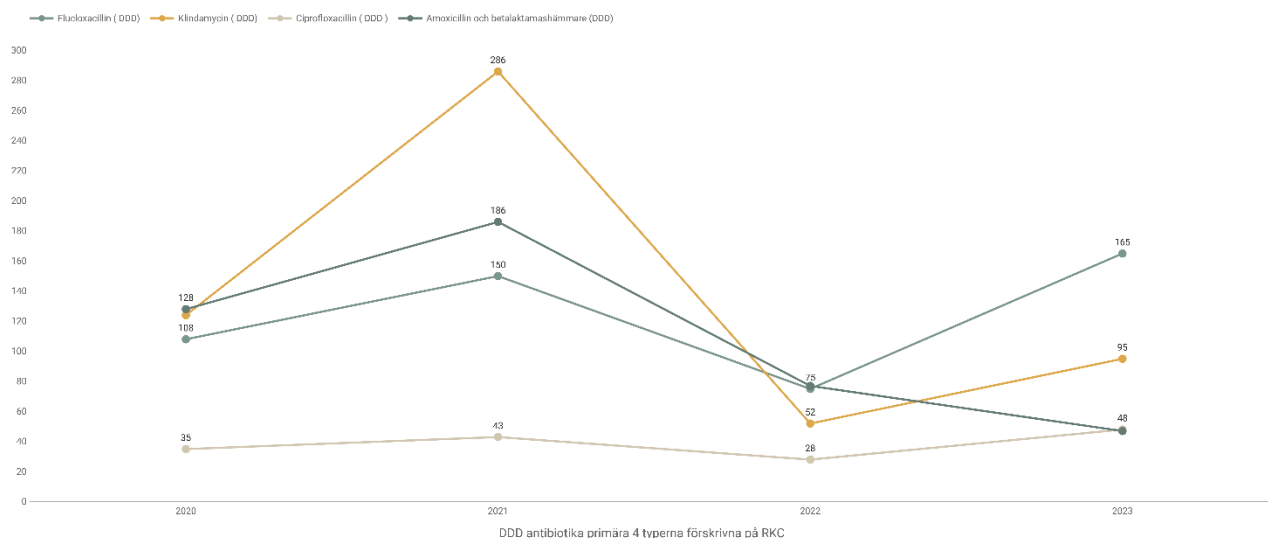


Diagram: Variation och antal DDD antibiotika ordinerade för postoperativ infektion på RKC rapporterade från STRAMA mellan 2019–2023 Se även tabell nedan.

År	Flucloxacillin DDD	Klindamycin DDD	Ciprofloxacin DDD	Amoxicillin DDD
2023	165	95	48	47
2022	75	52	28	77
2021	150	286	43	186
2020	108	124	35	128
2019	188	171	35	35
2018	298	141	20	0

Tabell: Antalet DDD antibiotika/ år. 2018–2023. Svårbehandlade infektioner kräver ibland bredspektrumantibiotika och förlängd behandling på RKC.

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. Inom hälso- och sjukvården måste det därför finnas riskmedvetenhet och flexibilitet för att en verksamhet 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 en verksamhet ska fungera effektivt. Då är det centralt att förstå varför och hur verksamheten upprätthåller en god, säker och hållbar vård under varierande betingelser. Vårdprevention innebär att skador i vården ska undvikas och att alla ska kunna garanteras en säker och god vård på lika villkor. För att uppnå detta ska det förebyggande arbetssättet vara präglad av struktur, systematik, synliggjorda resultat och beskrivning hur arbetet sker för att uppnå mål. RKC har identifierat de områden som är särskilt sårbara i verksamheten. Nedan listas de relevanta fokusområden som prioriterats.

Identifiering	analys	åtgärder	uppföljning
Bristande information från patient på hälsodeklarationer	Patienter utelämnar viktig information och vinformation är svårläst.	Digitala hälsodeklarationer	Digitala hälsodeklarationer fungerar relativt bra men är fortfarande ett nytt system. Utvärdering pågår
Patienter uteblir eller kommer försent	Patienter hittar inte och har tappat bort kallelsen risk för att de missar tid	Digitala kallelser	Följs upp i KIVRA
Patienter bokar av sig på helgen	Tider går inte att fylla med kort varsel	Zymego av/ombokningstjänst	Månadsrapport
Patienter är smärtfria vid ankomst till operation	Patienter vill inte bli strukna från operation och kommer ändå. Ingen patient hinna få avbokad patients operationstid	0 NRS arm eller ben 6 och 3 dagar innan operation i FRISQ. Inskrivnings ssk ringer upp patienten eller ber PAL	Inga medicinska strykningar efter rutinförändring
Stor arbetsinsats för att skicka kvalitetsregister	Minska pappersförbrukning, postgång, transporter	Digitala kvalitetsregister	Uppföljning varannan vecka i Swespine för att se att det fungerar
Uppfylla vårdgarantin	Vi har några patientgrupper där vi har långa väntetider	Omplanering av operationsprogram och mottagningstider	CVR centrala väntetidsregistret
Journalanteckningar och remisser tar tid göra tillgängliga för patient	Vid högre tryck på mottagningen tar det tid att få ett utskrivet diktat	Taligenkänning i stället för diktering	Flera i arbetsgruppen har påbörjat och implementera arbetssättet. Utvärdera arbetsbelastning för sekreterare.

Tabell: Exempel på identifierade risker och åtgärder 2023.

Bristande information från patient på hälsodeklarationer:

Under året har vi noterat en utmaning gällande bristande information från patienterna på hälsodeklarationer. Detta kan påverka den övergripande bedömningen av patientens hälsotillstånd och därmed säkerheten under vården. För att adressera detta område har vi initierat åtgärder för att förbättra kommunikationen och informationssamlingsprocessen från patienterna.

Patienter uteblir eller kommer försent:

En identifierad risk i vår verksamhet är att patienter ibland uteblir från sina bokade tider eller kommer försent. Detta kan medföra logistiska utmaningar och påverka schemalaggningsen. För att minimera denna risk, har vi implementerat påminnelse-system och överväger ytterligare strategier för att förbättra patienters tidssynkronisering med våra bokade tider.

Patienter bokar av sig på helgen:

En observation är att vissa patienter avbokar sina tider under helgerna, vilket kan påverka vårt arbetsflöde och möjligheterna att optimera kapaciteten. För att hantera detta, överväger vi att implementera en effektivare avbokningspolicy och kommunicera tydligt med patienter om betydelsen av att följa avbokningsförfarandet även under helgdagar.

Patienter är smärtfria vid ankomst till operation:

En viktig observation är att vissa patienter anländer till operationssalen smärtfria, vilket kan leda till inställda operationer. För att förbättra vårdkvaliteten och patientens upplevelse, överväger vi att implementera förbättrade preoperativa utvärderingar och kommunicera tydligt med patienterna om vikten av att rapportera smärtsymtom innan ingreppet.



Effektivisera hanteringen av kvalitetsregister:

En utmaning som har identifierats är arbetsinsatsen som krävs för att skicka in data till kvalitetsregister. Detta kan påverka effektiviteten och resursutnyttjandet. För att hantera detta, överväger vi att implementera effektivare system och processer för datainsamling och rapportering till kvalitetsregister.

Ökad patientsäkerhet:

Inom hela RKC genomförs riskbedömningar på individnivå avseende identifierade patientsäkerhetsrisker. För att optimera det kirurgiska resultatet och minska riskerna för VRI och komplikationer får vårdpersonalen aktuella uppgifter om patientens hälsotillstånd via en hälsodeklaration. Under 2023 har vi arbetat med att förbättra dialogen och kommunicera med fler digitala hjälpmedel via sms och digitala formulär. 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.

Minska arbetsmiljöriskerna

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. Arbetsmiljöarbetet som bedrivs på RKC är förankrat hos verksamhetschefen.

Se resultat av HME hållbart medarbetar engagemang i kap. 5

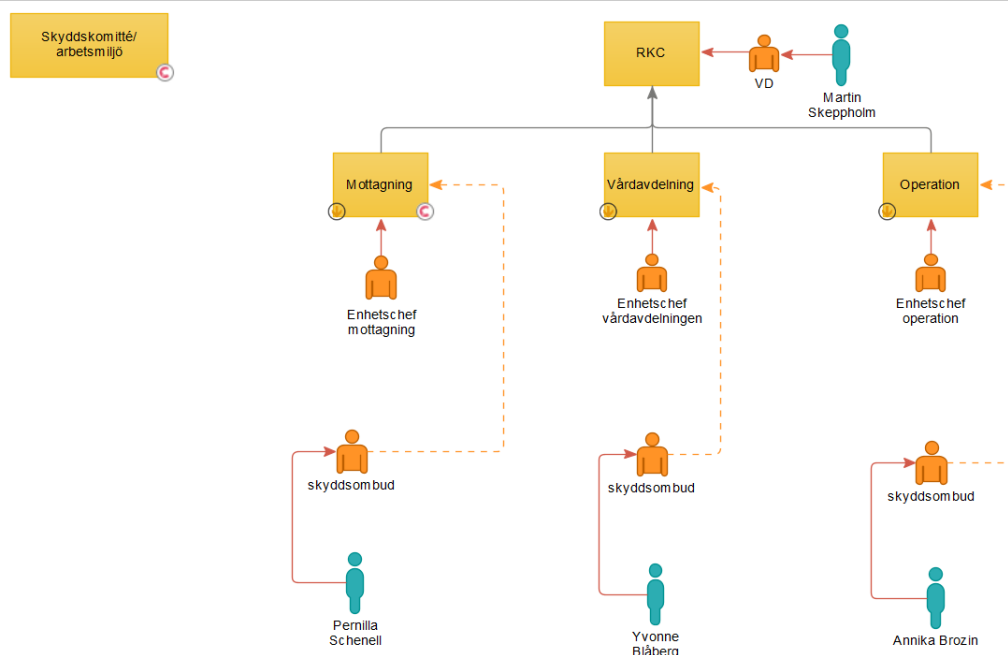


Bild: Organisation, skyddskommitté /arbetsmiljö.

Resurser och kompetensförsörjning

För att säkra kompetensen och resurserna har vi infört flera åtgärder

Anställning av timanställda: Vi har anställt timanställda medarbetare för att snabbt tillgängliggöra extra personal vid behov. Denna flexibilitet bidrar till att säkra kompetensen och möta vårdbehovet omedelbart.

Omfördelning av personalresurser: För att optimera vår kompetens och resursutnyttjande kan personalresurser omfördelas från andra enheter inom organisationen. Detta möjliggör en snabb och effektiv anpassning till aktuella behov.

Nyrekrytering av specialiserad

Kompetens: Vi ser noga till att snabbt rekrytera personal om behovet uppstår och undviker i möjligaste mån att använda hyrpersonal och konsulter. Genom att aktivt söka och anställa personal med specialiserad kompetens säkerställer vi långsiktig kompetensförsörjning.

Strategisk Planering för Vårdbehov: Vi har implementerat strategisk planering för att förutse och förbereda oss för varierande vårdbehov. Detta inkluderar att identifiera kritiska områden och se till att vi har tillräckliga resurser för att hantera dessa



Genom att kombinera dessa åtgärder strävar vi efter att säkra både kompetensen och resurserna,

vilket möjliggör en snabb och adekvat respons på vårdbehoven inom ramen för "Säker vård här och nu"

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 2023 genomfördes en riskanalys av det nya digitala avbokningssystemet Zymego på RKC-mottagningen. Risker, analysområden och analyschema togs fram inför uppstarten. RKC har under den första perioden haft kontinuerliga möten med alla inblandade, och uppstarten har varit successiv, vilket har varit avgörande för att implementeringen ska bli optimal. I riskanalysen identifierades 10 risker, varav fokus låg på schemaläggning, bokning och kalendern i journalsystemet.

Risker:

1. Schemaläggare glömmer att spärra händelser.
2. Medarbetare spärrar ej när en ny händelse läggs in.
3. Patienten ska på ÅB 30 min men bokas till fel tidstyp, ÅB 20 min.
4. Om vab/sjuk glöms ändras resursen i schemat, vilket leder till lediga tider om tidstypen är obokad.
5. Grundschemat OPERATION tas bort och meddelas inte mottagningskoordinator.

Trots noggrann förberedelse inträffade några av de förutspådda riskerna. En handlingsplan har utarbetats, och utvärdering av funktionen genomförs kontinuerligt. Alla inblandade medarbetare förväntas ta del av rutinerna inför förändringen för att kunna ge enhetlig information och rapportera eventuella brister eller förbättringsförslag.

Tidigare riskanalyser har lärt oss vikten av att granska utbildningsinsatser och följa upp efter implementeringen av nya arbetssätt. Det är avgörande att genomföra förändringar på ett sätt som gör det möjligt att utvärdera dem, särskilt när avsikten har varit att underlätta och förbättra. I annat fall kan det leda till merarbete och få motsatt effekt, vilket i sin tur kan skapa motstånd och skepsis i framtida projekt.

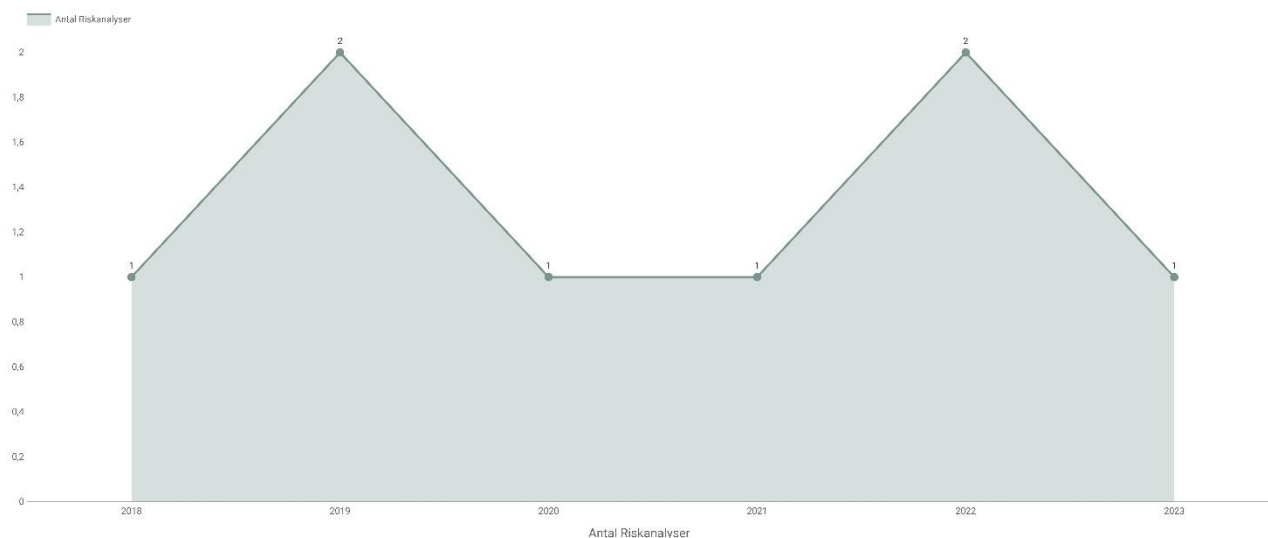


Bild: antal riskanalyser per år från 2018–2023. 2023 gjordes 1 riskanalys vid införandet av Zymego.

Riskbedömning i Riskmatrisen:

I vårt riskanalyssystem registreras risker i en riskmatris med utgångspunkt i en etablerad riskklassificering. Här presenteras riskerna för RKC 2023 n=183. Efter en grundlig analys av de avvikelser som diskuterats på olika forum, såsom APT, klinikråd samt på avvikelsemöten, överförs riskerna till riskmatrisen. Denna process fångar upp riskerna och leder till förändringar av rutiner samt åtgärder för att förhindra upprepning – delvis genom proaktiva insatser. Målet är att identifiera och förebygga vårdskador i verksamheten, vilket kräver ett medvetet förhållningssätt till risker och en djup förståelse för vad som pågår i verksamheten. I riskmatrisen erhåller vi en översikt över risker som bedöms som kritiska, betydande, medium eller lågt värderade.

period	Risker	låg	medium	hög	Kritisk	åtgärdade	planerad åtgärd försenad
2023	183	83	87	12	0	162	1

Tabell: risker i riskmatrisen 2023. Klassificering utifrån sannolikhet och allvarlighetsgrad. Under 2023 bearbetades 183 olika risker

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

Beskrivning av Sannolikhet och Beskrivning av Allvarlighetsgrad

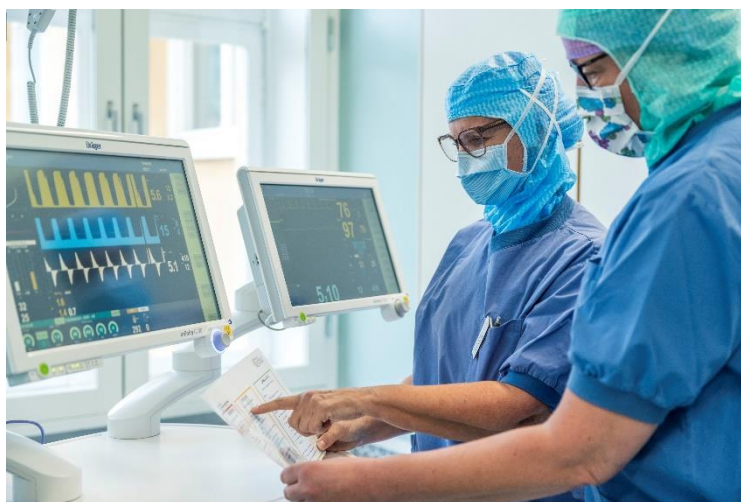
För att besluta vilka som är verksamhetens betydande risker används schemat nedan.

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. Under 2023 har vi arbetat med att stärka kontrollerna före, under och efter kirurgiska ingrepp genom förbättrade processer inom både incheckning (check in), tidpunkt för operationen (time out) och utcheckning (check out). WHO-checklistan utgör en central del av vårt arbete med patientsäkerhet inom operationsenheten.



Journalgranskning

Kvalitetsutvecklaren genomför regelbundet journalgranskning i verktyget Medrave. Medrave är ett program som analyserar och sammanfattar klinisk information från verksamhetens journalsystem. Varje kvartal sammanställs data om de mest kända komplikationerna inom kirurgiska verksamheter, såsom VRI, blödningar och embolier. Resultaten presenteras kvartalsvis och vid årliga klinikdagar.

