

# Sjukhus- gemensamma resultat

Capio S:t Görans sjukhus 2021



**Capio**

# Innehåll

3	<b>Urval av sjukhusgemensamma resultat</b>
	Okorrigerad sjukhusmortalitet
	Okorrigerad 30-dagars mortalitet
	Utlokaliserade, överbeläggningar, beläggningsgrad
4	Akut återinskrivning
5	Antibiotika i slutenvård
	Enkel läkemedelsgenomgång och läkemedelsberättelse
6	Patientsäkerhetskultur
	Patientenkät
	Avvikelse rapportering
7	Genomförande händelse- och riskanalyser
8	<b>Vårdskador och omvårdnad</b>
	Strukturerad journalgranskning
	Vårdrelaterade infektioner
	Multiresistenta bakterier
9	Basala hygien- och klädrutiner
10	Riskbedömningar
	Nutrition
	Trycksår
11	Fall
	Läkemedel
13	<b>Utfall sjukhusövergripande granskningar</b>
	Riktade journalgranskningar som skett under 2021 med syfte att identifiera förbättringsområden
	Anmälningar till IVO enligt Lex Maria
14	Anmälningar till Patientförsäkringen LÖF
15	Anmälningar från patient och närstående till Inspektionen för vård och omsorg (IVO)
	Ärenden till Patientnämnden
16	Ärenden till Patientvägledare
17	Patientenkät
18	<b>Urval av resultat från sjukhusets akuta vård</b>
	Vistelsetid vid Akutmottagning
19	Medianväntetid till första läkarbedömning
	Hjärtsjukvård
20	HLR-utbildad personal
	Strokevård
22	Intensivvård
23	Höftfrakturvård
24	<b>Urval av resultat från sjukhusets planerade vård</b>
	Hjärtsjukvård
25	Cancersjukvård
26	Ortopedisk plastikkvård
	Diabetesvård

# Urval av sjukhusgemensamma resultat

## Okorrigerad sjukhusmortalitet

Patientunderlag: Antal/andel avlidna patienter under sjukhusvistelse 2021 av totalt 32 852 slutenvårdstillfällen

Resultat: 2,2%

Täckningsgrad: 100%

Datakälla: Cosmic, Mortalitetsrapport PBI

### Sjukhusbunden mortalitet

År	Antal	Andel
2021	708	2,20%
2020	771	2,20%
2019	605	1,60%
2018	626	1,70%

## Okorrigerad 30-dagars mortalitet

Patientunderlag: Antal/andel avlidna patienter efter sjukhus-vistelse 2021 av totalt 32 852 slutenvårdstillfällen

Resultat: 1,5%

Täckningsgrad: 100 %

Datakälla: Cosmic, Mortalitetsrapport PBI

### Analys/Kommentar

Under 2021 avviker inte 30-dagarsmortaliteten från åren före Covid. 182 patienter som avled på sjukhuset hade Covid som huvud- eller bidiagnos jfr med 283 under 2020. Förbättrade behandlingsmetoder och sannolikt minskad farlighet i de virusvarianter som cirkulerat under 2021.

### 30-dagars mortalitet

År	Antal	Andel
2021	509	1,50%
2020	606	1,80%
2019	524	1,50%
2018	533	1,50%

## Utlokaliserade, överbeläggningar, beläggningsgrad

Patientunderlag: Andel utlokaliserade patienter och andel överbeläggningar (SoS/SKL mätning) samt beläggningsgrad (i för hållande till disponibla vårdplatser). Registrering dagligen 06.00.

Datakälla: VPÖ (Vårdplatsöversikt, Cambio Cosmic)

	2021	2020	2019
Andel utlokaliserade	3,2 %	3,6 %	0,6 %
Andel överbeläggningar	2,2 %	1,3 %	2,3 %
Beläggningsgrad	98 %	91 %	95 %

### Analys/Kommentar

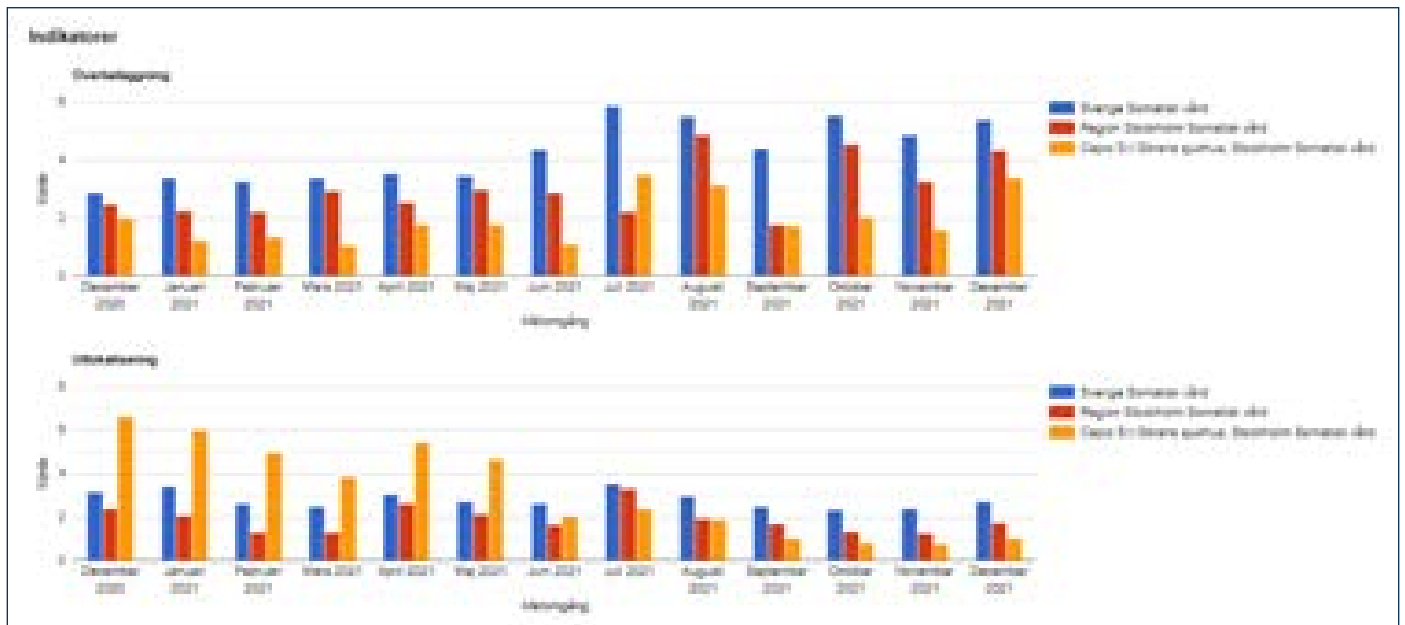
Även under 2021 krävde pandemin betydande omflyttning av patienter till avdelningar med lägre vårdnivå när den mest akuta fasen bedömdes vara avklarad. Därav fortsatt hög andel utlokaliserade patienter då vårdansvaret kvarstannade hos medicinkliniken. Trots att patienter med andra diagnoser återkom under 2021 översteg andelen överbeläggningar inte tiden före Covid trots en extremt hög beläggningsgrad indikerande ett gott samarbete på sjukhuset att utjämna belastningen, samt på bekostnad av en kraftigt minskad elektiv slutenvårdsverksamhet under perioder med hög belastning av patienter med covid.

I jämförelse med riket och Region Stockholm blir då incidensen av utlokaliserade hög ut under första delen av året. Utfallet är svårt att jämföra då sjukhusen haft olika strategier under pandemin (Se Figur 1).

Andelen överbeläggningar är betydligt lägre än både för riket och region Stockholm under 11 av 12 månader.

### Planerade förbättringsåtgärder

Fortsatt samarbete med Geriatriska och kommunala enheter för att patienter ska behöva akut slutenvård längre än nödvändigt.



Figur 1. Jämförelse mellan CStG, Riket och ett urval av Akutsjukhus i Region Stockholm. (Källa: <https://analysvantetider.skl.se> uttag 15 feb 2022). Figuren illustrerar indikatorn "Utlokalisering och överbeläggning".

## Akut återinskrivning

Patientunderlag: Andel återinskrivning på samma klinik oavsett diagnos inom 30 respektive 7 dagar samt inom 7 dagar för patienter över 80 år.

Datakälla: Journal, PowerBI rapport Återinskrivning (datauttag 7 januari 2022)

Akut återinskrivning	2021	2020	2019
Andel återinskrivning på samma klinik inom 7 dagar	2,8%	4,1%	3,7%
Andel återinskrivning på samma klinik inom 7 dagar för patienter över 80 år	0,8%	4,0%	3,5%
Andel återinskrivning på samma klinik inom 30 dagar	6,5%	8,8%	8,4%

### Analys/Kommentar

Andelen återinskrivningar under 2021 har minskat jämfört med de 2 tidigare åren. Delvis kan det förklaras av våra ökade medelvårdtider. Detta leder till att några patienter diagnostiseras med ytterligare vårdbehov hos oss istället för senare i vårdkedjan. För dessa patienter en fördel men för hela gruppen inte säkert bra att kvarstanna för länge på akutsjukhus. Covid medför i sig längre vårdtider och mindre risk för återremittering från

andra vårdgivare.

### Planerade förbättringsåtgärder

För 2022 har inga justeringar i åtgärdsplanen från 2016 och framåt kring återinskrivningar genomförts.

- Analys av återinskrivningsfrekvenser och återinskrivnings- orsaker på kliniknivå om möjligt i jämförelse med övriga Region Stockholm akutsjukhus.
- Förbättring av utskrivningsrutiner och tydligare läkemedelsinformation inför hemgång.
- Fortsatt utveckling och kontinuerlig förbättring av rutiner med geriatriken och övriga vårdgrannar/ aktörer i vårdkedjan.
- Fortsatt arbete med kompetensförsörjning, flexibla vård- platser och vårdplatstillgång – såväl internt som tillsam- mans med Region Stockholm och Locum.
- Fortsatt stöd till, och samverkan med, regionen i implemen- teringen av FHS vårdkedjetänkande och tillgång på alternativa vårdgivare.

## Antibiotika i slutenvård

### Analys/Kommentarer

Under 2021 har den totala förbrukningen av antibiotika ökat något på sjukhuset jämfört med 2020. Förbrukningen är fortfarande lägre än den var innan pandemin. STRAMA-gruppen på sjukhuset arbetar med information och rutiner kring rationell antibiotikaanvändning.

För mer information se verksamhetsblad för Läkemedelsgruppen.

