

Kvalitet och patientsäkerhetsberättelse Ryggkirurgiskt Centrum Stockholm 2024



Författare Héléne Disinger

Kvalitetsansvarig

Innehållsförteckning

1	Inledning	3
2	SAMMANFATTNING	4
3	GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	5
3.1	Engagerad ledning och tydlig styrning	5
3.2	Övergripande mål och strategier	6
3.3	Organisation och ansvar	7
3.4	Samverkan för att förebygga vårdskador	9
3.5	Informationssäkerhet	10
3.6	Strålskydd.....	13
3.7	En god säkerhetskultur	13
3.8	Adekvat kunskap och kompetens	17
3.9	Patienten som medskapare.....	23
4	AGERA FÖR SÄKER VÅRD	27
4.1	Öka kunskap om inträffade vårdskador	27
4.2	Tillförlitliga och säkra system och processer	32
4.3	Säker vård här och nu	42
4.4	Riskhantering	46
4.5	Stärka analys, lärande och utveckling.....	48
4.6	Avvikelse	51
4.7	Klagomål och synpunkter	59
4.8	Öka riskmedvetenhet och beredskap	64
5	RESULTAT OCH ANALYS	65
5.1	Ryggkirurgiskt centrum, siffror och analys	65
5.1.1	<i>Medicinska resultat</i>	79
5.2	Internrevision enligt ISO 9001 och 14001	86
5.3	Externrevision enligt ISO 9001 och 14001	87
6	MÅL, STRATEGIER FÖR KOMMANDE ÅR	91
	<i>Övergripande mål och indikatorer för kvalitetsförbättring:</i>	96

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 70 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. RKC öppnade sin verksamhet i Lill-Janshuset vid Sophiahemmet i mars 2017 och har opererat över 10 000 patienter och är nu en av de största ryggkirurgiska klinikerna i Norden. Under 2024 öppnade RKC en till verksamhet med två operationssalar och mottagningsverksamhet.



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

Under verksamhetsåret har vi genomfört en rad viktiga förbättringar och expanderat vår verksamhet för att säkerställa högre patientsäkerhet och möta ökad efterfrågan. Vår nya verksamhet, belägen på Sophiahemmet innefattar både operations- och mottagningsverksamhet. Utvecklingen gör att vi bättre kan hantera den ökade efterfrågan av ryggbedömningar och underlätta arbetet med att uppfylla vårdgarantin. Totalt under 2024 har vi opererat fler än 1 800 patienter och genomfört över 12 000 mottagningsbesök. Det innebär att vi under 2024 ökat antalet operationer med 4,2 % jämfört med 2023. RKC fortsätter att växa och är nu en av Sveriges ledande ryggklinikerna med cirka 70 anställda. RKC tar emot patienter från i stort sett hela Sverige.

I vår strävan att säkerställa en hållbar arbetsmiljö har vi genomfört medarbetarenkäter och patientsäkerhetsenkäter. Dessa insatser bidrar till att identifiera förbättringsområden och stärka både arbetsmiljön och patientsäkerheten.

Vi har stärkt vårt patientsäkerhetsarbete genom flera externa samarbeten. Både vad gäller kontroll och utbildning. Detta för ökad uppföljning och kontroll för att säkerställa att våra tekniska enheter fungerar optimalt.

Det årliga patientsäkerhetspriset delades ut för prestationer under det gångna året. Priset uppmärksammar medarbetare som genom sitt engagemang och arbete har bidragit till att stärka patientsäkerheten. Årets vinnare visade på en innovativ lösning som förbättrar både arbetsflödet och patientvården.



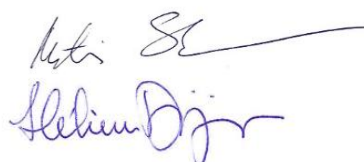
Efter ransomware-attacken i februari 2024 har vi gjort betydande framsteg i att förbättra vår informationssäkerhet och dataskydd. Detta har inneburit både nya rutiner och tekniska uppgraderingar för att skydda både patientdata och annan känslig information.

Vi har fortsatt vår digitala utveckling och utför kundundersökningar med kontinuerlig uppföljning. Våra medicinska resultat i kvalitetsregistret Swespine visar fortsatt fina siffror, vilket stärker vår position som en ledande aktör inom ryggkirurgi.

Utbildningsinsatser har fortsatt prioriterats för att stärka både den kliniska kompetensen och den interna kommunikationen.

Genom att kombinera dessa insatser har vi stärkt vår förmåga att ge en trygg och säker vård, och vi fortsätter att utveckla våra processer för att möta framtida utmaningar.

Martin Skeppholm Verksamhetschef
Helene Disinger Kvalitetsansvarig



3 GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

3.1 Engagerad ledning och tydlig styrning

Ledningens Roll för Patientsäkerheten på RKC

Ledningens ställningstaganden, kunskap, förhållningssätt, agerande och beslut är avgörande för att säkerställa 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 därmed patientsäkerheten.

Målet är att beslut ska vara tydliga och välkommunicerade för att säkerställa att både medarbetare och ledning arbetar mot samma mål. RKC har en väldefinierad organisation för patientsäkerhet som planerar, stödjer och följer upp det systematiska arbetet för att stärka säkerheten. En hög prioritet ges åt patientsäkerheten för att öka medvetenheten hos medarbetarna och kunskap om säkerhet är närvarande på alla nivåer genom att tvärprofessionella grupper prioriteras.

RKC genomför regelbundna medarbetaruppföljningar för att skapa underlag för en kontinuerlig dialog på enheterna. Under 2022 ersattes den tidigare medarbetarenkäten med SKR (Sveriges kommuner och regioner) enkät, som omfattar både HME (Hållbart Medarbetar Engagemang) och HSE (Hållbart Säkerhets Engagemang). HSE innehåller 11 frågor som rör patientsäkerhet, medan HME inkluderar 9 centrala frågeställningar som fokuserar på både patientsäkerhet och arbetsmiljö. Resultaten från HSE ger RKC en viktig temperaturmätning av medarbetarnas upplevelse av säkerheten på arbetsplatsen och används som grund för närvarande dialog om resultaten. Under 2024 har även ytterligare en medarbetarenkät implementerats i verksamheten och som bidrar till att vi kan mäta 2 gånger per år vilket anser är viktigt för att kunna följa medarbetarnas upplevelser av arbetsmiljön som är ständigt föränderlig. På så vis ser vi även trender under de olika delarna av året och får ett mer tillförlitligt resultat.

Enkäten syftar till att samla in medarbetarnas upplevelser och ge en övergripande bild av arbetsplatsens arbetsmiljö och säkerhet. Den ger också varje enhet möjlighet att utvecklas inom arbetsgruppen och skapar tydlighet kring hur ledarskapet upplevs. Resultaten används för att formulera förbättringsåtgärder där det behövs, och dessa följs noggrant upp.

Under året har ledningen aktivt arbetat med att adressera förbättringsområden som framkommit under klinikdagarna. Denna inriktning kommer att fortsätta vara en prioritet även under det kommande året.

Alla enhetschefer har deltagit i ledarskapsevent under 2024, vilket stärker deras förmåga att leda och utveckla verksamheten.

En styrka som ledningen på RKC besitter är att de är delaktiga i det kliniska arbetet och får på så sätt direkt erfarenhet och insikter, vilket gör att de tillsammans med medarbetarna kan utveckla verksamheten. Återkommande personalmöten möjliggör att arbetsbelastning och arbetsmiljörisiker kan identifieras tidigt och hanteras på ett effektivt sätt.



3.2 Övergripande mål och strategier

Ryggkirurgiskt centrums mål och värdegrund

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

RKC:s verksamhetsplanering grundar sig på vårdavtal med Region Stockholm och bygger på en värdegrund som främjar medarbetarnas aktiva deltagande i utvecklingsarbetet. Vårt mål är att erbjuda högkvalitativ, patientsäker och effektiv sjukvård genom kontinuerliga förbättringar och patienternas delaktighet. Fokus ligger på att kombinera hög vårdkvalitet, patientsäkerhet, effektiva flöden, hög tillgänglighet och kostnadseffektivitet.

Övergripande mål för RKC inkluderar:

- **Proaktivt förbättringsarbete:** Arbeta värdegrundsbaserat med riskbedömning och processanalys för att identifiera och lösa problem innan de uppstår.
- **Patientens delaktighet:** Prioritera patientens upplevelse och kontinuerligt ta emot förbättringsförslag för att anpassa vården.
- **Förebyggande åtgärder:** Minska antalet vårdskador genom systematiskt förebyggande arbete och årlig mätning av säkerhetsengagemang.
- **Vårdgaranti:** Säkerställa att alla patienter bedöms och opereras inom vårdgarantin och följa upp genom CVR.
- **Miljöansvar:** Förebygga miljöpåverkan genom att identifiera negativa miljöaspekter, sätta upp tydliga miljömål och följa upp miljöavvikelser.
- **Utbildning och erkännande:** Stimulera personalens engagemang genom intern- och externutbildning samt årligt erkännande av deras bidrag till säker vård genom ett patientsäkerhetspris.
- **Nollvision för vårdskador:** Etablera konkreta mål för att eliminera vårdskador, främja en kultur av "no shame – no blame", och uppmuntra rapportering av avvikelser.

RKC:s ledningssystem, som uppfyller krav enligt Hälso- och sjukvårdslagen och Patientsäkerhetslagen, är tillgängligt på vår externa hemsida och intranät. Verksamheten är kvalitets- och miljöcertifierad sedan 2018, enligt ISO 9001:2015 och ISO 14001:2015, vilket bekräftar vårt engagemang för systematiskt kvalitetsarbete och hållbar verksamhet.



3.3 Organisation och ansvar

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

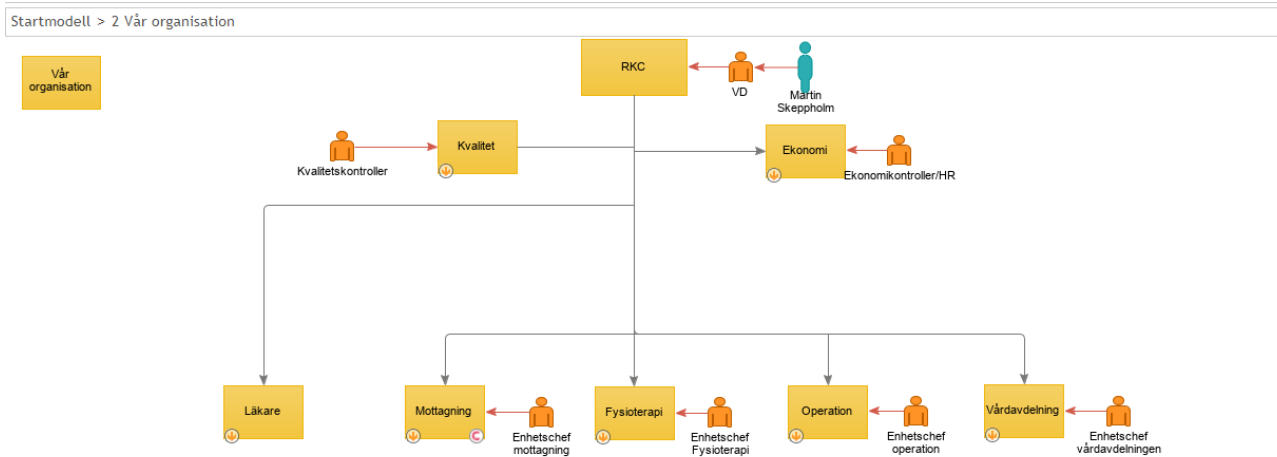


Bild: Vår organisation.

Vår organisation

RKC:s ledning, som består av VD/verksamhetschef, MLA (medicinsk ledningsansvarig), enhetschefer, samt kvalitetsansvarig, ekonomi-, HR- och dataskyddsgrupper, har det övergripande ansvaret för kvalitet och patientsäkerhet. Ledningen fastställer och följer upp mål inom dessa områden. Verksamhetschefen/VD ansvarar för hela verksamheten och säkerställer att patientsäkerhetsarbetet genomförs effektivt. Denne är också ansvarig för att följa upp medicinska avvikelser, riskanalyser och händelseanalyser, samt för att vidta åtgärder vid behov. Verksamhetschefen representerar RKC gentemot Inspektionen för vård och omsorg (IVO) när det gäller patientsäkerhet.

Kvalitetsansvarig och medicinsk ledning

Kvalitetsansvarig ansvarar för ledningssystemet och det övergripande kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet genom att utföra kontroller och följa upp mål och rutiner. Kvalitetsansvarig har en rådgivande och stödjande roll och rapporterar resultat samt föreslår åtgärder för förbättring. Vid behov av medicinsk kompetens uppdras medicinska ledningsuppgifter till MLA av verksamhetschefen. MLA har det övergripande medicinska ansvaret inom sin verksamhet.

Enhetschefernas ansvar och medarbetarnas roll

Enhetscheferna har ett gemensamt ansvar för patientsäkerheten genom kontinuerlig dialog med medarbetarna för att skapa engagemang och inspiration. Varje medarbetare har ett eget ansvar för patientsäkerhet och deltar aktivt i det systematiska kvalitetsarbetet genom att bidra till riktlinjer, rutiner och följa dessa. Medarbetarna är även delaktiga i risk- och avvikelshantering samt uppföljning av mål och resultat.

Enhetscheferna ansvarar för att integrera förbättringsarbetet i det dagliga arbetet och skapa forum för tvärfunktionella diskussioner där problem identifieras och utvecklingsförslag bearbetas. Stöd för detta arbete ges från kvalitetsansvarig, smärtgruppen, avvikelgruppen, arbetsmiljögruppen, IT-

gruppen, HR-ekonomi och dataskyddsgruppen.

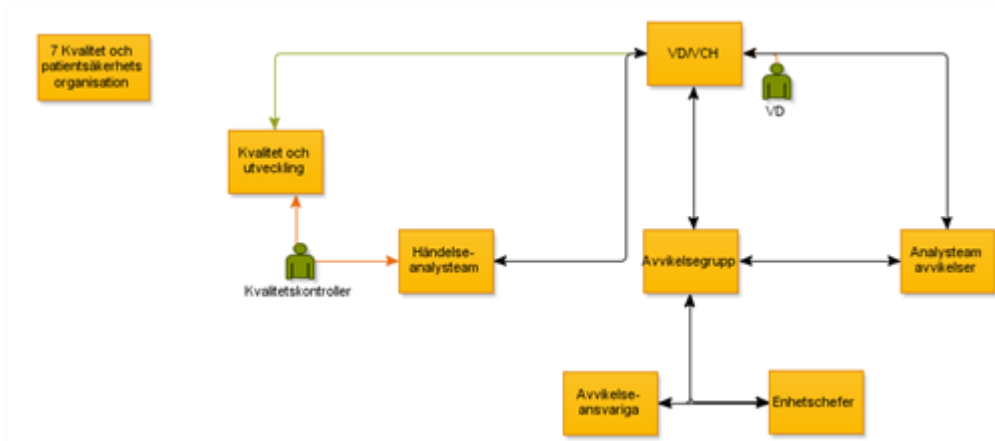


Bild: Kvalité- och patientsäkerhetsorganisation på RKC.

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 kvalitetsansvarig, 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 kvalitetsansvarig.
- 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

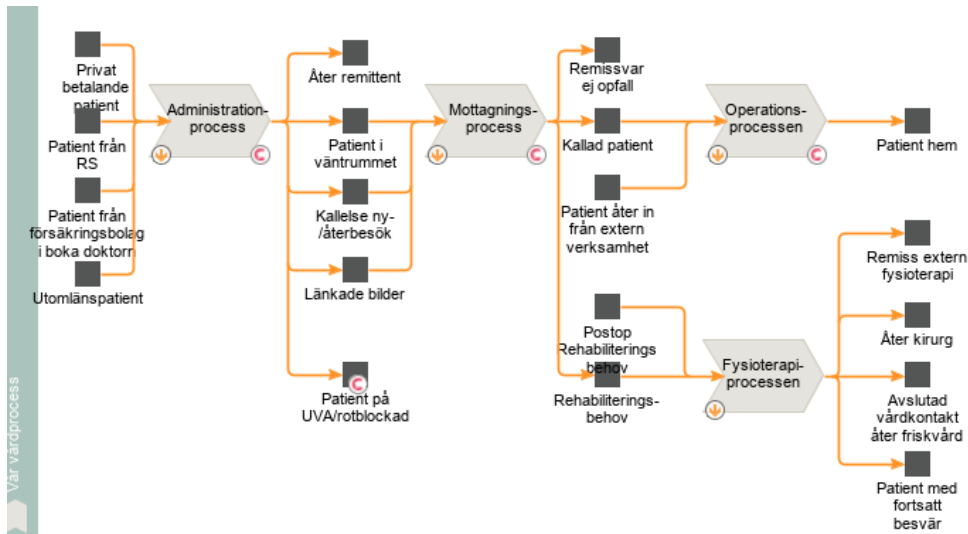


Bild: Processkarta RKC.

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. Vi värnar även om att se till att bedriva samarbeten och olika typer av utbildningsinsatser, studiedagar, auskultationer för både kirurger, blivande specialister, läkare i primärvården samt fysioterapeuter och andra vårdgivarkategorier.



Intern samverkan

Patienternas diagnos, personliga behov och livssituation formar innehållet i vårt omhändertagande, hur vi organiserar vår arbetet. 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 sätt från avrapporterande enhet för att ytterligare minska risken för informationsbrister.

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

3.5 Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§ GDPR

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

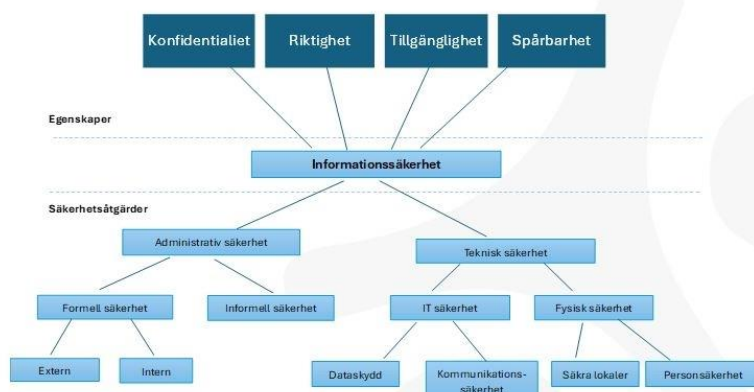
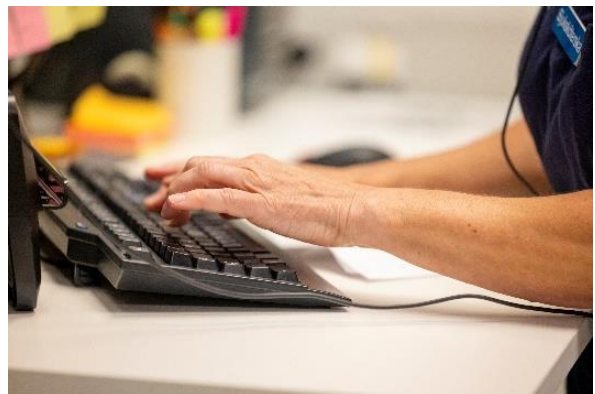


Bild: RKC ledningssystem för informationssäkerhet.

RKC:s IT-miljö har under 2024 genomgått betydande uppgraderingar och migreringar för att säkerställa att verksamheten kan drivas effektivt och säkert i enlighet med gällande regler och föreskrifter. Dessa åtgärder har vidtagits för att uppfylla kraven på informationssäkerhet, vilket även framgår av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter inom hälso- och sjukvården.

IT-miljön i korthet:

- **December 2023:** En ny domän etablerades i ActiveCloud och acceptanstester genomfördes efter att ett temporärt nätverk dragits fram. Migreringen kunde inte slutföras på grund av resursbrist hos en extern leverantör (Provisio).
- **Januari 2024:** Migrering av övriga system fortsatte, inklusive Provisio. Nya fysiska switchar installerades och konfigurerades med ett nätverk helt separerat från Sophiahemmet.
- **Februari 2024:** En ransomware-attack drabbade Sophiahemmets IT-miljö. Eftersom RKC fortfarande var en del av Sophiahemmets domän, påverkades RKC och fick sitt data krypterat. Tack vare den nya domänen och den replikerade datan, kunde verksamheten snabbt återstartas. Data som inte hunnit replikerats kunde återställas från backup.
- **Mars 2024:** RKC var nu i full drift i sin nya ActiveCloud-domän, helt separerad från Sophiahemmets IT-miljö. Wifi för produktion och gäster installerades baserat på RADIUS-teknologi.
- **Oktober 2024:** En ny avdelning sattes upp med dedikerade anslutningar och en klientmiljö som speglar den på Liljanshuset.



Månadsavstämningar med IT och IT-gruppen på RKC: Vi har fortsatt med månadsavstämningar med IT och IT-gruppen på RKC för att säkerställa kontinuerlig samordning och kommunikation för att hantera IT-relaterade frågor och säkerställa en smidig verksamhet.

Säkerställande av informationssäkerhet:

- **Dokumentation och hantering av personuppgifter:** Alla system som hanterar känsliga personuppgifter är noggrant dokumenterade och följer gällande säkerhetskrav.
- **Åtkomstkontroller:** Endast auktoriserad personal får tillgång till känsliga data, med hjälp av strikt autentisering och behörighetsstyrning. Multi-Factor Authentication (MFA) är aktiverat för kritiska system.
- **Dataskydd:** Alla data lagras och överförs med kryptering och säkerhetskopiering av känslig information sker regelbundet för att skydda mot förlust och obehörig åtkomst.
- **Utbildning och uppföljning:** För att säkerställa att medarbetarna följer aktuella rutiner genomförs regelbundna utbildningar (via Nimblr) och säkerhetsgenomgångar. Riskbedömningar och åtgärder vidtas för att minimera säkerhetsrisker.

Backup-lösningar och uppdateringar:

Active IT, som driver RKC:s IT-miljö, erbjuder en robust backup-lösning via Arcserve som

tillhandahåller snapshot-baserade backuper och agent-baserad backup vid behov. Backupen har en återställningstid på upp till 30 dagar med vidare månatliga steg för dataskydd. Samtliga servrar och klienter uppdateras regelbundet med säkerhetsuppdateringar och en strikt uppdateringspolicy hanteras via NinjaOne.

Dataskydd och GDPR-efterlevnad på RKC

Mognadsnivå:

- RKC ligger på en god medvetandenivå kring informationssäkerhet och dataskydd. De flesta rutiner är på plats men det finns utrymme för förbättringar, särskilt kring incidenthantering, roller/ansvar och konsekvensbedömningar (DPIA).

Genomfört arbete:

- Fyra dataskyddsmöten hölls med fokus på uppdateringar, beslut från IMY och framtida förbättringar.
- En checklista för nya IT-behandlingar togs fram men behöver implementeras fullt ut 2025.
- Incidenthanteringsrutiner förbättrades, inklusive utbildningar för anställda.
- Konsekvensbedömningar enligt GDPR (DPIA) genomfördes för två prioriterade system.
- Integritetspolicy och hantering av registrerade rättigheter har setts över och uppdaterats.

Identifierade brister:

- Dataskyddsombudet (DSO) har inte alltid involverats i kritiska delar som inköp av nya system.
- Konsekvensbedömningar har inte alltid gjorts systematiskt vid införande av nya system.
- Rutiner för informationsklassning, gallring och hantering av tredje lands överföringar behöver förstärkas.

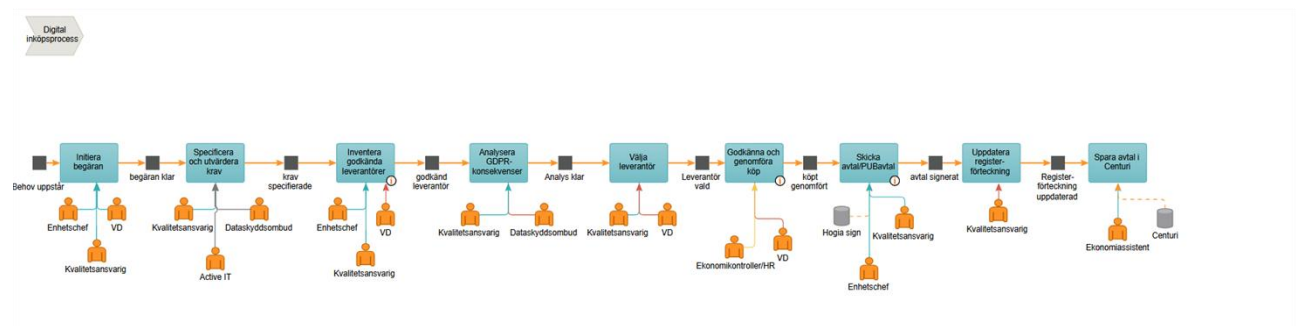


Bild: Digital inköpsprocess.

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. Bokslutet ska följa patientsäkerhetslagen, det vill säga följande ska tas upp i bokslutet:

RKC utför behandlingar för ryggproblem, inklusive endoskopiska operationer och andra procedurer där röntgen används för guidning och efterkontroll. Kliniken i Lill-Janhuset har två C-bågar och en O-arm för 3D-volymer, medan kliniken på Hus G har en C-båge.

Strålsäkerhetsarbetet omfattar årliga möten där strålskyddsexpert, tillståndshavare, enhetschef, kvalitetsansvarig och radiologisk ledning deltar. Syftet är att ta upp relevanta frågor som utbildningsbehov, metodförändringar och utrustningskontroller. År 2024 hölls mötet den 19 april, och handlingsplanen inkluderade bland annat revidering av strålsäkerhetsrutiner och utbildning av personal.

Under 2024 genomfördes alla åtgärder från mötet. Teoretisk och praktisk strålsäkerhetsutbildning genomfördes den 6 september. Nya lokaler i hus G på Sophiahemmet togs i bruk, strålskämsberäkningar utfördes för två operationssalar och en ny C-båge levererades och kontrollerades. Reviderade strålsäkerhetsrutiner togs fram och dosimetrar beställdes för användning under fyra veckor utan detekterbara värden.

Resultatet av strålsäkerhetsarbetet inkluderar utbildad personal, kontrollerade lokaler och röntgenutrustning samt uppdaterade rutiner. Alla åtgärder uppfyllde Strålsäkerhetsmyndighetens krav. Genomlysning av nästan 1700 tillfällen registrerades 2024. Den genomsnittliga dosbelastningen halverades jämfört med 2023, från 400 mGycm² till 200 mGycm², och de flesta felinmatningar åtgärdades.

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 en lärande organisation och genomföra förändringar. Citat från anställd.

” På tidigare arbetsplatser har det inte varit lönt att skriva avvikelser då det ändå inte händer något, på RKC är det annorlunda. Här sker ett systematiskt arbete och man kan vara trygg med att avvikelsen hanteras och att återkoppling sker”



Hållbart Säkerhets Engagemang (HSE)

Vid patientsäkerhetskulturmätningen som genomfördes hösten 2024 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 94% i HSE- mätningarna. Vi hoppas och tror att vi därigenom ska kunna identifiera både framgångsfaktorer och riskfaktorer så att vi framöver kan arbeta än mer proaktivt med patientsäkerhetskulturen. Resultaten är en temperaturmätning på upplevelser kring säkerheten.

Svarsfrekvens-HSE	Urval	Antal svar	Svarsfrekvens
Totalt	65	61	94%
Vårdavdelning	19	18	95%
Operation	14	14	100%
Mottagningen	14	13	93%
Enhetschef/läkare	18	16	89%

Tabell: svarsfrekvens -HSE 2024, 94%

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



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 inom sin egen enhet

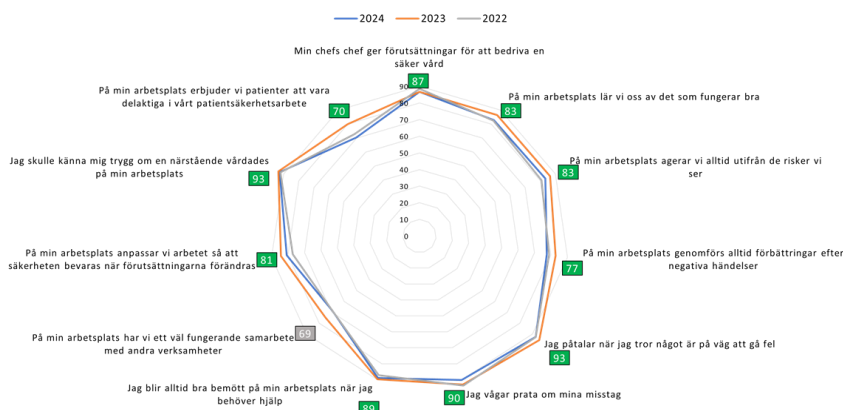


Bild: Resultat. Hållbart säkerhetsengagemang (HSE) 2024 m=83.

Analys: Alla värdena var <70. Frågor med värden över 70 är gröna, fungerar bra och ska bevaras.

Patientsäkerhetspris 2024

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.



Bild: VD Martin Skeppholm, mottagningskoordinator Pernilla Schenell och kvalitetsansvarig Helene Disinger.

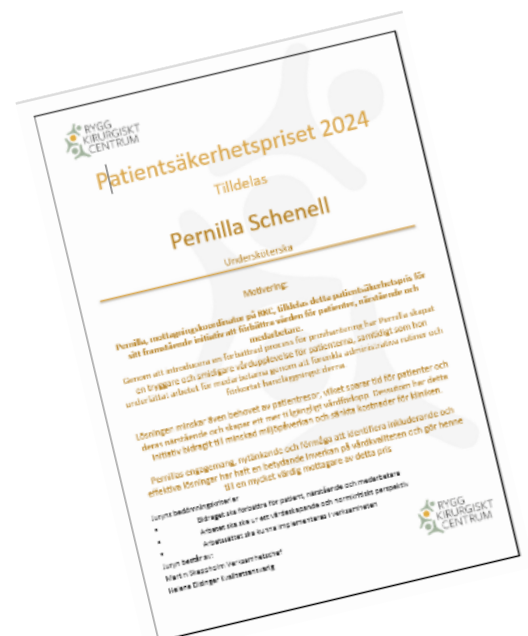
Priset för insatser 2024

Motivering:

Genom att introducera en förbättrad process för provhantering har Pernilla skapat en tryggare och smidigare vårdupplevelse för patienterna, samtidigt som hon underlättat arbetet för medarbetarna genom att förenkla administrativa rutiner och förkortat handläggningstiderna.

