

# Patientsäkerhets- berättelse

Capio S:t Görans sjukhus 2021



**Capio**

# Innehåll

3	<b>Patientsäkerhetsberättelse 2021</b>
	<b>Resultat</b>
	<b>Övergripande mål och strategier</b>
	<b>Capiomodellen</b>
	<b>Ansvar och organisation för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet</b>
4	Ansvar och organisation
	Stödfunktioner
5	Informationssäkerhet
	Strålsäkerhet
6	<b>Struktur för uppföljning/utvärdering</b>
7	Rutiner för uppföljning och återrapportering av resultat
	<b>Förbättringsarbete</b>
8	<b>Hälso- och sjukvårdspersonalens medverkan</b>
	Avvikande händelser - rapportering, analys, åtgärd och uppföljning
	Riskidentifiering
9	Kommunikation
	Strukturerad journalgranskning
	Patientsäkerhetskultur
	Internutredning av vårdskada
10	Kvalitetsregister
	Vården i siffror (öppna jämförelser)
	Nationella kvalitetsregister
11	<b>Patientens och närståendes synpunkter direkt till verksamheten, via Patientnämnden och IVO</b>
	Klagomål och synpunkter
	Samverkan med patienter och närstående
	Patientenkäter
	Ärenden till Patientnämnden
12	<b>Samverkan inom och mellan vårdgivare</b>
	Intern samverkan
	Extern samverkan
13	<b>Sammanfattning och analys av patientsäkerhetsarbete 2021</b>
	Involvera patienter
	Delaktiga medarbetare
	Samarbete över organisationsgränser
	Utveckla IT, lokaler och annan infrastruktur
	Utbildning och kompetens
14	Läkemedel
	Hygien och smitta
15	STRAMA (Samverkan mot antibiotikaresistens)
	Kirurgiska vårdskador
	Fallskador
	Sårvård
	Smärta
	Nutrition
	Palliativ vård

# Patientsäkerhetsberättelse

## Capio S:t Görans sjukhus

### Resultat

Resultat inom respektive område redovisas separat i vår kvalitetsredovisning, som är tillgänglig på vår externa hemsida: <https://capiostgoran.se/kvalitetsredovisning>

### Övergripande mål och strategier

Capio S:t Görans Sjukhus (CStG) driver utvecklingen av sjukvårdens arbetssätt och förbättrar förutsättningarna för våra patienter både före, under och efter sjukhusvistelsen. Vårt mål är att ge en högkvalitativ, patientsäker och effektiv sjukvård genom medarbetarnas kontinuerliga förbättringsarbete och patienternas delaktighet. Vi förenar vård, kvalitet, patientsäkerhet, effektiva flöden, hög tillgänglighet med kostnadseffektivitet.

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

Under 2021 har stort fokus varit på att vara en betydande del i regionen att hantera pandemin vilket har haft återverkningar i framdriften av ovanstående bortsett från en utveckling av covid-vården.

I CStG ledningssystem, som återfinns i delar på vår externa hemsida och på sjukhusets intranät, finns de dokument som styr och stödjer vår verksamhet. Ledningssystemet syftar till att uppfylla kraven i tillämpliga lagar och författningar som t.ex. Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), Patientlagen (2014:821), Patientdatalagen (2008:355) och Patientsäkerhetslagen (2010:659), Allmänna råd och föreskrifter om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete (HSLF-FS 2017:40) samt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Delar av sjukhusets ledningssystem har granskats och godkänts mot specifika kvalitetsstandarder. Den diagnostiska verksamhet som bedrivs vid kliniken för Klinisk Fysiologi är sedan 1996 ackrediterad av Swedac och granskas mot standarden IEC/ISO 17025:2018. Hela CStG är miljöcertifierat sedan 2005 och uppfyller kraven i ISO 14001:2015. Re-certifiering har skett under hösten 2021.

### Capiomodellen

Capio S:t Görän tar ansvar för att driva och utveckla sjukvården med patientens behov i centrum. I detta arbete utgår vi från Capio-modellen. Tillsammans skapar delarna i Capio-modellen en helhet för hur vi bedriver och utvecklar vården. Sjukhusets decentraliserade linjeorganisation med tydliga ansvar och mandat skapar förutsättningar att lokalt följa och utveckla kvaliteten i vården. Förbättringsarbetet som till stor del kännetecknar CStG, inspireras av leanprinciper som vi har anpassat efter vår verksamhet och vardag.

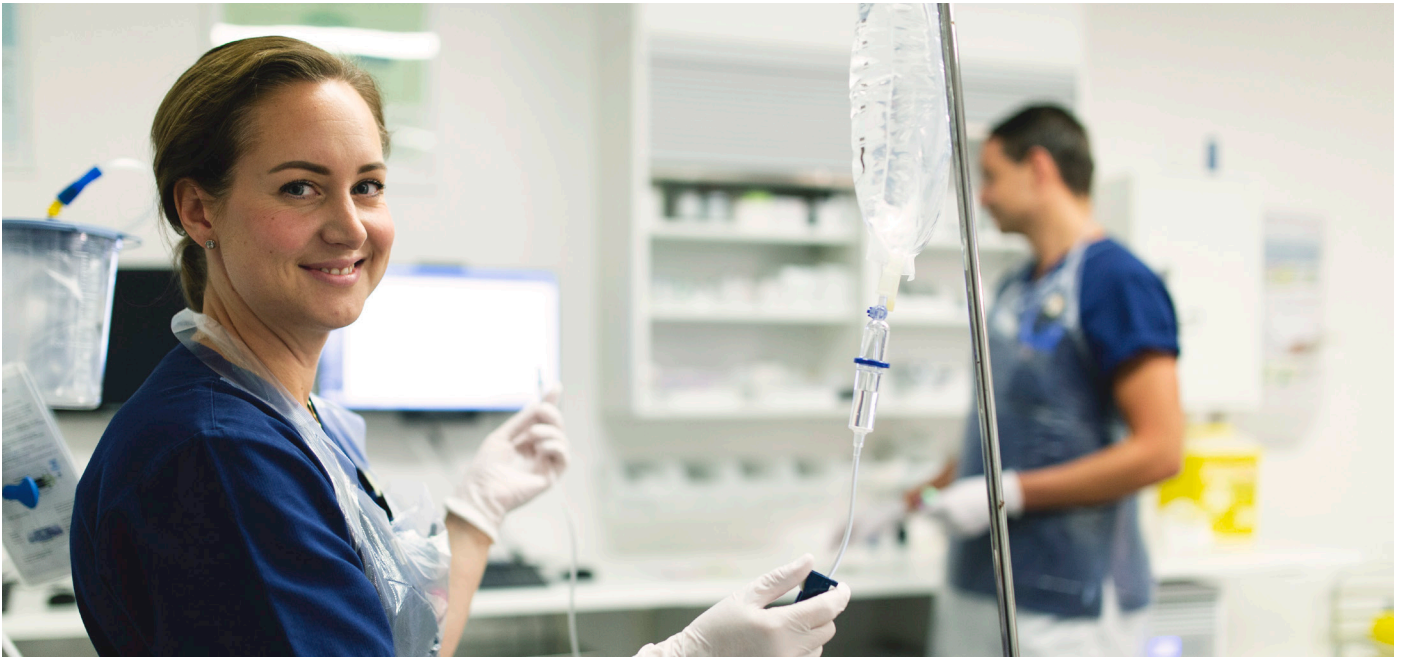
Patienternas diagnos, personliga behov, och livssituation formar innehållet i vårt omhändertagande, hur vi organiserar vårdarbetet, mäter och följer upp resultat för att ständigt förbättra kvalitet och processer. Genom att hålla en hög kvalitet minskar risken för vårdskador vilket innebär kortare vårdtider varför vi kan då ta hand om fler patienter med samma resurser. Med rätt förutsättningar leder detta till en stabil ekonomi vilket medför att vi kan utveckla vår verksamhet genom kontinuerliga investeringar i vården, medicinteknisk utrustning och utbildning av våra medarbetare för att ännu bättre kunna tillgodose våra patienters behov till en lägre kostnad för samhället.

