



Patientsäkerhetsberättelse för Tiohundra AB 2024



2025-03-01

Inledning

Mallen är ett stöd för att skriva patientsäkerhetsberättelsen och utgår från lagkrav och följer strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. I de fall lagkrav finns görs hänvisningar under respektive rubrik. Fullständiga lagtextbeskrivningar finns i dokumentet Korsreferenslista för lagkrav kopplat till mallen för patientsäkerhetsberättelse.

Mallen utgår även från metodiken för systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

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

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

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



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.

I syfte att förtydliga har mindre justeringar i inledning och bilaga genomförts, 2022-05-18.

Innehåll

SAMMANFATTNING	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	5
Engagerad ledning och tydlig styrning	5
Övergripande mål och strategier	5
Organisation och ansvar.....	5
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	6
Informationssäkerhet	8
Strålskydd	10
En god säkerhetskultur.....	10
Adekvat kunskap och kompetens	13
Patienten som medskapare	16
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	19
Öka kunskap om inträffade vårdskador	26
Tillförlitliga och säkra system och processer	28
Säker vård här och nu.....	32
Riskhantering.....	32
Stärka analys, lärande och utveckling	33
Avvikelser	33
Klagomål och synpunkter	34
Öka riskmedvetenhet och beredskap	35
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	37

SAMMANFATTNING

Under 2024 har vi arbetat på nya sätt för att stärka säkerhetskulturen inom Tiohundra. Genom kvalitetsdialoger med enheterna har vi diskuterat och följt upp hur vi kan arbeta mer strukturerat för att förbättra patient- och brukarsäkerheten. Dessa samtal har genomförts enligt Socialstyrelsens och SKR:s koncept Säker Vård.

Vi har ökat antalet utredningar av händelser där något inte gått som planerat. Genom att analysera vad som hänt kan vi identifiera förbättringsområden och vidta åtgärder. Därmed minskar risken för att liknande händelser inträffar igen. Medarbetare har också uppmuntrats att rapportera om de ser risker de ser i sitt dagliga arbete, så att vi kan agera innan något allvarligt inträffar.

Mätningar visar att många patienter behöver bli inlagda igen på sjukhus kort tid efter att de skrivits ut. För patienterna skulle det vara bättre om det går att undvika, till exempel genom mer stöd hemma första tiden efter utskrivning. Det skulle samtidigt frigöra resurser på sjukhuset för annan vård. Därför har vi startat flera projekt för att förbättra vårdövergångarna och minska återinskrivningar.

För att få en bättre helhetsbild av patientens behov har vi tagit fram nya inskrivningsmallar inom särskilt boende och hemsjukvården. Dessa mallar ger ett tydligare underlag för att tillsammans med patienten planera vården på ett mer strukturerat sätt.

Ett prioriterat område har varit att öka fortbildning och ha mer gemensamma rutiner gällande läkemedelshantering, och det arbetet kommer att fortsätta under 2025.

I september tillsattes en intern medicinskt ansvarig sjuksköterska, en helt ny roll inom bolaget. Syftet är att stärka patientsäkerheten inom omsorgen och förbättra samarbetet mellan sjukvården och omsorgen.

Vi fortsätter vårt arbete under 2025 för att utveckla och integrera vården och omsorgen.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Nedan beskrivs mål och strategier, organisation och struktur för arbetet med att minska antalet vårdskador.

För att kunna nå den nationella visionen ”God och säker vård – överallt och alltid” och det nationella målet ”ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”, har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

Engagerad ledning och tydlig styrning

Övergripande mål och strategier

Tiohundras vision är ”vi bidrar till bästa möjliga livskvalitet och hälsa i alla delar av livet genom att utveckla och integrera vården och omsorgen varje dag”.



Målbild 2030

- Vi bidrar till ökad livskvalitet och hälsa
- Vi utvecklar vården och omsorgen tillsammans med invånarna
- Vi är tillgängliga, både fysiskt och digitalt
- Våra medarbetare är goda ambassadörer för Tiohundra
- Våra medarbetare och chefer har rätt kompetens för uppdraget
- Vi ger våra medarbetare och chefer möjlighet att kontinuerligt utvecklas
- Vi har god tillväxt, är konkurrenskraftiga och kostnadseffektiva
- Vi är en attraktiv samverkanspartner
- Vi går före: vi vågar, vi skapar nytt och vi agerar!

Våra sex fokusområden

- Förebyggande arbete och tidiga insatser.
- Integrerad och digital vård och omsorg.
- Trygg vård och omsorg i hemmet.
- Attraktiv arbetsgivare för framtidens medarbetare.
- Innovation, ny teknik och digitalisering.
- Rätt kompetens, i rätt tid, på rätt plats.

Organisation och ansvar

Vårdbolaget Tiohundra får sina uppdrag från **kommunalförbundet Sjukvård och omsorg i Norrtälje** (KSON), som har det övergripande ansvaret för sjukvård och omsorg i Norrtälje kommun. KSON beställer, tecknar avtal och finansierar uppdragen.

Styrelsen för Tiohundra AB består av ledamöter där hälften är utsedda av regionfullmäktige och hälften av kommunalfullmäktige. De har ansvar för att tillsammans med Tiohundras bolagsledning driva verksamheten så att våra kunder får en vård och omsorg av god kvalitet och med hög säkerhet.

Verkställande direktör har det övergripande ansvaret och leder Tiohundra AB:s bolagsledning. Verkställande direktör ansvarar för att bolagets arbete sker enligt ägarnas krav och gällande avtal samt enligt ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Chefläkare och medicinskt ansvarig sjuksköterska (denna funktion är nyinrättad i bolaget för att stärka och främja patientsäkerhetsarbetet i omsorgen) ansvarar för samordning på övergripande nivå och stöd i uppföljning av brister i organisationen som kan medföra patientsäkerhetsrisker.

Verksamhetschef har ansvar för att all personal inom sitt verksamhetsområde kontinuerligt arbetar med att förbättra kvalitet och säkerhet för våra kunder.

Enhetschef/klinikchef har ansvar för att det systematiska kvalitetsarbetet integreras i den dagliga verksamheten, dvs. att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten kontinuerligt.

Medarbetare har alla ett ansvar, att aktivt medverka i det gemensamma arbetet med att öka patientsäkerheten. Ansvaret består bland annat av att rapportera risker, fel och brister som upptäcks, delta i pågående förbättringsarbeten samt vara väl insatt i vårdbolagets mål, värderingar och resultat.

Stödfunktion finns i det vårdhygieniska arbetet genom hygienläkare och hygiensjuksköterska, Vårdhygien Region Stockholm.

Samverkan för att förebygga vårdskador

Primärvården

Primärvården har varit fortsatt delaktiga i arbetet med att införa de nationella personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen (PSVF). Under året har vi haft en utökad samverkan med rehab öppenvård gällande PSVF för höft- och knäledsartros. Vi har också haft fortbildningar om PSVF för stroke/TIA, svårläkta sår, venös sjukdom i benen och ländryggsbesvär.

Samverkan med psykiatrin har fortsatt och arbetet med psykiatrikonsult är nu implementerat på alla vårdcentraler. Vi är också i planeringsfasen för en gemensam fortbildning våren 2025 om de patienter som befinner sig i gränslandet mellan primärvård och psykiatri och hur vi ska samverka för att ta hand om dessa patienter på bäst sätt.

Primärvården har en välfungerande samverkan med både barnavårdscentral och barnmorskemottagning. Tillsammans med våra beställare och ett flertal olika verksamheter, inklusive hemsjukvården, psykiatri- och beroende och kommunen, har vi påbörjat ett arbete för att ta fram nya arbetssätt och samverkansmöjligheter i kommunens perifera närområden.

Barn, ungdom, familj, psykiatri, habilitering (BUFPH)

Samverkan mellan primärvård och psykiatri- och beroendemottagning regleras av en gemensamt kommunövergripande överenskommelse. Dessutom finns telefonkonsultationstider för läkare på primärvården inom Tiohundra. Primärvården skickar en remiss och en telefontid bokas för diskussion.

Samverkan mellan psykiatri- och beroendemottagningen och sjukhusets vårdavdelningar, IVA/akuten återfinns via kontinuerliga konsultationstider på vardagar, sammanlagt sju tider per vecka. Samverkan sker även genom teamträffar i enskilda patientärenden samt med gemensamma föreläsningar om olika medicinska och psykiatriska tillstånd.

Samverkan mellan vuxenhabiliteringen och psykiatri och beroende utgörs av ett gemensamt samverkansteam mellan psykiatri och habilitering (SPH). Läkare tillsammans med sjuksköterska eller skötare från psykiatri och beroende kommer till de socialpsykiatriska boendena och genomför ronder kontinuerligt. Samverkan mellan BUP och habiliteringen är i uppbyggnadsfas där planen är att skapa ett team liknande det som finns på vuxensidan idag.

Samverkan mellan första linjens barnpsykiatri och BUP sker idag via projektet ”En väg in” samt deltagande i varandras team. Alla mottagningar samverkar kontinuerligt med aktörer utanför Tiohundra – socialtjänsten, skola, elevhälsa, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen med flera, där samtycke finns, och arbetar för att skapa trygg informationsöverföring mellan olika enheter och för att det inte ska belasta barnet/ungdomen eller dennes familj. ”En väg in” är en gemensam ingång för kommunens barn och deras vårdnadshavare, för en första kontakt och bedömning. Funktionen bemannas av både första linjens barnpsykiatri (samtalsmottagningen) och barn- och ungdomspsykiatri. Regelbundna möten hålls mellan Kärnan, som är en del av barn- och ungdomspsykiatri men riktar sig mot små barn, barnmorskemottagningen och BVC samt psykiatri- och beroendemottagningen för att tidigare kunna identifiera psykiatriskt lidande.

Mini-Maria är en samverkansmottagning mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst, för unga med beroendesjukdom. Då socialtjänsten och hälso- och sjukvården inte har samma dokumentationssystem eller tillgång till varandras system så är samverkan än viktigare.

För våra ungdomar och unga vuxna finns en nära samverkan mellan ungdomsmottagningen och unga vuxna-mottagningen, där patienter kan röra sig sömlöst mellan mottagningarna utifrån behov och personalens bedömning. Ungdomsmottagningen samverkar även regionalt och nationellt.

Psykiatri- och beroendemottagningen samverkar med frivården när det gäller de patienter som har kontakt med frivården.

Under året har representanter från olika enheter deltagit i möten om SIP (samordnad individuell plan) som kommunens SIP-samordnare har hållit i. Ett sätt att öka kunskapen om vilka patienter, brukare och kunder som ska ha SIP och att i kommunen skapa en samsyn kring SIP.

Vid behov har möten mellan psykiatri- och beroendemottagningen och Fokushuset skett för att diskutera och planera kring enskilda patienter.

Samverkan har skett med enheten för våld i nära relation inom socialtjänsten genom att BUFPH tillsammans med dem arrangerade en förmiddag där föreläsningar hölls för medarbetare inom socialtjänsten och verksamhetsområdet BUFPH.

Norrtälje sjukhus

Sjukhuset inledde hösten med att bjuda in till samverkansmöte med särskilda boenden, hemtjänst, hemsjukvård, biståndshandläggare, trygghetsjouren och prehospitala enheten. Syftet var att

tillsammans identifiera förbättringar för att främja säkra och trygga övergångar mellan slutenvård och särskilt boende, hemtjänst och hemsjukvård.

