

Patientsäkerhetsberättelse för Cario S:t Görans sjukhus 2022



Innehåll

SAMMANFATTNING	3
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD.....	4
Engagerad ledning och tydlig styrning	4
Övergripande mål och strategier.....	4
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	7
Informationssäkerhet.....	9
Strålskydd	9
En god säkerhetskultur	10
Adekvat kunskap och kompetens	11
Patienten som medskapare.....	12
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	14
Öka kunskap om inträffade vårdskador.....	14
Avvikelse.....	14
Strukturerad journalgranskning	16
Klagomål och synpunkter	17
Tillförlitliga och säkra system och processer.....	19
Säker vård här och nu.....	20
Är vården säker idag	20
Riskhantering.....	20
Stärka analys, lärande och utveckling	21
Förbättringsarbete	21
Kvalitetsregister.....	22
Vården i siffror (öppna jämförelser)	22
Öka riskmedvetenhet och beredskap.....	23
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	24
Bilaga 1. Sammanfattning strålsäkerhetsarbete för röntgen och nuklearmedicin 2022 vid Capio S:t Görans sjukhus	25
Bilaga 2. Urval av sjukhusgemensamma resultat.....	28

SAMMANFATTNING

Sjukhusets patientsäkerhetsarbete bygger på att skapa och vidmakthålla tydliga processer. Detta innefattar:

- Flödeskartor kring våra större symtom- och diagnosgrupper.
- Introduktionsprogram för nya medarbetare.
- Kontinuerlig fortbildning inom vårds-kadeområden.
- Datadriven visualisering av aktiviteter kopplat till omvårdnad, processmått och kvalitet.
- Uppföljning på enhet-, klinik- och sjukhusnivå kring hur vi ligger till i vårdkvalitet och patientsäkerhet.
- Underlätta att följa aktiviteter kopplat till avvikelser, risk- och händelseanalyser och myndighetsärenden.
- Uppmuntra medarbetarna till att rapportera avvikelser och att lyfta förbättringsförslag.
- Främja samverkan och teamarbete mellan professioner.
- Inhämta synpunkter och erfarenheter inom patientsäkerhetsområdet från medarbetare, patienter och närstående.

Under 2022 genomfördes förbättringsarbeten som stärker patientsäkerheten genom:

- Ny digital plattform för avvikelser som skapar möjligheter att arbeta länkat mellan avvikelse, händelseanalyser och förbättringsarbete. Ett system för all ärendehantering på sjukhuset.
- Införande av LifeCare för förbättrad samverkan och kommunikation för mer sömlösa vårdövergångar.
- Nytt intranät med bättre sökmotor och nytt dokumenthanteringssystem.
- Visualiserad kvalitetsdata i form av olika rapporter i Power BI.
- Möjlighet att kontinuerligt följa upp våra patienters synpunkter och erfarenheter.

För att skapa säker vård och nu kommer 2022 års lärdomar och utmaningar forma 2023 års patientsäkerhetsarbete med fokus på att:

- Stärka implementering och uppföljning av förbättringsåtgärder från händelseanalyser samt att sprida lärdomarna från händelserna.
- Stärka och implementera personcentrerade arbetssätt och öka patientdelaktigheten.
- Införa nya personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp.
- Förkorta ledtider på akutmottagningen.
- Skapa bättre följsamhet och användande av validerade verktyg som stärker patientsäkerheten.
- Stärka det proaktiva arbetet genom riskanalyser och utveckling av specialistgruppernas arbetssätt.
- Använda tillgängliga data i det dagliga kvalitet och patientsäkerhetsarbetet.

Ett av sjukhusets största fokusområde är starten av förlossningsverksamheten i april 2023.



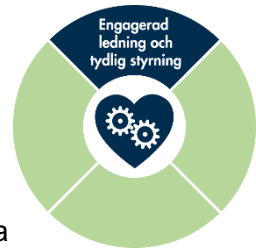
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Engagerad ledning och tydlig styrning

Övergripande mål och strategier

Sjukhusövergripande mål

- 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
- Skapa ett ledningssystem där goda idéer eller brister i vårdkvalitet och patientsäkerhet leder till förbättringsarbetet och sprids på sjukhuset.
- Ha ett strukturerat ledningssystemet för patientsäkerhet i vårt dokumenthanteringssystem, avvikelsesystem, Intranät och Hemsida.



Strategier

Sjukhusets långsiktiga patientsäkerhetsstrategi bryts ner till årlig övergripande verksamhetsplan, där vårdkvalitet och patientsäkerhet är en av huvuddelarna. Denna bryts ner till klinik och enhetsnivå. Sjukhusets patientsäkerhetsarbete leds och beslutas av VD och sjukhusets ledningsgrupp och framför allt däri ingående verksamhetschefer.

Patientsäkerhetsarbetet drivs effektivast på klinikinivå med stöd från sjukhusövergripande funktioner. Uppföljning är centralt för effektivt förbättringsarbete inom patientsäkerhet. Vi ger en högkvalitativ, patientsäker och effektiv sjukvård genom medarbetarnas kontinuerliga förbättringsarbete och patienternas delaktighet. Vi förenar vård, kvalitet, patientsäkerhet, effektiva flöden, hög tillgänglighet med kostnadseffektivitet. Chefen och medarbetarna har ett gemensamt ansvar i att skapa och efterfölja patientsäkra strukturer för att förhindra att vårdskador uppstår. Alla medarbetare men också patienter bidrar till att driva förbättringsarbetet genom att förmedla goda idéer och påtala brister. Vi använder förbättringsarbete enligt Leans principer som ingår i Capiomodellen där alla aspekter från patientens unika behov till ekonomisk stabilitet ingår.

Capiomodellen

En pålitlig partner – närvarande och nytänkande



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

Delar av sjukhusets ledningssystem har granskats och godkänts mot specifika kvalitetsstandarder. Ackreditering av verksamheter sker där sådan struktur finns. CStG är miljöcertifierat sedan 2005 och uppfyller kraven i ISO 14001:2015. Re-certifiering har skett under hösten 2022.

Organisation och ansvar

Sjukhusets ledning består av VD, verksamhetschefer och stödfunktionschefer inkl. chefläkare, och de har i egenskap av vårdgivare det övergripande ansvaret för kvalitet och patientsäkerhet. Varje verksamhet har sin ledningsgrupp bestående av första linjens chefer och klinikernas stödfunktioner (se nedan), där verksamhetschefen agerar efter sjukhusledningens beslut och driver egna patientsäkerhetsarbeten.

Det finns tydliga funktionsbeskrivningar för ovanstående roller och nyckelpersoner på resp. enhet. I uppdragen ingår direkt ansvar för kvalitet och patientsäkerhet samt förbättringsarbete enligt leanprinciper. Uppdraget omfattar även att ta fram, fastställa, vidareutveckla, avveckla och dokumentera rutiner och metoder. Ledningsgruppen följer månadsvis övergripande måluppfyllelse i kvalitet och patientsäkerhet och allvarliga vårdskador.

Klinikspecifika resurser för ökad patientsäkerhet:

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

Utvecklingsansvarig inom digitala vårdssystem ansvarar för implementering av förändringar i dessa system, både lokalt och sjukhusövergripande. De utbildar, återkopplar funktionsbrister *Medarbetare* i alla professioner, som i sina dagliga möten med patienter, närstående och varandra skapar patientsäker vård med hög kvalitet. För detta krävs bl. a. hög kompetens, bra kommunikationsförmåga och ett gott bemötande.



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

Sjukhusövergripande stödfunktioner för förbättringsarbetet i verksamheten finns bl. a. Kvalitets- och Patientsäkerhetsenheten (KoPSe), Specialistgrupper, Patientsäkerhetsforum, IT, HR, Ekonomiavdelningen; FOUU samt Kommunikationsavdelningen. Tillsammans skapar vi förutsättningar för ett säkert ledningssystem där goda idéer eller brister i vårdkvalitet och patientsäkerhet leder till förbättringsarbetet och sprids på sjukhuset.

Kvalitets- och patientsäkerhetsenheten (KoPSe) har en samordningsfunktion för uppföljning av sjukhusets kvalitets- och patientsäkerhetsarbete och ger stöd till sjukhuset med rådgivning, omvärldsbevakning, utveckling, uppföljning i förbättringsarbetet, dialog med Hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Gruppen har ett ansvar att säkra ledningssystemet för patientsäkerhet i såväl vårt dokumenthanteringssystem, avvikelssystem, intranät och hemsida. KoPSe består av chefläkare, kvalitetschef, patientsäkerhetssamordnare (inklusive patientvägledning), verksamhetsanalytiker, systemförvaltare, sjukhusövergripande utbildningssamordnare och sjukhusapotekare, hygienköterska samt sjukhusets katastrof- och beredskapssamordnare. KoPSe är samordnande för kvalitetscontrollers och utvecklingsansvariga på sjukhuset. Dessa grupperingar träffas i strukturerade möten ca 2 ggr/månad.



Specialistgrupperna är sjukhusövergripande, tvärprofessionella grupper med fokus på förbättringar och informationsspridning inom de vanligaste vårdskadeområdena. De tar fram evidens, genomför sjukhusövergripande förbättrings-förslag och journaldokumentation. Grupperna är länken till de lokala ombuden inom respektive vårdskadeområde. Grupperna är hygien- och smittskydd, läkemedel, sårvård, nutrition, smärta, fallpreventivt arbete och palliativ vård samt STRAMA-nätverk.

Patientsäkerhetsforum är en tvärprofessionell grupp som har i uppdrag att främja utvecklingen, fortbildning och utbildningen inom patientsäkerhetsområdet.

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

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

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

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



Patientsäkerhetsforum (PSF) är en tvärprofessionell grupp bildad under 2020 som har i uppdrag att främja utvecklingen, fortbildning och utbildningen inom patientsäkerhetsområdet.

Sjukhusövergripande *specialistgrupper* verkar kliniköverskridande på uppdrag av verksamhetschefsgruppen.

Specialistgrupperna har ett uppdrag inom sitt specialistområde och utgör en stödfunktion till sjukhusets förbättringsgrupper, 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 samt STRAMA-nätverk.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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. Detta sker genom att flödesägare skapar en tydlig och sjukhusövergripande process för symptom- och

diagnosspecifika vårdflöden där flödesledarna på respektive enhet säkerställer följsamhet till processen.

Intern samverkan för att lösa sjukhus- och klinikövergripande problemställningar sker även vid gemensamma möten som till exempel ledardagar, produktionsmöten, kliniköverskridande chefs- och förbättringsmöten, vårdenhetschefsmöten och förbättringsmöten.

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 använder oss av standardiserade utskrivningsrutiner med checklistor för att säkerställa en säker utskrivning. 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 främja säkra vårdövergångar.

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 avancerad hemsjukvård eller avgränsningar i beroendevården.

Under 2022 har en sjukhuset initierat en sjukhusövergripande riskanalys med två av våra samarbetspartners på de geriatriska klinikerna. Riskanalysen har tittat på risker avseende överföring av information vid vårdövergång mellan vårdgivarna. Under 2023 planeras fortsatt samverkansarbete för att arbeta med identifierade risker från riskanalysen. Samverkansarbete har även skett mellan psykiatri/beroende och intensivvårds och intermediärvårdsavdelningen för att främja patientsäkra och smidiga vårdövergångar.

CStG deltar även aktivt i alla Region Stockholms samverkans- och nätverksgrupper t. ex kvalitetsnätverk, RSG Patientsäkerhet, chefläkarnätverket, omvårdnadsrådet, läkemedelskommittén, nätverk för journalgranskning, vårdhandbokens regionala nätverk, nätverk för patientsäkerhetssamordnare/Patientvägledare, prioriteringsråd och valberedning inom kunskapsstyrning med flera

Under året har ett stort arbete utförts i att driftsätta samverkansplattformen LifeCare. Medarbetare har utbildats i den nya plattformen som möjliggör förbättrade kommunikationsvägar för mer sömlösa vårdövergångar.

Informationssäkerhet



I det kontinuerliga informationssäkerhetsarbetet har sjukhuset genomfört flera risk- och behovsanalyser gällande åtkomst och behörigheter. Detta har lett till viss åtstramning och förbättrat skydd för integritetskänslig information och stärkt s.k. inre sekretessen med integration mot nationella spärrtjänsten.

Genomförd sårbarhetsanalys kopplat till det lokala nätverket visade på en generellt hög informationssäkerhet men också på några IT-säkerhetssvagheter som nu är korrigerade.

SMS-påminnelser till patienter har nu en sjukhusövergripande standard med följsamhet till Patientdatalagen och Dataskyddsförordningen.

Utvärdering och införande av nya digitala system, teknisk apparatur, appar och tjänster som innehåller patienternas personuppgifter sker enligt en standardiserad process. Innan införande vägs patientnytta, klinisk användbarhet, kostnad och informationssäkerhet. I s m med införandet klassificeras informationen. Denna process hanteras för såväl IT- som Medicintekniska system på samma sätt i en gemensam portal.

Under 2022 var det vanligaste informationssäkerhetsproblemet att enskilda användare dokumenterar på fel person/patient. Det finns idag inget bra sätt att kontexthantera personinformation mellan olika vårdssystem och med ett stort flöde av patienter i akutprocessen är det en utmaning för vårdens personal att alltid säkerställa att det är rätt patient i de olika system som behövs för en och samma patient. Detta är ett utvecklingsområde för 2023.

