



Patientsäkerhetsberättelse

Ryggkirurgiska Kliniken

2017



RYGGKIRURGI
STRÄNGNÄS

Sammanfattning

Patientsäkerhetsberättelsen är till för att du som patient, närstående och medarbetare ska få en inblick i hur vi verkar för att ständigt höja kvaliteten i vården.

En stark säkerhetskultur ska prägla hela vår organisation och patientsäkerhet är en av våra viktigaste prioriteringar.

Ryggkirurgiska kliniken är en del i Praktikertjänst vars långsiktiga mål med sitt interna kvalitetsarbete är att vara marknadsledande när det gäller kvalitet- och patientsäkerhet.

Att tänka och handla patientsäkerhet finns med oss i vårt dagliga arbete och genomsyrar hela vår verksamhet. Bland medarbetarna finns en uttalad vilja och medvetenhet att arbeta för ökad patientsäkerhet, i en tid av förändring är detta av yttersta vikt för oss.

Överlag är resultaten för arbetet med patientsäkerhet bra, men vi fortsätter att arbeta för ständiga förbättringar.

Vi arbetar med dessa frågor inom klinikens alla arbetsområden. Avvikelser och risker på kliniken hanteras av områdescheferna och patientssamordnare och återkopplas på möten och arbetsplatsträffar. Händelse- och riskanalyser genomförs på kliniken i syfte att se över och utvärdera rutiner och arbetssätt.

Fokusområden 2017 har varit

- Registering av risker, förbättringsförslag och avvikelser. Hur vi arbetar med att analysera dessa och vilka åtgärder som vidtagits.
- Uppföljning av genomförda risk- och händelseanalyser
- Resultat av det Nationella Punkt Prevalens Mätningarna av vårdrelaterade infektioner, följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler.
- Uppföljning av patient med sårinfektion på individnivå.
- Följsamhet till WHO:s checklista.
- Följsamhet till MEWS
- Följsamhet till postoperativ neurologisk kontroll och status.
- Genom Nationella Ryggregistret och interna patientenkäter följer vi regelbundet upp att vi ger patienten en god och säker vård.
- Tvärprofessionell bedömning inför kirurgi, fysioterapeut, kirurg och sjuksköterska träffar patienten på mottagning.



RYGGKIRURGI
STRÄNGNÄS

Övergripande mål och strategier

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

Vårt övergripande patientsäkerhetsmål är att fungera i vardagen under alla omständigheter, både när det gäller förutsägbara och oförutsägbara händelser, så att inga patienter drabbas av vårdskada.

Viktiga delmål på vägen är:

- Ständig översyn av arbetsätt och arbetsrutiner i syfte att den enskilde medarbetaren ska ges förutsättningar att arbeta patientsäkert med rimlig arbetsbelastning, tid för reflektion och återhämtning.
- Att kontinuerligt under året se över följsamhet och resultat till satta mål för att kunna analysera och vidta eventuella åtgärder.
- Att göra alla medarbetare delaktiga och ansvariga i patientsäkerhetsarbetet.

Ändamålsenliga processer, kunnig personal och delaktiga patienter är grunden för en god vård. Vården vi ger ska vara så säker att ingen patient drabbas av en undvikbar vårdskada.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Ledningsgruppen ansvarar för att det bedrivs ett strategiskt patientsäkerhetsarbete i organisationen. Områdescheferna ansvarar för att gällande författningar, riktlinjer och rutiner följs på respektive verksamhetsområde och att vården är säker och har god kvalitet. Stödfunktioner i patientsäkerhetsarbetet är HLR-instruktörer, hygiensamordnare, patientsäkerhetssamordnare samt vår internrevisionsgrupp.

Det är alla medarbetares ansvar att aktivt medverka i det systematiska kvalitetsarbetet och att uppmärksamma och rapportera risker, vårdskador och andra oönskade händelser som rör patientsäkerhetsarbetet.

På kliniken finns ett patientsäkerhetsråd representerat från klinikens olika områden. Patientsäkerhetsrådet är ett rådgivande organ till verksamheten i patientsäkerhetsarbetet. Deras arbete syftar till att utveckla en kultur som stödjer verksamhetens patientsäkerhetsarbete enligt systemsyn och förbättringsarbete. På uppdrag från ledningsgruppen genomför rådet Risk- och Händelseanalyser.



Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Uppföljning av patientsäkerhetsarbetet sker regelbundet. Resultat, satsningar och förbättringsåtgärder redovisas på arbetsplatsträffar och klinikgemensamma möten

- Hygien
 - Endagsmätningar av förekomsten av vårdrelaterade infektioner (PPM-VRI) samt PPM mätningar gällande följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (BHK) genomförs kontinuerligt.
 - Uppföljning av samtliga opererade patienter gällande infektioner sker 1 månad efter operation.
- Fall
 - Mätning av patienter som är fallindexbedömda senast 12 timmar efter inläggning på vårdavdelning.
- Patientupplevd kvalitet
 - En webbaserad enkät möjliggör att samtliga patienter kan lämna sina synpunkter på utförd vård.
- Kliniken har ett webbaserat system för rapportering av avvikelser, förbättringsområden och risker.
- MEWS (*Modified Early Warning Score*)
 - Syftet med MEWS är att tidigt upptäcka en försämring i patientens tillstånd genom specifika kontroller fyra gånger per dygn.
- Postoperativ kontroll av kraft, känsel och domning.
- Interna och externa revisioner av ledningssystemet ISO 9001:2008.



RYGGKIRURGI
STRÄNGNÄS

Uppföljning genom egenkontroll

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§, 7 kap. 2 § p2

Gällande medicinsk kvalitet deltar kliniken sedan år 2000 i Svenska Ryggregistret, Swespine, med uppföljning 1, 2, 5 och 10 år. Se resultat i kvalitetsbokslutet.

En webbaserad enkät möjliggör att samtliga patienter kan lämna sina synpunkter på utförd vård.

Klinikens ledningssystem är certifierat enligt ISO 9001:2008 och miljöcertifierad enligt ISO 14001.

Efter en händelseanalys genomförande ansvarar berörd områdeschef för att de föreslagna åtgärderna genomförs. Patientsäkerhetsrådet ansvarar att följa upp att åtgärdsförslagen är genomförda efter tre och sex månader.

Kliniken utför sedan 2010 punktprevalensmätning för vårdrelaterade infektioner och observationsstudier av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler.

Alla opererade patienter följs sedan 2005 upp med infektionsregistrering trettio dagar efter operation.

Inkomna avvikelserapporter, rapporterade risker och förbättringsförslag tas emot av Patientsäkerhetsansvarig som gör en första analys. Rapporter som kräver omedelbara åtgärder lämnas direkt till ansvarig chef. Övriga sammanfattas och diskuteras fortlöpande på chefsmöte och arbetsplatsträffar. Eventuella åtgärder beslutas och tidigare åtgärder följs upp på arbetsplatsträffar, patientsäkerhetsmöte, ledningsgrupp samt i patientsäkerhetsrådet.

Kvalitetsgranskning av klinikers läkemedelshantering sker årligen.



RYGGKIRURGI
STRÄNGNÄS

Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Under året har ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete bedrivits på kliniken.

Röntgen

Sedvanliga strålskyddskontroller har under året gjorts av sjukhusfysiker och samtliga uppmätta värden ligger inom referensramarna från SSM.

Hjärt- lung-räddning, HLR

En anestesijuksköterska är A-D-S HLR instruktör, en fysioterapeut är instruktör i S-HLR. De utbildar all personal i HLR en gång per år förutom anesthesiavdelningen som utbildas två gånger per år. Operationspersonalen övas också i hjärtlungräddningsscenario på operationssal under simulerad pågående operation. På kliniken arbetar enbart sjuksköterskor i omvårdnaden av patienterna och alla genomgår A-HLR utbildning liksom alla läkare.

Målet är att följa riktlinjerna från Svenska Rådet för hjärt-lungräddning. Vilket innebär att HLR ska påbörjas inom en minut och defibrillering ska ske inom tre minuter.

Hygienrutiner

Vårdhygien är en viktig del i patientsäkerhetsarbetet för att förebygga vårdrelaterade infektioner och förhindra smittspridning.

Hygienansvarig sjuksköterska samordnar arbetet avseende vårdrelaterade infektioner, smitta och hygien samt är den som håller i informationen till övriga medarbetare.

Kliniken har deltagit i de årliga nationella **Punkt Prevalens Mätningar (PPM)** av **Basala Hygienrutiner** och **Klädregler (BHK)** samt mätningar av **Vård Relaterade Infektioner (VRI)** sedan 2010. Klinikens mål är att hålla en mycket hög vårdhygienisk standard.

Hygienansvarig sjuksköterska samt hygienombud på operationsavdelningen deltar regelbundet i extern fortbildning.

Hygienrutiner under mottagningsbesök har belysts och förbättringar har gjorts.



RYGGKIRURGI
STRÄNGNÄS

Operationsavdelning

Operationsavdelningen använder sig av WHO:s checklista för följsamhet till perioperativa rutiner.

Som ett led i utvecklingen av säker kirurgi har WHO tagit fram denna checklista.

Checklistans viktigaste syfte är att förbättra kommunikationen inom operationslaget. Studier som rör användning av checklistor vid kirurgi har rapporterat minskad andel komplikationer, färre kommunikationsmisstag och minskad tidsspill på operationssalen. Vi har använt denna checklista sedan 2010.