Datakälla: Regions Stockholm Data

Andel dygnsdoser av resp. antibiotikakategori i förhållande till totala antal dygnsdoser antibiotika	2021	2020	2019
Cefalosporin + kinolon	22,2 %	27,2 %	22,0 %
Piperacillin/Tazobaktam	12,2 %	9,6 %	8,0 %
PcV +PcG (Smalspektrum)	8 %	10,5 %	12,9 %

## Enkel läkemedelsgenomgång och läkemedelsberättelse

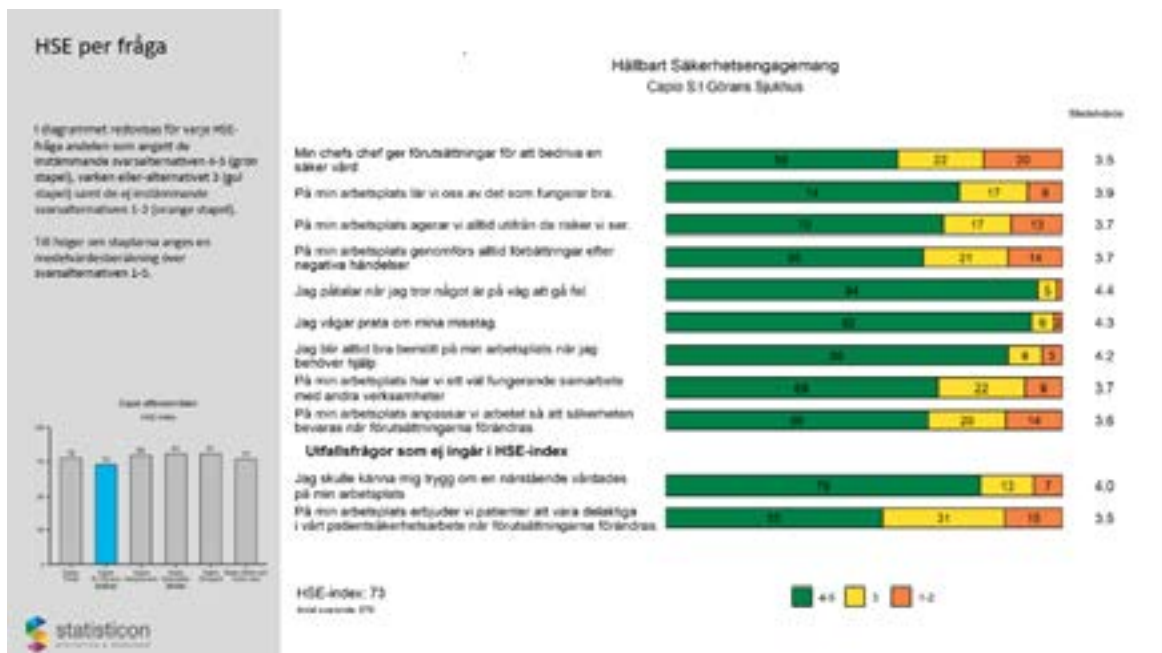
Datakälla: Cosmic

Täckningsgrad: Journalgranskning av 100 slumpmässigt utvalda journaler från alla kliniker

### Analys/Kommentarer

Vid en genomgång av 100 slumpmässigt utvalda journalerna visar att 93 % hade följt gällande rutiner och dokumenterat läkemedelsgenomgång i samband med inskrivning.

För mer information se verksamhetsblad för Läkemedelsgruppen.



Figur 2. Grönt: Ett resultat över 70 är grönt och visar på att det är en styrka i arbetsgruppen. Orange: Ett resultat mellan 51 och 69 är gult och indikerar att det finns förbättringsmöjligheter. Rött: Ett resultat under 50 visar att det är ett prioriteringsområde.

## Patientsäkerhetskultur

Datakälla: Statisticon

Resultat: CStG totalt index 73, Region Stockholm 73

### Beskrivning

Sjukhusövergripande resultat. 1936 vårdmedarbetare hade möjlighet att svara under november på en enkät gällande patientsäkerhetskulturen, hållbart säkerhets engagemang (HSE). Enkäten genomfördes liksom föregående år tillsammans med den årliga medarbetarenkäten. Frågorna, som besvaras med en skala, omräknas till ett procentuellt index. Höga värden eftersträvas. Resultaten varierar mellan olika kliniker inom sjukhuset.

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. (Se Figur 2)

### Analys/Kommentarer

Överlag är resultaten gröna inom detta område. I jämförelse med Region Stockholm har även sjukhuset ett gott resultat.

Planerade förbättringsåtgärder: Verksamheterna använder resultaten från enkäten som underlag till förbättringsarbete bl. a. för dialog om attityder och värderingar inom sina verk- samheter. Handlingsplanerna för Hållbart medarbetarengagemang (HME) och HSE-frågorna hanteras på likvärdigt sätt från 2020, där tre till sex fokusområden väljs ut till handlingsplanen. Uppföljning av handlingsplanerna för HSE-frågorna förläggs till kvalitetsuppföljningarna för varje klinik.

## Avvikelseberapportering

Datakälla: Registrerade avvikelser i Alfresco

Antal avvikelser	2021	2020	2019
Antal absoluta tal	5488	5538	5919
Antal per 1000 vårdkontakter	19,8	20,4	18,4

Avvikelser fördelat per kategori i procent

Kategorisering	2021	2020	2019
Dokumentation och informationsöverföring	14	15	15
Akut omhändertagande	6	6	7
Negativ påverkan på vårdflöde	9	7	7
Arbetsmiljö	10	7	8
Fall	5	5	4
Vård och behandling	17	16	14
Läkemedel	5	5	5
Vårdhygien, Smittskydd, VRI	2	7	3
Säkerhet	2	3	4
Sårvård (in-ut-farter)	3	2	2
Provhantering	2	2	2
Etik, bemötande	1	2	3
Övriga		4	2
Medicinteknisk produkt	2	2	1
Kontroll av identitet		-	-
Sekretess	1	-	-
Patienttransport	1	-	2
Miljö	2	2	2
Klagomål från patient/närstående (från 2018)	2	2	2
Ej angivet	13	13	17

## Sjukhusgemensamma resultat

Avvikelser fördelat per allvarlighetsgrad

Allvarlighetsgrad	2021	2020	2019
Nivå 0: Risk för påverkan eller skada	32,7	29,9	25,8
Nivå 1: En händelse utan påverkan eller skada	34,6	35,2	37,1
Nivå 2: En händelse med övergående påverkan eller skada	23,0	26,8	27,1
Nivå 3: En händelse med permanent påverkan eller skada	0,8	0,8	0,6
Nivå 4: Dödsfall eller större permanent påverkan eller skada	0,5	0,4	0,5
Ej angivet	8,5	7	9

### Analys/Kommentarer

Antalet rapporterade avvikelser per medarbetare för år 2021 är 2,4 st (2020 är 2,4 st) vilket är samma som året innan och ingen ökning gällande antal avvikelser per 1000 vårdkontakter.

CStG lanserade ett egenutvecklat avvikelssystem 2014. Systemet har sedan dess utvecklats utifrån verksamhetens önskemål och behov. Alla medarbetare har möjlighet att följa handläggningen av sin avvikelse i systemet vilket innebär att alla får återkoppling. Från 2018 01 01 registreras och hanteras alla klagomål som patient och närstående framför direkt i avvikelssystemet, vilket förenklar handläggning och uppföljning. Vad gäller kategorisering av avvikelser så har den största skillnaden skett vad gäller arbetsmiljö. En förmodad anledning till det är att pandemins konsekvenser med en förändrad patientmix, en ny virussjukdom och höga sjuktal utmanat vården och dess medarbetare.

### Planerade förbättringsåtgärder

Under 2022 implementeras ett nytt avvikelssystem i JIRA vilket då är sista byggstenen i ett integrerat ärendehanteringssystem för alla typer av problem som identifieras på sjukhuset.

## Genomförande händelse- och riskanalyser

Datakälla: CStG JIRA Chefläkarportalen

	2021	2020	2019
Händelseanalyser	29	22	29
Risikanalyser	14	9	9

### Analys/Kommentarer

Under 2021 har 29 händelseanalyser genomförts. CStG har väl inarbetade rutiner för initiering och genomförande av händelseanalyser. Händelseanalyser genomförs vid utredning vid allvarlig händelse eller av risk för allvarlig händelse och inför bedömning om eventuell egenanmälan till IVO enligt lex Maria. Patient och/eller närstående erbjuds alltid att delta. Samtliga lex Maria ärenden har föregåtts av en händelseanalys. Sedan 2016 gör vi våra händelseanalyser i det nationella IT-stödet NITHA.

Under 2021 har 14 riskanalyser enligt nationella handboken för risk- och händelseanalyser genomförts. Flertalet berör införandet av ny teknik såsom grön laser vid urologisk operation men även om organisatoriska förändringar och nybyggnationer. CStG har valt att använda riskanalys, enligt den nationella handboken för risk- och händelseanalys, till större övergripande analyser då denna metod är både resurs- och tidskrävande. Däremot görs dagliga riskbedömningar av arbetsteamerna i verksamheten inför och efter varje arbetspass för att identifiera och undvika potentiella patientrisker. Vissa avdelningar har även infört pulsmöten vilket innebär flera kortare avstämningar under arbetspasset. Riskbedömningar görs standardiserat exempelvis genom sjukhusövergripande NEWS-rutin samt CStG:s bedömningskort som bygger på prioriterade vårdskadeområden.

Under 2021 genomfördes en sjukhusgemensam internutbildning i metoden riskanalys och en för händelseanalys. Kvalitetscontrollers på sjukhuset har genom kortare internutbildning ökat sin kunskap om vilka förbättringsförslag som kan vara mer effektiva och göra skillnad. Implementering av att använda ärendehanteringssystemet Jira för att systematiskt följa händelseanalysens process samt att dokumentera och följa implementeringen av beslutade åtgärder.

# Vårdskador och omvårdnad

## Strukturerad journalgranskning

Datakälla: Cosmic

Under 2021 granskades totalt 562 journaler. Av dessa var 120 sjukhusövergripande slumpvis utvalda journaler från medicin-, akutmedicin-, hjärt-, neuro-, kirurg- och ortopedkliniken och resterande var riktade granskningar. I vanliga fall granskas 20 journaler per månad, dvs 240 journaler per år men på grund av pandemin följdes SKR:s rekommendation om att granska 10 slumpmässiga journaler per månad samt 8 journaler för slumpmässiga utvalda patienter vårdade med covid-19 diagnos för perioden januari – april. Metoden som används är Markörbaserad journalgranskning (MJG) som är framtagen av SKR, vilken är en anpassning av metoden Global Trigger Tool.

## Vårdrelaterade infektioner

Datakälla: Journalgranskning vid punktprevalensmätning (endast vid ett tillfällen under 2020 och 2021 pga pandemin)

### Analys/Kommentarer

Resultaten ligger på en ytterligare lägre nivå jämfört med 2020 och 2019. Svårt att jämföra då det endast är en mätning och att mätningarna genomfördes under pandemin. I ett nationellt perspektiv ligger CStG fortfarande lågt i andelen vårdrelaterade infektioner. Fördjupad journalgranskning utfördes i verksamheten av samtliga patienter som identifierats med en VRI.

VRI områdena utgörs av fler områden jämfört med tidigare mätningar då sårinfektion, UVI och pneumoni var de stora problemområdena. Vid denna mätning dominerade feber, sepsis och infektion i led och skelett.