Integritetsmyndigheten (IMY) har under 2019–2020 arbetat med ett tillsynsärende kring CStG:s och några andra sjukhus struktur för behörigheter och åtkomst i huvudjournalssystemen. IMY utdelade kritik och vite som överklagats till högre instanser. Ärendet avgjordes 2022 i Kammarrätten till sjukhusets fördel

Strålskydd

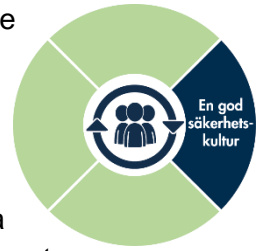
För en sammanfattning av strålsäkerhetsarbetet på Catio Sankt Görans sjukhus under 2022 se bilaga 1.

En god säkerhetskultur

Under hösten 2022 genomfördes den årliga medarbetarenkäten som visade ett HSE-värde på 78. HSE-värdet är en temperaturmätning på upplevelser kring patientsäkerhetsarbetet på arbetsplatsen. Värdet är relativt oförändrat jämfört tidigare år och i linje med övriga akutsjukhus i regionen.

Aktiviteter som kommer prioriteras:

- Arbeta med bemötandefrågor som en del i att stärka patientsäkerhetskulturen bl. a genom Bemötandeprojektet (Schysst vardag).
- Avstämningmöten, s.k. pulsar före, under och efter pass där risker och händelser lyfts.
- Återupptagna teamträningar kopplat till stressiga situationer; hjärtstillestånd på avdelning, larm på akuten, uppstartsövningar vid katastrof.
- Patientsäkerhetsforumsvecka kring vårdskador med flera aktiviteter.



Adekvat kunskap och kompetens

Utbildningsrådet, där sjukhusets FoU-enhet samt representanter för alla kliniker ingår, har ett övergripande ansvar att regelbundet besluta om vilka utbildningar som ska erbjudas medarbetarna utifrån identifierade behov. Vår digitala utbildningsplattform, Catio Academy, där sjukhusets alla utbildningar finns tillgängliga för all personal, inklusive utbildningar inom patientsäkerhetsområdet. Exempel på utbildningar är kompetenskort för hygien, strukturerad kommunikation (SBAR), Early Warning Score (NEWS). Många av utbildningarna är grundläggande och obligatoriska men det finns även utbildningar som är fördjupningskurser inom patientsäkerhetsområdet till exempel patientsäkerhetslagen. Plattformen möjliggör för varje medarbetare och resp. chef att få en överblick över vilka utbildningar som är obligatoriska för den enskilda individen och vilka som är påbörjade och avslutade. Närmaste chef ansvarar för att följa upp medarbetarens genomgångna utbildningar.



Vid nyanställning får varje medarbetare en schemalagd obligatorisk dag där pass avsätts till övergripande kunskap kring sjukhusets patientsäkerhets- och förbättringsarbete i syfte att bland annat skapa en systemförståelse för risker inom verksamheten. Introduktionen tar upp skyldigheten att rapportera risker och tillbud samt hur varje medarbetare kan bidra i sjukhusets förbättringsarbete genom att skapa digitala förbättringsförslag och arbeta med förbättringsprojekt. Sjukhuset ordnar föreläsningar, lunchseminarier mm inom kvalitet och patientsäkerhet för olika

professioner på sjukhuset. Detta gäller både vid introduktion, måluppfyllelse för specialistutbildning och påbyggnadskurser för nya chefer och nyckelroller.

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

Under 2022 har fortsatt periodvis hög förekomst av infektionssjukdomar kraftigt påverkat bemanningen, däribland covid-19. Dessutom har akutsjukvården generellt utmaningar i att rekrytera och behålla medarbetare och vi har liksom många andra behövt anlita inhyrd personal som inte är så väl införstådda i våra arbetssätt och rutiner som ordinarie personal. Sjukhuset jobbar aktivt med öka andelen permanent personal samt att stärka kompetensutveckling för dessa.

Patienten som medskapare




CStG har ett tydligt mål att involvera och göra patienterna delaktiga i sin egen vård. Vi lägger också stor vikt vid att ta med och engagera patienter när förbättringsarbeten genomförs, dvs. att alltid efterfråga patient och/eller närståendes synpunkter. Bröstcentrum har sedan flera år ett etablerat patient- och närstående råd som medverkar i olika förbättringsarbeten. Under 2023 startar ett arbete för ett sjukhusövergripande råd.



Patientsäkerhetsforum har tagit fram patientinformation om hur medarbetare och patienten tillsammans samverkar för att skapa en säker vård. Informationen utgår från vårdskadeområden på sjukhuset, se bild nedan.

Din säkerhet hos oss

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

 Rätt information	 Skydda dig mot fallolyckor
<ul style="list-style-type: none">Berätta vad som är viktigt för dig under vårdtiden.Uppge ditt personnummer för att bidra till att du får rätt medicin och att rätt prover tas och undersökningar görs.	<ul style="list-style-type: none">Be personalen om hjälp om du känner dig ostadig.Be om hjälpmedel som du behöver för att känna dig säker.Använd halksockor eller stadiga skor.Res dig inte för snabbt, sitt en stund på sängkanten och trampa med fötterna.
 Läkemedel	 Innan du lämnar sjukhuset ska du ha fått
<ul style="list-style-type: none">Berätta för oss vilka läkemedel du brukar ta och varför.Säg till om du inte vet varför du får ett visst läkemedel.	<ul style="list-style-type: none">Sammanfattning av din vård hos oss med information om du har några rekommendationer/restriktioner att följa och eventuell uppföljning.Läkemedelslista där det framgår när och varför du ska ta dina läkemedel.Information om var du ska vända dig om du har frågor efter vården hos oss.Dina närstående får gärna medverka vid utskrivningssamtalet om du vill.
 God hygien	 Skydda dig mot att drabbas av skador
<ul style="list-style-type: none">Tvätta dina händer ofta, alltid efter toalettbesök och innan måltid. Använd tvål, vatten och handdesinfektion.Säg till om du har infektionssymtom som feber, snuva, diarré eller kräkning.Nys eller hosta i armvecket.	<ul style="list-style-type: none">Förebygg tryckskador på huden genom att ofta ändra läge i sängen.Be personalen om hjälp med lägesändringar om du behöver.Prata med oss om dina specifika behov av vätska och näring.


Capio
S:t Görans Sjukhus

För patienterna är information första steget mot delaktighet och ökad trygghet kring sin vård och behandling. Den ges både muntlig och vid besöket eller via vår externa hemsida. Patienterna använder i allt större omfattningen möjligheten att följa sitt vårdförlopp på 1177 där journal och provsvar tillgängliggörs i realtid. Breddinförande av taligenkänning medför att journaltext finns omedelbart tillgänglig för både patient och personal- något som stärker patientsäkerheten Under 2022 har vi gått från 40 % av diktaten till omedelbar text under föregående år till ca 48 % av alla akutanteckningar.

Andra exempel på projekt där patientdelaktighet och medverkan är central är Medicinklinikens projekt med virtuella vårdplatser (Hospital at Home). I vårdformen är patienten en aktiv part i att rapportera sina parametrar och status självständigt, projektet fortlöper under 2023.

Hjärtkliniken har fortsatt sitt arbete med utveckling av behandlingsplaner och vård dagböcker på sina slutenvårdsavdelningar vilket går i linje med grundprinciperna för personcentrerad vård.

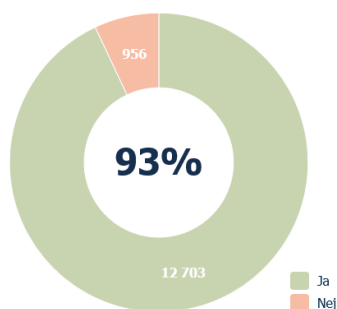


Patient och närstående kan via de sjukhusövergripande synpunktskorten, som finns tillgängliga på alla avdelningar och mottagningar både analogt och digitalt, ge återkoppling och lämna synpunkter på förbättringar. Detta har resulterat i en fantastisk återkoppling. Under 2022 svarade 13 877 patienter på enkäten. Genom svaren 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. Förbättringsförslag från patienterna hanteras och visualiseras på enheternas digitala förbättringstavlorna. Implementering med automatiska utskick av synpunktskort via 1177 pågår.

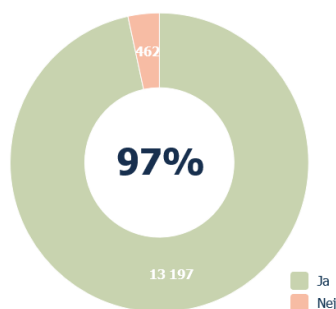
God omsorg och rätt information

Patientens upplevelse i samband med kontakten

Fick du tillräckligt med information om din vård/ behandling?



Blev du bemött med medkänsla och omsorg?



Mätperiod:
2022
Antal svar 13 877

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

CStG sjukhus arbetar med att identifiera, analysera, ta fram åtgärder och följa upp åtgärder inom ett flertal vårdskadeområden i syfte att säkra verksamhetens kvalitet såsom trycksår, undernäring, smärta, fall och fallskador, anmälningspliktiga multiresistenta bakterier, VRI samt basala kläd- och hygienrutiner. För varje område finns mål kopplade, resultat och analys av resultat som innefattar åtgärder där målen inte uppnås. Uppföljning av åtgärder sker bl. a varje kvartal i samverkan med varje klinik och kvalitets- och patientsäkerhetsenheten, se bilaga 2. Andra områden som följs, med kopplade mål och uppföljning, är mortalitet under vårdtiden och efter 30 dagar, oplanerad återinskrivning till samma klinik inom 7 dagar, 7 dagar >80 år, 30 dagar, se exempel bilaga 2.

Öka kunskap om inträffade vårdskador

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



Avvikelser

Sjukhusets avvikelser granskas dagligen. Ansvarig linjechef, tillsammans med sin arbetsgrupp, prioriterar, handlägger, analyserar, beslutar om åtgärder, utvärderar dessas effekt och återkopplar till berörda. Utifrån avvikelser och utredningar ansvarar initierare linjechefen förbättringsåtgärder. Det är de lokala förbättringsgrupperna får uppdrag av linjechefen att ta fram förslag till förbättring med stöd av kvalitetscontroller och berörd specialistgrupp. Kvalitetscontroller granskar respektive kliniks avvikelser och patientsäkerhetsansvariga granskar på sjukhusnivå för att säkerställa att allvarliga avvikelser fångas upp och för att hitta sjukhusövergripande riskområden. Vid allvarliga händelser eller risker (allvarlighetsgrad 3 och 4) involveras chefläkaren snarast och rapporterar till VD/koncernledning inom 24 timmar. Uppföljning av handläggningstider görs regelbundet och kommuniceras ut till ansvariga chefer.



I mars 2022 implementerade Capio S:t Görans Sjukhus ett nytt avvikelshanteringssystem i ärendehanteringssystemet JIRA. Här kan alla typer av avvikelser rapporteras via ett och samma formulär, d.v.s. vård-, arbetsmiljö-, miljö- och säkerhetsavvikelser. I samma system registreras och handläggs även klagomål från patienter och närstående.

Avvikelsesystemet medför att uppföljning av avvikelser med enkelhet kan ske på enhet, klinik eller sjukhusnivå inom olika kategorier. Systemet möjliggör också att ha en digital sammankopplad kedja genom processen avvikelse-händelseanalys-förbättringsåtgärder-egenanmälan enligt lex Maria. Systemet ger också goda möjligheter att visualisera och följa upp förbättringsåtgärder vilket fortsatt arbete med kommer ske under 2023.

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

Under 2022 rapporterade medarbetarna på sjukhuset totalt in 4952 avvikelser, vilket är i linje med föregående år och motsvarar 2,3 avvikelser/medarbetare/år. Diagram 1 visar fördelning av sjukhusets vanligaste avvikelsekategorier under 2022.

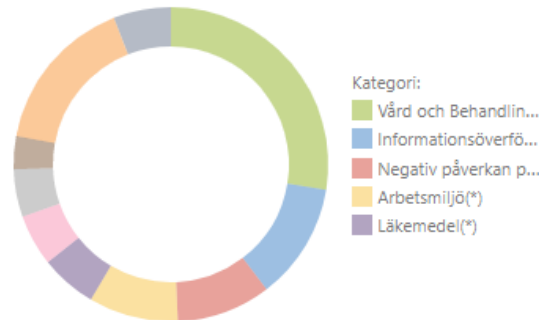


Diagram 1. Fördelning avvikelsekategorier CStG 2022. Källa: CStG.

Vård och behandling (36%) är en stor och heterogen grupp, med fall, infektioner försenad utredning mm. Subgrupper inom området kan kartläggas och bredare analyser kan utföras som grund till förbättringsarbete.

Informationsöverföring/bristande kommunikation (16%). En god och säker vård förutsätter en effektiv kommunikation och att informationen överförs korrekt i alla led vid alla tillfällen, till patient och nästa steg i vårdkedjan, internt och externt. Strukturerad kommunikation enligt SBAR (Situation, Bakgrund, Aktuellt tillstånd, Rekommendation) och "closed loop communication" används sjukhusövergripande för att säkerställa att information överförs på ett sakligt och korrekt sätt. Fortlöpande utbildning ges till nyanställda och rapporteringsmallar och fickkort för SBAR finns tillgängliga för samtliga enheter.

Av det totala antalet avvikelser klassificerades 203 avvikelser (4%) som nivå 3–4, dvs avvikelser som lett till permanent skada eller dödsfall. Diagram 2 redovisar kategorier för sjukhusets allvarliga avvikelser 2022. Allvarliga avvikelser utreds med händelseanalys för att skapa en djupare förståelse om bakomliggande faktorer och identifiera förbättringar.