Lösningen minskar även behovet av patientresor, vilket sparar tid för patienter och deras närstående och skapar ett mer tillgängligt vårdförlopp. Dessutom har detta initiativ bidragit till minskad miljöpåverkan och sänkta kostnader för kliniken.

Pernillas engagemang, nytänkande och förmåga att identifiera inkluderande och effektiva lösningar har haft en betydande inverkan på vårdkvaliteten och gör henne till en mycket värdig mottagare av detta pris.



Arbetsmiljö

Under 2024 har vi implementerat mätningar av arbetsmiljön med hjälp av det nya verktyget *Prevent*. Mätningarna genomförs två gånger per år, en gång på vårterminen och en gång på höstterminen, vilket ger en mer rättvis och representativ bild av arbetsmiljön. Det är positivt att vi nu kan jämföra våra resultat med andra enheter i hela landet och det framgår att RKC i genomsnitt presterar bättre än många andra. En fördel med *Prevent* är att det även erbjuder personalen möjlighet att lämna synpunkter i fritext, vilket ger en mer heltäckande bild av arbetsmiljön.



Under året har vi även genomfört en internutbildning via *Sunt Arbetsliv*, där skyddsombud och enhetschefer deltagit i diskussioner och praktiska övningar om arbetsmiljöarbete. Denna utbildning har ökat vår förståelse och medvetenhet om arbetsmiljörisiker och hur andra verksamheter hanterar dessa.

Vid starten av en ny verksamhet har vi genomfört förhandlingar med fackförbund för att identifiera och hantera de arbetsmiljörisiker som är kopplade till förändringen. Riskanalysen har följts upp och justerats kontinuerligt.

Vi har också infört årlig revision av arbetsmiljön, vilket har hjälpt oss att identifiera behovet av extern HR-stöd. En konsult har kontaktats och vi kommer att bedöma om detta stöd möter våra behov under 2025. Dessutom har vi lärt oss vikten av att utföra riskbedömningar tidigt vid förändringar i verksamheten för att möjliggöra bättre planering.

Kommunikation har identifierats som en nyckelfaktor för att förbättra arbetsmiljön. För att stärka detta genomförde vi två workshops om kommunikation under 2024 och införde "spelregler i kommunikation" som har blivit uppskattade av medarbetarna. Detta har också gett oss möjligheter att diskutera och reflektera över hur vi kan förbättra vår kommunikation och förstå de komplexa aspekterna av ämnet.

Vi har beslutat att genomföra en gemensam skyddsron under 2025 för att minska risken för bias vid bedömningar. Vi följer även Arbetsmiljöverkets förändringar och bevakar lagändringar som kan påverka vår verksamhet. I förebyggande syfte har vi infört en screening av arbetsmiljön för medarbetare som arbetar hemifrån och planerar att fortsätta denna praxis framöver.

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.

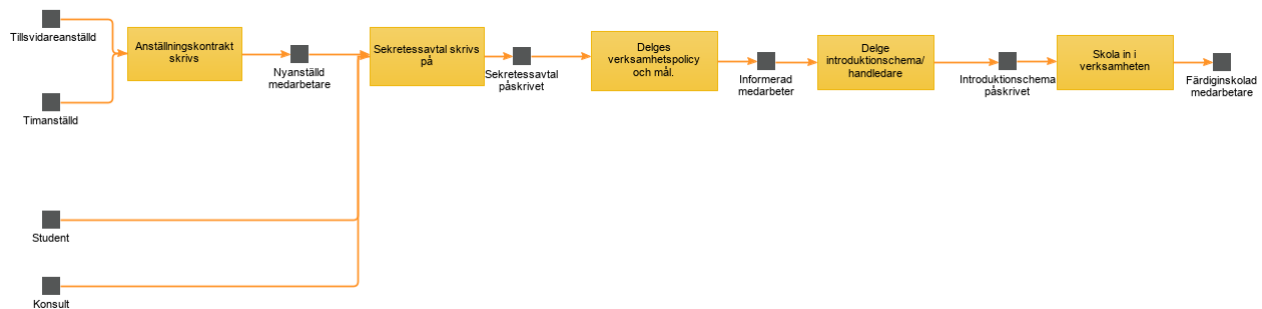
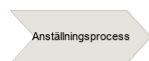


Bild: Anställningsprocess.

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.

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.

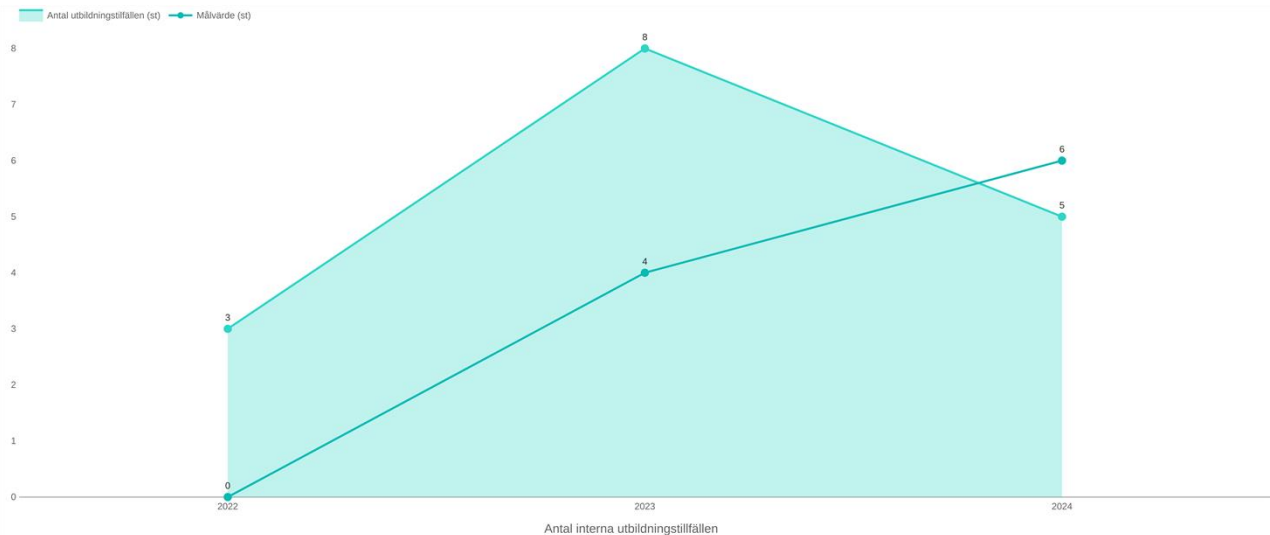


Diagram: Interna utbildningstillfällen på RKC 2022–2024. 2024 n=5.

Under 2024 arrangerade vår klinik fem interna utbildningstillfällen. Tre av dessa hölls under våra klinikdagar och fokuserade på följande områden:

- **Endoskopi som ny operationsteknik på RKC**
- **Övervikt och säkerhet vid anestesi**
- **Smärta ur ett biopsykosocialt perspektiv**

RKC bjöd även in en extern föreläsare från Neurocampus. Syftet var att utöka vår kunskap om deras verksamhet och belysa möjligheterna till samarbete. Föreläsningen fokuserade på deras arbetssätt och rutiner för att hantera vissa specifika problem hos patienter med neurologiska skador som kräver en rehabilitering utformad för deras unika behov.

Dessa utbildningar syftar till att bredda och stärka personalens kompetens och kunskap, samtidigt som de erbjuder nya perspektiv utifrån vår direkta arbetsmiljö. De är en viktig del av vår satsning på kontinuerlig förbättring och professionell utveckling för att möta de krav och utmaningar som vår klinik står inför.

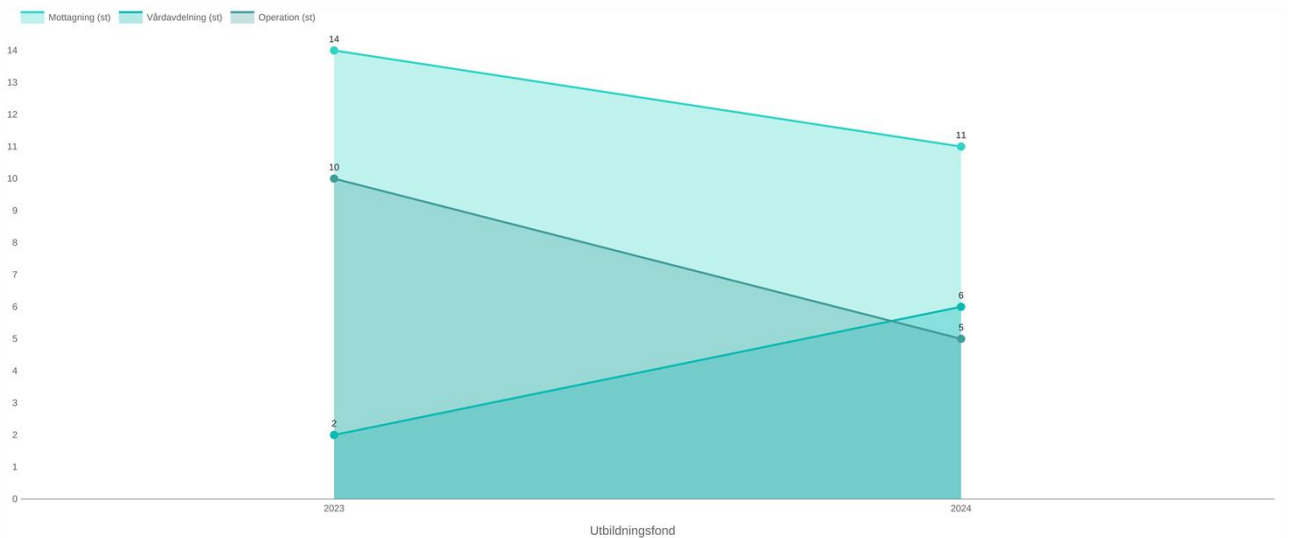


Diagram: Utbildningsfond extern utbildning per enhet 2024. Utbildningsfonden ger ersättning för kurser eller utbildningar med upp till 4000kr per medarbetare och år.

Kompetensutveckling genom externa utbildningar

Under det gångna året har personalen på RKC aktivt investerat i kompetensutveckling genom externa utbildningar, och för andra året i rad har dessa finansierats av vår utbildningsfond. Dessa utbildningsinsatser är inte bara inriktade på att öka kompetensen, utan även för att öka trivselen och förbättra arbetsmiljön.

De varierade utbildningarna som medarbetarna har sökt sig till inkluderar hälso- och sjukvårdsrelaterade utbildningar, administrativa utbildningar, ledarskap och organisation, samt generell utveckling och kunskapsför djupning.

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.

Utbildning i endoskopiska ryggoperationer – 2024

Under 2024 har tre av våra kirurger genomgått omfattande utbildning både i Sverige och internationellt för att fördjupa sina kunskaper inom endoskopiska ryggoperationer med särskilt fokus på ländryggen.

Utbildningen har omfattat både teori och praktik med målet att erbjuda våra patienter de senaste och mest skonsamma kirurgiska teknikerna för behandling av ryggproblem. Genom att kombinera den senaste teknologin med



internationella erfarenheter stärker vi vår kompetens och höjer vår vårdkvalitet.

Operationerna utförs med ett 6 mm grovt endoskop och en högupplöst optik. I stället för att arbeta genom en större såröppning får kirurgen med denna teknik en kraftigt förstord bild på en skärm, vilket ger ökad precision och skonsammare ingrepp.

Verksamheten startade i slutet av 2024, och fram till årets slut hade vi genomfört ett hundratal av dessa miniinvasiva ingrepp. Vi har inte haft några allvarliga komplikationer och planerar under 2025 att följa upp patienterna på ett systematiskt och strukturerat sätt.

Vi ser fram emot att fortsätta bygga upp denna verksamhet och ge våra patienter den bästa möjliga vården.

RKC:s roll för specialistutbildning och kompetensöverföring

Med den ökade subspecialiseringen inom ortopedin och utflyttningen av stora patientgrupper från akutsjukhusen, kan inte längre akutsjukhusen ensam tillgodose alla delmoment i specialistutbildningen för ortopeder.

RKC spelar en viktig roll i detta sammanhang genom att regelbundet ta emot ST-läkare (blivande ortopeder) för utbildning inom området degenerativa ryggsjukdomar. Under sin placering, som sträcker sig över 6–7 veckor, får ST-läkarna handledning i mottagningsarbete och möjlighet att assistera vid operationer.

Under 2024 tog RKC emot fem ST-läkare för denna utbildning. Insatsen bidrar inte bara till att överföra värdefull kunskap till nästa generation ortopeder och öka intresset för ryggkirurgi som subspecialitet, utan stärker även den interna kompetensen. Att utbilda ST-läkare skapar möjligheter för vår egen personal att reflektera över arbetssätt, diskutera rutiner och utveckla en ännu högre grad av medvetenhet och kvalitet i det dagliga arbetet. Läkare från RKC deltar även i externa utbildningar såsom Bakjournskola i Svensk Ortopedisk Förenings (SOF) regi. Bakjournskolan vänder sig till specialister som ges en möjlighet till att skaffa en formell bakjournskompetens. Utöver detta deltar läkare även som examinator vid SOFs ortopedexamen.

En god utbildning är således en förutsättning för hög patientsäkerhet och kontinuerlig förbättring av verksamheten.

Årlig HLR-kongress 2024

Två av våra HLR-ansvariga sjuksköterskor deltog i den årliga HLR-kongressen och fick uppdaterad kunskap om den senaste forskningen och metoder för att förbättra HLR-arbetet i vår verksamhet. De tar med sig viktig kunskap tillbaka som implementeras i verksamheten under HLR-utbildningar.

- **Föreläsningar och forskning:**

- Fokus på HLR, eftervård, hjärtstartare och läkemedelsbehandling.

- Diskussioner om HLR vid accidentell hypotermi och fortsatt behandling på IVA efter hjärtstopp.

- **Ny forskning och metoder:**

- Förbättrade behandlingsmetoder för att stabilisera patienter efter hjärtstopp.

- Effektivare användning av hjärtstartare och läkemedel i samband med HLR.

- **Syfte med kongressen:**

- Att utbyta kunskap, diskutera kliniska prövningar och implementera nya rön för att förbättra vårdprocesser vid hjärtstopp.

Regionala Studiedagen – 19 april 2024

En av våra operationssjuksköterskor deltog i den regionala studiedagen och kommer att implementera den kunskap hon fått från föreläsningarna i verksamheten.

Syfte med studiedagen:

Att bredda förståelsen och ta del av värdefull kunskap och arbetssätt från andra verksamheter för att stärka vår egen.

Föreläsningar relevanta för vår verksamhet:

Optimering av luftrenhet i operationssalen: Kopplat till vår arbetsmiljö och operationsrutiner.

Arbetet som First Assistant inom robotkirurgi: Viktigt för vidareutbildning inom operationsverksamheten.

Sjuksköterskans profession: Betydelsen av att värna om vår yrkeskompetens och hålla oss inom vårt ansvarsområde.

Framtidens kompetensbehov på operationsavdelningar: Relevans för vår framtida utveckling och rekrytering.

Diskussioner under dagen:

Arbetsdräktens betydelse, särskilt vid byte efter utomhusvistelse, för att minimera risken för kontaminering.

Optimera luftrenhet i operationssalarna – regionen har nu uppnått målet om 5 CFU genom kontinuerliga åtgärder och mätningar.

SSAI-kongressen 2024

Under årets SSAI-kongress (Scandinavian Society for Anesthesia and Intensive Care) presenterades ny kunskap som lett till förändringar i våra arbetsrutiner. Vi har börjat använda videolaryngoskop i större utsträckning vid intubering, vilket förbättrar säkerheten och effektiviteten i våra procedurer.

RKC har även justerat rutinerna för preoperativ utsättning av läkemedel för patienter som behandlas med GLP-1-analoger i injektionsform, baserat på de senaste rekommendationerna.

Fysioterapeuternas utbildning: För att stärka det kliniska resonandet och förbättra behandlingsmetoderna har flera fysioterapeuter genomgått utbildning inom McKenzie-metoden. Detta har ökat deras kompetens i behandlingen av patienter med ryggsproblem.

Intern handledning och stöd: Vi har även haft tillfällen för intern handledning inom fysioterapeutgruppen, vilket har bidragit till samsyn och stöd i bedömningar och behandlingsplanering. Detta har varit ett bra sätt att säkerställa att vi är enade i vårt arbetssätt och har stärkt teamets samarbete.



Nervrotsblockader: En av våra fysioterapeuter har genomgått handledning och delegering för att kunna sätta nervrotsblockader i ländryggen. Denna kompetens kommer att utvärderas under 2025 för att bedöma hur väl det utvecklas och om det ska implementeras mer långsiktigt.

Kurs i journalsystemet: Vår försäkringskoordinator har genomgått en kurs i vårt journalsystem för att bredda och utveckla arbetssättet inom detta område. Detta kommer att bidra till effektivare och mer kvalitativt arbete med journalhantering.

Ekonomisk vidareutbildning: I sekreterargruppen har en medarbetare som arbetar med ekonomisysslor vidareutbildat sig inom ekonomi.

Inspirationsdagar: Flera medarbetare har deltagit i inspirationsdagar som fokuserat på arbetsglädje och motivation, vilket har bidragit till en positiv arbetsmiljö och ökat engagemang i arbetet

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. 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.

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.

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.

Har diskbräckets utseende på MR betydelse för utfall efter operation? RKC är engagerat i en nationell multicenterstudie som syftar till att utreda om preop. MR vid LDH har betydelse för utfallet. RKC bidrar, bland sammanlagt 42 kliniker, med 119/996 patienter. EPN: Dnr 2021–00732. Martin Skeppholm, Peter Fritzell, Olle Hägg och Mikael Skorpil håller i studien. För att utvärdera detta har vi tagit data från Swespine i gruppen diskbräck i ländryggen. Datauttaget gäller diskbräcksoopererade i hela Sverige och patienterna har klassats efter utfall som "lyckade" eller "misslyckade" efter en årsuppföljning. Sammanlagt rör det sig om nästan tusen patienter där vi också har registrerat var och när preoperativ MR är gjord. Ett stort arbete har lagts på att hitta alla undersökningar som nu också ska bedömas och klassas av två radiologer och en ryggkirurg. När det är gjort kommer statistiska analyser att göras för att se om det finns koppling mellan diskbräckets

utseende på MR och kliniskt utfall i patientrapporterad variabel.

RKC är via forskningsledare Peter Fritzell engagerade i en proteomik-studie som syftar till att utvärdera proteinförekomst som ev. kan kopplas till bakterier. Fynden hos pat. som opereras för LDH jämförs med fynden hos pat. opererade för skolios. EPN: Dnr 2023-02903-1

Get back: Get Back, ett hälsofrämjande digitalt program med fokus på fysisk aktivitet i samband med ryggkirurgi. Forskningen vill undersöka om Get Back - ett hälsofrämjande digitalt program om fysisk aktivitet - kan stödja personer som genomgår ryggkirurgi att öka sin fysiska aktivitet och hälsa efter operationen. Ett digitalt format erbjuds för att öka tillgängligheten till fysioterapi i samband med ryggkirurgi genom att rehabilitering sker i hemmet med stöd av fysioterapeut på distans. Första steget har varit att under 2023/2024 genomföra en liten pilotstudie som under 2025 kommer att fortsätta och slutligen bli en RCT-studie. Vår fysioterapeut Fiona Jamieson och USK Maria Boström samt SSK Maria Bööse har varit aktiva i rekryteringen av patienter från RKC.

Övrig forskningsaktivitet på RKC

Utöver forskning som bedrivs på RKC:s patientmaterial finns läkare som ingår i andra forskargrupper med anknytning till Karolinska institutet och Linköpings Universitetssjukhus. Forskningen gäller behandling av barn med idiopatisk skolios och långtidsuppföljning av patienter 18 år eller yngre med diskbräck i ländryggen. Under 2024 har två artiklar publicerats (JAMA Netw och Pain Rep) och en poster har presenterats på internationellt smärtemöte.

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 säker vård är patientens och närståendes aktiva delaktighet. När patienten är välinformerad och engagerad i sin egen vård, när vården utformas och genomförs i samråd med patienten, blir vården både säkrare och mer effektiv. Ett respektfullt bemötande skapar förtroende och tillit vilket är avgörande för en god vårdrelation.

Vi strävar kontinuerligt efter att förbättra vår verksamhet baserat på den feedback vi får från våra patienter och deras närstående. För att underlätta kommunikationen och förbättra systemanvändningen har vi implementerat nya kommunikationsmetoder. Vi engagerar våra patienter i vårdmöten där de får ta ansvar för sin behandling och vi uppmuntrar dem att ta del av sin journal via 1177 för att säkerställa en högre grad av delaktighet.





Vi mäter patienternas uppfattning om informationsflödet vid öppenvårdsbesök och strävar efter att uppnå 100% förståelse av behandlingen. För att få en tydlig bild av patienternas upplevelse använder vi regelbundna patientnöjdhetsmätningar via vår kundportal och FRISQ. Dessa svar ger oss värdefull information som vi använder för att förbättra våra arbetsmetoder och skapa en mer tillgänglig och transparent vård. Under 2024 genomförde vi flera projekt för att förbättra våra digitala verktyg, inklusive hemsidans information och

tillgänglighet.

Förbättringsförslag samlas in och diskuteras på våra tvärprofessionella förbättringsmöten samt på enheternas veckomöten. Två gånger per år sammanställer vi dessa förslag för att identifiera mönster och områden som kan förbättras. Under 2024 fick vi 3326 svar på 6448 utskick (52% svarsfrekvens), vilket har gett oss en mer detaljerad förståelse för våra patientmöten. De områden som främst belysts som förbättringsområden rör bemötande, vård och behandling, information samt patientdelaktighet.

För att öka tillgängligheten och minska väntetiderna har vi implementerat Zymego, en digital tjänst som automatiskt hanterar sena återbud. Under vårt andra år med Zymego, 2024, har vi sett betydande positiva effekter. Zymego hanterade 1900 bokningsärenden och tillsatte 662 tomma tider med kort varsel, vilket motsvarar 35% av bokningsärendena. Tidigare har sena avbokningar varit svåra att fylla och medfört hög administrativ belastning. Genom Zymegos automatiserade hantering av sena återbud sparar vi administrativ tid och kan ge patienter kortare väntetider.

Dessutom har 849 patienter ombokat sina tider digitalt via Zymegos kalenderfunktion, vilket har förbättrat tillgängligheten för övriga patienter. Av de 389 patienter som avbokade sina tider valde 15% att önska en ny tid och Zymegos system automatiskt bokade dem vid en ledig tidpunkt. Detta har minskat antalet avbokade tider och gjort vårdprocessen mer smidig för både patienter och personal.

Genom att använda Zymego som en del av vår digitala strategi stärker vi vår tillgänglighet och effektivitet, vilket gynnar både vårdpersonal och patienter.



Månad	Bokningsärenden	Tillsatta tider via väntelistan	Ombokningar	Avbokningar till önskelistan	Avbokningar	Andel avbokade tider där patienten önskat en ny tid
Januari	227	83	94	8	42	16%
Februari	170	63	76	4	27	13%
Mars	165	49	83	1	32	3%
April	184	43	98	3	40	7%
Maj	164	32	76	5	51	9%
Juni	127	39	48	9	31	23%
Juli	68	21	34	3	10	23%
Augusti	171	67	73	10	21	32%
September	183	80	79	5	19	21%
Oktober	182	66	88	1	27	4%
November	141	61	66	5	9	36%
December	118	58	34	5	21	19%
Totalt	1900	662	849	59	330	15%

Tabell: Antal bokningsärenden sedan starten maj 2024.

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 sin egen vård.

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. En viktig del av sambedömningsmodellen är att vi aktivt uppmuntrar patienterna att ställa frågor, dela sina synpunkter och vara delaktiga i beslutsfattandet. Genom att använda denna metod skapar vi ett partnerskap där patientens åsikter och preferenser inte bara respekteras utan även blir en del av vårdplaneringen. Detta leder till att patienterna känner sig mer trygga och engagerade i sin egen behandling.



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. Sambedömning är ett effektivt verktyg för att säkerställa att våra patienter inte bara får den bästa möjliga vården utan också en större känsla av delaktighet och kontroll över sin hälsa.

” Ett helt fantastiskt besök på 1h efter remiss från VC och MR. Fysioterapeuten och ryggkirurgen förklarade mycket pedagogiskt och kom med lämpliga rekommendationer för framtiden. Ett team-besök som var fantastiskt! Mycket tid för frågor mm. Rekommenderas varmt! Ett sådant här besök gör mig som patient mycket trygg och jag kommer inte behöva belasta vården pga. av oro mm. Stort tack gör idag! ”

Patientcitat hämtade från vår veckorapport, där vi utvärderar våra styrkor och identifierar förbättringsområden.

Samarbete med Patientnämnden, LÖF och IVO för att Förbättra Vårdkvaliteten

Vårt samarbete med Patientnämnden, Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag (LÖF) och Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO) är av stor vikt för att ta vara på patienters och närståendes synpunkter och klagomål. Genom att noggrant analysera de rapporter och utredningar som dessa instanser producerar, skapar vi en kontinuerlig dialog som är grundläggande för vårt förbättringsarbete och för att höja vårdkvaliteten.

Vid vårdskadeutredningar genomför vi intervjuer med både patienter och deras närstående för att samla in deras erfarenheter och perspektiv. Dessa synpunkter beaktas noggrant i vårt arbete för att identifiera förbättringsområden. När centrala händelseanalyser genomförs är det rutin att verksamhetschef eller analysledare kontakter patienten och dennes närstående för att få en fullständig bild av händelsen, vilket säkerställer att alla synpunkter och aspekter beaktas i vår förbättringsprocess.

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 §



RKC har utvecklat en handlingsplan för att minska vårdrelaterade infektioner och komplikationer. Genom att använda PROM (Patient Reported Outcome Measures) och PREM (Patient Reported Experience Measures) integreras patientrapporterade data i kvalitetsarbetet. Planen omfattar tydliga mål, bland annat minskning av infektioner och komplikationer inom det kommande året, samt regelbunden personalutbildning, förbättrade städ och hygienrutiner och övervakning av

patientdata. Ansvariga ombud på varje enhet säkerställer implementering och uppföljning.

Planen ses över regelbundet för att bibehålla relevans och effektivitet. Fokus ligger på att informera patienter om riskfaktorer som diabetes, högt BMI, rökning och alkohol samt förbättra preoperativa förberedelser och hygienrutiner.

För att analysera data utför RKC egenkontroller, som PPM (punktprevalensmätningar), och använder system som Swespine, Medrave, FRISQ och Qlik Sense. Månatliga analyser används för att följa upp komplikationer och vidta åtgärder.

Under 2024 har den postoperativa mottagningen haft 676 patientbesök, främst för såromläggningar, förbandsbyten och behandling av sårinfektioner.

Mindre sårinfektioner, ofta relaterade till lokal sårhäkning, hanteras genom förbättrade förbandsrutiner, tydlig patientinformation och råd om aktivitet, smärtlindring, hygien och nutrition.



Resultat

VRI och Komplikationer	Målvärde %	Antal 2023 (antal OP 1771)	Utfall % 2023	Antal 2024 (antal OP 1845)	Utfall 2024 %	Komplikation	Allvarlig komplikation
Ytlig infektion	<2%	35	2,3%	31	1,7%	1,7%	
Djup infektion	<0,7%	11	0,4%	15	0,8%		0,8%
Reoperationer åter in	<2,0%	20	1,1%	24	1,3%		1,3%
UVI	<1%	14	0,8%	6	0,3%	0,3%	
Sepsis	<0,5%	0	0%	1	0,05%		0,05%
Pneumoni	<0,05%	0	0%	0	0%		
DVT	<1%	0	0%	3	0,16%	0,16	
lungemboli	<0,05%	0	0%	2	0,1%		0,1%
Stroke	<0,1%	1	0,06%	0	0%		
Hjärtinfarkt/hjärtstopp	<1%	0	0%	1	0%		
Reoperationer samma vårdtillfälle	<2%	4	0,2%	1	0,05%	0,05	
Antal fallolyckor	<0,5%	2	0,11%	3	0,2%	0,2	

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

- Andelen ytliga sårinfektioner var en av de parametrar som var lägre än de uppsatta målen under 2024. Den dokumenterade andelen ytliga infektioner, baserat på både positiva odlingssvar och/eller förskrivna antibiotika för misstänkta infektioner, minskade med 26 % från 2,3 % till 1,7 %. Denna förbättring tillskrivs främst införandet av förbättrade förband och rutiner.

Djupa infektioner

- Andelen djupa infektioner ökade under 2024 jämfört med föregående år (från 0,4 % till 0,8 %). Målet för djupa infektioner är 0,7 %. Djupa infektioner kräver



ofta reoperation, innebär ökat lidande för patienten och kräver långvarig antibiotikabehandling. Dessa infektioner medför dessutom risk för bestående följder, vilket gör dem till allvarliga komplikationer. Det är också viktigt att notera att ökningen i andelen djupa infektioner jämfört med föregående år motsvarar totalt 4 fler patienter (från 11 till 15 patienter).