### Ansvar och organisation för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet

#### Ansvar och organisation

Sjukhusets ledning i form av ledningsgruppen, som består av VD, verksamhetschefer och stödfunktionschefer, har i egenskap av vårdgivare det övergripande ansvaret för kvalitet och patientsäkerhet.

Sjukhusets ledning fastställer de övergripande målen för kvalitet och patientsäkerhet, samt följer upp och utvärderar dessa. VD ger tydliga uppdragsbeskrivningar och funktionsbeskrivningar till verksamhetschefer, chefläkare och kvalitetschef. Första linjens chef, flödesägare/flödesledare får motsvarande uppdrag av verksamhetschef. 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.

Det är medarbetarna, som arbetar närmast patienterna, som har ansvaret för och driver det kontinuerliga förbättringsarbetet. Det är patienternas och medarbetarnas förslag och idéer som testas, utvärderas och genomförs med stöd av chefer och sjukhusledning. Chefen är ansvarig för att skapa ett system där förbättringsarbetet införs i vardagen och där vi kontinuerligt tar hand om de idéer som framkommer. Chefens ansvar är också att skapa forum för tvärfunktionella diskussioner och beslut där identifierade problem löses och utvecklingsförslag bearbetas. Som stöd för förbättringsarbetet i verksamheten finns t.ex. Chefläkargruppen, Utvecklingsgruppen, specialistgrupper, IT, HR, Ekonomiavdelningen samt Kommunikationsavdelningen.

### Stödfunktioner

Chefläkargruppen (CLG) och Utvecklingsgruppen (UG) har en samordningsfunktion för uppföljning av sjukhusets kvalitets- och patientsäkerhetsarbete och ger stöd till sjukhuset med rådgivning, omvärldsbevakning, utveckling, uppföljning i förbättringsarbetet. CLG/UG deltar i arbete kring samordning av kvalitets- och patientsäkerhetsfrågor tillsammans med Hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF) inom Region Stockholm. I CLG/UG ingår chefläkare, kvalitetschef, patientsäkerhetssamordnare/ vårdutvecklare (inklusive patientvägledning), dokumentationsansvarig, verksamhetsanalytiker, projektledare och sjukhusapotekare. I CLG ingår även sjukhusets

katastrof- och beredskapssamordnare. Sjukhusets hygiensköterska, som är anställd vid vårdhygien inom Region Stockholm är också knuten till CLG. Som stödfunktioner i kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet ingår även HR- och IT-avdelningen.

Varje klinik har en kvalitetscontroller som är direkt underställd verksamhetschefen. Kvalitetscontrollergruppen leds av sjukhusets kvalitetschef har en tydlig koppling till sjukhusets chefläkare. Kvalitetscontroller utgör en stödfunktion för klinikernas ledningsgrupper, förbättringsgrupper och flödesägare/ledare. Varje klinik har även en utvecklingsansvarig (UVA) i vårdnära system som är direkt underställd verksamhetschef. På klinikinivå samverkar kvalitetscontroller, utvecklingsansvarig samt ekonomicontroller för att utveckla gemensamma frågor. Kvalitetscontrollergruppen resp. UVA-gruppen har möte minst 2 ggr/månad.

Patientsäkerhetsforum (PSF) är en tvärprofessionell grupp bildad under 2020 som har i uppdrag att främja utvecklingen och utbildningen inom patientsäkerhetsområdet. PSF ordnar seminarier som lyfter viktiga åtgärder för att förebygga vårdskador, såsom vikten av att använda mätskalor för att tidigt upptäcka allvarliga tillstånd hos en patient. PSF deltar i utbildningen av medarbetare i internutredningsmetodik av vårdskador.

Sjukhusövergripande finns elva specialistgrupper som verkar kliniköverskridande på uppdrag av verksamhetschefsgruppen. Specialistgrupperna har ett uppdrag inom sitt specialismråde och utgör en stödfunktion till sjukhusets förbättringsgrupper,

## Patientsäkerhetsberättelse

linjechefer och flödesägare/ledare. Specialistgrupperna omfattar trauma, mobil intensivvårdsgrupp, hjärt-lungräddning (HLR), hygien- och smittskydd, läkemedel, sårvård, nutrition, smärta, etikforum, fallpreventivt arbete och palliativ vård.

Chefläkargruppen och infektionssektionen leder och samordnar även det lokala arbetet för vårdrelaterade infektioner och antibiotikaresistens via ett lokalt STRAMA-nätverk.

## Informationssäkerhet

Under året genomfördes en rad aktiviteter, främst inom IT-säkerhetsområdet, för att uppnå högre informations säkerhet.

CStG genomför – som en del i vårt ledningssystem – självutvärdering för att identifiera områden i behov av åtgärder. Under december 2021 genomfördes på nytt en sårbarhetsanalys för IT som inte hittade några kritiska sårbarheter

Under 2021 har sjukhuset fokuserat på behörighetstilldelning i huvudjournalssystem efter ett föreläggande från Integritetsskyddsmyndigheten, IMY, från december 2020.

Sjukhuset har genomfört förnyade behovs- och riskanalyser för behörighetstilldelning i huvudjournalssystemen och bjudit in till både patientinvolverade och vårdgivareövergripande diskussioner för att balansera patientsäkerhet mot integritet.

IMY:s beslut om föreläggande och utdelning av sanktioner är överklagat till Kammarrätten.

En av IT-processerna heter Säkerhet och omfattar såväl IT som Informationssäkerhet. Denna process har en förbättringsgrupp vars uppdrag är bl a att hantera avvikelser och ta emot förslag till förbättringar. Denna grupp gör också alla bedömningar inför att nya system, tjänster eller applikationer ska införas, även för området Medicinsk teknik.