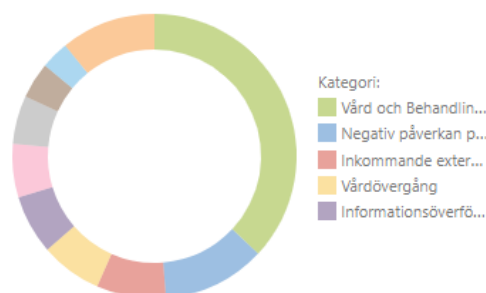


Diagram 2. Fördelning avvikelsekategorier nivå 3–4 CStG 2022. Källa: CStG.

Det ökande antalet anmälningar och utredningar (se tabell 1) bedöms bero på ökat intresse att utreda möjliga vårdskador, men också på alltmer komplex sjukvård, i en åldrande befolkning, som är extra utsatta för risker för vårdskador. Alla kliniker har medarbetare utbildade i händelseanalysmetodik. I alla händelseanalyser erbjuds patient/ närstående att bli intervjuad om sin upplevelse av händelsen likväl som att få återkoppling på vad analysen visat och vilka förbättringsåtgärder som planeras. Aktivt arbete pågår med att starta utredningar omgående efter inträffade allvarliga avvikelser. Sjukhuset arbetar mot målet att färdigställa sina utredningar inom 30 dagar.

Typ av analys/År	2019	2020	2021	2022
Händelseanalys	29	22	29	34
Lex maria anmälan	9	8	8	11
Risicanalys	9	9	14	39

Tabell 1. Antal händelseanalyser, anmälan enligt lex Maria samt riskanalyser CStG 2022. Källa: CStG.

Bortsett från fler analyser och anmälningar är det svårt att se tydliga mönster, men under 2022 har fler utredningar och lex Maria anmälningar bottnat i fördröjd handläggning och lång väntan på akutmottagningen som orsakar s.k. crowding. Ett stort förändringsarbete pågår på akutmottagningen med nya arbetssätt och vårdteam för snabbare handläggning, ökad patientsäkerhet och förbättrad arbetsmiljö. Andra utredningar har identifierat val av vårdnivå som en faktor som påverkat utfallet för patienten där patientens behov av högre vårdnivå inte tillgodosetts tillräckligt skyndsamt. Sjukhuset planerar att utöka med ytterligare två vårdplatser på intermediärvårdsavdelning (IMA).

Patientsäkerhetsforum (PSF) ordnar seminarier och webinarier som lyfter viktiga åtgärder från händelseanalyser för att förebygga vårdskador, såsom vikten av att använda mätskalor för att tidigt upptäcka allvarliga tillstånd hos en patient. Risker vid läkemedelshantering, säker kommunikation, utskrivning etc.

Akutkliniken har under 2022 infört s.k. M& M (morbidity & mortality conference) dragningar regelbundet där olika case har diskuterats tvärprofessionellt med fokus på lärande och transparens. Detta arbetssätt planeras att spridas under 2023.

Strukturerad journalgranskning



Under 2022 granskades totalt 306 journaler. Av dessa var 170 sjukhusövergripande slumpvis utvalda journaler från slutenvårdsklinikerna och resterande var riktade granskningar. Metoden som används är Markörbaserad journalgranskning (MJG) som är framtagen av SKR. Granskningarna ger oss en övergripande identifiering av problemområden för djupare granskning.

Den totala andelen vårdskador, d.v.s. undvikbara skador, vid CStG under 2022 var på 6,4 % (11 av 170) jämfört med 2021 som var 2,5 % (3 av 120) se tabell 2. Årets resultat är en ökning jämfört mot föregående år. Andelen övriga skador har samtidigt minskat till 4,1 % (7 av 170) från 5,8 % 2021 (7 av 120). Årets resultat för vårdskador är mer i linje med nationella nivå inom

somatisk slutenvård som var 6,3 % 2020 (skador i somatisk vård 2013–2020, SKR). Andel övriga skador är lägre på CStG i jämförelse med den nationella nivå som var 10,6 % 2020. Ökningen i antalet vårdskador bedöms relateras till en mognad och utveckling att bedöma skador som undvikbara eftersom antalet skador samtidigt ses minska. Sjukhuset bedriver alltmer komplex vård och patienterna blir äldre och mer multisjuka vilket också ökar risken att drabbas av en vårdskada/skada. Vårdrelaterade infektioner står för fem av 11 identifierade vårdskador och kirurgiska vårdskador för ytterligare fem.

	2022	2021	2020
Vårdskador	6,4%	2,5%	3,3%
Övriga skador	4,1%	5,8%	6,7%

Tabell 2. Redovisning av vårdskador CStG 2022 Källa: CStG.

Klagomål och synpunkter



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

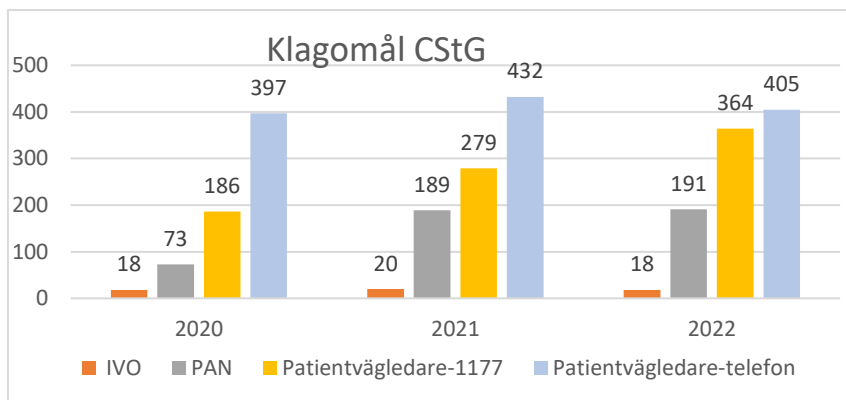
Patienter och närstående kan även vända sig med sina synpunkter till sjukhusets Patientvägledare, via telefon eller 1177 Vårdguidens e-tjänster. Patientvägledare kan ge information och

vägledning kring klagomålsprocessen på sjukhuset och vilka ytterligare instanser dit patienter och närstående kan vända sig med sitt klagomål.

Klagomålet hanteras i avvikelssystemet och kommuniceras alltid via avvikelssystemet till berörd verksamhet som ansvarar för utredning och återkoppling till patienten.

De senaste åren syns en trend i ökat antal klagomål, se tabell 3. Klagomålsärenden som kommuniceras till patientvägledare avser ofta bemötandefrågor eller allmänna synpunkter på vård och behandling.

Det totala antalet anmälningar som framförs till Patientnämnden är högre än föregående år i absoluta tal och relaterat till produktionen. 40 % av de anmälda ärendena faller inom området vård & behandling. Den andra stora gruppen, 23 %, faller inom kategorin kommunikation, vilket är samma fördelning som föregående år och i linje med sjukhusets avvikelser och klagomål för 2022. Antalet utredningar som IVO genomförde efter patienter och närståendes anmälan till myndigheten var 34, vilket är en ökning i absoluta tal (20 2021) och per 1000 vårdkontakter.



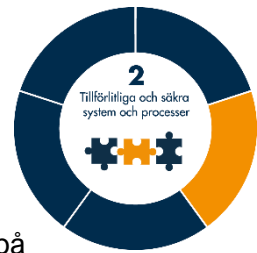
Tabell 3. Antal klagomål och synpunkter framförda via olika kanaler CStG 2022. Källa: CStG.

Patientförsäkringen, Löf, skickar årligen avgjorda ärenden som tillför en ytterligare dimension till patientsäkerhetsarbetet. Utmaning ligger i att växla in i tydliga åtgärder då händelsen ofta ligger många år bak i tiden. Skador ses framför allt inom de opererande specialiteterna, fallskador och intern smittspridning av covid-19. Inga stora förändringar har skett de senaste åren.

Tillförlitliga och säkra system och processer

Sjukhuset har arbetsprocesser för att stärka det systematiska patientsäkerhetsarbetet genom att arbeta med personcentrerade och standardiserade vårdförlopp och minska oönskade variationer. Vid varje inskrivning i slutenvården genomförs riskbedömningar av risk för fall, trycksår, nutrition, överfylld urinblåsa samt smärta.

Läkemedelsgenomgång utförs på samtliga patienter som skrivs in på sjukhuset. Genomgången genomförs i första hand på akutmottagningen vid inskrivning men kan också, efter överenskommelse med läkare på mottagande avdelning, genomföras på avdelningen. Validerade verktyg såsom SBAR och NEWS används under vårdförloppet.



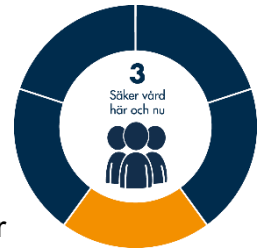
På sjukhuset finns en specialistgrupp som verkar för en rationell användning och förskrivning av antibiotika. Gruppen följer antibiotikaanvändningen samt förekomsten av multiresistenta bakterier och återför resultat till verksamheten. Infektionsspecialister är interna konsulter och genomför regelbundna avstämningar på avdelningar. Basala hygienrutiner och klädregler (BHK) är en integrerad del av hygienarbetet, se bilaga 2.



Säker vård här och nu

Är vården säker idag

Förutsättningar för säker vård förändras snabbt på ett akutsjukhus och sjukhuset har en ständig bevakning av parametrar som påverkar säkerheten i realtid/närtid. När inflöde på akutmottagningen ökar för det med sig att andel överbeläggningar ökar. Därför finns det tydliga rutiner för hur verksamheten ska agera vid en sådan utmaning hanteras. Andelen utlokaliserade patienter har blivit en större utmaning för sjukhuset, där andelen utlokaliserade patienter historiskt varit låg och är fortfarande låg jämfört regionen och landet, men nu är 2,9 %. 2022, se bilaga 2.



Leveransproblem av vissa läkemedel har inneburit behov att agilt byta ut till synonympreparat. Sjukhusets farmaceuter i samarbete med vår läkemedelsdistributör ApoEx har i uppdrag att övervaka Läkemedelsverkets uppdateringar och sprida informationen på sjukhuset. Medarbetare kan också återkoppla information som de fått direkt från patienter om restnoteringar.

Sena leveranser av medicinteknisk utrustning är vanligare sedan före pandemin. Vi har bättre kontroll på våra inköp och leveranssäkerhet ingår i kravlistan vid offerter.



Riskhantering

Under året har 1424 risker rapporteras in i avvikelssystemet varav 102 av dem klassificerats som allvarliga patientsäkerhetsrisker. 39 riskanalyser utförts på sjukhuset (tabell 1), vilket är en stor ökning jämfört mot föregående år. En stor andel riskanalyser har utförts inför uppstart av förlossningsklinikens verksamhet 1 april 2023. Riskanalyser har även initierats, med anledning av avvikelser identifierade riskområden, till exempel PVK-hantering och urinkateterisering. Via samverkan mellan olika kliniker har riskanalyser med förbättringsarbeten avseende hantering av PVK och midline utförts. Detta har bland annat resulterat i utbildningar av sjuksköterskor i stickteknik, standardiserade arbetssätt och förändrade rutiner, beslutsstöd etc.

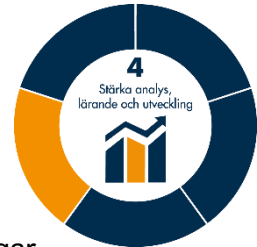
Vårdövergångar är ett annat identifierat riskområde där ett förbättringsarbete har utförts. Förbättringsarbetet har mynnat ut i stödjande checklistor för utskrivningar, journalmallar,

sjukhusövergripande standardiserade arbetssätt, samt organisationsöverskridande riskanalys om journalöverföring vid vårdövergång.

Fokus under 2023 blir att öka patientdelaktigheten i sjukhusets riskanalyser.

Stärka analys, lärande och utveckling

Avvikelser, händelseanalyser, riskanalyser och medarbetarnas förbättringsförslag är grunden för förbättringsarbeten, se avsnitt Öka kunskap om inträffade vårdskador samt Säker vård här och nu.



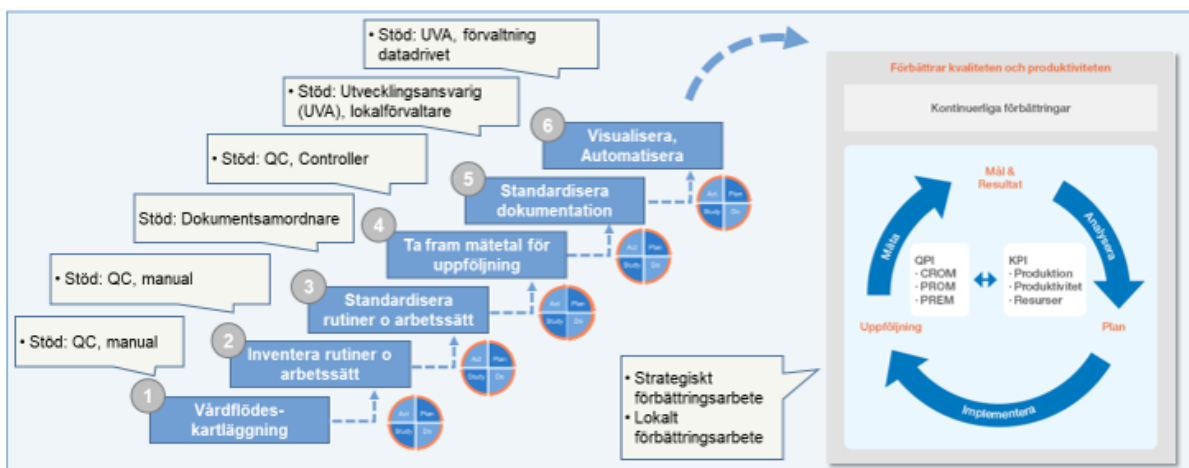
Förbättringsarbete

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



Grundprinciper:

- Vi utgår alltid från patientens behov.
- Cheferna ansvarar för att det ständiga förbättringsarbetet drivs och fungerar på respektive enhet.
- Medarbetarna ansvarar för innehållet och lösningar för förbättringarna.
- Visualiserar förbättringsförslag på digitala tavlor tillgängliga för alla medarbetare.
- Mäter och följer upp våra förbättringar.
- Implementerar innovativa lösningar brett på sjukhuset, t. ex standards och checklistor.
- Flöden kartläggs enligt 6-stegsmodellen, se bild nedan.
- Utvecklar och anpassar våra digitala vårdssystem.
- Visualiserar process- och kvalitetsmått i ett dataanalys-verktyg.