Embolier (DVT, stroke, lungembolier)

- Under 2024 drabbades tre patienter (0,16 %) av bekräftad djup ventrombos (DVT). Två patienter (0,1 %) drabbades av lungemboli. En av dessa patienter hade både DVT och lungemboli och återfinns därför i båda grupperna. Denna patient hade inga preoperativa riskfaktorer förutom behandling med Ozempic. En patient utvecklade DVT efter att antikoagulantia sattes ut pga en allergisk reaktion. En annan patient hade nyligen haft en tromboflebit. För båda dessa patienter identifierades inga andra preoperativa riskfaktorer, förutom förmaksflimmer (FF). Patienternas perorala antikoagulantia sattes ut enligt riktlinjer. Risken för emboliska komplikationer postoperativt är högre hos patienter med aktiv cancer, tidigare embolier, förväntad immobilisering 3 dygn samt känd trombofili. För att förebygga dessa komplikationer har patienter med underliggande sjukdomar och riskfaktorer behandlats profylaktiskt med lågmolekylärt heparin (Innohep) under 10 dagar postoperativt, vilket har visat sig vara effektivt för att minska risken för DVT och lungemboli.

Fallolyckor under vårdtiden

- Fallolyckor på sjukhus är vanliga och beror ofta på patientens nedsatta tillstånd, läkemedelsbiverkningar eller förvirring. Sedan 2022 har vi analyserat avvikelser, identifierat orsaker och genomfört förbättringar. Under 2024 rapporterades tre fallolyckor på vårdavdelningen (0,2% av patienterna), en minskning från sju fall (0,4%) år 2022. De rapporterade fallen inkluderar en patient som föll på grund av svaghet i knäet och två patienter som svimmade, varav en vid toalettbesök och en från sängkanten. Samtliga patienter fick omedelbar behandling. Denna analys har varit avgörande för att implementera effektiva åtgärder och minska risken för framtida fallolyckor.

Urinvägsinfektion (UVI)

- På RKC sätts urinkateter inte rutinmässigt, men under 2024 fick totalt 22 patienter en kvarvarande urinkateter (KAD) under eller efter sina operationer. KAD används vid specifika medicinska behov, såsom duraskada som kräver sängläge för att minska huvudvärk samt vid allmänna rörelseproblem, prostataförstoring eller långa operationstider. Av de 22 patienterna som hade KAD utvecklade 6 patienter (27 %) en postoperativ urinvägsinfektion (UVI), vilket motsvarar 0,3 % av alla patienter på RKC under 2024. Faktorer som stress, smärta, läkemedelsbehandling, förstörd prostata och minskad rörlighet ökar risken för urinvägsinfektioner och blåsöverfyllnad efter operationer. Urin som inte töms ordentligt kan tappas ut och mätas med hjälp av ultraljud (bladderscan). Risken för UVI vid tappning anses vara låg men kateterisering (KAD) ökar risken avsevärt. Sammanfattningsvis rapporterades 6 fall av urinvägsinfektion under 2024 och åtgärder såsom förbättrade rutiner och noggrant övervakade kateteranvändningar har bidragit till att hålla incidensen låg.

Urintappningar postoperativ enhet

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%
2024	1845	54	2,9%

Tabell: Antal tappningar av urinblåsa per år på postoperativa enheten. 2024 n=2,9%.

Antalet operationer har ökat årligen från 1 264 operationer år 2019 till 1 845 operationer år 2024. Antalet tappningar har fluktuerat, med det högsta antalet tappningar (89) år 2021 och det lägsta (51) år 2023 och 2024. Andelen tappningar i relation till det totala antalet operationer har varierat under åren, med en topp på 6,0 % år 2021 och en nedgång till 2,9 % år 2023 och 2024.

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 (2023)	14	(12) 35%	(5) 36%	(7) 50%	(6) 43%	0,8%	(2) 14%
22 (2024)	6	6	(0)	(6) 22%	(7) 31%	0,3%	(1)
Blåsöverfyllnad 2024		21			1,1%		

Diagram: Postoperativ urinkateter n= 22 varav 6 patienter (22%) fick UVI 2024. 1,1% av patienterna hade problem med blåsöverfyllnad postoperativt.

Preventiva Åtgärder 2024

Händelsenytt är en kvartalsvis publikation som delas med alla medarbetare och ledning för att öka kunskapen om inträffade avvikelser, vårdskador och RKC:s hantering av dessa. Statistiken baseras på data från avvikelssystemet samt registrerade komplikationer och vårddata från operations- och journalsystem.

Alla vårdrelaterade infektioner (VRI) diskuteras, även om de är av mindre omfattning. Vid allvarliga komplikationer genomförs en verksamhetsanalys, medan övriga patientfall behandlas internt. RKC följer noggrant upp och utreder händelser som har resulterat i eller hade kunnat leda till en vårdskada, identifierar bakomliggande orsaker och vidtar nödvändiga åtgärder. Verksamhetschef och kvalitetsansvarig ansvarar för detta arbete tillsammans med avvikelsegruppen.

I vårt patientsäkerhetsarbete arbetar vi proaktivt för att förbereda och informera patienterna via digitala kanaler och inskrivning. Största delen av preoperativ och postoperativ information levereras genom webbtjänsten FRISQ. För patienter som inte har möjlighet att ta del av digital information, tillhandahåller vi fortfarande skriftlig information.



Under slutet av 2023 blev hälsodeklarationen digitaliserad, vilket har förbättrat underlaget för anestesibedömning. Vi har även implementerat ytterligare frågor inför kirurgi i FRISQ för att identifiera riskpatienter. Målet med användningen av patientetiketter i FRISQ är att minska eller helt förhindra uppkomsten av vårdskador eller medicinska strykningar på operationsdagen.

Systemet gör det också möjligt att följa upp patienter som inte bor i Stockholmsområdet vilket tidigare har varit en utmaning. För att säkerställa att majoriteten av patienterna använder FRISQ, följer vi antalet vårdplaner och andelen som besvarar uppföljningen efter 30 dagar. Hittills använder 95 % av patienterna FRISQ och 83 % svarar på uppföljningen efter 30 dagar, vilket är en ökning med 26 % sedan 2023.

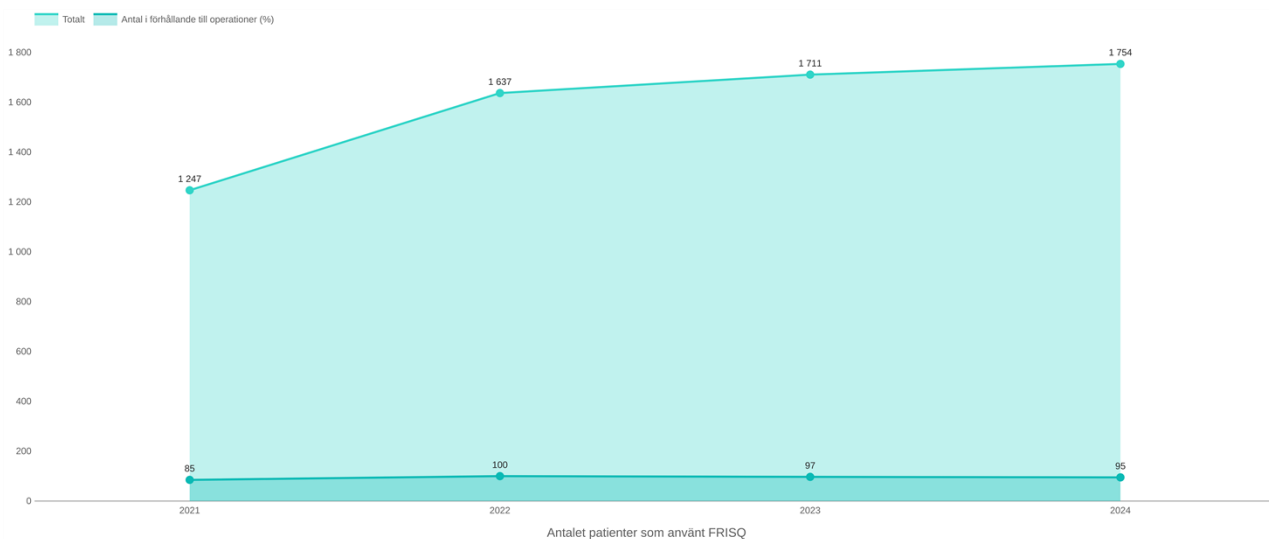


Diagram: Antalet vårdplaner i FRISQ 2024 och förhållandet till antalet operationer (95%).

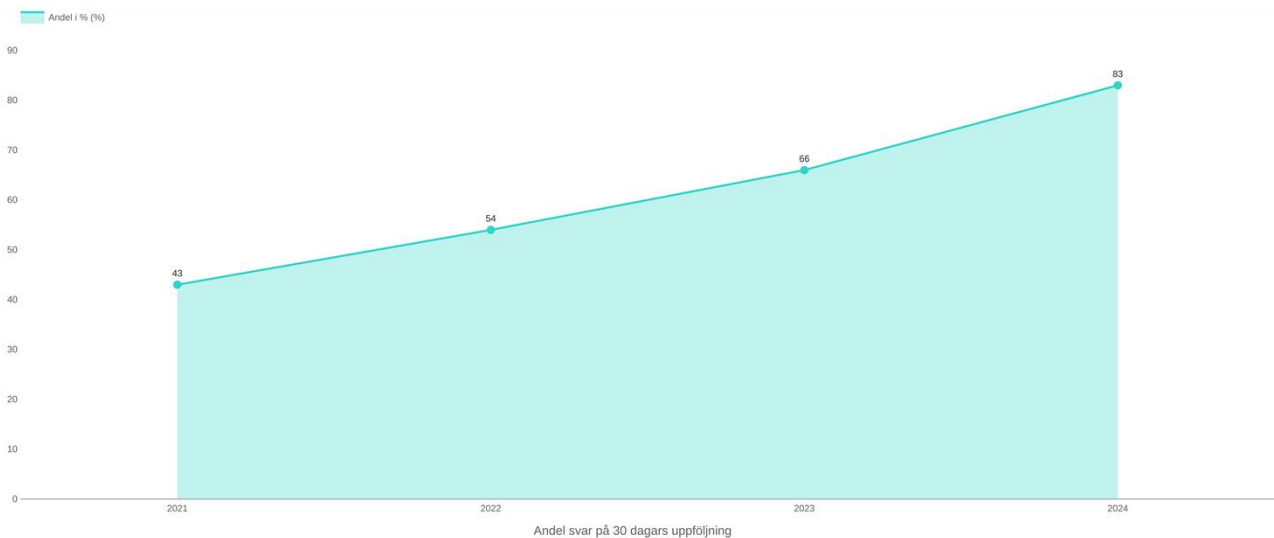


Diagram: Antal patienter som svarat på 30 dagarsuppföljning i FRISQ per år (83%).

4.2 Tillförlitliga och säkra system och processer

Genom att integrera systematiskt patientsäkerhetsarbete som en integrerad del av verksamhetsutvecklingen omfattar 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 på mottagningen eller vid sambedömning med fysioterapeuten misstänker att patientens psykiska hälsa kan påverka lämpligheten av kirurgi kan en screening utföras av vår kurator på RKC. 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 eller skriftlig information. Specifika inskrivningsmallar används. Inskrivningssköterskan/koordinators 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. Under 2024 har vi identifierat ett behov av att kunna klassificera vårdtyngd, vilket framkom i den årliga uppföljningen av arbetsmiljöarbetet på vår vårdavdelning. Detta diskuterades på klinikens APT under 2025, och under året kommer vi att arbeta vidare med att hitta nya, smarta arbetssätt som gynnar alla.

Summa Operationer 1845	ASA klass	% fördelning 2023	Antal	% fördelning 2024
ASA KLASS	1	35%	569	31%
ASA KLASS	2	58%	1112	60%
ASA KLASS	3	7%	164	9%

Tabell: Fördelning av ASA klassificering av opererade patienter under 2024.

Medicinska strykningar påverkar flödet och minskar produktiviteten men är viktig för patientsäkerheten. Under 2024 hade vi 29 patienter som avbokades samma dag (1,6%). Av dessa patienter strök verksamheten 0,7% av dessa pga. medicinska skäl.

Medicinska skäl	antal
Obehandlat högt blodtryck	5
Förkyld vid ankomst	1
Gravid	1
Smärtfri vid ankomst	4
Tagit läkemedel som är kontraindicerat vid kirurgi	2

Diagram: Medicinska strykningar 2021–2024. 2024 0,7%.

Basala Hygienrutiner och Klädregler (BHK)

Kvalitetsansvarig samarbetar med hygienombud på samtliga enheter för att upprätthålla och förbättra vårdhygieniska standarder. Regelbundna utbildningar för nyanställda och enhetschefer genomförs, tillsammans med fördjupade genomgångar för hygienombud. För att minska risken för vårdrelaterade infektioner (VRI) och andra komplikationer prioriteras god följsamhet till BHK och hög hygienisk standard.

Hygienombuden ansvarar för kvartalsvisa BHK-mätningar, vars resultat återkopplas till enheterna för att säkerställa kunskapsöverföring och förbättring. Dessa resultat presenteras i rapportform och visualiseras genom diagram och analyser för att ge en tydlig bild av enheternas prestation.

Basala hygienrutiner är den viktigaste åtgärden för att förebygga smittspridning inom vården. Mätningarna baseras på observationsstudier av medarbetarnas följsamhet till åtta grundläggande

steg för hygien och klädregler. Punktprevalensmätningar (PPM) av BHK rapporteras kvartalsvis till medarbetarna och årligen till Sophiahemmet. Enheter som uppnår 100 % följsamhet belönas med ett diplom som erkännande av deras insats.

Klinikens mål är att bibehålla en mycket hög vårdhygienisk standard (100 % följsamhet). Resultaten för 2024 visar att enheterna har uppnått genomgående höga nivåer av följsamhet. Vid eventuella brister i efterlevnaden samarbetar kvalitetsansvarig och hygienombud på operations- och vårdavdelningen nära med verksamhetschef och enhetschefer. Åtgärder och uppföljning dokumenteras i ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete.

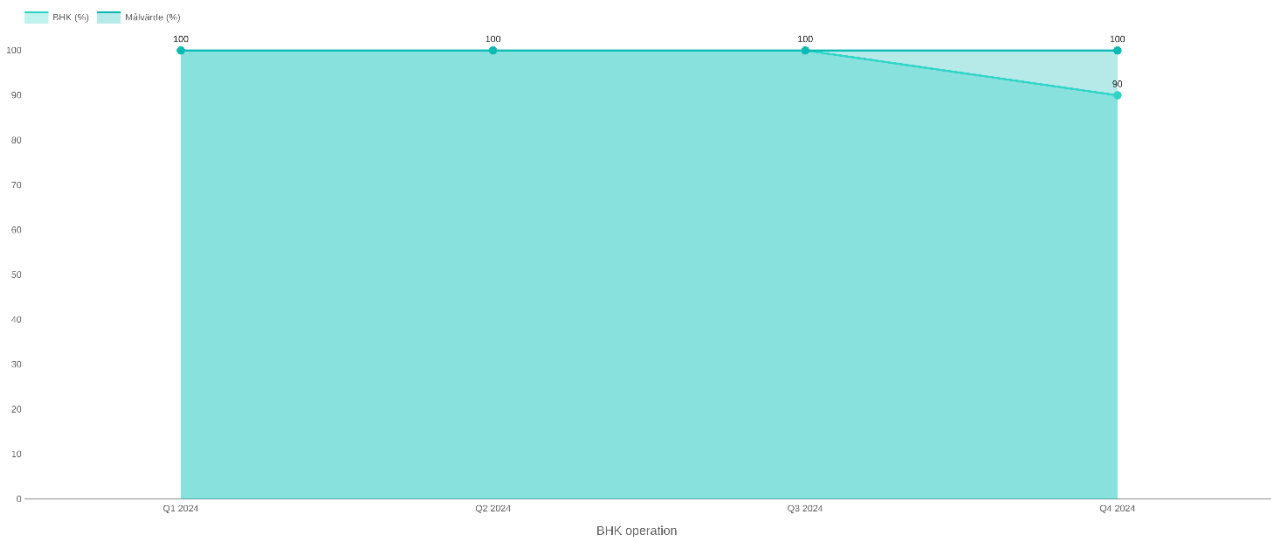
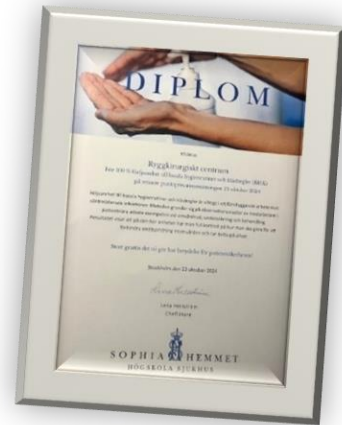


Diagram: Resultat av kvartalsmätningar BHK på operationsenheten 2024.

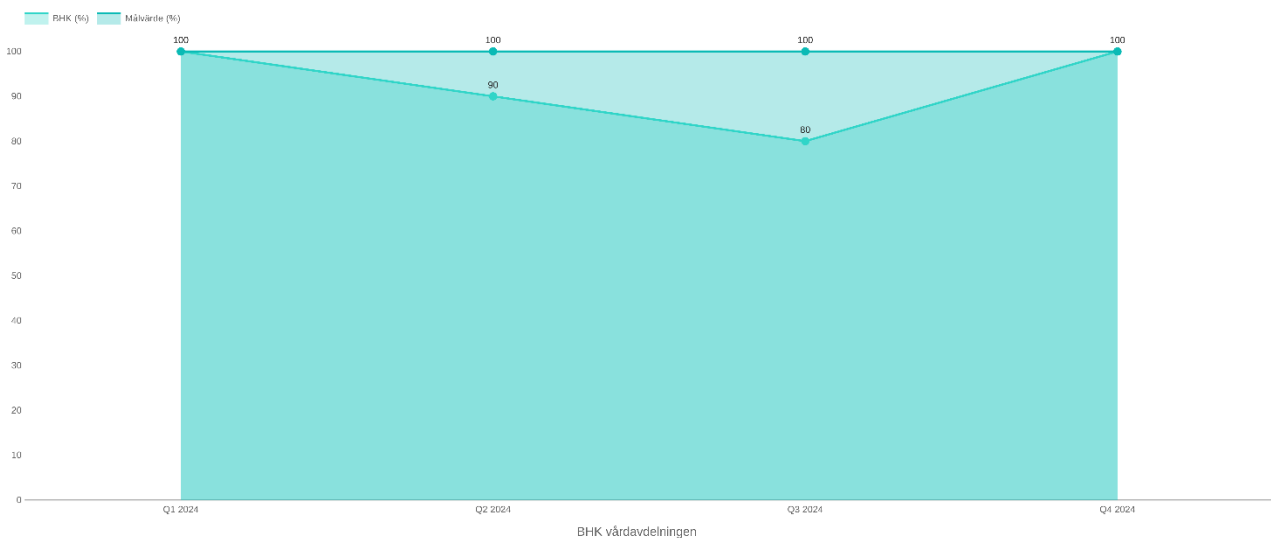


Diagram: Resultat av kvartalsmätningar BHK på vårdavdelningen 2024.

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 behöver 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.

Under 2024 har vi gjort två separata mätningar. En under våren i anslutning till ombyggnation och en efter sommaren. Tanken är att komplettera under 2025 då ombyggnationen av yttre miljö är klar. Som åtgärd pga. ombyggnation har vi hållit täta möten och utvärderat åtgärder som filterbyten och rutiner. Eftersom miljön påverkas av partiklar i rörelse i utemiljön har speciella filter installerats.

Mätningarna har utförts i tre operationsrum, under en operation per rum och i omgivande lokaler vid ett mättillfälle.



Recovery test och partiklar har mätts i OP-rummen i vila.

Mätningarna har utförts enligt SIS Teknisk specifikation "Mikrobiologisk renhet i operationsrum - Förebyggande av luftburen smitta - Vägledning och grundläggande krav". SIS-TS39:2015.

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

Sammanfattning och Åtgärder

Under 2024 identifierades brister i tryckdifferensen mellan operationssalar och intilliggande lokaler samt i partikelhalten i vissa intilliggande områden.

Åtgärder som genomförts:

- Samtliga spjäll och frånluftsdon har åtgärdats eller bytts ut.
- Filterklassen har höjts från EU7 till EU9 för förbättrad luftkvalitet.

- Filterbyten har genomförts regelbundet, med ytterligare en planerad i januari 2025.
- Tryckförhållandena har förbättrats och ytterligare justeringar planeras genom att tätta genomräkningsskåpen.
- En spårgasmätning för att säkerställa flöden i ventilationssystemet är planerad i samråd med verksamheten.
- CFU-mätning kommer att genomföras våren 2025 för att verifiera effekten av vidtagna åtgärder.

Syftet med dessa åtgärder är att säkerställa optimal luftkvalitet, tryckförhållanden och goda arbetsförhållanden i operationsmiljön.

Hygien och Städning på RKC

Städning är en central del av arbetet för att minska smuts och mikroorganismer och utgör, tillsammans med basala hygienrutiner, en viktig åtgärd för att förebygga vårdrelaterade infektioner. Regelbunden uppföljning av rengöringsresultat säkerställer att städprocessen är effektiv och uppfyller höga renlighetskrav.

På RKC används ATP-mätning (Adenosintrifosfat-mätning) som ett komplement till visuell kontroll för att identifiera osynlig kontaminering på cellnivå, vilket är avgörande för att bedöma renhetsnivåer enligt fastställda standarder (RLU). Detta arbetssätt följer svensk standard (SIS) för rengöring och städning inom hälso- och sjukvård.

Regelbundna städkontroller genomförs i samarbete med städledare och inkluderar:

- ATP-mätning för objektiv renhetsbedömning.
- Visuell inspektion inför operationer.
- Daglig slutstädning.

Dessutom granskas överensstämmelsen mellan kemikalier, material och städmetoder vid varje kontroll för att säkerställa en hög hygienisk standard och patientsäkerhet.

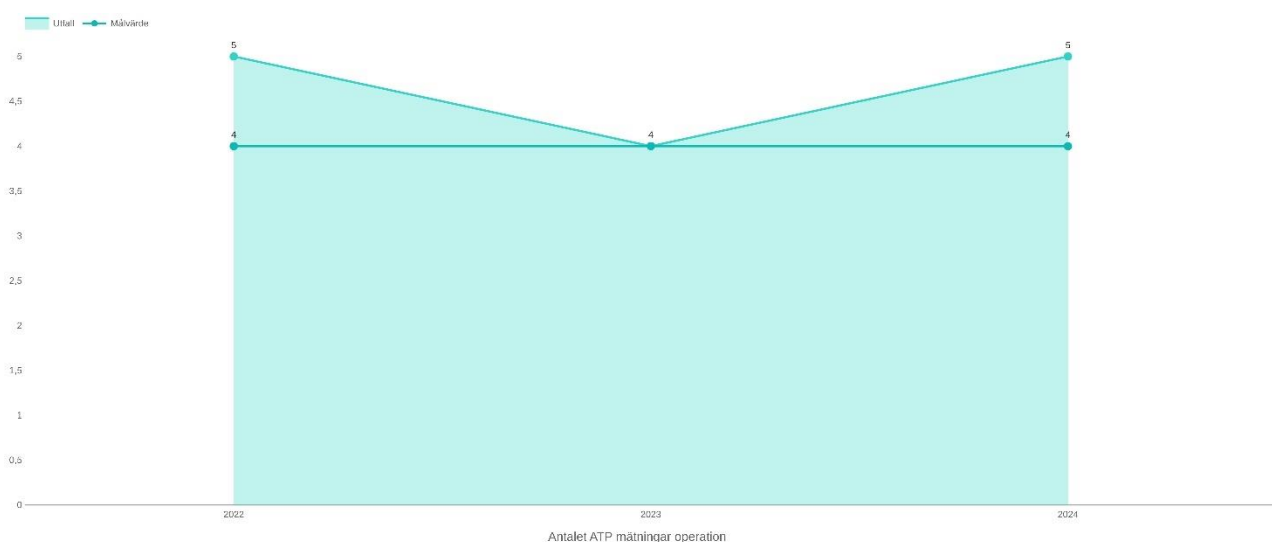


Bild: Antal ATP mätningar operation mellan 2022–2024.

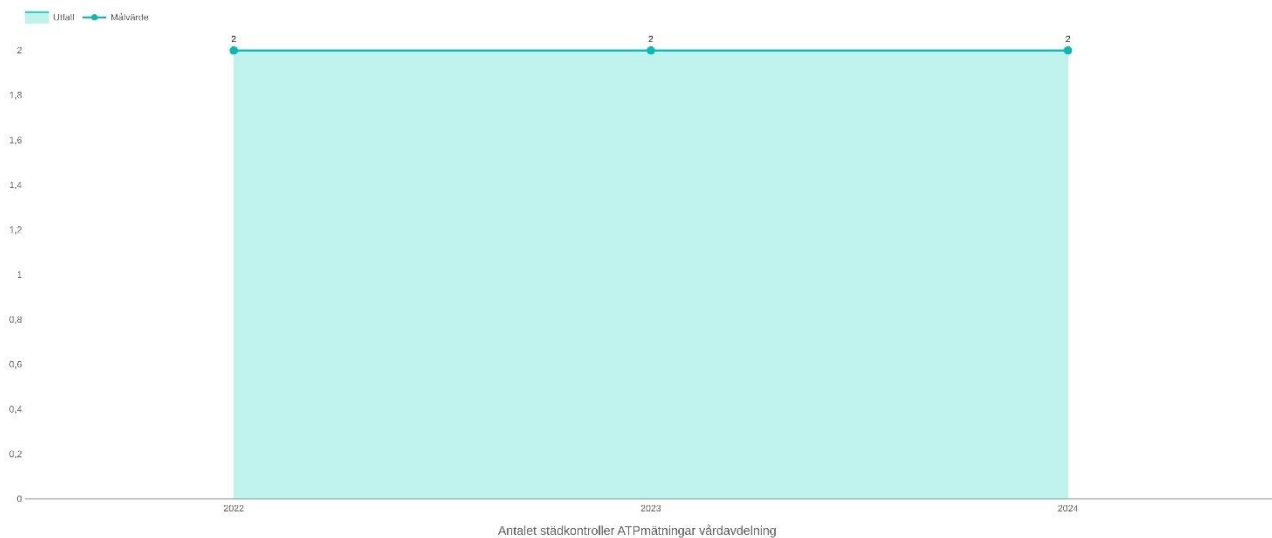


Bild: Antal ATP mätningar vårdavdelningen mellan 2022–2024.

Hygienförbättringar 2024

Ny tvättmaskin med automatisk dosering av tvättmedel:

Genom automatisk dosering säkerställs att korrekt mängd kemikalier används, vilket minimerar risken för överdosering. Detta ger ett optimalt resultat med minimal miljöbelastning och vi använder svanmärkt tvättmedel för att ytterligare minska påverkan på miljön.

Ny maskin för golvrengöring:

Twister rondell: Mekanisk rengöring utan kemikalier, vilket ger ett bättre och renare golv.

Taski städmaskin: Djup mekanisk bearbetning av golven och användning av Twisterdiamantrondell gör att golven kan städas enbart med vatten. Detta resulterar i ett lättare städarbete, minskar personalens belastning och förbättrar golvens hållbarhet. Twister används även för att polera upp vissa golv, vilket underlättar den dagliga städproceduren.

Fortsatt användning av Oxivir wipes:

Oxivir wipes används för desinfektion, en bredspektrumsdesinfektion med väteperoxid. Det aktiva ämnet oxiderar och bryts ned till vatten och syre. Detta medel uppfyller EN 14476 virucidal standard, vilket gör att personalen kan desinficera utan att behöva använda skyddsutrustning.

Fortsatt genomförande av rengöringskontroller med APT mätning:

Rengöringskontroller säkerställs genom användning av APT-mätningar för att verifiera städresultaten och bibehålla högsta hygienstandard.

Internutbildning för personalen:

Regelbundna och fortlöpande utbildningar för personalen för att säkerställa korrekt städteknik och hantering av rengöringsmedel.

Möten och uppföljning:

Flera möten har genomförts med uppföljning av städrutiner och hantering av avvikelser för att säkerställa att alla rutiner följs och att eventuella problem åtgärdas snabbt.

Bytt städerska på vårdavdelningen efter upptäckta brister i städningen för att säkerställa en hög hygienstandard.

Rutinen för piktogram på städvagnar har förändrats för att förbättra kontrollen och säkerställa korrekt användning av städmaterial och kemikalier.

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 vara delaktig och använda Patient Controlled Oral Analgesia (PCoA), vilket ger möjlighet till ökad autonomi vid smärtlindring.

En tvärprofessionell smärtgrupp arbetar kontinuerligt för att optimera postoperativ smärtlindring. Målet är att patienterna ska vara optimalt smärtlindrade med minimal användning av opioider. Detta omfattar både pre- och postoperativ smärtlindring. Under 2022 har vi genomfört en ändring av premedicineringen vid samtliga ingrepp, vilket har lett till en betydande minskning av det postoperativa behovet av opioider. Denna förändring har inte bara ökat patientkomforten utan också minskat riskerna för opioidrelaterade biverkningar.

För att upprätthålla efterlevnad av lagar och riktlinjer genomförs årliga granskningar av en farmaceut från apoteket på RKC. Syftet med dessa kvalitetsgranskningar är att säkerställa en trygg och patientsäker läkemedelshantering inom verksamheten. Granskningarna baseras på Socialstyrelsens föreskrifter, RKC:s interna läkemedelsrutiner och enheternas lokala instruktioner för läkemedelshantering.

Apoteksfarmaceuten granskar skriftliga lokala rutiner och för protokoll över samtliga kvalitetsgranskningar. Dessa genomförs fysiskt på vårdenheterna i samarbete med de ansvariga för läkemedelshantering.