### Planerade förbättringsåtgärder

Ambitionerna för såväl 2020 som 2021 har pausats pga pandemin med förhoppning om att kunna återuppta planerade aktiviteter under 2022. Sjukhuset följer samma trender som övriga sjukhus med en minskad förskrivning och förbrukning av antibiotika under pandemin. Infektionsverktyget åter implementerades under 2019 i vårt journalsystem, Cosmic, i verksamheten. Dessvärre har valideringen

med stöd av Läkemedel-/STRAMA gruppen på sjukhuset för att utvärdera verktygets användbarhet pausats under pandemin. STRAMA gruppen har fortsatt en central funktion i granskningen av alla misstänkta VRler som identifieras vid PPM. Även ambitionen med antibiotikaronder fick pausas under 2020 och 2021 men planeras återtas under 2022.

Vårdrelaterade infektioner	2021	2020	2019
CStG Andel Internt orsakade	2,3%	3%	4,1%
Region Stockholm VRI	-	9,0%	6,8%
CStG Andel VRI	2,6%	4,3%	8,6%

## Multiresistenta bakterier

Datakälla: Journalgranskning vid punktprevalensmätning (endast vid ett tillfällen under 2020 och 2021 pga pandemin)

MRSA-odling av patienter med riskfaktorer	2021	2020	2019
CStG	89%	83%	90%
Region Stockholm		68%	74%

### Analys/Kommentarer

Resultaten har återgått till tidigare nivåer men faktum kvarstår att resultaten i praktiken baseras på få riskpatienter pga att endast en mätning under 2021 och 2020 genomfördes och utfallet från enskilda patienter får stort genomslag framför allt när det gäller VRE och ESBL. Realtids visualiserade vårddata på intranätet ner på teamnivå (utöver på avdelning/ enhetsnivå) har möjliggjort en kontinuerlig över- sikt och kvalitetssäkring att alla patienter blir riskbedömda och omhändertagna enligt handlingsprogrammet.

### Planerade förbättringsåtgärder

Vårdavdelningarna fortsätter att utveckla sitt arbetssätt för att utnyttja rapporten med visualiserad vårddata på ett så integrerat sätt i vårdarbetet som



## Sjukhusgemensamma resultat

möjligt. Utvecklingen med att återkoppla dagligen med återkommande rapporter framtagna från vårt journalsystems interna analysverktyg för att kunna följa det aggregerade resultatet har under 2021 pilottestats och kommer att fortsätta utvecklas under 2022.

För mer information se Verksamhetsblad för Hygien- och Smittskyddsgruppen.

## Basala hygien- och klädrutiner

Datakälla: Journalgranskning vid punktprevalensmätning (endast vid ett tillfällen under 2020 och 2021 pga pandemin)

### Analys/Kommentarer

Följsamhet till Basala hand och klädrutiner har inte blivit bättre under 2021 vilket dock inte återspeglar sig i en ökad andel vårdrelaterade infektioner, som är det främsta utfallsmåttet inom hygien. Resultaten ska ses med viss försiktighet då det baserar sig på endast en mätning och i skuggan av pandemin. För att uppnå låga VRI resultat listar SKL 8 framgångsfaktorer (<http://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/5359.pdf?issuusl=ignore>).

CStG arbetar fortsatt aktivt med alla dessa 8 faktorer där, bl.a. följsamhet till basala hand- och klädrutiner och konsekvent budskap med regelbunden återkoppling samt städning ses som viktiga delar. CStG har de senaste åren en stabil låg nivå av internt förvärvade VRI mellan 2,3 – 4,1 % som ligger under den nationella målnivån på 5 %.

## Planerade förbättringsåtgärder

Alla resultat bryts ned från sjukhusövergripande resultat till klinik- och enhetsresultat och visualiseras i verksamheten och utifrån enheternas resultat genomförs lokala förbättringsåtgärder. CStG arbetar för att kulturen bland våra medarbetare ska vara öppen och att gemensamt ta ansvar för att följa de riktlinjer som finns. Hygienombuden och vårdhygiensjuksköterska stödjer verksamheten att hålla fortsatt fokus på följsamhet till basala hygienrutiner där vårdhygiens självskattningsinstrument är ett sätt att följa upp följsamheten mellan de nationella mätningarna. Fortsätta säkra att åtkomst och kunskapen kring var hygieninformation finns på intranätet.

För mer information se Verksamhetsblad för Hygien- och Smittskyddsgruppen.

<b>Följsamhet Basala Hand-rutiner totalt</b>	<b>176</b>	<b>84</b>	<b>260</b>	<b>68%</b>
Korrekt arbetsdräkt	251	9	260	98%
Fri från ringar, klockor, armband, bandage och stödskenor	258	2	260	98%
Naglar korta och fria från nagel lack och konstgjort material	254	6	260	99%
Kort eller uppsatt hår	258	2	260	99%

Beskrivning av moment	Ej relevant	JA	NEJ	Summa	Utfall
Korrekt desinfektion av händerna före		193	67	260	74%
Korrekt desinfektion av händerna efter		241	19	260	93%
Korrekt användning av handskar vid risk för kontakt med kropps-vätskor	84	165	11	260	96%
Korrekt användning av engångsförkläde av plast/ patientbunden skyddsrock	67	173	20	260	92%

## Sjukhusgemensamma resultat

Följsamhet till hygienrutiner	2021	2020	2019
Riket, Regioner Klädregler	96%	95%	93%
CStG, Klädregler	93%	96%	96%
Riket, Regioner Basala hygienrutiner	86%	85%	78%
CStG, Basala hygienrutiner	68%	68%	88%

## Riskbedömningar

Samtliga akuta patienter som skrivs in i slutenvården ska riskbedömas inom 24 timmar för olika kända vårdskadeområden tex; risk för undernäring, fall, trycksår, smärta, urinretention mm för att tidigt kunna sätta in åtgärder för att förhindra senare vårdskador.

## Nutrition

Datakälla: Resultat baseras på samtliga akuta vårdtillfällen.

### Analys/Kommentarer

Under 2020 började sjukhuset använda en ny mätmetod där samtliga akuttillfällen är med i resultatet, dvs resultatet är inte utifrån en punktprevalens. CStG har med hjälp av visualiserad vårddata ner på teamnivå på intranätet och där utfallet uppdateras var 10e minut möjliggjort en tätare kvalitetssäkring att alla patienter blir riskbedömda och omhändertagna enligt handlingsprogrammet. Pandemin har försvårat att vidmakthålla tidigare väl inarbetade rutiner.

### Planerade förbättringsåtgärder

De planerade åtgärderna från 2021 kvarstår även under 2022 pga pandemin. Sjukhuset behöver återta sina väl inarbetade rutiner när arbetsbelastningen i takt med att pandemin klingar av. Vårdavdelningarna fortsätter att utveckla sitt arbetssätt för att utnyttja de reelltidsaktuella utfallet på ett så integrerat sätt i vårdarbetet som möjligt och dietisterna arbetar vidare med en egen daglig rapport som visualiserar riskpatienter vilket möjliggör att dietisterna aktivt kan söka upp patienterna utan att vara beroende av en överrapportering av ansvarig sjuksköterska. Journalsystemet har nu öppnat upp för en möjlighet att kunna skapa rapporter som möjliggör ett mer proaktivt arbete. Fortsätta arbeta för att nutitionsansvariga

sjuksköterskor ska finnas på alla avdelningar. Detta för att lyfta nutitionsfrågor, utbilda vårdpersonal i exempelvis avdelningsspecifika nutitionsrutiner och bättre kunna sprida nutitionsrelaterad information. Det bör finnas ett tätt samarbete mellan nutitionsansvariga sjuksköterskor och Nutitionsgruppen.

Nutitionsgruppen kommer fortsätta att hålla utbildningen kompetenskort nutrition för sjuksköterskor och undersköterskor som arbetar inom slutenvården (det blev färre tillfällen pga pandemin).

För mer information se verksamhetsblad för Nutitionsgruppen.

Riskbedömda för undernäring	2021	2020	2019
CStG – beräknat på samtliga vårdtillfällen	76%	77%	82%

## Trycksår

Datakälla: Resultat baseras på samtliga akuta vårdtillfällen.

### Analys/Kommentarer

Resultatet gällande förvärvade trycksår ligger på en konstant låg nivå som i praktiken baseras på ett fåtal patienter. Framgångsfaktorerna är som tidigare flera; en aktiv specialistgrupp inom området, hög andel riskbedömning av trycksår vid inskrivning, förenklad dokumentation, grundläggande teori på introduktionsdagar för sjuksköterskor, hög andel sjuksköterskor och undersköterskor som innehar kompetenskort i sårvård, hög lägsta standard på material, reelltids visualisering av andel riskbedömda. Alla patienter har tryckförebyggande madrasser och generöst användande av avancerade luftväxlande madrasser. Arbete sker även med att ta fram en standard för hjälpmedel som kan användas för lägesändring. Tidigare år baserades resultaten på enstaka mätningar där alla journaler granskades.

### Planerade förbättringsåtgärder

När pandemin avklingat gäller det att återgå till tidigare arbetsrutiner. För att säkerställa att rutiner följs får medarbetaren återkoppling i realtid på att alla riskbedömningar är utförda och ansvariga chefer kan följa det som nyckeltal i sjukhusets digitala styrkort där kontinuerliga rapporter finns tillgängliga.

Att antal och andel trycksår återkopplas kontinuerligt

## Sjukhusgemensamma resultat

medger möjlighet till kvalitetssäkring att dokumentationen blir korrekt. Nytt bedömningsverktyg av sår, TIME, implementeras sjukhusövergripande. Pilotprojekt med att centralisera ett lager, administration och skötsel av luftmadrasser som enheterna lånar av vid behov för att både öka tillgången till avancerade madrasser samt minska kostnaderna för inhyrning av madrasser.

För mer information se verksamhetsblad för Sårvårdsgruppen.

Riskbedömda för trycksår	2021	2020	2019
CStG – beräknat på samtliga vårdtillfällen	79%	80%	86%

Förvärvade trycksår	2021	2020	2019
CStG – beräknat på samtliga vårdtillfällen	0,3%	0,3%	0,2%
CStG – beräknat på 1-2 mätningar	1,4%	1,4%	1,8%

## Fall

Datakälla: Resultat baseras på samtliga akuta vårdtillfällen.

### Analys/Kommentarer

Andelen fall med skador ligger relativt stabilt över tid. Därmed inte sagt att det inte är ett område som ständigt behöver ha ett fokus och kontinuerligt arbete för att säkerställa att vi i vården gör allt vi kan för att undvika fall.

### Planerade förbättringsåtgärder

En nystartad specialistgrupp inom fallprevention under pandemin arbetar intensivt med att både sätta fokus på fall och säkerställa att vi följer adekvata rutiner och använder de verktyg som finns att tillgå för att minska antal fall. När pandemin avklingat gäller det att återgå till tidigare arbetsrutiner. För att säkerställa att rutiner följs får medarbetaren återkoppling i realtid på att alla riskbedömningar är utförda och ansvariga chefer kan följa det som nyckeltal i sjukhusets digitala styrkort där kontinuerliga rapporter finns tillgängliga.