Vidare har CStG infört digital plattform för att göra mer riktade och mer omfattande logganalyser. Strukturerade loggkontroller har genomförts kontinuerligt. Under året har ett antal ärenden om misstänkt ooberättigad åtkomst handlagts och kunnat avskrivas.

Frågor som rör integritet, både vad gäller muntlig och digital information om våra patienter har en hög prioritet för CStG. Informationssäkerhetsrådet som har kompetenser inom information- och patientsäkerhet träffas regelbundet för att diskutera frågor som rör dessa områden och genomför förbättringar utifrån

identifierade behov.

Integritetsmyndigheten (IMY) har under 2019–2020 arbetat med ett tillsynsärende kring vår och en rad andra sjukhus struktur för behörigheter och åtkomst i lokala, regionala och nationella journalsystem. I dec 2020 kom beslutet som medförde kritik. Sjukhusets bild överensstämmer inte med IMY:s och beslutet är överklagat till Kammarrätten.

## Strålsäkerhet

I enlighet med Strålsäkerhetsmyndighetens föreskrifter om medicinska exponeringar (SSMFS 2018:5) ska ett strålskyddsbokslut avseende medicinska exponeringar upprättas årligen som ett led i kravet på patientsäkerhetsberättelse.

Av strålskyddsbokslutet ska det framgå:

1. Hur det systematiska strålskyddsarbetet har bedrivits i verksamhetens olika delar
2. Vilka åtgärder som har vidtagits för att upprätthålla och utveckla strålskyddet
3. Vilka resultat som har uppnåtts i strålskyddsarbetet

Under 2021 har det systematiska strålskyddsarbetet för medicinska exponeringar inom CStG huvudsakligen utgjorts av:

- Berättigandebedömning av medicinska exponeringar på såväl metodnivå som individnivå.
- Röntgenverksamheten svarade på Strålsäkerhetsmyndighetens begäran under april 2021 om uppgifter av berättigandeprocessen genom egenutvärdering med medskickat mall.
- Metodansvariga arbetar systematiskt med optimering och utveckling av metoder för medicinska exponering
- Kvalitetssäkrande kontroller och underhåll av utrustning för medicinska exponeringar
- Dokumentation, utredning och uppföljning av strålningsrelaterade avvikelser
- cegistrering av diagnostiska standardnivåer (DSN) har rapporterats in till Strålsäkerhetsmyndigheten för undersökningar utförda under 2020 för alla relevanta undersökningar för konventionell radiografi, mammografi och datortomografiundersökningar
- Registrering av dosdata har rapporterats till strålsäkerhetsmyndigheten för undersökningar utförda under verksamhetsåret 2020.
- Hållit strålskyddskommittémöte

Under 2021 har åtgärder som vidtagits för att upprätta





och utveckla strålskyddet huvudsakligen utgjorts av:

- Sjukhusfysiker har deltagit i arbetet med de nya lokalerna för Röntgen med planerad inflytt och driftsättning under mars 2022.
- Vid två tillfällen har under byggperioden strålskärningen i lokalerna besiktats där strålskärningen funnits vara adekvat.
- Under 2021 installerades det tre röntgenutrustningar till vid verksamheterna på Capio S:t Görans.
- Översyn/revision av sjukhusövergripande och verksamhetsstyrda strålsäkerhetsrutiner
- Strålsäkerhetsutbildning har getts på operationsavdelningen och Intermediäravdelning, IMA.
- Under året introducerades Röntgenutbildarnas web-utbildning i strålsäkerhet på Capio Competence. Introduktionen av web-utbildningen på Capio Competence möjliggör att all personal som arbetar i verksamheter med strålning på Capio S:t Görans kan genomföra utbildningen i strålsäkerhet.

Resultaten som uppnåtts i strålskyddsarbetet är att CStG bedriver en strålsäker verksamhet med målet att involvera, motivera och engagera alla medarbetare i verksamheter med medicinska bestrålningar.

## Struktur för uppföljning/utvärdering

Våra rutiner för måluppfyllelse av kvalitet och patientsäkerhet har tre syften:

- att ge underlag i vårt förbättringsarbete
- leda och styra vår verksamhet
- rapportera till HSF, Region Stockholm och koncernledning för Capio och Ramsay.

Vi är noga med att vi mäter rätt indikatorer på ett effektivt och kvalitativt sätt och med rätt tidsintervall, att vi visualiserar de uppmätta värdena samt att vi kan identifiera avvikelser som ger underlag för ständiga förbättringar. Utveckling pågår för år att i högre utsträckning få enklare, snabbare, realtidsdata som kan visualiseras för alla medarbetare.

Kontinuerligt följs samtliga indikatorer och mål i verksamhetsplanen där ändringar i lagar, riktlinjer från nationella myndigheter och organisationer, Region Stockholms avtal samt internt uppsatta mål integreras.

Patientsynpunkter, nationella och lokala patientenkäter, nationella kvalitetsregister, Vården i siffror/Öppna jämförelser, nationella och regionala punktprevalensmätningar, avvikelser, risk- och händelseanalyser, strukturerad journalgranskning samt patientsäkerhetskulturmätning och medarbetarenkäter samt "förbättringslappar" från alla våra medarbetare fungerar som underlag när vi ska identifiera områden för förbättring och därmed definiera nyckeltal/indikatorer.

### Rutiner för uppföljning och återrapportering av resultat

Vi använder resultatet från våra kontinuerliga mätningar till att utvärdera vårt arbetssätt och våra rutiner. Indikatorerna finns samlade i både vårt elektroniska styrkort och i visualiseringsinstrumentet PowerBi rapporter som är tillgängliga och transparenta för alla verksamheter. Data uppdateras kontinuerligt, per dygn, vecka, månad, kvartalsvis eller årsvis.

Dagligen visualiseras urval av data via vårt intranät, t ex vistelsetider på akutmottagningen, antal patienter inskrivna med covid och höftfrakturer opererade inom 24 timmar. Även riskbedömningar för undernäring, fallrisk och trycksår visualiseras i realtid via intranätet.

Många resultatmätt är automatiserade via sjukhusets elektroniska styrkort (BI) där kvalitet, patientsäkerhet och ekonomi visualiseras i samma system. En del mätt rapporteras in manuellt. Av rapporten görs en strukturerad och detaljerad uppföljning löpande. Det görs även en uppföljning av förbättringsaktiviteter om målen inte nås. VD, chefläkare, kvalitetschef och patientsäkerhetssamordnare tillsammans med verksamhetschef och kvali-tetskontroller på respektive klinik deltar. Månadsvis rapporteras kvalitetsdata i sjukhusets ledningsgrupp.

Resultaten kopplas till olika vårdflöden och huvudsyftet med redovisningen är att utgöra underlag för förbättringsarbete. Varje större definierat diagnos- eller symtomflöde skall ha två flödesägare, en sjuksköterska för omvårdnadsdelen och en läkare för den medicinska delen, som ansvarar för vården för flödet kvalitetssäkras genom utfallsmätt som kopplas till förbättringsarbete. På sektions-, enhets-, resp. avdelningsnivå följs resultaten övergripande av respektive enhetschef.

