

Patientsäkerhetsberättelse för Cario S:t Görans Sjukhus 2024



Innehåll

Patientsäkerhetsberättelse för Capio S:t Görans Sjukhus 2024	1
SAMMANFATTNING.....	3
Urval av aktiviteter 2024.....	4
2025 års patientsäkerhetsarbete.....	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD.....	5
Engagerad ledning och tydlig styrning.....	5
Klinikspecifika resurser för ökad patientsäkerhet och förbättringsarbete:	7
Sjukhusövergripande resurser/stödfunktioner för ökad patientsäkerhet och förbättringsarbete:	7
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	9
Informationssäkerhet.....	10
Strålskydd	11
En god säkerhetskultur.....	12
Adekvat kunskap och kompetens	13
Patienten som medskapare.....	14
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	16
Öka kunskap om inträffade vårdskador	16
Tillförlitliga och säkra system och processer	22
Säker vård här och nu.....	23
Är vården säker idag	23
Stärka analys, lärande och utveckling	25
Förbättringsarbete.....	25
Kvalitetsregister, Vården i siffror (öppna jämförelser)	26
Öka riskmedvetenhet och beredskap	27
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR 2025	28
Bilaga 1. Sammanfattning strålsäkerhetsarbete för röntgen och nuklearmedicin 2024	29
Inledning.....	29
Tillståndspliktig verksamhet på Capio st. Görans sjukhus.....	29
Hur det systematiska strålsäkerhetsarbetet har bedrivits.....	29
Dessa åtgärder har utförts	29
Detta är resultatet.....	30

SAMMANFATTNING



Sjukhuset har under 2024 arbetat med olika aktiviteter med syfte att vidmakthålla och fortsatt utveckla en god patientsäkerhet. Förutom att ett kontinuerligt arbete där vi säkerställer att vi har tydliga processer för vårt arbete med att bedriva säker vård har vi arbetat med flertalet fokusfrågor och projekt.

Ett fokus under 2024 har varit att förbättra det akuta flödet och minska våra patienters ledtider på akutmottagningen, detta har skett dels genom samverkan internt på sjukhuset dels i samverkan med externa vårdgivare som till exempel geriatriska enheter och ASIH. Genom detta fortgående arbete har vi skapat säkra vårdövergångar, vård i rätt tid och på rätt vårdnivå.

Ett annat fokus har varit att korta väntan till olika operationer och tid till mottagningsbesök, ett idogt arbete som givit goda resultat. Vi har under året kommit i kapp med uppskjuten vård och minskat antalet patienter som väntat >30 dagar på nybesök med 65 % och antalet patienter som väntat >90 dagar på behandling med 60 %.

Året har också präglats av ett stort upphandlingsarbete där sjukhuset med utgångspunkt från vår strategi specificerat olika aktiviteter vilka ska genomföras under kommande avtalsperiod för att stärka kvalitet och patientsäkerhet samt öka tillgängligheten.

Gemensamt för ovan nämnda projekt samt övriga arbeten och projekt, exempel se nedan, som genomförts under året är att de präglas av vetskapen att det är det gemensamma arbetet och förståelsen för varandra som leder till resultat. För att skapa patientsäkervård behöver både medarbetare, patienter och ledning vara delaktiga i patientsäkerhetsarbetet, *för tillsammans skapar vi den bästa vården*

Urval av aktiviteter 2024

- Inrättande av patient- och närstående råd vilket bidrar till sjukhusets utveckling genom att ha med patienter och närståendes perspektiv vid deltagande i förbättringsarbeten, utbildningar och verksamhetsplanering.
- Utökat samarbete med ASIH och påbörjat arbetet med etableringen av ett sjukhusövergripande ASIH-team.
- Ökat antalet utredningar av vårdskador för att förbättra och sprida lärande utifrån inträffade vårdskador.
- Samverkansarbete mellan Anestesi- och ortopedkliniken samt övriga opererande kliniker för förbättrade ledtider till operation för patienter med höftfrakturer
- Fokus på aktiviteter för tidig upptäckt och snabb behandling av sepsis, som är ett allvarligt tillstånd med hög mortalitet. Under året har rutin för avdelningsbaserade åtgärder tagits fram från sjukhusets flödesgrupp för Sepsis.
- Utbildat ett flertal sjuksköterskor och farmaceuter i att hålla utbildningar inom i rimlighetsbedömning vid iordningställande och administration av läkemedel. Utbildningen har utvecklats och implementerats för att säkerställa en hög kvalitet och säkerhet i processerna kring läkemedelshantering nära patienten
- För att stärka robustheten inom läkemedelsförsörjningen och säkerställa god tillgång av läkemedel har ett beredskapslager för vård som inte kan anstå etablerats vid sjukhuset
- Utformat rutiner och arbetssätt för patienter med vårdbehov som kräver involvering av flera olika specialiteter. Tex har detta skett i flödet för allvarlig mjukdelsinfektion i ett samverkansarbete mellan akut, anestesi, kirurg, ortopedi och medicin.
- Rekrytering av sjuksköterskor för att minska inhyrning där vi vid utgången av 2024 var inhyrningsfria förutom operation.
- Genomfört internt ledarskapsprogram för chefer och ledare med fokus på Capiomodellen, verksamhetsutveckling och ledarskap

2025 års patientsäkerhetsarbete

Kommande års patientsäkerhetsarbete kommer att fokusera på proaktivt arbete genom att:

- Säkerställa robust och anpassningsbar vård, försörjningsberedskap och förrådshantering inklusive läkemedel, detta genom att till exempel en transition till läkemedelsförsörjning i egen regi
- Utveckla sjukhusets arbete enligt Safety III. Bland annat genom kontinuerligt arbete med risker och utförande av riskanalyser.
- Implementera Safety netting som metod för en säker kommunikation och dialog med patienten vid utskrivningar.
- Fokuserat arbete med subakuta flöden för att erbjuda vård i rätt tid, på rätt vårdnivå, inom rätt specialitet för att förbättra tillgänglighet och patientsäkerhet.
- Förbättra omhändertagande av den sköra äldre patienten genom införande av strukturerade bedömningar av Clinical Frailty Scale på Akutmottagningen, arbete i linje med Kloka kliniska val samt förbättringsarbete med specialistgrupperna för vårdskadeområden.



GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Engagerad ledning och tydlig styrning

Övergripande mål och strategier

- För att bedriva en högkvalitativ, patientsäker och effektiv sjukvård krävs medarbetarnas kontinuerliga förbättringsarbete och patienternas och närståendes delaktighet. Vi förenar vård, kvalitet, patientsäkerhet, effektiva flöden, hög tillgänglighet med kostnadseffektivitet.
- Underhålla och uppdatera det strukturerade ledningssystemet för patientsäkerhet vilket finns i vårt dokumenthanteringssystem, avvikelssystem, Intranät och hemsida.
- Säkerställa och kontinuerligt förbättra funktionaliteten i vårt ledningssystem på så vis att åtgärdsförslag från risk- samt händelseanalyser leder till förbättringsarbete och implementeras på sjukhuset.



Sjukhusets långsiktiga strategi - Strategi 2030, se bild, bearbetas varje år ner till en sjukhusövergripande verksamhetsplan där hög vårdkvalitet och patientsäkerhet är grunden till framtidens hälso- och sjukvård. Den övergripande verksamhetsplanen bearbetas därefter på varje klinik för att uppnå en säker och högkvalitativ vård inom varje flöde.

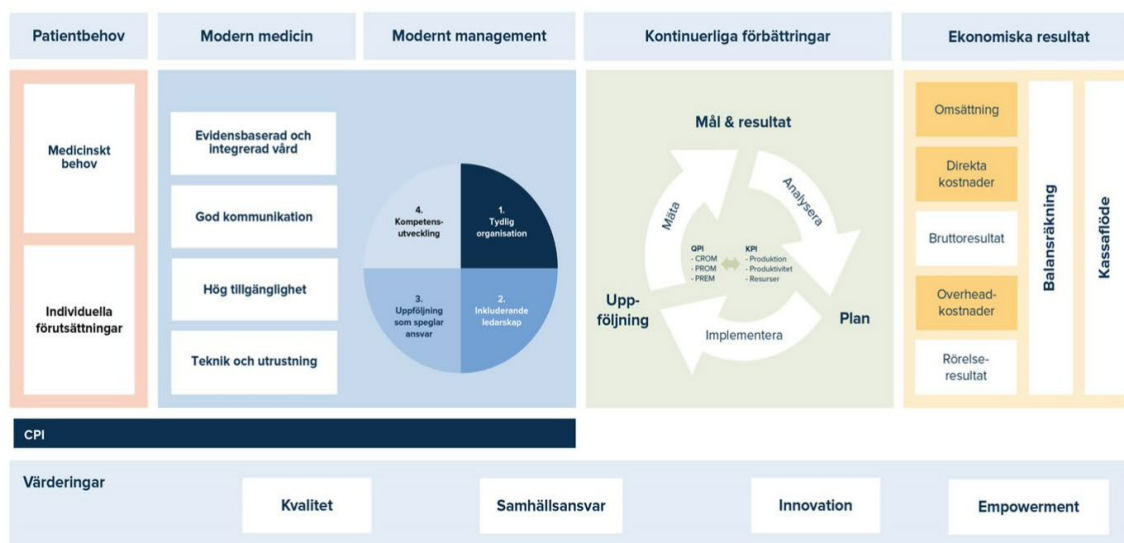
Denna modell där sjukhusets patientsäkerhetsarbete, vilket leds och beslutas av VD, Chefläkare och sjukhusets ledningsgrupp, utvecklas vidare på respektive enhet är av yttersta vikt då sjukhusets uppfattning är att förbättringar inom patientsäkerhet drivs mest effektivt på kliniknivå. Chefer och medarbetare har ett gemensamt ansvar i att skapa och efterfölja patientsäkra strukturer för att förhindra att vårdskador uppstår.