Några gånger per år genomförs även en journalgranskning av patienter som har fått komplikationer

och vårdats på andra sjukhus. Relevant information djupanalyseras inom verksamheten, och resultaten presenteras för klinikledningen.

Postoperativ uppföljning

För att säkerställa hög kvalitet och patientsäkerhet har RKC implementerat ett förlängt postoperativt omhändertagande. Genom vår postoperativa sjuksköterskemottagning upprätthåller vi kontroll över uppföljningen och över patienternas situation och status även efter deras hemgång. Detta har resulterat i en ökad överblick och förbättrad efterlevnad av Stramas riktlinjer, vilket möjliggör förebyggande arbete mot vårdrelaterade infektioner. Sjuksköterskan agerar som en länk mellan läkaren och patienten, med huvudfokus på smärtregim, förebyggande av komplikationer och omvårdnad av sår.

RKC kartlägger även förekomsten av postoperativa infektioner genom en uppföljande patientenkät i FRISQ. Resultaten från enkäten utgör värdefullt underlag för att bedöma frekvensen av vårdrelaterade infektioner.

Under året har RKC haft ett stabilt patientflöde med över 12 000 patienter och utfört över 1 700 operationer. Detta har skapat ett fortsatt behov av uppföljning av de patienter som kräver stöd eller uppföljning efter utskrivning. Särskild vikt har lagts på postoperativ vård, där sjuksköterskemottagningen fungerar som en stabil och kontrollerande punkt.

Mottagningen har hanterat patienter med smärtproblem, förbandsbyten och ytliga sårinfektioner. För att minimera risken för postoperativa infektioner har en tvärprofessionell förbandgrupp utvecklat rutiner för avancerad postoperativ sårvård under 2023.



Postop mottagning			
Besök och telefon	Antal fysiska besök	Antal bokade telefonuppföljningar	m= samtal per kvartal via Tele Q
2023	670	451	692

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 2023 gäller just sår och behov av omläggningar (99%). 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.

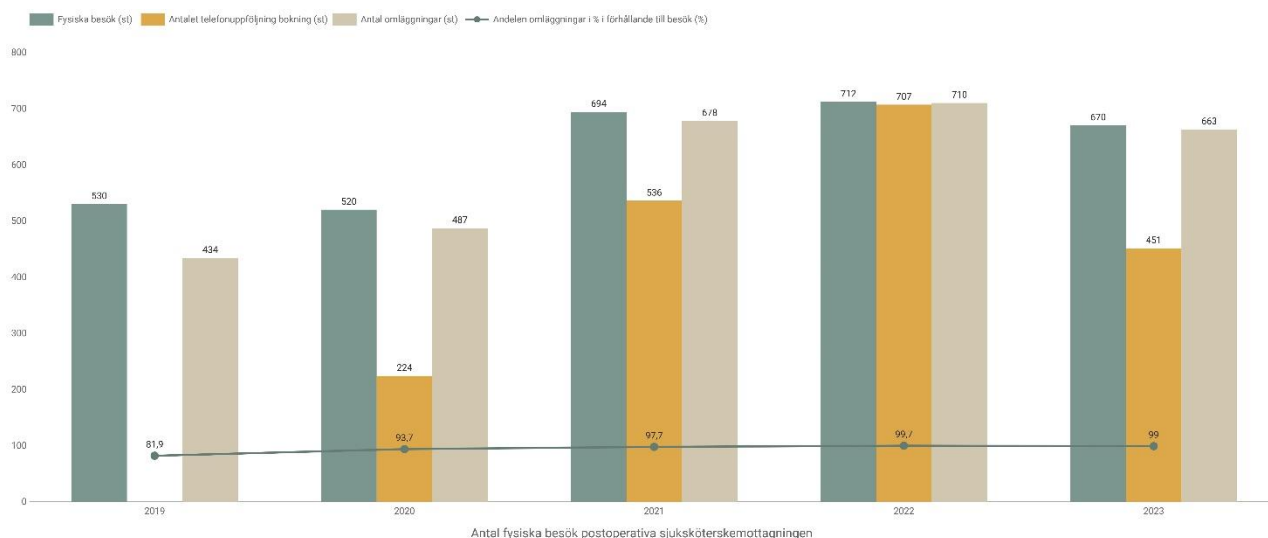


Diagram: Antalet besök till postoperativa mottagningen i relation till antalet omläggningar och telefonbokningar 2019–2023.

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 ett årsuppföljningen och på så sätt jämföra resultat med riket i övrigt. *Se kapitel 5:1:1 för medicinska 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 orsakat eller skulle kunna ha orsakat vårdskada genom avvikelshanteringssystemet Centuri. Enhetschefer och ansvariga för avvikelshantering uppmuntrar medarbetare att även rapportera avvikelser vid dagliga avstämningar och reflektioner under arbetsplatsträffar samt genomgångar. Genom att rapporterade avvikelser och tillhörande utredningar återkopplas vid möten på alla nivåer inom RKC (från arbetsplatsträffar till ledningsmöten) får dessa rapporter en allt större betydelse inom patientsäkerhetsarbetet.

Utdata från avvikelssystemet följs på både verksamhets- och lokal nivå, inklusive antalet händelser, om händelsen involverar patientklagomål eller vårdskada samt typen av händelse. Inom RKC är det avvikelsegruppen och ansvariga för avvikelshantering som ger stöd till enhetschefer i det systematiska patientsäkerhetsarbetet genom att analysera och återföra analyserad information

om avvikelser till ledningsgruppen. Klagomålshantering och händelseanalyser behandlas både inom och utanför avvikelsegruppen på enheterna

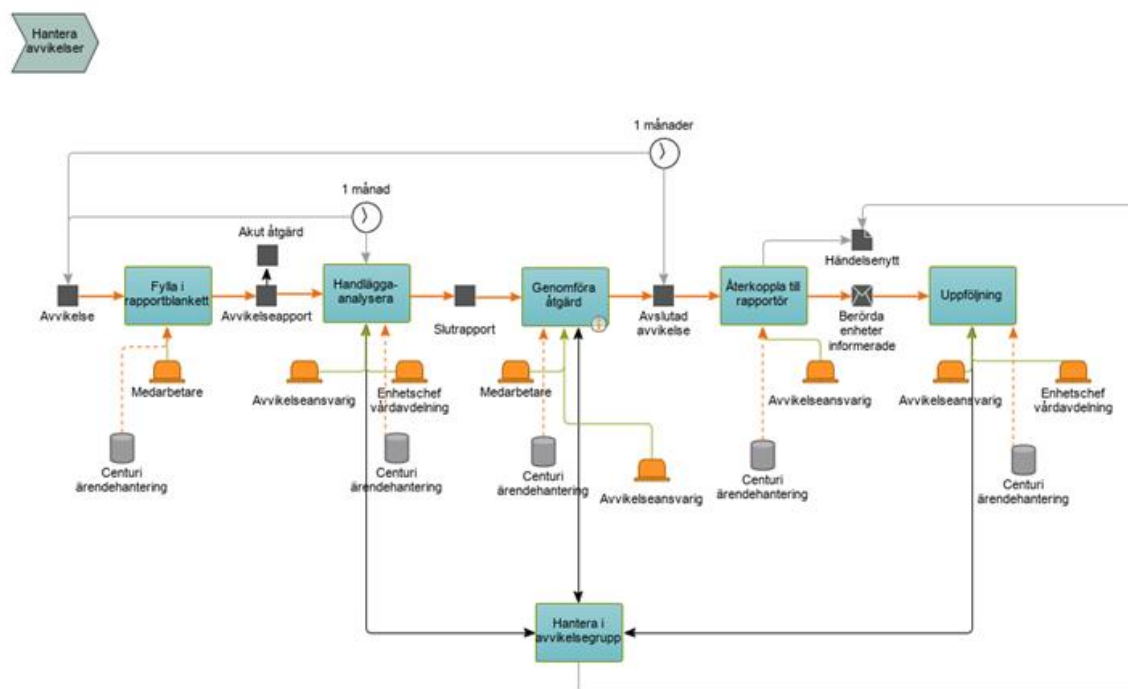


Bild: Avvikelseprocess.

Det råder en övergripande medvetenhet om risker i arbetet, och patientsäkerhetsarbetet bygger på lärdomar från både framgångar och de tillfällen då något gått mindre väl. Totalt inkom 197 avvikelserapporter från medarbetare vid RKC under 2023, varav 30 av dessa innefattade förbättringsförslag. Syftet med förbättringsförslagen är att optimera processer, stärka patientsäkerhetsarbetet och proaktivt förebygga händelser. Avvikelseerna klassificeras enligt risk, tillbud, allvarligt tillbud eller förbättringsförslag.

Majoriteten av avvikelserna härstammar från vårdavdelningen och operationsenheten, där vårdprocesserna anses vara mest komplexa och riskerna störst. Ungefär 15% av avvikelserna är kategoriserade som förbättringsförslag.

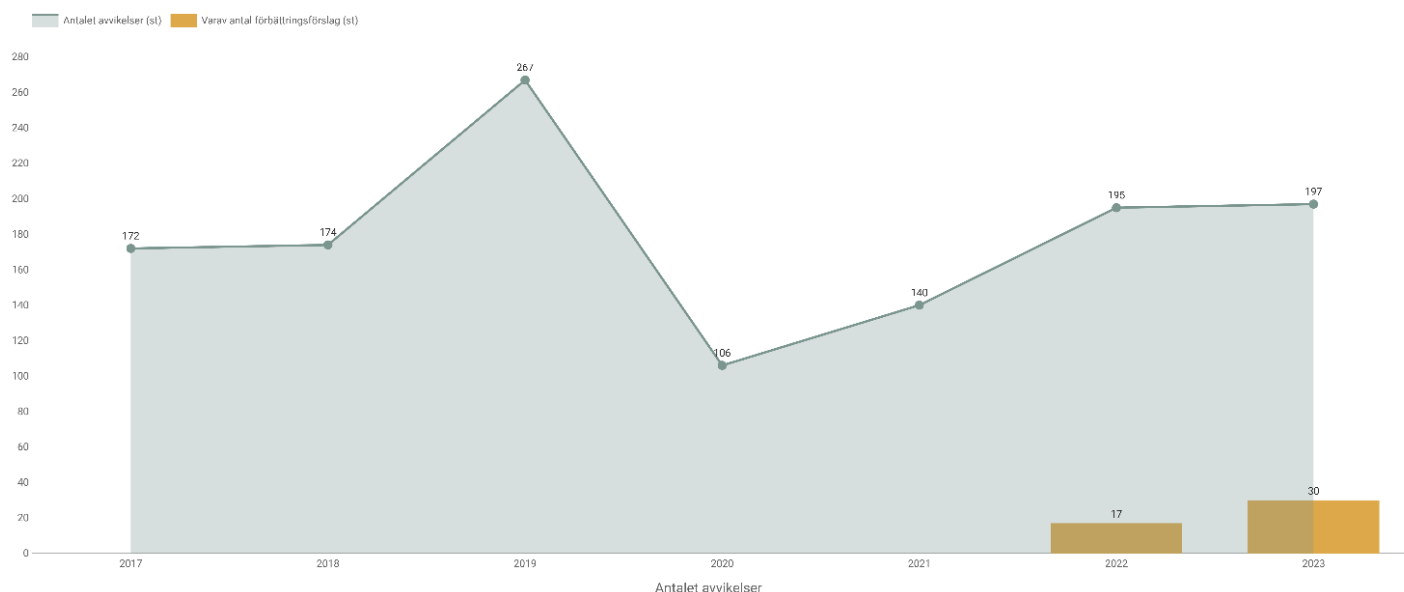
Vi ser positivt på ökad rapportering eftersom detta i sig kan öka säkerheten inom vården. Genom att noga utreda och åtgärda avvikelser kan vi identifiera och minska eventuella brister och därmed reducera riskerna. En ökad benägenhet att rapportera oönskade händelser och att öka riskmedvetenheten är väsentliga bidrag för att stärka vår säkerhetskultur.

Under 2023 har vi initierat ett projekt för att integrera avvikelsestatistik i vårt ledningssystem, Stratsys. Detta projekt syftar till att skapa en visuell representation för ansvariga inom avvikelsegruppen och möjliggöra regelbundna rapporter till medarbetarna.

Sammanställning av avvikelser 2023

Radetiketter	Summa avvikelser	fördelning av avvikelserna i %
Administration	5	3%
Risk (något har inträffat, ingen skada skedd)	4	80%
Tillbud (något har inträffat, skada)	1	20%
Fysioterapi	1	0,6%
Risk (något har inträffat, ingen skada skedd)	1	100%
Mottagning	21	13%
Risk (något har inträffat, ingen skada skedd)	10	48%
Tillbud (något har inträffat, skada)	8	38%
Allvarligt tillbud (allvarlig skada)	3	14%
Operation	60	36%
Risk (något har inträffat, ingen skada skedd)	55	91%
Tillbud (något har inträffat, skada)	5	9%
Vårdavdelning	80	48%
Risk (något har inträffat, ingen skada skedd)	70	88%
Tillbud (något har inträffat, skada)	8	10%
Allvarligt tillbud (allvarlig skada)	2	2%
Antal avvikelser	167	
Antal förbättringsförslag	30	
Totalt	197	

Tabell: antal avvikelser, fördelning och klassificering av avvikelser per enhet 2023.



Totalt antal registrerade ärenden 2017–2023. 2023 n=197, varav avvikelser n=167. Enheterna har lämnat sammanlagt 30 förbättringsförslag.

Allvarliga tillbud 2023

Under året har vi efter omklassificering av avvikelsehandläggare haft 4 allvarliga tillbud. 2 gäller externa enheter. Den ena gäller en ersättningsvara som var avsedd för barn. Pga. snabbt hanterat ärende på RKC kunde leverantören agera och varna andra beställare. Enligt leverantören berodde detta på bristande följsamhet av rutiner. Den andra avvikelserna gäller en olycklig feltolkning av MR bilder av radiolog och förlängd svarstid. Patienten fick felaktigt cancerbesked till följd av detta. Felet uppdagades då hen remitterades till annan klinik via en onkolog som gjorde en ny kontrollröntgen. Ärendet utreds i Regionen. Återkoppling har ej inkommit ännu.

En annan allvarlig avvikelse har lett till en händelseanalys på RKC. Patienten ådrog sig en kirurgisk komplikation som senare fick reopereras. *Se åtgärder nedan under I händelseanalys.*

Ytterligare avvikelse har skrivits på RKC gällande en patient som undanhållit RKC viktig information i sin hälsodeklaration. Pga. instabilitet under sövningen får ansvarig anestesiläkare söka i NPÖ. I journalen upptäcker personalen att patienten har blodsmitta och att en lunga var bortopererad efter en MC olycka. En viktig förbättring för att undvika dessa problem i framtiden har varit att införa digitala hälsodeklarationer. Risken för fel och missförstånd minskar.

Område	Operation	Vårdavdelning	Mottagning	Fysioterapi	Administration	summa
Extern verksamhet	1	2	1	0	0	4
MTA	1	0	0	0	0	1
Patient	8	19	4	1	0	31
Personal	0	0	2	0	0	2
Personuppgiftsincidenter/ GDPR	0	1	2	0	1	4
Arbetsmiljö	7	7	0	0	1	15
Hygien	1	0	0	0	0	1
Kvalitet	2	4	1	0	2	9
Patientsäkerhet	6	8	3	0	0	17
Totalt	26	40	10	1	3	84
Tomma	41	52	18	1	5	117

Tabell: typ av område vid avvikelse per enhet 2023 n=84. Tomma n=117. Denna klassificering är tvingande från 2024

Avvikelsegruppen har hållit totalt 7 möten under 2023. De prioriterade förbättringsområdena har inneburit ett proaktivt arbete över flera områden. Detta inkluderar insatser för att öka tillgängligheten, optimera inskrivningsprocessen genom tydligare hälsodeklarationer, skapa och implementera PM (procedur- och processbeskrivningar), förbättra patientinformation samt förbättra kallelser.

Vi har aktivt arbetat med att förbättra dokumentationen och kommunikationen inom och mellan enheterna och ser betydande potential för vidare förbättring inom detta område. Inom FRISQ har vi fortsatt att implementera fler förbättringar. Den omfattande satsningen på dataskydd har resulterat i en ökning av antalet rapporterade avvikelser inom GDPR och har även lett till att vi nu kompletterar med personuppgiftsincidentrapporter. Denna ökning tyder troligen på en förhöjd medvetenhet och en ökad vilja att rapportera inom området dataskydd.

LÖF, Landstingets Ömsesidiga Försäkringsbolag

LÖF är ett rikstäckande försäkringsbolag vars huvuduppgift är att försäkra de vårdgivare som finansieras av regionerna. LÖF uppdrag är att utreda och lämna ersättning till patienter som skadas i vården samt att bidra till att antalet skador i vården minskar. Under 2023 inkom 32 anmälningar till LÖF gällande Ryggkirurgiskt Center (RKC). Alla som arbetar inom vården strävar efter att ge patienten bästa möjliga vård. Ändå inträffar det tyvärr skador och felbehandlingar ibland. För situationer då någon skadas i samband med hälso- och sjukvården kan LÖF erbjuda ekonomisk ersättning enligt patientskadelagen. LÖF bedömer ärendet tillsammans med hjälp av sina egna medicinska rådgivare. Eventuella kvarstående besvär eller invaliditet brukar dock bedömas ungefär ett år senare. Ersättning kan alltså utbetalas i flera omgångar beroende på skadans art. Till exempel innebär "sveda och värk" ersättning för det ökade lidande som uppstår under akutperioden till följd av patientskadan utöver grundskadan. Ibland ersätts även kostnader där skadan medför ökade utgifter.

En del av de inkommande LÖF-ärenden som inkommer till RKC är kompletteringar till anmälningar baserade på vård utförd på andra enheter. Kompletteringar till patientskador som inte inträffat på RKC belastar inte vår statistik.

Vi observerar en ökande trend av antalet anmälningar till LÖF. Detta kan troligen tillskrivas både den ökade produktionen samt att RKC varit tydligare med information till patienterna.