Kvalitetsindikatorerna (QPI) indelas i kliniskt rapporterade utfallsmätt (CROM), patientrapporterade utfallsmätt (PROM) och patientrapporterade upplevelsemätt (PREM) samt processmätt. Utifrån dessa resultat är det flödesägarnas ansvar att tillsammans med flödesledaren på enheten leda förbättringsarbete och ta fram och implementera handlingsplaner.

Handlingsplanerna innehåller förändringar av aktiviteter i de standardiserade processerna, CPI (Clinical and process input). Uppföljning av processindikatorer säkerställer att standarden följs. Framgångsrika handlingsplaner resulterar sedan i förbättrade kvalitetsresultat.

### Förbättringsarbete

CStG kännetecknas sedan många år av vårt förbättringsarbete som är motorn i Capiomodellen.

Arbetet lutar sig på många av lean-principer där vi utgår från patientens behov för att kontinuerligt öka kvaliteten och de aktiviteter som tillför patienten värde. Vi arbetar utifrån ett flödesperspektiv där vi skapar ett lärande system för att kontinuerligt identifiera, åtgärda och återkoppla det som behöver förbättras. Genom standards och checklistor säkrar vi att patienter får en jämlik vård av hög kvalitet som vi mäter och följer upp mot uppsatta mål.

Principen ”rätt från början, rätt från mig” är central i arbetet med att skapa ett system där vi dagligen synliggör och löser de problem som uppstår. Vi registrerar och visualiserar förbättringsförslag och avvikelser från standard på respektive enhets förbättringstavla. Dessa följs upp veckovis på enhetens förbättringsmöten som leds av chefen eller flödesledaren. Här initieras förbättringsarbeten enligt PDSA-modellen för att säkerställa systematisk uppföljning och förbättring av våra arbetssätt.

Det systematiska förbättringsarbetet är en förutsättning för att skapa en hög patientsäkerhet och vi arbetar kontinuerligt med att förbättra våra flöden och standardisera vårdprocesserna utifrån evidens inom samtliga delar av patientens vård, från behov av kontakt med CStG till uppfyllt behov. Patientens resa genom vården från behov till uppfyllt behov visualiseras i form av vårdflödeskartläggningar där alla centrala aktiviteter i vårdflödet synliggörs. Via flödeskartorna möjliggörs en gemensam syn kring nuläget som utgör en bas för förbättringsarbetet och framtagandet av mätpunkter som visualiseras i bland annat ett visualiseringsverktyg. Vi utvecklar även fortlöpande vårt journalsystem Cosmic för att stödja vårt arbetssätt exempelvis genom tydliga beslutstöd och standardiserade och strukturerade journalmallar som förenklar och förtydligar dokumentationen samt underlättar uppföljning av kvalitetsdata.

Vi är övertygade om att ett standardiserat arbetssätt frigör resurser så att vi kan lägga mer tid på patienter som har störst behov. En tydlig standard gör det lättare att identifiera avvikelser från förväntat förlopp. På så sätt kan vi ge mera tid till att lättare hitta dem som har ett större vårdbehov.

CStG arbetar aktivt för att identifiera risker och avvikelser i vården vilket ger oss ett underlag för att förbättra patientsäkerheten. Vårt arbetssätt innebär att vi identifierar risker, skador och vårdskador via bl.a. strukturerad journalgranskning, vårdavvikelser, risk- och händelseanalyser samt registrering av komplikationer i kvalitetsregister. Vi vidtar åtgärder, dokumenterar och följer upp resultatet och justerar åtgärderna vid behov. Genom att vårdteamen dagligen lyfter avvikande händelser och risker blir patientsäkerhet en del av det dagliga arbetet. Patientens synpunkter och delaktighet



ger ytterligare en dimension till patientsäkerhetsarbetet och vi ser deras medverkan som en självklarhet.

## Hälso- och sjukvårdspersonalens medverkan

### Avvikande händelser – rapportering, analys, åtgärd och uppföljning

I maj 2014 implementerade Catio S:t Görans Sjukhus ett nytt egenutvecklat avvikelssystem. Här kan alla typer av avvikelser rapporteras via ett och samma formulär, d.v.s. vård-, arbetsmiljö-, miljö- och säkerhetsavvikelser. Från 2018 registreras och handläggs även klagomål från patienter och närstående i samma system. Alla medarbetare har tillgång till sina avvikelser och kan följa handläggningen vilket innebär att de får återkoppling. Handläggningen av avvikelser är anpassad till flödes- och förbättringsarbete, vilket bland annat innebär att varje parameter tillför ett värde och kan följas upp på enhets- och flödesnivå.

Nyinkomna avvikelser skall dagligen granskas och prioriteras av ansvarig linjechef. Uppföljning av handläggningstider görs regelbundet och kommuniceras ut till ansvariga chefer.

Ansvaret för handläggning av avvikelser ligger hos linjecheferna. Verksamhetschefen har inom sin klinik det övergripande ansvaret. Första linjens chef är ansvarig för analys, åtgärd, beslut om förbättringsåtgärd samt uppföljning inom sin verksamhet. Vid allvarliga händelser eller risker (allvarlighetsgrad 3 och 4) involveras chefläkaren snarast och rapporterar till VD/

koncernledning inom 24 timmar.

Utifrån avvikelser initierar linjechefen förbättringsåtgärder. Det är de lokala förbättringsgrupperna som ges i uppdrag av linjechefen att ta fram förslag till förbättring med stöd av kvalitetscontroller och berörd specialistgrupp. Framtaget förslag beslutas av linjechef, vid sjukhusövergripande förslag involveras Chefläkare innan genomförande.

Avvikelser och resultat från förbättringsarbetet kommuniceras på enhets- och flödesnivå genom information på exempelvis förbättringsmöten, arbetsplatsträffar och sjukhusövergripande via vårt intranät. Genomgång av händelse- och riskanalyser sker även via dessa kanaler.

Under 2021 påbörjades arbete med att byta avvikelssystem till JIRA som används för all annan ärendehantering på sjukhuset inkl. förbättringsförslag och synpunkter från patienter. Integration med JIRA kommer ske under första kvartalet 2022.

### Riskidentifiering

Inför förändrade arbetssätt, genomlysning av nuvarande arbetssätt, införande av nya metoder, vid större ny- och ombyggnader samt vid frekventa avvikelser inom samma område genomförs riskanalyser för att identifiera patientsäkerhetsrisker. Uppdragsgivare är verksamhetschef eller linjechef och analysen genomförs på ett systematiskt sätt enligt Handbok för Patientsäkerhetsarbetet; Risk- och händelseanalyser. Fullständig riskanalys enligt handboken är en



## Patientsäkerhetsberättelse

omfattande process, vilken bäst lämpar sig för övergripande riskbedömningar.