När antal och andel trycksår återkopplas kontinuerligt möjliggörs kvalitetssäkring att dokumentationen blir korrekt.

För mer information se verksamhetsblad för Fallprevention.

Riskbedömda för fall	2021	2020	2019
CStG – beräknat på samtliga vårdtillfällen	78%	79%	84%

Fall med personskada	2021	2020	2019
CStG – beräknat på samtliga vårdtillfällen	0,3%	0,2%	0,3%

## Läkemedel

Datakälla: GUPS - Gemensam uppföljningsportal SLL

### Analys/Kommentarer

Capio S:t Görans sjukhus har fortsatt högsta följsamheten, av akutsjukhusen inom Region Stockholm, till Kloka listan. Sjukhusets ökande uppdrag inom området prostatacancer urskiljs på kostnaden för receptläkemedel. Kostnaden för läkemedel både på recept och inom slutenvård fortsätter att öka beroende av fortsatt ökning av specialistsjukvården och på grund av behandling av covid-19 patienter.

För mer information se verksamhetsblad för Läkemedelsgruppen.

## Sjukhusgemensamma resultat

År	2021	2020	2019
Följsamhet till Kloka Listan med tillägg	95 %	95 %	96 %
Antal receptposter	244 206	243 792	269 817
Läkemedelsförmåns- kostnad + patientavgift på recept	194 792 tkr	180 764 tkr	165 195 tkr
Läkemedelsförmåns- kostnad	172 016 tkr	157 558 tkr	140 486 tkr
De 3 mest förskrivna läkemedlen (substanser) på recept baserat på definierad dygnsdos (DDD)	Atorvastatin Acetylsalicylsyra Kandesartan	Atorvastatin Kandesartan Acetylsalicylsyra	Atorvastatin Omeprazol Kandesartan
Läkemedel på recept. Tre i topp baserat på kostnad	Stelara Xytiga Xtandi	Stelara Xytiga Eliquis	Revlimid Eliquis Humira
Läkemedelskostnad i slutna vård	105 091 tkr	97 059 tkr	92 967 tkr
De 3 mest rekviderade läkemedlen (substanser) inom slutna vård baserat på definierad dygnsdos (DDD)	Betametason Innohep Infliximab	Innohep Betametason Paracetamol	Betametason Paracetamol Infliximab
Läkemedel (substanser) inom slutna vård. Tre i topp baserat på kostnad	Darazlex Phesgo Entyvio	Entyvio Perjeta Trastuzumab	Entyvio Perjeta Ontruzant

# Utfall sjukhusövergripande granskningar

Den totala andelen vårdskador, d.v.s. undvikbara skador, vid CStG under 2021 var 2,5 procent (3 av 120). Årets resultat är lägre i jämförelse med den nationella nivån inom somatisk slutenvård som var 6,3 procent 2020 (Skador i somatisk vård 2013-2020, SKR) och en liten minskning inom CStG jämfört med 2020.

Andelen skador, d.v.s. icke undvikbara skador, vid CStG var för 2021 5,8 procent (7 av 120). Andel skador är lägre på CStG i jämförelse med den nationella nivån som var 10,6 procent 2020 (Skador i somatisk vård 2013-2020, SKR). De problemområden som identifierats är av oss sedan tidigare kända och ligger i linje med de handlingsplaner vi tagit fram inom respektive vårdskadeområde.

Tabell 1 Redovisning av vårdskador 2021 (Källa: CStG)

	2021	2020	2019	2018
Vårdskador	2,5%	3,3%	2,9%	1,3%
Totalt antal skador	5,8%	6,7%	4,6%	6,3%

## Riktade journalgranskningar som skett under 2021 med syfte att identifiera förbättringsområden

Medicin- hjärt- och neurologiska kliniken har granskat avvikelser som rör fall under vårdtiden, vilket resulterat i 320 st journalgranskningar.

Ortopedkliniken har granskat 50 journaler för där det förekommer postoperativ infektion efter knä- respektive höftplastik.

Sjukhusövergripande har 32 journaler slumpmässigt valda journaler för patienter med covid-19 granskats för att ingå i SKR:s rapport gällande skador för patienter med covid-19.

Kirurgkliniken har granskat 30 journaler där patienten har en ÖGI cancer för att se att de har en kontaktsköterska.

## Anmälningar till IVO enligt Lex Maria

Datakälla: Registrerade ärenden hos Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

Täckningsgrad: 100 %

	2021	2020	2019
Antal absoluta tal	8	8	9
Antal kvinnor	2	2	5
Antal män	6	6	4
Antal per 1000 vårdkontakter	0,03	0,03	0,03

## Analys/Kommentarer

CStG har gjort 8 st egenanmälningar enligt lex Maria till IVO där skador med allvarliga utfall efter internutredning bedömts som undvikbara, dvs som vårdskador. IVO bedömer om vårdgivaren utifrån patientsäkerhetslagen fullgjort sin skyldighet att utreda och anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada och om tillräckliga åtgärder vidtagits. Fem egenanmälningar väntar beslut från IVO gällande om vårdgivaren uppfyllt kraven i Patientsäkerhetslagen. Tre egenanmälningar har IVO fattat beslut, där IVO bedömt att vårdgivaren har uppfyllt kraven i Patientsäkerhetslagen.

Genomförandet av beslutade åtgärder har fått ett tydligare fokus genom att dessa sedan 2020 har tagits upp på kliniker- nas kvalitetsuppföljningar.

Under 2021 har sjukhusets patientsäkerhetsforum återfört händelseanalyser på olika sätt, antingen genom en dragning på enhet/kliniknivå men även uppmärksammat konsekvenser från allvarliga händelser på återkommande webinarium, exempel "30 minuter om... hur NEWS räddar liv".

## Planerade förbättringsåtgärder

Fortsätta återkoppla händelseanalyser för lärande samt identifiera områden där en fördjupning kan spridas genom webinarium "30 minuter om...".

## Sjukhusgemensamma resultat

Beslut från IVO	Lex Maria anmälan 2021	Huvudsakliga beslutade åtgärder
Väntar beslut	Dödsfall på toalett på akutmottagning	Bedsiderapportering vid höga NEWS, se över akutmottagningens bemanning utifrån belastning samt uppdatera rutin för överbelastad akutmottagning
Väntar beslut	Fall på avdelning, patienten avlider av skadorna	Vid incheckning ta upp allvarliga händelser för att öka lärandet, att riskbedömning rörande fallrisk sker tidigare vid inskrivning samt att lila fallriskarmband används för att visualisera till all personal om att fallrisk föreligger.
Väntar beslut	Asystoli uppmärksammas inte akutmottagning	Implementera rutin för telemetriövervakning där ansvarsfördelning, indikation, dokumentation, överrapportering och andra arbetsmoment ingår,
Väntar beslut	Försenad diagnos ST-höjningsinfarkt	Rapportblad enligt SBAR uppdateras med EKG-bedömning, öka närståendes delaktighet vid besöksförbud/restriktioner kopplade till covid-19
Väntar beslut	Reinfarkt efter utskrivning, patienten som behövde stöd tog ej sin mediciner	Öka närståendes delaktighet (med patientens samtycke) vid inskrivning och utskrivning, genomgång av hur förskrivning av apo-dos ska ske, uppdatera checklistor för utskrivning för att säkerställa trygg hemgång med rätt stöd
Beslut	Komplikationer vid byte av primär-PEG	Upprätta samarbete mellan endoskopi och kirurgen angående handhavande peg på akutmottagning, tydliggöra vem som dokumenterar vid konsultationer
Beslutad	Försenad diagnos och behandling av fraktur och luxation då fel axel röntgades	Synliggöra på röntgenröret utifrån remiss vilken sida som skall röntgas
Beslutad	Internsmittspridning av covid-19	Inflyttning i nya lokaler där barrärer kan hållas, använda munskydd och visir vid all patientkontakt.

## Anmälningar till Patientförsäkringen LÖF

Datakälla: Cosmic

Anm år	Skadeår	Totalt anmälda	Ersatta	Ej ersatta	Under handläggning	Procent ersatta av handlagda
2016	1976 – 2016	192	98	94	0	51
2017	1976 – 2017	190	83	107	0	43
2018	1976 – 2018	202	98	103	1	49
2019	2008 – 2019	203	84	116	3	42
2020	1988 – 2020	204	78	117	9	40
2021	1986 – 2021	230	57	82	91	41

## Analys/Kommentarer

Antalet anmälningar ligger relativt jämt över senare åren men har ökat något under 2021. Riksgenomsnittet för andel ersatt är ca 40 % och CStG har en något högre andel bakåt i tiden.

## Planerade förbättringsåtgärder

Löf tillhandahåller årligen detaljerade uppgifter om anmälda skador och uppmärksammar områden som särskild bör granskas i verksamheternas förbättringsarbete. Klinikerna arbetar aktivt med att analysera statistiken för att upptäcka brister som kan åtgärdas och förebyggas.

## Anmälningar från patient och närstående till Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

Datakälla: Registrerade ärenden hos Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

	2021	2020	2019
Antal absoluta tal	20	18	18
Antal kvinnor	13	8	14
Antal män	7	10	4
Antal per 1000 vårdkontakter	0,07	0,07	0,06

## Analys/Kommentarer

Antalet anmälningar till IVO var samma per 1000 vårdkontakter jämfört med 2020. Av 20 ärenden har IVO inte kommit med något beslut.

Förutom dessa klagomål har det även från IVO inkommit 11 st överförda klagomål där vårdgivaren inte givits rimlig tid att besvara klagomålet direkt till patient eller närstående, ärenden som inte IVO utreder av olika anledningar samt anonyma klagomål som översänds för kännedom. Patienter och anhörigas synpunkter och klagomål på den vård och behandling de får vid CStG ser vi som ett värdefullt underlag till vårt förbättringsarbete. CStG har ett tydligt fokus i att arbeta med patientsynpunkter och klagomål oavsett vilken väg de inkommer. De klagomål som inkommer till sjukhuset handläggs på respektive klinik där de analyseras och används som underlag i klinikernas förbättringsarbete.

## Ärenden till Patientnämnden

Datakälla: Registrerade ärenden från Patientnämnden

	2021	2020	2019
Vård & Behandling	157st 41%	136st 45%	141st 41%
Kommunikation	88st 23%	69st 23%	79st 23%
Vårdansvar och organisation	31st 8%	12st 4%	19st 5%
Ekonomi	10st 3%	6st 2%	6st 2%
Dokumentation och sekretess	30st 8%	19st 6%	17st 4,7%
Ej angivet	1st 0,2%	-	1st 0,3%
Administrativ hantering	8st 2%	7st 2%	14st 4%
Rådgivning/information/hänvisning	2st 0,5%	3st 1%	-
Resultat (ny 2019)	35st 9%	33st 11%	45st 13%
Tillgänglighet (ny 2019)	18st 5%	14st 5%	24st 7%
Antal totalt	381st	299st	346st
Antal unika ärenden	189st	73st	95st
Antal per 1000 vårdkontakter	1,4st	1,1st	1,08st

## Analys/Kommentarer

Det totala antalet anmälningar till Patientnämnden är högre än föregående år i absoluta tal och relaterat till antalet vårdkontakter. Patientnämndens sammanställning är beräknad på antal klagomål, där varje ärende kan ha flera klagomål. Några kategorier har andra benämningar jämfört med tidigare år.