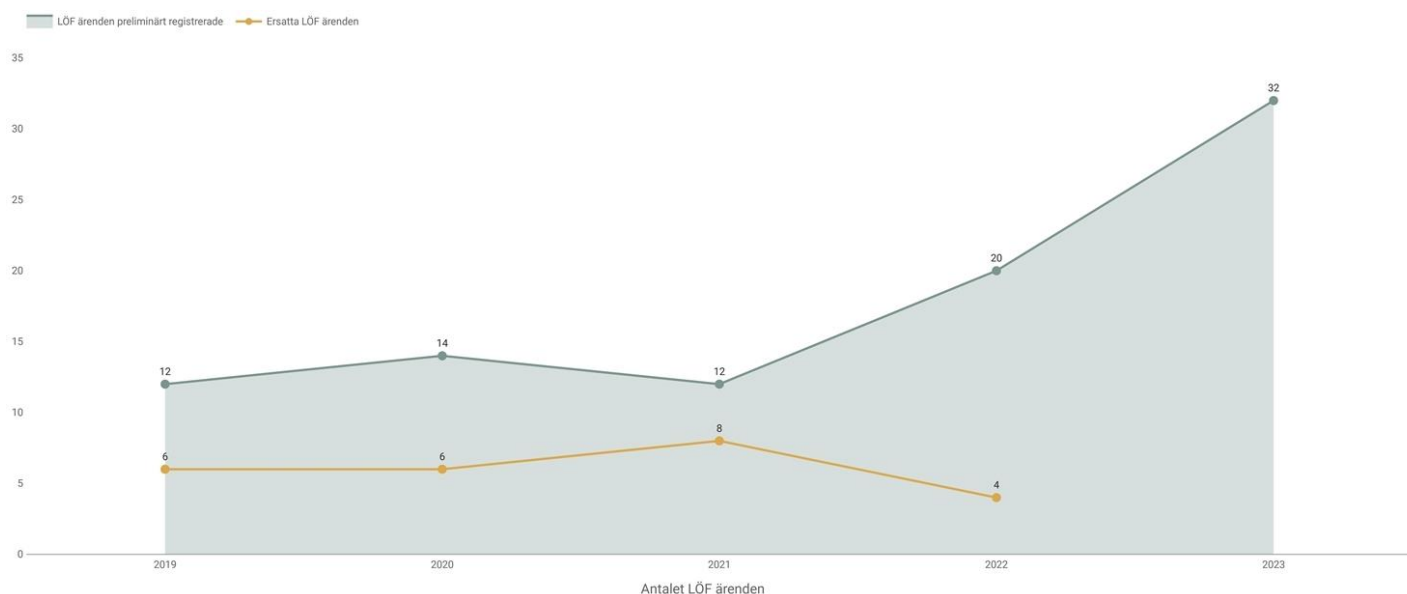


Diagram: Antal inkomna LÖF ärenden 2023 n=32.

LÖF	Antal anmälningar	Ersatta	ej ersatta	ej hanterade ännu
Anmälningsår 2019	10	6	4	0
Anmälningsår 2020	14	6	8	0
Anmälningsår 2021	12	8	4	1
Anmälningsår 2022	20	4	13	0
Anmälningsår 2023	32	1	9	22

Tabell: Antalet ärenden, hanterade, ej hanterade, eller ersatta under 2019–2023.

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

IVO och LEX Maria

RKC, som är vårdgivare, har ansvaret att utreda och vidta åtgärder när en patient drabbas av vårdskada eller riskerar att drabbas av det. Enligt bestämmelser som HSLF-FS 2017:40 och HSLF-FS 2017:41, samt Patientsäkerhetslagen 2010:659, måste allvarliga händelser anmälas enligt lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Syftet med att utreda allvarliga händelser eller risker är att identifiera åtgärder som förbättrar patientsäkerheten



och minskar risken för vårdskada. Under 2023 har RKC fått en IVO-anmälan, och verksamheten har genomfört en händelseanalys.

Ett ärende från 2022 har också behandlats där IVO återkopplade till verksamheten efter ett klagomål. I detta fall fann IVO inga brister i patientens vård och behandling, vilket resulterade i att ärendet avslutades eftersom ingen ytterligare åtgärd ansågs nödvändig. Även om IVO inte påpekade brister i det specifika ärendet, tar RKC fortfarande hänsyn till synpunkter från patienter och närstående som en del av sitt systematiska patientsäkerhetsarbete. Dessa synpunkter kan bidra till att förbättra vården, även om inga brister identifierades i det enskilda fallet.

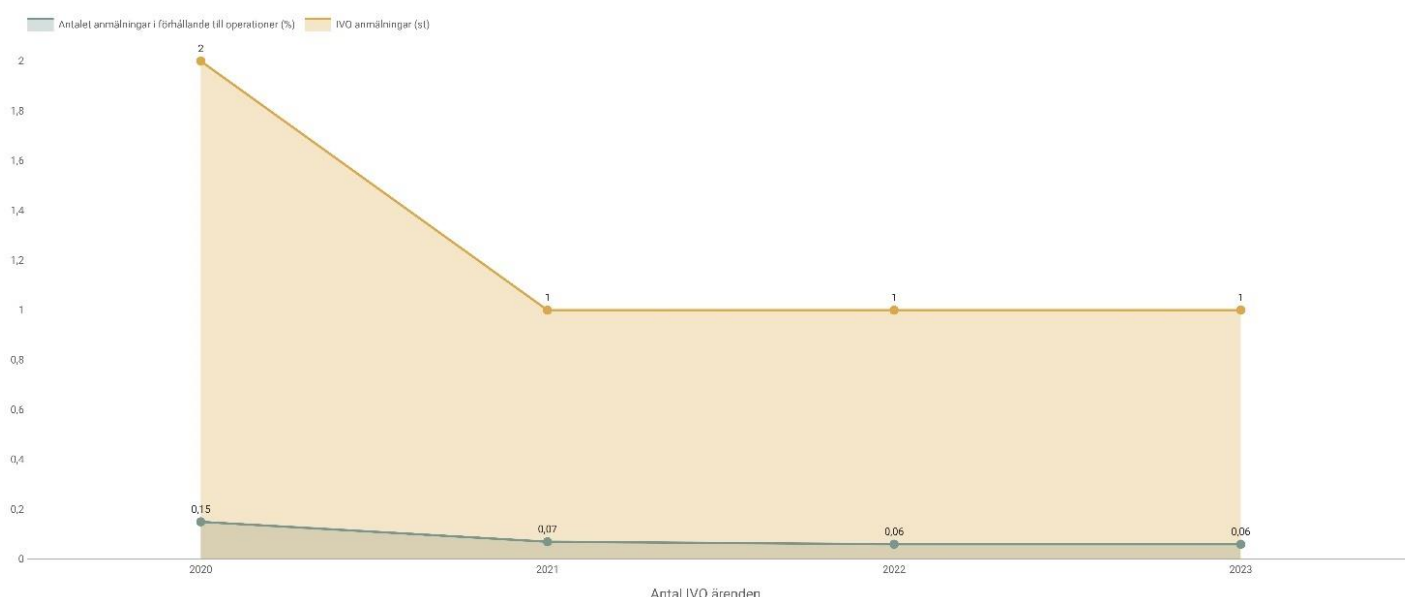


Diagram: Antal IVO ärenden per år (2020–2023). Ett ärende inkom 2023.

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 vid mer komplexa allvarliga händelser som ofta berör flera verksamheter. Nästan årligen görs större eller mindre händelseanalys. En muntlig uppföljning av händelsen sker alltid inom några dagar och möjlighet till debriefing och samtal upprättas.

Under 2023 har RKC analyserat en händelse gällande en komplikation som uppstått efter en planerad operation. Händelsen utredes skyndsamt efter att uppdraget tilldelats analysteamet. Patienten upplevde ihållande postoperativ smärta och utvecklade komplikationer med svaghet i benet som följd. Patienten fick upprepade smärtlindringsåtgärder och löfte från ansvarig läkare om ny bedömning. Kommunikationsbrister och bristande följsamhet från läkaren och bakjour som var ansvariga, ledde till fördröjd åtgärd och till slut överflyttning till ett annat sjukhus.

Patienten har varit delaktig initialt och haft dialog med verksamhetschef och ansvarig läkare under

analysarbetet.

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.

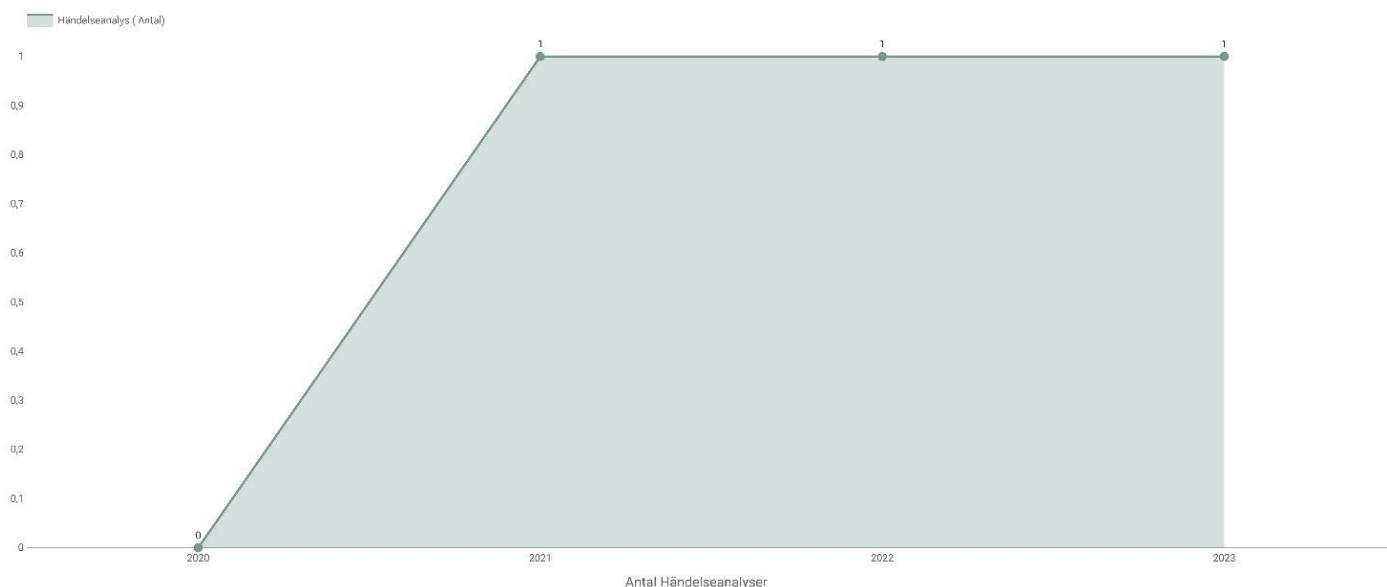


Diagram: Antal händelseanalyser per år 2020–2023. Under 2023 utreddes ett allvarligt tillbud som ledde till en händelseanalys.

Bakomliggande orsaker	antal	antal i procent
Procedurer, rutiner & riktlinjer	2	25%
Kommunikation & Information	3	38%
Utbildning & kompetens	2	25%
Teknik, utrustning & apparatur	1	13%
Totalt	8	

Bild: Bakomliggande orsaker som framkommit efter händelseanalys 2023.

Av de bakomliggande orsakerna som återfunnits på systemnivå var 38 % inom orsaksområdet Kommunikation & Information och 25% utbildning & kompetens och procedurer, rutiner & riktlinjer. 13% var inom Teknik, utrustning & apparatur. 2024 finns en uppföljningsplan på temat kommunikation där vi kommer hålla workshops för alla medarbetare.

4.7 Klagomål och synpunkter

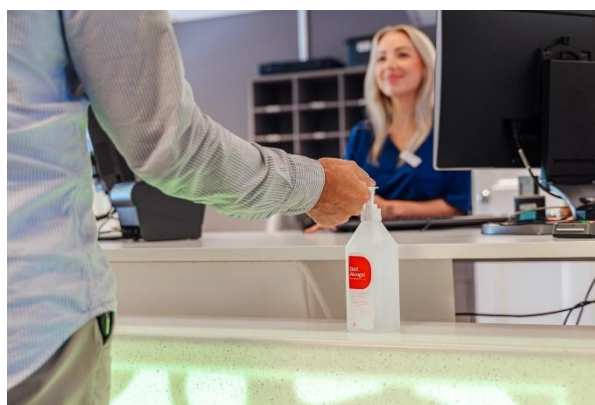
SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 och 6 §§, 7 kap 2 § p 6,

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. Det ger både individuella medarbetare och olika professioners roller möjlighet att utvecklas. Enhetschefen bär ansvar att kunna aktualisera brister och lägga en plan på hur de kan förbättras.

Kundnöjdhet på mottagningen

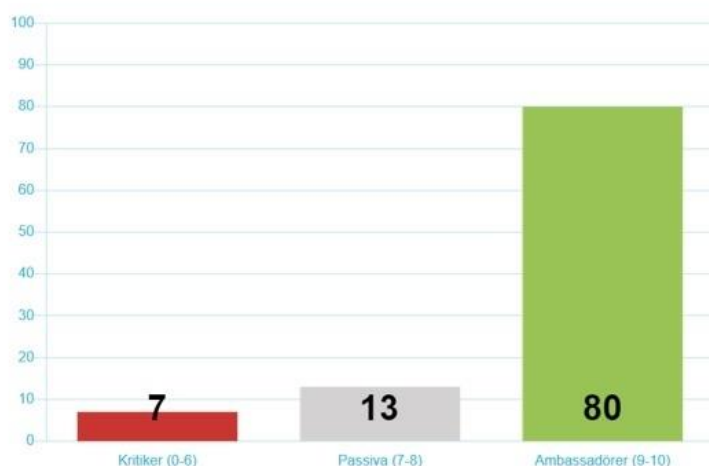
Kvalitetsindikatorer med särskilt fokus är dimensioner som delaktighet, bemötande, vården/behandlingen, nöjdhet och information men även faktorer som väntetider och NPS (patienten kan tänka sig att rekommendera verksamheten). Via vår kundportal får vi svar på patientens upplevelse av öppenvårdsverksamheten där patienterna även kan lämna förbättringsförslag eller beröm som fritextsvar. Under 2023 svarade 3163 patienter på enkäten av totalt 6873 utskick (antal nybesök 7623) Det innebär att svarsfrekvensen var 46%. Inom FRISQ erhåller opererade patienter inom slutenvårds- och dagkirurgiverksamheten automatisk uppföljning efter 7, 30 och 90 dagar. Rapporter sammanställs och delges samtliga medarbetare varje månad.



Ryggkirurgiskt centrum - Sophiahemmet (Unit)
2023

ÅRSRAPPORT / NPS

Skulle du rekommendera oss till någon i din situation?



NPS



NPS = Ambassadörer - Kritiker

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



www.keyforcare.se

Bild: NPS på mottagningen på RKC 2023. Medelvärde på RKC var 73 i förhållande till målvärde >70 enligt riktlinjer framtagna av verksamheten.

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 av nöjdhet och dimensionsnöjdhet på mottagningen RKC 2023. Nöjdhet 92%, dimensionsnöjdhet 82%, NPS 73. Totalt antal svar 3163st varav 6873st utskick. Svarsfrekvensen var 46%, ej nöjda 585 st.

ÅRSRAPPORT / DIMENSIONER

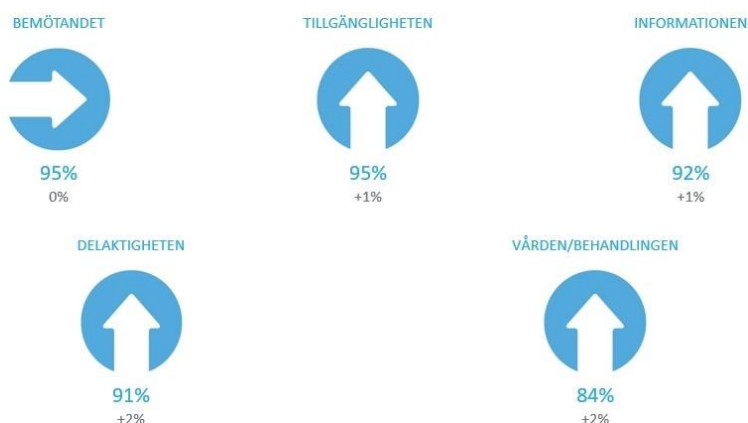


Bild: Dimensionsnöjdhet på mottagningen RKC 2023 utifrån kategori som delas upp i bemötande (95%), tillgänglighet (95%), information (92%), delaktighet (91%) och vård/behandling (84%).

Samtliga patienter kan ge feedback i fritext (beröm, förbättringsförslag).

2023 Kundportal på mottagningen	Antal
Antal utskick 2023	6873
Antal svar	3163
Svarsfrekvens	46%
Fritextsvar beröm och förbättringsförslag	1888
Åtgärdade förbättringsförslag och klagomål	16

Tabell: Kundportal för kundnöjdhet på mottagningen på RKC 2023. 46% svarsfrekvens.

Konkreta förbättringar som vi fått och åtgärdat.

Kommunikation och Information:

1. Receptionisten informerar om eventuella förseningar från läkare.
2. Kontinuerliga förbättringar av informationsflödet med uppdaterad information om vart patienterna kan vända sig efter sitt besök för ytterligare frågor. Klargöra rehabiliteringsinstruktioner och alternativ.
3. Förbättra telefonbesöken genom att ringa på utsatt tid.
4. Erbjuder möjligheten att fylla i hälsodeklarationen innan besöket via digital hälsodeklaration i webbformulär.

Bemötande och dimensionsnöjdhet:

1. Förbättra bemötandet genom att undvika att avsluta besök efter endast 5–10 minuter eftersom patienterna förväntar sig mer tid för sina besök.
2. Påminna om att patienterna förväntar sig att bli lyssnade på och att bli frågade om hur de mår vid besök.
3. Se över remissbedömningsprocessen för att minimera risken att outredda patienter från andra regioner hamnar på sambedömningar.