I sjukhusets kvalitetsnätverk sker samverkan mellan vårdavdelningar, intensivvårdsavdelningen, akutmottagningen, rehabilitering och dietist. Samverkan har resulterat i flera övergripande rutiner och arbetssätt. Bland annat bedrivs arbete kring kost och nutrition med syfte till att få ett till enhetlighet arbetssätt och gemensamma riktlinjer. Ett annat arbete är framtagande av ny gemensam vätskebalanslista med riktlinjer.

På sjukhuset pågår flera projekt som berör in- och utskrivningar och patientflöden på sjukhuset, i syfte att minska akuta återinläggningar och ge trygga hemgångar.

Fortsatt samverkan i personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp har skett under våren. Som exempel kan nämnas vårdförlopp höftledsartros och vårdförloppet stroke och TIA.

Rehabiliteringen och barnmorskemottagningen har samverkat kring förebyggande och stärkande bäckenbottenträning efter förlossning. Rehabiliteringen samverkar även med sjukhusets ortopedmottagning.

Samverkan sker med kommunens SIP-samordnare för att säkra och underlätta för barn och unga som även vården får nyttja för gemensamma överenskommelser. Samordnad individuell plan, SIP, är ett verktyg som ska användas vid behov av samordning och som bidrar till ett helhetsperspektiv, delaktighet och avlastning för individen.

Samverkan sker i olika forum och råd där händelser rapporteras och diskuteras. Som exempel kan nämnas HLR-rådet. Lokal gaskommitté är ett forum där representanter från andra vårdgivare och fastighetsägaren Locum diskuterar risker och eventuella händelser. Likaså finns en central gaskommitté där vi kan delge och ta del av händelser inom hela regionen. På motsvarande sätt har vi en strålskyddskommitté.

På klinikchefsmöten ses chefer och medicinsk ledningsansvarig (MLA) från sjukhusets olika områden samt primärvård och psykiatri. Här diskuteras medicinska frågor och händelser. Sjukhuset har regelbundet M&M-konferenser (Morbidity and Mortality = sjuklighet och dödlighet) för läkare där patientfall diskuteras. Syftet är att fånga upp risker och negativa händelser, ge ett gemensamt lärande och därmed minska risken för att det inträffar igen. Här deltar hela sjukhusets läkare och en del sjuksköterskor.

Den perioperativa gruppen arbetar ständigt med förbättringar både när det gäller själva arbetet men till stor del när risker eller händelser har uppenbarats sig.

Informationssäkerhet

Omvärlden

Året som varit har fortsatt skuggats av krig och konflikter. I dessa konflikter har ”cyberkrig” fortsatt eskalera.

Det allra största hotet mot hälsovård i det digitala landskapet världen över är försök till ransomware-attacker (utpressningsattacker). Företag inom hälso- och sjukvård har varit mer benägna att betala för att få sina system i drift igen med tanke på liv och hälsa för patienter.

Hälsovården är också sårbar i sin strävan mot lösningar för telehälsa och andra digitala lösningar där säkerhetsåtgärderna inte alltid går i takt med utvecklingen.

Organisationer inom hälsovård behöver vara förberedda för att utsättas för olika attacker i form av nätfiske och ransomware-försök, DDoS-attacker (överblastningsattacker), felkonfigureringar i molntjänster, attacker mot webbaserade tjänster som ansökningsformulär, samt intrångsförsök genom smarta prylar som kopplas upp till nätet (IoT).

Tiohundra

Den systematiska uppföljningen av Tiohundras informationssäkerhetsarbete har setts över och byte av uppföljningsmetod har skett under året. Myndigheten för samhällsskydd och beredskaps (MSBs) verktyg Informationssäkerhetkollen/cybersäkerhetkollen kommer att användas för självskattning. Detta verktyg, kombinerat med riktade internrevisioner och internkontroller kommer utgöra den systematiska uppföljningen. Årlig sammanfattning på mer detaljerad nivå beskrivs i Årsrapport informationssäkerhet 2024 Tiohundra och även i Årsrapport från dataskyddsombudet 2024.

Risker och förbättringsarbete

Som många andra bolag, har Tiohundra dragits med en större it-teknisk ”skuld” i form av gammal infrastruktur och även kompetensbrist vilket påverkat informationssäkerheten. Dessa risker identifierades för några år sedan och förflyttningsarbete påbörjades och pågår fortfarande. Nätdrift och infrastruktur har succesivt tagits över av Serviceförvaltningen Region Stockholm enligt avtal. Detta slutförs under 2025. I och med avtalet och förflyttningen till att Serviceförvaltningen förvaltar infrastruktur och nät har en modernare infrastruktur och behovet av kompetenser för framtidens utveckling säkrats. Den lokala förvaltningen av respektive systemobjekt är under utveckling och behöver fortsätta utvecklas för att risker i form av att bland annat ställda leverantörskrav inte efterlevs eller brister i behörighetsrevisioner uppstår.

Bevakning och skydd

Skydden för olovlig åtkomst till datornätverk och informationstillgångar ses ständigt över och har förbättrats under 2024 i och med flytt av drift till Serviceförvaltningen. Serviceförvaltningen har en analysenhet för IT-säkerhet (CERT) som veckovis genomför sårbarhetsskanningar av externa åtkomstytter. Resultaten sammanställs i rapporter som följs upp. Som ett komplement köper Tiohundra in extern tjänst för övervakning av servrar dygnet runt.

Incidenter

De digitala system som Tiohundra råder över har inte utsatts för några större hot. Driftstörningar uppstår då och då men har inte orsakats av extern påverkan. Ett antal åtgärder har gjorts för att minska inflödet av nätfiskemejl och även införandet av stöd för användarna att uppmärksamma nätfiskemejl.

Journalföring

Behörighetskontroll, loggkontroll och granskning av att dokumentation i patientjournaler sker enligt lagstiftning enligt uppsatta rutiner. I journalsystemet Take Care används bland annat verktyget SALA för uppföljning på olika sätt.

Övriga aktiviteter

- Fokus under året har legat på medarbetares kunskap om informationshantering. Översyn och förbättring av stödmaterial gällande hantering av personuppgifter i allmänhet samt om journalhantering och sekretess har genomförts.
- Bolagsgemensam utbildning gällande informations- och cybersäkerhet i form av Nano-learning-lektioner pågår, vid skrivande datum med en genomförandegrad på 60%. Denna har som syfte att stärka alla medarbetare i all digital informationshantering.
- Bolagets genomförda internrevision våren 2024 omfattade informationssäkerhet.
- Fortsatt fokus på att välja säkra digitala tekniska lösningar för informationsöverföring när medarbetares och patienters information hanteras.

Strålskydd

Tiohundra AB bedriver verksamheter med joniserande strålning. Dessa verksamheter är tillståndspliktiga och till tillståndet (SSM2021-8298) hör ett antal villkor som Strålsäkerhetsmyndigheten (SSM), kräver skall redovisas årligen i ett strålsäkerhetsbokslut.

Säkerhetsbokslutsrapporten 2024 redovisar hur de krav som finns i SSM:s föreskrifter (SSMFS 2018:5 och SSMFS 2018:1) har uppfyllts under 2024.

Strålsäkerhetsarbetet på Norrtälje sjukhus bedrivs tillsammans med sjukhusfysiker från Karolinska Universitetssjukhuset.

Utöver det grundläggande strålskyddsarbetet, har det huvudsakliga fokuset legat på att fortsätta det systematiska optimeringsarbete som startade under 2018. Detta arbete bedrivs av så kallade KOM-grupper (grupp för kvalitet, optimering och metodutveckling). KOM-gruppernas huvudsakliga uppgift är att säkerställa diagnostisk kvalitet och strålsäkerhet av de metoder och arbetsrutiner som används inom verksamheten. Verksamheten har definierat tre KOM-grupper; en grupp för konventionell röntgen och genomlysning (inkluderar även DEXA), en grupp för datortomografi och en grupp för genomlysningsverksamhet på operation. I varje grupp deltar metodansvarig sköterska, skyddsombud, metodansvarig läkare och sjukhusfysiker.

En sammanfattande bedömning av de rapporterade avvikelserna under 2024 kan motivera internrevision av remisshantering, undersökningsmetoder och utbildningsinsatser, för att förebygga liknande avvikelser eller risker för avvikande undersökningar i framtiden.

En god säkerhetskultur

En god säkerhetskultur kännetecknas bland annat av:

- ett aktivt arbete med att identifiera och minimera risker och skador
- ett öppet arbetsklimat där personalen tryggt kan rapportera, diskutera och ställa frågor om säkerhet
- en organisation där alla lär av negativa händelser som har inträffat och är medvetna om risken för sådana händelser.



Varje år mäts ”hållbart säkerhetsengagemang (HSE)” i medarbetarenkäten. Svaren på nio frågor sammanställs i ett index. Resultatet gällande HSE-index för Tiohundra 2023 var 78 på en 100-gradig skala

och för 2024 har HSE index-försämrats till 77. Region Stockholms HSE-index för 2023 var 75 och för 2024 var index 77.

Några av frågorna gällde:

1. På min arbetsplats agerar vi alltid utifrån de risker vi ser. Resultat: 4,0 (samma som 2023 på en femgradig skala)
2. Jag påtalar när jag tror något är på väg att gå fel. Resultat: 4,5 (samma som 2023 på en femgradig skala)
3. Jag vågar prata om mina misstag. Resultat: 4,5 (samma som 2023 på en femgradig skala)

Ny chef och medarbetare får i sin introduktion kunskap om vikten av en god säkerhetskultur och vikten av att rapportera avvikelser. Vi har även patientsäkerhet som en stående punkt på arbetsplatsträffar. Flera enheter har daglig avstämning för att fånga det som händer på enheten. Olika forum finns för att diskutera uppkomna frågor, för att främja samverkan och den öppna kommunikationen.

Vi genomför årligen internrevisioner. Under våren genomfördes internrevision inom informationssäkerhet som bland annat visade att:

- Det planeras utbildningsinsatser inom bolaget med riktad utbildning av informationssäkerhetssamordnare.
- De flesta medarbetare har genomfört DISA-utbildning vid nyanställning.
- De tillfrågade enheterna gallrar inaktuell utskrivna patient- och brukarinformation regelbundet.
- De tillfrågade enheterna har bra rutiner för att kassera skyddsvärd information i sekretesskärl, t.ex. uppgifter med personnummer eller annan känslig information.
- Alla enheter har kännedom om rutinen för hantering av uttjänade datorer, mobiler m.m. Produkterna lämnas in till IT-enheten för omhändertagande.

Några av förbättringsförslagen var:

- Alla medarbetare skriver under sekretess och tystnadsplikt via anställningsavtalet. Kunskapen behöver upprepas regelbundet på arbetsplatsträff eller utifrån synpunkter/avvikelser.
- För att förhindra att känsliga uppgifter blir liggande öppet vid utskrift ska funktionen ”säker utskrift” användas.

Under hösten påbörjades internrevision på processen sömnbesvär men efter intervju med processägare så avbröts förberedelserna då processen enbart rörde en verksamhet och processägaren hade god kännedom om processens utmaningar och utvecklingsbehov.