## Planerade förbättringsåtgärder

Den månatliga sammanställningen av ärenden till Patientnämnden analyseras på respektive klinik och används som underlag till klinikernas förbättringsarbete.

Identifierat förslag på förbättringsåtgärder så som att förbättra MIG-verksamheten gentemot avdelningarna

## Sjukhusgemensamma resultat

och standardiserad uppföljning av de sjukare patienterna. MIG verksamheten och utbildningarna av avdelningspersonal relaterat till MIG verksamheten utvecklas kontinuerligt. Läkare från IVA har daglig kontakt med IMA. Syftet med dessa åtgärder är att identifiera patienter där intensifierade vårdinsatser kan behövas och som kan förebygga ett senare behov av intensivvård.

Under 2021 inledde CStG mot en utbyggd intermediärvård som även planeras att inkludera ett tydligt identifierat behov av en kirurgisk intermediärvårdsavdelning finns med.

**Riskjusterad mortalitet:** Avdelningen arbetar fortlöpande med att förbättra resultatet genom att uppdatera riktlinjer för medicinskt omhändertagande, utveckla arbetssätt och utvärdera följsamhet till rutiner. Resultatet (0,97, konfidensintervall 0,81–1,16), för 2021 ligger såväl inom Svenska intensivvårdsregistrets mål (ej signifikant högre än 1,00, dvs 1,00 omfattas av 95 procent konfidensintervallet) som regionens mål. 2021 var ett mycket speciellt år pga pandemin. SMR baseras på SAPS 3 vilket inte är kalibrerat för Covidsjukdomen. Intensivvårdsavdelningen vid Capho S:t Görans hade hög andel Covidpatienter i relation till totalantalet vårdade patienter. Trots detta uppnåddes 2021 utsatt målvärde. Avdelningen har fortsatt arbeta kontinuerligt med kompetensutveckling med fokus på extraordinära personalgrupper, regelbundna uppdateringar av behandlingsprinciper samt personalbemanning för att skapa så trygg arbetsmiljö som möjligt under rådande omständigheter. Flytten till nya lokaler kan ha bidraget till uppnått resultat då förutsättningarna för god hygien ökat.

### Planerade förbättringsåtgärder

Återinskrivning: Fortsatt samarbete med vårdavdelningar med post-IVA uppföljning, MIG bedömningar och gemensamma flödesarbeten. Planera för tillkomst av kirurgiska intermediärvårdsplatser och utökat samarbete med intermediärvårdsavdelningen.

Tydligare rutiner för överrapportering och läkemedelsavstämning i samband med flytt av patienter från IVA.

Riskjusterad mortalitet: Avdelningen arbetar fortlöpande med kompetensutveckling via ansvarsgrupper inom exempelvis respiration, cirkulation, dialys och hygien som säkerställer att vården bedrivs i enighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Vi arbetar aktivt för att behålla den höga kompetensnivå som personalen har och med att undvika en osund grad av personalomsättning. Resultaten avseende SMR bevakas fortlöpande och vid ev. resultatförsämringar analyseras

tänkbara orsaker och åtgärder vidtas. Exempel på detta är ändrade behandlingsprinciper för covidpatienter

## Ärenden till Patientvägledare

Datakälla: Registrerade ärenden till Patientvägledaren

	2021	2020	2019
Antal totalt	894	725	719
Antal ärenden per telefon eller personligt möte	432	397	488
Antal ärende via 1177	279	186	141
Klagomål avvikelssystemet*		0,07	0,06
Antal per 1000 vårdkontakter	3,2	2,7	2,2

\*Ärenden som inkommer via telefon, personligt möte, brev eller 1177 och sedan blir föremål för en avvikelse

### Analys/Kommentarer

Till följd av den nya dataskyddsförordningen (GDPR) har hanteringen och registreringen av personuppgifter i ärenden till Patientvägledare begränsats, dvs antalet och kategori av ärenden registreras, i de fall det är ett klagomål som ska hanteras registreras ärendet med personuppgifter i avvikelssystemet. Den vanligaste kontaktvägen till Patientvägledare är per telefon. Därutöver inkommer ärenden via 1177 E-tjänster. Ett fåtal ärenden kommer via mail till informationsbrevlådan, om dessa ärenden har koppling till medicinska frågeställningar eller synpunkter på vården vidarebefordras de till Patientvägledare. Enstaka patienter kommer på besök eller skriver brev.

Antalet ärenden till Patientvägledare via telefon har ökat under 2021 och ärendena via 1177 har ökat, vilket är en trend som vi arbetat åt då vi har förenklats tillgängligheten till 1177 på vår webbsida. Det flesta ärenden som inkommer till patientvägledare handlar om synpunkter på vård och behandling, rättelse av journal, lägga in spärrar i journalen samt bemötandefrågor.

69 patienter har begärt spärr/avspärrning av sin journal i NPÖ, flertalet av dessa via 1177 Vårdguidens e-tjänster. Runt 5 patienter har begärt ut uppgifter om vem som har varit inne i deras journal.



## Patientenkät

Datakälla: Forms och Nationella patientenkäten

Beskrivning: Under 2021 genomfördes ett antal patientenkäter på sjukhuset, inom slutenvård och öppenvården som ett komplement till den Nationella patientenkäten. Enkäterna innehåller tre frågor som Capiokoncernen beslutat att alla enkäter ska innehålla utöver de frågor som varje enhet själva valt att fokusera på:

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

Antalet frågor begränsades till ett minimum under pandemin. Frågan Hur troligt är det att du skulle rekommendera den här enheten till någon i din situation? (Net Promoting Scale, NPS) Patienten får ange på en skala 0-10 hur sannolikt det är att man skulle rekommendera enheten. Svartalternativen grupperas och värderas och summeras i ett värde mellan -100 till +100. Den interna CStG enkäten 2021 kunde inte genomföras enligt plan pga pandemin och resultaten baseras därför endast på ett fåtal enkäter med ojämn spridning i verksamheten.

Tabell sjukhusövergripande 2021, CStG Forms	Resultat	Antal
Hur troligt är det att du skulle rekommendera den här enheten till någon i din situation? NPS	71,4	594
Blev du bemött med medkänsla och omsorg?	97%	573
Fick du tillräcklig information om din vård/ behandling?	97%	573

### Analys/Kommentarer

Resultatet från den interna enkäten är svårt att analysera pga den låga svarsfrekvensen. Trots stora utmaningar är de flesta patienter väldigt nöjda med vården och bemötandet.

### Planerade förbättringsåtgärder

Fortsatt implementering av kommunikationskanal via 1177 för att nå fler patienter. Enkäten uppmuntrar även till

att både lämna synpunkter på vad CStG gör som är bra och vad sjukhuset kan förbättra. → Ett värdefullt underlag för det fortsatta förbättringsarbetet på sjukhuset. Nationella patientenkäten genomfördes under 2021 på CStG, efter ett uppehåll sedan 2019 pga Region Stockholms avtalsupphandlingsprocess.

Tabell sjukhusövergripande 2021, NPE nationella patientenkäten urval av indikatorer	2021	2019 2020	2018
Tillgänglighet i öppenvården enligt patientenkät	93,2%	inställt	90%
Helhetsintryck slutenvård - Anser du att ditt aktuella behov av vård har blivit tillgodosett?	88,8%	inställt	87,7%
Information i öppenvården enligt patientenkät	87,1%	inställt	89,5%
Information i slutenvården enligt patientenkät	78,5%	inställt	82,7%

# Urval av resultat från sjukhusets akuta vård

## Vistelsetid vid Akutmottagning - övergripande

### Analys/Kommentar

Pandemin haft följande negativa konsekvenser för akutmottagningens vistelsetider:

- Stora och snabba förändringar har ställt höga krav på medarbetare och arbetsgivare. För att garantera patientsäkerheten har vi delat upp inflödet i ett luftvägsflöde och ett övrigt flöde, trots att lokalerna inte är tänkta för den indelningen.
- Det har tagit längre tid från beslut till inskrivning (exempelvis svarstider för PCR-test av covid-19, datortomografi etc.) pga stort behov av att välja rätt vårdplats och vårdnivå (för att förhindra ytterligare smitta och för att bibehålla patientsäkerheten).
- Under pandemin har medelvårdtiden (slutenvård) ökat med 15% jfr med 2019, vilket resulterat i en brist på vårdplatser. Under nov-dec 2021 har inflödet av patienter med covid-, influensa- och RS-virusinfektioner ökat vilket inneburit en fortsatt hög belastning på sjukhusets vårdplatser.
- Direktinläggningar från akutmottagning till vårdavdelning har inte varit möjliga.
- Svårigheter att bemanna med ordinarie personal då frånvaron tidvis nästan fördubblats pga sjukdom, VAB och karantänsregler.

### Planerade förbättringsåtgärder

- Under januari och februari 2022 genomförs en värdeflödesanalys, vilket innebär att vi ser över hela flödet på akutmottagningen och identifierar "flaskhalsar". Vi ser i samband med detta över bemanningsstruktur och arbetssätt.
- Den nya kvalitetsindikatorn "boarding på akuten" ger oss förutsättningar att mäta och skaffa oss en tydlig bild över hur lång väntetiden för att få en vårdplats är. När covidflödet minskar ser vi över vårdplatsfördelningen vilket underlättar avflödet från akutmottagningen.
- Skapa förutsättningar för att återuppta direktinläggningar från akutmottagning till vårdavdelning.

- Förenkla rutiner för vårdavdelningarna, så att det blir lättare att ta emot patienter från akutmottagningen, i synnerhet de >80 år.
- I högre grad hänvisa patienter till rätt vårdnivå i enlighet med regionens hänvisningsstöd
- Införa ytterligare en senior läkare (husjour) i medicinflödet nattetid.

## Vistelsetid vid Akutmottagning under 4 timmar

**Datakälla: Journalsystemet Cosmic**

Utfall: 50%

### Resultat väntetider

Samtliga patienter	Totalt	Kvinnor	Män
Totala antalet patienter som kommit till akutmottagningen	83 405	42 195	41 210
Antal patienter där vistelsetiden är under 4 timmar	41 347	19 909	21 438

Resultat väntetider	2021	2020	2019
Antal patienter där vistelsetiden är under 4 timmar	50%	62%	66%

## Vistelsetid vid Akutmottagning under 4 timmar äldre än 80 år

**Datakälla: Journalsystemet Cosmic**

Utfall: 39%

Vistelsetid vid akutmottagning under 4 timmar för patienter 2021 har fortsatt varit utmanande även för denna grupp patienter men orsakerna till försämrade ledtider är de samma som för alla patienter på akuten men luftvägstriage, minimera risken för smittspridning

## Sjukhusgemensamma resultat

med utökad provtagning och radiologi inför inläggning. De förbättringsåtgärder som initierats kommer att förbättra utfallet för denna grupp.