6-stegsmodellen för förbättringsarbetet på CSStG.

Kvalitetsregister

Via sjukhusets visualiseringsinstrument Power BI och de nationella kvalitetsregistren följer vi upp resultat kopplat till specifik patientgrupp/patientflöde. 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, (bilaga 2).

Vården i siffror (öppna jämförelser)

I Vården i siffror kan man se vilka enheter i Sverige som har bäst resultat i kvalitetsregistren och lära av deras arbetssätt och metodik. Capio S:t Görans sjukhus medverkar i 53 nationella kvalitetsregister.



Öka riskmedvetenhet och beredskap

För att öka främja riskmedvetenheten och beredskapen i organisationen har sjukhuset och medarbetarna möjlighet att träna för oväntade situationer. Capio team Träning (CTT), som är framtaget utifrån det norska konceptet BEST, har funnits på sjukhuset sedan 2016. Syftet med kursen är att stärka och tydliggöra teamarbetet och kommunikation. Målet är att omhändertagandet av en akut svårt sjuk patient sker på bästa sätt.

Utbildningen varvar teori med upplevelsebaserad inläring. Kurserna vänder sig till akutmottagningen och slutenvården och praktiseras på flera av sjukhusets kliniker flera gånger årligen.

Beredskapsorganisationen aktiveras vid allvarliga händelser, både inom sjukhuset och i samhället, såsom brand eller stora olyckor. I Sjukhusets uppdrag ingår att snabbt kunna ställa om verksamheten för att bli mottagande av skadade eller sjuka patienter. För att klara av detta har sjukhuset en tränad och övad beredskapsorganisation med specifika ledningsfunktioner som aktiveras i syfte att leda verksamheten och säkerställa god vård och patientsäkerhet.

HLR organisationen, Specialistgruppen för HLR (Hjärt-lungräddning) arbetar på uppdrag av verksamhetschefsgruppen och tillser att alla medarbetare kan tränas regelbundet enligt nationella riktlinjer. Närmaste chef ansvarar för att medarbetaren får utbildningstillfälle.



MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Utifrån 2022:s lärdomar och utmaningar kommer 2023 års patientsäkerhetsarbete att fokusera på

- Stärka och implementera personcentrerade arbetsätt och patientdelaktighet vad gäller både det individuella mötet och på organisatorisk nivå.
- Införa de av kunskapsstyrningen framtagna nya personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen.
- Förkorta ledtider på akutmottagningen.
- Implementering av förbättringsförslag från medarbetare och patienter.
- Förbättra uppföljning av implementering av åtgärder framtagna från händelseanalyser.
- Sprida kunskaper och lärdomar från avvikelser och händelseanalyser i högre utsträckning.
- Skapa bättre följsamhet och användande av validerade verktyg som stärker patientsäkerheten som till exempel NEWS med fokus på åtgärdstrappan
- Stärka specialistgruppernas arbete inom vårdskadeområdena och sprida arbete och kunskaper från de olika grupperna.
- Fortsatt stärka det proaktiva arbetet genom att arbeta med risker och utföra riskanalyser.
- Använda tillgängliga data i det dagliga kvalitet- och patientsäkerhetsarbetet för att skapa säker vård här och nu.
- Uppstart av förlossningsverksamheten med fokus på att integrera verksamheten i sjukhusets alla processer för kvalitet och patientsäkerhet.



Bilaga 1. Sammanfattning strålsäkerhetsarbete för röntgen och nuklearmedicin 2022 vid Capio S:t Görans sjukhus

Inledning

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. Denna rapport är en sammanfattning av strålsäkerhetsarbetet på Capio Sankt Görans sjukhus under 2022. Strålskyddet inom röntgen omfattar två tillstånd för arbete med diagnostisk röntgen och ett för nuklearmedicin:

Av strålskyddsbokslutet ska det framgå

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

Tillståndshavare: Capio S:t Görans Radiologi

Referensnr: SSM2022-6080, Am-10607

Organisationsnummer: 556868-2537

Tillståndets giltighetstid: 2027-09-23

Tillståndet gäller för att överlåta, upplåta, förvärva, inneha och använda röntgenutrustning avsedd för medicinsk röntgendiagnostik

Tillståndshavare: Capio S:t Görans Sjukhus

Referensnr: SSM2012-3322, Am-07534

Organisationsnummer: 556479-1456

Tillståndets giltighetstid: Tills vidare

Tillståndet gäller för att överlåta, upplåta, förvärva, inneha och använda röntgenutrustning avsedd för medicinsk röntgendiagnostik

Tillståndshavare: Capio S:t Görans Sjukhus

Referensnr: SSM2021-7783, Cm-07534

Organisationsnummer: 556479-1456

Tillståndets giltighetstid: 2027-01-24

Tillståndet gäller för att förvärva, inneha och använda radioaktiva ämnen med en sammanlagd aktivitet på maximalt 100 GBq för nuklearmedicinsk verksamhet.

Strålskyddsorganisation

Sedan hösten 2020 är Röntgenutbildarna AB, Capio S:t Görans sjukhus genom avtal, sjukhusfysiker, strålskyddsexpertfunktion samt strålningsfysikalisk ledningsfunktion.

Anställda vid Röntgenutbildarna AB och strålskyddsexpertfunktionen är fem sjukhusfysiker med uppdelat ansvar för strålningsfysikalisk ledningsfunktionen för verksamheten med nuklearmedicin, klinisk fysiologi samt för medicinsk diagnostik.

Strålskyddskommitté

Under 2022 genomfördes inget strålskyddskommittémöte men ett antal avstämningsmöten skedde under året samt att de nya RALF:arna genomgick utbildning i vad strålskyddsorganisationens arbetsuppgifter är.

Nytt tillstånd

Under 2022 har det ansökts om ett nytt tillstånd för Radiologin då det tidigare tillståndet gick ut i september 2022.

Dokumenthantering

Samtliga dokument i sjukhusets ledningssystem finns inlagda i Sharepoint och är publicerade på intranätet. Intern revision av samtliga övergripande dokument har genomförts under slutet av 2022 och en rapport av resultatet inväntas under 2023.

Berättigande och optimering

Under 2022 har det planerats att införa kvalitetsgrupper inom alla olika modaliteter (tidigare funnits för CT). Dessa gruppers arbete kommer att startas upp under 2023.

Registrering av diagnostiska standardnivåer (DSN)

DSN har rapporterats in till Strålsäkerhetsmyndigheten för undersökningar utförda under 2021 för alla relevanta undersökningar för konventionell radiografi, mammografi och datortomografiundersökningar.

Årsstatistik - Registrering av dosdata enligt SSMFS 2018:5

Registrering av dosdata har rapporterats till strålsäkerhetsmyndigheten för undersökningar utförda under verksamhetsåret 2021.

Personalstrålskydd

Persondoser

Nya dosimetrar har införskaffats och används för att genomföra stickprover på personal som arbetar med de mest stråldoskrävande undersökningarna. Genomförda mätningar visar inga doser över åtgärdsnivåerna.

Personliga strålskydd

Kategoriindelning av lokaler och personal

All personal är indelad i kategori B precis som under 2021.

Strålsäkerhetsutbildning

Strålsäkerhetsutbildning har genomförts på plats vid flera tillfällen under året.

Under året har 95 personer slutfört och ytterligare 41 påbörjat sin web-utbildning i strålsäkerhet av totalt 360 personer inbjudna till strålsäkerhetsutbildningen.

Strålsäkerhetsutbildning -handhavande av utrustning

Arbete pågår för att samla in kvittenslistor för genomförd handhavandeutbildning på samtliga arbetsplatser som bedriver verksamhet med strålning.

Lokaler

Sjukhusfysiker har deltagit i arbetet med de nya lokalerna för Röntgen med planerad inflytt och driftsättning under mars 2022.

Vid två tillfällen under byggperioden har strålskärningen i lokalerna besiktats där strålskärningen funnits vara adekvat.

Utrustning

Under 2022 installerades det 2 nya röntgenutrustningar till vid verksamheterna på Capiro S:t Göran. Alla utrustningar är registrerade i registerutdraget från SSM. Det har genomförts leverans- eller funktionskontroller på samtliga utrustningar under 2022. Inga större avvikelser har upptäckts på utrustningarna.

Avvikelse

Antal rapporterade strålningsrelaterade avvikelser är 7.

Strålningsrelaterade avvikelser rapporteras till sjukhusfysiker som beräknar stråldosen och återkopplar.

Planerat arbete 2023

Åtgärda eventuella brister från revisionen som utförts under 2022

Införa kvalitetsgrupper för respektive modalitet

I övrigt kommer det årliga strålsäkerhetsarbetet att löpa på som vanligt

Bilaga 2. Urval av sjukhusgemensamma resultat

Varje enhet (avdelning/mottagning) har tillgång till en veckoöversikt där de för tillfället mest aktuella indikatorer visas. Jämförelse är möjlig med den egna enhetens resultat över tid men även mot andra enheter på sjukhuset. Urvalet av indikatorer visas antingen för att vi vet att vi behöver följa dem för att styra verksamheten eller för att det är resultat som vi behöver förbättra.

Värden i siffror ger oss en jämförelse mot andra sjukhus av indikatorer som belyser olika diagnosflöden. Sjukhuset håller på att bygga upp en egen uppföljning av dessa indikatorer för att kunna följa dem i närtid och inte vara beroende av registrets visualisering.

Uppföljning av åtgärder: Verksamheten följer kontinuerligt upp sig själva genom tillgång till resultat och rapporter. Sjukhuset följer upp klinikerna 3 gånger per år och koncernen följer upp sjukhuset 4 gånger per år. Externt följer Region Stockholm upp sjukhuset genom kvalitetsavtalen och kräver in handlingsplaner där sjukhuset inte når målen.

Övergripande resultat

Mortalitet under vårdtiden och efter 30 dagar

Mål: Sammanställningen syftar till att följa trender snarare än att sätta mål.

Resultat:

Sjukhusbunden mortalitet			Okorrigerad 30-dagars mortalitet mortalitet		
Patientunderlag: Antal/andel avlidna patienter under sjukhusvistelse 2022 av totalt 34362 slutenvårdstillfällen			Patientunderlag: Antal/andel avlidna patienter efter sjukhusvistelse 2022 av totalt 34362 slutenvårdstillfällen		
År	Antal	Andel	År	Antal	Andel
2022	670	2,0%	2022	549	1,6%
2021	708	2,2%	2021	509	1,5%
2020	771	2,2%	2020	606	1,8%
2019	605	1,6%	2019	524	1,5%
2018	626	1,7%	2018	533	1,5%

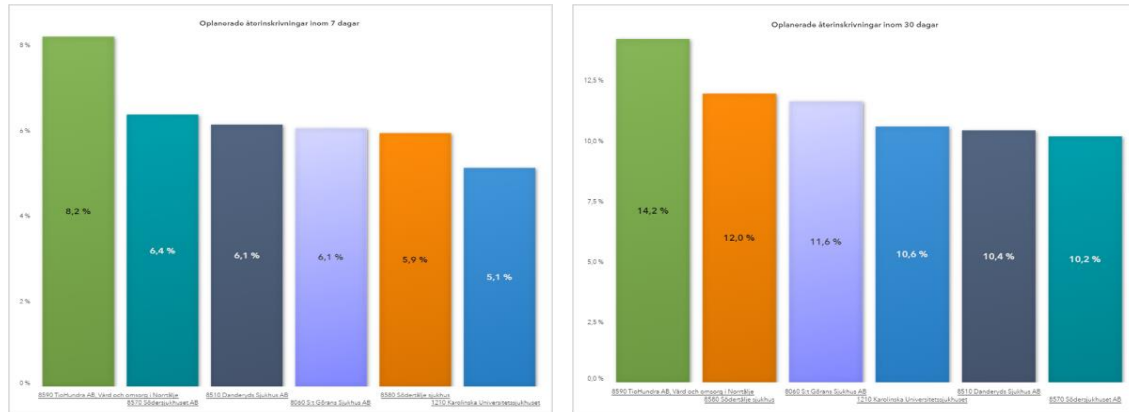
Figur Mortalitet under vårdtiden och efter 30 dagar Datakälla: Cosmic, Mortalitetsrapport PBI

Analys av resultat: Under 2022 ser vi en svagt minskat sjukhusbunden mortalitet jmf med de mest intensiva åren med covid men ännu inte i nivå med utfall före pandemin. 30-dagarsmortaliteten verkar ha stabiliserats igen jämfört med åren före Covid.

Oplanerad återinskrivning till samma klinik inom 7 dagar, 7 dagar >80 år, 30 dagar

Mål: Patienter ska inte bli återinskrivna för att vården skrivit ut dem för tidigt. Detta måttetal ämnar återspegla detta men enligt definitionen framtagen av HSF Region Stockholm (täljare/nämnare) tas inte höjd för att en återinskrivning beror på samma sökorsak som den man sökte vård för vid första besöket.

Resultat:



Figur visar datauttag baserat på Region Stockholms återinskrivningsrapport SAS Visual Analytics. Distribuerat av HSF 14 feb 2023.