Patient- och brukarsäkerhetsdialoger genomfördes i verksamheterna 2024. Det är ett årligt möte mellan verksamhetschef, enhetschef och några medarbetare, där det diskuteras i dialogform vilka möjligheter som finns på arbetsplatsen när det gäller att jobba patient- och brukarsäkert. Man ser över hur kommunikationen sett ut när något inte gått som det borde. Har vi en hållbar säkerhetskultur? Tillsammans stämmer deltagarna av hur det ser ut för enheten i förhållande till säkerhetskulturtrappan. Beroende på resultatet ser gruppen över behovet av förbättringsarbeten.

Primärvård

Arbetsklimatet ska vara öppet och transparent. Alla i hälso- och sjukvården ska vara medvetna om och vaksamma på de risker som kan uppstå. Medarbetarna ska känna sig trygga att rapportera och diskutera säkerhetsfrågor. Medarbetarna uppmuntras att göra avvikelser när något inträffar eller när man identifierar en risk för att något ska inträffa.

Inom primärvården diskuteras kvalitetsengagemang, patientsäkerhet, identifierade risker och rapporterade avvikelser regelbundet på arbetsplatsträffar, läkar- och sjuksköterskemöten, i primärvårdens ledningsgrupp samt inom nätverket för medicinska rådgivare. Faktorer som påverkar patientsäkerhetskulturen diskuteras samt metoder och verktyg för att öka kunskapen om dessa och visa vilka utvecklingsmöjligheter som finns för patientsäkerhet.

M&M-konferenser (Morbidity and Mortality = sjuklighet och dödlighet) för läkare är ett verktyg som används för att följa upp och skapa dialog. Vid M&M ges möjlighet att diskutera, reflektera, lära och dela med sig av sina beprövade erfarenheter av fall som gått bra eller där det uppstått problem. Primärvården har ansvarat för programmet på en M&M-konferens för Norrtälje sjukhus och primärvård under året och presenterade då ett fall som berörde både primärvården, specialiserad öppenvård och röntgenkliniken.

Det kan vara en utmaning att få tid för lärande och reflektion i det dagliga arbetet. För att skapa förutsättningar för det har vi regelbundet återkommande professionsbundna möten för läkare och sjuksköterskor där det finns möjlighet till gemensam reflektion och diskussion om inträffade händelser och patientfall. Vi har också gemensamma möten för läkare och sjuksköterskor där det ges möjlighet till ett gemensamt lärande och där det också skapas förutsättningar för en god arbetsmiljö.

Alla utbildningsläkare (AT, BT, ST och vikarierande underläkare) har schemalagd handledning en timme i veckan för att säkerställa att de får en god utbildning och att vården som ges är patientsäker.

Hållbart säkerhetsengagemang (HSE) ingår i medarbetarenkäten och följs upp i verksamheten. Resultatet av den årliga enkäten redovisas på APT och utifrån resultatet görs handlingsplaner inom de områden där det finns ett förbättringsbehov. Enligt 2024 års medarbetarenkät var HSE-index 79 medan HME-index var 86 vilket är en minskning jämfört med 2023 då resultatet var 81 respektive 87.

Norrtälje sjukhus

I olika forum uppmanas medarbetare att rapportera risker och patientsäkerhetsronder har genomförts på enheter i olika omfattning. Avvikelser kommuniceras på arbetsplatsträffar och i ledningsgrupper.

Under året har kvalitetsdialoger genomförts inom sjukhusets verksamhetsområden, i syfte att lyfta kvalitet och patientsäkerhet, risker, svårigheter och utmaningar. Inom ett verksamhetsområde har kvalitet en egen punkt på arbetsplatsträffen. Hygienombud uppmuntras till att lyfta hygienfrågor.

I medarbetarenkäten finns frågor om hållbart säkerhetsengagemang (HSE). Resultaten följs upp och handlingsplan upprättas utifrån resultaten.

På sjukhusets månatliga M&M-konferenser (Morbidity and Mortality = sjuklighet och dödlighet) diskuteras patientfall. Syftet är att fånga upp risker och negativa händelser, ge ett gemensamt lärande och därmed minska risken för att det inträffar igen. Här deltar hela sjukhusets läkare och en del sjuksköterskor. Lärande och reflektion sker i olika forum, ytterligare ett är teamkonferens med patientärenden.

Patientsäkerhetsronden skapar dialog mellan verksamhetschef och medarbetare och kan på så sätt stärka patientsäkerhetskulturen.

Adekvat kunskap och kompetens

En grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete.



Vi har obligatoriska utbildningar som alla medarbetare ska genomföra, som medarbetarintroduktion där patientsäkerhet ingår, basala hygienrutiner, hjärt- och lungräddning och informationssäkerhetsutbildning. I bolaget finns en årlig förbättringsledarutbildning för medarbetare och chef. Två förbättringsledarutbildningar för ledningsgrupper har genomförts.

En viktig grundläggande del för att bedriva säker vård är att förebygga vårdrelaterade infektioner (vårdskador) och minska risken för smittspridning. Hygienombud finns på varje enhet och har till uppgift att bevaka ämnet vårdhygien, informera och utbilda kollegor.

För att stärka och höja kompetensen hos hygienombuden genomfördes under våren en heldagsutbildningsdag för alla hygienombud i ämnet Vårdhygien. Hygiensjuksköterskor och hygienläkare föreläste och utbildade bland annat genom workshop. Utbildningsmaterial delades ut för att ta hem till respektive enhet för vidare utbildning av kollegor.

Primärvård

Under 2024 har åtta sjuksköterskor från primärvården läst specialistutbildning på halvtid parallellt med det vanliga arbetet i primärvården. Fyra av sjuksköterskorna läser till distriktsköterska, en till hjärtsviktssköterska, en till astma/KOL-sköterska och tre till diabetessköterska. Under året har två av sjuksköterskorna blivit färdiga med sin specialistutbildning som diabetessköterska.

Några sjuksköterskor har gått forskrivarutbildning för nutrition. Vid samtliga enheter har sjuksköterskor deltagit i SIP-utbildning. Flera astma/KOL-sköterskor och ansvariga astma/KOL-läkare har också gått en utbildning för att vi ska kunna erbjuda våra patienter allergivaccinationsbehandling med tabletter.

Två undersköterskor har gått utbildning för att kunna utföra ögonbottenfotograferingar på vårdcentralen. En undersköterska går nu utbildning för att bli medicinsk fotsjukvårdare.

Samtliga läkare och många av sjuksköterskorna deltar i obligatorisk fortbildning en eftermiddag per månad. Programmet planeras utifrån verksamhetens behov och säkerställer att personalen blir uppdaterade på ny kunskap. Koppling görs ofta till pågående förbättrings- och kvalitetsarbeten.

Strama Stockholm har hållit i programmet för en fortbildning om antibiotika och vid det tillfället genomfördes också diskussion och reflektion över antibiotikaförskrivningen på respektive vårdcentral. Samtliga vårdcentraler har genomfört självdeklaration antibiotika.

Region Stockholms läkemedelskommitté tar årligen fram en rekommendationslista, Kloka Listan, som innehåller rekommendationer för kloka läkemedelsval. Kloka listan är i första hand ett stöd till primärvården för att säkerställa en jämlik läkemedelsanvändning i regionen. På årets första fortbildning ges alltid en genomgång av årets Kloka Listan för att all personal som förskriver läkemedel ska ha kännedom om vilka läkemedel som rekommenderas och bakomliggande orsaker till rekommendationerna.

Under 2024 har det gjorts en särskild satsning på kompetensutveckling gällande psykisk hälsa. Läkare, sjuksköterskor och samtalsbehandlare har genomgått regionens satsning STEP-UP för att samtliga professioner ska ha en gemensam kunskapsgrund och få ett kompetenslyft inom detta viktiga område.

Informationsapotekare har besökt vårdcentralerna och presenterat kvalitetsdata gällande vårdcentralens förskrivningsstatistik gällande läkemedel.

Under året har även informationsläkare besökt samtliga vårdcentraler med för vidare utbildning om kardiovaskulär prevention.

Utöver sedvanliga rutinkontroller inför anställning av legitimerad personal genomför verksamheterna journalgranskning av inhyrd personal och nyanställd personal.

För läkare som inte är specialist i allmänmedicin ska tid avsättas för kunskapskontroll i form av löpande journalgenomgångar/remissgranskning samt icke akuta frågor kring handläggning av patientfall.

Medicinskt ledningsansvarig läkare för primärvården har deltagit i bolagets arbete med införandet av personcentrerade sammanhållna vårdförlopp. Under året har de personcentrerade sammanhållna vårdförloppen för svårläkta sår, venös sjukdom i benen samt ländryggsbesvär varit ämnen för några av de obligatoriska fortbildningarna.

Utifrån avtalet med KSON bemannas vårdcentralerna med sjuksköterskor och läkare under hela öppethållandetiden. Eftersom arbetet sker under vardagar finns möjlighet till konsultation med erfarna kollegor, både internt och externt. Sjuksköterskor och distriktssköterskor svarar i telefon för att hänvisa patienter till rätt vårdnivå eller ge egenvårdsråd. Bemanningen säkerställs med hjälp av tidboken i Take Care och kontroll av daglig drift av verksamheten. Prioritering görs vid planerad och oplanerad frånvaro.

Allt förbättringsarbete som görs är systematiskt och strukturerat. Majoriteten av förbättringsarbetet görs i samverkan mellan alla vårdcentraler och ofta även med bolagsöverskridande. Våra förbättringsteam är tvärprofessionella och har representanter från de berörda yrkeskategorierna och vårdcentralerna. Patient- och anhörigmedverkan är alltid en viktig del i vårt förbättringsarbete.

Vi använder oss av en vedertagen metod för förbättringsarbete och arbetar enligt stegen i förbättringstrappan. Förbättringsarbetet börjar alltid med en initial kartläggning av nuläget för vår verksamhet, enligt metoden 5P. Därefter fastställs tema, övergripande mål och delmål. När det är gjort börjar arbetet med att ta fram förbättringsidéer som sedan testas med hjälp av PDSA-cykler. Det tas fram mått för att vi ska kunna mäta och utvärdera om de förändringar som görs faktiskt är förbättringar. När förbättringsidéerna snurrats tillräckligt många varv i PDSA-cyklerna och konstaterats leda till våra uppsatta mål är det dags för implementering av förbättringsidéerna på en bredare front.

Genom att vi har multiprofessionella team med representanter från samtliga vårdcentraler och genom att våra pågående förbättringsarbeten kontinuerligt presenteras på våra APT och andra interna möten får medarbetarna en god förståelse och kunskap i förbättrings- och implementeringsarbete.

Barn, ungdom, familj, psykiatri, habilitering

Alla medarbetare, oavsett yrkeskategori, inom verksamhetsområdet har fått erbjudande om att gå utbildning i MI-motiverande samtal.

På psykiatri- och beroendemottagningen har en arbetsterapeut gått utbildning KBT-E som är kognitiv beteendeterapi för att behandla patienter med ätstörningar. Två specialistsjuksköterskor på psykiatri- och beroendemottagningen har gått Omvårdnad för suicidnära personer.

En psykoterapeut går ISTDP som är intensiv kortvarig dynamisk psykoterapi, för att ha fler olika psykologiska behandlingar.