Som komplement görs också dagliga riskbedömningar. Ett arbetssätt som innebär att teamen på en avdelning inför och efter varje arbetspass identifierar aktuella och potentiella patientrisker. Riskbedömningar görs också standardiserat exempelvis genom sjukhusövergripande NEWS-rutin, WHO:s checklista samt CStG:s bedömningskort som bygger på prioriterade vårdskadeområden.

## Kommunikation

Bristande kommunikation är en av de vanligaste bakomliggande orsakerna till tillbud och händelser i vården. En god och säker vård förutsätter en effektiv kommunikation och att informationen överförs korrekt i alla led vid alla tillfällen. Strukturerad kommunikation enligt SBAR (Situation, Bakgrund, Aktuellt tillstånd, Rekommendation) och "closes lopp communication" används sjukhusövergripande för att säkerställa att information överförs på ett sakligt och korrekt sätt. Fortløpande utbildning ges till nyanställda.

En kliniköverskridande och multiprofessionell förbättringsgrupp som ansvarar för WHO:s checklista gör årligen en översyn för att utveckla och anpassa checklistan till nuvarande aktuella arbetssätt för att säkerställa en hög patientsäkerhet. Fortløpande genomförs kvantitativa och kvalitativa uppföljningar för att säkerställa följsamhet till gällande rutin.

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.

För patienterna är information första steget mot delaktighet och ökad trygghet kring sin vård och behandling. Som komplement till den muntliga informationen finns skriftlig patientinformation som ges till patienterna vid besöket eller som patienterna själva kan hämta på vår externa hemsida. Dessa fungerar som beslutsstöd för patienter och närstående. Patienterna använder också i stor omfattningen möjligheten att följa sitt vårdförlopp på 1177 där journal och provsvar från kemlab och röntgen tillgängliggörs i realtid.

Breddinförande av taligenkänning medför att journaltext finns omedelbart tillgänglig i sjukvården inte dagar senare. Under 2021 har vi gått från 0 % diktat till omedelbar text till ca 40 % av alla akutanteckningar.

För patienterna är information första steget mot delaktighet och ökad trygghet kring sin vård och behandling. Som komplement till den muntliga informationen finns skriftlig patientinformation som ges till patienterna vid besöket eller som patienterna själva kan hämta på vår externa hemsida. Dessa fungerar som beslutsstöd för patienter och närstående. Patienterna använder också i stor omfattningen möjligheten att följa sitt vårdförlopp på 1177 där journal och provsvar från kemlab och röntgen tillgängliggörs i realtid.

Breddinförande av taligenkänning medför att journaltext finns omedelbart tillgänglig i sjukvården inte dagar senare. Under 2021 har vi gått från 0 % diktat till omedelbar text till ca 40 % av alla akutanteckningar.

## Strukturerad journalgranskning

Sjukhusövergripande genomförs 20 stycken slumpmässiga granskningarna per månad. Under 2021 granskades istället 120 stycken slumpmässigt utvalda journaler och en riktad granskning utfördes för slumpmässigt utvalda patienter med covid-19. Granskningarna ger oss en övergripande identifiering av problemområden för djupare granskning. Identifierade problemområden, som ofta är kända sedan tidigare, kopplas till de handlingsplaner vi tagit fram inom respektive vårdskadeområde. På klinisknivå genomförs riktade granskningar för specifika diagnosgrupper, flöden eller områden. Under 2021 granskades totalt 560 journaler.

## Patientsäkerhetskultur

Under hösten 2021 genomfördes den årliga medarbetarenkäten som inkluderade frågor avseende patientsäkerhetskulturen.

En god patientsäkerhetskultur är en förutsättning för att skapa förändring mot en säkrare vård och ökad patientcentrering/patientinvolvering. Att mäta patientsäkerhetskultur ger värdefull information om medarbetarnas upplevelser av organisationens styrkor och svagheter. Verksamheterna använder resultaten från enkäten som underlag till förbättringsarbete bl.a. för dialog om attityder och värderingar inom sina verksamheter.

## Internutredning av vårdskada

Interna utredningar initieras utifrån avvikelser, anmälningsärenden eller patientsynpunkter för att utreda möjliga vårdskador och hitta förbättringar för att förhindra att det inträffade händer igen. Mer omfattande interna utredningar sk. händelseanalyser genomförs med hjälp av NITHA enligt Handbok för



Patientsäkerhetsarbetet; Risk- och händelseanalyser. Uppdragsgivare för händelseanalyser är verksamhetschef eller linjechef. I enstaka fall kan chefläkare vara uppdragsgivare, om fler enheter är inblandade. I alla händelseanalyser erbjuds patient/närstående att bli intervjuad om sin upplevelse av händelsen. Samtliga händelser där egenanmälan skett enligt lex Maria har utretts med händelseanalys.

Bakomliggande orsaker till händelsen analyseras, förbättringsförslag tas fram, tidplan för implementering beslutas av chef/uppdragsgivare, som även följer upp resultatet av åtgärderna.

Återkoppling sker av linjechef på enhetsnivå och i vissa fall på sjukhusnivå för att dra lärdom av det inträffade. Direktberörda medarbetare samt patient/närstående informeras om analysresultatet och erbjuds stöd

På alla klinker finns utbildade analysledare för risk- och händelseanalys. Utbildningar genomförs regelbundet.

### Kvalitetsregister

Via sjukhusets elektroniska styrkort (BI) följer vi upp resultat kopplat till specifik patientgrupp/patientflöde. Flertalet data är hämtade från de nationella kvalitetsregistren. Varje patientflöde har tydliga mål, resultat visualiseras för medarbetarna via sjukhusets övergripande styrkort för kvalitet och patientsäkerhet. Uppföljning av mål, förbättringsarbete och eventuella handlingsplaner sker kvartalsvis av sjukhusledningen. Respektive flödesägare har specifika uppdragsbeskrivningar, kopplat till vårt flödesarbete.

### Vården i siffror (öppna jämförelser)

Genom Vården i siffror identifierar vi de enheter i Sverige som har bäst resultat i kvalitetsregistren och lär av deras arbetssätt och metodik. Capio S:t Görans sjukhus medverkar i 53 nationella kvalitetsregister.

### Nationella kvalitetsregister

De nationella och regionala punktprevalensmätningar som regelbundet genomförs över året ger oss en grund för att följa upp och identifiera riskområden. De sjukhusövergripande resultaten bryts ner och återkopplas på klinik- enhets- och flödesnivå. Mätningar sker inom områdena MRSA, VRI, Hygien- och klädregler, Trycksår, Nutrition och Fallrisk.

CStG kompletterar med att mäta och och följa upp fortlöpande parametrar inom prioriterade vårdskadeområden genom att hämta data direkt från vårt journalsystem som visualiseras via olika uppföljningsverktyg. från vårt journalsystem som visualiseras via olika uppföljningsverktyg. Resultaten visualiseras i vårt elektroniska styrkort (BI), i PowerBi rapporter och på vårt intranät. Varje natt uppdateras data och aktuella resultat kan dagligen användas vid enheternas riskförebyggande arbete. Resultat som presenteras nedbrutet på enhet är Risk för undernäring, Förekomst av smärta, Fallrisk, Risk för tryckskada samt Urinretention. Från 2019 presenteras även realtidsdata på missade riskbedömningar inom slutenvården (sjukhus/ enhets/teamnivå) med syfte att underlätta riskidentifiering.