Täljare: Antalet utskrivningar till hemmet eller kommunal omsorg som lett till en återinskrivning på samma eller annat sjukhus i Region Stockholm inom 7 respektive 30 dagar

Nämnare: Antalet utskrivningar till hemmet eller kommunal omsorg

Analys av resultat: För 2022 hamnar CSTG kring genomsnittet i regionen. En stor del av akutsjukhusens slutenvårdspatienter utgörs av äldre och multisjuka patienter. Hos oss är ca 30 % av de inskrivna är >80 år trots att de utgör 17 % av de akutsökande. Drygt hälften av alla >80 år skrivs in på sjukhuset. Således har många av våra patienter med akut vårdbehov multipla sjukdomar och stort vårdbehov. Vi ser inga stora skillnader mellan åren. Återinläggningsfrekvensen ligger förhållande stabilt.

Åtgärd: För 2023 har inga större justeringar i åtgärdsplanen från 2016 och framåt kring återinskrivningar genomförts.

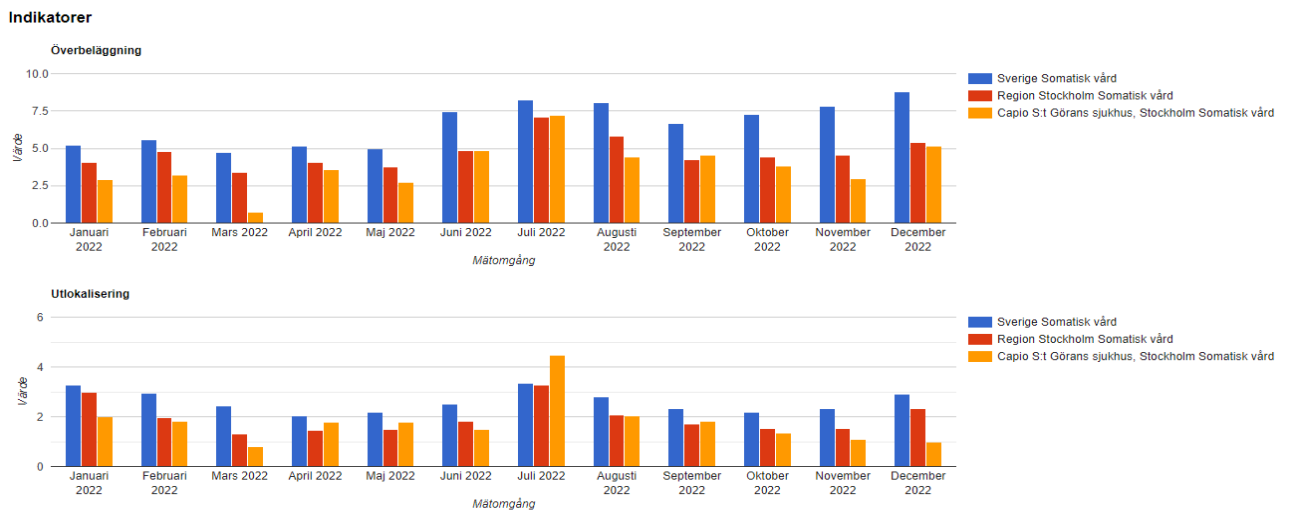
- Analys av återinskrivningsfrekvenser och återinskrivningsorsaker på klinisknivå om möjligt i jämförelse med övriga Region Stockholm akutsjukhus.
- Förbättring av utskrivningsrutiner och tydligare läkemedelsinformation inför hemgång.
- Fortsatt utveckling och kontinuerlig förbättring av rutiner med geriatriken och övriga vårdgrannar/aktörer i vårdkedjan.
- Fortsatt arbete med kompetensförsörjning, flexibla vårdplatser och vårdplatstillgång – såväl internt som tillsammans med Region Stockholm och Locum.
- Fortsatt stöd till, och samverkan med, regionen i implementeringen av FHS vårdkedjetänkande och tillgång på alternativa vårdgivare.

Uppföljning av åtgärd: Sjukhuset följer kontinuerligt återinskrivningarna genom framtagna rapporter som visar återinskrivning från slutenvården till samma klinik inom 3, 7 och 30 dagar. Dessa resultat speglar bättre sjukhusets verksamhet och bidrar till det lokala förbättringsarbetet än regionens sammanställningar som inte ger information om återinskrivningen har varit till samma klinik utan endast att patienten har åter blivit inskriven i sjukvården.

Beläggningsgrad / Utlokaliserade / överbeläggning

Mål: Sjukhuset strävar efter att beläggningsgraden ska vara hög för att utnyttja och erbjuda vård till så många patienter som möjligt men samtidigt vara flexibel för att snabbt kunna skapa vårdplatser till de patienter som behöver våra insatser.

Resultat: 2022 i Signe (nationell databas): Beläggningsgrad 97 procent, Utlokaliserade 2,9 procent, Överbeläggning 2,0 procent



Figur Jämförelse mellan CStG, Riket och ett urval av Akutsjukhus i Region Stockholm. (Källa: <https://analysvantetider.skl.se> uttag 2 feb 2023). Figuren illustrerar indikatorn ”Utlokaliserade och överbeläggning”.

Analys av resultat: Även under 2022 krävde pandemin betydande omflyttning av patienter, men inte alls i samma utsträckning som under 2020–21. Följaktligen har vårt resultat förbättrats och för överbeläggningar är bättre än både regionen och riket. Utlokaliserade har förbättrats markant jämfört med 2021 och är nästan alla månader bättre än riket och majoriteten av månaderna bättre än regionen. Överbeläggningar har ökat jämfört med åren före pandemin. Kombination av färre vårdplatser (8 färre fastställda vårdplatser jfr 2019) och sjukare patienter (högre genomsnittligt NEWS-värde i s m inskrivning) som leder till längre vårdtider. Beläggningsgraden har varit över sjukhusets mål, (optimalt kring 90 %). Vår andel öppna vårdplatser i relation till fastställda vårdplatser var hög och har ökat jämfört 2021, 91 %, sett över årets alla dagar.

Åtgärd: CStG kommer att fortsätta utveckla arbetssätt och flexibla vårdplatser. Fortsatt intensivt arbete med vårdgrannar bland annat geriatriken inkl. ASIH, palliativa slutenvårdsenheter, primärvård och kommun. Fortsatta förbättringar av insatser ifrån kommunerna är en absolut nödvändigt för att få vårdkedjan att fungera på ett avsett vis dvs att upprätthålla snabba avflöden till geriatrik och kommun. CStG kommer att fortsätta driva frågan såväl emot våra lokala samarbetspartners och centralt via HSF. Vi har och kommer att öka dagvårdsplatser, övervakningsplatser och utredningsplatser för akuta patienter samt fortsatt utveckla s. k. virtuella vårdplatser för patienter som kan vårdas i hemmet i slutet av sitt vårdbehov.

	Utfall 2013	Utfall 2014	Utfall 2015	Utfall 2016	Utfall 2017	Utfall 2018	Utfall 2019	Utfall 2020*	Utfall 2021	Utfall 2022
Andel utlokaliserade	0,1%	0,2%	0,3%	0,3%	0,4%	0,5%	0,6%	3,6%	3,2%	2,9%
Andel överbeläggningar	0,9%	0,9%	0,8%	1,0%	1,4%	2,1%	2,3%	1,3%	2,2%	2,0%
Beläggningsgrad	90,0%	93,0%	91,0%	90,0%	94,0%	96,0%	95,0%	91,0%	98,0%	97,0%

Tabell Utlokaliserade / Överbeläggning / Beläggningsgrad 2013–2022 (Källa: CStG, SKR*)

Vårdskador och omvårdnad

Trycksår

Mål: 80 % av patienterna ska bli riskbedömda direkt vid inskrivning. Sjukhuset ska ha en hög följsamhet till att sätta in åtgärder vid identifierad risk för trycksår och förekomsten av trycksår ska årligen minska, särskilt de internt förvärvade.

Resultat: Patienterna blir i 78 % av inskrivningarna riskbedömda direkt vid inskrivning, 100 % får insatta åtgärder och 0,3 % av våra patienter får av sjukhusvistelsen orsakade trycksår i kategorin 2–4.

Analys av resultat: Utfallet baseras på en uppföljning av samtliga akuta vårdtillfällen under 2022 och om riskbedömningen är gjord inom 24 timmar. Avdelningarna kämpar fortfarande med att återta tidigare inarbetade arbetssätt men utmanas ständigt av den höga personalomsättningen. Andelen trycksår är baserat på dokumentation (jmf med klinisk observation vid PPM) vilket kan vara en felkälla och en aktivitet som sjukhuset löpande arbetar med för att säkerställa att dokumentationen är korrekt. Andelen är densamma som föregående år. Samtliga ineliggande patienter får insatta standardiserade åtgärder för att minska risken för att utveckla trycksår. I del fall där patienterna utvecklar trycksår eller har en ökad risk för trycksår sätts ytterligare insatser in.

Åtgärd: Alla vårdavdelningar har möjlighet att följa kontinuerliga uppföljningar (gårdagen och senaste sju dagarna) av flera indikatorer som berör vården i enhetsspecifika rapporter.

Undernäring

Mål: 80 % följsamhet till riskbedömning vid inskrivning i slutenvården samt 85 % följsamhet till insatta åtgärder vid identifierad risk för undernäring

Resultat: 76 % följsamhet till riskbedömning vid inskrivning och 70 % av våra patienter får insatta åtgärder under vårdtiden.

Analys av resultat: Utfallet baseras på en uppföljning av samtliga akuta vårdtillfällen under 2022 och om riskbedömningen är gjord inom 24 timmar. Utfallet når fortfarande inte de nivåer vi hade före pandemin. Utfallen av indikatorerna är både ett resultat av att följa satta rutiner och av att dokumentationen blir korrekt. Utmaningen med hög personalomsättning försvårar följsamheten.

Åtgärd: Sjukhusets specialistgrupp inom Nutrition fortsätter sitt arbete med att nå medarbetarna via utbildningar och avdelningarnas ombud med information och kunskap om korrekt bedömning och dokumentation. Arbetet med arbetssätten kring de automatiserade utfallen av indikatorn och återkopplingen till både medarbetare i realtid och till chefer i kontinuerliga rapporter för att synliggöra utfallet fortsätter och för att kunna arbeta med såväl korrekt dokumentation som följsamhet till rutiner

Fall och fallskador

Mål: Minska antalet fall och fall med personskada som innebär ett stort lidande för patienten, såväl fysiskt som psykiskt men oftast även förlänger vårdtiden.

Resultat:

Rapport med nytt datauttag 2022	2019	2020	2021	2022
Totala antalet fall med personskada	83	61	71	99
Antal vårdtillfällen inom slutenvården	37413	34232	32828	34362
Andel patienter som fallit med skada	0,22%	0,18%	0,22%	0,29%

Tabell Antal/andel patienter med fall och fall med personskada 2019–2022 (Källa: Journalsystem/BI)

Analys av resultat: Implementering av nationell definition utifrån Nationell handbok för markörbaserad journalgranskning 2013 samt utveckling av journaldokumentation har pågått under 2016–2017 i enlighet med beskriven åtgärdsplan i 2015 års rapport. Den standardiserade dokumentationen har utvecklats och vid fallskada finns en lista i journalsystemet med följande val: fraktur, större hematom, hjärnskakning eller behandlingskrävande sårskada. Fortfarande ska det noteras att en skarp definition för fallskada fortfarande saknas inom Region Stockholm vilket innebär att data inte är helt jämförbara inom Region Stockholm. CStG har sedan ett par år en specialistgrupp inom fallprevention som arbetar strukturerat med uppdatering av best practise inom området och följer/analyserar utfall kontinuerligt.

Sedan 2021 har sjukhuset påbörjat ett omfattande arbete med att skapa tillgängliga rapporter i våra olika uppföljningssystem. Detta medför att alla mätetal ses över och tillhörande dokumentation för att kvalitetssäkra våra rapporter. Därför får vi olika utfall beroende på vad vi frågar efter. Endast fall med olika typer av skada räknas in i statistiken eftersom vi ofta ser dubbeldokumentation i vården. Under 2020 hade vi färre fall med skada vilket kan ha sin förklaring i att patienterna vi vårdade under värsta pandemin var mer bundna till sin säng jmf med andra år. Under 2021 och 2022 har patienterna varit mer uppegående vilket kan förklara att vi har haft fler fall. Den kategori som har flest fall i fallande skara är; behandlingskrävande sårskada (62%), större hematom 24%), fraktur (14%).

Åtgärd: Sjukhuset har en aktiv specialistgrupp inom fallprevention som arbetar med att bevaka senaste forskning gällande arbetsätt och utrustning som kan påverka utfallet.

ARB, Anmälningsskyldiga multiresistenta bakterier – följsamhet till odling av riskfaktorer vid inskrivning i slutenvården

Mål: Följsamhet till att odla riskfaktorer för multiresistenta bakterier är 90 %

Resultat: Sjukhuset ligger stabilt runt ett resultat på 90 %, vid de två senaste mätningarna blev hopslagna resultatet 88 %

Analys av resultat: Resultaten ligger på ungefär samma nivå som tidigare år. Realtids visualiserade vårddata på intranätet ner på teamnivå (utöver på avdelning/enhetsnivå) har möjliggjort en kontinuerlig översikt och kvalitetssäkring att alla patienter blir riskbedömda och omhändertagna enligt handlingsprogrammet. Fortfarande har vi inte sammanhållna resultat för just den här indikatorn eftersom bedömningen startar på akutmottagningen och slutförs på avdelningen. Den höga personalomsättningen är också en stor utmaning för oss då vi har många fler nya på jobbet än före pandemin.