Inom psykiatri- och beroendemottagningen har man "mellanmöten" där personalen får utbildning och information om olika ämnen. Till exempel har enheten för skadligt bruk och beroende inom socialtjänsten varit och berättat om LVM; lagen om vård av missbrukare.

Två behandlare på Fokushuset har gått ERGT, Emotionsregleringsbehandling i grupp. Fokushuset har även haft en halv planeringsdag med fokus suicidriskbedömningar.

På BUP ska alla nyanställda gå utbildning i suicidriskbedömning, en digital utbildning för att säkerställa kunskapen kring vikten av att göra och dokumentera bedömningarna. På arbetsplatsträff har utbildning om skyddad identitet genomförts.

Vid schemaplanering och ledigheter så planeras det alltid så att det ska finnas erfaren personal på plats.

På psykiatri- och beroendemottagningen och habiliteringen genomfördes en gemensam utbildningssatsning för personal inom behandlingsmetoden NEUROACT; är ett manualbaserat program för stresshantering och färdighetsträning vid autism och andra neuropsykiatriska och komplexa svårigheter. Behandlingen bedrivs i grupp.

Medarbetare har utbildats i hot och våld med hjälp av VR teknik.

Logopederna från barn- och vuxenhabiliteringen utbildar boendepersonal, personal på daglig verksamhet och närstående i TAKK. Tecken som AKK är en AKK-metod där man använder sina egna händer. TAKK är inte detsamma som svenska teckenspråket, men bygger på dess tecken. Tecknen används tillsammans med tal, som stöd vid språkutveckling och på den nivå där personen befinner sig. TAKK fungerar som komplement till eller ersättning för talat språk, och underlättar språkförståelse och lärande.

Norrtälje sjukhus

Obligatoriska utbildningar, som till exempel utbildning i basala hygienregler och klädregler, sker på den digitala lärplattformen Läratorget.

Introduktionsutbildningen har förlängts för undersköterskor och sjuksköterskor på en enhet som resultat av ett förbättringsarbete.

Utbildningar eller föreläsningar sker med viss regelbundenhet, cirka en gång per vecka, på vårdavdelningarna. Det sker genom att olika professioner med specialistkompetens inom ett specifikt område står för innehållet. Miniföreläsningar finns på några enheter.

Bemanningssamordnare/chef säkerställer att rätt kompetens finns varje tid på dygnet. Några enheter använder sig av schemaläggningssystemets kompetensboxar för att säkerställa detta.

Under året har medarbetare utbildats i förbättrings- och implementeringsarbete och kan då arbeta som förbättringsledare.

Patienten som medskapare

En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende. (PSL 2010:659 3 kap. 4 §)



Patienter, brukare och närstående har möjlighet att lämna synpunkter och klagomål via 1177, synpunktsfolder, mail, telefon eller direkt vid mötet. Patienter, brukare och närstående erbjuds att medverka i händelseanalyser, utredningar och riskanalyser genom till exempel intervju och kan då ge förslag på förbättringar.

På mottagningar och avdelningar finns det förbättringslådor där patienter och närstående kan lämna förbättringsförslag.

Patienter görs delaktiga med personcentrerad vård och individuellt utformade vårdplaner, genomförandeplaner och habiliteringsplaner.

Primärvård

Patienter och närstående medverkar alltid i våra förbättrings- och utvecklingsarbeten. Verksamheten använder sig av ett flertal av verktygen i Verktygslåda för patientsamverkan för att säkerställa att patientperspektivet tas till vara i allt förbättrings- och utvecklingsarbete som görs. Vi använder oss bland annat av patienter och närstående i förbättringsteam, patient- eller fokusgruppsintervjuer, patientberättelser, kär- och galen och patientenkäter.

Primärvården har haft patienter eller närstående som medlemmar i förbättringsteam för processen för kognitiv sjukdom, KOL-processen och hjärtsviktsprocessen. I processen för psykisk hälsa och sårprocessen har det genomförts fokusgruppsintervjuer med patienter och i förbättringsarbetet gällande psykisk hälsa har vi låtit patienter fylla i enkäter.

Patienter och närstående har möjlighet att lämna synpunkter och klagomål via 1177, mejl, telefon eller direkt vid mötet. De kan också erbjudas att medverka i händelseanalyser, utredningar och riskanalyser genom till exempel intervju och kan då ge förslag på förbättringar. På vårdcentralerna finns det förbättringslådor där patienter och närstående kan lämna förbättringsförslag.

Journalen via nätet ger patienten möjlighet att läsa delar av sin journal i lugn och ro, till exempel före eller efter ett vårdbesök. Det bidrar till ökad trygghet, delaktighet och patientsäkerhet.

I varje enskilt patientmöte ska vården utformas och genomföras i samråd med patienten. Varje vårdgivare ansvarar för att patienten får god och anpassad information om sin vård och behandling samt eventuella risker. I vårdmötet ska patientens tanke, oro och önskan aktivt efterfrågas och bemötas.

Resultatet från den nationella patientenkäten analyseras och diskuteras i primärvårdens ledningsgrupp och tillsammans med all personal i samband med en arbetsplatsträff. Utifrån resultatet tas förbättringsområden fram som respektive vårdcentral sedan arbetar vidare med. Vid förra årets patientenkät (som analyserats i år) fick vårdcentralerna i Tiohundra en dimensionspoäng på 82,1% för helhetsintryck. Motsvarande resultat för riket var 81,1% och för Stockholm 79,4%. Det område där samtliga av våra vårdcentraler hade lägst resultat handlade om kontinuitet och koordinering och det är därmed ett av våra identifierade förbättringsområden.

Barn, ungdom, familj, psykiatri, habilitering

Patienterna har möjlighet att skicka sina synpunkter/klagomål via 1177 som sedan hanteras via avvikelssystemet Händelsevis. I de fall där patientens eller de närståendes klagomål inte kan avhandlas via telefon så bjuds dem in för ett samtal med enhetschef där klagomålet/synpunkten går igenom. Patienter och närstående kan lämna synpunkt/ klagomål till Tiohundras synpunktshandläggare, om patienten så önskar, för att få svar på klagomålet.

Alla verksamheter arbetar med att göra en skriftlig plan med patienten i rummet, habiliterings- vård- eller individuell plan. Planen benämns olika beroende på vilken verksamhet det rör sig om. Planen är skriven med ett personcentrerat fokus och den ska sedan kontinuerligt utvärderas och uppdateras. Det är något som enheterna mäter för att se att det efterlevs.

Under samtliga utredningar bjuds patienten och närstående in för att delta och berätta sin upplevelse och komma med förbättringsförslag. När utredningen är färdig så får de återkoppling där verksamhetschef deltar tillsammans med enhetschef och ansvarig utredare. Vid återgivning lyfts det som kommit fram och de åtgärder som har beslutats ska genomföras.

För att göra patienter och anhöriga delaktiga i vården har patient- och anhörigutbildning erbjudits för de som har bipolär sjukdom och/eller psykos sjukdom som har pågående kontakt på psykiatri och beroendemottagningen.

För att öka patientens kunskap om olika tillstånd så har ett psykoedukativt team startat inom psykiatri- och beroendemottagningen. Fokus är att ge patienter kunskap om olika tillstånd via olika föreläsningar och därigenom öka patienters egenvård och förståelse för sina symtom och svårigheter. Under arbetet med implementeringen så har fysiska besök övergått till digitala föreläsningar för att möjliggöra för fler att få ta del av föreläsningarna. En digital psykoedukativ föreläsning har även skapats på Fokushuset, som ett komplement till de digitala insatser som erbjuds på psykiatri- och beroendemottagningen.

Inom BUP erbjuds en psykoedukationsgrupp som riktar sig till barn som är tolv år eller äldre och lider av ångest och/eller depression samt deras vårdnadshavare. Gruppen är uppdelad på tre olika träffar och under dessa tre träffar ges information om

- Vikten av goda levnadsvanor och implementeringsstrategier för att öka dessa.
- Information om ångest/depression samt hanteringsstrategier.
- Strategier för föräldrar för att öka alliansen med sina barn.

Norrtälje sjukhus

På akutmottagningen ges möjlighet till de patienter som kan att själva fylla i en blankett med uppgifter som behövs under vistelsen på sjukhuset, det är uppgifter om allt från kontaktuppgifter till närstående till information om hjälp i det dagliga livet, hjälpmedel med mera.

Det finns möjlighet för patienter på akutmottagningen att skicka synpunkter och förslag till förbättringar via en QR kod.

Möjlighet finns för patienter att på 1177 skriva synpunkter och klagomål. I den nationella patientenkäten ges möjlighet för patienter att dela sina synpunkter om vården.

Patienter och närstående blir delaktiga i samband med rond eller särskilda möten. Patienter och närstående kan också erbjudas att medverka i förbättringsarbete.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

En del i att agera för säker vård är att förebygga vårdrelaterade infektioner (vårdskador) och minska risken för smittspridning. Punktprevalensmätningar på området basala hygienrutiner och klädregler (BHK) sker samordnat två gånger per år på alla enheter och är obligatoriskt.

Resultat sammanställs och presenteras på övergripande nivåer och på enhetsnivå. Resultatet för 2024 var varierande och vissa enheter hade svaga resultat. Beroende på resultat har vissa enheter därför utfört egenkontroller mellan de två obligatoriska. Resultat från de två punktprevalensmätningarna har redovisats och diskuterats på patient-och brukarsäkerhetsdialoger under året.

Primärvård

Egenkontroller

Medrave, Primärvårdskvalitet och Region Stockholms uppföljningsportal LUD används för uppföljning av vårdcentralernas strukturerade kvalitetsarbete. Kvalitetsdata följs kvartalsvis för samtliga gemensamma processer och tidigare genomförda förbättringsarbeten.

Kvalitetsindikatorer följs inom följande områden och diagnoser, bland annat:

- Läkemedelsförskrivning
- Kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL)
- Psykisk ohälsa
- Basala hygien och klädregler (BHK)

Uppföljning av våra resultat görs på arbetsplatsträffar, läkar- och sjuksköterskemöten, primärvårdens ledningsgrupp samt månadsuppföljningar.

Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler

Identifiering

Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (BHK) är viktigt för patientsäkerheten och vi mäter därför detta. Punktprevalensmätningar genomförs regelbundet två gånger/år, vår och höst, genom en självskattning. Målet är att fler än 90% ska följa BHK vilket inte uppnåddes 2023 då följsamheten i primärvården bara var 74%.

Analys

Regelbunden återgivning av resultat vid arbetsplatsträffar och ledningsgrupper.

Åtgärder

Genom att diskutera resultat på punktprevalensmätningarna på arbetsplatsträffar blir alla i verksamheten medvetna om vikten av att följa BHK och därmed har vi kunnat förbättra våra resultat.

Uppföljning av åtgärd

Resultat 2024 var på våren 81 % och på hösten 93 %. Delgivning av resultat har medfört en ökad medvetenhet och följsamhet till BHK. Resultat har återgivits och diskuterats på APT och i ledningsgrupp.

Psykisk hälsa

Identifiering

Under 2024 har primärvården genomfört ett gemensamt förbättringsarbete med det övergripande målet Hållbar handläggning och rehabilitering för ökad psykisk hälsa med patientens resurser i fokus. Enligt Folkhälsokollen hade Norrtälje kommun det högsta antalet ohälsodagar av alla kommuner i Region Stockholm 2021 (nyare data finns ej tillgänglig), 28,73 ohälsodagar jämfört med Östermalm som låg lägst på 9,52 ohälsodagar och medianen i regionen som låg på 17,31 ohälsodagar (analysverktyg folkhalsokollen.se).