Organisation och Tekniska Åtgärder:

1. Kontrollera ljudnivån på musik i korridorerna för att minska risken för att överhöra samtal mellan patienter och vårdpersonal.
2. Möjliggöra snabbare tidsbokningar genom Zymego.
3. Utöka informationen på telefonen när linjen är stängd för att visa hur man bokar om eller avbokar via Zymego.
4. Förbättra utformningen av kallelser med bifogad karta och att de automatiskt läggs in i patientens kalender (smarta kallelser).
5. Tagit bort automatisk påminnelse i KIVRA då avbokade patienter får påminnelser om gammal tid.

Engagemang och Förberedelse:

1. Se till att patienter har en tydlig plan efter sitt besök och det dokumenteras ett behandlingsmeddelande till patienten, särskilt för de som inte ska opereras.
2. Öka engagemanget genom att vara påläst inför besöket och informera fysioterapeuter och läkare om patientens situation.

Webbplatsinformation:

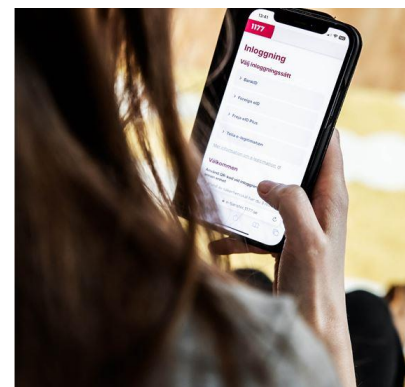
1. Förbättra informationskvaliteten, miljö-och kvalitetsarbetet och förtydliga behandlingsalternativ på hemsidan. Ny hemsida lanseras januari 2024.

Under 2023 har antalet förbättringsförslag på mottagningen främst rört frågor som bemötande och information. 92% av patienterna upplever att de är nöjda totalt sett. Vi hade 7623 nybesök på mottagningen 2023. Av dessa blev 23% opererade. Patienter som kommer till mottagningen där bedömningen är icke kirurgisk intervention upplever ibland sig missnöjda och uppgivna varför vi kompletterat med skriftliga råd och rekommendationer även till dessa patienter. 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. Vi har diskuterat i läkare -och fysioterapeutgruppen hur patientens förväntningar på besöket blir mer realistiska.

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

Patientklagomål på 1177

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. Ärenden hanteras av kvalitetsutvecklare och återkopplas till patient efter samråd med berörd medarbetare eller verksamhetschef.



Klagomål eller förbättringsförslag 1177 vårdguiden	Antal
Antalet individuella ärenden	32
Avslutade ärenden	32

Tabell: Antalet inkomna ärenden till kvalitetsutvecklare via 1177 2023 n=32.

Patientnämnden (PaN)

PaN är en organisation eller enhet inom hälso- och sjukvården som fungerar som en oberoende instans för att hantera klagomål och synpunkter från patienter. Dess huvudsyfte är att stödja patienter och deras närstående genom att ge en plattform för att lösa problem, besvara frågor och förbättra kvaliteten på vårdtjänster. Patientnämnden arbetar ofta för att säkerställa att patienternas

rättigheter respekteras och att de får den vård de har rätt till.

Under 2023 kom det in 5 individuella patientklagomål från PaN till RKC. Totalt sett 11 klagomål i olika kategorier. Patienten kan därefter kategorisera ärendet utifrån klagomålet. Verksamhetschefen på RKC ansvarar för att svara på inkomna ärenden efter utredning tillsammans med kvalitetsutvecklare. Detta för att säkerställa att varje klagomål och synpunkt hanteras på ett effektivt och transparent sätt.

Ärenden gällande kommunikation och bemötande hanteras alltid individuellt med inblandad vårdutövare. När det framkommit att vi brustit i vårt åtagande leder dessa ärenden till rutinförändringar i verksamheten. På så sätt strävar vi ständigt efter att förbättra vår service och säkerställa en hög standard av vård och bemötande för våra patienter.

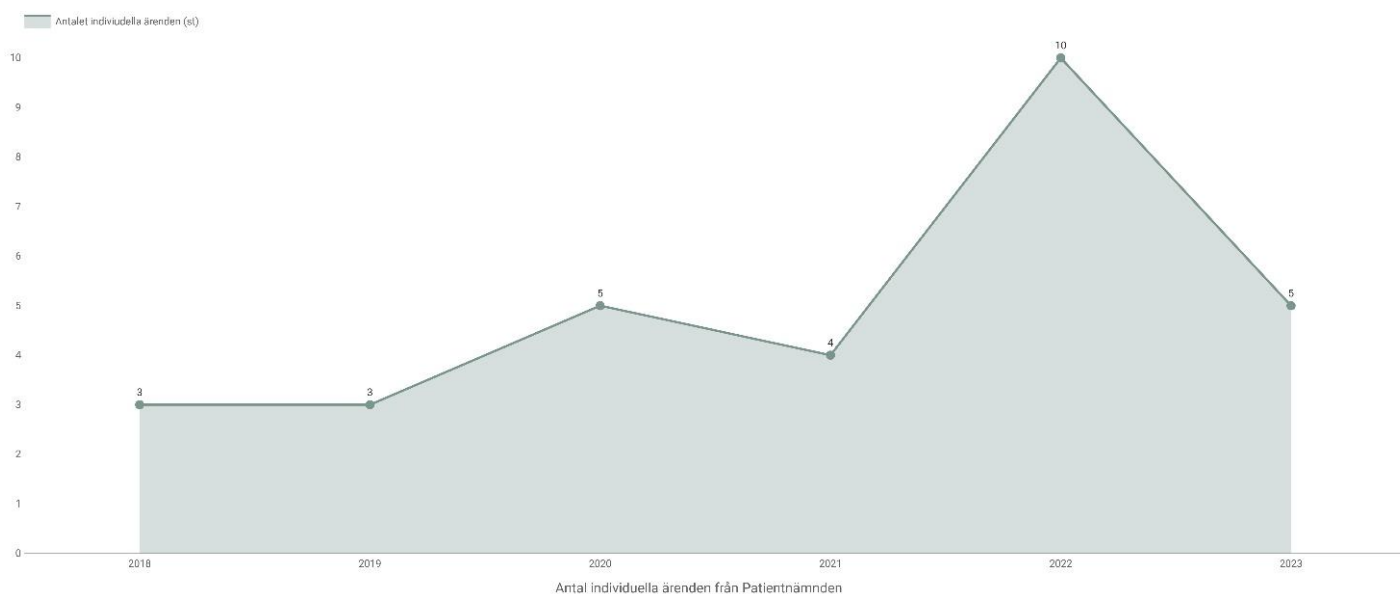


Diagram: Antal individuella klagomål PaN ärenden per år 2018–2023. Under 2023 kom det in 5 individuella patientklagomål från PaN till RKC. Totalt sett 11 klagomål i olika kategorier.

Problemområde	summa
Individuella ärenden	5
Kategoriserade ärenden utifrån klagomål	
Vård och behandling	6
Dokumentation och sekretess	1
Resultat	3
Kommunikation	1
Totalt antal klagomål	11

Tabell: 5 individuella klagomål till PaN har delgivits RKC under 2023.

* 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

För att säkerställa att vi fortsätter arbeta patientsäkert i framtiden, fokuserar vi på att bygga och stärka resiliens inom vår organisation. Resiliens innebär förmågan att flexibelt anpassa sig till förändrade förhållanden och bibehålla funktionaliteten, även under oväntade situationer. Här är några strategier och områden som vi kommer att fokusera på:

Träning och Simulering: Genom att regelbundet genomföra träning och simuleringar kan vårt team utveckla och behålla färdigheter som är avgörande för patientsäkerheten. Scenarier kan omfatta akuta situationer, komplicerade behandlingsmetoder och kommunikation under stress.

Exempel: Återkommande simuleringar av akuta situationer på vårdavdelningen eller i operationsenheten.

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.

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

Kompetensutveckling: En kontinuerlig satsning på kompetensutveckling säkerställer att vårt team är uppdaterat med de senaste riktlinjerna och bästa praxis inom vården. Det inkluderar inte bara medicinsk kunskap utan även kommunikationsfärdigheter och teamwork.

Exempel: Utbildningar om senaste riktlinjer inom specifika medicinska områden och kommunikationsträning.

Identifiering av Relevanta Områden: Genom att identifiera och analysera specifika områden inom vår verksamhet där patientsäkerheten kan förbättras, kan vi rikta in våra resurser och åtgärder där de behövs mest.

Exempel: Utvärdering av läkemedelshantering för att identifiera riskområden och genomföra förbättringsåtgärder.

Kommunikation och Patientkontrakt: Att stärka kommunikationen, både internt inom teamet och externt med patienter, är avgörande för patientsäkerheten. Tydliga patientkontrakt och informerat samtycke spelar en viktig roll.

Exempel: Implementering av standardiserade kommunikationsprotokoll och regelbunden översyn av patientkontrakt för att säkerställa förståelse.

Genom att integrera dessa strategier och fokusera på specifika områden inom vår organisation strävar vi efter att skapa en mer resiliert och patientsäker vårdmiljö.

Optimerat Informationsflöde och Kontrollåtgärder:

Digital Informationsöverföring:

- Ökad användning av digitala plattformar för att förmedla information till patienterna.
- Efter införandet av FRISQ webbtjänst har skriftlig information minskat till förmån för digital överföring.

Säkerställande av Patientengagemang:

- Implementering av kontrollfunktioner inom systemet för att säkerställa att patienterna tar del av den digitala informationen.
- Säkerhetsåtgärder för att garantera att nödvändig information förstås och accepteras inför kirurgiska ingrepp.

Systematiskt Patientsäkerhetsarbete med FRISQ:

- Användning av FRISQ som en integrerad del i det systematiska patientsäkerhetsarbetet.
- Engagemang och deltagande från patienterna för att upptäcka och adressera risker före och efter operationen.

Integration med Journalsystemet:

- Integration av FRISQ med journalsystemet för att minska risken för felaktigheter i journalföringen.
- Effektiv informationsöverföring genom att vara integrerat i externa system och tjänster.

Tidsbesparing och Minskat Dubbelarbete:

- Integrationen av FRISQ under externa system och tjänster möjliggör direkt åtkomst av patientspecifik information från journalsystemet.
- Minskat behov av dubbelarbete och sparad tid genom en sömlös integrering mellan FRISQ och övriga vårdrelaterade system.



Dessa åtgärder säkerställer att övergången till digital kommunikation och informationsdelning är både effektiv och patientsäker, med kontroller för att säkerställa att patienterna tar emot och förstår den nödvändiga informationen inför kirurgiska ingrepp.

5 RESULTAT OCH ANALYS

5.1 Ryggkirurgiskt centrum, siffror och analys

Inledning

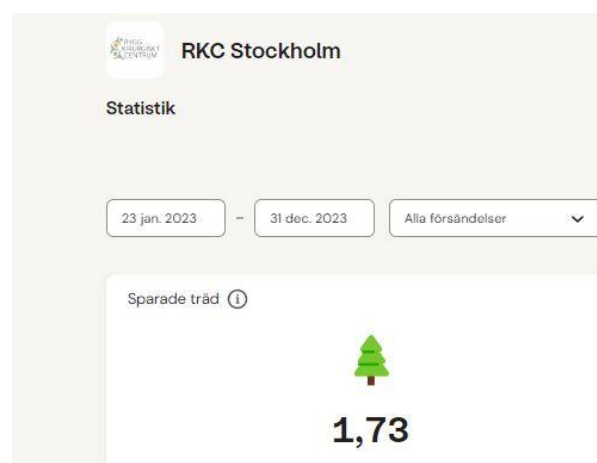
Efter att ha presenterat de tidigare rapporterade resultaten, riktar vi nu fokus mot annan viktig kvalitetsdata på RKC. I detta avsnitt delar vi med oss av vårt engagemang för kvalitetssäkring och de kontinuerliga initiativ vi tar för att förbättra våra tjänster och resultat. Genom att belysa kvalitetsdata som sträcker sig bortom tidigare rapporter, ger vi inte bara en överblick av vårt arbete utan betonar också den konkreta nyttan för både patienter och vår verksamhet. Här presenterar vi även vår långsiktiga strategi för kvalitetsförbättringar på RKC och hur den direkt bidrar till högre kvalitet och säkerhet.

Digitala förbättringar

Kallelser och brev

Vi är stolta över att erbjuda en effektiv och modern kommunikationsmetod genom digitala kallelser och brev. Denna övergång till digitala meddelanden visar på en hög acceptansnivå och en önskan om en smidigare och mer hållbar kommunikationsform från våra patienters sida.

Genom att minimera användningen av fysiska brev har vi inte bara skapat en mer bekväm och modern upplevelse för våra patienter utan också bidragit till att spara 1,73 träd sedan starten januari 2023. Vi är glada över att kunna vara en del av en mer miljövänlig framtid samtidigt som vi fortsätter erbjuda högkvalitativ vård och service.



Digitala utskick	Utskick (st.)	%
A&B-Post:	3508	26,4%
Digitala:	9780	73,6%
Totalt:	13288	

Tabell: Antal utskick via Ekopost 2023 n=13288st varav 73,6% digitala. Patienter som inte har digital brevlåda får brev.

Hälsodeklarationer

Vi introducerade digitala hälsodeklarationer via journalsystemet under hösten 2023 som en modern och användarvänlig metod för att samla viktig hälsorelaterad information från våra patienter. Denna digitala lösning har flera fördelar, inklusive:

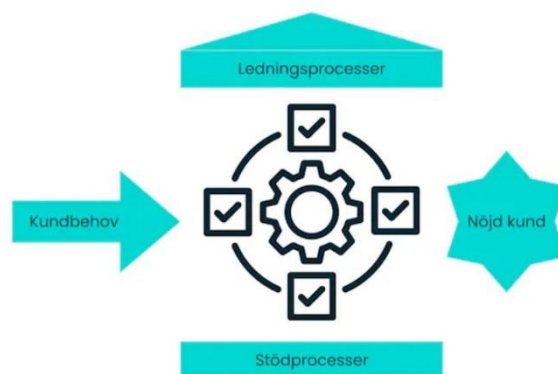
Tidsbesparing: Genom att fylla i hälsodeklarationen digitalt kan patienter spara tid och undvika onödig pappershantering.

Säkerhet och Sekretess: Digitala hälsodeklarationer möjliggör en säker och krypterad överföring av känsliga hälsodata, vilket skyddar patientens integritet.

Effektiv Hantering: Den digitala plattformen ger vårdpersonal möjlighet att effektivt hantera och analysera insamlad information för att bättre förbereda och anpassa vården efter individuella behov.

Ökad Tillgänglighet: Patienterna kan fylla i sina hälsodeklarationer när som helst och var som helst, vilket ökar tillgängligheten och underlättar för dem att delta aktivt i sin vård.

Miljövänlig Ansats: Minskningen av pappersanvändning i form av traditionella hälsodeklarationer bidrar till en mer miljövänlig vårdmiljö.



Automatisk taligenkänning

Under 2023 initierade vi införandet av Omilon, vår nya digitala dikteringstjänst med automatisk taligenkänning. Ursprungligen genomfördes detta som ett försök med endast 2–3 personer, men framgången och fördelarna har motiverat oss att gradvis öka antalet deltagare. Vårt mål är att inkludera samtliga medarbetare som använder diktering i journalen i användningen av Omilon för att skapa en enhetlig och effektiv dokumentationsprocess. Genom anpassning, träning och kontinuerlig utvärdering strävar vi efter att maximera arbetsvinster och skapa en modern och effektiv vårdmiljö.

Vårdgaranti

För att säkerställa att våra väntetider för nybesök håller sig inom vårdgarantins ramar, har vi under 2023 kontinuerligt granskat och utvärderat de rapporter vi fått angående väntetider. Genom noggrann analys av väntelistor, remissbedömningar och remissbedömningstider har vi identifierat områden där förbättringar kunde genomföras. Åtgärder som implementerats inkluderar kontroll av väntelistor, optimering av remissprocessen och utökning av antalet extramottagningar. Denna systematiska översyn har varit en viktig del för att effektivt minska våra väntetider och därigenom uppfylla vårdgarantins krav.

Tekniskt avbrott i CVR

Under höstperioden uppstod ett tekniskt avbrott i Centrala Vårddataregistret (CVR), vilket resulterade i otillgänglighet under några månader. Vår tekniska förvaltning (CGM) arbetar aktivt för att återställa fullständig tillgång till data och vi förväntar oss att ha alla rapporter och information tillgängliga under 2024.

Data hämtas från CVR (Centrala väntetidsregistret) rapportfunktion.

CVR-kod / Vårdenhet		Faktiska väntetider första besök
10 491 (Ryggkirurgiskt Centrum)	Yrkeskategori	0–30 dagar
Grand total 7070 patienter		m=67%
	Läkare	63%
	Sjuksköterska, legitimerad	100%
	Kurator	79%
	Fysioterapeut/Sjukgymnast, legitimerad	79%
		Åtgärder 2023
Extra mottagningskvällar		29
Extra lördagar		2

Diagram: Planerad Specialiserad Vård – Besök. I detta diagram presenterar andelen patienter som har väntat 0–30 dagar för sitt första besök i specialiserad vård på Ryggkirurgiskt Centrum under 2023. Resultaten visar att 67% av mottagningens besök uppfyller vårdgarantins krav. Detta indikerar att en betydande majoritet av våra patienter får sitt första besök inom den fastställda tidsramen på 30 dagar. Insatser för att minska väntetiderna under 2023 har bland annat inneburit extra mottagningskvällar och helgöppet. Sammanfattningsvis 29 kvällsmottagningar och 2 lördagsmottagningar under 2023.

CVR-kod / Vårdenhet	Varav med faktisk väntetid till operation
Diagnos	0–90
Grand total 1771 patienter	m=88%
117 - Rotkanalförträngning i ländryggrad	87%
120 - Diskbråck i ländryggrad	99%
121 - Diskbråck i halsryggrad	83%
122 - Kotförskjutning (segmentell smärta)	82%
123 - Kotpelare och nacke, borttag av spik, skruv, platt	67%
223 - Ryggkirurgi, övrigt	80%
Åtgärder 2023 extra operationskvällar	4

Diagram: Planerad Specialiserad Vård – Operation/Åtgärd

Andelen patienter på Ryggkirurgiskt Centrum som väntade 0–90 dagar på specialiserad vård under 2023 var i genomsnitt 88%. Denna andel varierade beroende på diagnos, där vissa grupper hade

högre eller lägre andel genomförda operationer inom vårdgarantins ram. För att minska väntetiderna genomfördes fyra extra operationskvällar under 2023.