Det är med hjälp av medarbetarnas idéer och deras återkoppling angående upptäckta brister som vi i kombination med patienternas delaktighet skapar en säker vård.



Capiomodellen

En pålitlig partner – närvarande och nytänkande



Data inom området för vårdkvalitet följs regelbundet upp och förbättringsarbete sker strukturerat enligt de Leanprinciper som ingår i Capiomodellen där alla aspekter allt från patientens unika behov till ekonomisk stabilitet ingår.

Vi har en nollvision för vårdskador och sätter upp konkreta mål för att nå vår målsättning. Samtliga mål bryts ner, konkretiseras och följs upp regelbundet på sjukhus-, klinik-, flödes- och enhetsnivå.

Ledningssystemet syftar till att uppfylla kraven i tillämpliga lagar och författningar ex vis Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Delar av sjukhusets ledningssystem har granskats och godkänts mot specifika kvalitetsstandarder. Ackreditering av verksamheter sker där sådan struktur finns. CStG är miljöcertifierat sedan 2005 och uppfyller kraven i ISO 14001:2015. Re-certifiering har skett under hösten 2023.

Organisation och ansvar

Sjukhusets ledningsgrupp består av VD, verksamhetschefer och stödfunktionschefer inkl. chefläkare. De har i egenskap av vårdgivare det övergripande ansvaret för kvalitet och patientsäkerhet. Varje verksamhet har sin ledningsgrupp bestående av verksamhetschef, första linjens chefer och klinikernas stödfunktioner (se nedan), där verksamhetschefen agerar i enlighet med sjukhusledningens beslut, ledningssystemet för kvalitet & patientsäkerhet och driver egna kvalitets- och patientsäkerhetsarbeten.

Det finns tydliga funktionsbeskrivningar för ovanstående roller och nyckelpersoner på resp. enhet. I uppdragen ingår direkt ansvar för kvalitet och patientsäkerhet samt

förbättringsarbete enligt leanprinciper. Uppdraget omfattar även att ta fram, fastställa, vidareutveckla, avveckla och dokumentera rutiner och metoder.

Ledningsgruppen följer månadsvis övergripande måluppfyllelse i kvalitet och patientsäkerhet och allvarliga vårdskador.

Klinikspecifika resurser för ökad patientsäkerhet och förbättringsarbete:

Kvalitetscontroller stöttar chefer, flödesägare/ledare och medarbetare inom sin verksamhet i att genomföra förbättringar inom området, ta fram data och utreda händelser relaterade till avvikelser och vårdskador.

Flödesägare/ledare Flödesägaren ansvarar för kontinuerlig kvalitetsutveckling och patientsäkerhet i patientflödet med syfte att helheten förbättras. Flödesägare läkare/sjuksköterska arbetar i team i patientflödet och samverkar med berörda flödesägare/flödesledare. Flödesledaren ansvarar för kontinuerlig kvalitetsutveckling och patientsäkerhet på enheten med syfte att helheten förbättras och arbetar aktivt för hög följsamhet till rutiner och arbetssätt på enheten.

Utvecklingsansvarig inom digitala vårdssystem ansvarar för kommunikation och implementering av förändringar i dessa system, både lokalt och sjukhusövergripande. De utbildar, utvecklar och återkopplar funktionsbrister

Medarbetare i alla professioner, vilka i sina dagliga möten med patienter, närstående och varandra skapar patientsäker vård med hög kvalitet. För detta krävs bl. a. hög kompetens, bra kommunikationsförmåga och ett gott bemötande.

Patienten och närstående utgör en hörnpelare för ökad patientsäkerhet genom ömsesidig kommunikation i vårdmötet samt genom deras återkoppling på våra arbetssätt.



Sjukhusövergripande resurser/stödfunktioner för ökad patientsäkerhet och förbättringsarbete:

Chefläkargruppen bestående av chefläkare, kvalitetschef, patientsäkerhetssamordnare, sjukhusfarmaceut, verksamhetsutvecklare samt sjukhusets beredskapssamordnare utgör en

samordningsfunktion för uppföljning av sjukhusets kvalitets- och patientsäkerhetsarbete och ger stöd till sjukhuset med rådgivning, omvärldsbevakning, utveckling, uppföljning i förbättringsarbetet och dialog med Hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Gruppen har ett ansvar att säkra ledningssystemet för patientsäkerhet i såväl vårt dokumenthanteringssystem, avvikelssystem, intranät och hemsida samt att utbilda medarbetare, chefer och nyckelpersoner i detta.

Specialistgrupperna är sjukhusövergripande, tvärprofessionella grupper med fokus på förbättringar och informationsspridning inom de vanligaste vårdskade-områdena. De tar fram evidens, genomför sjukhusövergripande förbättringsförslag och journal-dokumentation. Grupperna är länken till de lokala ombuden inom respektive vårdskadeområde. Grupperna är hygien- och smittskydd, sårvård, nutrition, smärta, fallprevention, palliativ vård, läkemedel och till det kopplat STRAMA-nätverket.

Patientsäkerhetsforum är en tvärprofessionell grupp som har i uppdrag att främja utvecklingen, fortbildning och utbildningen inom patientsäkerhetsområdet främst utifrån ny kunskap och våra risk- och händelseanalyser.

Patient-närståenderådet arbetar sjukhusövergripande på uppdrag från ledningsgruppen. Rådet består av sju rekryterade personer med patient och/eller närstående erfarenhet som gemensamt drivs av att förbättra hälso och sjukvården. Patient-närståenderådet arbetar med deltagande i förbättringsarbeten, utvecklingsprojekt och riskanalyser. Målet framledes är att patienter och närstående ska vara en naturlig del i sjukhusets alla förbättringsarbeten.

IT-avdelningen ansvarar för driften och förändringar i våra digitala vårdssystem. Vid förändringar i dessa genomförs riskanalyser och noggranna tester i samarbete med klinisk verksamhet innan de implementeras. IT-avdelningen samarbetar regionalt och nationellt kring utveckling av samtliga digitala vårdssystem. De är också ansvariga för driftsäkerhet, nätverk och cybersäkerhet

HR-avdelningen deltar i rekrytering och har ett övergripande ansvar för koordinering av utbildningar i samband med nyanställningar och fortbildning.

Vårdnära administration är en stödfunktion för hela sjukhuset och säkerställer att vi på bästa sätt samverkar kring patientadministrativa processer för att säkra en korrekt dokumentation av patientens journal.

FoU-avdelningen är ur patientsäkerhetsperspektivet ansvarig för att studenter inom vårdsektorn introduceras och utvärderas ur denna synvinkel. Den har också sjukhusövergripande ansvar för måluppfyllelse för AT- och ST-läkare.

Kommunikationsavdelningen svarar för att rapportera om nyheter, rapporter och kommunikation på hemsidan och Intranätet.

Genom sjukhusets ledningssystem säkerställer vi att goda idéer eller brister i vårdkvalitet och patientsäkerhet leder till förbättringsarbeten och sprids på sjukhuset. Tillsammans skapar vi högsta kvalitet och patientsäker vård.

Samverkan för att förebygga vårdskador



Patientens väg genom sjukhuset skall fungera smidigt, säkert och ge bästa möjliga medicinska och upplevda kvalitet. Detta förutsätter en väl fungerande intern samverkan mellan de enheter som är involverade i det specifika patientflödet. Detta sker genom att flödesägare skapar en tydlig och sjukhusövergripande process för symtom- och diagnosspecifika vårdflöden där flödesledarna på respektive enhet säkerställer följsamhet till processen. Intern samverkan för att lösa sjukhus- och klinikövergripande problemställningar sker även vid gemensamma möten som till exempel ledardagar, produktionsmöten, kliniköverskridande chefs- och förbättringsmöten, vårdenhetschefsmöten och förbättringsmöten. Varje vecka hålls pulsmöten för sjukhusets chefer för att lösa aktuella frågor i sjukhusets vårdflöden genom samverkan samt för att delge aktuell klinisk information tex vid pågående influensautbrott.

CStG ser patientens vårdtid på sjukhuset som en del i en hel vårdkedja där samverkan och kommunikation över organisationsgränser är grundläggande för att ge patienten ett tryggt och säkert omhändertagande. Vi använder oss av standardiserade utskrivningsrutiner med checklistor för att säkerställa en säker utskrivning. Samverkan med externa vård- och omsorgsgivare sker via regelbundna möten med representanter från kommuner, primärvård, geriatrik, ASIH, psykiatri- och beroendeverksamhet. Syftet är att få en gemensam bild av utmaningar och skapa förståelse för varandras verksamheter och följa upp avvikelser i ett led att skapa säkra vårdövergångar. Samverkan främjar lösningar som stärker patientsäkerheten över verksamhetsgränserna. Därutöver sker utvecklingsarbete i form av gemensamma projekt med målet att skapa en gemensam samsyn och riktlinjer kring patienter med behov av geriatrisk vård, hemsjukvård eller avgränsningar i beroendevården.

Under året har vi haft kontinuerliga samverkansmöten för att säkra en integrerad vård med sömlösa vårdövergångar för patienter som efter slutenvård behöver fortsatt

omhändertagande av ASIH. En stark önskan är att patienten bedöms på plats av remissmottagaren för ett förbättrat omhändertagande och förbättrat flöde.