Den initiala kartläggningen av nuläget påvisade ett flertal områden där det fanns behov av förbättringar. Delmål för förbättringsarbetet:

- Minska andelen patienter som är heltidssjukskrivna
- Minska väntetiden till samtalsbehandling
- Öka följsamheten till flödet för psykisk ohälsa
- Öka andelen medarbetare som känner till och arbetar enligt rutin för psykisk ohälsa
- Öka andelen patienter som handlagts enligt rutin för psykisk ohälsa
- Öka det multiprofessionella teamarbetet
- Förbättra arbetsmiljön relaterat till arbetet med sjukskrivningar

Mätetal och resultat vid baseline

• Andel deltidssjukskrivna i %	39%
• Antal genomförda rehabiliteringsronder med minst 3 deltagande professioner	10 st
• Väntetid för samtalsbehandling	81 dagar
• Antal kartläggande samtal hos ssk	150 st
• Andel patienter som undersökts somatiskt vid ny diagnos depression/ångest	23%/ 27,9%
• Andel patienter med evidensbaserad diagnos vid SSRI-behandling	46%
• Andel vårdpersonal som skattar att arbetsmiljön fungerar bra relaterat till arbetet med sjukskrivningar	3,6/5

Baslinjemätning gjordes för de flesta indikatorer i slutet av december 2023. Data har inhämtats via Medrave (datasystem) och Primärvårdskvalitet, Intygstatistik/Rehabstöd, pinnstatistik och enkät till personalen. Mätvärden har följts kvartalsvis bortsett från enkäten till personalen som gjorts i mars och september.

Analys

Andel deltidssjukskrivna i procent har varit väsentligen oförändrat under året med den lägsta andelen på 37,4% för andra kvartalet och den högsta på 40,6% för tredje kvartalet. Data för fjärde kvartalet finns ej tillgänglig än.

Antal genomförda rehabiliteringsronder med minst tre deltagande professioner har ökat för varje kvartal (Q), från 10 för hela 2023 till 10 under Q1, 21 under Q2 och 29 under Q3, efter att rutin för detta införts. Data för Q4 finns ej tillgänglig än.

Väntetiden för samtalsbehandling minskade från 81 dagar vid baseline till 29 Q1 efter att vi genomfört en förändring där samtalsbehandlarna placerades på specifik vårdcentral istället för att vara serva hela primärvården. Till Q2 hade väntetiden minskat ytterligare till 23 dagar. Tyvärr uppstod sedan vakanser i det psykosocialteamet varför vi behövde gå tillbaka till den tidigare metoden där samtalsbehandlarna servade hela primärvården och på underbemanning i teamet ökade då åter tiden till samtalsbehandling till 35 dagar för Q3.

Antal kartläggande samtal hos sjuksköterska var 150 under 2023. Under de tre första kvartalen 2024 genomfördes 503 kartläggande samtal. Data för fjärde kvartalet finns ej tillgänglig än. Vi kan konstatera att arbetssättet med kartläggande samtal hos sjuksköterska psykisk hälsa har implementerats på samtliga vårdcentraler.

Andel patienter som undersökts kroppsligt vid ny depression har minskat under mätperioden, från 23 % vid baseline och första kvartalet till 18,4 procent tredje kvartalet. När det gäller kroppslig undersökning vid nydiagnostiserad ångest har det skett en liten förbättring från 27,9 procent vid baseline till 34 procent tredje kvartalet. Data för fjärde kvartalet finns ej tillgänglig än.

Andel patienter med evidensbaserad diagnos vid behandling med SSRI-läkemedel har minskat under mätperioden, från 46 procent vid baseline till 43,2 procent tredje kvartalet 2024. En anledning till att resultatet försämras kan vara att många nya patienter listat sig hos oss och det är rimligt att anta att vi inte ännu hunnit träffa alla nya patienter och därmed sätta diagnos. Vi har inte heller hunnit implementera de nya rutinerna för hur vi ska arbeta med uppföljning, receptförnyelse och utsättning av SSRI. Data för fjärde kvartalet finns ej tillgänglig än.

Andel vårdpersonal som skattar att arbetsmiljön fungerar bra relaterat till arbetet med sjukskrivningar var 3,6/5 vid baseline. Vid första mätningen första kvartalet hade det skett en förbättring till 4/5 och vid den uppföljande mätningen tredje kvartalet låg resultatet på 4,1.

Åtgärder

Vi har implementerat nya arbetssätt och något som kallas för stegvis vård. Det finns team för psykisk hälsa på alla vårdcentraler. Teamen består av läkare, samtalsterapeut och sjuksköterska psykisk hälsa som arbetar gemensamt kring patienterna. Tidigare var det alltid läkaren som gjorde den första bedömningen, men med det nya arbetssättet är det den profession som bedöms vara mest lämpad i det enskilda fallet är den som gör den första bedömningen. För att detta ska fungera krävs att det görs en korrekt triagering i telefon och därför har samtliga sjuksköterskor som arbetar på vårdcentralerna fått särskild utbildning kring detta. Vid behov finns också nu möjlighet att boka en patient för utökad triagering hos sjuksköterska psykisk hälsa.

Enligt detta arbetssätt kan en del patienter helt tas om hand av sjuksköterska eller samtalsterapeut medan en mindre andel behöver träffa läkare. Patienten kan därmed få hjälp på rätt vårdnivå och med minskad risk för medikalisering.

Rutiner, flöden och dokumentation har också setts över och vi har bland annat tagit fram både bedömningsmall och triageringsmall för sjuksköterskor, rutin för rehabrond, journalmallar psykisk ohälsa och uppdaterat rutinen för sjukskrivning.

Vi har också infört ett digitalt stöd för psykisk ohälsa som heter PLUS via Ineras stöd- och behandlingsplattform. Detta program är psykoedukativt (utbildning) och består av moduler med metodstöd för stress, ångest, oro, nedstämdhet, kris, sorg och alkohol som kan aktiveras av behandlare.

Under året har samtlig personal deltagit i ett utbildningsprogram som ger stöd i arbetet med psykisk ohälsa i primärvården, STEP-UP.

Vi har också tagit fram två patientenkäter, en för att undersöka patienternas upplevelse av det första besöket relaterat till psykisk ohälsa, och en enkät för patienter som är sjukskrivna. Sedan början av november pågår utlämning av enkäter till samtliga patienter som uppfyller ovanstående kriterier och detta kommer att pågå året ut. Därefter kommer vi att göra en sammanställning av resultaten och arbeta vidare med resultatet under nästa år.

Uppföljning av åtgärd

Vi har använt oss av PDSA (planera, göra, studera, agera)-cykler och ständigt utvärderat insatta åtgärder. Förbättringsgruppen har träffats via Teams ca en timme var tredje vecka.

Återgivning av pågående arbete samt resultat har getts löpande under året på arbetsplatsträffar där kvalitetsarbetet varit en stående punkt. Det har också diskuterats på läkar- och sköterskemöten. Ledningsgruppen har haft en egen workshop där arbetssättet Stegvis vård gicks igenom.

Norrtälje sjukhus

Egenkontroll

Alla patienter på sjukhusets vårdavdelningar riskbedöms för trycksår, fall, nutrition, munhälsa och urinretention (otillräcklig tömning av urinblåsan) samt MRSA (en viss typ av multiresistenta bakterier). För patienter med identifierad risk sätts åtgärder in och utvärdering görs. Resultat från riskbedömningar och insatta åtgärder redovisas varje månad och följs upp på dialogmöten med enhetschef och verksamhetschef och redovisas på arbetsplatsträffar. Egenkontroll utförs även på antalet uppkomna trycksår och fall under vårdtid. Kontrollen är en bevakning av att vi bedriver ett patientsäkert arbete och ger möjlighet till att tidigt upptäcka brister och agera.

Månatliga egenkontroller sker på kvalitetsindikatorer som ingår i sjukhusavtal. Det rör sig om bland annat vård vid stroke, diabetes och höftfraktur men även vistelsetid och hur länge det dröjer tills man får en första läkarbedömning på akutmottagning. Sjukhusets akutmottagning har haft ett ökat patientinflöde från sommaren och över hela hösten. Trots det ses ett gott resultat och vi når målet att 55 procent av alla patienter ska ha en vistelsetid på högst fyra timmar på akuten. Vi når även målet att 90 procent av alla över 80 år ska ha en vistelsetid mindre än åtta timmar. Alla patienter ska få första läkarbedömning inom 50 minuter och där har vi ett resultat på i genomsnitt 40 minuter.

Regelbunden genomgång av kvalitetsdata, läkemedelsgranskning, logganalyser i journalsystem, patientsäkerhetsronder, datainformationssäkerhetsgranskning, mäta följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler, hygienronder är exempel på att agera för säker vård.

Vi följer bolagets kvalitets- och miljöhjul.

MRSA (Meticillinresistent Staphylococcus aureus)

Identifiering

Diskrepans mellan resultat från automatiserat uttag och resultat vid journalgranskning.

Analys

Det är en utmaning för vårdpersonal att korrekt riskbedöma för MRSA enligt Handlingsprogram för anmälningspliktiga resistenta bakterier (ARB) och det visar sig i resultatet.

Åtgärder

Kvalitetsutvecklare har vid tre tillfällen under året genomfört en journalgranskning för MRSA för varje avdelning.

Uppföljning

Resultatet har presenterats för personalgrupperna och dialog har förts om hur en riskbedömning ska ske och hur risker ska upptäckas samt hur åtgärder sätts in. Man har utgått från Handlingsprogram för anmälningspliktiga resistenta bakterier (ARB).

Basala hygienriktlinjer och klädregler (BHK)

Identifiering

Försämrat resultat på vissa enheter vid punktprevalensmätning jämfört med föregående år.

Analys

Svårbedömt vad det kan bero på men tydligt att inte all personal följer de riktlinjer och klädregler som gäller för alla medarbetare i sjukvården. Okunskap om riktlinjer och regler? Hög arbetsbelastning?

Åtgärder

De försämrade resultaten har uppmärksammats i kvalitetsdialoger med verksamhetschef och i andra forum där vikten om att all hälso- och sjukvårdspersonal har skyldighet att följa Socialstyrelsens föreskrifter har påtalats. För hygienombuden anordnades en Hygienombudsdag med fokus på basala hygienriktlinjerna och klädregler.

Specifik uppmaning har gått ut till enheter med svagt resultat att genomföra egenkontroller. Fortsatt kontinuerlig utbildning och information. Ämnet vårdhygien har också tillkommit i programmet för AT-läkare.

Uppföljning

Resultatuppföljning av egenkontroller och punktprevalensmätning på övergripande nivå.

Förfallna avvikelser

Identifiering

En för långsam hantering av avvikelser har identifierats genom avvikelssystemet.

Analys

Hög andel förfallna avvikelser. Avvikelser som inte har hanterats tid enligt avvikelseprocessen.

Åtgärder

Ett mål är satt att förfallna avvikelser ska ligga under 20 procent. Den höga andelen förfallna avvikelser har hanterats i olika ledningsgrupper.