Inför 2024 kommer fokus att riktas mot de patientgrupper där väntetiderna är som längst. Det skall betonas att vi är medvetna om att långa väntetider kan ha negativa konsekvenser för patienterna, särskilt med tanke på patientens smärta och risken för neurologiska försämringar. Medicinska bedömningar görs alltid för att hantera dessa risker. Sammanfattningsvis visar data på hur väl vårdgarantin upprätthålls och vilka insatser som görs för att förbättra situationen för patienter som väntar på ryggkirurgiska operationer.

Digifysiska besök

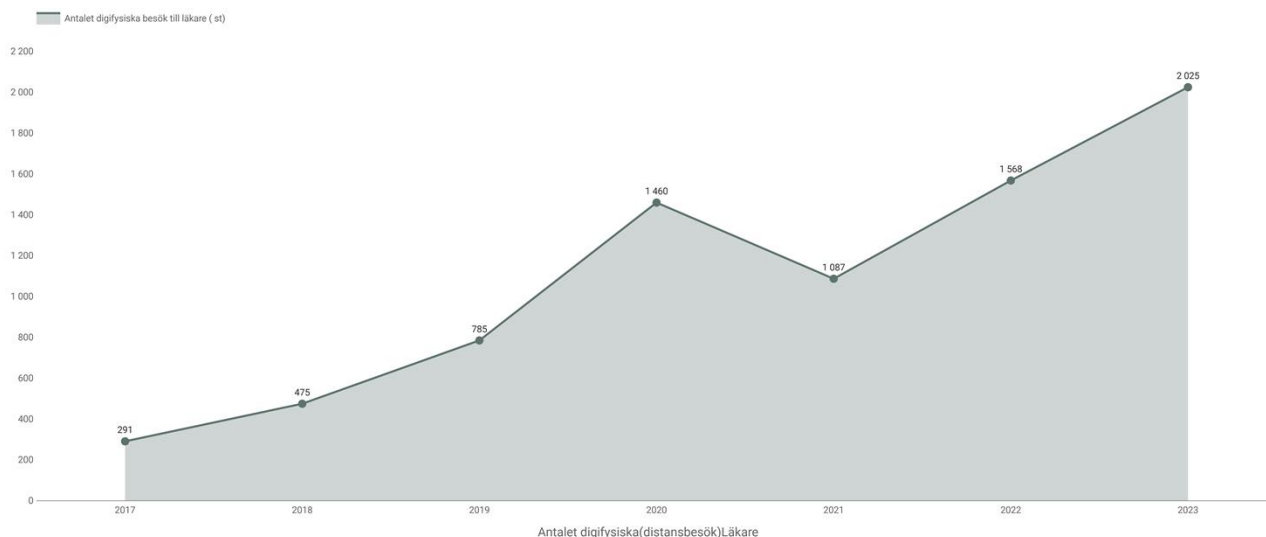


Diagram: antalet digifysiska besök 2017–2023. Under 2023 hade vi 2025 digifysiska besök på mottagningen på RKC. Det är en ökning med 29% från föregående år.

Under perioden från 2017 till 2023 har vår verksamhet upplevt en kraftig ökning av digitala besök, en modern vårdform som svarar på ökade krav från våra patienter gällande flexibilitet och tillgänglighet. Trots denna markanta ökning är vi medvetna om att digitala besök inte alltid ersätter behovet av fysiska möten. Ibland leder ett digitalt besök till ett fysiskt återbesök om behov finns. Vi strävar dock efter att fortsätta förbättra och anpassa denna moderna vårdform för att möta våra patienters varierande behov och önskemål.

Gemensam vårdprocess för vårdgivare och patient - FRISQ

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. Nedan presenteras vår uppföljning.



Kundnöjdhet

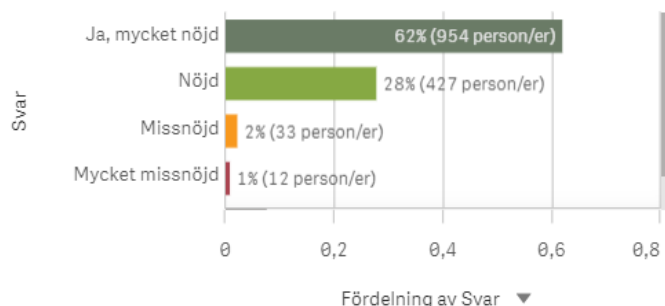
Vi har flera olika uppföljningsformulär där vi kan mäta resultat och kundnöjdhet (NPS) under hela vårdprocessen. NPS värden ligger mellan -100-+100. Poäng högre än 0 anses vanligtvis vara bra och poäng över 50 anses vara utmärkta. Så NPS ska inte förväxlas med våra traditionella ”nöjdhetsindex” som ju ofta ligger väl över 90% i privat bedriven sjukvård.

NÖJDHET	Fördelning av Svar
Nöjd	94%
Varken nöjd eller missnöjd	5%
Missnöjd	2%
Antal svar	1523

Tabell: Nöjdhet i % 7 dagar postoperativt n = 1523 svar. Summering av mycket nöjd och nöjd =94%.

Är du nöjd med smärtlindringen under din vårdtid?

Enkät Patientnöjdhet 7 dagar efter op



Är du nöjd med din smärtlindring efter hemgång?

Enkät Patientnöjdhet 7 dagar efter op

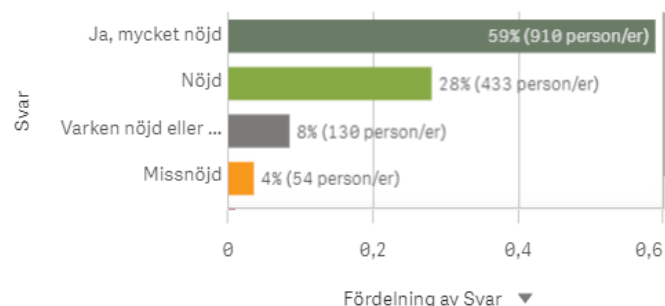
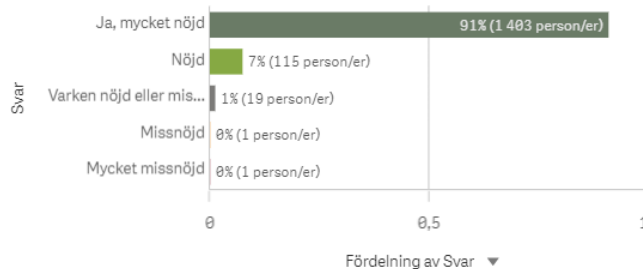


Diagram: Smärtlindring utvärdering 7 dagar postoperativt. Under vårdtiden 90%, efter hemgång 87% 2023. Antal svar se i diagram.

Är du nöjd med bemötandet på operationsavdelningen på RKC?

Enkät Patientnöjdhet 7 dagar efter op



Är du nöjd med bemötandet på vårdavdelningen på RKC?

Enkät Patientnöjdhet 7 dagar efter op

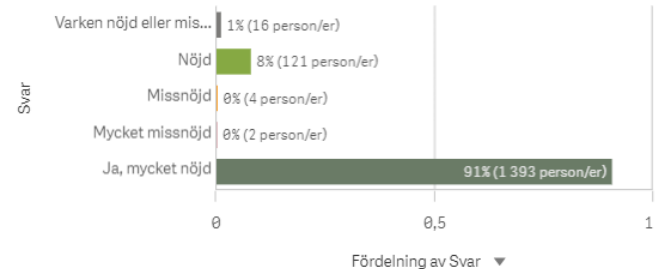


Diagram: Bemötande utvärdering 7 dagar postoperativt. Bemötande operationsavdelningen 99%, bemötande vårdavdelningen 99%. Antal svar se diagram.

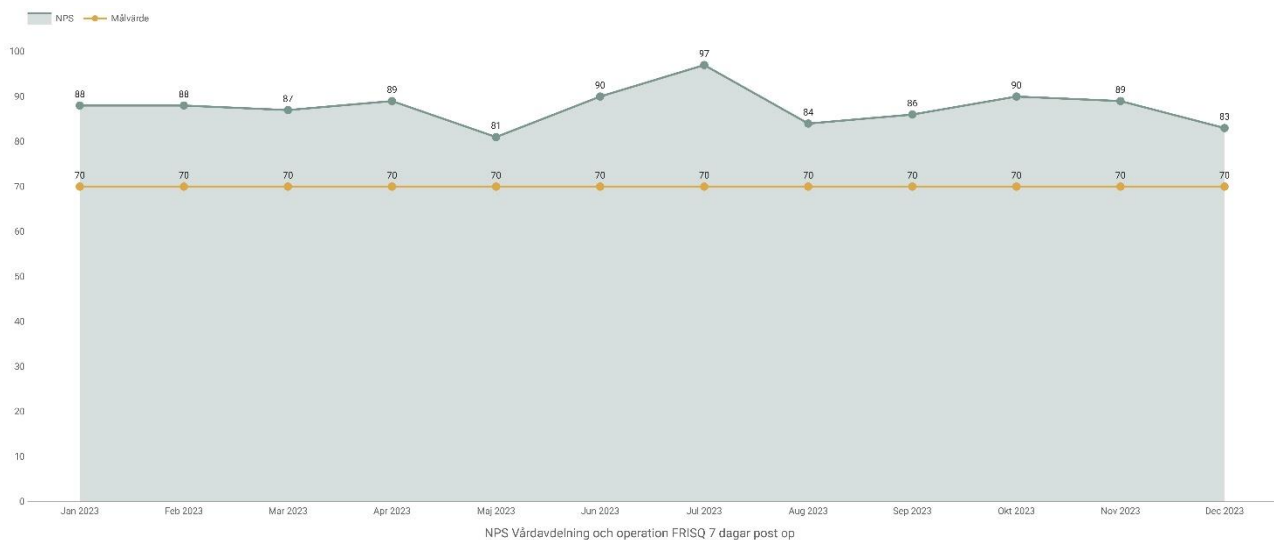


Diagram NPS 7 dagar postoperativt 2023. Mål 70. m=88 svarsfrekvens 69%.

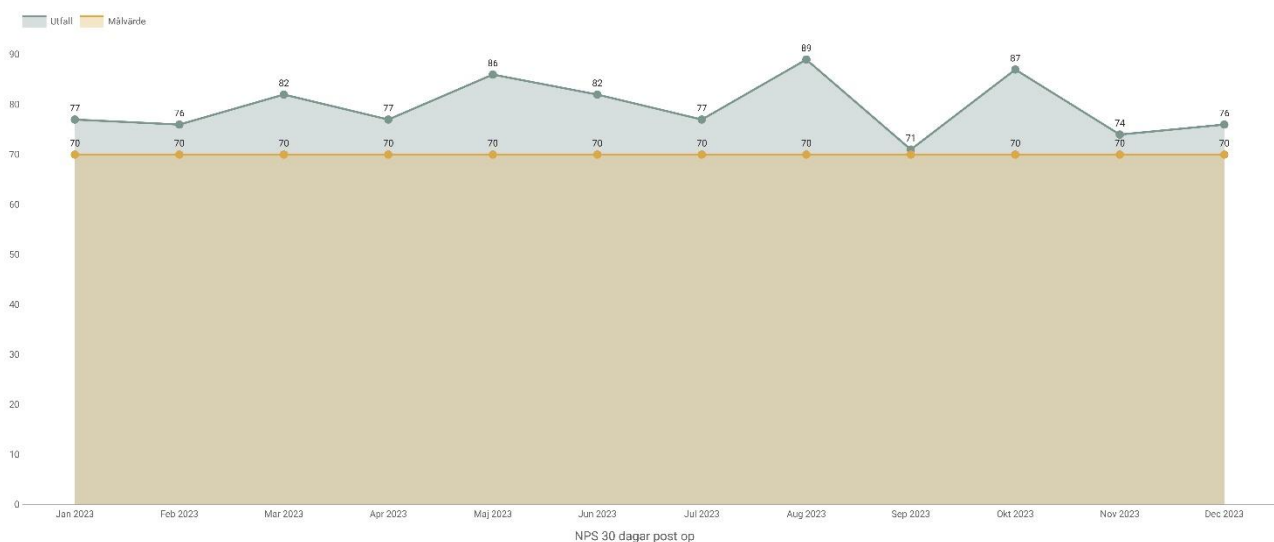


Diagram: NPS 30 Dagar postoperativt 2023. Mål 70. m=80. svarsfrekvens 66%.

Att uppnå ett NPS på 80, 30 dagar postoperativt, är ett starkt bevis på att vårt uppföljningsprogram har lyckats väl. Det indikerar att patienterna generellt sett har upplevt vår eftervård som mycket positiv och fortsatt använda tjänsten.

Att vi ser en ökning av att patienterna svarar på uppföljningen är viktigt för att säkerställa att vi får nödvändig information om patienten upplevt några problem. Den höga svarsfrekvensen är nyckeln till att kunna vidta åtgärder i tid och kontinuerligt förbättra vår eftervård. Genom att upprätthålla en sådan hög deltagandegrad säkerställer vi en kontinuerlig kvalitetsförbättring i våra tjänster och förebygger potentiella komplikationer

Det är av yttersta vikt att betona att denna uppföljning spelar en avgörande roll i vår övergripande uppföljningsstrategi. Genom att aktivt involvera patienterna efter operationen fungerar denna process som en nyckelfaktor för att identifiera och hantera potentiella risker. Den ger oss möjlighet att snabbt ingripa och åtgärda eventuella problem internt eller att dra nytta av insikter från andra verksamheter som blir inkopplade, vilket i sin tur förbättrar vårt resultat.

Produktionsdata

Under 2023 har 1771 patienter genomgått någon form av kirurgisk intervention på RKC. Det är en ökning på ca 7,8% från 2022. Antalet besök på mottagningen har ökat med 20% från 2022. Nedan presenteras resurser och produktionsdata.

Mått	indikatorer 2022	indikatorer 2023	förändring från 2022
Antal vårdplatser	19	19	
Antal HDU platser	3	3	
Antal operationssalar	3	3	
Antal operationer	1643	1771	ökning med 7,8%
Antal nervrotsblockader	506	624	ökning med 24%
Varav halsryggblockader	125	152	ökning med 22%
Antal Vårddygn	1564	1631	ökning med 4,8%
Medelvårdtid dygn	1,2	1,1	minskning med 8,3%
Antal besök på mottagningen	9696 ex blockader	11 581 ex blockader	ökning med 20%

Tabell: Data över resurser och produktion i jämförelse 2022–2023.

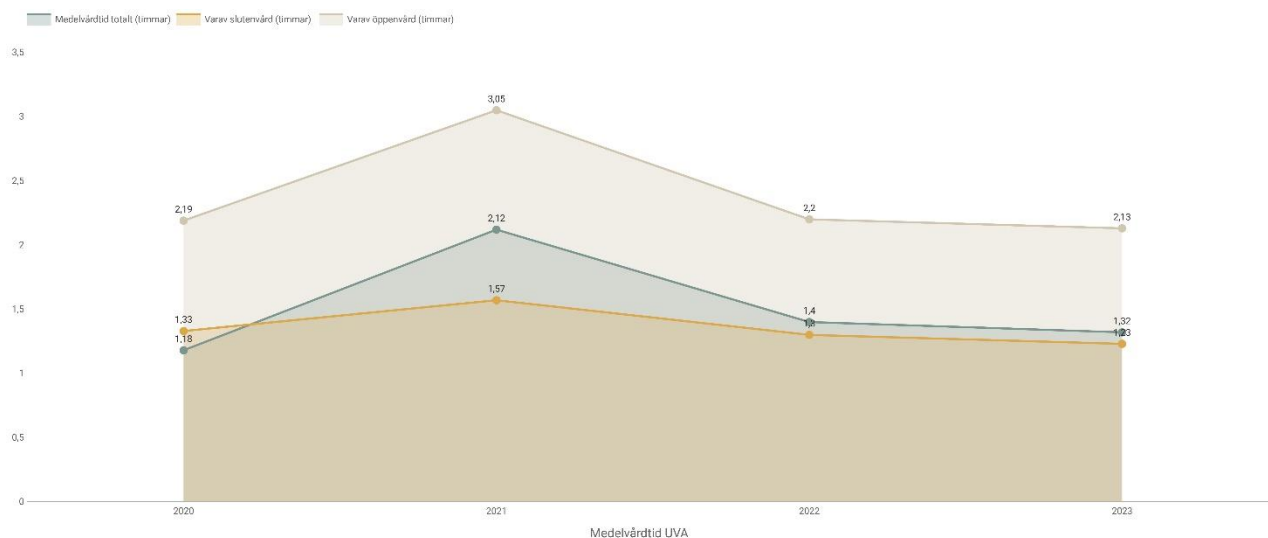


Diagram: medelvårdtiden på uppvakningsavdelningen 2020–2023.

HME Hållbart Medarbetar Engagemang 2023

Syftet med medarbetarenkäten är att identifiera och förstå de utmaningar och problem som de anställda på RKC möter, inklusive arbetsbelastning, stress, företagskultur, schema och samarbete med kollegor. Dessa faktorer kan påverka medarbetarnas välmående, och det i sin tur påverkar deras engagemang och lojalitet gentemot RKC.

I resultatpresentationen omvandlas RKC:s medelvärden för varje fråga till ett index mellan 0 och 100



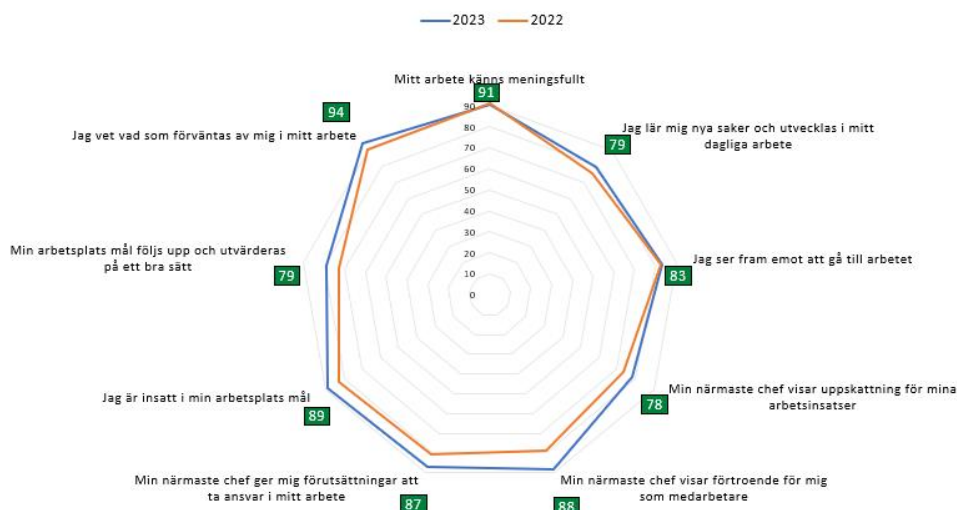
Svarsfrekvens – HME

Tabell: Svarsfrekvens HME per enhet. Totalt 98,4% svarsfrekvens 2023.