Åtgärd: Vårdavdelningarna fortsätter att utveckla sitt arbetssätt för att utnyttja rapporten med visualiserade vårddata på ett så integrerat sätt i vårdarbetet som möjligt. Alla vårdavdelningar har nu möjlighet att följa kontinuerliga uppföljningar (gårdagen och senaste sju dagarna) av flera indikatorer som berör vården.

Uppföljning av åtgärd: Det finns goda förhoppningar att vi kommer att lösa de tekniska utmaningarna med att få sammanhållen återkoppling av den här indikatorn under 2023. Vilket kommer möjliggöra återkoppling kontinuerligt och inte bara vid punktprevalensmätningar som nu.

Vårdrelaterade infektioner

Mål: En vårdrelaterad infektion är en infektion som uppkommer hos en person under slutenvård eller till följd av diagnostik, behandling eller omvårdnad inom övrig vård och omsorg. Andelen som drabbas ska vara så låg som möjligt.

Resultat: 3,8 % patienter med VRI första halvåret 2022, 4,5 % patienter med VRI andra halvåret 2022, Region 5,1 % 2022 datakälla Infektionsverket

Analys av resultat: Resultaten ligger något högre jämfört med 2021, men lägre än regionens resultat. Svårt att bedöma om utvecklingen är positiv el negativ, då det endast är en mätning och att mätningarna genomfördes under olika påverkan av covid-vågor. 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.

Åtgärd: För 2023 har vi fokus på:

- Bättre implementering av basala hygien- och klädrutiner.
- Bättre följsamhet till timing preoperativ antibiotika
- Mobilisering i samband med slutenvård.
- Dokumentation
- Bättre kommunicera STRAMA-gruppens arbete

Uppföljning av åtgärd: Fortsatta regelbundna datauttag ur det nationella verktyget Infektionsverket, för att löpande kunna analysera och arbeta med resultatet.

Basala hand och klädrutiner

Mål: Öka följsamheten till de basala hand och klädrutinerna

Resultat: Följsamhet till Basala hygienrutiner 54 %, Klädrutiner 90 % är de resultat som en observationsmätning under hösten 2022 visade.

Beskrivning av moment – 2021	Ej relevant	JA	NEJ	Summa	Utfall 2022	Utfall 2021	Utfall 2020
Korrekt desinfektion av händerna före		179	95	280	64%	74%	75%
Korrekt desinfektion av händerna efter		241	39	280	86%	93%	94%
Korrekt användning av handskar vid risk för kontakt med kroppsvätskor	63	203	14	280	95%	96%	93%
Korrekt användning av engångsförkläde av plast/ patientbunden skyddsrock	80	158	42	280	85%	92%	89%
Följsamhet Basala Hand rutiner totalt		176	104	280	68%	68%	68%
Korrekt arbetsdräkt		273	7	280	98%	97%	98%
Fri från ringar, klockor, armband, bandage och stödskenor		275	5	280	98%	99%	98%
Naglar korta och fria från nagellack och konstgjort material		273	7	280	98%	98%	99%
Kort eller uppsatt hår		267	13	280	95%	99%	99%
Följsamhet Klädrutin totalt		252	28	280	90%	93%	96%
Följsamhet BHK totalt		151	129	280	54%	64%	66%

Analys av resultat: Följsamhet till Basala hand och klädrutiner har sjunkit ytterligare under 2022 vilket fortfarande 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 med många observatörer är det svårt att upprätthålla en likvärdig bedömning av de olika momenten. Oavsett visar observationerna att sjukhuset måste arbeta med kulturen runt hygien och korrekt klädsel.

Åtgärd: 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.

För att förbättra resultaten från 2022 kommer sjukhuset under 2023 uppmana sina anställda mer aktivt att använda sig av självskattningsverktyg för att ständigt påminna sig om rutinerna samt gå om sjukhusets digitala Hygien och smittskyddsutbildning. Sjukhusets specialistgrupp Hygien och Smittskydd kommer fortsätta erbjuda både ombud och medarbetare tillfällen för utbildning och information.

Uppföljning av åtgärd: Sjukhuset kommer genomföra en extra PPM under våren för att säkerställa nivån på följsamheten till BHK höjs.

Urval av resultat från sjukhusets akuta vård

Akutmottagningen

Akutmottagning vuxna, vistelsetid och tid till läkarbedömning

Mål: Den största enskilda faktorn för att uppnå hög kvalitet och patientsäkerhet är att vistelsetiden på akutmottagningen inte överstiger 4 timmar. Därför är det ett centralt mål som sjukhuset strävar efter att nå.

Resultat:

Vistelsetid ≤ 4 timmar – 45 (50) %

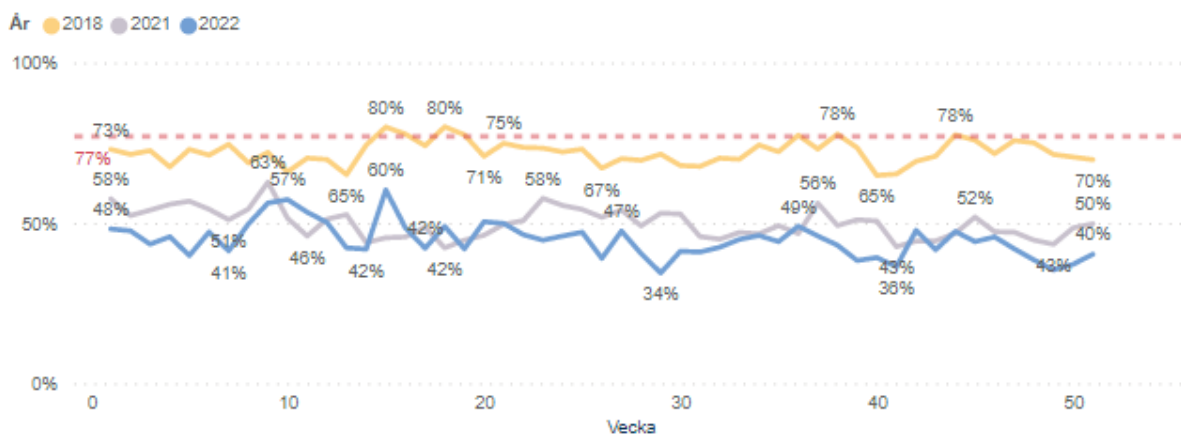
Vistelsetid ≤ 4 timmar, patienter 80 år och äldre – 36 (39) %

Vistelsetid ≤ 8 timmar – 85 (89) %

Vistelsetid högst 8 timmar, patienter 80 år eller äldre – 84 (88) %

Medianväntetid till första läkarbedömning – 44 (36) minuter

Vistelsetid <4h per vecka och år



Figur visar en jämförelse mellan år före 2018 och under/efter pandemin 2021–22. (datakälla CStG)

Analys av resultat: Under hösten 2022 har inflödet av patienter med covid-, influensa- och RS-virusinfektioner ökat på nytt vilket inneburit en fortsatt hög belastning på sjukhusets vårdplatser. Akutmottagningens kvalitetsresultat har tyvärr ytterligare försämrats sedan förra året. Det beror sannolikt på att flera år varit turbulenta med anledning av pandemin, som har medfört stora behov av att skruva på inarbetade och välfungerande arbetssätt för att säkra upp för smittspridning etc. Direktinläggningar från akutmottagning till vårdavdelning är ett sådant exempel. De har inte varit möjliga under pandemin, och därför har de arbetssätt som tidigare använts dagligen fallerat. Andra orsaker till förlångsamt avflöde är behovet av att fastställa huruvida covid-smitta föreligger på de patienter som ska skrivas in i slutenvård eller geriatrik, antingen genom antigen test eller genom akut PCR-svar.

Vistelsetider på akutmottagningen har också en stark korrelation med faktorer som inte enbart kan påverkas inom ramarna för den egna verksamheten. Det råder vårdplatsbrist på regional nivå, t ex geriatriska vårdplatser vilket drabbar de äldre som då blir kvar på akutmottagningen. För att avflödet från akuten ska öka, krävs insatser från sjukhusets övriga kliniker med respektive avdelningar, såsom ökad vårdplatstillgång och ökad tillgänglighet av dagvård.

Vi hänvisar cirka 300 patienter per månad i enlighet med regionens hänvisningsstöd. På akutmottagningen tas därför patienter med mer komplicerade utredningsbehov om hand, vilket också påverkar vistelsetiderna som är sämre trots att antalet patienter per år är färre nu än före pandemin och

omorganisationen i regionen. Vi erfar fortsatta svårigheter att bemanna med ordinarie personal då frånvaron även under 2022 varit hög.

Åtgärd: 2022 inleddes med en värdeflödesanalys, vilken innebar att vi såg över hela flödet på akutmottagningen och identifierade flaskhalsar. I början av 2023 testas ett nytt arbetssätt som utgår från de fynd analysen givit. I stora drag innebär det att medicinakuten indelas i flera team som vart och ett består av undersköterskor, underläkare och sjuksköterskor. Arbetet i respektive team styrs av specialistläkare och erfaren sjuksköterska. Arbetssättet anpassas efter inflöde men gemensam triage där också patienten som del i teamet är eftersträvansvärt. Arbetet testas och skruvas på fortlöpande vartefter nya insikter kommer. Målet är att minska upprepningar, öka patientdelaktighet och vårdkvalitet samt att förbättra arbetsmiljön för akutmottagningens medarbetare. Det finns inom ramen för arbetssättet möjligheter att tydliggöra karriärvägar för sjuksköterskor och med sådana insatser hoppas vi skapa intresse för att vilja stanna kvar på arbetsplatsen. En Clinical Decision Unit (CDU) planerades under 2022 och testas i början av 2023. Inklusionskriterier för att skriva in patienter där är en förväntat kort vårdtid, men där visst utredningsbehov föreligger men utan behov av flerdygnsvård. Sjukhuset arbetar vidare med att få ökad följsamhet till indikatorn "klar på akuten" vilken signalerar när patienten är färdig på akuten för att på så sätt markera när patienter som väntar slutenvård är kvar på akuten pga. vårdplatsbrist. Följsamheten har sakta ökat under 2022, men det finns mycket kvar att göra för att nå tillförlitliga resultat.

Sjukhuset behöver fortsätta arbetet med att skapa förutsättningar för direktinläggningar från akutmottagning till vårdavdelning. Sjukhuset behöver även arbeta vidare med att förkorta medelvårdtiderna och skriva ut tidigare på förmiddagen för att frigöra platser till eftermiddag/kväll.

Utföra ytterligare förbättringsarbete med att coacha och sammansvetsa personal i flödesledande funktioner.

Hjärtsjukvård

Hjärtinfarkt, tid \leq 60 min till percutan coronar intervention (PCI), ballongvidgning

Mål:

Resultat: 87 % av patienterna som behöver PCI får behandlingen inom 60 minuter från att de kommer till sjukhuset.

Analys av resultat: Sjukhuset förbättrar resultatet från föregående år. Antalet patienter är relativt få varför enskilda patienter har stor påverkan i det totala resultatet. Patienterna har passerat en hårt belastad akutmottagning. Flödet påverkas även av att sjukhuset endast har ett angiologab trots det stora akutflödet som hanteras. Då det saknas redundans så fördröjs ibland behandlingen. Det händer att vi tvingas omdirigera akuta patienter till andra sjukhus när laboratoriet är upptaget av en annan akut/komplicerad undersökning eller behandling

Fallen med längre handläggningstid har granskats. Vi kan konstatera att vårdkedjan när EKG sänds prehospitalt till hjärtintensiven fungerar mycket väl. 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 som försvårat handläggning.

De fina resultaten uppnås trots ovanstående svårigheter tack vare mycket engagerade medarbetare och fint samarbete mellan enheterna.

Åtgärd: Under året har implementering påbörjats av ett förbättrat omhändertagande inom bröstsmärteflödet på sjukhuset. Ett lokalt handläggningsprogram har tagits fram för att säkra kvaliteten, handläggning enligt guidelines, lika vård och optimalt resursutnyttjande. Detta arbete kommer fortgå under 2023. 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. På akutmottagningen är fokus på förbättring av tid till EKG för patienter med bröstsmärta som inte kommer med ambulans. På angiolab är fokus på förbättring av tillgängligheten både avseende öppettider och lokaler/utrustning.

Uppföljning av åtgärd: Utöver uppföljning som beskrivits tidigare följer sjukhuset och ansvariga för patientflödet resultat som visualiseras i registret eller via registret på webbplatsen "vården i siffror", VIS.

Strokevård

Direktintag på strokeenhet

Mål: Det finns ett starkt kunskapsunderlag för att hävda att vård på välfungerande strokeenhet minskar dödligheten, det personliga beroendet och behovet av institutionsboende. Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer ska vård i akutfasen vid stroke bedrivas vid strokeenhet. Region Stockholm mål är 90 %

Resultat: 89 % av alla patienter som söker med strokesymtom har blivit först blivit omhändertagna på Neurologiska kliniken, IVA, HIA eller IMA

Analys av resultat: Neurologiska kliniken på Capio S:t Görans mår om att prioritera strokepatienter från akuten till Neurologiska kliniken strokeenhet och bereder alltid plats för patienter som omhändertas enligt "Rädda-hjärnan" principer. Under 2022 har covid delvis gjort att man fått prioritera att lägga patient på enkelsal på andra avdelningar med full uppknytning via stroketeamet, man har även nyttjat medicinsk akutvårdavdelning där neurolog rondar dagligen. Närheten till sjukhus med trombektomomöjligheter vid ischemisk stroke samt möjlighet till mer precis strokediagnostik gör även att man från Capio S:t Görans akutmottagning har möjlighet att skicka patienten direkt utan inskrivning på Strokeenhet. Detta gäller även patienter med intrakraniell blödning som skickas direkt till neurokirurg utan föregående inskrivning på strokeenhet.