## Patientens och närståendes synpunkter direkt till verksamheten, via Patientnämnden och IVO

### 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 avslutas när utredning är färdig och återkoppling är gjord till patient och närstående.

### Samverkan med patienter och närstående

CStG har ett tydligt mål att involvera och göra patienterna delaktiga i sin egen vård. Ett antal sjukhusövergripande projekt har genomförts och pågår för att patienterna skall känna sig välinformerade och delaktiga genom hela vårdtiden.

CStG lägger också stor vikt vid att ta med och engagera patienter när förbättringsarbeten genomförs, dvs. att alltid efterfråga patient och/eller närståendes synpunkter. I några flöden ingår patienter i enheternas förbättringsgrupper, till exempel i Patient Närstående Råd (PNR) på Bröstcentrum, dock har pandemin påverkat deltagandet. Hjärtkliniken har haft intervjuer med patienter som vårdats för hjärtinfarkt om vad som varit bra under vårdtillfället och vad som kan förbättras.

Patient och närstående erbjuds också att medverka vid risk- och händelseanalyser för att öka kunskapen om hur vi kan förebygga och minimera vårdskador.

Patient och närstående kan via de sjukhusövergripande synpunktskort, som finns tillgängliga på alla avdelningar och mottagningar både analogt och digitalt, ge återkoppling och lämna synpunkter på förbättringar. Förbättringsförslag från patienterna hanteras och visualiseras på enheternas digitala förbättringstavlorna. Implementering med automatiska utskick av synpunktskort via 1177 pågår.

Via den nationella patientenkäten och egna flödesbaserade enkäter får vi ett värdefullt underlag

till vårt förbättringsarbete på sjukhus- klinik- och enhetsnivå. Resultatet av enkäterna återkopplas till medarbetarna vilket ökar medvetenheten om betydelsen av patienternas delaktighet och patientens röst stärks.

Via den nationella patientenkäten och egna flödesbaserade enkäter får vi ett värdefullt underlag till vårt förbättringsarbete på sjukhus- klinik- och enhetsnivå. Resultatet av enkäterna återkopplas till medarbetarna vilket ökar medvetenheten om betydelsen av patienternas delaktighet och patientens röst stärks.

### Patientenkäter

Patientenkäter gällande specialiserad öppen- och slutna sjukhusvård genomfördes under 2021 i egen regi. Enkäterna innehöll tre frågor som Capiokoncernen beslutat att alla enkäter ska innehålla:

- Hur troligt är det att du skulle rekommendera den här enheten till någon i din situation?
- Blev du bemött med medkänsla och omsorg?
- Fick du tillräcklig information om din vård/ behandling?

För vardera frågan angav den absoluta majoriteten att de var nöjda.

### Ärenden till Patientnämnden

Det totala antalet anmälningar till Patientnämnden är högre än föregående år, både i absoluta tal och relaterat till produktionen. Patientnämndens sammanställning är beräknad på antal klagomål, där varje ärende kan ha flera klagomål. 41 % av de anmälda ärendena faller inom området Vård & behandling. Den andra stora gruppen, 23 %, faller inom kategorin Kommunikation.

### Ärenden till Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

Antalet utredningar som IVO genomförde efter patienter och närståendes anmälan till tillsynen var 20 stycken vilket var samma som för 2020 per 1000 vårdkontakter.





## Samverkan inom och mellan vårdgivare

### Intern samverkan

Patientens väg genom sjukhuset skall fungera smidigt, säkert och ge bästa möjliga medicinska och upplevda kvalitet. Detta förutsätter ett väl fungerande samarbete mellan de enheter som är involverade i det specifika patientflödet. De digitaliserade förbättringstavlorna har förenklat kommunikation och samverkan kring förbättringsarbetet mellan enheterna då "lean-lappar" kommuniceras digitalt. Förbättringsarbetet inbegriper alla involverade i hela patientens väg genom sjukhuset på teamnivå, enhetsnivå och patientflödesnivå med tvärprofessionellt deltagande över klinikgränser.

Intern samverkan för att lösa sjukhus- och klinikövergripande problemställningar sker även vid gemensamma möten som t.ex. ledardagar, produktionsmöten, kliniköverskridande chefsmöten, vårdenhetschefsmöten och kliniköverskridande förbättringsmöten.

### Extern samverkan

CStG ser patientens vårdtid på sjukhuset som en del i en hel vårdkedja där samordnad kommunikation är grundläggande för att ge patienten ett tryggt och säkert omhändertagande.

Vi säkerställer genom behandlingsmeddelande, aktuell läkemedelslista inklusive läkemedelsberättelse att patient får information om sin sjukdom, råd om förhållningssätt, läkemedelsbehandling samt hur uppföljning kommer att ske. Vi använder oss av

standardiserade utskrivningsrutiner med checklistor för att säkerställa att rutiner följs.

I enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter SOSFS 2005:27 3§, har vi i samarbete med geriatriska kliniker, ASIH, psykiatri, beroendevård, primärvård och kommuner utvecklat samverkansrutiner för att säkerställa vilken aktör i vårdkedjan som är ansvarig för patienten då han/hon lämnar akutsjukhuset.

Samverkansmöten med våra vårdgrannar sker via regelbundna möten med representanter från kommunerna, primärvården, geriatriken, psykiatri- och beroendeverksamheten. Syftet är att utveckla gemensamma rutiner, följa upp avvikelser och ta fram lösningar som främjar 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 eller avancerad hemsjukvård.

CStG ingår även i SVEA-projektet, ett samverkansprojekt mellan olika vårdgivare och kommunen med syfte att stärka samverkan för utsatta diagnosgrupper med tonvikt på äldre multisjuka.

CStG deltar även aktivt i alla Region Stockholms samverkans- och nätverksgrupper t ex kvalitetsnätverk, RSG Patientsäkerhet, chefläkarnätverket, omvårdnadsrådet, läkemedelskommittén, nätverk för journalgranskning, nätverk för händelseanalys, vårdhandbokens regionala nätverk, nätverk för patientvägledare, prioriteringsråd och valberedning inom kunskapsstyrning m.fl.



Vi har förberett organisationen på bytet av samverkansplattform till LifeCare från Webcare.