	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%

Hållbart medarbetarengagemang (HME) per år

Åtgärda	Förbättra	Bevara
Under 50	50-69	Över 70



Spindeldiagram: Resultat av mätningar i jämförelse 2022–2023. Samtliga mätvärden > 70. Vi ser att 7 av 9 värden är högre än 2022. Medelvärde var 86.

Resultatdel medarbetarenkät

Svarsfrekvensen för årets medarbetarenkät var imponerande hög, nående 98,8%, vilket tyder på ett betydande engagemang från medarbetarna. Det är glädjande att konstatera att samtliga mätvärden översteg det etablerade tröskelvärde på 70. Det totala medelvärdet för årets resultat steg till 86%, vilket representerar en positiv utveckling jämfört med föregående års medelvärde på 81%.

En djupare analys av resultaten visar att varje enskilt mätvärde i årets enkät översteg tröskelvärde på 70, vilket indikerar att de olika områdena inom RKC fungerar väl och bör bibehållas. Detta pekar på en övergripande tillfredsställelse bland medarbetarna och belyser organisationens styrkor.

För att bedöma resultaten används en stoppljusmetod, där värden under 50 indikerar att åtgärder bör vidtas omedelbart. Värden mellan 50 och 69 pekar på utvecklingspotential och möjlighet till förbättring.

Viktigt att notera är att tolkningsföreträdet för vad som anses vara ett bra resultat inom varje enhet ligger hos chefen och medarbetarna själva. Detta ger möjlighet till skräddarsydda åtgärder och förbättringsinsatser som är anpassade efter varje enhetsspecifika behov och förutsättningar.

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. På uppvakningsavdelningen (UVA) förblir patienterna tills alla värden är stabila. Patienter i öppenvården ligger ofta kvar kortare tid, med en medelvårdtid på 1.23 timmar på uppvakningsavdelningen. För slutenvården var medelvårdtiden 2.13 timmar, och totalt var den 1.32 timmar 2023.

Medelvårdtid UVA 2023	Medeltid i timmar
Öppenvård	1,23
Slutenvård	2,3
Totalt	1,32

Tabell: Medelvårdtiden på vår uppvakningsavdelning (UVA) var 2023 1,23h för öppenvård, 2,13h för slutenvård 1,32h totalt.

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.

Radetiketter	Antal av PostOpJournal Smärta 2022	Antal av PostOpJournal Smärta 2023	fördelning i % 2023
0 - Ingen smärta	44%	1058	60%
1 - Lätt smärta	31%	421	24%
2 - Måttlig smärta	20%	211	12%
3 - Svår smärta	5%	71	4%
Antal patienter i postop journal		1761	

Tabell: UVA = Uppvakningsavdelning, postoperativ enhet. Tabellen illustrerar resultat av uppskattad medelsmärta postoperativt med hjälp av NRS på samtliga patienter under 2023.

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.

Vi ser en positiv utveckling inom postoperativ smärtbehandling vid RKC. Andelen patienter som rapporterar ingen smärta har ökat från 44% till 60%, medan andelen som upplever lätt-svår smärta har minskat. Denna förändring är sannolikt en direkt följd av de justeringar vi genomförde i vår

premedicinering under 2022.

Under hösten har RKC startat ett "Metadonprojekt" som innebär att sjuksköterskorna ger Metadon som en engångsdos intravenöst till patienter med svår smärta preoperativt. Patienter som inkluderas skall genomgå större ryggkirurgi. Inkludering görs av ansvarig anestesilog. Målet är en acceptabel smärtsituation efter operationen med lägre doser opiater. Projektet följs upp under våren 2024.

Postoperativt illamående och kräkning PONV

Upp till 30 procent av kirurgiska patienter upplever postoperativt illamående och kräkningar (PONV). Det leder sällan till allvarliga komplikationer men kan öka lidandet och förlänga sjukhusvistelsen. Effektiv förebyggande och behandlande åtgärder, inklusive läkemedel, rekommenderas för att minimera risken och hantera symtomen. På RKC genomförs individuella riskbedömningar inför kirurgi och en multimodal profylax tillämpas enligt riktlinjer.

PONV graderas med en 4-gradig skala

- 0 inget illamående
- 1 mycket milt illamående
- 2 måttligt illamående
- 3 svårt illamående
- 4 kräkning

Radetiketter	Antal i % 2022	Antal av PostOpJournal illamående	Fördelning i % 2023
0 - Inget illamående	92%	1646	93%
1 - Mycket milt illamående	6%	78	4%
2 - Måttligt illamående	2%	29	2%
3 - Svårt illamående	0,1%	2	0,1%
4 - Kräkning	0,4%	6	0,3%
Antal patienter i postopjournal		1761	

Tabell: PONV på UVA = Uppvakningsavdelning, postoperativ enhet 2023

Resultat: Majoriteten (93,4%) av patienterna har inget illamående alls. Ett fåtal upplever illamående och kräkning. Under 2023 har RKC förändrat PONV-profylaxen baserat på litteraturgenomgång och tvärprofessionellt samarbete, vilket resulterat i en uppdaterad behandlingsplan och ändrad dosering för effektivare hantering av postoperativt illamående. Riktlinjerna (PONV) har genomgått förbättringar, även på vårdavdelningen. Sjuksköterskor från operation och vårdavdelning har samarbetat för att förstärka rutinerna kring PONV-behandling. Vi strävar efter att förbättra behandlingen så att patienter kan följa sina vårdplaner på vårdavdelningen, detta inkluderar även smärtlindring. Minskningen av postoperativt illamående och kräkningar (PONV) 2023 kan troligen kopplas till den minskade användningen av opiater postoperativt, vilket inte bara bidrar till en mer effektiv smärtlindring utan också reducerar risken för obehagliga biverkningar.

Arbetsmiljö

Mätning av Sevofluran-exponering vid Uppvakningsvård

Inom ramen för detta projekt utfördes mätningar av narkosköterskors exponering för sevofluran vid uppvakningsvård. Dessa mätningar har utförts i enlighet med Arbetsmiljöverkets föreskrifter AFS 2011:19 om kemiska arbetsmiljörisker. Enligt dessa föreskrifter, och särskilt i enlighet med AFS 2018:1 om hygieniska gränsvärden, görs en bedömning av hur exponeringen förhåller sig till gränsvärdet.

Föreskrifterna AFS 2018:1 hänvisar till metoden i svensk standard SS-EN 689 som ett lämpligt sätt att utföra denna bedömning. Detta ger oss en strukturerad och standardiserad metod för att bedöma och säkerställa överensstämmelse med gällande riktlinjer.

Datum	Arbetsmoment och arbetsplats	Provtagnings-tid (min)	Koncentration (mg/m ³)	Tidsvägt dagsmedelvärde (mg/m ³)	Andel avNGV
2023-11-13	Uppvakningsvård, uppvakningsrum	466	3,35	3,35	0,042
2023-11-14	Som ovan	470	3,32	3,32	0,043
2023-11-15	Som ovan	455	3,43	<3,43	0,043
2023-11-16	Som ovan	480	4,88	4,88	0,061
	Maximalt dagsmedelvärde			4,88 mg/m ³	
	Nivågränsvärde			80 mg/m ³	
	Utvärdering			Maximalt värde <15% av NGV	

Tabell: Mätresultat för Sevofluran, GLE – Narkosköterskor vid uppvakningsavdelningen. Resultatet från mätningarna visar att exponeringen vid uppvakningsvården är under gränsvärdet även under de arbetsdagar då belastning är hög.

Resultat

Under mätningar som genomförts med passiv provtagning under fyra arbetsdagar har nivån på narkosköterskors exponering för sevofluran vid uppvakningsvård utforskats. Resultaten visar att exponeringen för sevofluran är under nivågränsvärdet för en 8-timmars arbetsdag, även under dagar med hög patientbeläggning (8–9 patienter jämfört med det normala antalet på 10 och upp till 12 patienter vid dagar med hög beläggning).

Slutsatserna indikerar att, eftersom exponeringen för sevofluran är under gränsvärdet, behöver inga generella åtgärder vidtas. Det påpekas dock i rapporten att utföra särskilda riskbedömningar för gravida och ammande narkosköterskor för att minimera deras exponering. Vid eventuella förändringar i verksamheten rekommenderas en ny bedömning av exponeringen för att säkerställa en hållbar och säker arbetsmiljö.



Se Mål för 2024: Framtagning av Data och Rutiner för Hantering av Gravida och Ammande på Uppvakningsavdelningen och Operationssalen.

5.1.1 Medicinska resultat

Kvalitetsregisterdata från Swespine - Svenska ryggregistret

Nationella kvalitetsregistret Swespine

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

Hit rapporterar 98% av alla Sveriges kliniker sina operationer, inklusive komplikationer. Patientrapporterat utfall (uppföljning) sker idag efter 1-2-5-10 år. Syftet är att samla fakta för att kunna utvärdera och förbättra vården. RKC är sedan start anslutna till Swespine och här nedanför kan man se de senaste resultaten av den kirurgi som vi utför hos oss i relation till landets övriga kliniker.



Aktuella värden i diagrammen nedan inkluderar jämförande resultat mellan kliniker och i jämförelse med Riket. De är statistiskt justerade för "case-mix" (dvs. olika kliniker kan operera olika patientpopulationer med avseende på tex åldersskillnad, samsjuklighet, arbetsförmåga, tidigare kirurgi osv), vilket innebär att dessa klinikjämförelser är relevanta.

De utfallsmått där ännu inte en justering för "case-mix" genomförts, visar endast jämförelse mellan RKC och Riket, vilket på grund av patientpopulationernas storlek är relevant.

Swespine presenterar också klinikjämförande ett-årsresultat via SKR:s (Sveriges Kommuner och Regioner) plattform "Vården i Siffror" (www.vardenisiffror.se).

Analys av ett-årsresultaten efter kirurgi i ryggraden avseende diagnoserna diskbräck och spinal stenosis, visar ingen statistiskt signifikant skillnad mellan landets kliniker när hänsyn tas till "case-mix". På en och samma klinik kan däremot utfallet (tex mätt med PROM) variera mellan olika år, och här görs vanligen ingen justering för "case-mix". Om man på en klinik dock är klar över att ungefär samma population opereras genom åren så kan dessa resultat på ett relevant sätt användas för att säkra och utveckla kvaliteten på given vård, vilket också årligen görs på RKC (se nedan). I Swespine ligger RKC bland dom främsta kliniker om man inte tar hänsyn till "case mix" vad gäller patientrapporterade resultat efter ett år. Nedan redovisas jämförelser med kliniker och riket för våra vanligaste 5 diagnoser.

- Diskbräck i ländryggen (LDH)
- Spinal stenosis i ländryggen (LSS)
- Segmentel rörelsesmärta (SRS)
- Diskbräck halsrygg (CDH)
- Spondylolisthes/kotglidning i ländryggen (SL)

Fördjupad kunskap och resultat efter ryggkirurgi i Sverige finns i Årsrapporter från Svenska Ryggregistret <http://www.swespine.se>

1 års-uppföljning i kvalitetsregistret 2022

Vår uppföljningsfrekvens totalt sett för Ländrygg (1234) och halsrygg (172) är baserad på antalet indexoperationer som utförts under 2021 och den årliga uppföljningen som patienterna genomförde under 2022. Vi strävar efter att tillhandahålla aktuell information och kommer att inkludera uppgifter om operationer för 2022 samt uppföljning för 2023 i den senare delen av 2024 på vår hemsida på [medicinska resultat](#).

Patientrapporterade resultat

Resultat QPI (Quality Performance Indicator) Swespine data RKC vid 1 års-uppföljningen.

Utfallsmått:

- 1. Smärta. NRS (Numeric rating scale)** = patientupplevd smärta i ben och/eller rygg, 0–10, där högt betyder mer smärta.
- 2. Livskvalitet. EQ5D-3L** är en standardiserad självskattningsskala för att beskriva och mäta hälsa och hälsorelaterad livskvalitet. Värden mellan 0–1, högre värden bättre. Normalpopulationen ligger vanligen runt 0,7–0,8.
- 3. Funktion ländrygg. ODI (Oswestry Disability Index)** = 0–100 där lågt värde betyder mindre smärta/bättre funktion. Under ca 20–22 brukar anges som normalvärde.
- 4. Funktion nacke. NDI (Neck Disability Index)** = 0–50 där lågt värde betyder mindre smärta/bättre funktion.
- 5. Nöjdhet. Global assessment (GA).** En 5-gradig betygsskala för att utvärdera en övergripande funktion under en angiven tidsperiod utifrån psykisk eller psykiatrisk sjukdom till hälsa (helt smärfri-mycket bättre-något bättre-oförändrad – sämre). I Swespine anges ett lyckat resultat som en sammanslagning av Helt smärfri+ Mycket bättre.

Alla formulär och beskrivning av dessa hittas via; [beskrivning swespineformulär](#).

Alla bilder/diagram kan tas fram på [swespine](#) hemsida.

Resultat Swespine 1 års uppföljning 2022

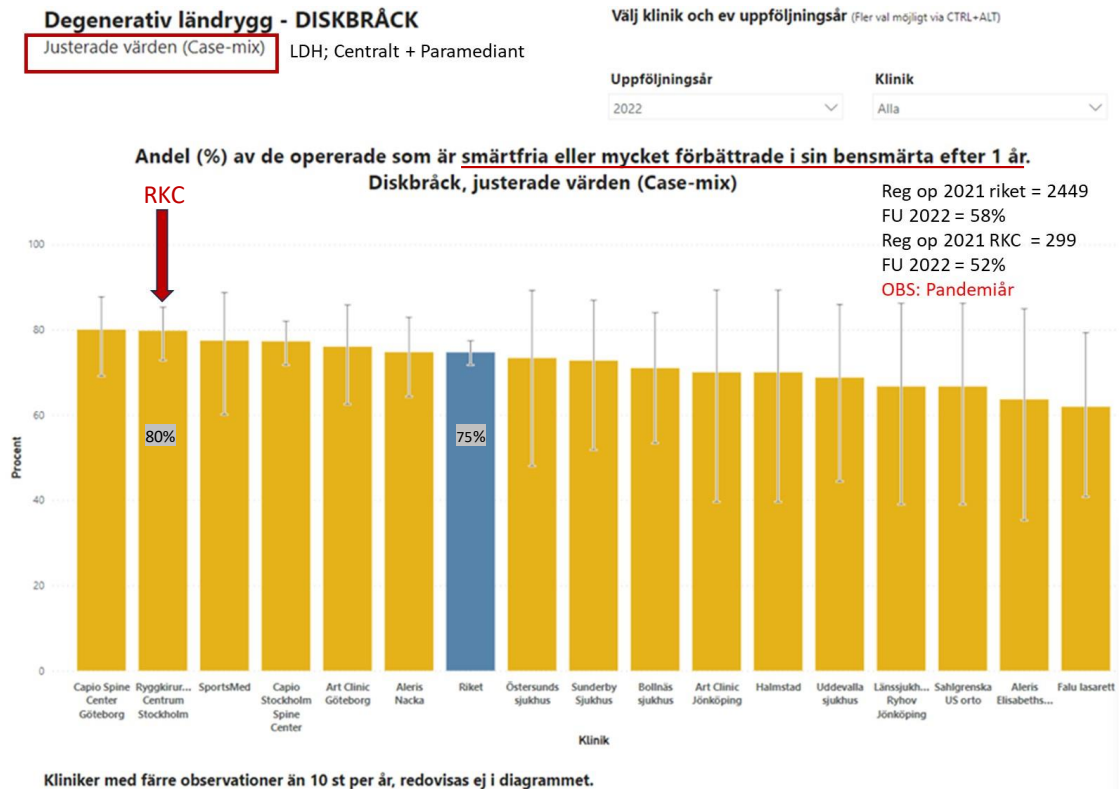


Diagram: Resultat efter diskbråcksoperation vid 1 års uppföljning.

(GA)Bensmärta: Försvunnen RKC 80%, Riket 75%.

Degenerativ ländrygg - DISKBRÅCK

Justerade värden (Case-mix)

LDH; Centralt + Paramediant

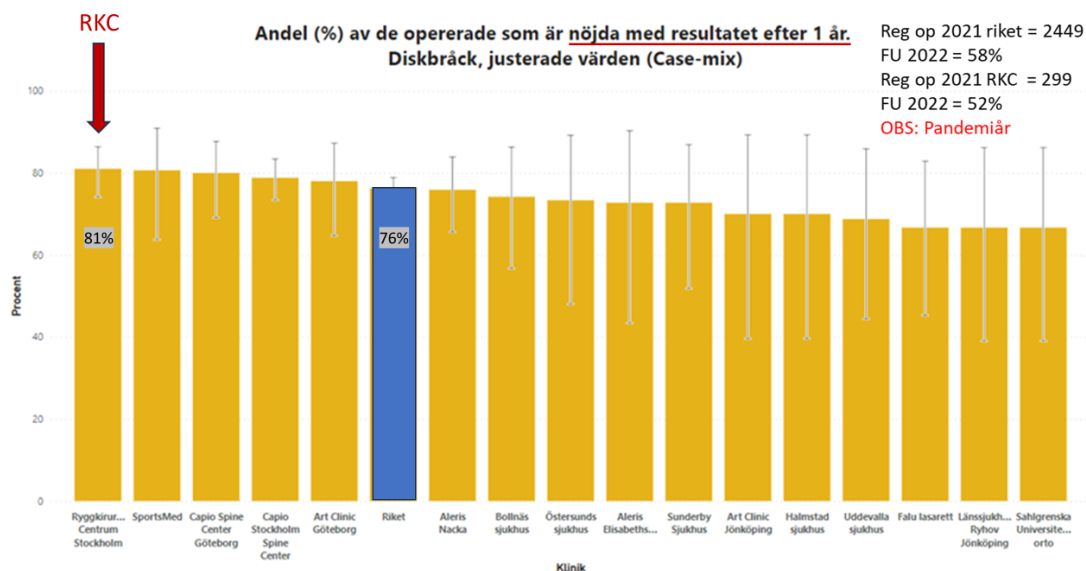
Välj klinik och ev uppföljningsår (Fler val möjligt via CTRL+ALT)

Uppföljningsår

2022

Klinik

Alla



Kliniker med färre observationer än 10 st per år, redovisas ej i diagrammet.