Vårdavdelning

Vi fortsätter att arbeta med fallrisk och fallprevention. Fall med och utan skada registreras i avvikelssystemet

På mottagningen arbetar sjuksköterskor från vårdavdelningen med peri operativa förberedelser, såsom provtagning, inskrivningssamtal. De träffar samtliga patienter som läkaren bedömer som operationsfall. Detta arbetssätt hjälper till att identifiera risker hos patienter som ska opereras.

Morgonmöte då dagens arbete går igenom för att fånga upp och diskutera handläggning av eventuella svårigheter och problem som kan uppkomma under dagen.

Under året har 2 möten hållits där samtlig personal på vårdavdelningen haft möjlighet att delta i fördjupade diskussioner i omvårdnad- och patientsäkerhet.

Fysioterapi

Fysioterapins arbetssätt med avdelningsveckor har förbättrat kontinuiteten för patienter på vårdavdelning.

Genom fysioterapin delaktighet i bedömning av kirurgiska fall ökar den tvärprofessionella synen på patienten.

Smärta

En smärtgrupp finns, gruppen består av anestesiläkare, kirurg, sjukgymnast, två sjuksköterskor tillika smärtombud. Gruppens uppgift är att samverka och vidareutveckla arbetet kring smärta. Regelbunden närvaro vid smärtkonferens.

Administration

Målet att operationsberättelse och inskrivningsanteckning ska vara skrivet samma dag uppfylls.



RYGGKIRURGI
STRÄNGNÄS

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Kliniken är ISO certifierad i kvalitet och miljö enligt ISO 9001:2008 och ISO 14001. I dessa ledningssystem bedrivs miljö och kvalitetsarbetet.

Kliniken har ett samarbetsavtal med smittskyddsenheten samt med avdelningen för Medicinsk Fysik och Teknik på Mälarsjukhuset i Eskilstuna.

På klinikgemensamma checklistor (Hälsoenkät inför inläggning, inskrivnings- och preop checklista, fallindex, WHO's checklista vid operation, MEWS, utskrivningschecklista och uppföljning av infektion 30 dagar efter operation) kontrollerar vi att varje delmoment i vårdprocessen blir utförd. Checklistorna finns kända och tillgängliga i journalsystemet samt i ledningssystemet.

Regelbundna patientsäkerhetsmöten hålls med patientsäkerhetssamordnare och chefer. Samt att patientsäkerhetssamordnare informerar alla områden om risker, förbättringsförslag och avvikelser.

Risikanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Riskmedvetenhet, proaktivitet och förmåga att hantera risker är avgörande för god patientsäkerhet

För att kunna identifiera och förebygga brister i verksamheten utförs riskanalyser. Analyserna genomförs på ett systematiskt sätt enligt Handbok för Patientsäkerhetsarbetet; Risk- och händelseanalyser. Fullständig riskanalys enligt handboken är en omfattande process, vilken bäst lämpar sig för övergripande riskbedömningar. I verksamheten genomförs riskbedömningar i det dagliga arbetet.

Riskbedömningar görs också standardiserat exempelvis genom MEWS-rutin och WHO's checklista.

Alla medarbetare ska, när de observerar risker i sitt dagliga arbete rapportera dessa i vårt avvikelssystem ADD. Områdeschefer eller patientsäkerhetssamordnare ansvarar och avgör om riskanalys ska utföras av den egna enheten rörande processer, förändringar och händelser eller tas upp med ledningsgruppen för vidarebefordran till patientsäkerhetsrådet. Områdescheferna eller patientsäkerhetssamordnare ansvarar för att delge medarbetarna utfallet av analysen.



RYGGKIRURGI
STRÄNGNÄS

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

All personal har en *lagstadgad* rapporteringsskyldighet angående händelser som kunde eller har fått negativa följder för såväl patienter som personal. Vi använder rapporteringssystemet ADD Systems där alla medarbetare kan rapportera risker, avvikelser och förbättringsområden.

Rapporterna tas emot av patientsäkerhetssamordnare som handlägger och gör en första analys. Rapporter som kräver omedelbar handläggning lämnas till direkt till ansvarig chef som utreder och återrapporterar till medarbetaren samt i vissa fall till ledningsgruppen. Målet med inrapporteringen är att starta en process som leder till adekvata åtgärder så att risker kan förebyggas. Det är också att tillbud och negativa händelser utreds och leder till åtgärder som ger ny kunskap, och blir en grund för ökad förmåga hos alla medarbetare att förbygga vårdskador.

Om en allvarlig negativ händelse inträffat eller kunde ha inträffat tas beslut om genomförande av Händelseanalys och eventuell Lex Maria anmälan. Ledningen ger i dessa fall uppdraget till patientsäkerhetsrådet.