Narkotikakontroller utförs dagligen av personal från olika delar av verksamheten. Detta är en viktig åtgärd för att säkerställa att narkotikahandlingen sker korrekt och att olaglig eller obehörig användning av narkotika förhindras. Utöver de dagliga kontrollerna genomförs även planerade stickprovskontroller två gånger per år. Dessa mer omfattande granskningar syftar till att identifiera eventuella avvikelser eller oegentligheter i handlingen av narkotika över en längre tidsperiod. På operationsenheten använder vi oss 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.

Genom dessa åtgärder arbetar vi kontinuerligt för att förbättra kvaliteten och säkerheten i vår läkemedelshantering, med fokus på patientsäkerhet och efterlevnad av lagstiftning och riktlinjer.

Resultat av läkemedelsgranskning

Apotekets kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen genomfördes i enlighet med gällande föreskrift HSLF-FS 2017:37 samt lokala riktlinjer och rutiner. Granskningen omfattade våra verksamheter inom operationsavdelningen och vårdavdelningen. Under det aktuella året granskades följande områden:

Akutvagnar: Rutiner och innehåll på operationsavdelning och vårdavdelning.

Läkemedelsförråd: Hantering och kontroll av narkotika på operationsavdelningen, postoperativavdelningen samt vårdavdelningen.

Avvikelser och stickkontroller: Granskning av avvikelser och stickkontroller från operationssalar.

Kassering och temperaturkontroller: Hantering och kontroll av kassationer och temperaturer.

Tryckövervakare: Kontroll av centralgasanläggning på operationsavdelningen och vårdavdelningen.

Inskolning och utbildning: Rutiner för inskolning och utbildningsinsatser.

Skriftliga rutiner: Dokumentation och lokala rutiner för läkemedelshantering.

Verksamheten uppvisar välutvecklade och väl fungerande skriftliga rutiner för läkemedelshantering. Eventuella förbättringsförslag som identifierades under granskningen har dokumenterats och ska åtgärdas enligt en åtgärdsplan. För att genomföra de nödvändiga förbättringarna har ansvarig personal utsetts och en tydlig tidplan fastställts.



Bild: Sophiahemmet 1800-tal

Antibiotikaförskrivning

RKC strävar efter att följa rekommendationerna från STRAMAs 10-stegsprogram (STRAMA Samverkan mot antibiotikaresistens) när det gäller antibiotikabehandling. Vid postoperativa infektioner som är vårdrelaterade, är årsstatistiken en viktig faktor för att utvärdera den vård vi bedriver och dess effekter. Vi övervakar antibiotikaförskrivningen för att bevaka utvecklingen av VRI (vårdrelaterade infektioner) och komplikationer.

Under 2024 ökade antalet operationer vid RKC med 4,2 % jämfört med 2023. Samtidigt minskade vår antibiotikaförbrukning, mätt i expedierade recept, med 17 %. Antalet DDD (dygnsdoser) ökade med 6 % jämfört med föregående år. Det är särskilt intressant att notera att trots ökningen av DDD har antalet djupa infektioner förblivit stabilt jämfört med föregående år. Vi har granskat antibiotikaregimen och planerar att under 2025 införa ett nytt PM för både pre-, per- och postoperativ behandlingsstrategi.

Produktexempel	DDD 2023	fördelning i % 2023	DDD 2024	fördelning i % 2024
Cloxacillin Stragen	3 815	88%	4100	89%
Heracillin	165	3,8%	183	4%
Clindamycin hameln	95	2,2%	94	2,1%
Ciprofloxacin Mylan	48	1,1%	20	0,4%
Amoxicillin/Clavulanic acid BB	47	1,1%	42	0,9%
Cefotaxim Navamedic	38	0,9%	58	1,3%
Cefuroxim Navamedic	15	0,3%	30	0,7%
Bactrim	0	0	25	0,6%
Selexid	14	0,3%	9	0,2%
Gentamicin	0	0	7	0,15%
Vancomycin MIP	8	0,2%	5	0,11%
Nitrofurantoin Alternova	8	0,2%	25	0,5%
Summa:	4 331		4596	

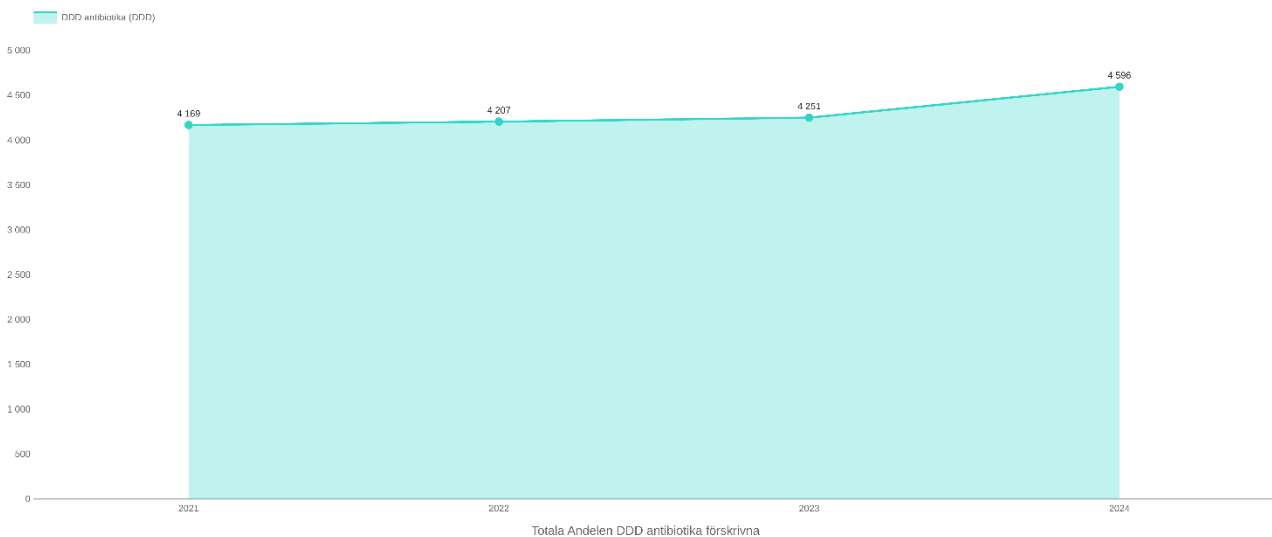


Diagram: Totala andelen rekvisitioner (dygnsdoser, DDD) antibiotika per år 2021–2024.

DDD 2024 n=4596 Rapport från STRAMA.

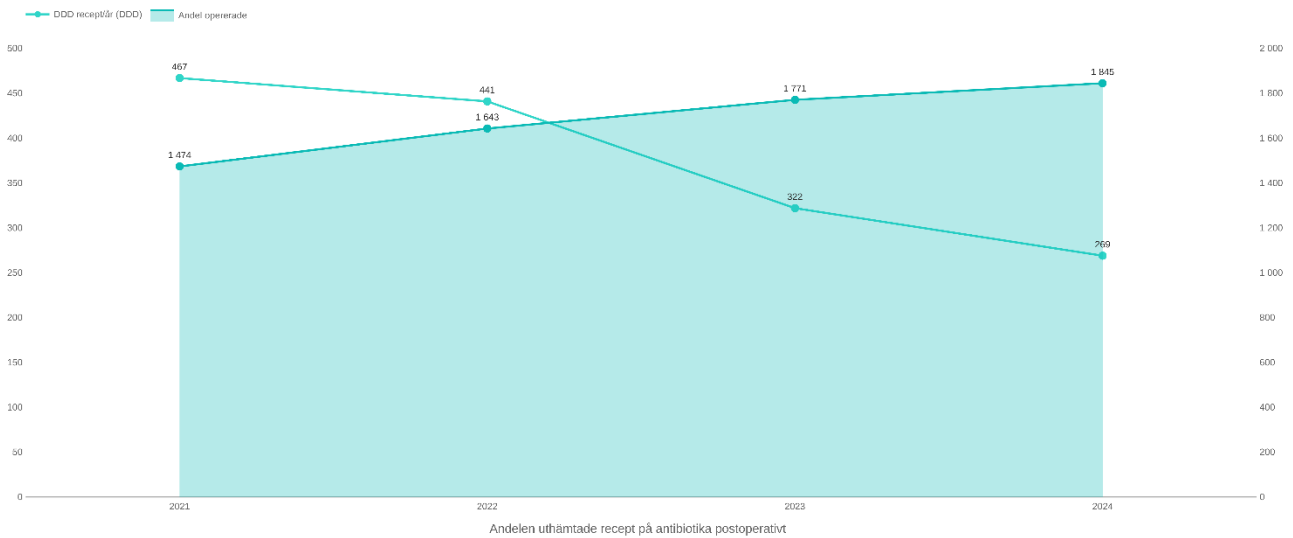


Diagram: Antalet uthämtade recept 2021–2024. 2024 hämtades n=269 recept av patienter behandlade på RKC. En minskning med 17 % från 2023 (322st). Uppgifter delvis rapporterade från STRAMA.

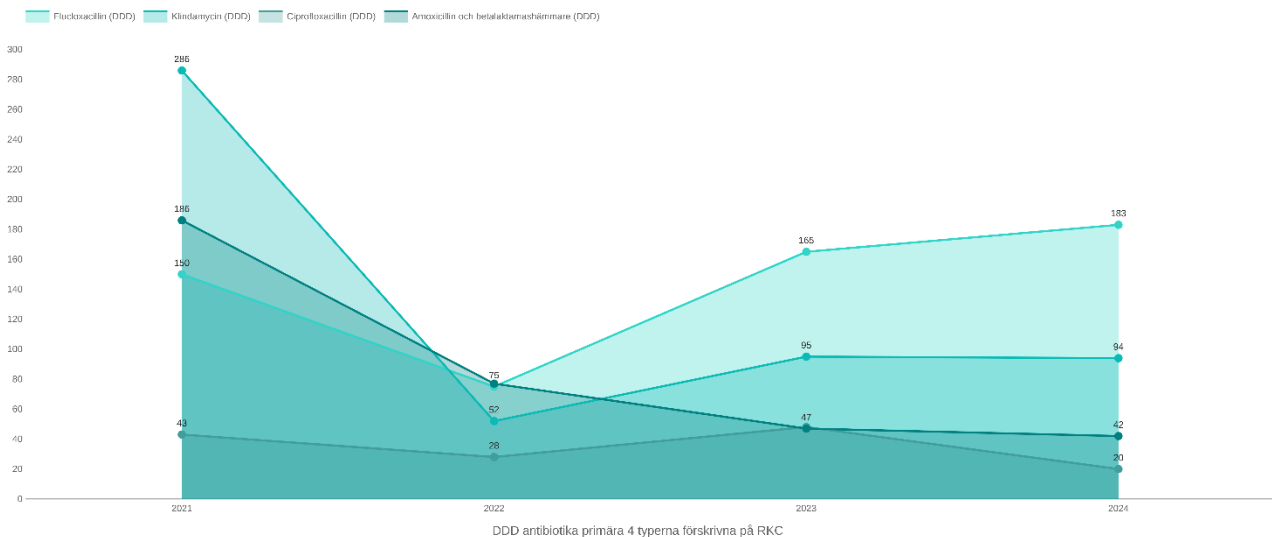


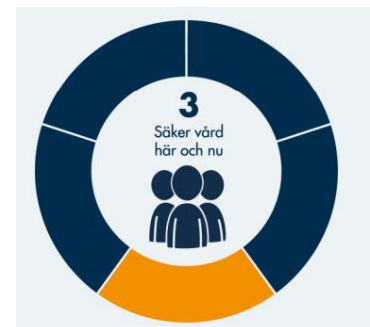
Diagram: Variation och antal DDD antibiotika ordinerade för postoperativ infektion på RKC rapporterade från STRAMA mellan 2021–2024 Se även tabell nedan.

År	Flukloxacillin DDD	Klindamycin DDD	Ciprofloxacin DDD	Amoxicillin DDD
2024	182	93	20	42
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. 2018–2024. Svårbehandlade infektioner kräver ibland bredspektrumantibiotika och förlängd behandling på RKC.

4.3 Säker vård här och nu

RKC har identifierat flera områden som är särskilt sårbara och som kräver särskild uppmärksamhet för att säkerställa att vi lever upp till våra mål om säker och hållbar vård. Dessa områden är centrala för vårt arbete med vårdprevention och riskhantering:



Vårdrelaterade infektioner (VRI)

Förebyggande av vårdrelaterade infektioner är en av våra största prioriteringar. Genom att implementera striktare hygienrutiner och följa upp vårdstandarder arbetar vi för att minska antalet infektioner och säkerställa att alla patienter får vård av högsta kvalitet utan onödiga risker.

Överbeläggningar och kapacitetsutmaningar

Under perioder av hög belastning kan överbeläggningar påverka både arbetsmiljön och patientsäkerheten. För att hantera detta har vi utvecklat flexibilitet i vår bemanning och arbetsfördelning för att snabbt kunna anpassa oss till förändrade förutsättningar.

Leveransproblem av produkter och läkemedel

Brist på läkemedel och viktiga produkter är ett område som kan skapa störningar i behandlingen och försämra patientsäkerheten. Vi arbetar kontinuerligt med att upprätthålla goda leverantörsrelationer och ha beredskapsplaner för att hantera situationer när brist uppstår.

Inhyrd personal

Användning av inhyrd personal är en del av vår strategi för att säkerställa bemanning, men vi är medvetna om de potentiella risker det medför i form av bristande kännedom om interna rutiner och arbetskultur. För att minimera dessa risker säkerställer vi att all inhyrd personal genomgår en grundlig introduktion och utbildning för att upprätthålla hög säkerhet och kvalitet i vården.

Patientdelaktighet och kommunikation

Att involvera patienter i sin egen vård är avgörande för säkerheten. Vi arbetar med att utveckla och förbättra kommunikationskanaler mellan personal och patienter för att öka delaktigheten och säkerställa att patientens behov och önskemål tas i beaktning under hela vårdprocessen.

Teknik och digitala system

Integrationen av digitala lösningar och teknik i vården är nödvändig för effektivitet och kvalitet, men innebär också en risk om systemen inte fungerar som de ska. Vi genomför regelbundna tester och utbildningar för att säkerställa att tekniken inte utgör ett hinder för vår säkerhet och att alla användare har rätt kompetens att använda systemen på ett säkert sätt.

Identifiering	Analys	Åtgärder	Uppföljning
Patienter uteblir eller kommer för sent	Patienter hittar inte och har tappat bort kallelsen, risk för att de missar tid.	Digitala kallelser, sms-påminnelse med karta.	Kvartalsuppföljning av uteblivna besök och kallelseeffektivitet.
Patienterna har tagit mediciner vid ankomst kontraindicerat vid kirurgi	Patienter missförstår information eller läser inte informationen korrekt.	Förtydligande av medicinsk information i FRISQ och kallelse.	Kvartalsuppföljning av avvikelser från korrekt medicinerings vid operation.
Patienter bokar av sig på helgen	Tider går inte att fylla med kort varsel.	Zymego avboknings-/ombokningstjänst, Kortvarsellista.	Kvartalsuppföljning av tidsanvändning och antal ombokade tider.
Patienter är smärtfria vid ankomst till operation	Patienter vill inte bli strukna från operation och kommer ändå. Ingen patient hinner få avbokad operationstid.	0 NRS-arm eller ben 6 och 3 dagar innan operation i FRISQ. Inskrivningssköterska ringer upp patienten eller ber PAL.	Minskat antal operationer som stryks, kvartalsuppföljning på genomförda operationer och NRS-vården.
Patienten har högt blodtryck vid ankomst	Patienter blir strukna från operationen.	Blodtryckskontroll på mottagningen av ansvarig läkare, fler blodtrycksmätare.	Påminnelse på läkarmöten, avvikelser, uppföljning i kvartalsrapport.
Stor arbetsinsats för att skicka och fylla i pappersformen av kvalitetsregister	Minska pappersförbrukning, postgång, transporter.	Digitala kvalitetsregister	Kontinuerlig uppföljning av koordinatörer i Swespine. Jämför tidsåtgång före och efter implementering av digitala register.
Uppfylla vårdgarantin	Vi har några patientgrupper där vi har långa väntetider.	Omplanering av operationsprogram och mottagningstider. Öka extra mottagningar, bättre remissbedömning.	Följ upp genom CVR och centrala väntetidsregistret.
VRI	Många besök på postopmottagningen r/t såromläggningar och förband som måste bytas.	Sårvårdsgruppen informeras om förändringar som sker på operation.	Kvartalsrapport ytliga infektioner, månadsavstämning på inkommande samtal postop. Antal såromläggningar årsvis.
Blåsöverfyllnad	Flera patienter har problem med resurin och riskerar blåsöverfyllnad.	Byte av bladderscan, kontroll av antalet tappningar och KAD.	Kvartalsrapport om användning av bladderscan och förhindra blåsöverfyllnad.
Tillgänglighet	Patienter kommer inte fram på telefonen.	Öka telefontider, förbättra informationen på telesvarare och hänvisa till 1177. Öka bemanningen på telefontiderna.	Månadsrapport från Tele Q om antal inkommande samtal och väntetider.

Tabell: Exempel på identifierade risker och åtgärder 2024.

Patienter uteblir eller kommer försent

Patienter har ibland svårt att hitta eller har tappat bort sina kallelser, vilket leder till att de missar sin tid och operation. Detta kan leda till ineffektivitet i operationsplaneringen.

Patienterna har tagit mediciner vid ankomst kontraindicerat vid kirurgi

Vissa patienter missförstår eller läser inte informationen korrekt om att avstå från vissa mediciner före operation, vilket kan medföra risker för komplikationer under kirurgin.

Patienter bokar av sig på helgen

När patienter avbokar sina operationer på helgen blir det svårt att fylla de lediga tiderna med kort varsel, vilket resulterar i ineffektiv användning av operationstider.

Patienter är smärtfria vid ankomst till operation

Patienter som inte känner smärta vid ankomst till operation kan fortfarande komma till operationen och blockera tid som kunde ha använts för andra patienter, vilket kan leda till onödiga fördröjningar och strykningar.



Patienten har högt blodtryck vid ankomst

Högt blodtryck kan leda till att patienter inte kan genomgå operation som planerat, vilket gör att operationstiden inte heller hinner fyllas med en annan patient. Detta gör det svårare att uppfylla vårdgarantin indirekt, eftersom den lediga tiden går förlorad och väntetiderna för andra patienter kan öka.

Stor arbetsinsats för att skicka och fylla i pappersformen av kvalitetsregister

Det är tidskrävande att hantera pappersbaserade kvalitetsregister, vilket innebär onödig administrativ arbetsbelastning och ökad risk för fel i hanteringen. Dessutom innebär det en personuppgiftsrisk när pappersformulär cirkulerar, vilket kan leda till att känslig information oavsiktligt kommer på avvägar. Digitalisering av register minskar både den administrativa bördan och riskerna för felhantering.

Uppfylla vårdgarantin

För vissa patientgrupper finns det längre väntetider för behandlingar och operationer än vad vårdgarantin kräver, vilket kan leda till förseningar i vård och missnöje bland patienter.

VRI (vårdrelaterade infektioner)

Ytliga sårinfektioner uppmärksammas på postopmottagningen och vi vet att tidiga förbandsbyten ökar risken för infektioner. Därför är det viktigt att förbanden hanteras korrekt och byts ut i rätt tid för att minska risken för infektion och komplikationer för patienten.

Resurin och Blåsöverfyllnad

Svårigheter att tömma blåsan eller blåsöverfyllnad. Behov av kvarvarande kateter.

Tillgänglighet

Patienter har svårt att komma i kontakt med vården via telefon, vilket kan leda till frustration och fördröjningar i att få hjälp, boka tider eller få information om sin behandling.

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 2024 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.

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

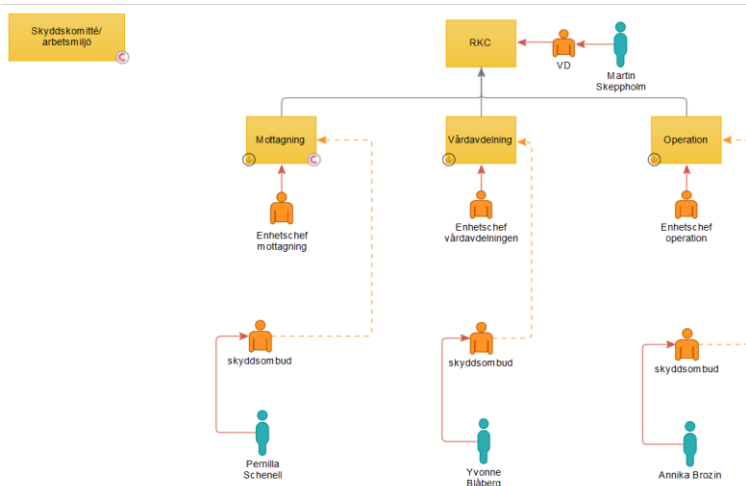


Bild: Organisation, skyddskommitté /arbetsmiljö.

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.

Nyrekrutering 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 "Söker 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 2024 genomfördes två riskanalyser

Under 2024 genomfördes två riskanalyser. Den första handlade om att utöka vår verksamhet i G-huset, där en riskbedömning genomfördes och uppföljning skedde genom veckomöten. Den andra analysen fokuserade på att öka produktionen och minska väntetider för operation med onavigerad fusion, där åtgärder för att hantera riskerna också har följts upp

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.

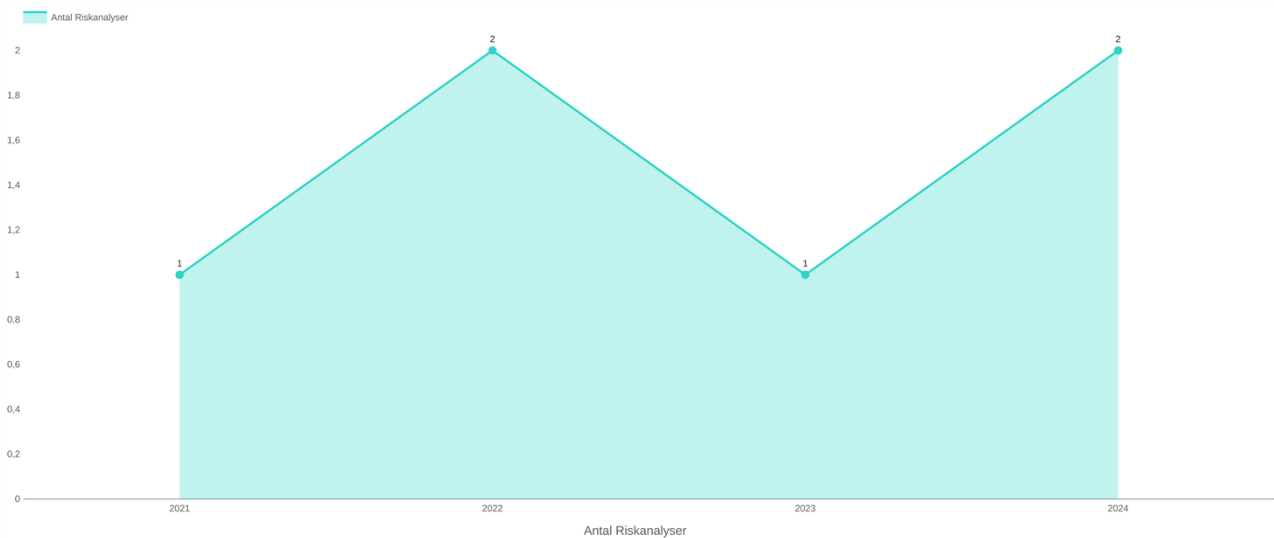


Bild: Antal riskanalyser per år från 2021–2024. 2024 gjordes två riskanalyser.

Riskbedömning i Riskmatrisen:

I vårt riskanalyssystem registreras risker i en riskmatris med utgångspunkt i en etablerad riskklassificering. Här presenteras riskerna för RKC 2024 n=. 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
2024	193	82	88	22	1	96	2

Tabell: Risker i riskmatrisen 2024. Klassificering utifrån sannolikhet och allvarlighetsgrad. Under 2024 bearbetades 193 olika risker.

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

Beskrivning av Sannolikhet

Beskrivning av Allvarlighetsgrad

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

Riskvärde	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 2024 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

Kvalitetsansvarig 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



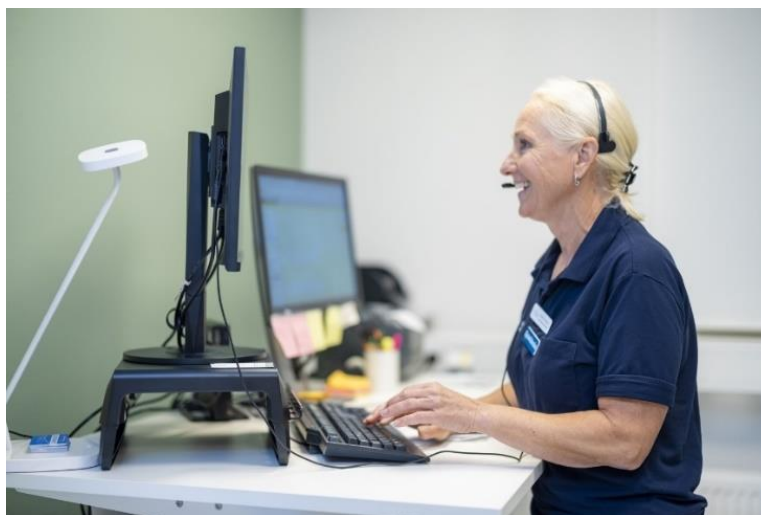
kvartalsvis och vid årliga klinikdagar. Några gånger per år genomförs även en journalgranskning av patienter som har fått komplikationer och vårdats på andra sjukhus. Relevant information djupanalyseras inom verksamheten, och resultaten presenteras för klinikledningen.

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 1 800 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 2024. Under 2024 har vi konstaterat att vi inte uppnår den önskade tillgängligheten för våra patienter. Därför genomfördes en kartläggning av situationen, justeringar i vårt system för inkommande samtal och förändringar i triageringen till 1177 i större utsträckning. Möjligheten att rekrytera mer personal har också setts över. Under 2025 följer vi upp effekterna av dessa åtgärder.

Postop mottagning			
Besök och telefon	Antal fysiska besök	Antal bokade telefonuppföljningar	m= samtal per kvartal via Tele Q
2023	670	451	692
2024	676	372	619

Tabell: Uppföljning postoperativ sjuksköterskemottagning. Mottagningsverksamhet innefattar besök och telefonkontakt.

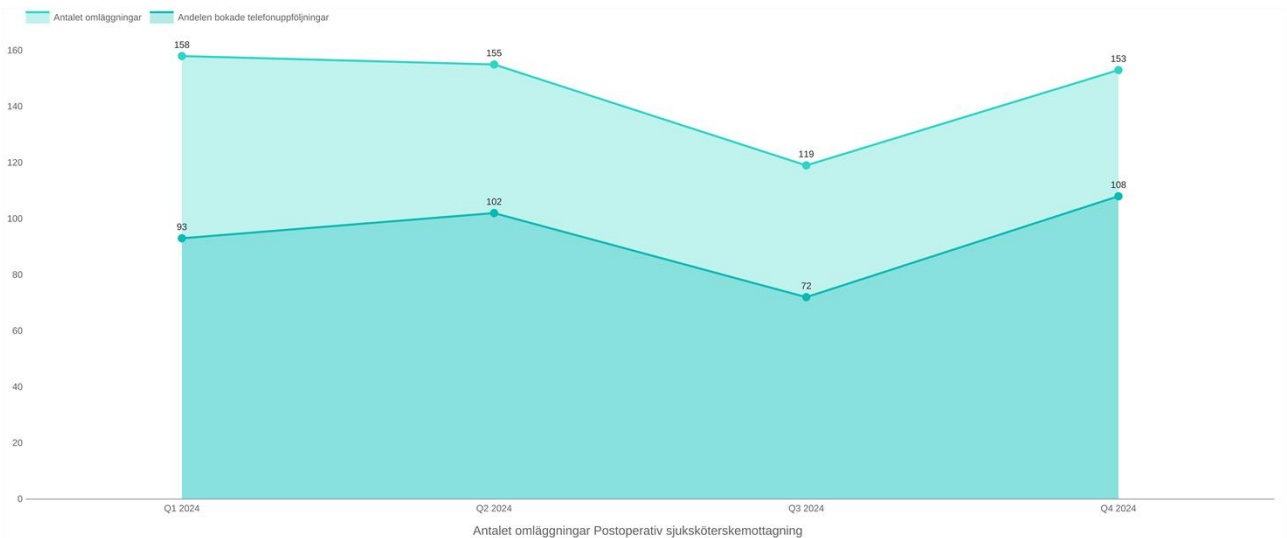


Diagram: Antalet besök till postoperativa mottagningen i relation till antalet omläggningar och telefonbokningar 2024.

Antalet omläggningar på mottagningen ligger något lägre än 2023 (99%) än 2024 (95,3%). Vi ser en minskning med 3,7%. Operationsfrekvensen ökade dock med 4,2%. Majoriteten av besöken 2024 gäller fortfarande sår och behov av omläggningar (95,3%). Vår policy är att ta emot samtliga patienter postoperativt med sår och omlägningsbehov. Följsamheten till denna policy har ökat varför patientbesöken blivit allt fler. Ett fåtal av besöken till mottagningen gäller smärtproblematik.