CStG deltar även aktivt i många av Region Stockholms samverkans- och nätverksgrupper t. ex kvalitetsnätverk, RSG Patientsäkerhet, chefläkarnätverket, regionala programområden, läkemedelskommittén, nätverk för beredskapssamordnare och katastrofmedicinska rådet, kvalitetsnätverket, nätverk för patientsäkerhetssamordnare/patientvägledare, valberedning inom kunskapsstyrning med flera.

CStG är anslutna till den digitala informationsöverföringsplattformen Lifecare som syftar till att förenkla kommunikationen mellan vårdgivarna och skapa sömlösa vårdövergångar mellan slutenvård, kommun och primärvård.

Informationssäkerhet



I det kontinuerliga informationssäkerhetsarbetet genomför sjukhuset Behovs- och riskanalyser gällande åtkomst och behörigheter vid förändringar av behov samt vid organisatoriska ändringar tex. upprättande av en ny klinik. Ansvarig chef bekräftar varje anställds behörighet en gång per månad. Detta har lett till viss åtstramning och förbättrat skydd för integritetskänslig information och stärkt s.k. inre sekretessen

med integration mot nationella spärjtjänsten.

Sårbarhetsanalyser kopplat till lokal infrastruktur genomförs för att upptäcka och korrigera eventuella sårbarheter. För att upprätthålla en god informationssäkerhet och IT-säkerhet har vi tillsatt sedan en tid tillbaka en processgrupp som arbetar med att kontinuerligt identifiera, optimera och säkra upp vår IT- och Informationssäkerhet. Vi har även tillsatt en IT-säkerhetsspecialist samt en IT-arkitekt. Dessa leder IT- och Informationssäkerhetsarbetet tillsammans med Dataskyddsombudet/Informationssäkerhetssamordnaren.

Sjukhusgemensam process vid införande av nya system och applikationer där anmälan sker i vår Jira portal. Innan införande vägs patientnytta, klinisk användbarhet, kostnad och informationssäkerhet. I samband med införandet klassificeras informationen. Denna process hanteras för såväl IT- som Medicintekniska system på samma sätt i en gemensam portal samt läggs till bland våra tillgångar i Jira.

Register, Forskning och Forskningsstudieanmälan följer en GDPR-säkrad elektronisk process där allt registreras och hanteras i vårt Jira system.

Sjukhuset har ett Informationssäkerhetsråd som består av patientsäkerhetssamordnare, dataskyddsombud, informationssäkerhetssamordnare, chefläkare och objektägare. Rådet arbetar med förekommande informationssäkerhetsfrågor som bland annat avvikelser, policy- och riktlinjedokument samt verksamhetsfrågor. Rådet träffas varje vecka.

Sjukhuset jobbar enligt IMY:S checklista med systematiska och slumpmässiga loggkontroller av journalåtkomst. Sjukhuset har en decentraliserad organisation som ansvarar för logguppföljningen på respektive klinik som en utvidgning till den logguppföljning som sker

centralt. Utveckling av loggverktyget sker fortlöpandes med ny logik samt tillägg av system. Utöver loggkontrollerna lägger sjukhusets stort fokus i förebyggande arbete i form av kontinuerliga utbildningsinsatser av medarbetarna i informationssäkerhet.

Sjukhuset lägger stort fokus på utbildning av medarbetarna i informationssäkerhet. Vi har en obligatorisk utbildning i Informationssäkerhet som alla medarbetare ska genomgå. Utbildningen har två delar där en certifieringsdel kommer från Capio centralt samt en där vårt lokala informationssäkerhetsråd skapat en utbildningsfilm om Journalen och sekretessen. Dataskyddsombud följer upp statistik på veckobasis.

Därutöver utbildas nya AT, BT och ST-läkare i informationssäkerhet i samband med att de får utbildning i journalsystemet. Informationssäkerhetsrådet föreläser också regelbundet på avdelningar och enheter i tystnadsplikt & sekretess och journalåtkomst.

Strålskydd

För en sammanfattning av strålsäkerhetsarbetet på Capio Sankt Görans sjukhus under 2024 se bilaga 1.

En god säkerhetskultur



Under hösten 2024 genomfördes den årliga medarbetarenkäten som visade ett värde på 76 i hållbart säkerhetsengagemang. HSE-värdet är en temperaturmätning på upplevelser kring patientsäkerhetsarbetet på arbetsplatsen. Värdet

är relativt oförändrat jämfört med tidigare år. Resultatet baseras på ett tiotal parametrar där sjukhusets fokus för att förbättra värdet framledes behöver fokusera på att öka arbetet med risker och riskhantering samt patienternas delaktighet i förbättringsarbeten.

Sjukhuset bedriver ett aktivt arbete med att förbättra patientsäkerhetskulturen, detta i form av:

- Arbete med bemötandefrågor som en del i att stärka patientsäkerhetskulturen bl. a genom bemötandekonceptet Schysst vardag samt en digital bemötandeutbildning för alla medarbetare
- Avstämningsmöten, s.k. pulsar före, under och efter pass där risker och både positiva och negativa händelser lyfts.
- Tvärprofessionella teamträningar kopplat till akut omhändertagande; hjärtstillestånd på avdelning, larm på akuten, larm- och uppstartsövningar för katastrofmedicinsk beredskap.
- Patientsäkerhetsforum arbetar löpande med att lyfta lärdomar från avvikelser och analyser för att skapa medvetenhet om risker i organisationen och för att bygga upp en icke skuldbeläggande kultur kopplat till inträffade avvikelser.
- Flera enheter och kliniker arbetar löpande med metoden morbidity & mortality dragningar- där fokus ligger på lärande och icke skuldbeläggande kultur. Att våga dela med sig av lärdomar när det inte blev som tänkt.
- Förlossningskliniken arbetar med patientsäkerhetsluncher där händelseanalyser presenteras för alla medarbetare och där fokus ligger på lärande och att gemensamt hitta åtgärdsförslag för att förhindra upprepning
- Att lyfta in patienten och närståendes perspektiv i förbättringsarbetet genom aktivt arbete med Patient och närstående råd samt att kontinuerligt mäta patientnöjdhet och uppmana patienter och närstående att dela med sig av förbättringsförslag.

Adekvat kunskap och kompetens



Utbildningsrådet, där sjukhusets FoU-enhet samt representanter för alla kliniker ingår, har ett övergripande ansvar att regelbundet besluta om vilka utbildningar som ska erbjudas medarbetarna utifrån identifierade behov. Det är genom medarbetarnas kompetens och möjlighet till ständig utveckling som en högkvalitativ, patientsäker och effektiv vård säkerställs.



Vår digitala utbildningsplattform, Capio Academy, där sjukhusets alla utbildningar finns tillgängliga för all personal, inklusive utbildningar inom patientsäkerhetsområdet. Exempel på utbildningar är kompetenskort för hygien, strukturerad kommunikation (SBAR), Early Warning Score (NEWS2). Många av utbildningarna är grundläggande och obligatoriska, men det finns även fördjupningstutbildningar att utföra. Plattformen möjliggör för varje medarbetare och resp. chef att få en överblick över vilka utbildningar som är obligatoriska för den enskilda individen och vilka som är påbörjade och avslutade. Närmaste chef ansvarar för att följa upp medarbetarens genomgångna utbildningar.

Vid nyanställning får varje medarbetare en schemalagd, obligatorisk dag där pass avsätts till övergripande kunskap kring sjukhusets patientsäkerhets- och förbättringsarbete i syfte att bland annat skapa en systemförståelse för risker inom verksamheten. Introduktionen tar upp skyldigheten att rapportera risker och tillbud samt hur varje medarbetare kan bidra i sjukhuset förbättringsarbete genom att skapa digitala förbättringsförslag och arbeta med förbättringsprojekt. Sjukhuset ordnar föreläsningar, seminarieaktiviteter, lunchseminarier mm inom forskning, kvalitet och patientsäkerhet för olika professioner på sjukhuset. Detta gäller både vid introduktion, måluppfyllelse för specialistutbildning och påbyggnadskurser för nya chefer och nyckelroller.

Sjukhuset schemaplaneringssystem möjliggör att få överblick över arbetsgruppers gemensamma kompetens och på så sätt sätta samman arbetslag som tillsammans har adekvat kompetens för uppdraget. Olika pass kan också villkoras att bara medarbetare med tillräcklig kompetens för uppgiften kan bokas.

Under året har fokus varit på att rekrytera fler sjuksköterskor för att minska inhyrning där vi vid utgången av 2024 var inhyringsfria förutom operation.

Chefer och ledare på sjukhusets har under året utbildats i ett internt ledarskapsprogram för chefer och ledare med fokus på Capiomodellen, verksamhetsutveckling och ledarskap

Akutsjukvården har så som resten av samhället generellt utmaningar i att rekrytera och behålla sjuksköterskor men vi har under året arbetat aktivt med rekrytering och har nu fast personal på närmast samtliga enheter. Detta skapar bättre möjligheter att utföra strukturerade introduktioner och kontinuerlig uppföljning av denna tillsammans med medarbetarna.