Uppföljning

Den höga andelen förfallna avvikelser har hanterats i olika ledningsgrupper.

Logg i säkerhetsloggar

Identifiering

Vid logguttag via vårt system för säkerhetsloggar upptäcktes misstänkt icke behörig åtkomst.

Analys

Obehörig journalläsning upptäckt.

Åtgärder

Alla chefer informerades om upptäckten, och lokala rutiner togs fram. Endast behörig personal har nu access till rummet. Genomgång av regelverk och diskussion på arbetsplatsträffar har genomförts. Information har givits på intranätet och dataskyddsinformation är nu med i medarbetarintroduktion.

Uppföljning

Uppföljning av avvikelserna från dataskyddsinformationsgranskningen har gjorts och avvikelserna är åtgärdade.

Förfallna avvikelser

Identifiering

En händelse där det upptäcktes att en patient hade allvarlig vätskebrist.

Analys

Otydlighet i huruvida vätskebalansmätning hade utförts.

Åtgärder

Fallet togs upp på M&M och ny vätskebalanslista utformades med riktlinjer och infördes på hela sjukhuset.

Uppföljning

Uppföljning av avvikelser.

Patientens kost och nutrition

Identifiering

Otydlighet vid näringstillförsel till mag- och tarmkanalen genom sond (enteral nutrition).

Analys

Många olika rutiner skrivna av olika personer.

Åtgärder

Multiprofessionellt samarbete när nya rutiner utformas. Utformning av ett kompendium.

Uppföljning

Införs våren 2025.

Barn, ungdom, familj, psykiatri, habilitering

Identifiering

Patienter har inte haft patientansvarig läkare och sjuksköterska vilket har gjort att patienterna i vissa fall har träffat många olika läkare och sjuksköterskor.

Analys

Att träffa olika läkare och sjuksköterskor skapar inte trygghet och det finns stor risk att viktig information missas och vården inte hålls ihop.

Åtgärd

Ta fram arbetssätt med patientansvarig läkare och patientansvarig sjuksköterska. Möjliggöra ”miniteamtid” i schemat, för att lättare kunna diskutera gemensamma patienter.

Uppföljning av åtgärd

Uppföljning har skett och för att vidmakthålla det så fortsätter uppföljningar under 2025.

Psykiatri och beroendemottagningen med Fokushuset

Identifiering

Den psykiska ohälsan är hög hos invånarna i kommunen och det finns ett behov av att ha mer flexibel psykiatrisk vård.

Åtgärd

Psykiatri och beroendemottagningen och Fokushuset har tillsammans skapat MIVO (mobil integrerad vård och omsorg).

Uppföljning av åtgärd

Verksamhetschef inom BUFPH kommer att rapportera statistik kring teamet. Rekrytering av medarbetare till MIVO pågår.

Habiliteringen

Identifiering

Oklara rutiner mellan BUP och barnhabiliteringen vid händelser när habiliteringen möter suicidnära patienter. Habiliteringen har arbetat med att göra en tydligare process så att inte patienter tappas bort.

Åtgärd

Se över befintlig rutin och göra den känd av såväl barnhabiliteringen som BUP. Alla nya patienter sätts upp på väntelistan för årskontroll och vid nybesök skrivs en habiliteringsplan.

Uppföljning av åtgärd

Kommer ske under 2025. Habiliteringsplaner följs fortlöpande.

Psykatri och beroende

Identifiering

Även i år identifierar vi anhörigas vilja att delta i vården då utredningar görs efter fullbordade suicid. Vid journalgenomgångar identifieras att patienten inte har tillfrågats om kontakt med anhöriga eller att de erbjudits att delta.

Analys

Sekretess är en viktig del i all kontakt med vård och finns ingen anteckning om att upplysning får lämnas så kommer vården inte delge information. Däremot behöver vårdgivaren ta upp frågan med patienten och dokumentera att frågan är ställd och om vårdgivaren får lämna ut upplysningar och till vem.

Åtgärd

Fortsatt arbete för att påminna om att inkludera anhöriga.

Uppföljning

Arbete med vårdplan, individuell plan och habiliteringsplan pågår inom hela verksamhetsområdet och följs upp kontinuerligt.

Öka kunskap om inträffade vårdskador

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



Primärvård

Återgivning av pågående arbete samt resultat har getts löpande under året på arbetsplatsträffar där kvalitetsarbetet varit en stående punkt. Det har också diskuterats på läkar- och sköterskemöten. Ledningsgruppen har haft en egen workshop där arbetssättet Stegvis vård gicks igenom.

Mindre allvarliga risker eller händelser hanteras internt på respektive vårdcentral. Allvarligare risker eller händelser diskuteras med medicinskt ansvarig läkare, verksamhetschef och chefläkare, som beslutar om det ska genomföras en fördjupad granskning; en så kallad händelseanalys. Dessa analyser utgör en del av rapporten vid anmälningar av allvarliga vårdskador. Alla händelseanalyser blir inte anmälningar till IVO, utan återrapporteras till verksamheten och berörda patienter/brukare för direkt åtgärd.

Under 2024 har primärvården gjort en internutredning och en händelseanalys pågår. Resultaten är planerade att presenteras som en fallgenomgång på arbetsplatsträffar på samtliga vårdcentraler.

Under hösten har primärvården deltagit i ett regiongemensamt kvalitets- och förbättringsarbete för tidiga cancerupptäckt inom primärvården. Projektet syftar till att förbättra vårdens processer genom analys av

avvikelser och anmälningar. Samtliga avvikelser, vårdskadeutredningar och lex Maria-anmälningar från 2023 och delar av 2024 har granskats enligt en fastställd mall. Deltagandet har gett oss en ökad insyn i våra egna verksamheter och kommer i förlängningen kunna bidra till förbättrade processer för att tidigt kunna upptäcka cancer inom primärvården.

Utredning av avvikelser har påvisat att risker oftast är relaterade till bristande kontinuitet och kompetens på individnivå. Vi kommer därför att fokusera på dessa två områden nästa år. Under året har vi arbetat med att minska inhyrd personal och tillfälliga vikarier eftersom det är svårare att säkerställa att de har adekvat kompetens.

Barn, ungdom, familj, psykiatri, habilitering

Avvikelser är en stående punkt på alla arbetsplatsträffar. Där går man igenom avvikelser för att skapa ett lärande och därigenom öka kunskapen om vårdskador. På alla enheter pratas det om att identifiera risker och skriva avvikelser för att vi ska lära av riskerna och undvika att patienter drabbas av vårdskador.

Under året har det skett fler avvikelser gällande dokumentation och det ska bli en utbildningssatsning under 2025 kring hur vi dokumenterar, vad vi ska dokumentera och vilka skyldigheter vi har.

Allvarligare avvikelser tas upp med enhetschef, medicinskt ledningsansvarig (där sådan finns) och verksamhetschef för att besluta om utredning och när utredningen är färdig så görs en bedömning om det är en allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada och en Lex Maria ska göras. Alla utredningar återges till patient och eller närstående samt personalgruppen. Återgivningen är viktig för att ha ett lärande perspektiv i organisationen kring det som sker.

Norrtälje sjukhus

Bedömningen sker i de flesta fall via avvikelssystemet och följer den processen. Kommer inte ärendet via systemet tillsätts någon mindre grupp som tar sig an fallet. Det rapporteras sedan i valt forum och/eller på arbetsplatsträff.

Vi arbetar för att hålla vårdgarantin och säkerhetsställa att planerade återbesök får tid som planerat för att det inte ska uppstå fördröjning av vård. Rutin finns för läkemedelsförskrivning och genomgång av läkemedelslista. Skriftlig patientinformation finns för att patienten ska få både muntlig och skriftlig information vid behov.

Ett relevant riskområde är patientens läkemedelslista och vikten av att den är uppdaterad och aktuell.

Inom ett verksamhetsområde anlitas extern expert för att granska avvikelser och presentera för vårdpersonalen.

Har vården varit säker?

I avvikelshanteringssystemet Händelsevis ska handläggaren ange om den rapporterade vårdavvikelsen är en vårdskada eller ej. Vårdskador är skador som uppstår när vi inte följt rutiner och riktlinjer, när vi glömt eller missat något som vi borde ha sett eller gjort. Vårdskador ska vara möjliga att undvika. Skador i vården uppstår när vi trots att vi försökt förebygga eller följt behandlingsprogram ändå får en skada. Till exempel ett fall ur sängen trots fallförebyggande åtgärder som grindar eller larmmattor. Detta är då inte en vårdskada utan en skada i vården. Det finns en risk att begreppen blandas samman och vi behöver ständigt påminna om skillnaden.

I patientsäkerhetslagen definieras patientsäkerhet som ”skydd mot vårdskada”.

Vårdskada = skada på patient som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården.

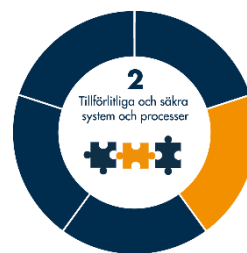
Skada i vården = skada på patient trots att vi följt riktlinjer, vårdprogram, vetenskap och beprövad erfarenhet.

Vi har rutiner för hantering av allvarlig vårdskada som ger stöd och struktur i arbetet. När en avvikelse skrivs så gör chef en bedömning av händelsen, bedöms risk för vårdskada påbörjar man en utredning. Vid samrådsmöten avgörs om en händelseanalys ska genomföras som i sin tur kan initiera en Lex Maria-anmälan.

Vårdbolagets Lex Maria-anmälningar finns att läsa på vår hemsida *tiohundra.se*.

Tillförlitliga och säkra system och processer

Genom att inkludera systematiskt patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen kan både de reaktiva och proaktiva perspektiven på patientsäkerhet bejakas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.



Läkemedelsförsörjning (gäller sjukhuset)

Vårdenheterna inom Tiohundra beställer rekvisitionsläkemedel i det upphandlade beställningssystemet Visma Proceedo från den upphandlade läkemedelsleverantören ApoEx. Enligt Svensk författningssamling Lag (2009:366) om handel med läkemedel samt Läkemedelsverkets föreskrifter (LVFS 2012:8) om sjukhusens läkemedelsförsörjning ska vårdgivaren ha en sjukhusapoteksfunktion, bemannad med farmaceuter. Funktionen samordnar och stödjer verksamheterna med kompetens inom läkemedelsförsörjning.

Restnoteringar, det vill säga brist på läkemedel, har ökat markant det senaste året och ökningen beror framför allt på omvärldssituationen. I samarbete med regionen görs veckovis bevakning av restnoterade läkemedel. Läkemedelssupportgruppen har daglig översyn av tillgängliga läkemedel på sjukhuset. I samarbete med chefläkare och verksamheterna har lokala anpassningar vid val av läkemedel och behandlingar genomförts för att säkerställa god och säker vård trots bristsituationer.

På grund av det fortsatt stora antalet bristsituationer kring läkemedel 2024 har generella övergripande licenser för Tiohundra sökts av chefläkare. De generella licenserna har underlättat för enheter att få tillgång till rätt ersättningspreparat och varit arbets- och kostnadsbesparande då varje enskild enhet inte behövt söka licens på lokal nivå. Läkemedelsverket har under året utfärdat så kallade särskilda tillstånd för vissa läkemedel, vilket innebär att patienter har kunnat hämta ut läkemedel med generell licens på recept från valfritt apotek.