## Vistelsetid vid Akutmottagning under 8 timmar äldre än 80 år

### Datakälla: Journalsystemet Cosmic

Utfall: Samtliga patienter 89%  
Patienter äldre än 80 år 88%

### Resultat väntetider

Patienter äldre än 80 år	Totalt	Kvinnor	Män
Totala antalet patienter äldre än 80 år som kommit till akutmottagning	13 610	8 018	5 592
Antal patienter äldre än 80 år där vistelsetiden är under 8 timmar	11 911	6 970	4 941

### Resultat väntetider

	2021	2020	2019
Andelen patienter äldre än 80 år där vistelsetiden är under 8 timmar	88%	94%	96 %

## Medianväntetid till första läkarbedömning

Utfall: 36 minuter

Data är framtagen från alla patienter som är inskrivna på akutmottagningen, oavsett tid på dygnet, kliniktillhörighet och ålder. Data visar mediantid till läkarbedömning, för att visa ett mer rättvisande mått än medelvärde. Med första läkarbedömning menas den första beslutsgrundande bedömningen, då en läkare undersöker patienten och gör en bedömning som ligger till grund för fortsatt undersökning eller till behandling samt initierar behandling och provtagning.

### Medianväntetid

Samtliga patienter	Totalt	Kvinnor	Män
Tid från ankomst till akutmottagning till första läkarbedömning. (Medianväntetid i minuter)	0h 36min	0h 35 min	0h 36 min
Antal patienter som ingår i beräkningen	83 405	42 195	41 210

### Resultat väntetid

	2021	2020	2019
Tid från ankomst till akutmottagning till första läkarbedömning. Median-väntetid i minuter	36 min	25 min	36 min

## Hjärtsjukvård

### Analys/Kommentar

Vi bibehåller vårt resultat från föregående år. Antalet patienter är relativt få varför enskilda patienter har stor påverkan i det totala resultatet. Sjukhusets akuta flöden har sett till större delen av året även i år haft påverkan av coronapandemin. Pandemin har medfört behov av omställningar av flöden på akutmottagningen vilket också kan ha haft effekt på hjärtinfarktflödet där tidigare inarbetade arbetsätt inte alltid varit möjliga. Sjukhuset ligger väldigt nära den nationella målnivån för >90 procent inom 90 minuter. Sjukhuset har ett stort upptagningsområde och endast ett angio-lab. Det medför att vi stundtals behöver omdirigera akuta patienter där laboratoriet är upptaget av en annan akut/komplicerad undersökning eller behandling. Detta leder till fördröjning i handläggningen.

Fallen med längre handläggningstid har granskats och där kan konstateras att vårdkedjan när prehospitalt EKG sänds till hjärtintensiven har i de allra flesta fall haft en mycket snabb handläggning, undantag kan till exempel ses när transporttiden till sjukhuset varit lång etc. Den stora utmaningen är att säkerställa snabb identifiering även vid diffusa/ atypiska symtom och tidigt EKG (inom 10 min) på akutmottagningen när patienten anländer gående direkt till akuten som första vårdinstans. Det kan konstateras att det i flera av fallen funnits en atypisk bild där bland annat covid-19 har varit en faktor som bidragit till grusad bild.

## Sjukhusgemensamma resultat

Hjärtsjukvård	2021	2020	2019
Andelen patienter med ST-höjningsinfarkt i Swedeheart med tid från reperfusion Grundande EKG till stick i kärl, ≤ 60 minuter %	82%	81%	88,5%
Antal patienter som ingår i beräkningen	54/66	46/57	46/52
Andelen patienter yngre än 80 år med ST-höjningsinfarkt i Swedeheart med tid från reperfusion Grundande EKG till stick i kärl, ≤ 90 minuter %	89%	92%	-
Antal patienter som ingår i beräkningen	48/54	48/52	-
Andelen patienter äldre än 80 år med ST-höjningsinfarkt i Swedeheart med tid från reperfusion Grundande EKG till stick i kärl, ≤ 90 minuter %	83%	100%	-
Antal patienter som ingår i beräkningen	10/12	5/5	-
Hjärtinfarkt: Door to needle: mediantid till PCI vid ST höjningsinfarkt	22min	32min	20min
<b>Datakälla: Swedeheart (huvuddiagnos I21-I23 och där tidsintervallet mellan symtom och reperfusion Grundande EKG understiger 12 tim)</b>			

### Planerade förbättringsåtgärder

Ett förbättringsprojekt avseende vår angiografi-labs öppettider har påbörjats med mål att kunna ha ett utökat öppethållande senare i vår.

Under året har en kartläggning av bröstsmärteflödet på sjukhuset utförts med framtagande av ett lokalt handläggningsprogram för att säkra kvaliteten, handläggning enligt guidelines, lika vård och optimalt resursutnyttjande. Under 2022 ska detta handläggningsprogram implementeras. Effekter som förväntas är bland annat att i större utsträckning kunna minska antalet invasiva undersökningar- coronarangiografi och istället nyttja non-invasiva

tester som CT- angio och stress-test i högre grad. Detta kan medföra en underlättad prioritering och högre tillgänglighet för de patienter som behöver behandlingen bäst.

Samverkan med den prehospitala-organisationen är även fortsättningsvis ett viktigt förbättringsområde där vi ser att avsaknad av prehospitalt EKG gör att handläggningstiden för dessa patienter tenderar att bli längre.

Ett förbättringsprojekt avseende vår angiografi-labs öppettider har påbörjats med mål att kunna ha ett utökat öppethållande senare i vår med en ökad tillgänglighet som följd.

Under året har en kartläggning av bröstsmärteflödet på sjukhuset utförts med framtagande av ett lokalt handläggningsprogram för att säkra kvaliteten, handläggning enligt guidelines, lika vård och optimalt resursutnyttjande. Under 2022 ska detta handläggningsprogram implementeras. Effekter som förväntas är bland annat att i större utsträckning kunna minska antalet invasiva undersökningar- coronarangiografi och istället nyttja non-invasiva tester som CT- angio och stress-test i högre grad. Detta kan medföra en underlättad prioritering och högre tillgänglighet för de patienter som behöver undersökningen/ behandlingen bäst.

Samverkan med den prehospitala-organisationen är även fortsättningsvis ett viktigt förbättringsområde där vi ser att avsaknad av prehospitalt EKG gör att handläggningstiden för dessa patienter tenderar att bli längre.

### HLR-utbildad personal

Resultat väntetider	2021	2020	2019
Antal HLR-utbildade medarbetare	932	683	1411
Andel HLR-utbildade medarbetare/år	43 %	28 %	65 %
Antal utbildade HLR- och S-HLR-instruktörer under året	12	20	29
Antal utbildade AT-läkare i A-HLR	50	47	46
Antal HLR-instruktörer	66	76	78

Datakälla: Internt register för HLR-utbildad personal

### Analys/Kommentar

Även 2021 präglades av Covid-19 vilket ledde till att HLR utbildning inte skedde i den utsträckning som planerat. Under året har många HLR instruktörer slutat på sjukhuset, vilket också har lett till minskade utbildningstillfällen i HLR.

### Planerade förbättringsåtgärder

- Öka antalet HLR-utbildad personal på Capiro S:t Göran genom att noggrant bevaka klinikernas utbildningsfrekvens via Capiro Competence och återkoppla det till klinikerna.
- Förbättrad och förenklad uppföljning av statistik inklusive att all HLR-utbildning registreras korrekt i Capiro Competence.
- Verka för att alla hjärtstopp på sjukhuset registreras via den standardiserade akutlarmsjournalen i Cosmic, där uppgifterna till Svenska Hjärt-lungräddningsregistret hämtas.
- Vara delaktiga i uppföljningen av patienter som överlevt hjärtstopp, i samarbete med Hjärtkliniken samt registrering av detta i Hjärt- och lungräddningsregistret.
- Utbildning för medicin-, akut-, neurolog- och hjärtläkare i vård efter hjärtstopp planeras vid två tillfällen under 2022.
- Det ska finnas tillräckligt många instruktörer i HLR för att tillgodose utbildningsbehovet på Capiro S:t Göran samt de externa enheterna anslutna till Specialistgruppen HLR.

## Strokevård

### Analys/Kommentar

CStG mår om att prioritera strokepatienter från akuten till Neurologiska kliniken strokeenhet och säkrar att det alltid finns lediga platser för denna grupp på avdelningen. Hos en del är trots allt strokemisstanken så liten, så 100 procent är inte möjligt att uppnå. Covid kan ha påverkat möjligheten till direktinskrivning.

Under 2021 har kliniken haft fortsatt lågt antal sökande med misstänkt stroke och därmed få trombolys. CStG har sedan flera år en väl inarbetad rutin för strokealarm. Färre antal leder till mindre vana kring rutinerna i trombolysflödesarbetet.

- 2019 - 80 patienter
- 2020 - 49 patienter
- 2021 - 62 patienter

När covid inte kan uteslutas leder påklädningsrutin vid patientkontakt till att några minuter extra går.

Under 2021 har kliniken haft fortsatt lågt antal sökande med misstänkt stroke och därmed få trombolys. CStG har sedan flera år en väl inarbetad rutin för strokealarm. Färre antal leder till mindre vana kring rutinerna i trombolysflödesarbetet. När covid inte kan uteslutas leder påklädningsrutin vid patientkontakt till att några minuter extra går.

Ju mer implementerat extern stroketriagering blir desto färre strokealarm visar sig vara "riktiga" stroke som ska trombolyseras. Det blir alltså svårare och svårare för akut sjukhusen att öka andelen trombolys då de "självklara fallen" direkt triageras till NKS och passerar ej närmaste akut sjukhus.

Det finns en mycket bra sväljscreening rutin och möjlighet till dokumentation i Cosmic.

### Planerade förbättringsåtgärder

Bibehålla fungerande arbetssätt och följsamhet till rutiner för direktinskrivning.

Analyserna av trombolys händelserna visar att vi har snabbast tid till trombolys vardagar dag och kväll när klinikens strokelednings sjuksköterska alltid är med på larmet. Utmaningen ligger i att skapa samma förutsättningar jourtid. Kliniken arbetar med att sprida kunskapen om vårt "stroke-på sjukhus" larm.

Analyserna av trombolys händelserna visar att vi har snabbast tid till trombolys vardagar dag och kväll när klinikens strokelednings sjuksköterska alltid är med på larmet. Utmaningen ligger i att skapa samma förutsättningar jourtid. Kliniken arbetar med att sprida kunskapen om vårt "stroke-på sjukhus" larm.

CStG fortsätter förbättra den interna strokekedjan avseende "rädda hjärnan" genom vårt kliniköverskridande strokeflöde (akutkliniken, röntgenkliniken samt neurologiska kliniken). Två gånger per år erbjuder kliniken multi-professionell strokewebutbildning för klinikens personal, som ger 3.5 högskolepoäng. I strokeweb utbildningen läggs stort fokus på effektivt flöde och välgrundade beslut inför trombolys.