## Sammanfattning och analys av patientsäkerhetsarbete 2021

För detaljerade resultat och analyser samt genomförda kvalitets- och patientsäkerhetsarbeten på sjukhus-, klinik- och enhetsnivå hänvisar vi till vår särskilda kvalitets- och resultatredovisning. Här redovisas även specialistgruppernas arbeten. Informationen finns på vår externa hemsida: <https://capiostgoran.se/kvalitetsredovisning>

### Exempel på utveckling av arbetssätt för förbättrad kvalitet/patientsäkerhet 2021

Se klinikernas kvalitetsredovisningar: <https://capiostgoran.se/kvalitetsredovisning>

### Involvera patienter

Under året har hjärtkliniken arbetat med integrering av personcentrerat arbetssätt och arbete enligt Lean-principerna i vårt dagliga arbete fortsatt. Principerna integreras i vårt arbete med det digitala IT-verktyget NOVA Ward som möjliggör patientnära och mobilt arbete med tablets såväl som digitala visualiseringstavlor på klinikkens slutenvårdsavdelningar. Verktynen skapar möjligheter för förbättrat teamarbete, smidigare kommunikation och ger nya möjligheter att involvera patienten i sin vård och sitt sjukdomsförlopp.

Patienter i såväl slutenvård, öppenvård och dagvård på CStG har via digitala enkäter kontinuerlig möjlighet att tycka till om den vård som de erhållit. Synpunkterna följs upp kontinuerligt och integreras och tas tillvara i vårt flödes och förbättringsarbete.

### Delaktiga medarbetare

Personalstödande team startade med tanke på de påfrestningar som pandemin gav. Nu är initiativet permanent och är inte vikt till pandemi. Kuratorer och sjuksköterskor håller i reflektioner för medarbetare på sjukhuset. Reflektionerna handlar om att samtala om sin situation men även om identifiera områden som behöver förändras och/eller lyftas till ansvariga chefer på olika nivåer. Teamet håller även övningar i metoden mindfulness med personalgrupper.

Medarbetarna deltar i aktivt i enhetens och klinikens förbättringsarbete genom att skriva förbättringsförslag och delta på förbättringsmöten och driva förbättringsprojekt övergripande.

## Samarbete över organisationsgränser

- Neurologkliniken anordnar regelbundna träffar med andra kliniker för att förbättra urakuta omhändertagandet av strokepatienter under namnet "Rädda hjärnan".
- Under 2019 och 2020 har projektet Rehabkoordinatorer på Stockholms akutsjukhus fortgått. 2 av klinikens fysioterapeuter arbetar med detta, varav 1 även i central verksamhet. Information till varje enskild klinik med erbjudande om stöd i sjukskrivningsprocessen och inom ämnet försäkringsmedicin. Vidare kartläggs flödet gällande kompletteringar från FK till de olika klinikerna. Rehabkoordinatorerna har haft en central roll i sjukhusets förberedelser inför övergången till det nya läkarintyget i Webcerts intygstjänster.
- Smärtkliniken och ortopedkliniken har ett samarbetsprojekt angående utökad bedömning av smärta.
- HLR koordinatorerna har tillsammans med vårdenhetschef på Hjärtkliniken varit delaktiga vid utformningen av uppföljningen av patienter som överlevt hjärtstopp.
- Specialistgruppen HLR har tagit fram en standardiserad rutin för hur Akutvagnen ska se ut på sjukhuset.

## Utveckla IT, lokaler och annan infrastruktur

Under året har utvecklingen av den digitala mottagningen gått fort framåt för alla mottagningar då pandemin krävde förändrade arbetssätt för att minimera smittspridningen av covid-19.

En utveckling av sjukhusets lokaler, både inflyttning i helt nya lokaler och flyttar till befintliga, har skett under året. regi.

- Hjärtcentrum och Fysiologiska kliniken har fått nya lokaler.
- Akutklinikkens avdelningar MAVA och IMA har flyttat in i lokaler med enkelrum.
- På några avdelningar har NOVA införts under kommande år. NOVA möjliggör ett effektivare och mer patientnära arbetssätt genom att varje medarbetare har tillgång till ett portabelt digitalt verktyg som underlättar planering och att registrera kontroller.

## Utbildning och kompetens

- Sjukhuset är numera en Universitetssjukvårdenhet (USV enhet) med anslutning till Karolinska Institutet



och arbetet med att utveckla detta pågår.

- CPE, Capio prövningsenhet är en separat enhet som stöttar och arbetar med den forskning som bedrivs inom kliniken. Enheten kunde starta sitt arbete under året och kommer fortsätta utveckla sin verksamhet.
- Akutkliniken har en specialistsjuksköterskegrupp som med stöd av FoU verkar för att kvalitet och evidens på omvårdnadsområdet ska upprätthållas och omsättas i det dagliga vårdarbetet. Studiecirkel för grund- och specialistutbildade sjuksköterskor ges med fördjupad diskussion om kritiskt tänkande inom omvårdnad med fokus på evidens i vardagen. Handledarutbildning ges generellt till alla yrkesprofessioner via Lärtorget och Capio Competence. Handledarutbildning inför bastjänstgöring, BT ges via Lärtorget och inför ST inom LUST.

## Läkemedel

- Läkemedelsgruppen har som främsta uppgift att verka för en patientsäker och kostnadseffektiv läkemedelsanvändning. I arbetet ingår att öka följsamheten mot rekommenderade och upphandlade läkemedel i sluten och öppen vård, beakta läkemedlens effekter på miljön, samordna och säkra rutiner för läkemedelsdokumentation och erbjuda utbildning i läkemedelsfrågor.
- Läkemedelsgruppens viktigaste uppgift är att ta ställning till förändringar i läkemedelsterapi och diskutera eventuella avvikelser från rekommenderad behandling/rutiner. Även 2021

har varit präglad av pandemin och delvis påverkat gruppens ordinarie arbete men fortlöpande tar gruppen ställning till nya terapirekommendationer och förslag till förändringar i journalsystemets läkemedelsmallar. En stor förändring är att under 2021 har sex avdelningar flyttat till nya lokaler i hus 45. I varje läkemedelsförråd har narkotikaautomater installerats. Dessutom har flera avdelningar installerat säkerhetsbänkar för beredning av antibiotika. Under året har också ett omfattande arbete utförts med att granska och harmonisera generella direktiv inom sjukhuset.

### Fokusområden 2021:

- Att utföra en omfattande genomgång av befintliga läkemedelsmallar i Cosmic. Syftet är att revidera och harmonisera mallarna och därmed minska antalet
- Att delta i arbetet med att ta fram en sjukhusövergripande läkemedelsstrategi
- Att påbörja planering för att ta över läkemedelsservice och påfyllnad av vätskevägnar i egen regi

Läs gärna mer om gruppens arbete i Verksamhetsbladet för Specialistgrupp Läkemedel.

## Hygien och smitta

- Hygien och Smittskyddsgruppen har som uppgift att samordna sjukhusets arbete avseende vårdrelaterade infektioner, smitta, epidemiologi och hygien samt att vara ett forum för spridning av

information. Hygien och smittskyddsgruppen är en länk mellan landstingets Centrala hygienkommitté, Smittskydd Stockholm, Folkhälsomyndigheten och sjukhusets samtliga kliniker/enheter.