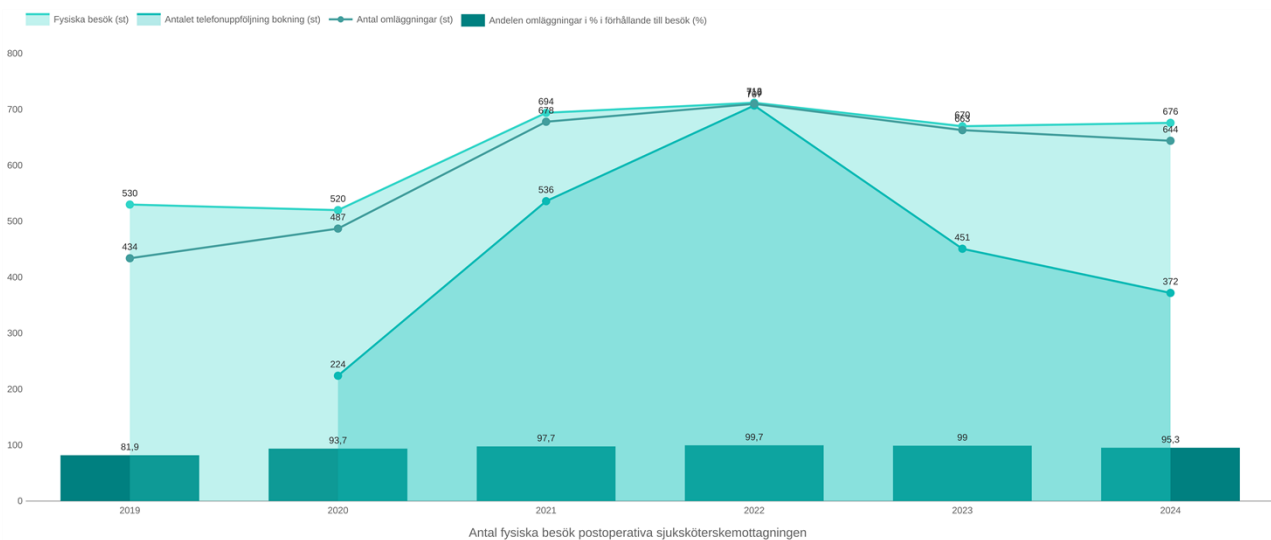


Diagram: Antal fysiska besök, telefon och omläggningar postoperativa sjuksköterskemottagningen. n= 95,3% omläggningar 2024.

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 4:1 för resultat.*



4.6 Avvikelser

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

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

Varje medarbetare informeras om sin skyldighet att rapportera händelser som har 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

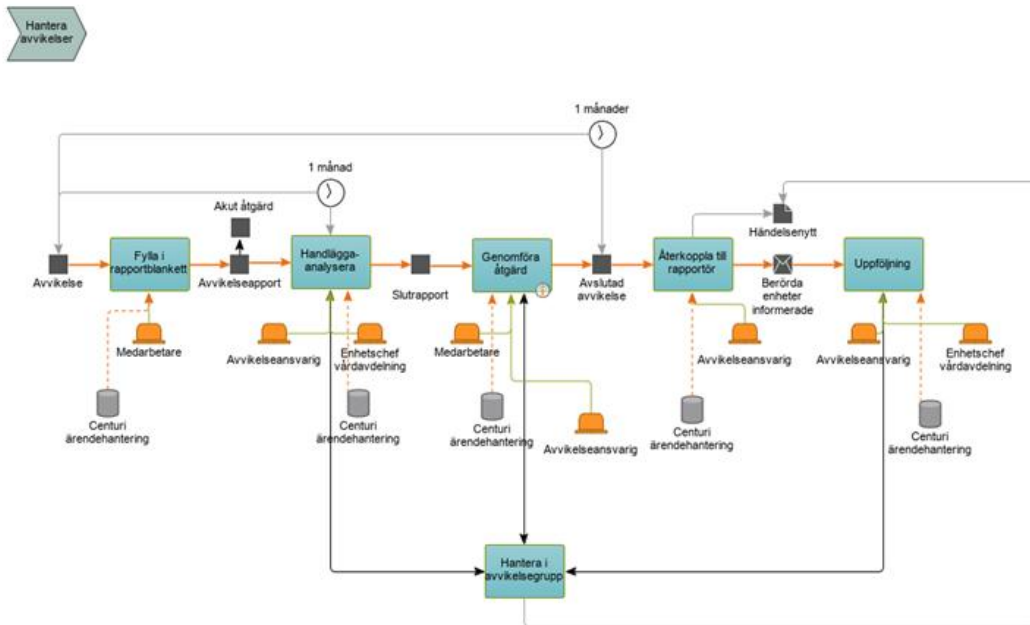


Bild: Avvikelseprocess.

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 171 avvikelserapporter från medarbetare vid RKC under 2024, varav 11 av dessa innefattade förbättringsförslag. Syftet med förbättringsförslagen är att optimera processer, stärka patientsäkerhetsarbetet och proaktivt förebygga händelser. Avvikelserna 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.

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.

Sammanställning av avvikelser 2024

Radetiketter	Summa avvikelser, fördelning i %
Mottagning	33 (19%)
Risk (något har inträffat, ingen skada skedd)	14
Tillbud (något har inträffat, skada)	11
Allvarligt tillbud (allvarlig skada)	0
Operation	41 (24%)
Risk (något har inträffat, ingen skada skedd)	20
Tillbud (något har inträffat, skada)	15
Allvarligt tillbud (allvarlig skada)	2
Vårdavdelning	97 (67%)
Risk (något har inträffat, ingen skada skedd)	57
Tillbud (något har inträffat, skada)	16
Allvarligt tillbud (allvarlig skada)	1
Antal avvikelser	160
Totalt antal allvarliga tillbud	3
Antal förbättringsförslag	11
Totalt	171

Tabell: Antal avvikelser, fördelning och klassificering av avvikelser per enhet 2024.

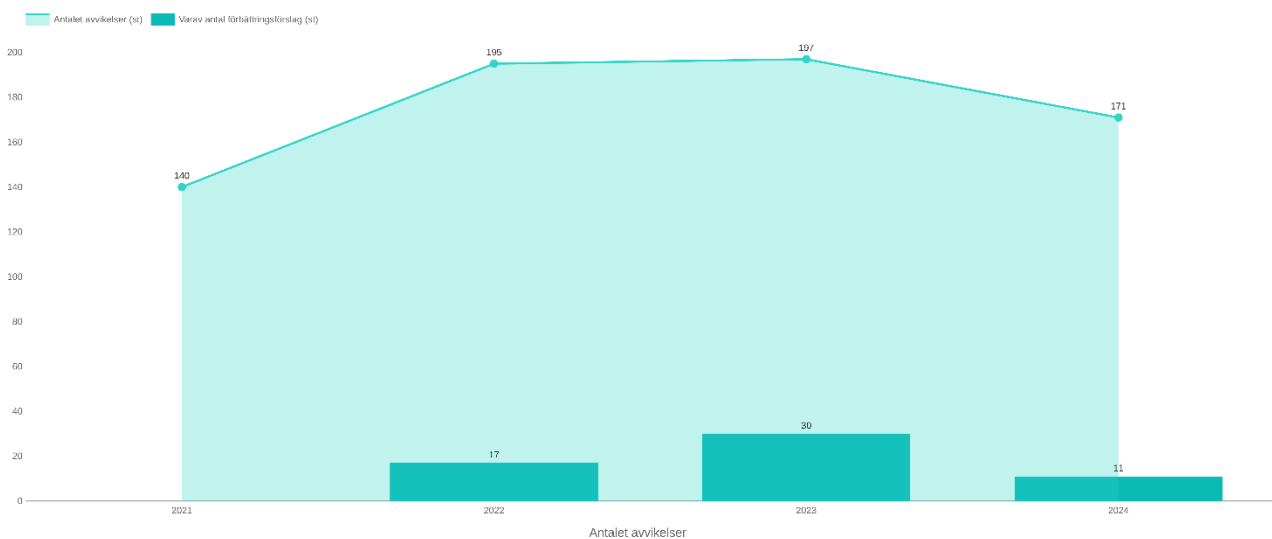


Diagram: Totalt antal registrerade ärenden 2021–2024. 2024 n=171 varav avvikelser n=160- Enheterna har lämnat sammanlagt 11 förbättringsförslag. Förbättringsförslag infördes först 2022.

Under 2024 har vi slutfört 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 i denna rapport har vi även gått igenom handläggnings- och utredningstiden. Tiden för hanteringen av avvikelser är en viktig faktor för att stimulera personalen och känna meningsfullhet i rapporteringen.

Utredningstiden kan ibland göra att handläggarens totala tid blir fördröjd, något som vi under 2025 kommer att försöka minska.

Enhet	Stadie	Genomsnittlig tid i dagar
Ryggkirurgiskt Centrum AB	Handläggning	41
Vårdavdelning	Handläggning	50
Operation	Handläggning	32
Mottagning	Handläggning	41
Ryggkirurgiskt Centrum AB	Utredning	16
Vårdavdelning	Utredning	17
Operation	Utredning	17
Mottagning	Utredning	14

Tabell: Handläggnings- och utredningstiden för avvikelser per enhet och totalt 2024. m= 41 dagar. Mål >30 dagars total handläggningstid.

Allvarliga tillbud 2024

Under året har RKC efter omklassificering av avvikelsehandläggare haft 3 allvarliga tillbud. Vi har utrett alla ärendena separat men inte funnit anledning att genomföra en händelseanalys.

Typ av allvarligt tillbud
Postoperativ infektion
Postoperativ komplikation med lungemboli
Handhavande av medicinteknisk utrustning, peroperativ sårskada

Tabell: Allvarliga tillbud 2024 n=3.

Enhet	KPI	Kommunikation	Felbehandling	Läkemedel	Dokumentation	Fysisk skada	Annat	Totalt
Ryggkirurgiskt Centrum AB	Patient	6	5	6	0	8	10	35
Ryggkirurgiskt Centrum AB	Kvalité	0	0	2	0	0	0	2
Ryggkirurgiskt Centrum AB	Patientsäkerhet	2	0	7	2	2	7	20
Ryggkirurgiskt Centrum AB	Hygien	0	0	0	0	0	3	3

Tabell: Typ av område, patient.

Avvikelsegruppen är en tvärprofessionell grupp. Gruppen har hållit totalt 8 möten under 2024. De prioriterade förbättringsområdena har inneburit ett proaktivt arbete över flera områden. Detta inkluderar insatser för att minska strykningar och öka tillgängligheten, förbättra patientinformation samt förbättra kallelser. Förbättra kommunikationen mellan olika personalkategorier. Vi har aktivt arbetat med att förbättra dokumentationen och kommunikationen inom och mellan enheterna och ser betydande potential för vidare förbättring inom detta område. Genom att återinföra kvartalsrapporter hoppas vi på öka frekvensen av avvikelser.



Bild: Delar av avvikelse/förbättringsgruppen.

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 enligt lagens mening fått en patientskada vid undersökning, vård eller behandling samt att bidra till att antalet skador i vården minskar.

Under 2024 inkom 44 anmälningar till LÖF gällande RKC. Alla som arbetar inom vården strävar efter att ge patienten bästa möjliga vård. Ändå inträffar det tyvärr ibland skador och felbehandlingar som kan komma att klassificeras som patientskador. För situationer då en patientskada uppstår i samband med hälso- och sjukvården kan LÖF erbjuda ekonomisk ersättning enligt

patientskadelagen. Patientskador utreds såväl av RKC (om de gäller den egna kliniken), men även av LÖF som bedömer ärendet tillsammans med hjälp av sina egna medicinska rådgivare.

Eventuell ersättning vid en godkänd patientskada kan utbetalas som flera olika poster beroende på patientskadans förlopp. Till exempel innebär "sveda och värk" ersättning för det ökade lidande som uppstår under akuttiden som uppstår till följd av patientskadan men inte för den akuttid som tillskrivs grundskadan. Ibland ersätts även kostnader där patientskadan medför ökade utgifter utöver grundskadan. Eventuella kvarstående besvär eller invaliditet till följd av en patientskada brukar som regel bedömas ungefär ett år efter patientskadans akuttid har avslutats.

En del av de LÖF-ärenden som inkommer till RKC är kompletteringar till patientskador till följd av undersökning, vård eller behandling utförd på andra enheter. Kompletteringar i form av journalhandlingar tillhörande 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.

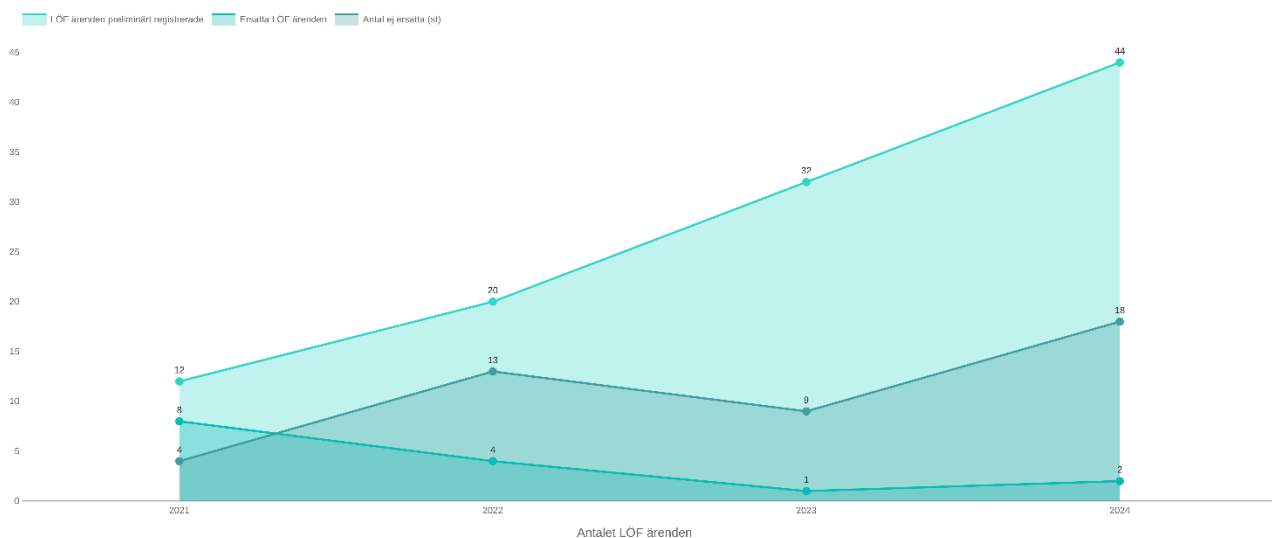


Diagram: Antal preliminära LÖF ärenden 2024 n=44.

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
Anmälningsår 2024	44	2	18	24

Tabell: Antalet ärenden, hanterade, ej hanterade, eller ersatta under 2019–2024.

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

IVO och LEX MARIA

RKC har som vårdgivare ansvar för att utreda och vidta åtgärder när en patient drabbats av vårdskada eller har utsatts för risk för vårdskada. Dessa händelser ska, om de bedöms vara allvarliga, också enligt HSLF-FS 2017:40 och HSLF-FS 2017:41 samt Patientsäkerhetslagen 2010:659 anmälas enligt lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Vid utredning av allvarliga händelser eller risk för allvarliga händelser är syftet bland annat att det ska leda till adekvata åtgärder som förbättrar patientsäkerheten och därmed minskar risken för vårdskada.

Under 2024 har två beslut från tidigare anmälningar inkommit och delgivits verksamheten. Båda besluten visar att RKC gjort vad som ålagts i hänsyn till patientsäkerhet och rutiner. I båda klagomålen motiverar IVO ingen ytterligare åtgärd och därför avslutas ärendena. IVO finner att den medicinska handläggningen utfördes i enlighet med 6 kap. 1 § PSL. Av bestämmelsen framgår att patienter ska ges sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som överensstämmer med vetenskap och beprövad erfarenhet.



De två anmälningar har inkommit under 2024. Den ena rör inte vår verksamhet utan innefattade informationsinhämtande.

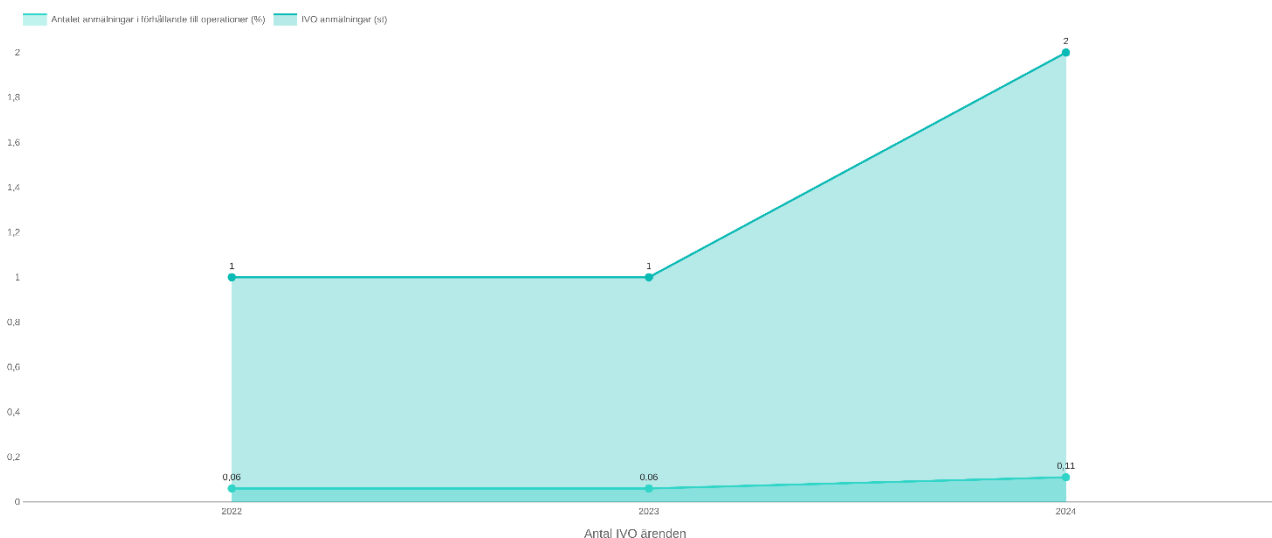


Diagram: Antal IVO ärenden per år (2022–2024).

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 vårdskaeutredningar 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.

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.

Under 2024 gjordes ingen händelseanalys på RKC.

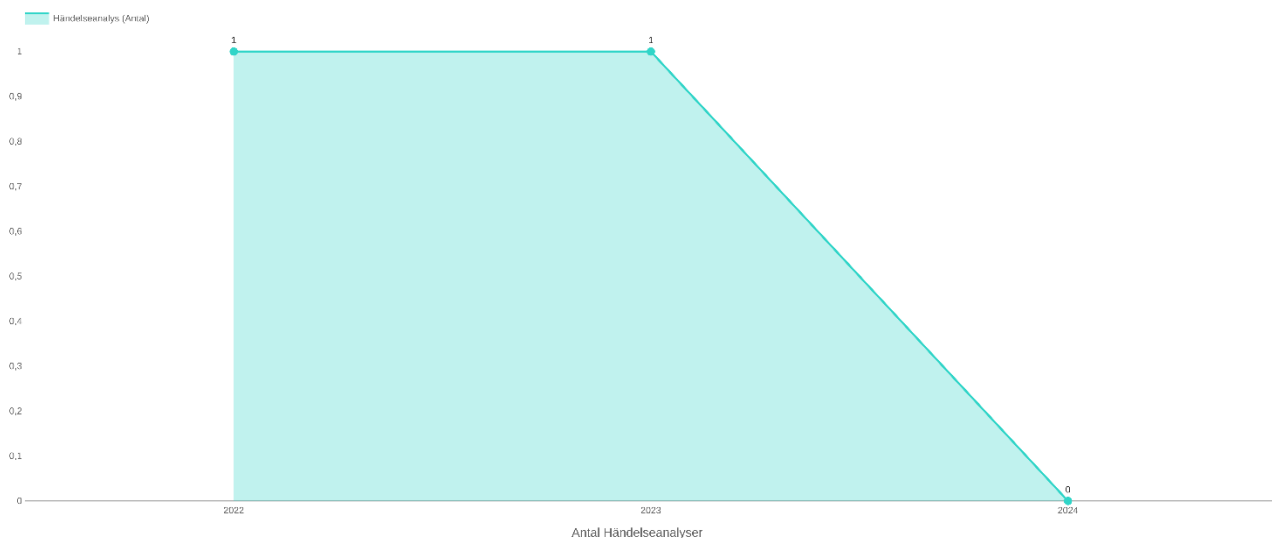


Diagram: Antal händelseanalyser 2022–2024.

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 kvalitetsansvarig, förbättringsgrupp och ledning. Uppföljning av patientnöjdhet genomförs kontinuerligt. Patienternas upplevelse av vården och bemötandet är en värdefull och lärorik kunskap.

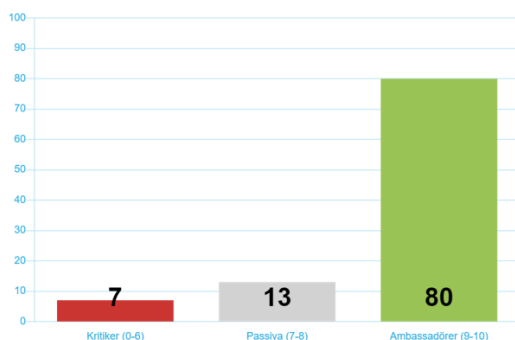


Kundnöjdhet på mottagningen

Kvalitetsindikatorer med särskilt fokus är dimensioner som delaktighet, bemötande, vården/behandlingen, nöjdhet, delaktighet, information men även faktorer som väntetider och NPS (patienten kan tänka sig att rekommendera verksamheten). Via vår kundportal får vi svar på patientens upplevelse av öppenvårdsverksamheten där patienterna även kan lämna förbättringsförslag eller beröm som fritextsvar. Under 2024 svarade 3326 patienter på enkäten av totalt 6448 utskick (antal nybesök 7379) Det innebär att svarsfrekvensen var 52%. Inom FRISQ erhåller opererade patienter inom slutenvårds- och dagkirurgiverksamheten automatisk uppföljning efter 7, 30 och 90 dagar. Rapporter sammanställs och delges samtliga medarbetare månadsvis.

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.

Bild: NPS på mottagningen på RKC 2024. Medelvärdet på RKC var 73 i förhållandet 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.

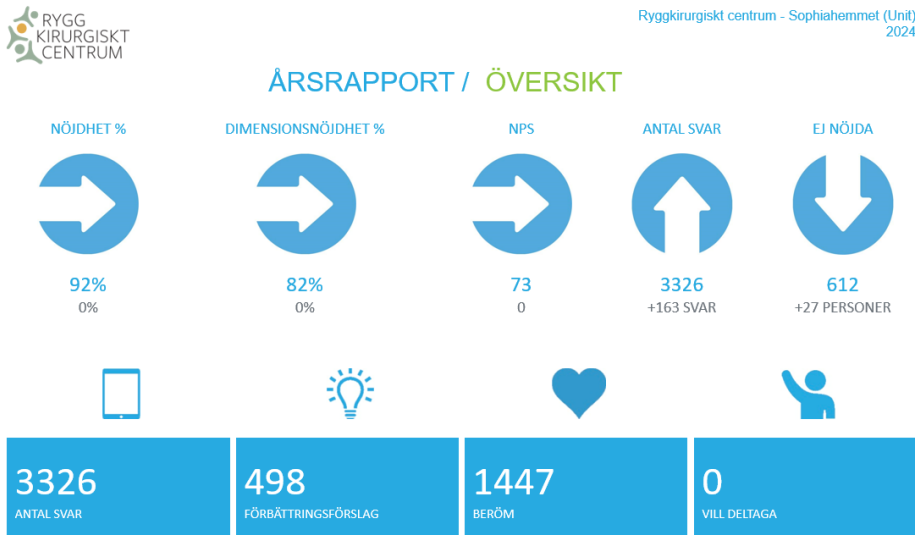


Bild: Sammanställning av nöjdhet och dimensionsnöjdhet på mottagningen RKC 2024. Nöjdhet 92%, dimensionsnöjdhet 82%, NPS 73. Totalt antal svar 3326st varav 6448st utskick. Svarsfrekvensen var 52%, ej nöjda 612 st.

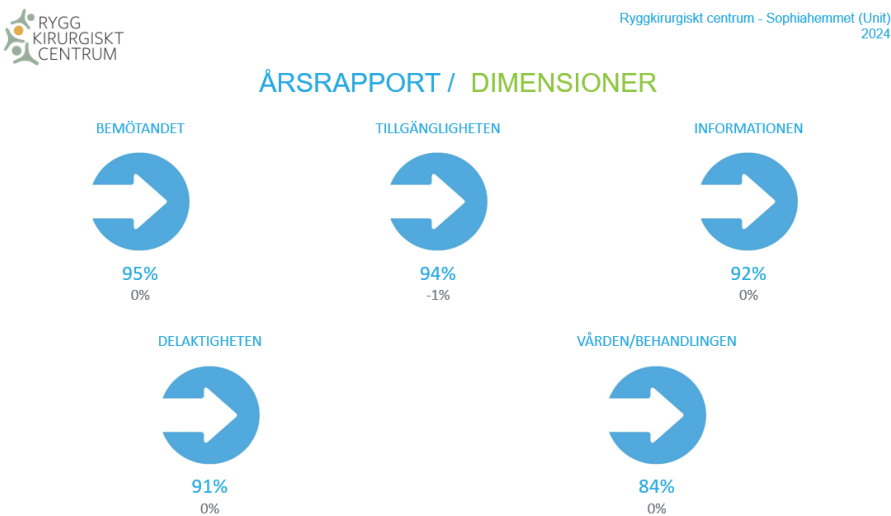


Bild: Dimensionsnöjdhet på mottagningen RKC 2024 utifrån kategori som delas upp i bemötande (95%), tillgänglighet (94%), information (92%), delaktighet (91%) och vård/ behandling (84%).

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

2024 Kundportal mottagningen	Antal
Antal utskick 2024	6448
Antal svar	3326
Svarsfrekvens	52%
Fritextsvar beröm och förbättringsförslag	1945st
Åtgärdade förbättringsförslag och klagomål	18

Tabell: Kundportal på mottagningen 2024.

De förbättringar som har genomförts under 2024 baserat på patienternas feedback är totalt **18 åtgärder. Många av förbättringsförslagen är beröm.**

Sammanfattning av Kategorier:

1. **Kommunikation:** 7 förbättringar
2. **Tillgång till Information:** 5 förbättringar
3. **Tillgänglighet och Effektivitet:** 5 förbättringar
4. **Organisatoriska och Rutiner:** 3 förbättringar

Det här ger en bra översikt över vilka områden som har varit i fokus under året.

1. Kommunikation:

- Förbättrad kommunikation och bemötande mellan personal och patienter.
- Workshops kring kommunikation och bemötande (september).
- Förbättrad avslutning på samtal från läkare ("Har du fler frågor?") (augusti).
- Åtgärder för att hantera upplevelsen av stressade läkare och tydligare förväntningar på sambedömning och läkarens närvaro vid besök (december).
- Tydliggörande i Zymego om vem och vilka patienten ska träffa vid besök (april).
- Förbättrad SMS-kommunikation med besöksadress direkt i SMS-inbjudan till G-huset (november).
- Förtydligade telefontider på hemsidan (augusti).

2. Tillgång till Information:

- Utveckling av information för patienter som inte ska opereras och förbättrad rutin för tillgång till dessa lappar (januari).
- Förbättrad tillgång till faktablad och informationspapper till patienter (mars).
- Säkerställande att informationslappar finns på alla rum (september, oktober).
- Åtgärder för att förenkla kallelser för FB-patienter via Kuralink (november).

3. Tillgänglighet och Effektivitet:

- Introduktion av telefon- eller videokonsultation för att minska onödiga resor för patienter (februari).

- Förbättrad hantering av patienter från andra län med senare bokningstider i schemat (maj).
- Förbättrad funktionalitet för videosamtal för läkare (maj).
- Förbättrad anpassning av träningsprogram vid nybesök, med fokus på patientens förväntningar (januari).
- Sockerfritt alternativ vid kaffemaskinen (januari).
- Havredryck som alternativ till kaffe (mars).

4. Organisatoriska och Rutiner:

- Kirurger informeras om att vara bättre förberedda inför första kontakten med patienten (februari).
- Förbättrade rutiner för att säkerställa tillgång till informationslappar (oktober).
- Fokus på kommunikation och bemötande inför konferens (april).
- Förbättrad rutin för att hantera stressade läkare och deras förväntade närvaro vid besök (december).

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 kvalitetsansvarig och återkopplas till patient efter samråd med berörd medarbetare eller verksamhetschef.

Klagomål eller förbättringsförslag 1177 vårdguiden	Antal
Antalet individuella ärenden	11
Avslutade ärenden	11

Tabell: Antalet inkomna ärenden till kvalitetsansvarig via 1177 2024 n=11.

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. Nedanstående problemområden används från och med 2019:

- Administrativ hantering
- Dokumentation och sekretess
- Ekonomi
- Kommunikation
- Resultat
- Tillgänglighet
- Vård och behandling
- Vårdansvar och organisation
- Övrigt
- Rådgivning, information, hänvisning

Under 2024 har 10 individuella ärenden från PaN delgivits Ryggkirurgiskt Centrum (RKC). Ett

individuellt ärende är ett ärende per patient. Patienten kan därefter kategorisera ärendet utifrån klagomålet. Verksamhetschefen på RKC ansvarar för att svara på inkomna ärenden efter utredning tillsammans med kvalitetsansvarig. 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.