Förändrade kriterier för prehospital triagering där sk "A2B2" insjuknanden går direkt till Karolinska sjukhuset Solna har medfört att Capio S:t Görans tar emot större andel komplexa strokefall där diagnostik i enskilda fall fördröjs pga. svårtolkad bild eller ligger utanför ramen för akut strokeintervention. Mål är fortsatt att ingen patient med stroke ska skrivas ut utan att ha vårdats på Strokeenhet övervägande delen av ineliggandetillfället.

Åtgärd: Fokusera på att säkerställa att bemanning med Strokeledningssköterska finns tillgänglig hela dygnet för att facilitera direkta inskrivningar av stroke/TIA patienter alternativt

koordinera platser för att frigöra möjligheter att ta misstänkta stroke/TIA direkt från akutintaget.

Uppföljning av åtgärd: Utöver uppföljning som beskrivits tidigare följer sjukhuset och ansvariga för patientflödet resultat som visualiseras i registret eller via registret på webbplatsen "vården i siffror", VIS.

Stroke, andel som fått trombolys inom 30 min

Mål: Intravenös trombolysbehandling enligt gällande kriterier har en mycket gynnsam effekt på utfallet för en del av patienterna som får behandlingen. Risken för död eller funktionsnedsättning minskar. Minimal tidsfördröjning är av utomordentligt värde för förväntat slutresultat. Trombolysbehandling har en hög prioritet i de nationella riktlinjerna för stroke.

Resultat: 52 % av patienterna som söker till CStG med kriterierna "Rädda hjärnan" har fått trombolys inom 30 minuter. Mediantiden på CStG för start av trombolysbehandling är 30 minuter och ligger väl under 40 minuter som är målnivån satt av registret

Analys av resultat: Under 2022 har andelen patienter med akut strokeinsjuknande fortsatt vara lägre jämfört med åren innan C19 pandemin. Förändrat sökmönster till sjukhusen i regionen ses också utifrån förändrade kriterier för prehospitäl triagering där sk "A2B2" insjuknanden går direkt till Karolinska sjukhuset Solna. Detta medför att flertalet strokefall som ses på Capio S:t Görans sjukhus kräver större säkerhet i diagnostik inför administrering av trombolys och därav inte går att handlägga med samma skyndsamhet som tidigare.

2019	80 patienter
2020	49 patienter
2021	62 patienter
2022	56 patienter

Åtgärd: Analyserna av de fall där patienter erhåller trombolys 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 där sjuksköterskebemanning är ett dilemma.

Under 2023 siktar även kliniken på att ta fram ett "trombolys-körkort" för att säkerställa kunskap kring hantering av strokelarm nattetid då akutmottagningen bemannas av specialister eller ST-läkare i akut-samt internmedicin.

Kliniken arbetar även med att försöka minska administrationstiden genom att fortsätta utvecklandet av att robotisera vissa aktiviteter såsom att autogenerera beställningar och remisser.

Uppföljning av åtgärd: Utöver uppföljning som beskrivits tidigare följer sjukhuset och ansvariga för patientflödet resultat som visualiseras i registret eller via registret på webbplatsen "vården i siffror", VIS.

Höftfrakturvård

Höftfraktur, operation inom 24 timmar

Mål: Tiden mellan ankomst till sjukhuset/akutmottagning och när operation inleds är en viktig kvalitetsindikator eftersom fördröjning kan leda till att rehabilitering försenas och risken för komplikationer som trycksår, infektion och blodpropp ökar. Tid mellan ankomst till sjukhus och start för operation är därför ett internationellt sett vanligt förekommande kvalitetsmått.

Resultat: 59 % av patienterna med höftfraktur blir opererade inom 24 timmar på CStG. Det är ett resultat som försämrats under/efter pandemin.

Analys av resultat: Kliniken har under 2022 inte uppnått målnivån för höftfrakturer opererade inom 24 timmar. Under 2022 ökade antalet subakuta operationer (operation inom 10 dagar från trauma) på Ortopedkliniken Capio S:t Görans Sjukhus. Detta i kombination med hög personalomsättning samt, i perioder, hög andel hyrpersonal på både operationsavdelning och vårdavdelning är alla faktorer som bidrar till förlängd väntan till operation för patienter med höftfrakturer. Vi bedömer att tidigare inarbetade flöden störts av ovanstående faktorer.

Åtgärd: Årets resultat är inte tillfredställande och förbättring krävs. Arbete pågår för att identifiera och implementera förbättringar som kan leda till kortare bytestider på operationsavdelning, rätt prioritering i operationsflödet samt kortare operationstider.

Uppföljning av åtgärd: Utöver uppföljning som beskrivits tidigare följer sjukhuset och ansvariga för patientflödet resultat som visualiseras i registret eller via registret på webbplatsen "vården i siffror", VIS.

Kirurgi

Akuta kolecystiter, operation under vårdtillfället

Mål: Studier pekar på att tidig åtgärd under det akuta vårdtillfället är gynnsamt.

Resultat: 86 % av patienterna som opereras pga akut kolecystit opereras under vårdtillfället

Analys av resultat: Arbetssätt och strävan efter att operera patienterna inom samma vårdtillfälle fortsätter. Under 2022 har 86 procent fått sin operation inom samma vårdtillfälle.

Åtgärd: Under 2023 kommer vi även starta med flödessalar på operation för elektiva kolecystektomier. Det innebär en genomgång av hela operationsflödet i syfte att effektivisera det.

Uppföljning av åtgärd: Utöver uppföljning som beskrivits tidigare följer sjukhuset och ansvariga för patientflödet resultat som visualiseras i registret eller via registret på webbplatsen "vården i siffror", VIS.

Intensivvård

Oplanerad återinskrivning till IVA inom 72 tim

Mål: Det är väl känt att patienter som oplanerat återkommer till samma IVA kort efter utskrivning, med vilket här avses 72 timmar, löper en ökad risk att dö. Andelen återinläggningar kan till viss del påverkas av tillgången till IVA-platser samt av hur väl strukturerat omhändertagandet av patienten är efter vården vid IVA. <3,0 % är registret SIR:s målnivå

Resultat: 1,8 procent

Analys av resultat: Under 2022 har avdelningen haft 10 återintag och nådde målvärdet (<3,0 procent) med god marginal. Återinläggning 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 målnivå 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

Åtgärd: Fortsatt samarbete med vårdavdelningar med post-IVA uppföljning, MIG bedömningar och gemensamma flödesarbeten. Fortsatt utökat samarbete med intermediärvårdsavdelningen både vad gäller kirurgiska som medicinpatienter. Tydligare rutiner för överrapportering och läkemedelsavstämning i samband med flytt av patienter från IVA är utarbetade och implementerade, utvärderas löpande.

Uppföljning av åtgärd: Utöver uppföljning som beskrivits tidigare följer sjukhuset och ansvariga för patientflödet resultat som visualiseras i registret eller via registret på webbplatsen ”vården i siffror”, VIS.

Riskjusterad mortalitet efter intensivvård

Mål: Riskjusterad mortalitet beskriver den förväntade dödligheten med hänsyn tagen till sjukdomens typ och svårighetsgrad samt patientens ålder och tidigare sjukdomar. Målvärdet som registret SIR ska ej vara signifikant högre än 1,00

Resultat: 0,8

Analys av resultat: Avdelningen arbetar fortlöpande med att förbättra resultatet genom att uppdatera riktlinjer för medicinskt omhändertagande, utveckla arbetssätt och utvärdera följsamhet till rutiner. Resultatet (0,8, konfidensintervall 0,81–1,16), för 2022 ligger såväl inom Svenska intensivvårdsregistrets mål (ej signifikant högre än 1,00, dvs 1,00 omfattas av 95 procent konfidensintervallet) som regionens mål. 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. Flytten till nya lokaler kan ha bidraget till uppnått resultat då förutsättningarna för god hygien ökat.

Åtgärd: 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.

Uppföljning av åtgärd: Utöver uppföljning som beskrivits tidigare följer sjukhuset och ansvariga för patientflödet resultat som visualiseras i registret eller via registret på webbplatsen ”vården i siffror”, VIS.

Urval av resultat från sjukhusets planerade vård

Hjärtsjukvård

Hjärtinfarkt sekundärprevention, rökning

Mål: Förekomst av rökning är en viktig information för vården för att kunna hjälpa patienten till insatser för att sluta röka.

Resultat: 93 % av våra patienter har blivit screenade för rökvanor och av de som röker har 56 % slutat röka

Analys av resultat: Sjukhuset behåller våra goda resultat från 2021 även i år 2022. 93 % är en mycket hög andel dokumenterade uppgifter om rökstatus. Vi har välfungerande arbetssätt för detta som vi planerar att vidmakthålla. Däremot nås inte fjolårets nivå (60%) och än mindre till målet på >70% trots ihärdiga försök och bra kontinuitet i uppföljningen till sekundärpreventionssköterskor, varav de flesta är diplomerade rökavvänjare. De vi inte lyckas med har ofta även andra framför allt psykosociala problem och/eller är inte motiverade att sluta röka. Arbetet med rökavvänjning har också försvårats med att effektiva medel för rökavvänjning, såsom Champix tillfälligt tagits bort från marknaden och det lite äldre medel Zyban ofta har varit restnoterat. Mot slutet av året, har vi börjat skriva ut licenspreperatet Desmoxan(Cytisine), som påminner om Champix.

Åtgärd: Hjärtkliniken arbetar ständigt med att påminna om vikten av noggrann riskfaktorinventering av alla patienter, och att detta också journalförs korrekt i journal och kvalitetsregister. För att få fler att sluta röka behöver vi vara ännu mer aktiva i de åtgärder som vi erbjuder för att motivera till rökstopp. Upprepad information och påminnelser vid återbesöken och via telefon. Mera förskrivning av Desmoxan. Nikotinersättning även på recept, för att poängtera vikten av rökstopp.

Uppföljning av åtgärd: Utöver uppföljning som beskrivits tidigare följer sjukhuset och ansvariga för patientflödet resultat som visualiseras i registret eller via registret på webbplatsen ”vården i siffror”, VIS.

Hjärtinfarkt sekundärprevention, LDL-kolesterol och blodtryck <140 mmHg

Mål:

Resultat: 56 % av våra patienter når LDL målet och 76 % blodtrycksmålet

Analys av resultat: Vi är bäst i Stockholm gällande måloppfyllelse av LDL nivåer och har 5% högre nivå än snittet i riket samt har förbättrat oss från ifjol, men har lite kvar till målet på >60%. Vårt lokala PM/vårdprogram, som i sin tur bygger på nationella och internationella riktlinjer och framför allt sekundärpreventionsteamets målmedvetenhet har lett till detta resultat. Gällande blodtrycksmålet har detta skärpts från förra året, så att de patienterna under 70 årsålder, skall hamna under 130 mmhg i systoliskt blodtryck. Därför är årets värde lite lägre än fjolårets (80%), vi ligger i paritet med snittet i Stockholm och högre än rikssnittet samt klarar målet på minst 75%.

Åtgärd: Hjärtkliniken ska intensifiera våra målmöten i teamet för att optimera behandlingen för våra patienter, så att ännu fler når målet på LDL<1,4mmol/l. Som verktyg har vi högdosstatin, Ezetimibe och i utvalda fall, 2 PCSK9 hämmare Repatha och Praluent. Generellt sett är det fler kvinnor som upplever biverkningar av statiner och Ezetimibe, med resultat att doserna ofta får sänkas och målvärdet inte nås i samma utsträckning som för män. Under 2023 arbetar vi för att hitta alternativ för kvinnor, för att minska biverkningarna och motivera till fortsatt behandling.

Hjärtkliniken fortsätter att utbilda och påminna kollegorna om vikten att uppnå de nya skärpta målen för blodtryck, som syftar till att minska risken för återinsjuknande. Bättre målmöten i teamet och intensifierade insatser för de patienter som inte når målen (tex telefonkontakter). 24 h blodtrycksmätning, om man misstänker vitrockshypertoni.

Uppföljning av åtgärd: Utöver uppföljning som beskrivits tidigare följer sjukhuset och ansvariga för patientflödet resultat som visualiseras i registret eller via registret på webbplatsen ”vården i siffror”, VIS.

Cancervård

Koloncancer, tid från remissankomst till behandlingsstart

Mål: Standardiserade vårdförloppen (SVF) rekommenderar olika tidsförlopp och enligt SVF ska en basutredning max ta 39 dagar och en utökad utredning 53 dagar.

Resultat: På Capio St Görans sjukhus tar det 37 dagar från remissankomst till behandlingsstart 37 dagar, basutredningen tar 32 dagar (41 dagar 2020) och en utökad utredning 49 dagar (44 dagar 2020)

Analys av resultat: Arbetet under 2022 har fortsatt med fokus på patientens behov. Vid upptäckt av en tarmcancer via Endoskopicentrum kan en kontaktsjuksköterska från Tarmcancercentrum möta upp patienten samma dag på plats. Patienten kan då få ett omedelbart omhändertagande i samma stund som misstanke om cancer uppstår med all information och tider för bokad utredning med sig hem. Detta skapar en trygghet, högre kvalitet och fler nöjdare patienter och ledtiderna för patienten minskar.

Åtgärd: Kirurgkliniken fortsätter arbetet med Tarmcancercentrum där man arbetar i en sammanhållen vårdkedja.

Uppföljning av åtgärd: Utöver uppföljning som beskrivits tidigare följer sjukhuset och ansvariga för patientflödet resultat som visualiseras i registret eller via registret på webbplatsen ”vården i siffror”, VIS.