- Hygijensjuksköterskan har genomfört 30 planerade utbildningar på sjukhuset under 2021. Dessa har bl.a. innehållit uppdateringar gällande basala hygienrutiner, vårdrelaterade infektioner samt ARB/MRB och handlingsprogrammen. Utbildningarna har även innefattat hantering av smittförande avfall, tvätthantering, sopor samt stick och skärskador och hur dessa kan förhindras. Vid dessa utbildningar har även rutiner och åtgärder samt smittspårning vid Covid-19 tagits upp.
- Ett tiotal hygienronder har utförts i verksamheten.
- Förutom de planerade utbildningarna har en stor mängd ad-hoc utbildningar och genomgångar av rutiner och handlingsprogram gällande framför allt Covid-19 genomförts. En stor del av det vårdhygieniska arbetet har under covidpandemin riktats in på att säkerställa materialtillgång och utbildningsinsatser samt granskning ute på enheterna att det är hög följsamhet till riktlinjer och rutiner.
- Hygien och smittskyddsgruppen har tillsammans med hygijensjuksköterska säkerställt att intranätets hygien- och smittskyddsrekommendationer uppdaterade och att bevaka samt införa de olika rekommendationer som gäller för olika tider.

Läs gärna mer om gruppens arbete i Verksamhetsbladet för Specialistgrupp Hygien och smittskydd.

### **STRAMA (Samverkan mot antibiotikaresistens)**

Sjukhusets lokala STRAMA-grupp arbetar enligt direktiv från Region Stockholm, avdelningen för Smittskydd, Vårdhygien och STRAMA Stockholm. Gruppens mål är att verka för en rationell antibiotikaförbrukning och förskrivning på sjukhuset. Gruppen följer antibiotikaanvändning för behandling och profylax inom öppen och sluten vård samt förekomsten av multiresistenta bakterier samt återför resultat till verksamheten. Gruppen ansvarar för att rapportera brister i verksamheten till verksamhetschefgruppen.

Även under 2021 har planerade aktiviteter fått anstå pga pandemin. Under 2022 kommer arbetet att återgå till normal verksamhet igen. Sjukhuset följer trenderna man sett under pandemin för övriga sjukhus när det gäller förskrivning och ordination av antibiotika. CStG visar fortsatt goda resultat avseende förekomsten av VRI.

### **Kirurgiska vårdskador**

- Komplikationsregistrering enligt Clavien-Dindo används i ett flertal kirurgiska flöden som exempelvis urologi, bröstkirurgi samt för övre - och nedre magtarmkirurgi. Genom fortlöpande komplikationsregistrering kan riktade förbättringsarbeten initieras.
- Rutinen kring att identifiera riskpatienter avseende rökning och övervikt fortskrider. CStG informerar muntligen samtliga identifierade rökare om riskerna med rökning i samband med operation.
- Patienter som genomgår stora tarmoperationer och akuta bukoperationer behandlas enligt ERAS/VERAS-konceptet för att minska andelen komplikationer.

### **Fallskador**

- Det sker många fall på sjukhuset och ca 18 % av de patienter som faller skadar sig mer eller mindre allvarligt. Jämfört med 2020 har antalet fall med skada ökat med 4 % och ligger nu på en nivå jämförbart med tidigare år. Sjukhuset fortsätter att arbeta med fallrisk och fallskador som ett prioriterat område. Alla fall med och utan skada dokumenteras i journalsystemet med möjlighet till uppföljning av skadeområdet.
- Fortlöpande sker journalgranskningar efter fallolyckor för att identifiera förbättringsförslag som kan testas.
- En specialistgrupp inom Fallprevention har startats under 2021 och gruppen har identifierat flera aktiviteter som den kommer att arbeta med under 2022.

Läs gärna mer om gruppens arbete i Verksamhetsbladet för Specialistgrupp Fallprevention.

### **Sårvård**

- Specialistgruppen sårvårds arbete syftar till att minimera antalet trycksår och sårinfektioner genom att förbättra sjukhusets rutiner för sårvård samt öka medarbetarnas kunskaper gällande sårtyper, behandlingsformer och prevention. Sårvårdsgruppen ska främja god sårvård genom att sprida information, utvärdera nya material och samordna bruket av sårvårdsprodukter i olika verksamheter samt skapa möjligheter för enhetlig dokumentation.
- Föreläsningar om sårkunskap är en obligatorisk del på introduktionsdagarna för sjuksköterskor på Kliniskt träningscentrum, KTC, där även





undersköterskor deltagit.

- Specialistgruppen bevakar att förslaget på ny basmadrass för sjukhuset som tagits fram hanteras. Basmadrassen kan användas upp till tryckskada kategori 4 då de har identifierat att det förekommit havandefel med luftväxlande madrasser som orsakar patientskada.
- Implementering av bedömningsverktyget TIME på sjukhuset är under uppstart. Verktyget ger en vägledning till en mer strukturerad och enhetlig bedömning av sår och dess dokumentation.

Läs gärna mer om gruppens arbete i Verksamhetsbladet för Specialistgrupp Sårvård.

### Smärta

- Specialistgruppen inom smärta, SMOG smärtombudsgruppen, utgörs av sjuksköterskor från vårdenheter på sjukhuset och smärtmottagningen. Smärtombuden arbetar för att informera om gällande rutiner avseende smärta och smärtbehandling på sina respektive enheter och verkar för att alla patienter skall få en fungerande individuell smärtlindring.
- Utbildning i kompetenskort smärta har skett fortlöpande under året. Utbildningstillfällen finns varannan vecka för god tillgänglighet som medarbetarna själv kan boka på kliniskt tekniskt centrum, KTC. Sjukhuset har fortsatt en utmaning att öka utbildningsdeltagandet, för att alla uppfylla målet/kravet att alla sjuksköterskor som handhar smärtpumpar ska ha smärtekort.

- Fortsatt fokus på validerade smärtskalor för patienter som ej kan smärtskatta med NRS (0-10) tex Abbey Pain Scale och annan beteendeskala.
- Sammanställa och identifiera förbättringsområden utifrån avvikelserapportering.

Läs gärna mer om gruppens arbete i Verksamhetsbladet för Specialistgrupp Smärta.

### Nutrition

- Nutritionsgruppen har under 2021 fortsatt att arbeta med de övergripande nutritionsmålen: Att identifiera, rapportera och analysera andelen undernärda patienter på sjukhuset.
- Nutritionsgruppen har under 2021 fortsatt att hålla utbildningen kompetenskort nutrition för sjuksköterskor och undersköterskor som arbetar inom slutenvården, dock färre utbildningstillfällen pga pandemin.

Läs gärna mer om gruppens arbete i Verksamhetsbladet för Specialistgrupp Nutrition.

### Palliativ vård

- Det tidigare uppstartade multiprofessionella förbättringsprojekt avseende palliation i syfte att förbättra och kvalitetssäkra den palliativa vården på enheterna har under 2021 begränsats av pandemin. Medarbetarna har varit upptagna med avdelningsarbete. Ny uppstart under 2022.