Patienten som medskapare

Ett av CStG:s övergripande mål är att involvera och göra patienterna delaktiga i sin egen vård och behandling men också i det kontinuerliga förbättringsarbetet. Delaktighet är därför ett av sjukhusets fyra fokusområden i den övergripande strategiska planen. Sjukhuset arbetar med personcentrerad vård och patientdelaktighet på strategisk-, verksamhets- och individnivå för att arbetssättet ska genomsyra hela organisationen. Arbete på olika nivåer medför riktade aktiviteter som främjar delaktighet och patienten som medskapare. Sjukhuset har en gemensam verktygslåda och minimistandard med verktyg som stöttar det personcentrerade arbetssätten som bygger på den svenska minimistandarden för personcentrerad vård.



Under 2024 har sjukhuset startat ett sjukhusövergripande patient och närstående råd som arbetar på uppdrag av ledningsgruppen. Rådet involveras huvudsakligen i sjukhusövergripande förbättringsarbeten och projekt men deltar också på verksamhetsnivå i förbättringsarbeten, riskanalyser och utbildningar etc. Samtliga verksamheter kan rikta frågeställningar till rådet och ta del av rådets arbeten via rådets intranätsida. Flera av sjukhusets kliniker jobbar löpande på verksamhetsnivå med patient- och närståenderådgivare i förbättringsarbeten i diagnosspecifika frågor t.ex på Bröstcentrum, hjärtkliniken och förlossningskliniken.

För att involvera patienter och närstående i det förebyggande arbetet mot vårdskador har patientsäkerhetsforum tillsammans med patient och närståenderådet tagit fram patientinformation om hur medarbetare och patienten tillsammans samverkar för att skapa att skapa en säker vård. Informationen utgår från vårdskade- och riskområden på sjukhuset, se bild.

Din säkerhet hos oss

För att uppnå en god och säker vård krävs det samarbete mellan patienter, närstående och personalen. Om du har frågor om din vård/behandling så tveka inte att fråga oss. Nedan listas några punkter om hur du kan bidra till att göra din vård så säker som möjligt.

- Rätt information**
 - Berätta vad som är viktigt för dig under vårdtiden.
 - Uppge ditt personnummer för att bidra till att du får rätt medicin och att rätt prover tas och undersökningar görs.
- Läkemedel**
 - Berätta för oss vilka läkemedel du brukar ta och varför.
 - Säg till om du inte vet varför du får ett visst läkemedel.
- God hygien**
 - Tvätta dina händer ofta, alltid efter toalettbesök och innan måltid. Använd tvål, vatten och handdesinfektion.
 - Säg till om du har infektionssymtom som feber, snuva, diarré eller kräkning.
 - Nys eller hosta i armvecket.
- Skydda dig mot att drabbas av skador**
 - Förebygg tryckskador på huden genom att ofta ändra läge i sängen.
 - Be personalen om hjälp med lägesändringar om du behöver.
 - Prata med oss om dina specifika behov av vätska och näring.
- Skydda dig mot fallolyckor**
 - Be personalen om hjälp om du känner dig ostadig.
 - Be om hjälpmedel som du behöver för att känna dig säker.
 - Använd halksockor eller stadiga skor.
 - Res dig inte för snabbt, sitt en stund på sängkanten och trampa med fötterna.
- Innan du lämnar sjukhuset ska du ha fått**
 - Sammanfattning av din vård hos oss med information om du har några rekommendationer/ restriktioner att följa och eventuell uppföljning.
 - Läkemedelslista där det framgår när och varför du ska ta dina läkemedel.
 - Information om var du ska vända dig om du har frågor efter vården hos oss.
 - Dina närstående får gärna medverka vid utskrivningssamtalet om du vill.





Information är ett viktigt steg mot delaktighet och ökad trygghet kring patientens delaktighet i sin vård och behandling. Den ges både muntlig och vid besöket eller via vår externa hemsida. Patienterna använder i allt större omfattningen möjligheten att följa sitt vårdförlopp på 1177 där journal och provsvar tillgängliggörs i realtid. Breddinförande av

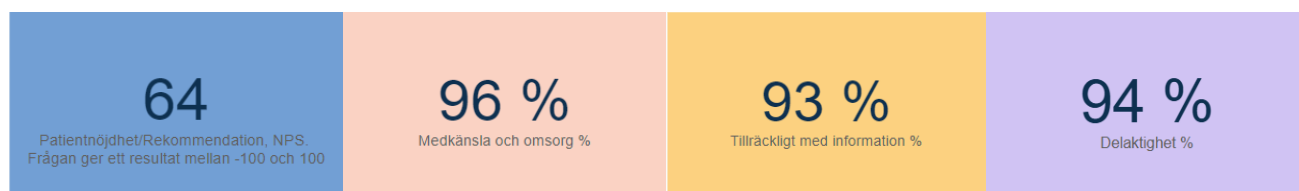
taligenkänning medför att journaltext finns omedelbart tillgänglig för både patient och personal, något som stärker patientsäkerheten Under 2024 har vi gått från 56 % av diktaten till omedelbar text under föregående år till ca 67 % av alla akutanteckningar. Sjukhuset arbetar kontinuerligt med att hela tiden öka andelen av journalanteckningar i realtid, detta genom bland annat ökad andel tal till text inom såväl sluten-, öppen som dagvård och akuten.

I flera av årets händelseanalyser har språkförbistringar och brister i tolkanvändning konstaterats. Ett arbete har därför utförts på sjukhuset med att förtydliga policys och rutiner i enlighet med lagstiftning avseende språk och teckentolkar samt att förenkla och tillgängliggöra för medarbetarna. Fortsatt arbete med utbildning av medarbetarna kommer att ske 2025.

Inom flera av sjukhusets olika diagnosflöden finns utbildningar för patienter och närstående i syfte att öka kunskapen om sin sjukdom och att träffa andra med samma sjukdom för att stödja, dela erfarenheter etc. Detta finns till exempel inom obesitaskirurgi, behandlingsmetoder vid bröstcancer, smärttillstånd etc. Under året har arytmiflödet startat en ny utbildning för patienter med nyimplanterad pacemaker. Sjukhuset använder också Stöd & behandling plattformen via 1177 för att möjliggöra för patienter och närstående att skaffa sig djupare kunskaper om sitt sjukdomstillstånd.

Under året har flera av sjukhusets enheter däribland förlossningskliniken, arbetat aktivt med att införa bedsiderapportering i syfte att öka patientens/föderskans involvering i vården och skapa säkra vårdövergångar.

Patient och närstående kan via den sjukhusövergripande patientenkäten ge återkoppling och lämna synpunkter på förbättringar. Detta har resulterat i en fantastisk återkoppling. Under 2023 svarade över 23 000 patienter på vår digitala enkät (svarsfrekvens 27 %). Genom svaren får vi ett värdefullt underlag till vårt förbättringsarbete på sjukhus- klinik- och enhetsnivå. Resultatet av enkäterna återkopplas till medarbetarna via intranätet vilket ökar medvetenheten om betydelsen av patienternas delaktighet och patientens röst stärks. Förbättringsförslag från patienterna hanteras och visualiseras på enheternas digitala förbättringstavlorna. Resultaten från den sjukhusövergripande enkäten 2024 presenteras nedan:



AGERA FÖR SÄKER VÅRD

CStG sjukhus arbetar med att identifiera, analysera, ta fram åtgärder och följa upp åtgärder inom ett flertal vårdskadeområden i syfte att säkra verksamhetens kvalitet såsom trycksår, undernäring, smärta, fall och fallskador, anmälningsspliktiga multiresistenta bakterier, VRI samt basala kläd- och hygienrutiner. För varje område finns mål kopplade, resultat och analys av resultat som innefattar åtgärder där målen inte uppnås. Uppföljning av åtgärder sker bl. a varje kvartal i samverkan med varje klinik, chefläkare, kvalitetschef och VD. Andra områden som följs, med kopplade mål och uppföljning, är mortalitet under vårdtiden och efter 30 dagar, oplanerad återinskrivning till samma klinik inom 7 dagar, 7 dagar >80 år samt 30 dagar.

Öka kunskap om inträffade vårdskador

För att få en bred bild och skapa ett lärande använder sjukhuset flera vägar för att identifiera vilka områden som är risk och vårdskadeområden på sjukhus-, klinik- och enhetsnivå.



Avvikelser



Sjukhusets avvikelser granskas dagligen. Ansvarig linjechef, tillsammans med sin arbetsgrupp handlägger och analyserar avvikelser och återkopplar till berörda. Utifrån avvikelser och utredningar beslutar och initierar linjechefen förbättringsåtgärder. Det är de lokala förbättringsgrupperna som får uppdrag av linjechefen att ta fram förslag till

förbättringar med stöd av kvalitetscontroller och berörd specialistgrupp. Kvalitetscontroller granskar respektive kliniks avvikelser och patientsäkerhetssamordnare granskar på sjukhusnivå för att säkerställa att allvarliga avvikelser fångas upp och för att hitta sjukhusövergripande riskområden. Vid allvarliga händelser eller risker (allvarlighetsgrad 3 och 4) involveras chefläkaren snarast och rapporterar enligt regelverk till VD/koncernledning inom 24 timmar. Uppföljning av handläggningstider görs regelbundet och kommuniceras ut till ansvariga chefer.