Avtal för läkemedelsförsörjningen

Region Stockholm har avtal för läkemedelsförsörjningen i regionen, där Tiohundra ingår. Avtalen har tilldelats ApoEx AB för bland annat läkemedelsleveranser och kvalitetsgranskning av läkemedelshantering. Chefsfarmaceut ingår i den regionala sjukhusapoteksfunktionen och arbetar i den regionala förvaltningen av läkemedelsförsörjningen.

Regionen har även upphandlat tjänster som distribution och lagerhållning vid särskild händelse och särskild lagerhållning. Detta ska möjliggöra en robust läkemedelsförsörjning vid särskild händelse i samhället, till exempel vid en pandemi. Det ska också möjliggöra för regionen att ha ett regionalt beredskapslager av läkemedel.

Lokalt beredskapslager för läkemedel

Enligt ett regeringsbeslut ska vården upprätta beredskapslager för läkemedel, inklusive vätskor, utifrån en lista med kritiska läkemedel framtagna av Socialstyrelsen. Läkemedelsenheten har under 2023-2024 implementerat beredskapslager i enlighet med nationella riktlinjer för att minska risken för brist på läkemedel vid särskilda situationer.

Säker läkemedelshantering

Säker läkemedelshantering syftar till att patienten behandlas med rätt läkemedel, i rätt mängd och vid rätt tidpunkt. Med läkemedelshantering avses ordination, iordningställande, överlämnande, administrering, rekvisition, förvaring samt kassation av läkemedel.

En genomgång av dokument i läkemedelshandboken på intranätet har påbörjats med målet att uppdatera bland annat övergripande riktlinjer, lathundar och blanketter inom läkemedelsområdet. Bland annat har spädningsschema för antibiotika och andra läkemedel genomarbetats och reviderats. Guide för hantering av läkemedelsavfall har uppdaterats för Tiohundra utifrån regionens Guide för kassation av läkemedel. Riktlinje och ny mall har skapats för generella direktiv om läkemedelsbehandling. Dessa finns tillgängliga på intranätet för berörda medarbetare.

Arbetet med att uppdatera, strukturera upp och förenkla åtkomsten till dokumenten kommer att prioriteras under 2025.

Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering

Enligt Socialstyrelsen föreskrifter (HSLF-FS 2017:37) är kvalitetsgranskning av läkemedelshantering obligatorisk för alla enheter som hanterar läkemedel. Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering har utförts av ApoEx på 48 enheter inom Tiohundra under 2024.

Rapporter från kvalitetsgranskningar visar bland annat att delegering av läkemedelshantering fortsatt är ett av de områden där insatser behövs. Det finns förbättringspotential i till exempel dokumentationen av ordination och administreringar av vissa läkemedel samt uppdatering och överensstämmelse av läkemedelslistan i TakeCare och receptlistan i Pascal.

Majoriteten av läkemedelsförråden på Norrtälje sjukhus är ordnade i ATC-kodsordning för att öka patientsäkerheten genom att minimera risken för förväxling. Utbildning för sjuksköterskor har genomförts utifrån läkemedelsavvikelser med fokus på förväxlingar och för att belysa befintliga rutiner.

Granskning av läkemedelsavvikelser

Läkemedelsrelaterade problem är en av de vanligaste orsakerna till vårdskador. Risker och avvikelser rapporteras i systemet Händelsevis och läkemedelsavvikelser följs upp kvartalsvis av farmaceuter i syfte att få en överblick av vilka områden i läkemedelshantering som behöver förbättringsåtgärder. Vid systematiska risker informeras även chefläkare och/eller MAS.

Mål för 2025: Fortsatta kvartalsvisa genomlysningar av avvikelser inom läkemedelsområdet samt rapportera till verksamhet och chefläkare och eller MAS. Vid återkommande avvikelser uppmärksammas säkerhetsrisken och ytterligare stöd kan erbjudas i läkemedelsfrågor.

Nationella läkemedelslistan (NLL)

Nationella läkemedelslistan är en rikstäckande informationskälla om en patients samtliga förskrivna och uthämtade läkemedel oavsett var recepten utfärdats. I november 2024 infördes möjligheten att läsa NLL i den elektroniska journalen. En anpassad version av regionens utbildningsmaterial har tagits fram inom Tiohundra för att underlätta implementeringen av den nya funktionen.

Primärvård

Basala hygienrutiner och klädregler

Mätning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler görs genom punktprevalensmätningar två gånger per år. Resultatet av mätningen presenteras och diskuteras sedan på arbetsplatsträffar.

Läkemedelsgenomgångar

Enkel läkemedelsgenomgång görs på samtliga patienter i samband med årliga kontroller. Fördjupad läkemedelsgenomgång genomförs årligen, enligt en särskild rutin, för de patienter som har hemsjukvård, dosdispenserade läkemedel eller är 75 år eller äldre.

Antibiotikaförskrivning

Vi arbetar aktivt med vår antibiotikaförskrivning och samtliga läkare och sjuksköterskor deltar årligen på en eftermiddagsutbildning som hålls av Strama. Vid denna utbildning går respektive vårdcentralens egen antibiotikaförskrivning igenom och medarbetarna får reflektera i grupp, vårdcentralens, över egen förskrivning och ta fram mål med syftet att förbättra vårdcentralens antibiotikaförskrivning.

Utifrån identifierade förbättringsområden väljer därefter vårdcentralen vilket område man vill fördjupa sig ytterligare igenom att göra en självdeklaration. Syftet med självdeklarationen är att främja en klok antibiotikaanvändning och följsamhet till behandlingsrekommendationer genom att stimulera till kollegiala diskussioner och gemensamt lärande på mottagningen.

Självdeklarationen består av tre delar och genomförs på respektive vårdcentral. Vid självdeklarationen ska vårdcentralens alla läkare och sjuksköterskor delta aktivt. Självdeklarationen består av tre delar och den första delen handlar om smittskydds- och Stramauppgiften. Del två handlar om genomgång av ett fiktivt fall som presenterar aktuella rekommendationer och riktlinjer och därefter genomförs en journalgranskning av tio patientfall med vald diagnos som vårdcentralen handlagt under året. Vid journalgranskningen får medarbetarna reflektera över handläggningen och identifiera vad som fungerar bra och inom vilka områden det finns behov av förbättring. Exempel på diagnoser där vi gjort självdeklaration i år är urinvägsinfektion, akut exacerbation (försämringsepisod) av kronisk obstruktiv lungsjukdom, bensår och pneumoni. I del tre går man igenom aktuella kvalitetsdata gällande viss

antibiotikaförskrivning i Primärvårdskvalitet. Även här görs en mindre journalgranskning av tre patientjournaler. I år granskades antibiotikaförskrivning vid paronyki (nagelbandsinflammation) i del tre.

Norrtälje sjukhus

Basala hygienriktlinjer och klädregler (BHK) har under 2024 varit en bolagsövergripande kvalitetsindikator och säkras upp genom fortsatt obligatorisk mätning.

Projekt pågår för att säkra upp mellan de olika system som används vid in- och utskrivningar mellan sjukhus och omsorg och tvärtom. Syftet är att få säkra och trygga övergångar.

Påbörjat införande av vårdprogram för äldre, sköra patienter vid akut bukkirurgi på kirurgkliniken.

Två patientadministrativa system har medfört att checklistan för säker kirurgi har modifierats för att minska risken för förväxling av patienter.

Barn, ungdom, familj, psykiatri, habilitering

Vi har haft kvalitetsdialog där verksamhetsområdet gemensamt tagit fram mål att arbeta med.

- Vårdplan – över 80 procent
- Individuell plan – över 80 procent
- Habiliteringsplan – över 80 procent

Överlag har vi svårt att få fram rätt statistik när det gäller hur stor andel av patienterna som har en plan, vilket har försvårat detta arbete. För att få fram en korrekt siffra måste det räknas manuellt vilket är tidskrävande.

Utifrån att bolaget arbetar med att identifiera risker och prata om risker så har man mätt antalet riskavvikelser inom vården. Arbetsgivaren mäter också antalet risker gällande arbetsmiljörisker.

För att få medarbetare att skriva avvikelser behöver vi ha en grund med att chefer hanterar avvikelser inom rimlig tid. Därför har man mätt antalet förfallna avvikelser.

Patient- och brukarsäkerhetsdialoger har genomförts inom verksamhetsområdet. Flera olika verksamheter sitter då tillsammans och pratar och kan därigenom få tips och idéer av varandra.

Apoteksrevisioner har skett och återkoppling har gjorts.

Verksamheterna rapporterar i kvalitetsregistren Bättre beroendevård och BIPSY (bipolära och psykosregistret).

Säker vård här och nu

Riskhantering

Risikanalys genomförs utifrån fyra perspektiv: patient- och brukarsäkerhet, arbetsmiljö, miljö och informationssäkerhet. Det görs till exempel inför förändringar inom enheten, frekventa avvikelser inom ett område osv.

Risker rapporteras i avvikelssystemet Händelsevis som handläggs av chef inom respektive enhet. Risker rapporteras mindre frekvent i jämförelse med tillbud och negativa händelser.

Flera verksamheter har M&M-konferenser (mortality and morbidity) för team, sjuksköterskor eller läkare för att diskutera, reflektera, lära och dela med sig av sina beprövade erfarenheter av fall som gått bra eller där det uppstått problem.



Primärvård

Vi hanterar risker och vårdskador på flera olika sätt: genom att agera på avvikelserapporter från medarbetare, från patienter via 1177, ärenden från Patientnämnden och IVO (Inspektionen för vård och omsorg), strukturerad journalgranskning, samt på patienters och närståendes synpunkter.

Allvarligare risker eller händelser diskuteras med medicinskt ansvarig läkare, verksamhetschef och chefläkare, som beslutar om det ska genomföras en fördjupad granskning; en så kallad händelseanalys. Dessa analyser utgör en del av rapporten vid anmälningar av allvarliga vårdskador. Alla händelseanalyser blir inte anmälningar till IVO, utan återrapporteras till verksamheten och berörda patienter/brukare för direkt åtgärd.

Barn, ungdom, familj, psykiatri, habilitering

Medarbetare uppmuntras att skriva riskavvikelser i avvikelssystemet Händelsevis.

Risk- och konsekvensanalyser görs när behov finns. Utredningar och händelseanalyser görs vid allvarligare avvikelser.

Norrtälje sjukhus

På endoskopimottagningen genomförs dagligen en avstämning om risker som upptäckts med hjälp av metoden Gröna korset.

Gröna korset är en enkel visuell metod för medarbetare i sjukvården att aktivt dagligen identifiera risker och vårdskador i realtid. Användandet av verktyget "Gröna korset" har utökats till fler enheter för att öka patientsäkerheten och stärka patientsäkerhetskulturen.

Risker rapporteras av medarbetare i avvikelssystemet Händelsevis. Inrapporterade risker tas upp för genomgång i riskanalysgrupper samt på arbetsplatsträffar.

Vid verksamhetsförändringar görs riskanalyser däri ingår att se vilka risker som finns som kan påverka vården och patientsäkerheten.