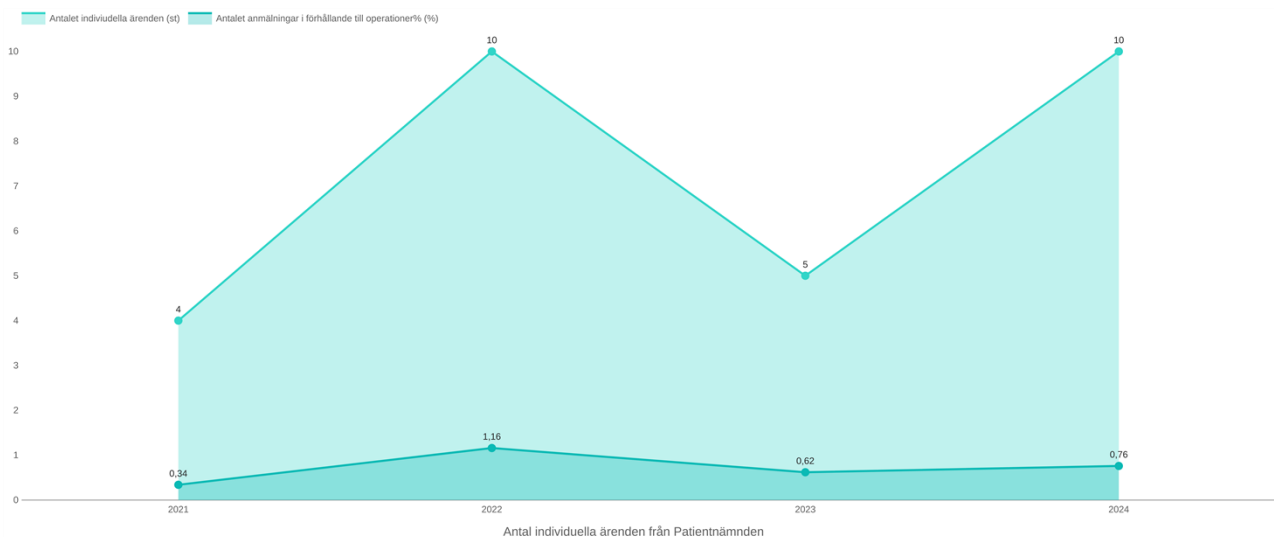


Diagram: Antal individuella klagomål PaN ärenden per år 2021–2024. Under 2024 kom det in 10 individuella patientklagomål från PaN till RKC. Totalt sett 14 klagomål i olika kategorier. Antal klagomål i förhållande till antalet operationer n=0,76%.

Problemområde	individuella ärenden (patienter)	Delproblem	Antal
Ekonomi		Patientavgifter	1
Kommunikation		Bemötande	2
Kommunikation		Delaktig	1
Resultat		Resultat	3
Tillgänglighet		Telefontillgänglighet	1
Vård och behandling		Behandling	4
Vård och behandling		Diagnos	1
Vård och behandling		Undersökning/bedömning	1
Summa	10		14

Tabell: 10 individuella klagomål till PaN har delgivits RKC under 2024.

* 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 fortsatt patientsäkerhet och resiliens fokuserar vi på att bygga förmågan att anpassa oss till förändrade förhållanden. Detta inkluderar

Träning och Simulering:

Årlig HLR utbildning och regelbunden träning och simuleringar hjälper vårt team att hantera akuta situationer och utveckla viktiga färdigheter. Exempel: Simuleringar av akuta situationer på vårdavdelning och operationsenhet.

Kompetensutveckling:

Vi satsar på kontinuerlig utbildning för att hålla vårt team uppdaterat om de senaste riktlinjerna, medicinsk kunskap, och kommunikation. Exempel: Utbildningar inom specifika medicinska områden och kommunikationsträning.

Identifiering av Riskområden:

Vi identifierar specifika områden där patientsäkerheten kan förbättras, som läkemedelshantering och patientkontrakt och vidtar åtgärder där det behövs mest.

Kommunikation och Patientkontrakt:

Tydlig kommunikation och informerat samtycke är avgörande. Vi arbetar med standardiserade kommunikationsprotokoll och säkerställer att patienterna förstår all viktig information.

Optimerat Informationsflöde:

Ökad användning av digitala plattformar för att förmedla information till patienter, med kontrollfunktioner för att säkerställa att de tar emot och förstår den.

Integration av FRISQ:

Vi integrerar FRISQ i vårt patientsäkerhetsarbete för att förbättra informationsflödet, minska fel i journalföring och spara tid genom effektiv dataöverföring.

Dessa åtgärder säkerställer att vi kan fortsätta arbeta patientsäkert och anpassa oss till förändrade förhållanden både nu och i framtiden.



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 viktiga kvalitetsdata på RKC. I detta avsnitt delar vi med oss av vårt engagemang för kvalitetssäkring och de kontinuerliga initiativ vi genomför 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.



2,483

Besparade CO2e-utsläpp ⓘ



220,4 kg

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 2,5 träd. 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:	3889	24%
Digitala:	12 375	76%
Totalt:	16 264	

Tabell: Antal utskick via Ekopost 2024 n 16 264=st. varav 76% 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.

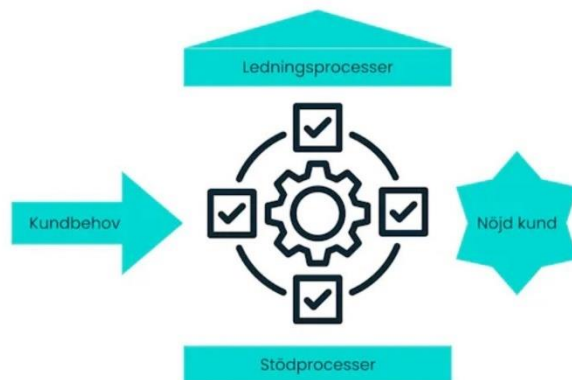
Ökad Tillgänglighet: Patienterna kan fylla i sina hälsodeklarationer när som helst och var som helst, vilket ökar tillgängligheten och underlättar för dem att delta aktivt i sin vård.

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

Automatisk Taligenkänning – 2024

Under 2024 har vi fortsatt att implementera taligenkänning på kliniken. Vi har utökat användningen från 3 till 11 aktiva användare. Programvaran uppdateras löpande och nya funktioner som förenklar arbetet har kontinuerligt införts. En viktig förbättring är att den transkriberade texten nu automatiskt överförs till Take Care, utan att vårdgivaren behöver göra det manuellt.

Vi har även testat en ny funktion där patientens ord och de frågor vårdgivaren ställer under anamnesen omvandlas till journaltext. Denna funktion är under vidare utveckling tillsammans med Omilon. För att ge osäkra vårdgivare en chans att utvärdera produkten har vi erbjudit en begränsad provperiod.



Tillsammans med sekreterarna har vi etablerat en korrekturbearbetningsprocess för journalerna från taligenkänning för att minska felaktigheter. För att optimera användningen av produkten har vi även genomfört internutbildningar för att öka personalens kompetens och nyttjande av systemets fulla potential.

Vårdgaranti

För att säkerställa att våra väntetider för nybesök håller sig inom vårdgarantins ramar har vi under 2024 kontinuerligt granskat och utvärderat rapporter om väntetider. Genom att analysera väntelistor, remisshantering och handläggningstider har vi identifierat områden med förbättringspotential.

Vi har genomfört flera åtgärder, inklusive bättre kontroll av väntelistor, effektivisering av remissprocessen och fler extramottagningar. Dessa insatser har bidragit till att minska väntetiderna och säkerställa att vi uppfyller vårdgarantins krav.

Under fjärde kvartalet 2024 utökade vi även verksamheten med nya lokaler och fler läkare, vilket skapar fler mottagningstider för våra patienter. Vi förväntar oss att dessa förbättringar ger mätbara resultat under 2025.



Data hämtas från CVR (Centrala väntetidsregistret) rapportfunktion.

CVR-kod / Vårdenhet		Faktiska väntetider första besök
10 491 (Ryggkirurgiskt Centrum)	Yrkeskategori	0–30 dagar
Grand total 6164 patienter		m=65%

Diagram: Planerad Specialiserad Vård – Besök Andelen patienter som har väntat 0–30 dagar för sitt första besök i specialiserad vård på Ryggkirurgiskt Centrum under 2024. Resultaten visar att 65% av mottagningens besök uppfyller vårdgarantins krav.

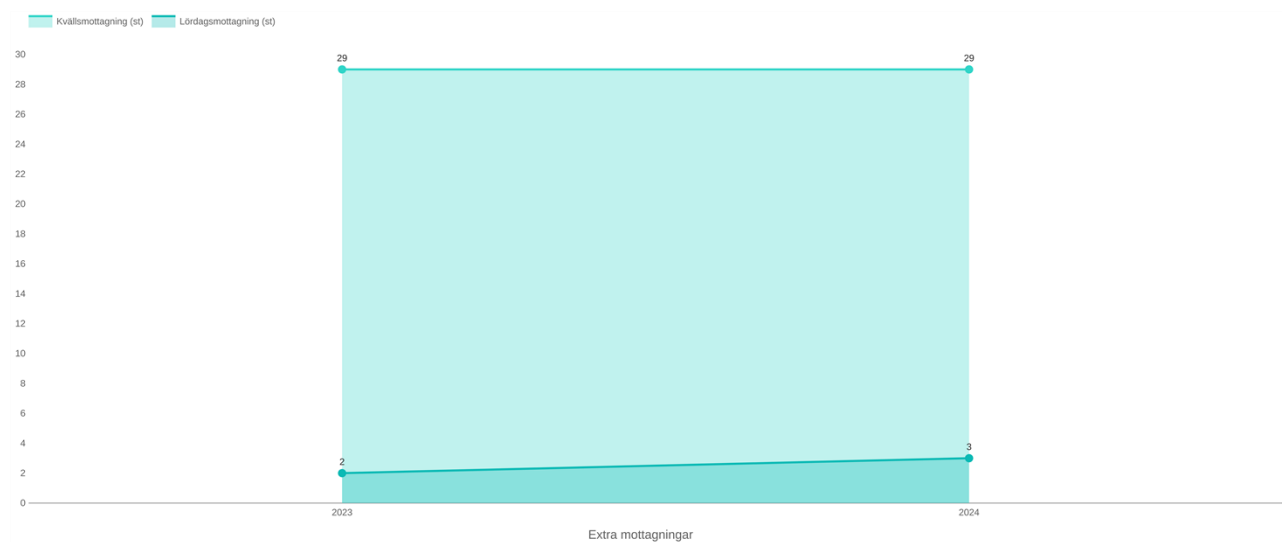


Diagram: Extra mottagningar 2023–2024. Antal under 2024 n=32.

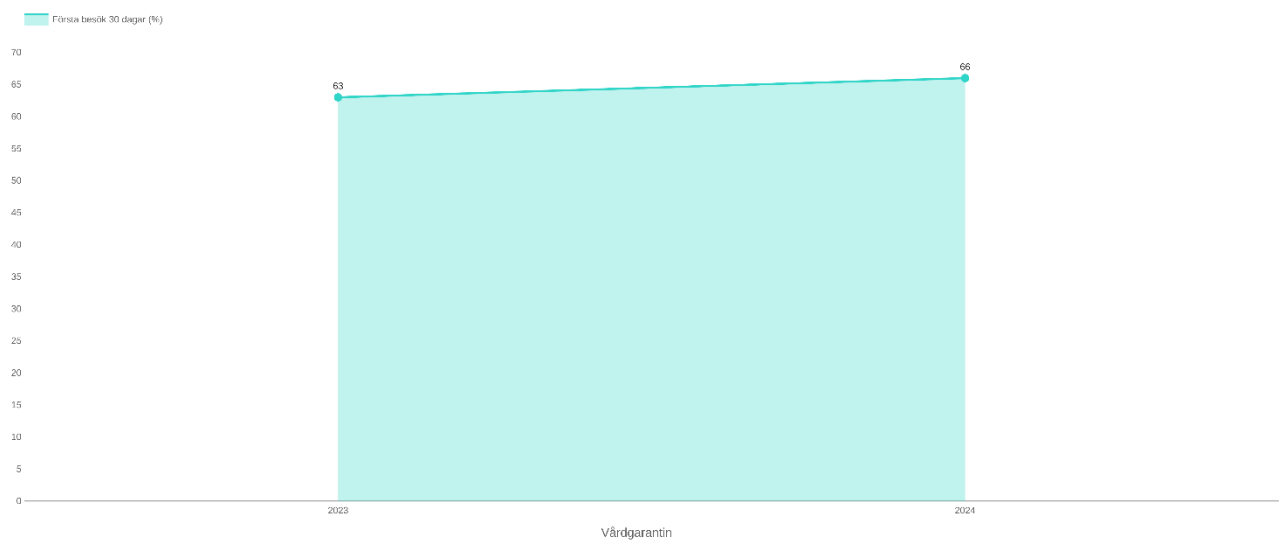


Diagram: Första besök inom vårdgarantin mottagningen 2023–2024. 2024 m=66%.

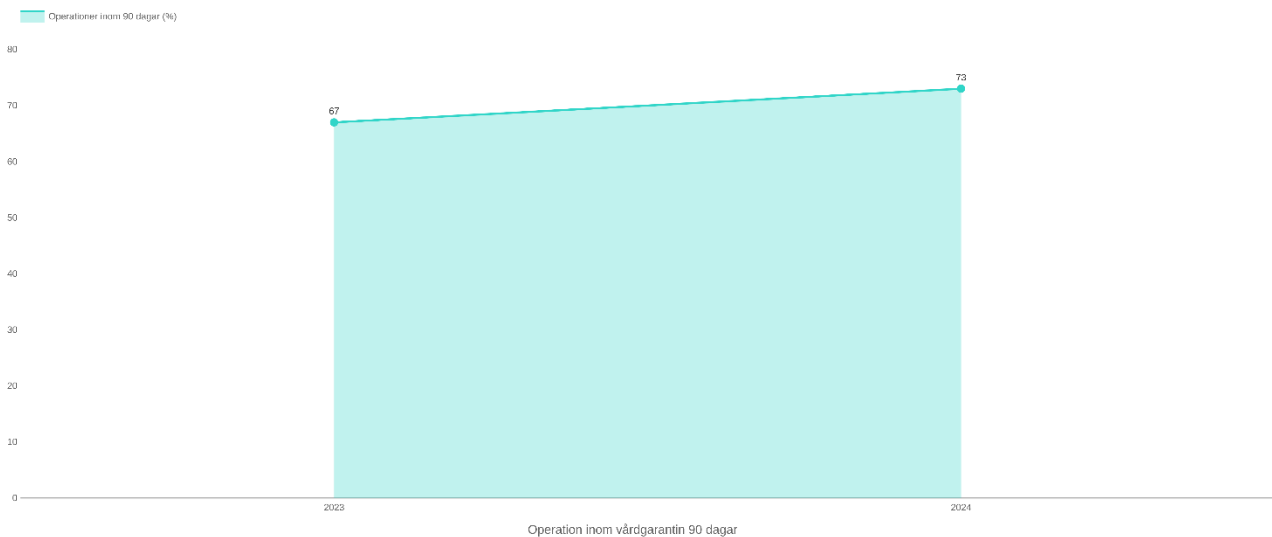


Diagram: Operation inom vårdgarantin totalt 2023–2024. 2024 m=73%.

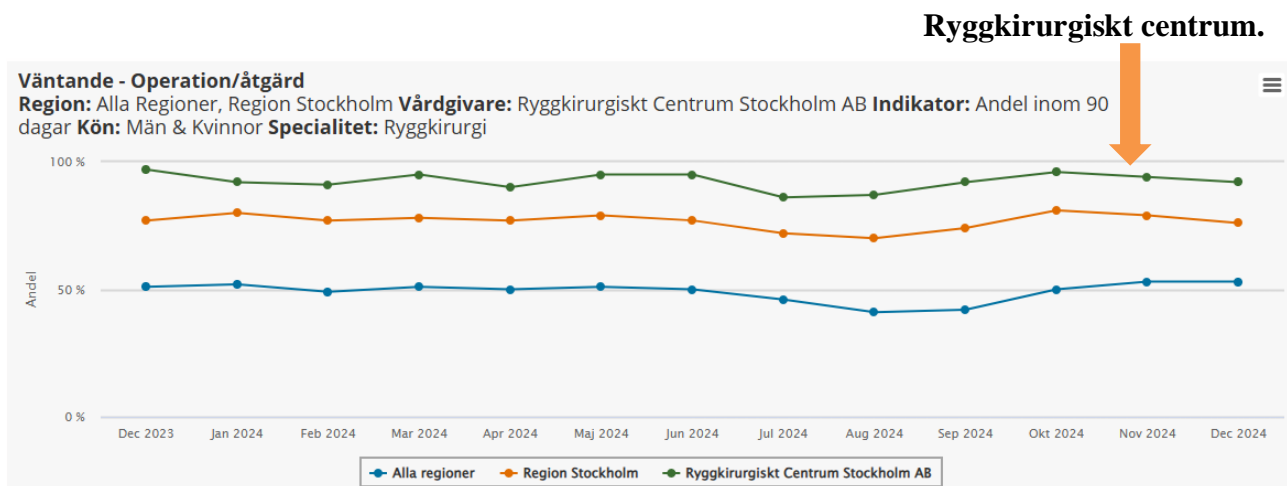


Diagram: Planerad Specialiserad Vård – Operation/Åtgärd väntetid inom 90 dagar per månad 2024. Alla regioner, Region Stockholm, Ryggkirurgiskt centrum.

Källa: [Utökad uppföljning av specialiserad vård | Väntetider i vården | SKR](#)

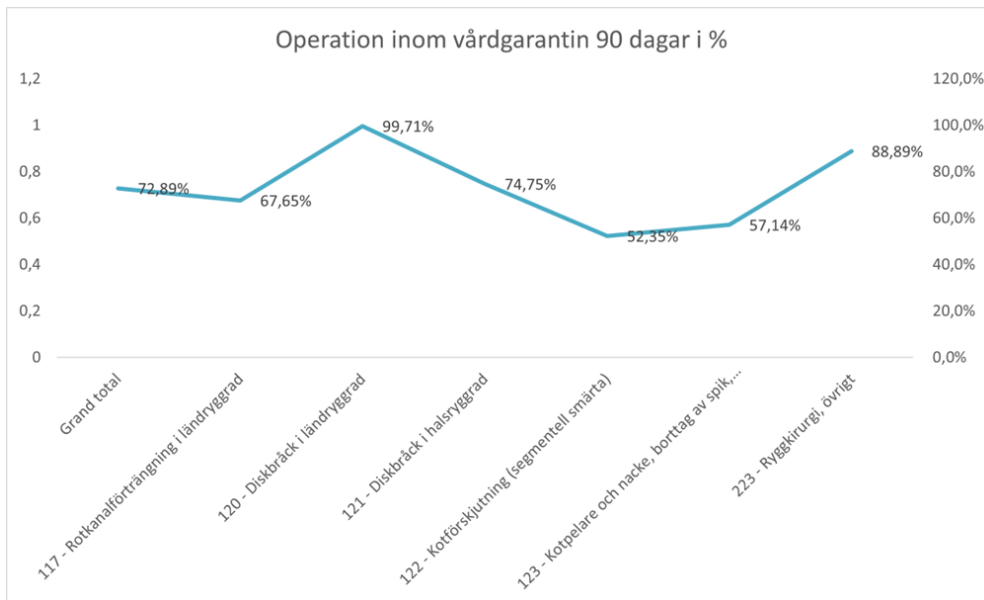


Diagram: Vårdgarantin, operation/åtgärd per diagnos under 2024 m=73%.

Andelen patienter på Ryggkirurgiskt Centrum som väntade inom 0–90 dagar på specialiserad vård under 2024 var i genomsnitt 73%. Denna andel varierade beroende på diagnos, där vissa grupper hade högre eller lägre andel genomförda operationer inom vårdgarantins ram. För att minska väntetiderna genomfördes 11 extra operationsdagar under 2024.



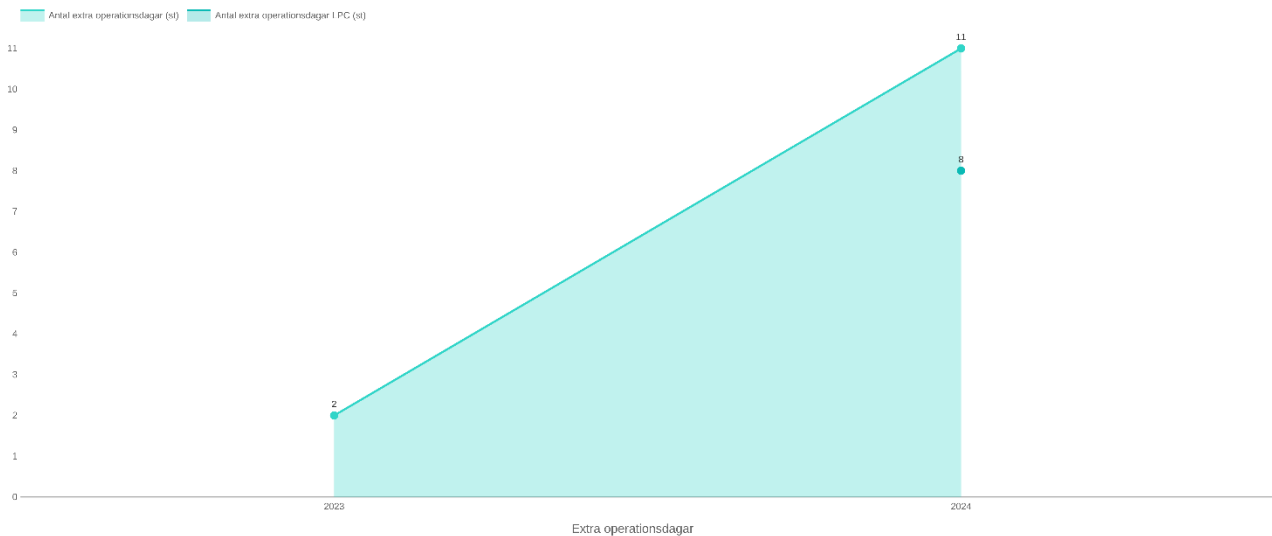


Diagram: Antalet extra operationsdagar 2024 (11).

Inför 2025 kommer fokus att riktas mot de patientgrupper där vårdgarantin är som lägst. Det skall betonas att långa väntetider kan ha negativa konsekvenser för patienterna, särskilt med tanke på 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

Under perioden från 2017 till 2024 har vår verksamhet upplevt en 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. Vi strävar dock efter att fortsätta förbättra och anpassa denna moderna vårdform för att möta våra patienters varierande behov och önskemål.

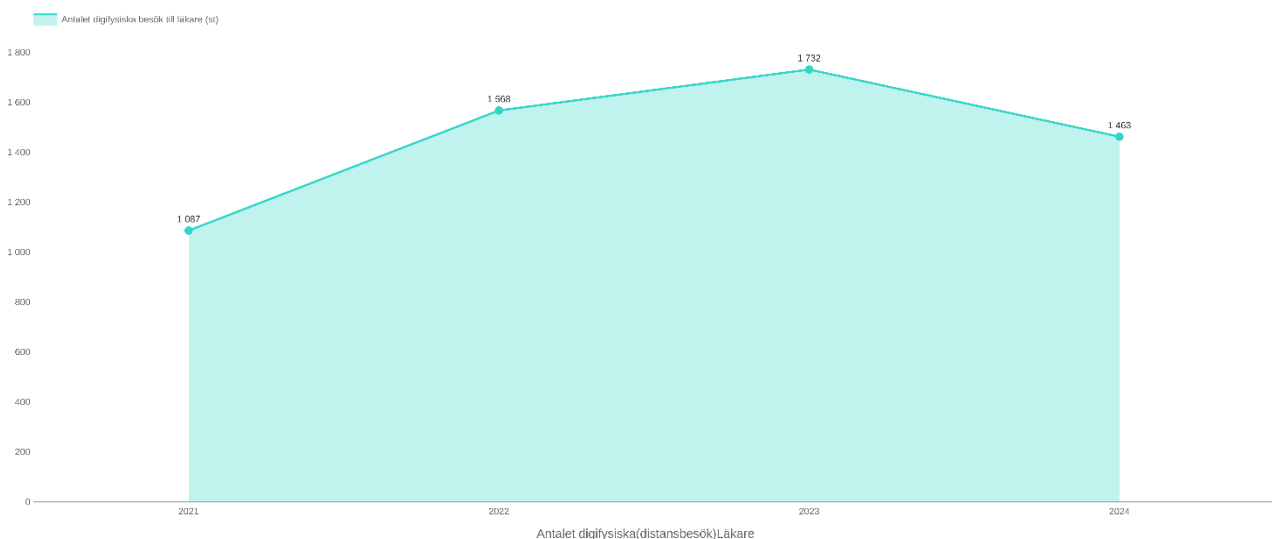


Diagram: Antalet digifysiska besök 2021–2023. Under 2024 utfördes 1463st digifysiska besök på mottagningen på RKC.

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.

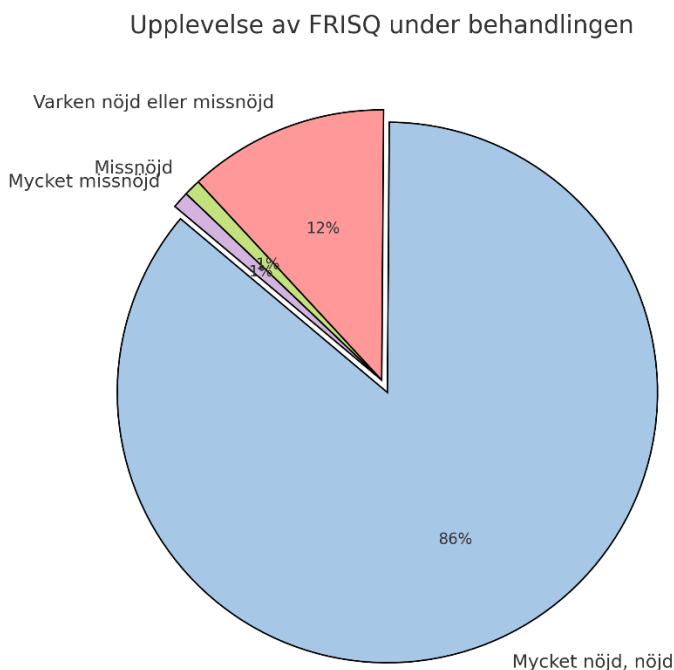


Diagram: Nöjdheten med FRISQ under behandlingen. Majoriteten (86 %) är mycket nöjda eller nöjda, medan 12 % är neutrala. Endast en liten andel (1 % vardera) är missnöjda eller mycket missnöjda. Det indikerar att FRISQ generellt sett har en positiv användarupplevelse.

Kundnöjdhet

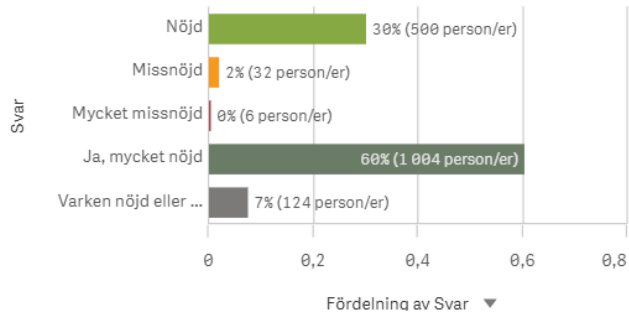
Vi har flera olika uppföljningsformulär där vi kan mäta resultat och kundnöjdhet (NPS) under hela vårdprocessen. NPS värden ligger mellan -100-+100. Poäng högre än 0 anses vanligtvis vara bra och poäng över 50 anses vara utmärkta. Så NPS ska inte förväxlas med våra traditionella ”nöjdhetsindex” som ju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

NÖJDHET 2024	Fördelning av Svar
Nöjd	92%
Varken nöjd eller missnöjd	6%
Missnöjd	2%
Antal svar	1145

Tabell: Nöjdhet i % 7 dagar postoperativt n = 1145 svar. Summering av mycket nöjd och nöjd =92%.

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

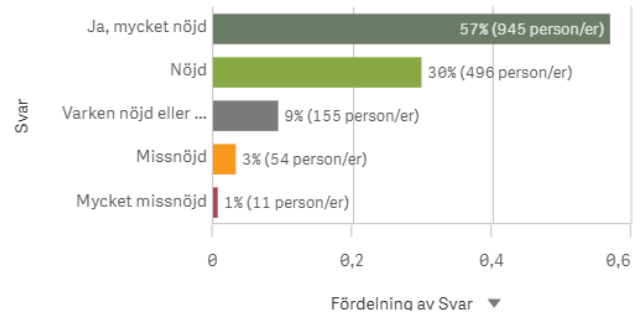
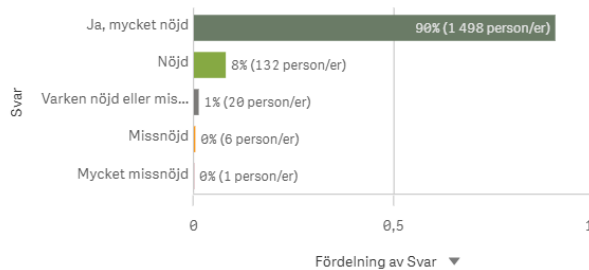


Diagram: Smärtlindring utvärdering 7 dagar postoperativt. Under vårdtiden 90%, efter hemgång 87% 2024. Antal svar se i diagram.

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

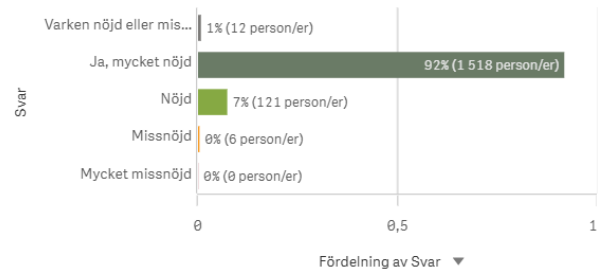


Diagram: Bemötande utvärdering 7 dagar postoperativt. Bemötande operationsavdelningen 99%, bemötande vårdavdelningen 99%. Antal svar se diagram.