All avvikelshantering följs upp årligen av ledningsgruppen.
Kliniken har en rutin för att anmäla till myndighet i enlighet med gällande författningar.

Klagomål och synpunkter

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

Inkomna klagomål och synpunkter hanteras och registreras i avvikelssystem som återkopplas av patientsäkerhetssamordnare.

Alla funktioner i verksamheten har kontakt med patienter som är opererade och kan fånga upp synpunkter som sedan rapporteras till berörd områdeschef.

Alla patienter och närstående får återkoppling på sina synpunkter. Rutiner för hur klagomål och synpunkter tas om hand finns beskrivna i klinikens styrande dokument.

All berörd personal informeras och görs delaktiga.

Verksamheten strävar efter att ha ett öppet klimat där medarbetarskap och ledarskap är centrala delar.



RYGGKIRURGI
STRÄNGNÄS

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Det centrala i klinikens värdegrund är "Mötet mellan människor". Genom god samverkan mellan patient, vårdare och omvärld stärker vi samhörighet och inflytande genom att patienten är involverad i sin egen vård.

Patientens egen medverkan är ytterst viktig för att uppnå trygg och säker vård. Patienter som vid läkarbesök planeras för operation får samtidigt träffa mottagningssjuksköterska för att gå igenom bl.a. ifylld hälsodeklaration, ta emot patientens eventuella egna önskemål, ge och inhämta information och för att svara på frågor.

Resultat

SFS 2010:659 3 kap. 10§ p 3.

Vårdrelaterade infektioner

Aktivitet	Mål	Utfall
Mätning på förutbestämmd dag på alla inläggande patienter.	0%	0 %

Följsamhet till basala hygienrutiner (PPM)

Målet är att samtliga personer som mäts ska ha 100% följsamhet i samtliga 7 moment.

Målet för 2017 är ej uppfyllt i ett av momenten.

Momenten

Korrekt kortärmad arbetsdräkt

Resultat 2014, 100%

Resultat 2015, 100%

Resultat 2016, 100%

Resultat 2017, 100%



**RYGGKIRURGI
STRÄNGNÄS**

Korrekt desinfektion av händerna inför patientnära arbete

Resultat 2014, 75%

Resultat 2015, 85%

Resultat 2016, 95%

Resultat 2017, 85%

Korrekt desinfektion av händerna efter patientnära arbete

Resultat 2014, 96%

Resultat 2015, 100%

Resultat 2016, 100%

Resultat 2017, 100%

Korrekt användning av handskar

Resultat 2014, 100%

Resultat 2015, 100%

Resultat 2016, 100%

Resultat 2017, 100%

Korrekt användning av plastförkläde/skyddsrock

Resultat 2014, 100%

Resultat 2015, 100%

Resultat 2016, 100%

Resultat 2017, 100%

Fri från ringar, klockor och armband

Resultat 2014, 100%

Resultat 2015, 100%

Resultat 2016, 100%

Resultat 2017, 100%



RYGGKIRURGI STRÄNGNÄS

Kort eller uppsatt hår

Resultat 2014, 100%

Resultat 2015, 100%

Resultat 2016, 100%

Resultat 2017, 100%

Infektionsregistrering 30 dagar efter operation

Aktivitet	Mål	Utfall
Infektionsregistrering 30 dagar efter operation. Samtliga patienter ska lämna svar.	100% svarsfrekvens.	100 %

Följsamhet till MEWS

Aktivitet	Mål	Utfall
Kontroll av vitala parametrar postoperativt enligt bestämd modell.	90% följsamhet.	95 %.

Fallprevention

Aktivitet	Mål	Utfall
Antal inneliggande patienter som är riskbedömda inom 12 tim efter ankomst.	90%	93 %



RYGGKIRURGI
STRÄNGNÄS

Postoperativ kontroll av kraft, känsel och domning

Aktivitet	Mål	Utfall
Kontroll postoperativt enligt bestämd modell.	80%	80 %

Övergripande mål och strategier för kommande år

En stark patientsäkerhetskultur är en viktig grund för att bygga en säker vård. En stark kultur skapas i det vårdnära arbetet. En förutsättning är ett engagemang i alla ledningsnivåer.

Vår målsättning är att integrera patientsäkerhet som en självklar del av vår organisation och våra arbetssätt. En del av detta är att vi ska vara en lärande organisation.

Utvecklingen av säkrare och effektivare vårdprocesser kommer att fortsätta prioriteras.

Patientsäkerhet är ett kontinuerligt arbete som aldrig blir klart utan i takt med att vården hela tiden utvecklas så tillkommer nya risker och riskfyllda moment.