Stärka analys, lärande och utveckling

Avvikelser

Vid nyanställning får medarbetare och chefer utbildning i att rapportera och handlägga avvikelser. I bolagets handlingsplan för säker vård och omsorg, som är ett nationellt krav, ingår att alla medarbetare och chefer ska göra e-utbildning, ha forum för att systematiskt diskutera risker och allvarliga händelser för ett lärande.



Under 2024 rapporterades:

- 1 631 vårdavvikelser, en ökning jämfört med 2023. 29 procent är risker, 32 procent är tillbud och 39 procent är negativa händelser. De mest frekvent rapporterade riskerna/avvikelserna rör behandling/omvårdnad, dokumentation/informationsöverföring, läkemedel och patientolycksfall.
- 4 042 omsorgsavvikelser, också det en ökning jämfört med 2023. 12 procent är risker, 26 procent är tillbud och 62 procent är negativa händelser. De mest frekvent rapporterade riskerna/avvikelserna rör fall, läkemedel, informationsöverföring och omvårdnad.

Primärvård och BUFPH (barn, ungdom, familj, psykiatri, habilitering)

Vi agerar när vi identifierar områden där förbättring behövs, till exempel genom fokuserade förbättringsarbeten som är gemensamma för hela primärvården och BUFPH. Vi arbetar också mycket med att säkerställa att det sker ett lärande i hela verksamheten när något inträffat.

Det pågår ett återkommande arbete med att ständigt informera och uppmuntra till att fler identifierade risker och händelser ska rapporteras genom avvikelser. Detta görs i samband med APT och löpande i verksamheten.

Norrtälje sjukhus

Det finns ett antal system och arbetssätt där verksamheten kan tillgängliggöra sig information. Data rapporteras till ett stort antal nationella kvalitetsregister, som Strokeregistret, Nationella diabetesregistret och Frakturregistret, för att nämna några. Det finns även utformade rapporter för ett antal omvårdnadsindikatorer som trycksår, fall och munhälsa. Journalgranskning är möjlig om behov finns.

Vi tar lärdom av avvikelser på arbetsplatsträffar och inom ett av sjukhusets verksamhetsområden sker veckovisa erfarenhetsutbyten mellan enhetschefer.

Vi förbättrar och anpassar våra arbetssätt och processer utifrån kunskap som framkommit från till exempel avvikelser, Lex Maria-anmälningar och nationella kvalitetsregister. Studenter tillför verksamheten ny och aktuell kunskap som vi måste vara ödmjuka och förändringsbenägna inför.

Klagomål och synpunkter inkomna via synpunkthandläggare handläggs i avvikelssystemet Händelsevis. Samverkan sker mellan enhetschef, verksamhetschef, medarbetare och chefläkare.

Vi uppmuntrar alla medarbetare att skriva avvikelser samt förbättringsförslag i avvikelssystemet. Avvikelsen analyseras och åtgärdas inom den eller de enheter som berörs, för att händelsen inte ska upprepas. Det sker på arbetsplatsträffar, ledningsgrupper och i andra forum.

Statistik från systemet kommer en gång i månaden till alla chefer.

Klagomål och synpunkter

Synpunkter, klagomål och beröm som inkommer till Tiohundras synpunktshandläggare vidarebefordras till respektive ansvarig verksamhets- eller enhetschef via 1177 eller som en avvikelse i avvikelssystemet Händelsevis. I svaren kan man utläsa att enheterna tar upp synpunkten eller klagomålet på personalmöten, har enskilda samtal, ser över rutiner, utreder vidare, lägger som underlag för förbättringsarbete. De som önskar får alltid svar, har man skickat in via 1177 så får man svar via 1177. Övriga får svar via telefon eller brev.

Merparten av inkomna synpunkter och klagomål rör området kommunikation. Det kan röra sig om en upplevelse av brister i bemötande, att man känner att man inte har blivit lyssnad på. Personal har inte säkerställt att patienten/brukaren har förstått informationen. En del klagomål rör långa väntetider, exempelvis svårigheter att få en akuttid på vårdcentralen, men också en lång väntan på att få tid till mottagning, exempelvis för utredning.

Vi får i en del synpunkter på vad som står i journalen, formuleringar, en del begär rättelse av sin journal. Man vill informera om att man nu har fått en annan diagnos, och menar att den förra diagnosen var felaktig. Man väntar på prov och utredningsresultat. Man har synpunkter på handläggningen av begäran om receptförnyelse, det har antingen inte fungera, det vill säga det finns inga recept att hämta ut, man kan också ha blivit nekad nya recept.

Av det totala antalet synpunkter och klagomål som inkommer från brukare/anhöriga/invånare, rör ca fem procent våra omsorgsverksamheter. Vi får också in förbättringsförslag från invånare.

Sammanställning av externa avvikelser

Samtliga externa avvikelser inkomna till Tiohundras synpunktshandläggare är införda och handläggs i avvikelssystemet Händelsevis. Från Sjukvård och omsorg i Norrtälje (KSON), har det kommit 31 avvikelser (varav 29 rör Tiohundras omsorgsverksamheter), 20 färre jämfört med 2023. Dessa avvikelser är initierade av brukare/anhöriga/medborgare samt av fackliga organisationer och KSON:s medarbetare.

Från externa vård- och omsorgsgivare, utanför regionens avvikelssystem, har vi mottagit 21 avvikelser.

Under 2024 har Tiohundras verksamheter skrivit 84 utgående avvikelser, gällande externa vårdgivare. Majoriteten av dessa avvikelser rör vård- och omsorgsverksamheter inom Norrtälje kommun (utanför Tiohundras verksamheter).

Primärvård

Synpunkter och klagomål inkommer från patienter via 1177, Patientnämnden och IVO, samt muntligt och skriftligt från patienter och närstående.

Majoriteten av synpunkter och klagomål hanteras internt på respektive vårdcentral av dem det berör, enhetschef eller medicinsk rådgivare/medicinskt ansvarig läkare (MLA).

I de fall där allvarigare risker eller händelser framkommer sker en diskussion med MLA, verksamhetschef och vid behov även chefläkare, som beslutar om det ska genomföras en fördjupad granskning; en så kallad händelseanalys. Dessa analyser utgör en del av rapporten vid anmälningar av allvarliga vårdskador. Alla

händelseanalyser blir inte anmälningar till IVO, utan återrapporteras till verksamheten och berörda patienter/brukare för direkt åtgärd.

2024 (till och med 2024-12-18) inkom 92 synpunkter och klagomål. Som tidigare år handlar majoriteten av klagomålen om vård och behandling, kommunikation och tillgänglighet. Alla dessa områden har vi ett pågående arbete för att förbättra. Jämfört med föregående år har antalet synpunkter och klagomål minskat.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Under 2024 har det övergripande arbetet fortsatt för att öka krisberedskapen inom samtliga verksamheter.

Varje enhet ska ha påbörjat att upprätta kontinuitetsplaner på 15 obligatoriska resurser och händelser. Informationsunderlag och exemplifiering av vikten av ökad riskmedvetenhet har tagits fram som stöd för chefer till arbetsplatsträffar.



Ett utbildningsstöd genom nanolearning (en utbildningsform) skickas regelbundet ut via mail där medarbetare tar del av informationen som är 1-3 minuter långa och ibland med en frågedel gällande olika teman, som: lösenordshantering, ransomware, generativ AI och vad det används till, samt digitala spår.

Att arbeta patientsäkert i framtiden

Primärvård

Kompetensutveckling

Vi arbetar kontinuerligt med att säkerställa att alla medarbetare får relevant kompetensutveckling. Vi planerar bland annat att införa regelbunden och schemalagd fortbildning för sjuksköterskor i primärvården nästa år, motsvarande den fortbildning som finns för läkarna.

Ett mer utvecklat teamarbete med regelbundna ronder mellan olika professioner i teamen förväntas öka kompetensen och förståelsen mellan de olika professionerna.

Kontinuitet

Vi kommer att fortsätta arbeta för att lista fler patienter på namngiven läkare. I nuläget är 57,6 procent av våra patienter listade på specifik läkare, men det är en stor spridning mellan vårdcentralerna. För att kunna öka listningen behöver vi arbeta med att ha tillräckligt många specialister i allmänmedicin på de respektive vårdcentralerna. Vi kommer också att arbeta vidare med att lista patienter på de ST-läkare som är listningsbara.

För att säkerställa en god kontinuitet kommer vi också arbeta med våra lokala rutiner och arbetssätt och vi planerar att utveckla det teambaserade arbetet kring våra patienter för att förbättra kontinuiteten.

Psykisk hälsa

Arbetet med att implementera de nya arbetssätten kommer att fortsätta.

Barn, ungdom, familj, psykiatri, habilitering

Kommande år planeras för flera prioriterade aktiviteter och projekt med målet att stärka patientsäkerheten. Just nu pågår planeringen för en verksamhetsområdesövergripande utbildningssatsning

i dokumentation. Fokus ska vara på hur vi dokumenterar, vad vi ska dokumentera och vilka skyldigheter vi har att föra patientjournal.

Samverkan mellan BUP och barnhabiliteringen ska under 2025 utvecklas, liksom samverkan mellan LSS barnboende och barnhabiliteringen.

Ett mål för 2025 är också att hitta system som gör att vi kan få fram relevant statistik för att kunna följa upp och utvärdera de förbättringsarbeten som genomförs.

Norrtälje sjukhus

Övningar och simuleringar kommer att ske fortsättningsvis inom områden som stroke, trauma, katastrof.

Kompetensutveckling sker genom bland annat internutbildningar, utbildningsdagar, genom mini-teach på akutmottagning, små korta utbildningstillfällen.

På mottagningar sker inskolning/introduktion noggrant av kompetent personal inom området. De fortsätter sitt arbete med patientkontrakt, för att göra patienten delaktig i sin vård och på så vis öka säkerheten.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Vårdbolagets största utmaningar under 2024 har varit bemanning, arbetssätt samt chef- och ledarskap. Dessa områden har varit i fokus och har lett till omorganisation med mindre medarbetargrupper, ett flertal strategiskt viktiga projekt som kommer att initieras under 2025, samt samverkan över gränser.

Målbild 2030

- Vi bidrar till ökad livskvalitet och hälsa
- Vi utvecklar vården och omsorgen tillsammans med invånarna
- Vi är tillgängliga, både fysiskt och digitalt
- Våra medarbetare är goda ambassadörer för Tiohundra
- Våra medarbetare och chefer har rätt kompetens för uppdraget
- Vi ger våra medarbetare och chefer möjlighet att kontinuerligt utvecklas
- Vi har god tillväxt, är konkurrenskraftiga och kostnadseffektiva
- Vi är en attraktiv samverkanspartner
- Vi går före: vi vågar, vi skapar nytt och vi agerar!

Våra sex fokusområden

- Förebyggande arbete och tidiga insatser.
- Integrerad och digifysisk vård och omsorg.
- Trygg vård och omsorg i hemmet.
- Attraktiv arbetsgivare för framtidens medarbetare.
- Innovation, ny teknik och digitalisering.
- Rätt kompetens, i rätt tid, på rätt plats.

Utmaningar för kommande år

Närhet, tillgänglighet och individanpassade lösningar är viktigast när Tiohundra fortsätter att utveckla bolagets sjukvårds- och omsorgsverksamheter, tycker de invånare som svarat på en enkätundersökning hösten 2024. De efterfrågar också förbättrad kontinuitet, kortare väntetider och utvecklad digital kommunikation med vården.