Diagram: Resultat efter diskbråcksoperation vid 1 års uppföljning. Nöjdhet RKC 81%, Riket 76%.

Degenerativ ländrygg - SPINAL STENOS

Justerade värden (Case-mix)

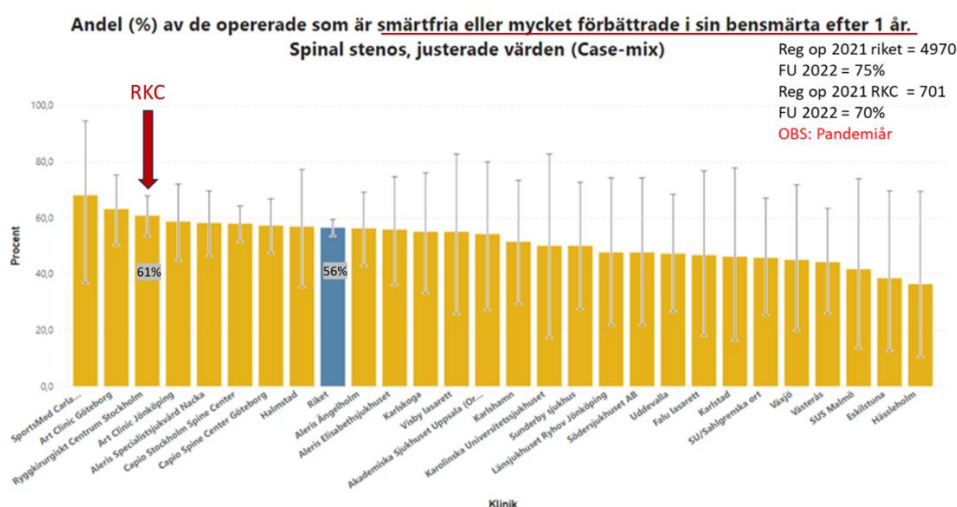
LSS; Centralt +- olistes + lateralt

Uppföljningsår

2022

Klinik

Alla



Kliniker med färre observationer än 10 st per år, redovisas ej i diagrammet.

Diagram: Resultat efter spinalstenosoperation vid 1 års uppföljning. (GA) Bensmärta: Försvunnen RKC 61%, Riket 56%

Degenerativ ländrygg - SPINAL STENOS

Justerade värden (Case-mix)

LSS; Centralt +-olistes + Lateral

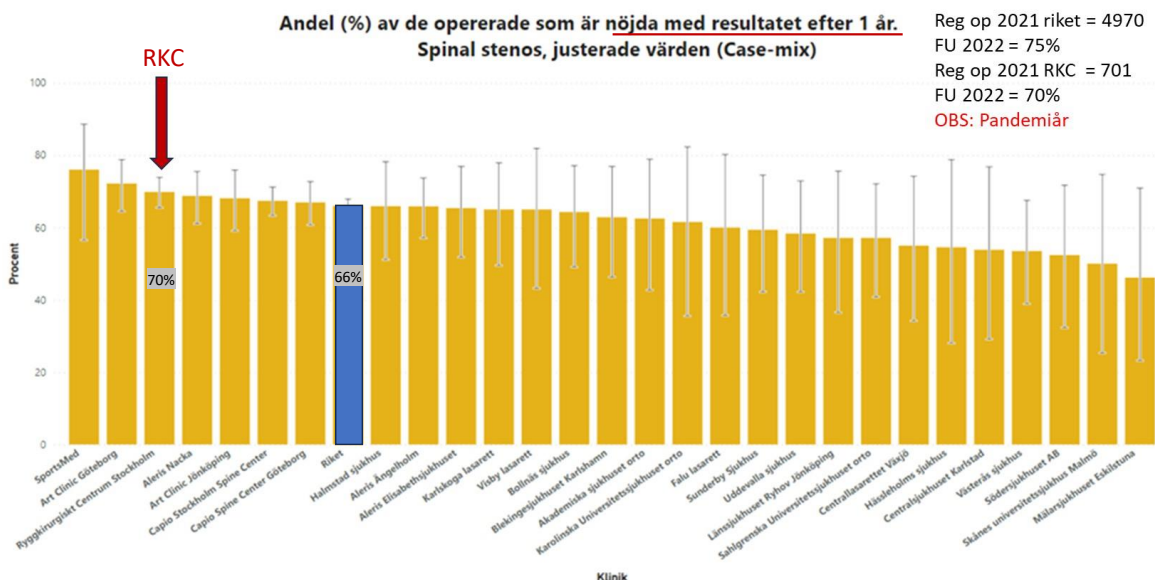
Välj klinik och ev uppföljningsår (Fler val möjligt via CTRL+ALT)

Uppföljningsår

2022

Klinik

Alla



Kliniker med färre observationer än 10 st per år, redovisas ej i diagrammet.

Diagram: Resultat efter spinalstenosoperation vid 1 års uppföljning. Nöjdhet RKC 70%, Riket 66%.

1 års uppföljning (FU)	Diskbråck	RKC 52%	Riket 58%.
1 års uppföljning (FU)	Spinal stenosis	RKC 70%	Riket 75%.

Mått	Diagnos	RKC	Riket
Nöjdhet	Diskbråck	81%	76%
	Spinal stenosis	70%	66%
Minskad Bensmärta (GA)	Diskbråck	80%	75%
	Spinal stenosis	61%	56%

Tabell Nöjdhet och minskad bensmärta justerade data (case mix) för diskbråck och spinal stenosis i ländryggen 1 årsuppföljning.

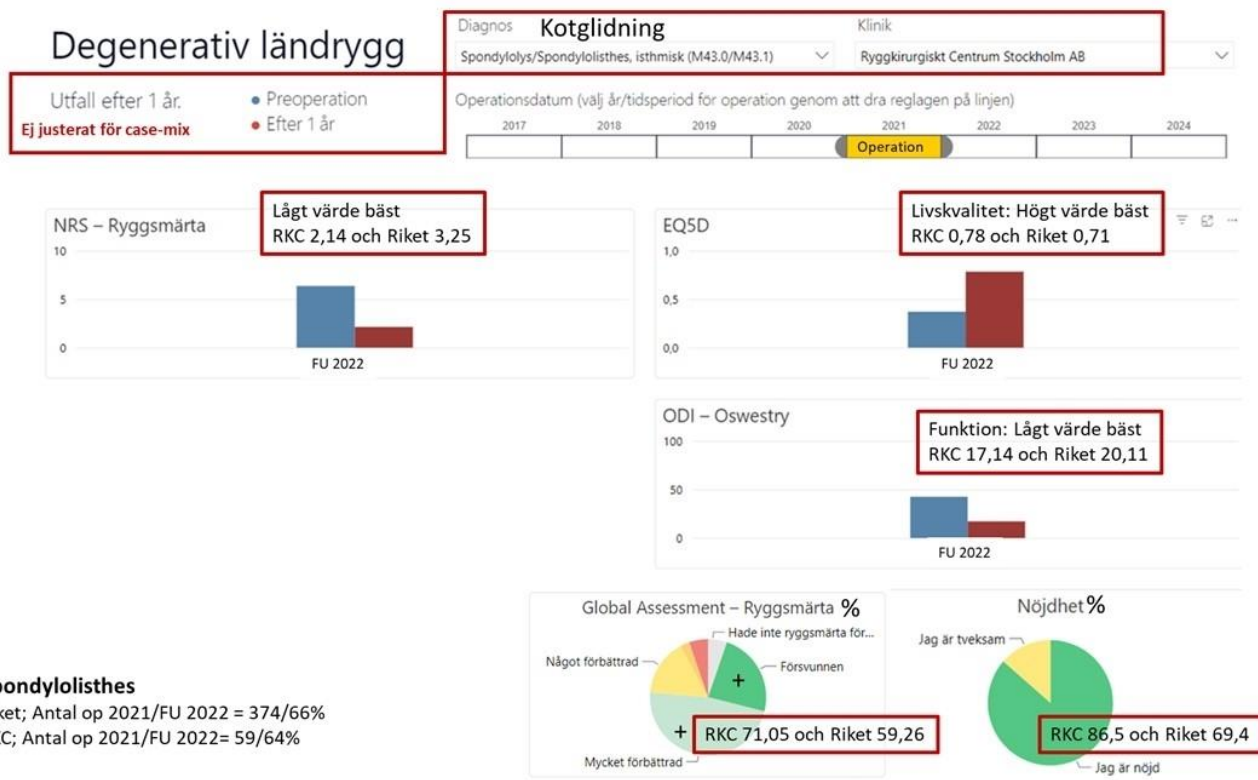


Diagram: Ej justerat för case mix. Resultat QPI Swespine data RKC 1 års uppföljning. Kotglidning

1 årsuppföljning (FU)	RKC	Riket
Kotglidning	64%	66%

Mått	RKC	Riket
Livskvalitet Högt värde bäst (EQ5D)	0,78	0,71
Funktion lågt värde bäst (ODI)	17,54	20,11
Nöjdhet i %	87%	69%
Ryggsmärta: Försvunnen (GA)	71%	59%
Ryggsmärta Lågt värde bäst (NRS)	2,14	3,25

Degenerativ ländrygg

Utfall efter 1 år.
Ej justerat för case-mix

- Preoperation
- Efter 1 år

Diagnos **SRS** Segmentrelaterad smärta med/utan olisthes (M99.0)

Klinik **Ryggkirurgiskt Centrum Stockholm AB**

Operationsdatum (välj år/tidsperiod för operation genom att dra reglagen på linjen)

2017 2018 2019 2020 2021 2022 2023 2024

Operation

NRS – Ryggsmärta



Lågt värde bäst
RKC 3,47 och Riket 3,20

FU 2022

EQ5D



Livskvalitet: Högt värde bäst
RKC 0,71 och Riket 0,69

FU 2022

ODI – Oswestry



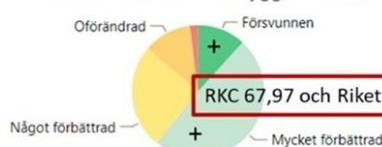
Funktion: Lågt värde bäst
RKC 17,55 och Riket 20,07

FU 2022

SRS

Riket, antal op/Uppföljning 1 år = 627/ca 66%
RKC, antal op/uppföljning 1 år = 82/ca 62%

Global Assessment – Ryggsmärta %



Nöjdhet %

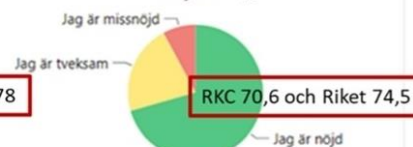


Diagram: Ej justerat för case mix. Resultat QPI Swespine data RKC 1 års uppföljning. SRS.

1 årsuppföljning (FU)	RKC	Riket
SRS	62%	66%

Mått	RKC	Riket
Livskvalitet Högt värde bäst (EQ5D)	0,71	0,69
Funktion lågt värde bäst (ODI)	17,55	20,07
Nöjdhet i %	71%	75 %.
Ryggsmärta: Försvunnen (GA)	68%	61 %
Ryggsmärta Lågt värde bäst (NRS)	3,47	3,20

Degenerativ halsrygg

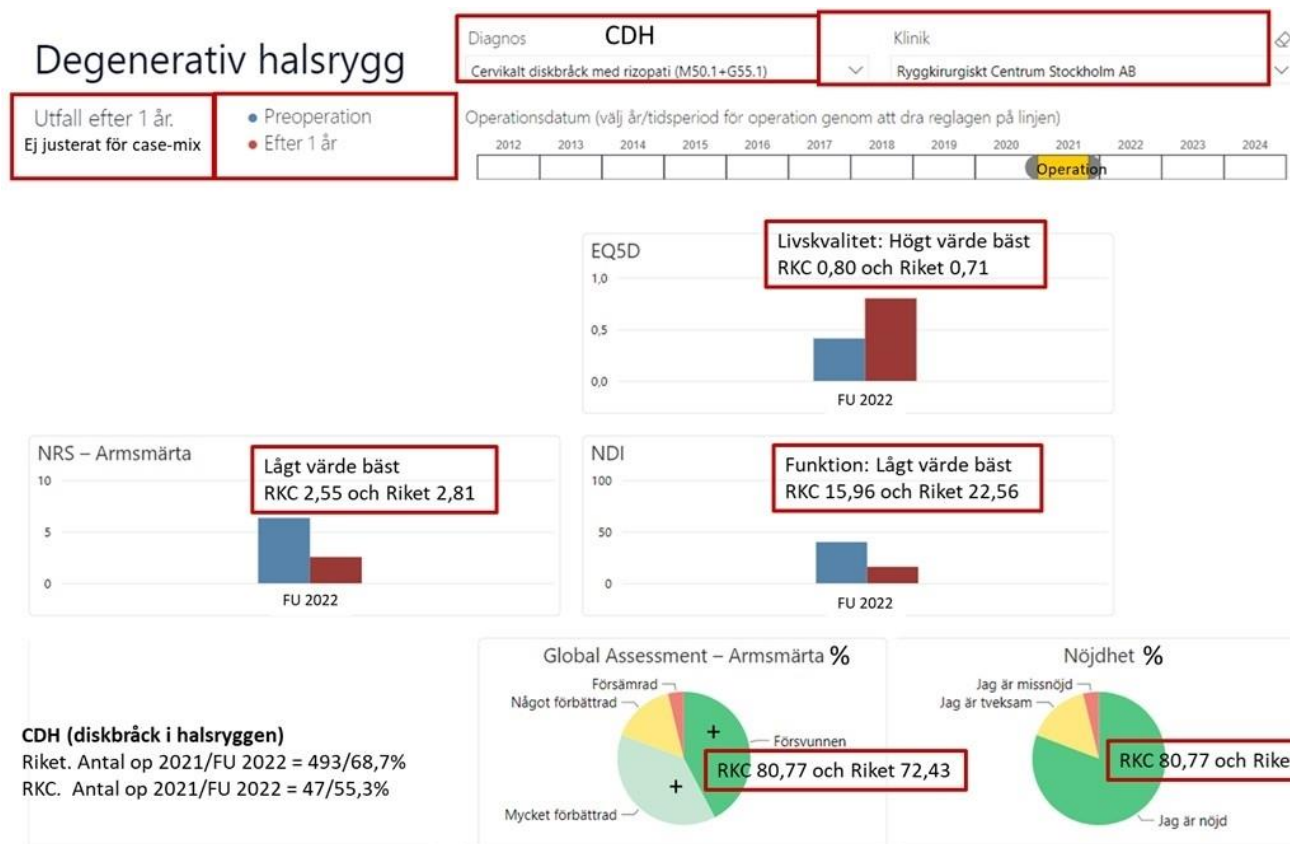


Diagram: Ej justerat för case mix. Resultat QPI Swespine data RKC 1 års uppföljning. Diskbräck halsrygg.

1 årsuppföljning (FU)	RKC	Riket
Halsrygg CDH	55%	69%

Mått	RKC	Riket
Livskvalitet Högt värde bäst (EQ5D)	0,80	0,71
Funktion lågt värde bäst (ODI)	15,96	22,56
Nöjdhet i %	81%	80%.
Armsmärtor: Försvunnen (GA)	81%	72%
Armsmärtor Lågt värde bäst (NRS)	2,55	2,81

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.

Internrevisionsrapport - Sammanfattning:

Under den interna revisionen som genomfördes under 2023 inom miljö- och kvalitetsområdet noterades ingen förekomst av avvikelser. Trots detta identifierades fem förbättringsåtgärder för att stärka och effektivisera verksamhetens miljö- och kvalitetssystem.

Verksamheten vid RKC präglas av hög kvalitet och har ett gott rykte, med medarbetare av hög kompetens och en stabil ekonomi. Systematiska förbättringar har varit en kontinuerlig del av verksamheten. Resultaten i kvalitetsregister och patientnöjdhet är positiva. Det finns en aktiv avvikelsegrupp som hanterar och analyserar utvalda avvikelser, kopplade till processer och riskhantering i Stratsys.

Verksamheten planerar att expandera, samtidigt som man vill behålla en enhetlig plats och undvika uppdelning. En potentiell risk är hyreshöjning som inte matchar intäkterna. Efter regionsbeslut har verksamheten fått ett utbildningsansvar, vilket stärker dess position gentemot regionen och möjliggör utbildning av nya ryggkirurger. Möjligheten att öka patientvolymen begränsas för närvarande av lokalerna.

I internrevisionen identifierades följande förbättringsområden:

Intressentkartläggning:

- Medarbetare bör inkluderas som en prioriterad intressent i kommunikationsplanen.

Hemsida och Information:

- Hemsidan bör uppdateras med mer information om kvalitets- och miljöledningssystemet samt relevanta policyer.

Strålskyddsåtgärder:

- Säkerställ dokumentation av strålskyddsregler och rutiner för att minimera strålexponering för personal och patienter.

Strålskyddsutbildning:

- Genomför och dokumentera regelbunden strålskyddsutbildning för alla medarbetare, och se till att användningen av strålskyddshjälpmedel är tydlig.

Ledningens Genomgång:

- Överväg att öka frekvensen för ledningens genomgång för att säkerställa kontinuerlig lämplighet och effektivitet av ledningssystemet.

Förbättringsförslagen från tidigare revisioner har beaktats och åtgärdats. Pågående arbete inkluderar ett nytt MTA-avtal. Sammantaget är verksamheten välorganiserad, men det finns områden som kan stärkas för att fortsätta säkerställa och förbättra kvalitet och effektivitet.