Kliniken påbörjade i september 2019 ett förbättringsarbete med fokus på sväljningssvårigheter. Kliniken har tillsammans med sjukhusets logoped skapat en webbaserad utbildning, som är obligatorisk för all personal på neurologiska kliniken, frivillig för övrig personal på sjukhuset. Arbetet innebär också genomgång av journalmallar och följsamhet till dem, samt avvikelser kring nutrition mm.

Strokevård	2021	2020	2019
Andelen patienter med akut stroke som direktinskrevs på strokeenhet %	91%	92%	91%
Antal patienter som ingår i beräkningen	611 /670	528 /572	656 /718
Andelen patienter med akut ischemisk stroke som fått trombolys-behandling inom 30 minuter efter ankomst till sjukhuset %	57%	60%	44%
Antal patienter som ingår i beräkningen	35/62	30/50	44/99
Samtliga insjuknade i akut ischemisk stroke i målgruppen som fått trombolys-behandling i överensstämmelse med kriterierna. (Mediantid)	28min	29min	36min
Antal patienter som ingår i beräkningen	62	50	75
Andelen patienter av totala antalet patienter med akut ischemisk stroke som fått reper-fusionsbehandling	13%	12%	15%
Antal patienter som ingår i beräkningen	79 /596	59 /496	99 /649
Andelen patienter av totala antalet patienter med akut ischemisk stroke där en bedömning av sväljförmåga gjorts, %	94%	91%	-
Antal patienter som ingår i beräkningen	635 /677	520 /572	-

**Datakälla: Nationella registret RiksStroke**

## Intensivvård

Intensivvård	2021	2020	2019
Andelen av IVA-vårdtillfällen då patienten återinskrivits inom 72 timmar, %	1,3%	2,3%	2,2%
Antal patienter som ingår i beräkningen	7/ 553	14/615	12/546
Riskjusterad mortalitet	1,0	1,07	0,8
Antal patienter som ingår i beräkningen	528	586	577

**Datakälla: Nationella registret Svenska Intensivvårdsregistret, SIR**

### Analys/Kommentar

Under 2021 har avdelningen haft 7 återintag och nådde målvärdet (<3,0 procent) med god marginal trots årets extremt ansträngda situation.

Återinskrivning: Återinskrivning på IVA anses kunna spegla att patienten blivit utskriven för tidigt, innan hen blivit tillräckligt återställd. Orsaken till för tidig utskrivning kan bl. a vara resursbrist inom intensivvården, men också bristande rutiner i samband med utskrivning från IVA. Andra orsaker till oplanerat återintag inom 72 timmar är svårigheter att upprätthålla en tillräckligt hög vårdnivå på mottagande vårdavdelning samt insjuknande i annan sjukdom under redan påbörjad vårdperiod. För att nå målnivån i denna kvalitetsparameter krävs kliniköverskridande samarbete. Avdelningen har sedan flera år bedrivit ett fokuserat arbete för att minska återintaget inom 72 timmar. Bland annat har vi kartlagt vilka patienter som återinskrivs och identifierat förslag på förbättringsåtgärder så som att förbättra MIG-verksamheten gentemot avdelningarna och standardiserad uppföljning av de sjukare patienterna. MIG verksamheten och utbildningarna av avdelningspersonal relaterat till MIG verksamheten utvecklas kontinuerligt. Läkare från IVA har daglig kontakt med IMA. Syftet med dessa åtgärder är att identifiera patienter där intensifierade vårdinsatser kan behövas och som kan förebygga ett senare behov av intensivvård.

Under 2021 inledde CStG mot en utbyggd intermediärvård som även planeras att inkludera ett tydligt identifierat behov av en kirurgisk intermediärvårdsavdelning finns med.

**Riskjusterad mortalitet:** Avdelningen arbetar fortlöpande med att förbättra resultatet genom att uppdatera riktlinjer för medicinskt omhändertagande, utveckla arbetssätt och utvärdera följsamhet till rutiner. Resultatet (0,97, konfidensintervall 0,81–1,16), för 2021 ligger såväl inom Svenska intensivvårdsregistrets mål (ej signifikant högre än 1,00, dvs 1,00 omfattas av 95 procent konfidensintervallet) som regionens mål. 2021 var ett mycket speciellt år pga pandemin. SMR baseras på SAPS 3 vilket inte är kalibrerat för Covidsjukdomen. Intensivvårdsavdelningen vid Capio S:t Görans hade hög andel Covidpatienter i relation till totalantalet vårdade patienter. Trots detta uppnåddes 2021 utsatt målvärde. Avdelningen har fortsatt arbeta kontinuerligt med kompetensutveckling med fokus på extraordinära personalgrupper, regelbundna uppdateringar av behandlingsprinciper samt personalbemanning för att skapa så trygg arbetsmiljö som möjligt under rådande omständigheter. Flytten till nya lokaler kan ha bidraget till uppnått resultat då förutsättningarna för god hygien ökat.

### Planerade förbättringsåtgärder

Återinskrivning: Fortsatt samarbete med vårdavdelningar med post-IVA uppföljning, MIG bedömningar och gemensamma flödesarbeten. Planera för tillkomst av kirurgiska intermediärvårdsplatser och utökat samarbete med intermediärvårdsavdelningen.

Tydligare rutiner för överrapportering och läkemedelsavstämning i samband med flytt av patienter från IVA.

Riskjusterad mortalitet: Avdelningen arbetar fortlöpande med kompetensutveckling via ansvarsgrupper inom exempelvis respiration, cirkulation, dialys och hygien som säkerställer att vården bedrivs i enighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Vi arbetar aktivt för att behålla den höga kompetensnivå som personalen har och med att undvika en osund grad av personalomsättning. Resultaten avseende SMR bevakas fortlöpande och vid ev. resultatförsämringar analyseras tänkbara orsaker och åtgärder vidtas. Exempel på detta är ändrade behandlingsprinciper för covidpatienter

## Höftfrakturvård

### Analys/Kommentar

Operation: Trots Covid pandemin har sjukhuset kunnat operera 70 procent av de akuta höftfrakturerna inom 24h.

Mortalitet: I SPOR registret redovisas CStG höftfrakturer som dött efter 30 dagar 7,2 procent. Fördelning mellan

kvinnor och män redovisas inte i registret. Gällande antalet höftfrakturer skiljer sig antalet mellan i våra system (588 st) jämfört med SPOR (577st). I SPOR finns saknas 11 patienter. CStG ligger under rikssnittet som är 7,7 procent.

### Planerade förbättringsåtgärder

Operation: Situationen under året har inte medfört någon ändrad prioritering eller indikation till den akuta kirurgin.

Mortalitet: De största faktorerna för överlevnad är SPMSQ, ASA klass och ålder. CStG fortsätter arbetet med att identifiera riskpatienterna och optimera dem preoperativt med vätska, läkemedel, trycksårprofylax och kort väntan till operation (men inte på bekostnad av optimeringen) som ger bättre förutsättningar för högre överlevnad. Däremot kan CStG inte påverka patienttillströmningen.

Höftfrakturer	2021	2020	2019
Andelen av IVA-vårdtillfällen då patienten återinskrivits inom 72 timmar, %	70%	78%	80%
Antal patienter som ingår i beräkningen	411 /588	402 /517	497 /620
Andelen patienter som dött inom 30 dagar efter höftfakturoperation, %	7,2%	8,6%	-
Antal patienter som ingår i beräkningen	41/577	45/522	-

**Datakälla: Nationella registret Frakturregistret**

# Urval av resultat från sjukhusets planerade vård

## Hjärtsjukvård

Hjärtsjukvård	2021	2020	2019
Andelen patienter <80 år där rökstatus är redovisat i SEPHIA	97%	97%	97%
Antal patienter som ingår i beräkningen	281 /292	299 /308	267 /276
Andel patienter <80 år som varit rökare vid insjuknandet och som slutat röka 12-14 månader efter hjärtinfarkt	60%	61%	46%
Antal patienter som ingår i beräkningen	45/75	42/69	26/56

Datakälla: Nationella registret SEPHIA ( med diagnos i diagnosgrupp I21-I22 )

### Analys/Kommentar

Vi vidmakthåller vårt goda resultat från 2021. Detta är en mycket hög andel dokumenterade uppgifter om rökstatus. Kliniken har välfungerande arbetssätt för detta som vi planerar att vidmakthålla.

Hjärtkliniken har bibehållit resultaten från 2020 och ligger högre än snittet i både Stockholm och riket. Under hösten har rökavvänjningspreparatet Champix varit restnoterat under längre period. Detta har inneburit att patienter som fått Champix förskrivet inte kunnat hämta ut detta. Ibland har Zyban skrivits ut istället, vilket också varit restnoterat under perioder. Detta tros ha påverkat resultatet i negativ riktning eftersom dessa patienter inte fått tillgång till samtliga erbjudna metoder för att underlätta rökavvänjningen. Av de patienter som inte lyckats sluta med rökningen har många angett brist på motivation eller att de först slutade, men började igen i samband med en jobbig situation i livet. Kontakt har tagits med ansvariga på andra sjukhus med goda resultat inom rökavvänjning för att diskutera framgångsfaktorer för att uppnå rökstopp.

## Planerade förbättringsåtgärder

Vi arbetar ständigt med att påminna om vikten av noggrann riskfaktorinventering av alla patienter, och att detta också journalförs korrekt i journal och kvalitetsregister.

Samtal med patienter som ej uppnått rökstopp samt med sjukhus som är framgångsrika på att motivera patienter att sluta röka har visat att motivationen är en viktig faktor. Förbättringsåtgärder är identifierade i att man tidigt motiverar patienten och erbjuder hjälp även i form av nikotinersättning och läkemedel för rökavvänjning (Champix, Zyban) vilket behöver spridas och påminnas i kollegiet. Likaså att vara aktiv i kontakten med dessa patienter och ha extra telefonsamtal för att förmedla stöd i rökavvänjningen.

Hjärtsjukvård	2021	2020	2019
Andelen patienter <80 år i diagnosgrupp I21-I22 som uppfyller målvärdet för LDL-kolesterol (<1,4 mmol/L) efter 12-14 månader på enheten i SEPHIA	97%	71%	69%
Antal patienter som ingår i beräkningen	281 /292	215 /303	189 /273
Andelen patienter <80 år i diagnosgrupp I21-I22 som uppfyller målvärdet för blodtryck (<140 mmHg) efter 12-14 månader på enheten i SEPHIA	80%	/303	189
Antal patienter som ingår i beräkningen	233 /292	242 /303	207 /273

### Analys/Kommentar

Det till synes försämrade resultatet kan relateras till de sänkta målnivåerna under 2021 från LDL <1,8 till <1,4 mmol/l. Proaktiva intensiva åtgärder sattes in under början av 2020 för att uppnå de sänkta



## Sjukhusgemensamma resultat

målnivåerna. Detta skedde i form av tidigt insättande (redan på HIA vid det akuta vårdtillfället) av Ezetimibe som tillägg till Atorvastatin vid LDL värde >3mmol/l. Vi kan konstatera att detta givit effekt då 38 procent uppnådde målnivå <1,4 under 2020 och 54 procent uppnår samma målnivå 2021. Även en fortsatt mycket aktiv roll av sekundärpreventionssköterskorna under uppföljningstiden har bidragit till dessa resultat. Den lägre målluppfyllnanden återspeglas såväl i riket där 51 procent uppnår målnivå som i regionen där 46 procent uppnår de sänkta målnivåerna. Vidare arbete krävs för att uppnå de nya målnivåerna.