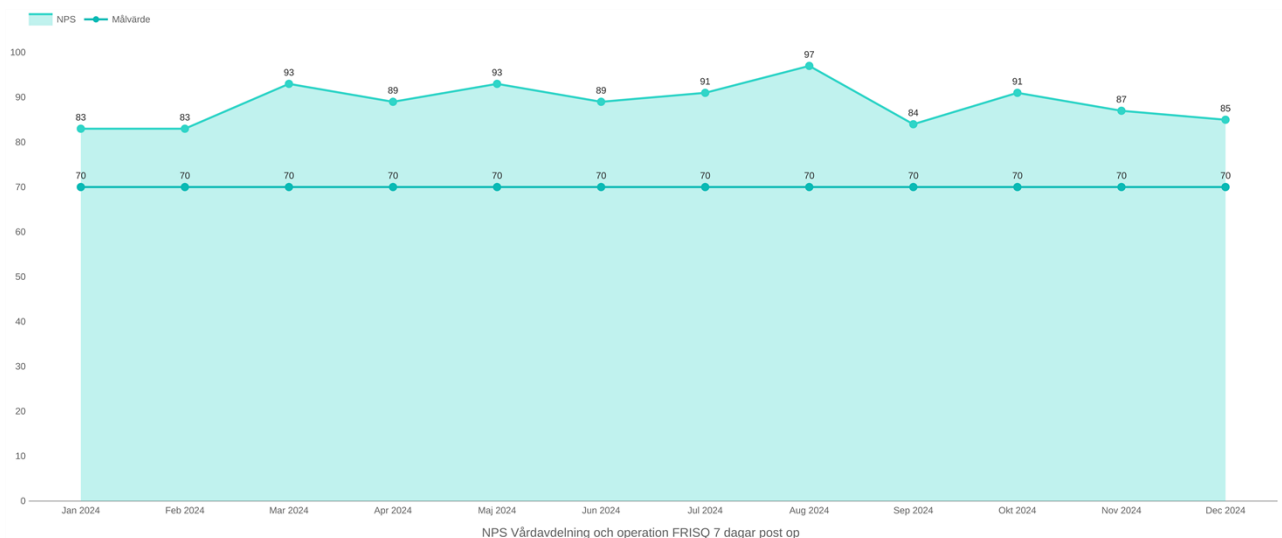


Diagram: NPS 7 dagar postoperativt 2024. Mål 70. m=89. Svarsfrekvens 69 %.

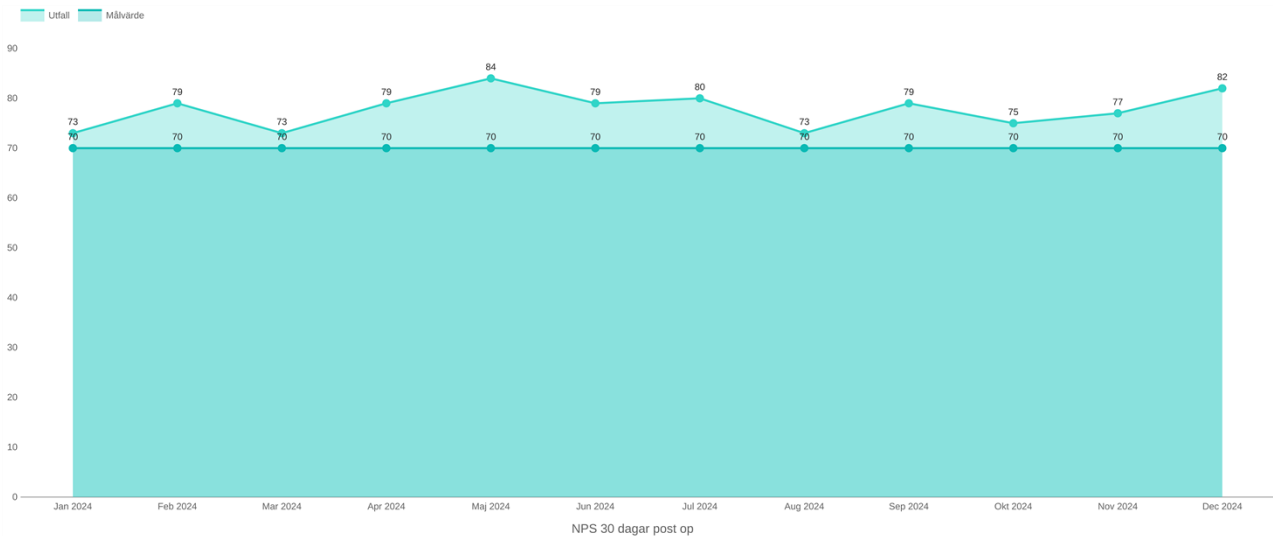


Diagram: NPS 30 Dagar postoperativt 2024. Mål 70. m=79. Svarsfrekvens 65%.

Att uppnå ett imponerande NPS på 80 och en svarsfrekvens på 69% 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.

Att 69% av patienterna svarar är kritiskt för att säkerställa att vi får nödvändig och omfattande information om något går fel. 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 inkomplade, vilket i sin tur förbättrar vårt resultat.

Produktionsdata

Under 2024 har 1845 patienter genomgått någon form av kirurgisk intervention på RKC. Det är en ökning på ca 4,2% från 2023.

Antalet besök på mottagningen har ökat med 4,3 % från 2023. Nedan presenteras resurser och produktionsdata.



Mått	indikatorer 2023	Indikatorer 2024	förändring från 2023
Antal vårdplatser	19	19	
Antal HDU platser	3	3	
Antal operationssalar	3	4	ökning med 1 sal
Antal operationer	1771	1845	ökning med 4,2%
Antal nervrotsblockader	624	691	ökning med 11%
Varav halsryggblockader	152	170	ökning med 12%
Antal Vårddygn	1631	1686	ökning med 3,4%
Medelvårdtid dygn	1,1	1,1	
Antal besök på mottagningen	11 581 ex blockader	12 082 ex blockader	ökning med 4,3%

Tabell: Data över resurser och produktion i jämförelse 2023–2024.

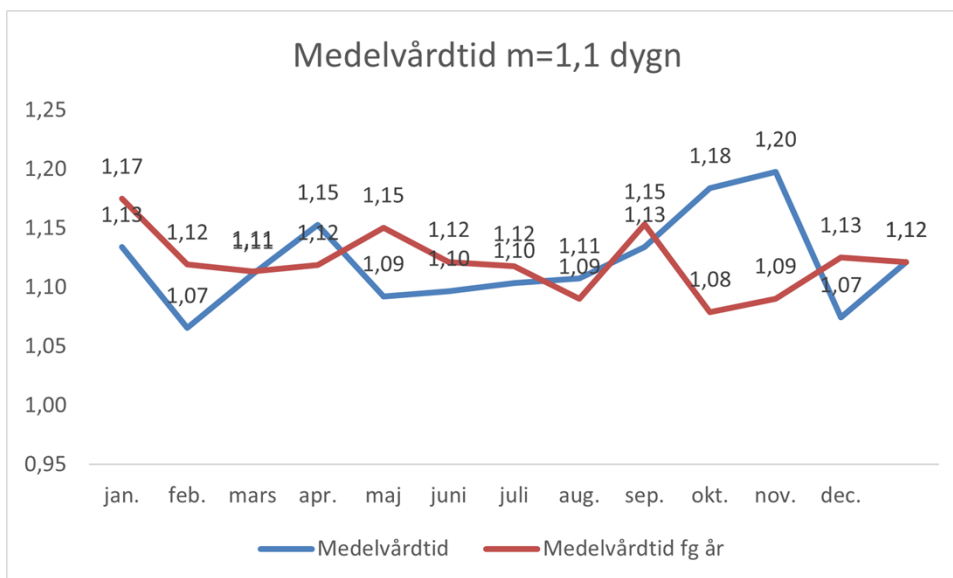


Diagram: Medelvårdtiden på vårdavdelningen (slutenvård) m=1,1 dygn

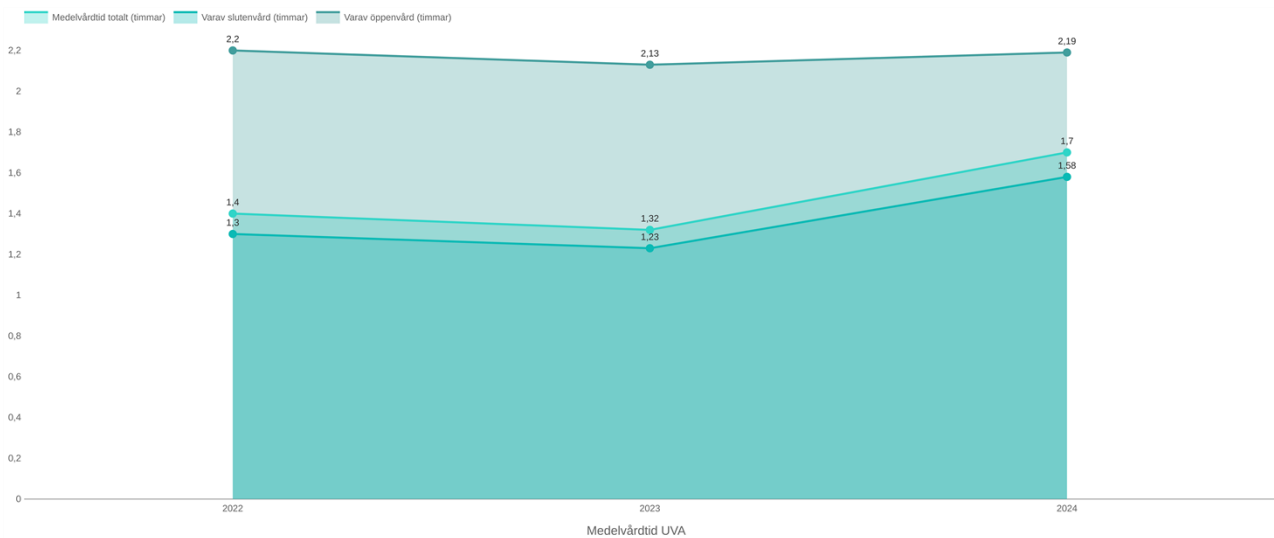


Diagram: Medelvårdstiden på uppvakningsavdelningen 2022–2024.

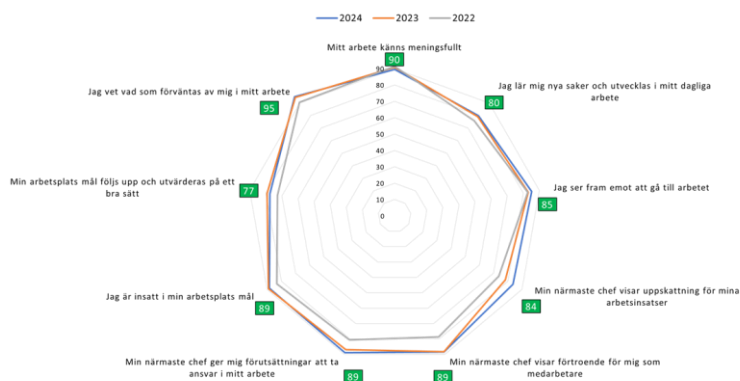
HME Hållbart Medarbetar Engagemang 2024

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 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

	Urval	Antal svar	Svarsfrekvens
Totalt	65	61	94%
Vårdavdelning	19	18	95%
Operation	14	14	100%
Mottagning	14	13	93%
Läkare/enhetschef	18	16	89%

Tabell: Svansfrekvens HME per enhet. Totalt 94% svarsfrekvens 2024.



Spindeldiagram: Resultat av mätningar i jämförelse 2022–2024. Samtliga mätvärden >70 m=88.

Resultatdel medarbetarenkät

Svarsfrekvensen för årets medarbetarenkät var imponerande hög, nående 94%, vilket tyder på ett betydande engagemang från medarbetarna. Det är glädjande att konstatera att samtliga mätvärden översteg det etablerade tröskelvärdet på 70. Det totala medelvärdet för årets resultat steg till 88%, vilket representerar en positiv utveckling jämfört med föregående års medelvärde på 86%.

En djupare analys av resultaten visar att varje enskilt mätvärde i årets enkät översteg tröskelvärdet 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.

Arbetsmiljöförbättring: Mätning av anestesigasexponering på uppvakningsavdelningen

För att säkerställa en god arbetsmiljö för narkosköterskor på Ryggkirurgiskt centrum har mätningar genomförts för att bedöma exponeringen för anestesigasen sevofluran, som används vid sövning av patienter under operationer. Eftersom patienter andas ut rester av sevofluran under uppvakningen, har det varit viktigt att förstå hur denna exponering kan påverka personalen, särskilt i relation till gällande nivågränsvärden.

Mätningar utfördes under fyra arbetsdagar med passiva provtagare, där varje dag omfattade cirka 8 timmar av arbetstid. Under denna period var patientbeläggningen något lägre än normalt (8–9 patienter i stället för 10–12 patienter vid högre beläggning). Resultatet visade att exponeringen för sevofluran var under det fastställda gränsvärdet för en 8-timmars arbetsdag, även under de dagarna med högre patientbeläggning.

Eftersom mätningarna visade att exponeringen ligger under det tillåtna gränsvärdet, bedöms det inte som nödvändigt att vidta generella åtgärder. Dock rekommenderas särskild riskbedömning för gravida och ammande narkosköterskor, då dessa inte bör utsättas för sevofluran. Vid förändringar i verksamheten, såsom ökade patientflöden eller annan påverkan på arbetsförhållandena, ska en ny bedömning av exponeringen genomföras.

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 för slutenvården var 1,1 vård dygn både 2023 och 2024. Det senaste året då verksamheten gjort

förändringar och finjusterat eftervården. Variationen under året förändrar inte medelvärdet på årsbasis. *Se diagram, medelvärdetid ovan.*

På uppvakningsavdelningen (UVA) förblir patienterna tills alla värden är stabila. Patienter i öppenvården ligger ofta kvar längre tid med en medelvärdetid på 2,19 timmar på uppvakningsavdelningen. För slutenvården var medelvärdetiden 1,58 timmar, och totalt var den 1,70 timmar 2024.

Medelvärdetid UVA 2023	Medeltid i timmar
öppenvård	2,19
slutenvård	1,58
totalt	1,70

Tabell: Medelvärdetiden på vår uppvakningsavdelning (UVA) var 2024 2,19 h för öppenvård, 1,58 h för slutenvård 1,70 h 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 2023	Antal av PostOpJournal Smärta 2024	fördelning i % 2024
0 - Ingen smärta	60%	1208	66%
1 - Lätt smärta	24%	342	18%
2 - Måttlig smärta	12%	222	12%
3 - Svår smärta	4%	73	4%
Antal patienter i postop journal		1845	

Tabell: UVA = Uppvakningsavdelning, postoperativ enhet. Tabellen illustrerar resultat av uppskattad medelsmärta postoperativt med hjälp av NRS på samtliga patienter under 2024.

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 fortsatt positiv utveckling inom postoperativ smärtbehandling vid RKC. Andelen patienter som rapporterar ingen smärta har ökat från 60% till 66%, medan andelen som upplever lätt smärta har minskat från 24% till 18%. De med måttlig-svår smärta ligger kvar på samma siffror som förra året och utgör tillsammans 16%.

Under 2023 startat RKC ett "Metadonprojekt" som innebär att vi ger Metadon som en engångsdos intravenöst till patienter med svår smärta preoperativt. Patienter som inkluderas genomgår större ryggekirurgi. Målet är en acceptabel smärtsituation efter operationen med lägre doser opiater.

Projektet har följts upp under 2024 och visat sig vara framgångsrikt för de fåtal patienter som blivit inkluderade.

Postoperativt illamående och kräkning (PONV)

Postoperativt illamående och kräkningar är relativt vanlig förekommande efter stor kirurgi. PONV leder sällan till allvarliga komplikationer men kan öka lidandet och förlänga sjukhusvistelsen. Effektivt 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 mildt illamående
- 2 måttligt illamående
- 3 svårt illamående
- 4 kräkning

Radetiketter	Antal i % 2023	Antal av PostOpJournal Illamående 2024	Fördelning i % 2024
0 - Inget illamående	93%	1727	93,6%
1 - Mycket mildt Illamående	4%	76	4,1%
2 - Måttligt illamående	2%	31	1,7%
3 - Svårt illamående	0,1%	3	1,16%
4 - Kräkning	0,3%	11	0,6%
Antal patienter i postopjournal		1845	

Tabell: PONV på UVA = Uppvakningsavdelning, postoperativ enhet 2024.

Resultat: Majoriteten (93,6%) av patienterna har inget illamående alls. Endast 1,8% upplever svårt illamående och kräkningar. Under 2023 förändrade RKC sin PONV-profylax baserat på litteraturgenomgång och tvärprofessionellt samarbete, vilket resulterade i en uppdaterad behandlingsplan och ändrad dosering för effektivare hantering av postoperativt illamående.

Riktlinjerna för (PONV) har genomgått förbättringar även på vårdavdelningen. Sjuksköterskor från operation och vårdavdelning har samarbetat för att förstärka rutinerna kring PONV-behandling. Målet är att patienterna ska kunna följa sina vårdplaner på vårdavdelningen både vad gäller illamående och smärta. Minskningen av postoperativt illamående och kräkningar (PONV) som vi sett 2023–2024 kan troligen kopplas till den minskade användningen av opiater postoperativt, vilket reducerar risken för obehagliga biverkningar

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 tex komplikationer. Patientrapporterat utfall (uppföljning) sker idag efter 1-2-5-10 år. Syftet är att samla fakta för att kunna utvärdera och förbättra vården också genom forskning som bedrivs på kliniken. 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 också medelvärden i riket. För de två vanligaste diagnoserna, Diskbräck i ländryggen (LDH) och förträngning i ryggmärgskanalen i ländryggen, lumbal spinal stenos (LSS), är jämförelserna mellan klinikerna är statistiskt justerade för "case-mix" dvs dom är så pålitliga att det går att beräkna och redovisa. Detta är gjort för att dessa två diagnoser tillsammans utgör ca 80–85% av alla ryggoperationer i riket. Olika kliniker kan operera olika patientpopulationer med avseende på tex åldersskillnad, samsjuklighet, arbetsförmåga, tidigare kirurgi.

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

Swespine presenterar också klinikjämförande ett-årsresultat via SKR:s (Sveriges Kommuner och Regioner) plattform "Vården i Siffror" (www.vardenisiffror.se), där det framgår att de patientrapporterade (PROM) ett-årsresultaten efter kirurgi i ryggraden är statistiskt likartad 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). Fördjupad kunskap och resultat efter ryggkirurgi i Sverige finns i Årsrapporter från Svenska Ryggregistret <http://www.swespine.se>

I Swespine ligger RKC vad gäller patientrapporterade resultat efter ett år när hänsyn tas till "case-mix" och bland de främsta klinikerna i riket även när hänsyn inte tas till "case-mix". Nedan redovisas jämförelser med kliniker och riket för våra vanligaste 5 diagnoser.

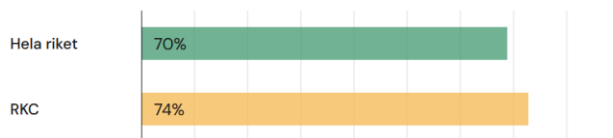
- Diskbräck i ländryggen (LDH)
- Spinal stenos i ländryggen (LSS)
- Segmentel rörelsesmärta (SRS)
- Diskbräck halsrygg (CDH)
- Spondylolisthes/Kotglidning i ländryggen (SL)

I syfte att både säkra och förbättra klinikens resultat, djupanalyserar vi varje år klinikens 20 lägsta resultat utifrån Swespine-data och använder dessa i ett lärande syfte, dels för framtida patienturval, dels som ett led i vårt ständiga förbättringsarbete.

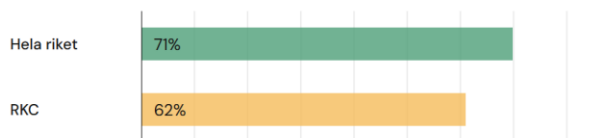
1 årsuppföljning i kvalitetsregistret 2023

Vår uppföljningsfrekvens totalt sett för Ländrygg (1378st) 74% och för halsrygg (199st) 62% är baserad på antalet indexoperationer som utförts under 2022 och som följdes upp under 2023. Vi strävar efter att tillhandahålla aktuell information och kommer att inkludera uppgifter om operationer för 2023 samt uppföljning under 2024 i den senare delen av redovisningen 2025.

Uppföljningsfrekvens Ländrygg



Uppföljningsfrekvens Nacke



Tabell: Uppföljningsfrekvens ländrygg och nacke efter 1 år i jämförelse med riket. Data från operationer utförda under 2022 med uppföljning under 2023.

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 smärtfri-mycket bättre-något bättre-oförändrad – sämre). I Swespine anges ett lyckat resultat som en sammanslagning av Helt smärtfri+ Mycket bättre.

Alla formulär och beskrivning av dessa hittas via; <http://www.4s.nu/swespine-formul%C3%A4r-44871294>

Alla bilder/diagram kan tas fram via Swespine's hemsida. <http://www.swespine.se>

Resultat Swespine 1 års uppföljning (FU) 2023

Diskbräck

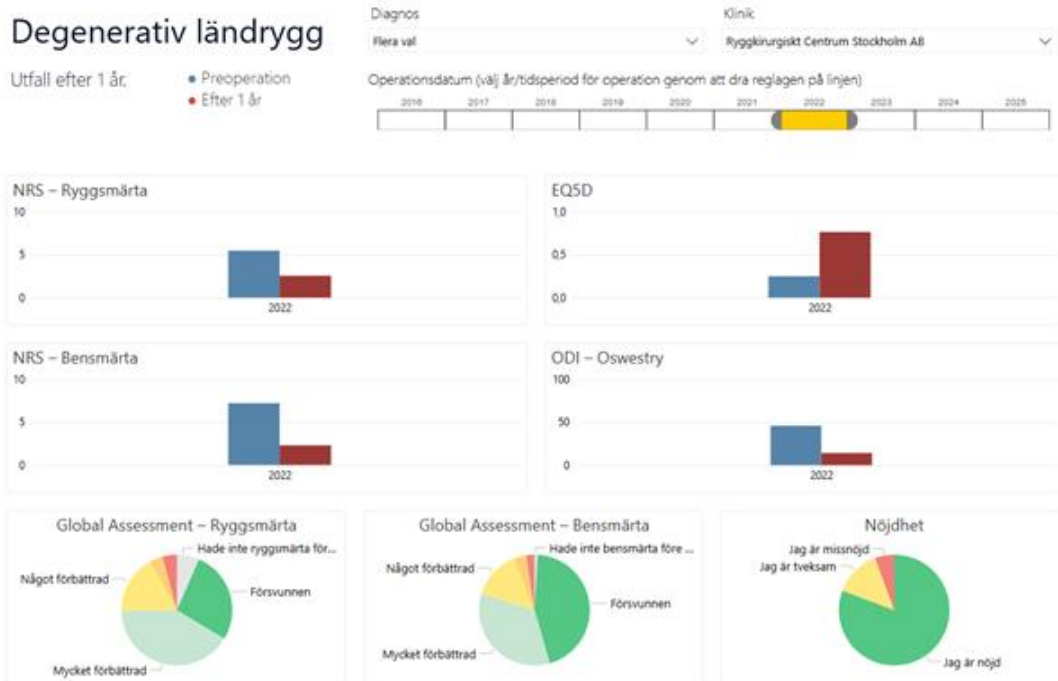


Diagram: Resultat QPI Swespine data RKC 1 års uppföljning 2023. Diskbräck.

Spinal stenosis

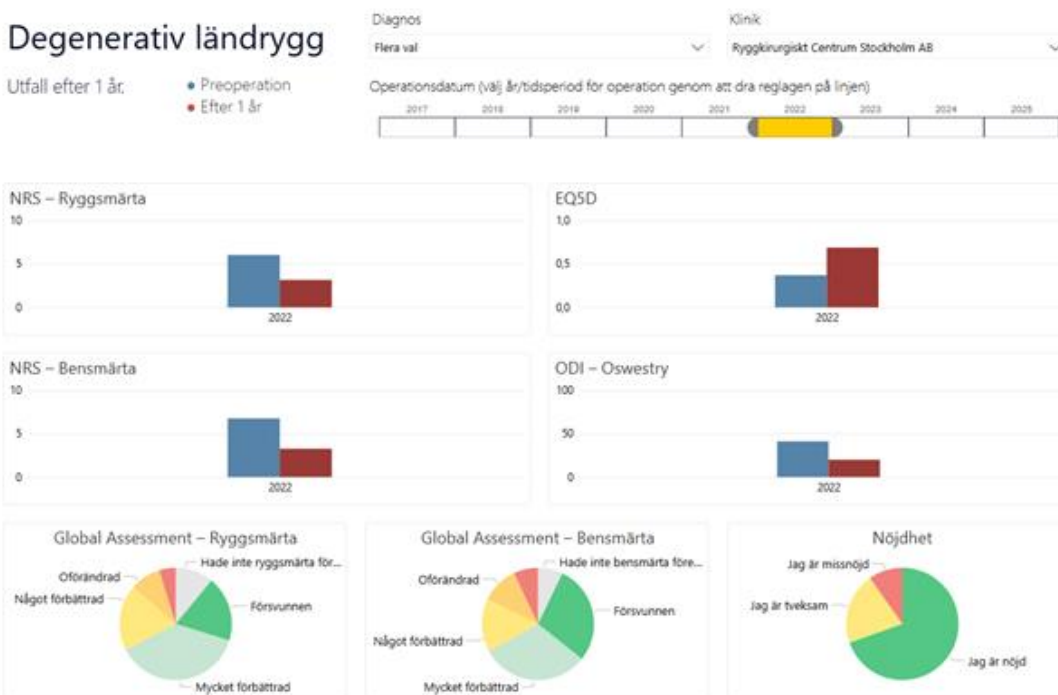


Diagram: Resultat QPI Swespine data RKC 1 års uppföljning 2023. Spinal Stenosis.

Sammanställning för diskbräck och spinal stenos

Mått	Diagnos	RKC	RKC 1år FU	Riket	Riket 1år FU
Livskvalitet Högt värde bäst (EQ5D)	Diskbräck	0,34	0,71	0,31	0,66
	Spinal stenos	0,37	0,69	0,34	0,64
Funktion lågt värde bäst (ODI)	Diskbräck	42	18	44	22,5
	Spinal stenos	41	20	43,5	24,5
Nöjdhet	Diskbräck		80%		75%
	Spinal stenos		70%		66%
Minskad Bensmärta (GA)	Diskbräck		79%		74%
	Spinal stenos		61%		56%
1 årsuppföljning (FU)	Diskbräck		65%		60%
	Spinal stenos		78%		76%

Tabell: Nöjdhet och minskad bensmärta justerade data (case mix) för diskbräck och Spinal stenos i ländryggen. 1 årsuppföljning 2023.

Resultaten från kvalitetsregistret visar att patienter opererade vid RKC för diskbräck och spinal stenos uppnår en tydlig förbättring i livskvalitet och funktion ett år efter operation. Majoriteten av patienterna rapporterar minskad bensmärta och hög nöjdhet med sin behandling. Uppföljningen efter ett år visar också en god täckningsgrad, vilket stärker vår strävan efter hög kvalitet och uppföljning i vården.

Kotglidning

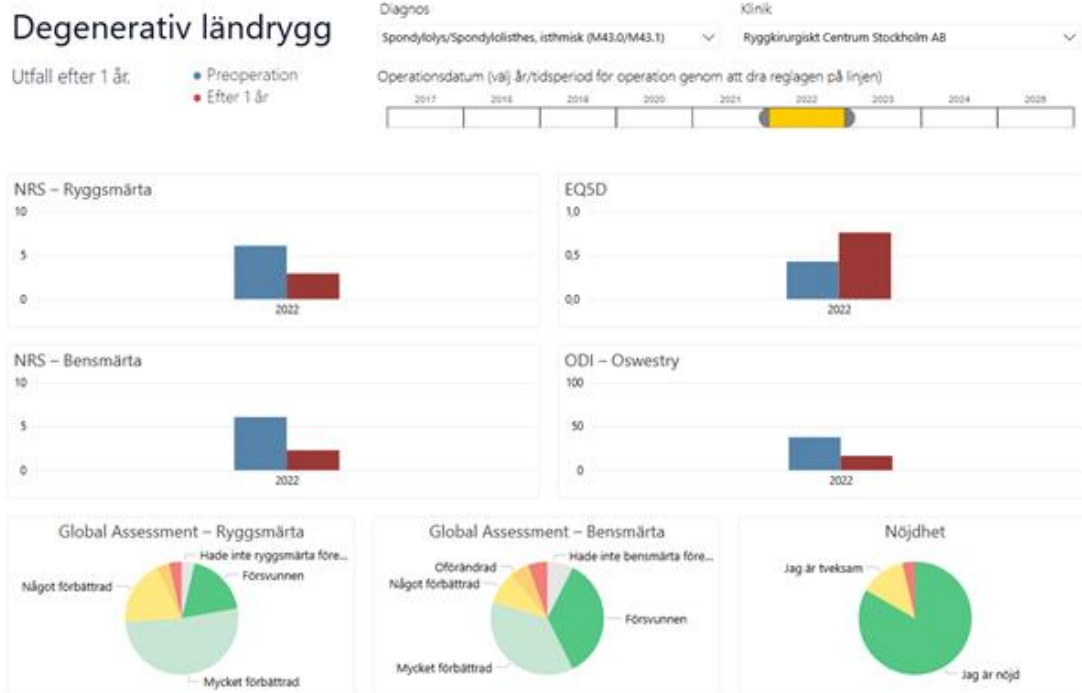


Diagram: Ej justerat för case mix. Resultat QPI Swespine data RKC 1 års uppföljning 2023. Kotglidning.