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. Externrevisorn intygar formellt att produkter och tjänster uppfyller vedertagna externa och interna standarder.

Sammanfattning av Internrevisionsrapport - RKC 2023:

Organisationen har ett bra och väl fungerande verksamhetssystem med bra ordning och reda genom digital styrning i olika system. RKC Uppfyller externa krav utan anmärkning. Patientsäkerhet är i fokus och organisationen arbetar systematiskt med förbättringar i verksamheten och för patienterna. Miljöprestandan är hög och fokus ligger på att minimera den egna miljöpåverkan, framför allt gällande användning och utsläpp förorsakade av läkemedelsläckage. Inga avvikelser eller observationer noterade i verksamheten. Ryggkirurgiskt Centrum AB rekommenderas till fortsatt certifiering.

1. Bakgrund:

- RKC använder ISO 14001 och 9001 för att minska miljöpåverkan och förbättra kvalitetsarbetet.
- Årlig extern revision för genomgång av miljö och kvalitetssystemet.

2. Certifiering och Revision:

- Recertifiering i miljö och kvalitet ISO14001 och ISO 9001 i april 2021.
- Senaste externa revisionen i maj 2023.

3. Revisionsområden:

- Utvärdering av ledningssystemets effektivitet och uppfyllande av mål.
- Identifiera förbättringsområden och säkerställa att krav uppfylls

4. Egenkontroller

- Utrustning installerad för att kunna följa värme och fukt i steriliseringen så att det inte överstiger gränsvärden.
- Städkontroll Vårdavdelning, vårdavdelning, halvår 1 2023. Städkontroll operation, kvartal

1 2023.

- **Risikanalys 2023 (Mottagning, operation, vårdavdelning).** Genomfört riskanalys inför införande av nytt system för ombokning (Zymego) Mål att införa det i rätt takt.
- Uppföljning av läkemedelsanvändning och underliggande sjukdomar innan behandling.
- Planering, genomförande och uppföljning efter operation.
- Uppföljning komplikationer, dokumenteras i systemet. Sparas ner i journalen.

5. Sorterar avfall i fraktioner.

- Från november kan man även sortera komposterbart avfall.
- Följer gällande krav för hantering av kemikalier med säkerhetsdatablad och Skyddsblad.

6. Kundnöjdhet

- Key for care uppföljning av patientnöjdhet
- Uppföljning av patienter/operationer varje kvartal, dokument i Excel med information från Frisq och Take Care.

4. Förbättringsåtgärder:

- Processoptimering för effektivitet och kvalitet.
- Implementerat strukturerat utbildningsprogram.
- Förbättrat dokumenthantering för tydlighet och spårbarhet.
- Infört mätning och regelbunden uppföljning av prestanda.
- Stärkt kommunikation och medvetenhet bland personalen.
- Anställning av nytt dataskyddsombud.
- Åtgärder för positiva miljöaspekter, särskilt digital kommunikation.
- Ökad användning av Centuri via tillgång i telefon. vilket även underlättar registrering av avvikelser.
- Förbättrad uppföljning av läkemedelsanvändning och utrustningskontroll.

5. Organisation och Förändringar:

- Minskning av chefer med två personer.
- Undersköterskor får skyddad yrkestitel och legitimation från 1 juli.
- Förändringar i vårdval och behållning av ryggkirurgi.
- Anställning av dataskyddsombud. Med hänsyn till patientsäkerhet och GDPR noteras inga detaljer.

6. Granskade Dokument och Områden:

- Genomgång av kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse 2022.
- Ledningens genomgång (Ledningens genomgång 2023-01-13) och analyser som SWOT och intressentanalys.
- Intern revisionsrapport RKC, 2023-04-28
- Uppdatering av befattningsbeskrivningar och organisationsstruktur.
- Miljö- och verksamhetspolicy samt riskanalys 2023. Miljöaspektlista, 2023-01-30, uppdaterad med positiva miljöaspekter, framför allt minska resandet för patienterna och digital kommunikation.

- Mål och handlingsplaner, utvärderade i LG.
- Lagförteckning och lagefterlevnadskontroll 2022-09-13.

7. Resultat och Certifieringsrekommendation:

- Ingen avvikelse eller observation noterad.
- Bra ordning och reda med digital styrning.
- Patientsäkerhet och förbättringar är i fokus.
- Rekommendation för fortsatt certifiering av Ryggkirurgiskt Centrum AB



6 MÅL, STRATEGIER FÖR KOMMANDE ÅR

Korta och långsiktiga mål

Kvalitet och patientsäkerhetsförbättringar 2024

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.

Verksamhetsmål

Digital verksamhetsutveckling

En av våra utmaningar har varit att etablera en enkel och naturlig kommunikationsväg för både personal och patienter. Inom vården har kommunikationsmodellerna genomgått betydande utveckling de senaste åren, och RKC har aktivt följt denna utveckling under flera år. Under 2023 har vi implementerat flera digitala verktyg för att öka tillgängligheten. Digitala kallelser, hälsodeklarationer via 1177 och utvärderingsinstrument kopplas även till patientens journal

Under det kommande året kommer vi också att integrera vårt kvalitetsregister, Ryggregistret Swespine, i FRISQ. Detta möjliggör för patienter att inför sin operation erhålla patientinformationen och inloggningsuppgifterna digitalt, undanröjande behovet av att skicka formulär per brev. Vi arbetar även med att utveckla ett uppföljningssystem för att mäta efterlevnad och resultat av patientifyllda formulär.

Genom dessa strategiska initiativ strävar vi efter att etablera en mer effektiv och patientcentrerad kommunikationsmiljö, samtidigt som vi håller jämna steg med den snabba utvecklingen inom digitaliseringen inom vården. Det är av särskild betydelse att påpeka att användningen av digitala verktyg, särskilt när det kopplas till mobilt Bankid, inte bara ökar generell säkerhet utan även patientsäkerheten. Den digitala hanteringen av formulär erbjuder tydligare och mer lättillgänglig information samtidigt som risken för att papper försvinner eller hamnar i fel händer elimineras. Svarstiderna minskar även avsevärt, vi kan nu få våra svar inom 30 minuter, jämfört med tidigare väntetider på 1–3 veckor beroende på svarstid och postgång.



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.

Forskning och Evidens

Fortsätta och utveckla deltagandet i olika forskningsprojekt:

- *Mål:* Öka kunskapen och evidensen inom ämnet ryggkirurgi och rehabilitering genom att delta i och utveckla olika forskningsprojekt.
- *Syfte:* Stärka den vetenskapliga grundvalen för verksamheten och förbättra vårdkvaliteten.

Produktion och Vårdköer

Öka rotblockadsverksamhetens tillgänglighet och använda ultraljud som komplement:

- *Mål:* Förbättra tillgängligheten för rotblockadsverksamheten genom att implementera ultraljud som ett komplement.
- *Syfte:* Möjliggöra genomförandet av rotblockader i befintliga lokaler och undvika att det utförs i operationssalar, vilket leder till en mer effektiv och resurseffektiv produktion.

Söka godkända samarbetspartners för att utöka produktionen och minska vårdköerna:

- *Mål:* Etablera tydliga samarbetspartners för att öka produktionen och minska vårdköerna.
- *Syfte:* Förbättra tillgängligheten för patienter och säkerställa effektiv resursanvändning.

Patientsäkerhet och Arbetsmiljö

Medarbetarfrågor

Årlig HSE och HME enkät för utveckling av patientsäkerhet och arbetsmiljö:

- *Mål:* Genomföra årliga HSE och HME enkäter för att identifiera hållpunkter för arbetsgruppernas utveckling inom patientsäkerhet och arbetsmiljö.
- *Syfte:* Skapa en säker och hälsosam arbetsmiljö samt förbättra patientsäkerheten genom regelbunden utvärdering och åtgärder.

MTA (medicinteknisk utrustning)

- *Mål:* Gå igenom all medicinsk utrustning i samarbete med medicintekniker för att säkerställa att underhåll, kalibrering och eventuellt serviceavtal är genomförda.
- *Syfte:* Säkerställa att all medicinsk utrustning är korrekt underhållen, kalibrerad och, om möjligt, täcks av serviceavtal för att öka patientsäkerheten.

Informationssäkerhet och IT:

Migrering av IT för ökad informationssäkerhet:

- *Mål:* Migrera IT-system för att förbättra informationssäkerheten.
- *Syfte:* Säkerställa att patientinformation och verksamhetsdata skyddas på ett optimalt sätt.

Månadsavstämningar med IT och IT-gruppen på RKC:

- *Mål:* Fortsätta och upprätthålla månadsavstämningar med IT och IT-gruppen på RKC.
- *Syfte:* Säkerställa kontinuerlig samordning och kommunikation för att hantera IT-relaterade frågor och säkerställa en smidig verksamhet.

Effektivisering och Kommunikation:

Införande av automatiska informationskärmar:

- *Mål:* Införa automatiska informationskärmar för att effektivisera informationsflödet till patienter på mottagningen.
- *Syfte:* Öka tillgängligheten till relevant information och underlätta kommunikationen inom verksamheten.

Online-Representation och Marknadsföring:

Ny hemsida:

- *Mål:* Skapa en ny hemsida för att förbättra online-representationen av verksamheten.
- *Syfte:* Öka tillgängligheten av information för patienter och samarbetspartners samt förbättra marknadsföringen.

Enhetsmål

Operationsenheten

Uppföljande CFU-mätning:

- *Mål:* Bedöma nivån av mikrobiell kontaminering och säkerställa ren miljö efter förbättringar på operationssalarna.
- *Syfte:* Få besked om effekten av genomförda förändringar och säkerställa att de uppfyller de nödvändiga hygienkraven.

Smärta:

- *Mål:* Uppnå en acceptabel smärtsituation efter operation med lägre doser opiater. Projektet följs upp under våren 2024.
- *Syfte:* Utvärdera och säkerställa att förändringar i smärtbehandlingen ger önskat resultat och förbättrar patientens upplevelse.

Metadonprojekt:

- *Mål:* Implementera och utvärdera användningen av intravenöst Metadon som engångsdos preoperativt för patienter med svår smärta inför större ryggkirurgi.
- *Syfte:* Undersöka effektiviteten av det nya Metadonprojektet och dess påverkan på smärtkontrollen.



PONV (Postoperativt illamående och kräkningar):

- *Mål:* Optimering av PONV-profylax med ändrad dosering och behandlingstrappa vid besvärligt postoperativt illamående.
- *Syfte:* Baserat på litteraturgenomgång och tvärprofessionell diskussion, implementera förändringar för att minska frekvensen av postoperativa illamående och kräkningar.

Arbetsmiljö

- *Mål:* Implementera undersköterska på UVA (uppvakningsavdelningen).
- *Syfte:* Minska arbetsbördan och öka patientsäkerheten då anestesijuksköterskan som arbetar under dagtid är ensam i perioder.
- *Mål:* Mäta och utvärdera nivån av sevoflurangaser i operationsmiljön med hjälp av SKC mätare.
- *Syfte:* Säkerställa en god arbetsmiljö och minimera riskerna för skador och hälsoproblem relaterade till anestesigaser.

Strålskydd

- *Mål:* Genomföra ett uppsamlingsheat med utbildning om strålskydd för de medarbetare som inte genomgick utbildningen under 2023.
- *Syfte:* säkerställa att samtliga relevanta medarbetare är informerade och utbildade om strålskyddsnormer. Genom att erbjuda en uppsamlingsutbildning vill vi garantera att alla har

nödvändig kunskap och kompetens.

Vårdavdelningen

Postoperativsköterskemottagning:

- *Mål:* Införa en fast anställd SSK på postoperativmottagningen som arbetar 3 dagar i veckan.
- *Syfte:* Säkra patientuppföljning och läkarkontakt samt underlätta implementering av förändringar och identifiering av förbättringsbehov genom att ha kontinuitet med samma person på mottagningen.

Sårsmottagning:

- *Mål:* Genomföra inskolning av all personal på vårdavdelningen för att assistera mottagningssköterska vid såromläggningar.
- *Syfte:* Säkerställa att all personal har kunskap om bedömning och hantering av postoperativa såromläggningar.

Dokumentation:

- *Mål:* Granska och förbättra omvårdnadsdokumentationen, med fokus på att korrekt dokumentera avvikelser från vårdplanen.
- *Syfte:* Säkerställa noggrann och enhetlig dokumentation av vårdavvikelser samt förbättra kommunikationen inom vårdteamet.

Utskrivningsinformation:

- *Mål:* Förbättra format och innehåll i patienternas postoperativa utskrivningsinformation.
- *Syfte:* Öka klarheten och användbarheten av utskrivningsinformationen för patienterna, vilket kan bidra till bättre eftervård och följsamhet.



Mottagningen och Fysioterapienheten

Digitala Förbättringar:

Minska administrativ börda med AI-baserad taligenkänning:

- *Mål:* Implementera AI-baserad taligenkänning för att minska den administrativa bördan på mottagningen.
- *Syfte:* Frigöra tid för personalen genom att automatisera och effektivisera administrativa uppgifter.

Minska pappersanvändning och öka digitala möjligheter:

- *Mål:* Fortsätta minimera pappersanvändning genom att öka digitala möjligheter för kallelser, blanketter och utvärderingar.
- *Syfte:* Öka miljövänlighet, effektivitet och bekvämlighet för patienterna.

Digitala hjälpmedel för snabbare tillgänglighet och administrativ effektivitet:

- *Mål:* Skapa möjligheter via digitala hjälpmedel för snabbare bokning och administrativa processer.
- *Syfte:* Öka tillgängligheten för patienter, minska administrativa moment för personalen och därigenom uppfylla vårdgarantin.

Kundnöjdhet och Patientvård:

Mäta och utvärdera NPS och rehabilitering via Nprinting rapporter i FRISQ:

- *Mål:* Kontinuerligt mäta och utvärdera patientupplevelsen genom NPS och rehabilitering på RKC.
- *Syfte:* Identifiera områden för förbättring, och vid utebliven effekt, genomföra intervjuer med missnöjda patienter för ökad förståelse och för att informera framtida förbättringsåtgärder.

Samarbete med post-op för snabbare bedömning av rörelsesmärta:

- *Mål:* Skapa ökade möjligheter för patienter med rörelsesmärta att samarbeta med post-op för snabbare tillgång till fysioterapeut och smärtbedömning.
- *Syfte:* Minska rädsla hos patienter och öka nöjdhet genom att snabbt tillhandahålla professionell bedömning och stöd.



Effektivitet och Möteshantering:

Effektivisera möten genom förberedelse:

- *Mål:* Möjliggöra för personal att läsa på agendan före mötet för att effektivisera mötesprocessen.
- *Syfte:* Frigöra tid för personalen, vilket möjliggör ökad fokus på patientmöten och därigenom förbättra vårdkvaliteten.

Minska administrativ tid för ökad fokus på patientbesök:

- *Mål:* Se över möjligheter till minskad administrativ tid för att öka den disponibla tiden för patientbesök.
- *Syfte:* Förbättra kvaliteten på patientmötet genom att minska administrativa krav på personalen.

Verksamhetsplan 2024

Områden, mål, indikatorer/egenkontroller för ökad patientsäkerhet uppföljning i nästa års kvalitet- och patientsäkerhetsberättelse 2024

Övergripande mål och indikatorer för kvalitetsförbättring:

Kvalitetsmål: Förbättrad patientkommunikation

- Indikator/Egenkontroller: Inkommande samtal klarmarkerade rapporter

Mäta Kundnöjdhet:

- NPS mottagning key for care
- NPS FRISQ
- NQI försäkringspatienter via Kura link
- NPS rehabilitering RKC FRISQ, månadsrapport

Nationella kvalitetsregister

- Antal svar ett-årsuppföljning i %
- Minskad bensmärta
- Minskad armsmärta
- Minskad ryggsmärta
- Nöjdhet

Uppföljning uppvakningsavdelning (UVA)

- PONV
- Mobiliserade patienter på UVA
- NRS

Utföra egenkontroller:

Följa, mäta och registrera VRI, PPM VRI

- Ingen Sepsis
- Ingen Reoperationer åter intagen
- Ingen UVI
- Ingen Ytlig infektion
- Ingen Djup infektion
- Ingen Pneumoni
- Inga fallolyckor

Mäta följsamhet av BHK regler kvartalsvis, PPM BHK

- BHK operation
- BHK vårdavdelningen

Mäta antalet patienter med ASA klass 4

- Ingen Operationer/patienter med ASA klass 4

Utföra städkontroll med optiska mätinstrument

- Antal ATP mätningar vårdavdelning



- Antal ATP mätningar operation

Avvikelser:

Mäta, analysera och registrera antalet ärenden/Avvikelser

- Antal Händelseanalyser
- Antal LÖF ärenden
- Antal individuella ärenden från Patientnämnden
- Antal IVO ärenden
- Antal avvikelser
- Antal medicinska strykningar
- Antal Riskanalyser

Mäta analysera och registrera per- och postoperativa komplikationer och data under vårdtiden

- 500ml blödning peroperativt
- Antal Blåsöverfyllnad slutenvård
- Antal Tappningar postoperativt
- Reoperation samma vårdtillfälle
- Ingen Stroke
- Ingen Lungembolie
- Ingen DVT
- Ingen Hjärtinfarkt

Läkemedel:

Aktivt arbeta för att minska mängden miljöskadliga läkemedel

- Mängden läkemedel som förskrivits postoperativt som är miljöbelastande
- DDD Dygnsdoser beroendeframkallande/smärtstillande läkemedel förskrivna
- DDD antibiotika primära 3 typerna förskrivna på RKC
- Andelen uthämtade recept på antibiotika postoperativt
- Totala Andelen DDD antibiotika förskrivna
- Mäta Anestesigas förbrukning/operation
- Årlig läkemedelsgenomgång med Apoteket

Produktionsmål:

- Totalt antal mottagningsbesök varav nybesök
- Antal fysiska besök postoperativa sjuksköterskemottagningen
- Antal nervrotsblockader
- Antal operationer
- Medelvårdtid UVA
- Antalet omläggningar Postoperativ sjuksköterskemottagning
- Antalet telefonbokningar postopmottagningen
- Medelvårdtid dygn.