Kliniken har bibehållit 2020 års förbättrad resultat av blodtryck och ligger i nivå med riket och Stockholms resultat. Dels tros det kunna relateras till en ökad andel egenuppmätta blodtryck av patienterna där vit-rock-värden kunnat undvikas i större utsträckning. Sekundärpreventionssköterskorna har under 2021 fortsatt att arbeta aktivt med att rekommendera och instruera patienterna till egenkontroll av blodtryck genom att rekommendera inköp av blodtrycksmanschetter och att ta blodtrycket självt innan besöket på Hjärtcentrum. En del patienter har remitterats för 24h BT mätning, för ännu tillförlitligare värden där det funnits misstanke om vitrockshypertoni. Upptitrering av Blodtrycksmedicin har gjorts vid behov av framförallt sekundärpreventionssköterskor, men även läkarna.

### Planerade förbättringsåtgärder

Sjukhusets lokala vårdprogram för sekundärprevention som bygger på nationella och internationella riktlinjerna (ESC) har uppdaterats och spridning och utbildning av de som arbetar inom sekundärprevention kommer att ske under 2022. Patienter som kan bli aktuella för ännu intensivare behandling, PCSK9 hämmare, kan identifieras.

Sedan 1 januari 2022 sänktes gränsen för att få PCSK9-hämmare (Repatha) subventionerat enligt TLV. Detta medför att flera patienter kan få möjlighet att ta del av denna kostsamma men effektiva behandling, vilket är ytterligare ett verktyg, så att fler patienter kan uppnå dessa målnivåer för lipider.

Under slutet av 2021 har en blodtryckshörna upprättats på vår öppenvårdsenhet Hjärtcentrum i syfte att patienterna själva ska mäta sitt blodtryck inför besöket. Detta förväntas öka patientens delaktighet och förmåga till vidare egenkontroll av sitt blodtryck i hemmet samt minska risken ytterligare för vit-rock värden. Informationsmaterial och verktyg för att få patienterna att bättre förstå vikten av blodtryckskontroll har tagits fram. Under 2021 kommer vidareutveckling och implementering av blodtryckshörnan att utföras för att

få fler patienter att använda denna.

## Cancersjukvård

Cancersjukvård	2021	2020
<b>Bröstcancer</b>		
Tid från remissankomst till behandlingsstart. Medianväntetid i dagar	27 dagar	28 dagar
Antal patienter som ingår i beräkningen	494	433
<b>Koloncancer</b>		
Tid från remissankomst till behandlingsstart. Medianväntetid i dagar	36 dagar	42 dagar
Antal patienter som ingår i beräkningen	87	92
<b>Prostatacancer</b>		
Tid från remissankomst till behandlingsstart. Medianväntetid i dagar	78 dagar	80 dagar
Antal patienter som ingår i beräkningen	91	171

### Analys/Kommentar

Bröstcancer: Trots stor påverkan på sjukhuset under pandemin lyckades vi bibehålla verksamheten utan ökade väntetider till operation och onkologisk behandling. Det finns exempel på bra arbetssätt som utvecklades inom verksamheten på grund av den speciella situationen, som att fler operationer har kunnat genomföras i dagkirurgi och att kontaktsjuksköterskor engagerats i det postoperativa avdelningsarbetet.

Den allt mer komplexa handläggningen vid bröstcancer innebär fortsatta utmaningar gällande ledtider fram till operation. Efter en genomgång av förloppet har olika åtgärder vidtagits. En förhoppning är att reserverade tider för MR kan leda till snabbare handläggning.

Prostatacancer: Inom flödet ses att ledtiderna till operation är längre än önskat och en genomlysning av flödet kommer att ske i syfte att minska den ledtiden.

## Planerade förbättringsåtgärder

Bröstcancer: Kontinuitet är värdefullt för den enskilde patienten men det är en utmaning i en stor verksamhet med många medarbetare och med allt mer komplexa behandlingsmöjligheter. God kontinuitet har också patientsäkerhetsaspekter, sparar resurser och är positivt för arbetsmiljön. Inom flödet diskuteras det på vilket sätt det är möjligt att lägga till kontinuitet som en kvalitetsindikator. Inom flödet strävar man efter att arbeta i team med en patientansvarig läkare respektive kontaktsjuksköterska, för att minska antalet involverade medarbetare.

Prostatacancer: Under 2022 kommer ett omfattande arbete med att se över rutinerna kring registreringen av SVF att ske för att öka täckningsgraden till registret.

Prostatacancer – PROM enkät	2021	2020	2019
Täckningsgrad		62%	
Andelen patienter uppgett urinläckagen som komplikation, %	5%	25%	17%
Antal patienter som ingår i beräkningen	7/132	27/106	22/130
Andelen patienter uppgett erektil dysfunktion som komplikation, %	56%	51%	47%
Antal patienter som ingår i beräkningen	51/98	54/106	61/130

## Analys/Kommentar

Urinläckage: Av 165 opererade patienter för prostatacancer under 2020 har 80 procent följts upp efter 12 månader och svarat på frågor gällande urinläckage. Andelen som rapporterat urinläckage efter operation är lägre än tidigare år.

Erektil dysfunktion: Av 170 opererade patienter för prostatacancer under 2020 har 80 procent följts upp efter 12 månader gällande erektil dysfunktion. (Bedömningen tar ingen hänsyn till tidigare funktion)

Erektil dysfunktion efter operation har förbättrats jämfört med tidigare år och ligger nu bättre än regionen/nationellt vid jämförelse i ePROM.

## Planerade förbättringsåtgärder

Urinläckage: Det har tidigare visats sig vara en variation i resultat på operatörsnivå. Personlig återkoppling och

coachning har skett i syfte att höja kompetensen, vilket gett resultat.

Erektil dysfunktion: Under 2022 pågår ett projekt med en helt ny mottagning för män som upplever potensproblem efter prostataoperation. Mottagningens mål är att erbjuda rätt hjälp och information till alla män. Utbildning av personalen samt stöd i arbetet kommer underlätta att identifiera de män som har behov samt ge bättre riktade åtgärder.

## Ortopedisk plastikkvård

Höft-, Axel- och knäplastik sjukvård	2021	2020
Andel höftplastiker som reopererats inom 1 år pga misstänkt infektion.	0,9%	0,6%
Antal patienter som ingår i beräkningen	3/347	
Andel knäplastiker som reopererats inom 1 år pga misstänkt infektion.	0,6%	1,7%
Antal patienter som ingår i beräkningen	1/169	
Andel axelplastik som reopererats inom 1 år pga misstänkt infektion		0,5%
Antal patienter som ingår i beräkningen		

## Diabetesvård

### Analys/Kommentar

HbA1C: Majoriteten av patienterna (92 procent) har tillgång till någon kontinuerlig glukosmätare som mäter vävnadsglukos. Detta har bidragit till att HbA1c förbättrats över tid. De individer som har fortsatt högt HbA1c har ofta annan samsjuklighet (psykiatrisk sjukdom, neuropsykiatrisk diagnos, missbruk eller annan komplicerad oftast kronisk sjukdom) som en försvårande omständighet

Blodtryck: Effekterna av Covid-19 pandemin kvarstår, färre blodtryck har registrerats jämfört med 2019. Även uppföljning av insatt antihypertensiv behandling har varit begränsat då flertal patienter avböjt fysiska besök

## Sjukhusgemensamma resultat

samt omstrukturering av personella resurser pga Covid-19 pandemi. För att öka patientens delaktighet och eget ansvar har patienten givits möjlighet att själv kontrollera blodtryck hemma eller på annan enhet som utför blodtrycksmätningar. Resultat av detta visar att det tar längre tid för patient att återkoppla resultaten och i vissa fall har patienten även glömt vilket har medfört fördröjda åtgärder för att optimera eller insätta blodtrycksbehandling.

Ögonbotten: Flertal av patienterna behöver kontrollera ögonbotten varje år. Covid-19 pandemin medfört att besöken blivit glesare men under en 2-årsperiod syns det inte i statistiken. Ny remiss för ögonundersökning utfärdas i samband med läkar- eller diabetessjuksköterskebesök.

Fotundersökning: Jämfört med 2020 har fler fotstatus utförts men fortfarande ses effekter av Covid-19 pandemin. Fler digitala besök men även glesare besök än vanligt har medfört att resultatet för fotstatus är lågt.

CStG har endast rapporterat fotstatus som utförts på mottagningen (67 procent). Vid digitala vårdkontakter har patient fått frågan om aktuella fotbesvär. Om frågan besvarats nekande har det rapporterats in som frisk fot. Detta kan förklara varför översikten i NDR angett en högre procentuell genomförande fotundersökning (70 procent).

Dessvärre kan nedsatt känsel och cirkulation föreligga utan att patient är medveten om det. Detta är en svaghet med digital kontakt.

### Planerade förbättringsåtgärder

HbA1C: Fortsatt strukturerat arbetssätt och uppföljning av de individer som har högt HbA1c. Samarbete med paramedicin (kurator) för att erbjuda bättre psykologiskt stöd till individen för att om möjligt förbättra glukoskontrollen.

Blodtryck: Sedan flera år finns tydliga rutiner hur blodtryck skall följas upp vid mottagningen. Vidare köper allt fler patienter egen blodtrycksmätare. Det finns även en framtagen rutin hur patienten själv kan registrera blodtryck hemma och rapportera in till mottagningen.

Fortsätta följa gällande rutin. Prioritera patienter för uppföljning och insättning av behandling. Tydligare kommunikation med patient vikten av god blodtrycks kontroll.

Diabetes typ1 sjukvård	2021	2020	2019
Andelen patienter i öppen vård med diabetes typ 1 med HbA1c 70 mmol/mol eller lägre, %	89,4%	89%	89%
Antal patienter som ingår i beräkningen	812 /908	852 /962	985 /1107
Andelen patienter i öppen vård med diabetes typ 1 med blodtryck ≤ 140/85	81,2%	82%	84%
Antal patienter som ingår i beräkningen	699 /860	761 /923	926 /1107
Andelen patienter i öppen vård med diabetes typ 1 som någon gång under de senaste två åren gjort ögonbottenundersökning, %	96%	96%	-
Antal patienter som ingår i beräkningen	878 /919	938 /973	-
Andelen patienter i öppen vård med diabetes typ 1 som gjort fotundersökning det senaste året, %	67,3%	52%	-
Antal patienter som ingår i beräkningen	619 /919	504 /973	-