Sjukhuset arbetar med avvikelshantering i ärendehanteringssystemet JIRA. Här kan alla typer av avvikelser rapporteras via ett och samma formulär, d.v.s. vård- arbetsmiljö-, miljö- och säkerhetsavvikelser. I samma system registreras och handläggs även klagomål från patienter och närstående. Avvikelsesystemet medför att uppföljning av avvikelser med enkelhet kan ske på enhet, klinik eller sjukhusnivå inom olika kategorier. Systemet möjliggör också att ha en digital sammankopplad kedja genom processen avvikelse-händelseanalys-förbättringsåtgärder-egenanmälan enligt lex Maria. Systemet ger också goda möjligheter att visualisera och följa upp förbättringsåtgärder vilket fortsatt arbete med kommer ske under 2025

Alla medarbetare har tillgång till sina avvikelser och kan följa handläggningen och får mejlaviseringar om hur handläggningen fortskrider, vilket förbättrar återkopplingen till rapportören. För att stärka lärande efter avvikelser och öka kännedom om vilka risker som finns på respektive enhet återkopplas också avvikelser per enhet /klinik via olika metoder såsom patientsäkerhetsbrev, daglig rapportering vid check-in, genomgång på APT, M&M-genomgångar, intranät etc.

Under 2024 rapporterades på sjukhuset totalt 6488 avvikelser, vilket är en ökning från föregående år och motsvarar ca 2 avvikelser/medarbetare/år. Diagram 1 visar fördelning av sjukhusets vanligaste avvikelsekategorier under 2024.

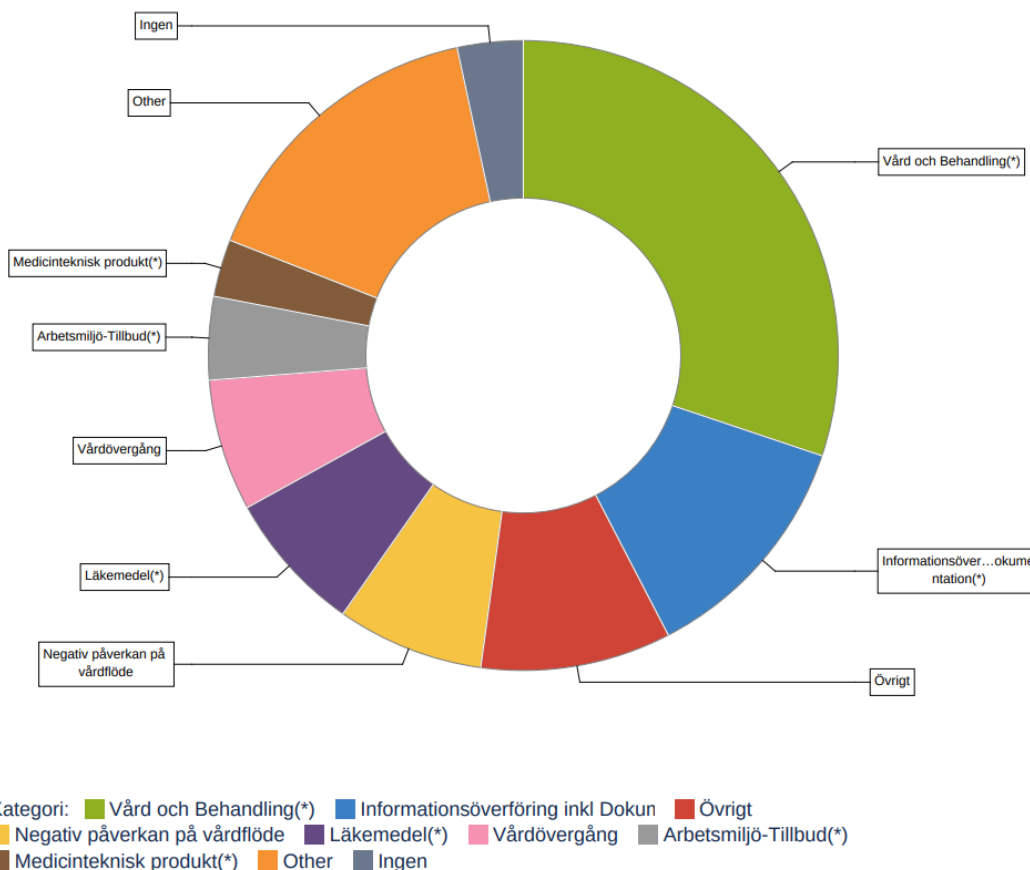


Diagram 1. Fördelning avvikelsekategorier CStG 2024. Källa: CStG.

Vård och behandling (38%) är en stor och heterogen grupp, med fall, infektioner försenad utredning mm. Subgrupper inom området kan kartläggas och bredare analyser kan utföras som grund till förbättringsarbete.

Informationsoverföring/bristande kommunikation utgör 15% av kategorierna. En god och säker vård förutsätter en effektiv kommunikation och att informationen överförs korrekt i alla led vid alla tillfällen, till patient och nästa steg i vårdkedjan, internt och externt. Strukturerad kommunikation enligt SBAR (Situation, Bakgrund, Aktuellt tillstånd, Rekommendation) och "closed loop communication" används sjukhusövergripande för att säkerställa att information överförs på ett sakligt och korrekt sätt. Fortlöpande utbildning ges till nyanställda och rapporteringsmallar och fickkort för SBAR finns tillgängliga för samtliga enheter.

Av det totala antalet avvikelser klassificerades 63 avvikelser (2%) som nivå 3–4, dvs avvikelser som lett till allvarlig skada eller dödsfall. Diagram 2 redovisar kategorier för sjukhusets allvarliga avvikelser 2024. Allvarliga avvikelser utreds för att skapa en djupare förståelse om bakomliggande faktorer och identifiera förbättringar.

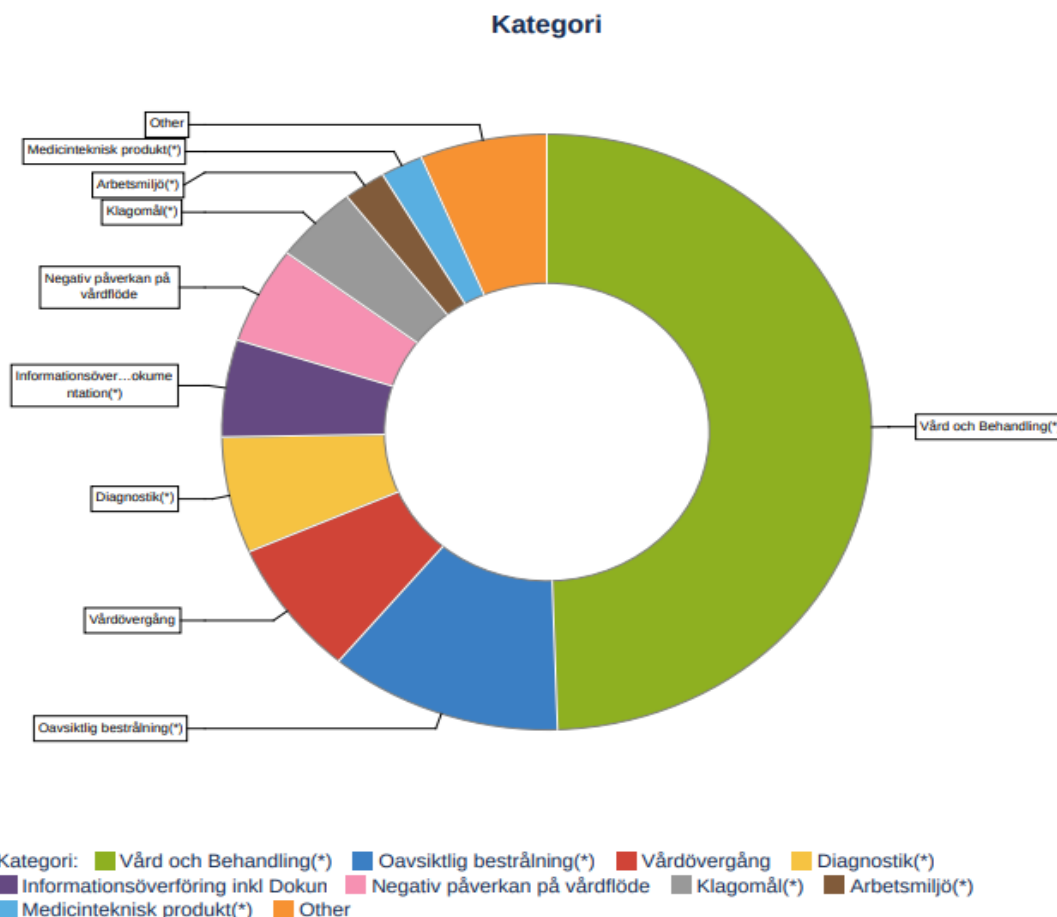


Diagram 2. Fördelning avvikelsekategorier nivå 3–4 CStG 2024. Källa: CStG.

Ett ökat antal utredningar är ett resultat av ett aktivt patientsäkerhetsarbete där medarbetare allt oftare efterfrågar analyser av avvikelser i syfte att förstå, lära och bli bättre. Vi bedriver en alltmer komplex sjukvård med en åldrande befolkning vilka är extra utsatta för risker och vårdskador. Alla kliniker har medarbetare utbildade i händelseanalysmetodik. I alla händelseanalyser erbjuds patient/ närstående att bli intervjuad om sin upplevelse av händelsen likväl som att få återkoppling på vad analysen visat och vilka förbättringsåtgärder som planeras. Aktivt arbete pågår med att starta utredningar omgående efter inträffade allvarliga avvikelser. Sjukhuset arbetar mot målet att färdigställa sina utredningar inom 30 dagar.

Typ av analys/År	2024	2023	2022	2021	2020
Händelseanalys	66	56	34	29	22
lex Maria	15	8	11	8	8
Riskanalys	31	36	39	14	9

Tabell 1. Antal händelseanalyser/utredningar, anmälan enligt lex Maria samt riskanalyser CStG årsvis. Källa: CStG.