Mått	RKC	RKC 1 år FU	Riket	Riket 1 år FU
Livskvalitet Högt värde bäst (EQ5D)	0,43	0,76	0,37	0,73
Funktion lågt värde bäst (ODI)	37,8	16,4	40,9	17,8
Nöjdhet i %		83%		78%
Ryggsmärta: Försvunnen (GA)		70%		68%
Ryggsmärta Lågt värde bäst (NRS)0–10	6,1	2,9	6,3	3,0
1 årsuppföljning (FU)		79%		68%

Tabell: Livskvalitet, funktion, nöjdhet, minskad ryggsmärta, bensmärta för kotglidning i ländryggen. 1 årsuppföljning 2023.

Resultaten från kvalitetsregistret för patienter opererade vid RKC för kotglidning visar en tydlig förbättring efter ett år. Patienterna rapporterar ökad livskvalitet, förbättrad funktion och minskad ryggsmärta. 83 % av patienterna är nöjda med sin operation, och 70 % upplever att ryggsmärtan försvunnit. Uppföljningen efter ett år har en hög svarsfrekvens, vilket bidrar till en god kvalitetsuppföljning av våra resultat.

SRS (segmentrelaterad smärta)

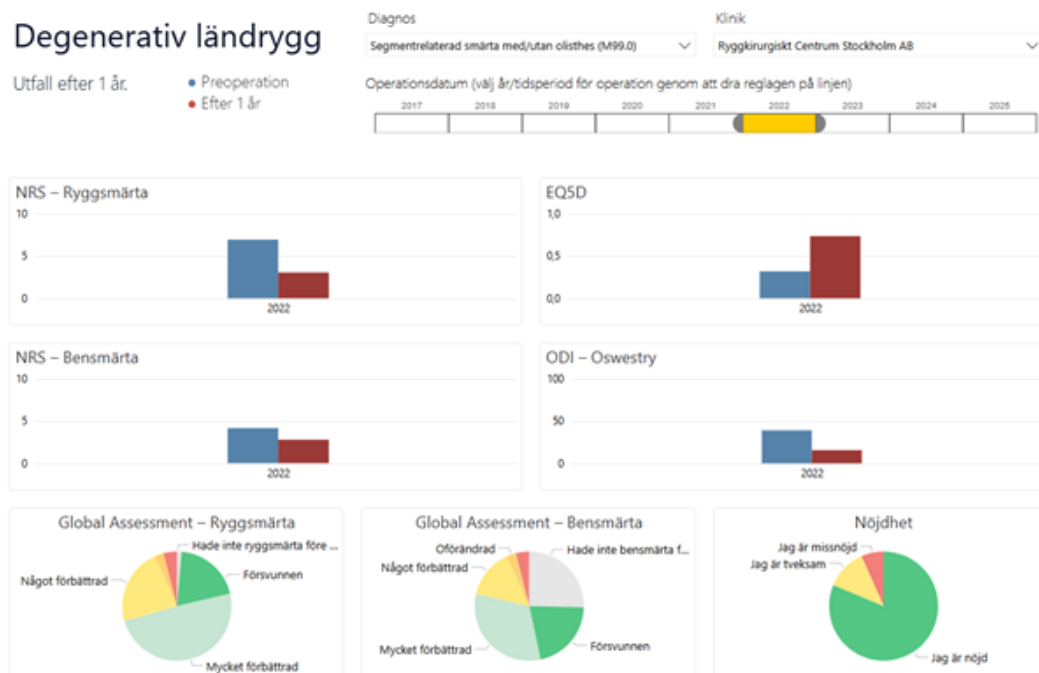


Diagram: Ej justerat för case mix. Resultat QPI Swespine data RKC 1 års uppföljning 2023. SRS.

Mått	RKC preop	RKC 1 år FU	Riket preop	Riket 1 år FU
Livskvalitet Högt värde bäst (EQ5D)	0,32	0,74	0,28	0,69
Funktion lågt värde bäst (ODI)	39	16	43	20
Nöjdhet i %		81%		77%
Ryggsmärta: Försvunnen (GA)		69%		68%
Ryggsmärta Lågt värde bäst (NRS)0–10	6,9	3,1	7	3,3
1 årsuppföljning (FU)		67%		65%

Tabell: Livskvalitet, funktion, nöjdhet, minskad ryggsmärta, bensmärta för SRS i ländryggen. 1 årsuppföljning 2023.

Resultaten från kvalitetsregistret för patienter opererade vid RKC för SRS visar en tydlig förbättring efter ett år. Patienterna rapporterar ökad livskvalitet, förbättrad funktion och minskad ryggsmärta. 81 % av patienterna är nöjda med sin operation, och 69 % upplever att ryggsmärtan har försvunnit. Uppföljningen efter ett år har en god svarsfrekvens, vilket möjliggör en tillförlitlig utvärdering av våra resultat.

Diskbråck halsrygg

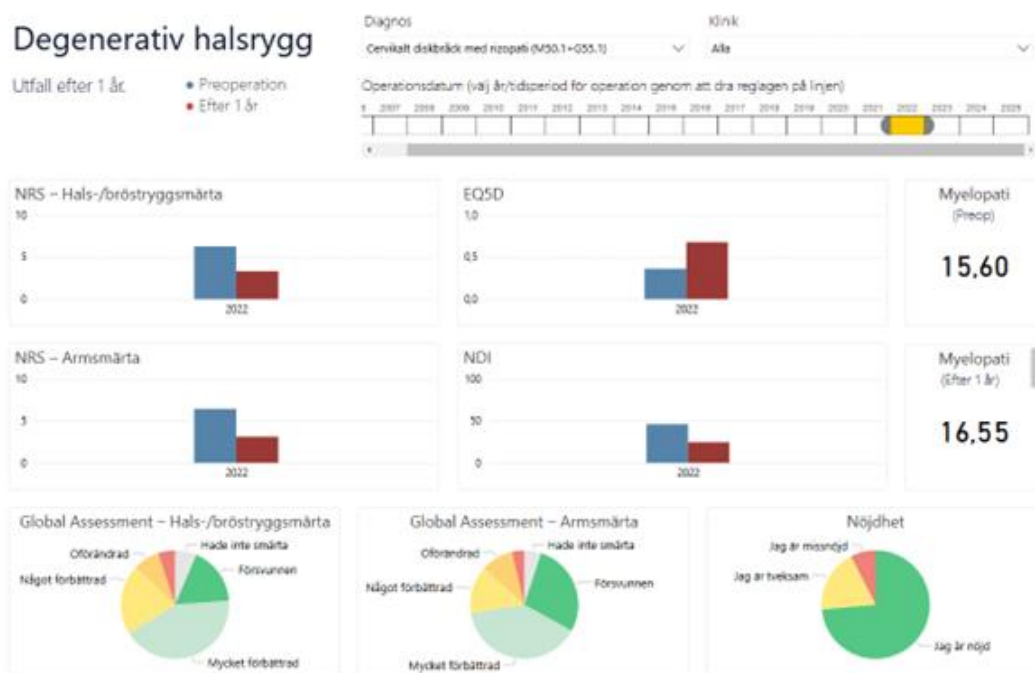


Diagram: Ej justerat för case mix. Resultat QPI Swespine data RKC 1 års uppföljning 2023. Diskbråck halsrygg.

Mått	RKC	RKC 1 år FU	Riket	Riket 1 år FU
Livskvalitet Högt värde bäst (EQ5D)	0,35	0,69	0,38	0,63
Funktion lågt värde bäst (NDI)	42,6	22,7	42,3	26
Nöjdhet i %		70%		67%
Armsmärta: Försvunnen (GA)		54%		52,5%
Armsmärta Lågt värde bäst (NRS)0–10	6,1	3,2	5,9	3,4
1 årsuppföljning (FU)		51%		67%

Tabell: Livskvalitet, funktion, nöjdhet, minskad ryggsmärta, bensmärta för diskbråck i halsryggen. 1 årsuppföljning 2023.

Resultaten från kvalitetsregistret för patienter opererade vid RKC för diskbråck i halsryggen visar en tydlig förbättring efter ett år. Patienterna rapporterar ökad livskvalitet och förbättrad funktion, och 70 % är nöjda med sin operation. 54 % av patienterna upplever att armsmärta har försvunnit.

5.2 Internrevision enligt ISO 9001 och 14001

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. Kvalitetsansvarig 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 2024 inom miljö- och kvalitetsområdet noterades ingen förekomst av avvikelser. Trots detta identifierades. Två förbättringsåtgärder för att stärka och effektivisera verksamhetens miljö- och kvalitetssystem.

Ryggkirurgiskt Centrum (RKC) startade 2017 och kliniken består av mottagning, vårdavdelning med nitton vårdplatser samt operationsavdelning med tre salar. RKC har sextiofem anställda varav elva är ryggkirurger. Kliniken har ökat sin kapacitet med cirka tio procent årligen. Under 2023 hade man 12 000 mottagningsbesök och utförde ca 1800 ryggoperationer, vilket innebär att man är en av de största aktörerna i Norden inom ryggkirurgi. Remissinflödet är mycket stort och det finns patientunderlag för att utöka verksamheten ytterligare. Det skulle dock kräva utökade lokaler då man i dagsläget nått kapacitetstaket. Ledningen jobbar kontinuerligt med frågan. RKC har allt sedan starten varit ISO-certifierade enligt 9001 och 14001.

Verksamheten kännetecknas genomgående av hög kvalitet. Det finns en heltidsanställd kvalitetsansvarig vilket märks då miljö- och kvalitetsarbetet är synnerligen väldokumenterat. Dessutom finns miljö- och hygienombud på varje enhet. Vid rundvandring på kliniken är det tydligt att efterlevnaden av rutiner och riktlinjer är god. Ledningen har månatlig uppföljning av en rad olika kvalitetsindikatorer vilket möjliggör snabba korrigerande åtgärder om något pekar på behov av det. RKC har ett gott rykte bland både patienter och personal. Man har lätt att rekrytera nya medarbetare. RKC bedriver utbildning av ryggkirurger i samarbete med Karolinska. Denna utbildning är en viktig rekryteringsbas då många ST-läkare önskar stanna kvar efter slutförd utbildning. Kliniken rapporterar till kvalitetsregister (Swespine) och resultaten står sig fint i jämförelse med andra. Opererade patienter följs upp under lång tid för att säkerställa god kvalitet även i efterförloppet. I systemet Key for Care kommer det in patientkommentarer angående utförd vård och detta kommuniceras till medarbetare.

Den enda avvikelsen från föregående internrevision har åtgärdats och samtliga förbättringsförslag som lämnades har tagits till vara och implementerats i verksamheten. RKC prenumererar på relevanta laglistor via Notisum. I systemet har det även gjorts lagefterlevnadskontroller. Brister som upptäckts då har hanterats på lämpligt sätt. Man har exempelvis implementerat en visselblåsarfunktion då detta blev ett lagkrav i företaget av deras storlek. Resultat från lagefterlevnadskontroll kommuniceras till alla medarbetare via intranätet. Avvikelser tas upp vid ett speciellt avvikelsemöte. Protokoll från dessa skickas till avvikelseansvariga som i sin tur informerar övriga vid APT. Avvikelser av allvarigare karaktär (exempelvis anmälningar till IVO) tas upp på

klirikdagar och presenteras dessutom i Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen. Klinikens miljöaspekter är väldefinierade och det finns ett flertal mål uppsatta för dessa. Både aspekterna och målen har kommunicerats till medarbetarna. Det finns en gedigen utbildningsplan för alla yrkeskategorier.

Nedanstående områden utgör obligatoriska utbildningar:

- HLR
- Brand
- GDPR
- Visselblåsarfunktion
- Strålskydd
- Miljö (och läkemedel)

Utöver ovanstående genomförs internutbildningar varje termin. Varje medarbetare har också rätt till en betald utbildning per år.

Verksamhetens svagheter: Verksamheten kan inte expandera pga. trångboddhet. En del klagomål från patienter främst gällande tillgänglighet per telefon. Ibland långa väntetider för nybesök. Cirka 25% av de inremitterade patienterna bedöms ha nytta av och erbjuds operation. Bland de andra 75% finns en hel del som är missnöjda med att nekas operation trots att beslutet är medicinskt välmotiverat.

verksamhetens möjligheter: Gott rykte och hög efterfrågan gör att det skulle finnas ekonomiskt utrymme att expandera verksamheten. Extra kvällsmottagningar för att korta köerna. Smart användning av IT-lösningar. Det har bland annat resulterat i färre inställda operationer med kort varsel pga. dåligt förberedda patienter. Fastighetsavdelningen har installerat elmätare som enbart mäter RKC:s förbrukning. Tidigare baserades förbrukningen på schablonberäkningar.

Verksamhetens hot: Inflationsutvecklingen den senaste tiden har resulterat i kraftigt ökade kostnader vilket kräver ökade intäkter. Det i sin tur är svårt att uppnå när kapaciteten i princip är maximalt utnyttjad.

Förbättringsmöjligheter: 1) Miljömål - Nya egna elmätare möjliggör att sätta nya mätbara mål för minskad energiförbrukning. 2) Hållbarhetsaktivitet - Undersöka hur personalen transporterar sig till jobbet. Eventuellt på något sätt stimulera till ökad användning av cykel och/eller kollektivtrafik till och från jobbet.

5.3 Externrevision enligt ISO 9001 och 14001

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 värdkedjan. 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 externrevisionsrapport – RKC 2024

Ryggkirurgiskt Centrum (RKC) har ett välfungerande verksamhetssystem med god ordning och struktur, främst genom digital styrning i olika system. Organisationen uppfyller samtliga externa krav utan anmärkning. Patientsäkerhet är ett centralt fokus och RKC arbetar systematiskt med förbättringar som gynnar såväl beställare som patienter. Miljöprestandan är hög, med särskilt fokus på att minimera miljöpåverkan kopplad till kemikalieanvändning och läkemedelsläckage. Under revisionen noterades inga avvikelser eller observationer. RKC rekommenderas till omcertifiering för en ny treårsperiod.

Bedömning av systemet:

RKC:s ledningssystem har hög prestanda och välfungerande processer som stödjer organisationens mål och förbättringsarbete. Systemet bedöms som effektivt och ändamålsenligt.

Bakgrund

- **ISO-standarder:** RKC tillämpar ISO 14001 och 9001 för att minska miljöpåverkan och utveckla kvalitetsarbetet.
- **Extern revision:** En årlig extern revision genomförs för att granska miljö- och kvalitetssystemet.

Resultat och certifieringsrekommendation

- **Anmärkning:** Inga dokumentnamn eller dokumentnummer som kan spåras till patienter har noterats i rapporten.
- **Processkartor i 2c8:**
 - Mottagningsprocess.
 - Fysioterapiprocess.
 - Operationsprocesser (preoperativ, peroperativ och postoperativ).
 - Alla processer är kopplade till Centuri-dokument.
- **Organisation och ansvarsfördelning:**
 - Legitimerade läkare och sjuksköterskor (MLA).
 - Brandskyddsombud, hygienombud och miljöombud med tillgång till Chemical Manager.
 - Dataskyddsgrupp och gasansvarig.
 - Kvalitets- och patientsäkerhetsorganisation.

Observationer

1. **Informationstavla på vårdavdelningen:** Uppdateras regelbundet med in- och utskrivningsuppgifter.
2. **Läkemedelshantering:**
 - Genomgång av rutiner för läkemedel, inklusive dokumentation av narkotiska preparat.
 - Temperaturkontroll i medicinrum och kylskåp för temperaturkänsliga läkemedel.
3. **Sterilisering och hygien:**
 - Rutiner för sterilisering innefattar indikator tape och 24/7-kontroll av luftfuktighet.
 - Regelbundna kontroller av preoperativa, peroperativa och postoperativa rutiner.
4. **Skyltning och säkerhet:**

- Tydlig skyltning med piktogram för säker hantering av material och kemikalier.

Granskade dokument

4. Organisationens förutsättningar

- **Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse**, Ryggkirurgiskt Centrum Stockholm, 2023.
- **Ledningens genomgång**, 2024.
- **SWOT-analys**.
- **Omvärldsanalys**.
- **Intressentanalys**.
- **Nytt avtal för vårdval ryggkirurgi i Stockholm**.

5. Ledarskap

- **Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse**, Ryggkirurgiskt Centrum Stockholm, 2023.
- **Organisationsschema i 2c8**.
- **Miljöpolicy och verksamhetspolicy**, fastställd vid ledningens genomgång 2024.
- **Informationssäkerhetspolicy**, 2024-01-29.
- **Integritetspolicy för anställda**, 2023-06-27.
- **Policy för visseblåsare**, 2023-12-19.
- **Organisationsschema med ansvar och befogenheter**, där delegering till undersköterskor för medicinering har justerats.

6. Stöd

- **Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse**, Ryggkirurgiskt Centrum Stockholm, 2023.
- **Utbildningar i GDPR och datasäkerhet**.
- **Zylogo**, nytt system för avbokning och ombokning.
- **Internutbildningar**, genomförs en fredag i månaden i samband med lunch.
- **Avvikelsesystemet Centuri**, är webbaserat och tillgängligt även via telefon, vilket underlättar registrering av avvikelser.

7. Planering

- **Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse**, Ryggkirurgiskt Centrum Stockholm, 2023.
- **EcoOnline, Chemical Manager**: används på mottagningen, operation och vårdavdelningen.
- **Säkerhetsdatablad**, Ryggkirurgiskt Centrum Stockholm AB, uppföljningsrapport.
- **Lagefterlevnadskontroll**, miljölagar 2023.
- **Mål och handlingsplaner**, utvärderade i ledningens genomgång. Dokument: *Verksamhetsplan.pdf* och *Planera - 2023 (Ryggkirurgiskt Centrum)*, 2024-01-29.
- **Dataskyddsombud**, extern tjänst.
- **Eko Post**, alla kallelser skickas via Kivra.
- **Miljöaspektlista**, 2023-11-20.

8. Verksamhet

- **Organisationens ansvar och befogenheter**: brandskydd, hygienombud och miljöombud med tillgång till Chemical Manager.
- **Stådrutiner**: kemikalieförteckning med QR-kod för snabb kontroll.
- **Kontroll av miljörum och sortering**: rapporter skickas till Naturvårdsverket.

- **Brandskyddsutrustning och utrymningsplan:** tydlig skyltning och piktogram för kemikalier. Brandfarliga ämnen förvaras i särskilt skåp.
- **Gastuber:** tydligt markerade.

9. Utvärdering av prestanda

- **Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse**, Ryggkirurgiskt Centrum Stockholm, 2023.
- **Key for Care**, uppföljning av patientnöjdhet.
- **Kvartalsuppföljning av patienter och operationer:** dokumenteras i Excel med data från FRISQ och Take Care.
- **Intern revisionsrapport RKC**, senaste slutförda 2023-04-28. Årets internrevision är genomförd enligt plan, men dokumentationen är ännu inte färdigställd.
- **Ledningens genomgång**, 2024-03-07.

10. Förbättringar

- Omfattande **datasäkerhetsarbete** har genomförts.
- **Do Board (Stratsys):** sammanställning av förbättringar för 2023 och pågående arbete för 2024.
- **Säkrare utskrifter:** legitimering vid skrivaren kommer att krävas för att få ut utskrifter.
- **Kvalitets- och patientsäkerhetsorganisation:** ärenden och avvikelser hanteras i Centuri.

6 MÅL, STRATEGIER FÖR KOMMANDE ÅR

Korta och långsiktiga mål

Kvalité och patientsäkerhetsförbättringar 2025

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

Överföring av endoskopiverksamhet till Operation i hus G

- **Mål:** Effektivisera verksamheten genom att samla resurser och kompetenser på ett och samma ställe samt frigöra operationssalar på Lilljanshuset för att förbättra flödet.
- **Syfte:** Förbättra vårdprocessen och säkerställa enhetlig kvalitet inom endoskopiverksamheten, samt optimera användningen av operationssalar för ett bättre flöde.

MTA (medicinteknisk utrustning)

Nortech planerar att utföra kontroller på nivå G2 och G3 under Q1 och Q2 2025. De utrustningar som ej hann kontrolleras under 2024 prioriteras i Q1, och de utrustningar som kontrollerats i Q4 2024 planeras att kontrolleras i Q2.

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

Patientsäkerhet och Arbetsmiljö

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.

Främjande av friskvårdsbidrag

- **Mål:** Säkerställa att samtliga medarbetare använder sitt friskvårdsbidrag.
- **Syfte:** Öka personalens välmående och minska risken för stressrelaterade sjukdomar.

Användning av utbildningsfonden

- **Mål:** Stimulera personalens kompetensutveckling genom ökad användning av utbildningsfonden.
- **Syfte:** Höja kompetensnivån i organisationen för att möta framtida krav och förbättra vårdkvaliteten.

Informationssäkerhet och IT

- **Mål:** Under 2025 kommer RKC att genomföra ytterligare säkerhetsåtgärder för att stärka informationssäkerheten, inklusive implementeringen av Multi-Factor Authentication (MFA) på fler externa tjänster, som Microsoft 365 och Centuri. Lösenordspolicyn kommer att utökas för att kräva längre och mer komplexa lösenord. Dessutom kommer RKC att arbeta för att uppfylla de krav som ställs av NIS 2-direktivet, vilket inkluderar att säkerställa robusta skyddsåtgärder för nätverks- och informationssystem. Genomföra regelbunden gallring i hämtade filer på datorerna för att förhindra att personuppgifter och andra känsliga uppgifter sparas automatiskt.
- **Syfte:** Syftet med dessa åtgärder är att ytterligare stärka RKC:s informationssäkerhet genom att minimera risken för obehörig åtkomst och säkerställa ett effektivt skydd av känsliga uppgifter och system.

Dataskydd Huvudprioriteringar:

- Revidera rutiner och tydliggöra roller/ansvar för dataskyddsarbetet.
- Öka DSO:s involvering, särskilt vid inköp av nya system och uppdatering av registerförteckning.
 - Ta fram en ny mall och vägledning för DPIA med stöd av aktuell rättspraxis.

Åtgärder:

- Implementera checklistan för nya IT-behandlingar i verksamheten.
- Säkerställa att gallrings- och informationsklassningsrutiner är fullt dokumenterade och kända.
 - Utföra kontinuerliga kontroller av personuppgiftsbiträden för att säkerställa efterlevnad och uppdatera PUB-avtal vid behov.

AI-policy

- **Mål:** Under 2025 kommer RKC att utveckla och implementera en AI-policy för att säkerställa en säker och ansvarsfull användning av artificiell intelligens inom verksamheten.
- **Syfte:** Syftet med AI-policyn är att säkerställa att användningen av artificiell intelligens inom RKC sker på ett ansvarsfullt sätt, vilket innebär att AI-lösningar inte bara är effektiva utan också följer strikta etiska och säkerhetsmässiga riktlinjer.

Risicanalys inom informationssäkerhet

- **Mål:** RKC kommer att genomföra en omfattande riskanalys för att identifiera potentiella säkerhetshot mot IT-system och datahantering.
- **Syfte:** Syftet med riskanalysen är att systematiskt identifiera och åtgärda säkerhetsrisker innan de påverkar verksamheten.

Hygienförbättringar

Utbildningsinsatser för städpersonal

- **Mål:** Optimera de dagliga städrutinerna för att anpassa arbetet till verksamhetens behov.
- **Syfte:** Att höja kompetensnivån inom städpersonalens hygienrutiner för att förbättra arbetsmiljön.

Ytterligare utbildning:

Vi ser även på möjligheten att genomföra digitala kurser för lokalvårdare, arbetsledare, chefer och beställare. Här är länken till kurserna: [Digitala utbildningar från Borago](#).

Operation

Självgående nyanställda

- **Mål:** Säkerställa att alla nyanställda blir självgående i sina arbetsuppgifter.
- **Syfte:** Förbättra effektiviteten och minska behovet av kontinuerlig handledning.

Uppföljande CFU-mätning

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

Arbetsmiljö

- **Mål:** Implementera undersköterska på UVA (uppvakningsavdelningen).
- **Syfte:** Minska arbetsbördan och öka patientsäkerheten då anestesijuksköterskan som arbetar under dagtid är ensam i perioder.

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.

Vårdavdelning

Förbättring av Lärande genom Patientfallsavstämningar

- Mål: Genomföra regelbundna avstämningar av patientfall, särskilt svårare fall eller de som kräver ett pedagogiskt angreppssätt.
- Syfte: Förbättra kvalitén och lärandet i arbetet genom att dela erfarenheter och insikter, vilket även kan öka den pedagogiska utvecklingen inom teamet.

Minskad Beläggning på externa enheter

- Mål: Minska antalet patienter som skickas till Furuhöjden.
- Syfte: Optimera patientvården och resurshanteringen genom att arbeta förebyggande och förbättra interna behandlingsmetoder.

Förbättrad Kommunikation

- Mål: Förbättra kommunikationen inom personalgruppen för att stärka samarbetet.
- Syfte: Skapa en mer sammanhållen arbetsmiljö och effektivisera det dagliga arbetet genom bättre kommunikation och informationsdelning.

Effektiva Rutiner för Hantering av Patientkläder

- Mål: Minska svinet av patientkläder genom att införa mer effektiva rutiner för hantering och förvaring.
- Syfte: Öka resurseffektiviteten och minska kostnader genom bättre hantering av kläder och material.

Minskning av Matavfall och Främjande av Hållbarhet

- Mål: Mäta och analysera matavfall för att identifiera och åtgärda orsaker till onödigt svinn.
- Syfte: Minska matavfallet och optimera resursanvändningen inom vårdinrättningen för att främja hållbarhet och kostnadseffektivitet.

Säker Smärtlindring för Patienter med Oxycontinintolerans

- Mål: Säkerställa att patienter som inte tål Oxycontin får en alternativ smärtlindring.
- Syfte: Ge alla patienter rätt smärtlindring och bibehålla en hög standard på vården, särskilt för de som inte kan använda vissa läkemedel.

Mottagningen och Fysioterapienheten

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

- 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.

Skapa ökade möjligheter för patienter med rörelsesmärta att samarbeta med post-op. för snabbare tillgång till fysioterapeut och smärtbedömning

- Mål: Minska rädsla hos patienter och öka nöjdhet genom att snabbt tillhandahålla professionell bedömning och stöd.

Effektivitet och Möteshantering

- 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.

Se över möjligheter till minskad administrativ tid för att öka den disponibla tiden för patientbesök

- Mål: Förbättra kvaliteten på patientmötet genom att minska administrativa krav på personalen.

Arbetsmiljö och Medarbetarskap

Leverera högkvalitativ vård och ett gott bemötande

- Mål: Att fortsätta vara en klinik som levererar vård av hög kvalitet och ger våra patienter ett professionellt och respektfullt bemötande.
- Syfte: Att säkerställa att våra patienter känner sig trygga och nöjda med den vård de får.

Ansvarstagande och en god arbetsmiljö

- Mål: Att skapa och upprätthålla en arbetsplats där varje medarbetare tar ansvar, samarbetar och bidrar till en positiv och hållbar arbetsmiljö.
- Syfte: Att främja ett starkt och välfungerande team där vi stöttar varandra, ger feedback och skapar en trivsamt arbetsplats.

Kontinuerlig utveckling och lärande

- Mål: Att ständigt utvecklas som företag, grupp och individer genom kunskapsutbyte, utbildningar och förbättringsarbete.

- Syfte: Att säkerställa att vi håller oss uppdaterade och innovativa, så att vi kan fortsätta erbjuda den bästa möjliga vården och arbetsmiljön.

Övergripande mål och indikatorer för kvalitetsförbättring:

Kvalitetsmål: Förbättrad patientkommunikation

- ✓ Inkommande samtal klarmarkerade rapporter
 - ✓ Öka tillgänglighet Tele Q
 - ✓ Mäta Kundnöjdhet: NPS Vårdavdelning och operation FRISQ månadsrapport
 - ✓ NPS Nybesök Key for care
 - ✓ NPS 45 dagar postop FRISQ webbtjänst
 - ✓ NPS försäkringspatienter via Kura link
 - ✓ NPS rehabilitering 90 dagar FRISQ, månadsrapport
-

Nationella kvalitetsregister (Swespine):

- ✓ Antal svar på ettårsuppföljning i % (FU)
 - ✓ Minskad bensmärta
 - ✓ Minskad armsmärta
 - ✓ Minskad ryggsmärta
 - ✓ Nöjdhet
-

Uppföljning på uppvakningsavdelning (UVA):

- ✓ Medelvårdtid
 - ✓ Minska postoperativt illamående/kräkning (PONV)
 - ✓ Mobiliserade patienter på UVA
 - ✓ Minska postoperativ smärta (NRS)
 - ✓ Utvärdera smärtregim postoperativt i FRISQ
-

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 1–3

- Inga operationer/patienter med ASA klass 4
-

Utföra städkontroll visuellt och med optiska mätinstrument:

- Antal ATP mätningar vårdavdelning
 - Antal ATP mätningar operation
-

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
 - Postoperativt illamående på UVA
-

Mäta, analysera och registrera postoperativa komplikationer:

- Ingen Stroke
 - Ingen Lungemboli
 - Ingen DVT
 - Ingen Hjärtinfarkt
-

Läkemedel:

- Aktivt arbeta för att minska mängden miljöskadliga läkemedel
 - Mängden läkemedel som förskrivits postoperativt som är miljöbelastande
 - Minska förskrivning av antibiotika och smärtstillande läkemedel
 - 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
 - Följa upp mängden och försöka minska utsläpp av anestesigaser enligt miljömål från Regionen
 - Årlig läkemedelsrevision
 - Årlig läkemedelsgenomgång med Apoteket
-

Produktionsmål:

Mottagning:

- Totalt antal mottagningsbesök varav nybesök
 - Antal fysiska besök postoperativa sjuksköterskemottagningen
 - Antal nervrotsblockader
-

Operation:

- Antal operationer
 - Antal endoskopiska operationer
 - Medelvårdtid UVA
-

Vårdavdelning:

- Antalet omläggningar Postoperativ sjuksköterskemottagning
- Antalet telefonbokningar postopmottagningen
- Medelvårdtid dygn