Anmälningar enligt lex Maria

Sjukhusets lex-Maria-anmälningar under 2024 lyfter ett behov av fortsatt utbildning/samverkan vid diagnoser som kräver ett omedelbart omhändertagande tex sepsis och akut mjukdelsinfektion. Förbättringsåtgärder utifrån detta är ny rutin och arbetssätt samt utbildningsinsatser för att tidigt diagnosticera sepsis på avdelning.

Vi har även utformat rutiner och arbetssätt för patienter med allvarlig mjukdelsinfektion i ett samverkansarbete mellan akut, anestesi, kirurg, ortopedi och medicin samt omhändertagande av patient med akuta buksymtom vilken vårdas på allmän akutvårdsavdelning.

Teamets betydelse, med patient och närstående som självklara medlemmar, och riskerna då detta inte fungerar har uppmärksamats i flera av årets lex Maria. Detta är en utgångspunkt i sjukhusets stående patientsäkerhetsföreläsningar som sker bland annat under introduktionsdagar, på APT, kvalitet och patientsäkerhetsutbildning för nyckelpersoner och chefer mm. Sjukhusets arbete med konceptet Schyst vardag med bland annat bemötandespel lyfter också vikten av vårt bemötande gentemot kollegor, patienter och närstående.

Forum och arbetssätt för att sprida kunskap

Patientsäkerhetsforum har under året ordnat seminarier och webinarier som lyfter viktiga åtgärder från händelseanalyser för att förebygga vårdskador, såsom vikten av att använda mätskalor för att tidigt upptäcka allvarliga tillstånd hos en patient. Risker vid läkemedelshantering, vikten av säker kommunikation och utskrivning mm.

Akutkliniken har regelbundet genomfört s.k. M&M genomgångar (morbidity & mortality conference) där olika case har diskuterats tvärprofessionellt med fokus på lärande och transparens. Förlossningskliniken har regelbundet sk patientsäkerhetsluncher där medarbetarna samlas och diskuterar patientsäkerhet utifrån en händelse på kliniken.

Strukturerad journalgranskning

Under 2024 granskades totalt 1411 journaler. Av dessa var 205 stycken slumpvis utvalda journaler från medicin-, akut, hjärt-, neuro-, kirurg-, ortoped- samt förlossningskliniken och resterande var riktade granskningar, se tabell 2. Metoden som används är Markörbaserad journalgranskning (MJG) som är framtagen av SKR, vilken är en anpassning av metoden Global Trigger Tool.

Den totala andelen vårdskador, d.v.s. undvikbara skador, vid CStG har minskat under 2024 och var på 2,4 % (4 av 205) jämfört med 2023 som var 5,9% (12 av 204). Andelen skador har samtidigt minskat till 3,9 % (8 av 204) från 4,9 % (10 av 204). Årets resultat av antalet vårdskador är lägre jämfört med nationell nivå som var 5,8 % 2023 (Skador i somatisk vård 2013–2023, SKR). Även andel skador är lägre på CStG i jämförelse med den nationella nivån som var 10,7 % 2023 (Skador i somatisk vård 2013–2023 SKR). Generellt sett så bedriver sjukhuset allt mer komplex vård och patienterna blir äldre och multisjuka vilket också ökar risken att drabbas av en vårdskada/skada något som ställer högre krav på preventivt arbete, även om antalet vårdskador glädjande nog minskar både på CStG som nationellt. Antalet granskade journaler i förhållande till antalet vårdkontakter på sjukhuset är förhållandevis lågt

varför slutsatser får dras med försiktighet. Sjukhuset följer den tidigare rekommendationen från SKR avseende antalet granskade journaler per månad per sjukhus.

Under 2024 har sjukhuset haft fler yngre patienter i och med vår förlossningsverksamhet, detta kan ha påverkat vårt utfall till lägre andel skador och vårdskador då det är en yngre population som enligt forskning inte drabbas av skador/vårdskador i lika hög utsträckning som den äldre och mer sköra patienten.

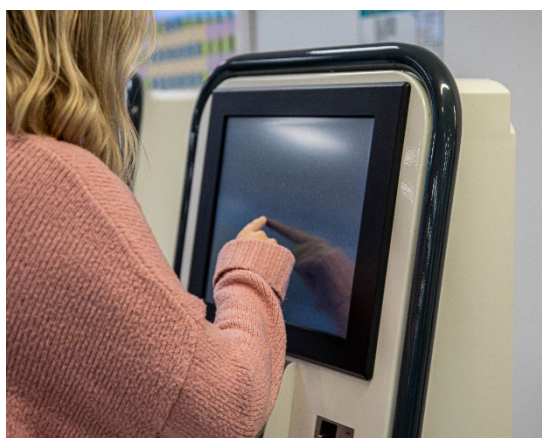
År	2024	2023	2022	2021
Vårdskador	2,4%	5,9 %	6,4%	2,5%
Övriga skador	3,9%	4,9%	4,1%	5,8%

Tabell 2. Redovisning av vårdskador CStG 2024 Källa: CStG.

Analys av skade/vårdskadeområden sker löpande med stöd av avvikelssystemet och per kvartal genom journalgranskningarna. Framledes kommer sjukhuset även fortsättningsvis att fokusera på riskidentifiering och preventivt arbete för att förebygga vårdskador, detta genom riskbedömningar inom de vanligaste vårdskadeområdena exempel trycksår, malnutrition och fall men också att tidigt identifiera skörhet. Förbättringsarbetet på sjukhuset kommer ha särskilt fokus på den sköra patienten då de är en grupp som vi vet är särskilt utsatta för vårdskador. Bland annat genom strukturerat arbete med införande av Clinical Frailty scale på Akutmottagningen och Kloka kliniska val där förberedande arbete har skett under 2024.

Under året sjukhuset genomfört en stor andel riktade journalgranskningar inom olika flöden för att förbättra processer inom flödet. Ortopedkliniken har exempelvis granskat alla patienter med höftfraktur som väntat över 24 h på operation. Detta var ett led i ett förbättringsarbete för att öka andelen opererade inom 24 h. Flertal förbättringsinsatser har utförts under året i samverkan med anestesi kliniken och övriga opererande enheter där resultat glädjande gått från 59 % till 77 % opererade inom 24 h.

Klagomål och synpunkter



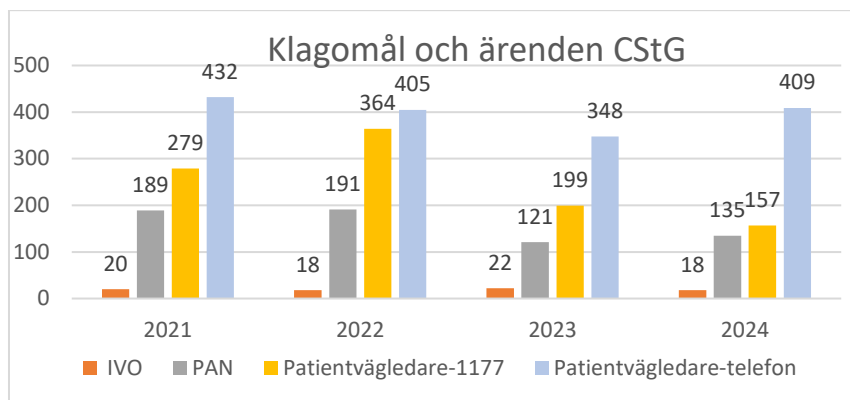
Våra patienters och närståendes synpunkter och förbättringsförslag är viktiga för att vi skall kunna förbättra och utveckla vår verksamhet. Patient och närstående uppmanas i första hand att återkoppla sina synpunkter direkt till berörd verksamhet eller enhet.

Patienter och närstående kan även vända sig med sina synpunkter till sjukhusets Patientvägledare, via telefon eller 1177 Vårdguidens e-tjänster. Patientvägledare kan ge information och vägledning kring klagomålsprocessen på

sjukhuset och vilka ytterligare instanser dit patienter och närstående kan vända sig med sitt klagomål. Klagomålet hanteras i avvikelssystemet och kommuniceras alltid via

avvikelsesystemet till berörd verksamhet som ansvarar för utredning och återkoppling till patienten.

Antalet klagomål de senaste åren är relativt stationärt. se tabell 3. En viss och marginell ökning av klagomål till Patientnämnden skulle till viss del kunna förklaras av nya och verksamheter och uppdrag i och med förlossningskliniken utökade uppdrag samt en generell ökning av sjukhusets produktion. Klagomålsärenden som kommuniceras till Patientvägledare avser ofta bemötandefrågor eller allmänna synpunkter på vård och behandling. Av de 206 klagomål som registrerats i avvikelsesystemet rör den största andelen (21%) bemötande och därefter klagomål rörande diagnos och behandling (ca 10 %).



Tabell 3. Antal klagomål och synpunkter framförda via olika kanaler CStG 2024. Källa: CStG.

Det totala antalet anmälningar som framförs till Patientnämnden är högre än föregående år i absoluta tal men lägre relaterat till produktionen. 45 % av de anmälda ärendena faller inom området vård & behandling. Den andra stora gruppen, 21%, faller inom kategorin kommunikation vilket är i linje med sjukhusets avvikelser och klagomål för 2024 och tidigare år. Antalet utredningar som IVO genomförde efter patienter och närståendes anmälan till myndigheten var 18 st vilket är en minskning både i absoluta tal (22 st 2023) och i förhållande till antalet vårdkontakter.

Under året har delar av sjukhusets kvalitetscontrollergrupp arbetat med att ta fram stödande mallar för besvarande av klagomål för att öka kvaliteten på besvarande av klagomål, främja dialogen och öka möjligheten att patienten får svar på sina frågor. Under 2025 kommer fortsatt arbete ske med utbildningar inom detta.

Tillförlitliga och säkra system och processer

Sjukhuset är en linje- och flödesorganisation med tydliga uppdrag, ansvar och mandat. Chefer har ett verksamhetsnära beslutsmandat och medarbetare har befogenheter att fatta beslut i det patientnära arbetet. Flödesarbete bedrivs kliniköverskridande och enligt gällande kunskapsstyrning inom de standardiserade och personcentrerade vårdförlopp som sjukhuset omfattas av. För att stärka det systematiska patientsäkerhetsarbetet har vi strukturerade och standardiserade arbetsprocesser som omfattar hela sjukhuset. Vid varje inskrivning i slutenvården genomförs flertalet riskbedömningar som exempelvis risk för fall, trycksår, nutrition, överfylld urinblåsa och smärta. Läkemedelsgenomgång utförs vid inskrivning på sjukhuset. Genomgången genomförs i första hand på akutmottagningen men kan också, efter överenskommelse med läkare på mottagande avdelning, genomföras på avdelningen. Validerade verktyg såsom SBAR och NEWS används under hela vårdförloppet. Vid utskrivning skrivs ett behandlingsmeddelande och en läkemedelsberättelse. En Läkemedelsberättelse beskriver förändringar i läkemedelsbehandlingar samt orsaken till förändringarna och är ett underlag för både patient samt eventuell nästföljande vårdgivare.



På sjukhuset finns specialistgrupper som arbetar med att utveckla arbetsätt och stödja verksamheterna i patientsäkerhetsarbetet. Exempelvis samverkar specialistgrupperna Hygien och smittskydd samt lokal STRAMA med att stärka det proaktiva arbetet för att förhindra VRI och smittspridning samt att förebygga antibiotikaresistens genom rationell antibiotikaanvändning. Gruppen följer antibiotikaanvändningen samt förekomsten av multiresistenta bakterier och återför resultat till verksamheten. Infektionsspecialister är interna konsulter och genomför även regelbundna antibiotikaronder på avdelningarna. Basala hygienrutiner och klädregler (BHK) är en integrerad del av hygienarbetet.



Säker vård här och nu

Är vården säker idag

Förutsättningar för säker vård förändras snabbt på ett akutsjukhus och sjukhuset har en ständig bevakning av parametrar som påverkar säkerheten i realtid/närtid. När inflöde på akutmottagningen ökar påverkar det belastningen inom slutenvården och i sin tur ökar behovet av vårdresurser i vårdkedjan inom primärvård och rehabilitering. Därför finns det tydliga rutiner för hur verksamheten ska agera vid en sådan utmaning hanteras.



Leveransproblem av läkemedel har inneburit behov att agilt byta ut till ersättningspreparat samt att vid behov ansöka om licens för läkemedel som inte är godkänt för försäljning i Sverige. Sjukhusets farmaceuter, i samarbete med vår läkemedelsdistributör ApoEx AB, har i uppdrag att övervaka Läkemedelsverkets uppdateringar om restnoterade läkemedel och sprida informationen på sjukhuset. Lagernivåer av läkemedel har höjts under året, och beredskapslager för akutvård samt vård som ej kan anstå har byggts upp för att säkerställa en robust läkemedelsförsörjning.



Riskhantering

Under året har 135 avvikelser klassificerats som "allvarlig patientsäkerhetsrisk". 31 riskanalyser har utförts på sjukhuset (tabell 1), vilket är i linje med föregående år.

Riskanalyserna har flera handlat om olika typer av flyttar och ombyggnationer. En ytterligare riskanalys utfördes inför utökning av verksamheten inom neontalvård, eftervård, förlossning/antenatal och Specialistmödravård. Riskanalyser har initierats med anledning av avvikelser i identifierade riskområden t.ex. efter upprepade brott på Picline. Ett annat exempel är en riskanalys inför införandet av patientkontrollerad sedering vid endoskopiundersökning. Patient- närståendetrådet eller andra patientrepresentanter har deltagit i flera riskanalyser under året för att belysa patienter och närståendes perspektiv.

Ett projekt har utförts under året för att öka säkerheten med läkemedelshanteringen och sätta fokus på riskmoment, en rimlighetsbedömning av läkemedel som ska iordningsställas och administreras till patienter ska utföras. Utbildning av faciliatorer för att hålla case-dragningar med sjuksköterskor och farmaceuter på enheterna har genomförts för att stärka förståelsen av rimlighetsbedömningen.



Under året har sjukhuset haft stort fokus på aktiviteter för tidig upptäckt och snabb behandling av sepsis, som är ett allvarligt tillstånd med hög mortalitet. Under året har rutin för avdelningsbaserade åtgärder tagits fram. Detta arbete leds av flödesgruppen för Sepsisflödet som jobbar sjukhusövergripande.

Under året har akutkliniken breddinfört screening av delirium som är ett vanligt förekommande tillstånd hos akut sjuka och sköra patienter. Tillståndet går att förebygga och lindra främst med adekvata omvårdnadsåtgärder, ofta i samverkan med närstående.

Stärka analys, lärande och utveckling



Avvikelse-, händelse- och riskanalyser, resultat från externt och internt satta mål samt medarbetare och patient/närståendes förbättringsförslag är alla underlag till sjukhusets förbättringsarbete.

De sjukhusgemensamma indikatorerna och resultat finns samlat i vårt Power-BI och tillgängligt via vårt intranät som möjliggör att resultat kan följas över tid och i realtid. På enheterna finns s.k. dashboards där verksamhetsnära resultat visas för daglig styrning. Via Vården i siffror (VIS) kan vi jämföra oss med andra sjukhus som ett led i att utveckla och förbättra verksamheten. Capio S:t Görans sjukhus har en egen sida i VIS som underlättar uppföljning.

Verksamheten följer kontinuerligt upp sig själva genom tillgång till resultat och rapporter. Sjukhuset följer upp klinikerna månadsvis och koncernen följer upp sjukhuset 4 gånger per år. Externt följer Region Stockholm upp sjukhuset genom kvalitetsavtalen och kräver in handlingsplaner där sjukhuset inte når målen.

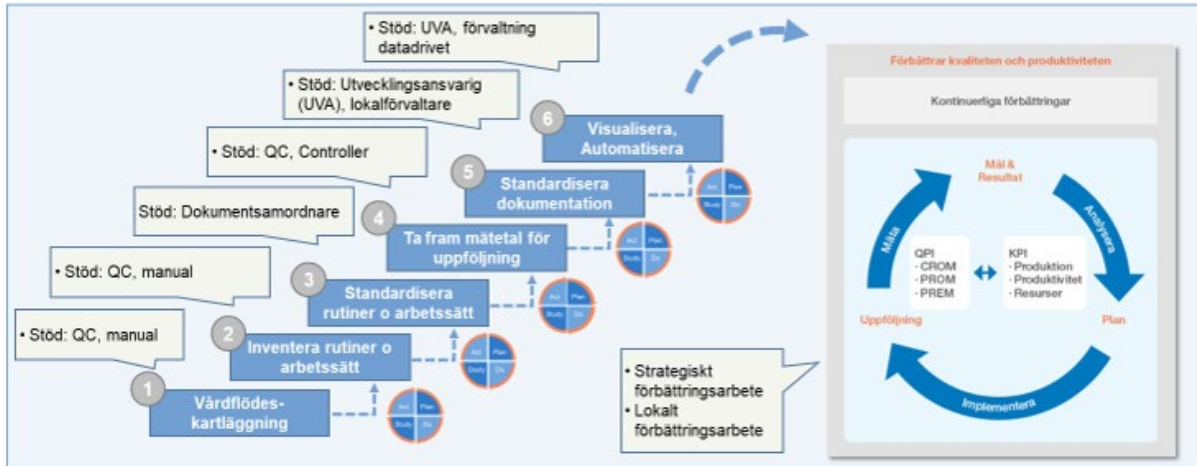
Förbättringsarbete

Capio S:t Görans sjukhus arbetar strukturerat kring ständiga förbättringar enligt leans principer för att uppnå en jämlik och högkvalitativ vård, "rätt från början och rätt från mig".

- Vi identifierar, bedömer, åtgärdar och följer upp förbättringar.
- Förbättringsarbetet är en del av vårt flödesarbete*
- Genom våra digitala förbättringstavlor kan medarbetare, patienter och närstående lämna förslag till förbättring. På förbättringstavlorna finns även identifierade åtgärder från interna utredningar som risk- och händelseanalyser.
- Förbättringsarbetet drivs av cheferna på respektive enhet och av flödesägare i sina flöden
- Medarbetarna är delaktiga i arbetet med förbättringsåtgärder.
- Vi visualiserar förbättringsförslag på digitala tavlor som tillgängliga för alla medarbetare

- Förbättringarna kopplas till våra lång och kortsiktiga mål samt faktabaserade beslut, vi mäter och följer upp resultat

*Grunden för kartläggning av våra vårdflöden sker enligt en 6-stegsmodellen, se bild nedan



6-stegsmodellen för förbättringsarbetet på CStG.

Kvalitetsregister, Vården i siffror (öppna jämförelser)

Capio S:t Görans sjukhus medverkar i flertalet nationella kvalitetsregister som publiceras i Vården i siffror. I Vården i siffror kan man se vilka enheter i Sverige som har bäst resultat i kvalitetsregistren och lära av deras arbetssätt och metodik. Genom resultat i kvalitetsregistren och uppföljning av andra interna och externa mål utvecklar och förbättrar vi våra vårdflöden.



Öka riskmedvetenhet och beredskap



För att främja riskmedvetenheten och beredskapen i organisationen har sjukhuset och medarbetarna möjlighet att träna för oväntade situationer. Capio team Träning (CTT), som är framtaget utifrån det norska konceptet BEST, har funnits på sjukhuset sedan 2016. Syftet med kursen är att stärka och tydliggöra teamarbetet och kommunikation. Målet är att omhändertagandet av en akut svårt sjuk patient sker på bästa sätt. Utbildningen varvar teori med upplevelsebaserad inläring. Kurserna vänder sig till akutmottagningen och slutenvården och praktiseras på flera av sjukhusets kliniker flera gånger årligen. Under året har bland annat Anestesikliniken och Akutkliniken jobbat med CTT kliniköverskridande för att förbättra samverkan, säkra vårdövergångar och omhändertagande av den akut sjuka patienten

Beredskapsorganisationen aktiveras vid en särskild händelse. Det kan vara händelser med många skadade, pandemier, brand eller driftstörningar inom sjukhuset. I sjukhusets uppdrag ingår att snabbt kunna ställa om verksamheten för att bli mottagande av skadade eller sjuka patienter. För att klara av detta har sjukhuset en tränad och övad beredskapsorganisation med specifika ledningsfunktioner som aktiveras i syfte att leda verksamheten och säkerställa god vård och patientsäkerhet. Sjukhusets kris- och katastrofmedicinska planering och beredskap präglas av ett helhetsperspektiv där kompetens och arbetssätt upprätthålls genom reservrutiner, beredskapsplaner, träning och övning samt uppföljning och erfarenhetsåterföring.

Sjukhuset har flertalet specialistgrupper som tillser att medarbetare arbetar riskmedvetet och har beredskap för akuta situationer. Medarbetare utbildas via dessa specialistgrupper i hjärt- och lungräddning samt i validerade verktyg som exempelvis NEWS2, SBAR, 4 AT (identifiera risk för akut förvirring). Närmaste chef ansvarar för att medarbetaren ges tid för utbildning.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR 2025



2025 års patientsäkerhetsarbete kommer fokusera på proaktivt arbete genom att:

- Utveckla sjukhusets arbete enligt riskbaserat patientsäkerhetsarbete. Bland annat genom kontinuerligt arbete med risker och utförande av riskanalyser.
- Implementera Safety netting som metod för en säker kommunikation och dialog med patienten vid utskrivningar.
- Fokuserat arbete med subakuta flöden för att erbjuda vård i rätt tid, på rätt vårdnivå, inom rätt specialitet för att förbättra tillgänglighet och patientsäkerhet.
- Förbättra omhändertagande av den sköra äldre patienten genom införande av strukturerade bedömningar av Clinical Frailty Scale på Akutmottagningen samt förbättringsarbete med specialistgrupperna för vårdskadeområden.
- Införa strukturerade och standardiserade arbetsätt sjukhusövergripande i linje med Kloka kliniska val
- Införa struktur och arbetsätt i linje med Antibiotikasmart sjukhus för att stärka det preventiva arbetet kring hygien- och smittskydd, VRI samt rationell och ändamålsenlig användning av antibiotika. Arbetet kommer att drivas i samverkan mellan specialistgrupp Hygien och smittskydd samt lokala STRAMA
- Läkemedelssupport tas över i egen regi, vilket stärker robustheten inom läkemedelsförsörjningen. Övertagandet ger full kontroll över den interna läkemedelsförsörjningen, vilket skapar förutsättningar för att förbättra läkemedelsekonomin och minska kassationen av läkemedel. Genom att använda en egen personalstyrka kommer vi att främja ett ökat samarbete mellan farmaceuter och andra vårdprofessioner, vilket bidrar till en mer säker och kvalitativ läkemedelshantering.
- Ökad samverkan med ASIH för säkra vårdövergångar



Bilaga 1. Sammanfattning strålsäkerhetsarbete för röntgen och nuklearmedicin 2024

Inledning

Enligt strålsäkerhetsmyndighetens författningssamling 2018:05 (föreskrift om medicinska exponeringar) ska det ska årligen sammanställas ett strålsäkerhetsbokslut som en del av patientsäkerhetsberättelsen (3 kap 13 §).

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

- 1. hur det systematiska strålskyddsarbetet har bedrivits i verksamhetens olika delar,*
- 2. vilka åtgärder som har vidtagits för att upprätthålla och utveckla strålskyddet, och*
- 3. vilka resultat som har uppnåtts i strålskyddsarbetet.*

Bokslutet ska finnas tillgängligt för den som önskar ta del av den. Dessutom ska resultatet av de medicinska exponeringarna kvalitetsgranskas (3 kap 12 §).

Detta bokslut är framtaget- och sammanställt av Capio st Görans strålskyddsexpertfunktion i samråd med övriga relevanta funktioner.

Tillståndspliktig verksamhet på Capio st. Görans sjukhus

Sjukhuset hade under 2024 tre tillstånd. Ett för Capio st. Göran radiologi AB där DT, mammografi samt konventionell röntgenbildtagning ingår. Två tillstånd för Capio st. Görans sjukhus där ena tillståndet innefattar all C-bågeverksamhet och det andra nuklearmedicinsk avdelning. C-bågar används vid endoskopiavdelningen, ortopedi-avdelningen, kirurgi-avdelningen, på hjärtavdelningarna för pacemaker samt PCI.

Nuklearmedicinska tillståndet gäller för innehav- och användning av 100 GBq maximal aktivitet. Se mer om tillståndsförändringar under kapitlet "Dessa åtgärder har utförts".

Hur det systematiska strålsäkerhetsarbetet har bedrivits

Under år 2024 har arbetet med strålsäkerhet fortlöpt genom flera moment.

Strålsäkerhetsmöten enligt fastslagen agenda har hållits vid flertalet tillfällen. På mötet deltar strålskyddsexpert, strålningsfysikalisk ledningsfunktion, Verksamhetschef samt radiologiska ledningsfunktioner för alla tillstånd på sjukhuset, med flera. Vid mötena tas handlingsplan för fortsatt strålsäkerhetsarbete fram.

Redovisning av strålsäkerhetsarbetet samt lagkrav med mera hölls för sjukhusledningen i maj.

Arbetsuppgifter fördelades samt uppföljande arbete utfördes där ett urval redovisas nedan.

Dessa åtgärder har utförts

Teoretisk samt praktisk strålsäkerhetsutbildning av personal på hjärtintensiven utfördes under året. Utbildning inom strålskydd samt röntgenteknik för tre nya Radiologiska ledningsfunktioner (RALF) på sjukhuset initierades. Nuklearmedicin, ortopedi samt genomlysningens verksamhet inom röntgenavdelningen fick nya (RALF).

Strålskyddsexperter höll dedikerad utbildning gällande strålningsrelaterade risker vid graviditet i samband med röntgenavdelningens planeringsdagar i februari.

Prestandan för all röntgenutrustning inom sjukhuset kontrollerades enligt plan under året. Under våren 2025 kommer alla Philips mammografiutrustningar bytas ut så dessa kontrollerades inte under 2024. Några rörbyten utfördes dock under året av mammografiutrustningen och i samband med utfördes dock kontroll.

Nytt dosimetrisystem infördes på hjärtintensiven (PCI-verksamheten) där utläsning sker automatiskt. Uppföljning och initiering utfördes i samråd med strålskyddsexpert.

Förrådet för uttjänta blyburkar, från verksamheten inom nuklearmedicin, rensades genom att återvinningsleverantör anlätades. Blyburkarna friklassades (radioaktiva aktivitetsnivån kontrollerades) innan leverans tilläts.

Under slutet av 2024 flyttade nuklearmedicin sitt tillstånd till Capio st. Göran radiologi - tillståndet. Detta är meddelat strålsäkerhetsmyndigheten och i samband med detta är även ny strålningsfysikalisk ledningsfunktion på plats.

Diagnostiska standarddoser samt årsstatistik rapporterades till SSM inom 1 april 2024.

Avvikelse relaterade till strålning följdes upp i Jira med åtgärd- och analys. Sjukhusfysiker bedömer alltid stråldosnivåerna samt återkopplar. Vanligaste avvikelsen är röntgen av fel sida (höger i stället för vänster ben till exempel) eller i något fall även fel patient. Ingen av avvikelserna gav dock upphov till vårdskada. Totala antalet rapporterade avvikelser under året är ett tio-tal.

Detta är resultatet

Sjukhusets utrustning kontrollerades enligt tillämpliga intervall samt resultatet återkopplades till klinikerna. Utrustningen ligger inom tolerans och inga allvarliga avvikelser framkom. Kontrollerna sker i samråd mellan medicinsk teknik, sjukhusfysiker samt kliniska verksamheten.

Nya lokaler för nukleärmedicins verksamhet utvärderad samt verksamhet initierad i lokalerna. Förrådet med avfall rensat- och säkerställt.

Personalen har adekvat utbildning och rutin för utbildning efterlevs.

Registrering av stråldoser- och övrig statistik enligt strålsäkerhetsmyndighetens krav rapporterades för år 2023.

Nya Radiologiska ledningsfunktioner initierade under 2024 samt sjukhusledningen informerad om strålsäkerhetsarbetet, lagkrav mm.