Bröstcancer, tid från remissankomst till behandlingsstart

Mål: Standardiserade vårdförloppen (SVF) rekommenderar olika tidsförlopp och enligt SVF ska det ta max 28 dagar från remissankomst till behandlingsstart

Resultat: På Capio St Görans sjukhus tar det 27 dagar från remissankomst till behandlingsstart.

Analys av resultat: Modern diagnostik av bröstcancer är mer omfattande för en stor andel av patienterna, vilket är nödvändigt för att kunna erbjuda den bästa behandlingsstrategin för varje patient. Den omfattande utredningen påverkar möjligheten att nå ledtidsmålen för SVF.

Åtgärd: Samtliga Bröstcentrum påverkas på samma sätt och på regional och nationell nivå pågår av den anledningen en diskussion om revision av målen.

Uppföljning av åtgärd: Utöver uppföljning som beskrivits tidigare följer sjukhuset och ansvariga för patientflödet resultat som visualiseras i registret eller via registret på webbplatsen ”vården i siffror”, VIS.

Prostatacancer, tid från remissankomst till behandlingsstart

Mål: Standardiserade vårdförloppen (SVF) rekommenderar olika tidsförlopp och enligt SVF ska det ta max 68 dagar från remissankomst till behandlingsstart

Resultat: På Capio St Görans sjukhus tar det 61 dagar från remissankomst till behandlingsstart.

Analys av resultat: Under 2022 har vi kunnat minska köerna till robotkirurgi genom att även operera under helgerna. Ledtiderna till operation har på så sätt minskat från 70 dagar 2021.

Åtgärd: Det är ett välfungerande flöde för patienter som genomgår utredning för prostatacancer. Det goda samarbetet med öppenvårdsurologerna fortsätter.

Uppföljning av åtgärd: Utöver uppföljning som beskrivits tidigare följer sjukhuset och ansvariga för patientflödet resultat som visualiseras i registret eller via registret på webbplatsen ”vården i siffror”, VIS.

Diabetesvård

Diabetes typ1, HbA1c<70 och blodtryck ≤140/85

Mål:

Resultat: 89 % av patienterna med diabetes typ 1 har ett HbA1c < 70 mmol/mol vid diabetesmottagningen på CStG. 87 % uppnår målet blodtryck ≤140/85 vid diabetesmottagningen på CStG

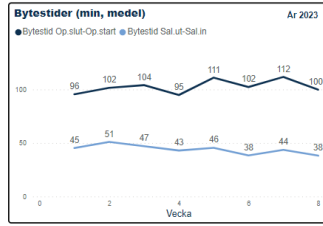
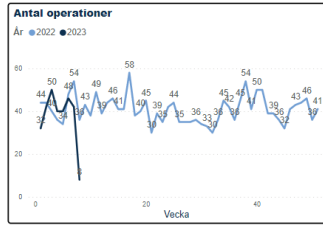
Analys av resultat: Majoriteten av patienterna (92 %) har tillgång till någon kontinuerlig glukosmätare som mäter vävnadsglukos. 74 % har tillgång till isCGM (intermittent scanning CGM) och 26 procent rtCGM (real time Continuous Glucose Monitoring). Förbättrad teknik att mäta glukos har bidragit till 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 kontrolleras både vid sjuksköterske- och läkarbesök. Vid förhöjt blodtryck finns strukturerad rutin för uppföljning av blodtrycket. I journal dokumenteras i samråd med patient hur blodtrycket skall följas upp. Ofta är överenskommelsen att patienten kontrollerar blodtrycket på annan mottagning närmare patientens hem/arbete eller i hemmet med egen blodtrycksmätare enligt patientens önskemål. En nackdel att överlämna ansvaret till patienten visar att det tar längre tid innan patient återkopplar resultaten samt i vissa fall har patienten även glömt att ta blodtryck vilket medfört fördröjda åtgärder för att optimera eller insätta blodtrycksbehandling. I vissa fall har resultat från 24-timmars blodtrycksmätning eller uppföljning av insatt behandling har ej hunnit bli utfört före årets slut.

Åtgärd: Fortsatt strukturerat arbetssätt och uppföljning av de individer som har högt HbA1c. Se över om byte till rtCGM kan optimera glukoskontrollen. Byte av teknik kommer att medföra högre kostnad initialt men om metabol kontroll kan förbättras kommer kostnaden av framtida komplikationer att minska. Samarbete med paramedicin (kurator) för att erbjuda bättre psykologiskt stöd till individen för att om möjligt förbättra glukoskontrollen.

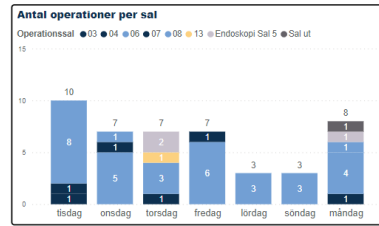
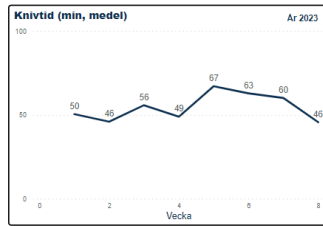
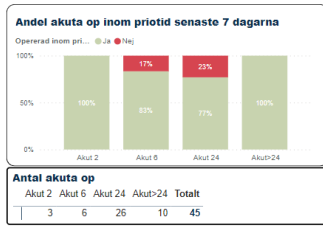
Sedan flera år finns tydliga rutiner hur blodtryck skall följas upp vid mottagningen. Allt fler patienter köper egen blodtrycksmätare. Det finns en framtagen rutin hur patienten själv kan registrera blodtryck hemma och rapportera in till mottagningen. Fortsätta följa gällande rutin. Prioritera patienter för uppföljning och insättning av behandling. Tydligare kommunikation med patient vikten av god blodtryckskontroll.

Uppföljning av åtgärd: Utöver uppföljning som beskrivits tidigare följer sjukhuset och ansvariga för patientflödet resultat som visualiseras i registret eller via registret på webbplatsen "vården i siffror", VIS.

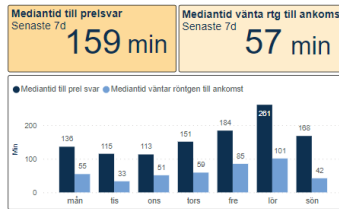
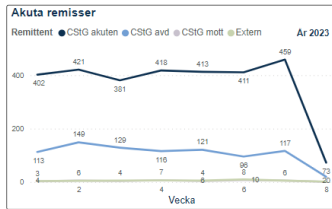
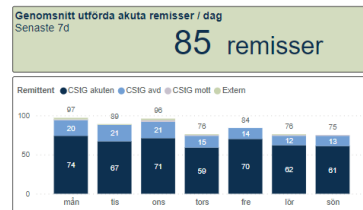
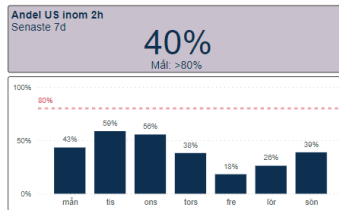
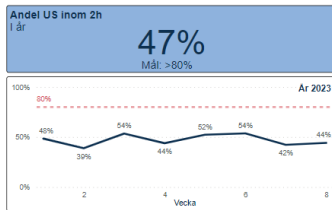


Igår

Sal_Op start	Knivtid (min)	Bytestid Op slut-Op start (min)	Bytestid Ut sal-in sal (min)
04			
2023-02-20 15:04:00	47	109	48
06			
2023-02-20 06:23:00	5		20
2023-02-20 10:53:00	95	77	9
2023-02-20 13:41:00	95	73	9
2023-02-20 17:43:00	29	147	80
08			
2023-02-20 15:29:00	66	93	34
Endoskopi Sal 5			
2023-02-20 13:16:00	13		
Sal ut			



Röntgen



Akutmottagningen

VÄLJ HÄR:

Flöde / rök

Alla

Aktomstätt

Alla

Besöksrum

Alla

Kontaktklinik

Alla

Prio

Alla

Övertilldel 80 år

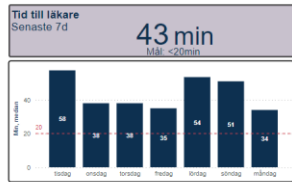
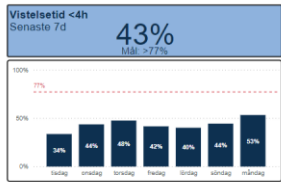
Alla

Inskrivna

Alla

Utskrivningsorsak

Alla



Mediansvinstetid

Senaste 7d

259min

Målt: <175min

Prio 1, vistelsestid <4h

Senaste 7d

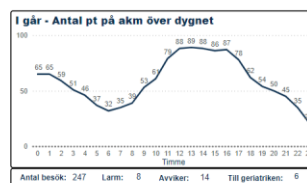
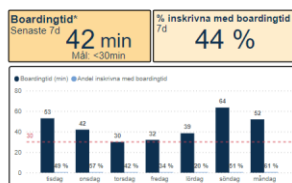
66%

Målt: >77%

Högsta NEWS, medelvärde

Senaste 7d

1,8



Direktinskrivningar / dag

Senaste 7d

0,6 pt

Avviker / dag

Senaste 7d

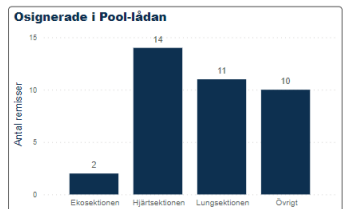
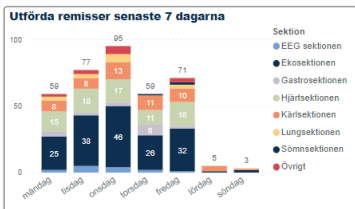
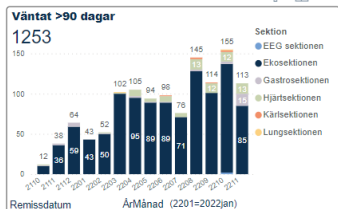
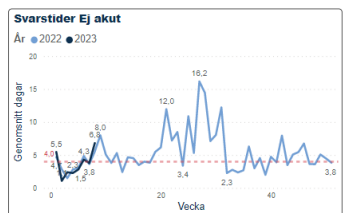
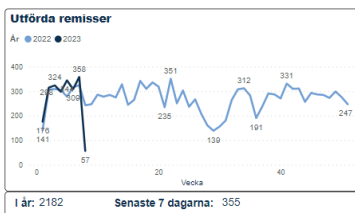
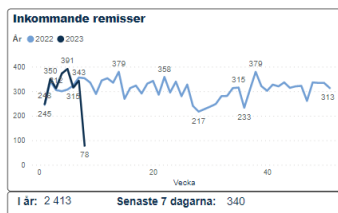
10 pt

Larm / dag

Senaste 7d

11 pt

Fysiologiska kliniken



Exempel på Jämförelse av registerdata i Vården i siffror, VIS

Capio S:t Görans Sjukhus

- Bättre än Rikssnitt
- Sämre än Rikssnitt
- Ej tillämpbar

Namn	Capio S:t Göra...	Riket
Tid till diagnos vid MS Önskat värde: Lägt. Måtenhet: Median	2022 0,1	2022 0,3
Uttokaliserade patienter i somatisk slutvård Önskat värde: Lägt. Måtenhet: Antal per hundra	2022 1,7	2022 2,6
Överbeläggningar i somatisk slutvård Önskat värde: Lägt. Måtenhet: Antal per hundra	2022 3,8	2022 6,5
Fysiskt träningsprogram 11-13 månader efter hjärtinfarkt Önskat värde: Högt. Måtenhet: %	2022 4,9 %	2022 9 %
Minskning av vikt efter obesitaskirurgi Önskat värde: Högt. Måtenhet: %	2022 30,1 %	2022 29,8 %
Rökstopp 11-13 månader efter hjärtinfarkt Önskat värde: Högt. Måtenhet: %	2022 55,9 %	2022 52,7 %
Måluppfyllelse för LDL-kolesterol efter hjärtinfarkt Önskat värde: Högt. Måtenhet: %	2022 57 %	2022 56,4 %
Datatäthet - kompletthet i registrering av uppgifter för patienter med MS Önskat värde: Högt. Måtenhet: %	2023 67,7 %	2023 64,3 %
Måluppfyllelse för blodtryck efter hjärtinfarkt Önskat värde: Högt. Måtenhet: %	2022 75,9 %	2022 74,4 %
Årligt läkarbesök vid MS Önskat värde: Högt. Måtenhet: %	2022 77,9 %	2022 39,2 %
Kranskärlsröntgen vid mindre hjärtinfarkt Önskat värde: Högt. Måtenhet: %	2022 88,4 %	2022 87 %
Akut öppnande av kranskärl inom rekommenderad tid vid större hjärtinfarkt Önskat värde: Högt. Måtenhet: %	2022 91,5 %	2022 79,6 %
Akut öppnande av kranskärl vid större hjärtinfarkt Önskat värde: Högt. Måtenhet: %	2022 92,2 %	2022 91,9 %
Användning av WHO:s checklista för säker operation. Akuta operationer. Önskat värde: Högt. Måtenhet: %	2022 93 %	2022 82,2 %
RAAS-hämmande läkemedelsbehandling vid hjärtinfarkt Önskat värde: Högt. Måtenhet: %	2022 93,9 %	2022 91,3 %
Användning av WHO:s checklista för säker operation Önskat värde: Högt. Måtenhet: %	2022 94,9 %	2022 81,2 %
Regelbundna MR-kontroller vid MS Önskat värde: Högt. Måtenhet: %	2022 95 %	2022 66,1 %
Användning av WHO:s checklista för säker operation. Planerade operationer. Önskat värde: Högt. Måtenhet: %	2022 96 %	2022 80,7 %
Extra blodförtunnande läkemedelsbehandling vid hjärtinfarkt Önskat värde: Högt. Måtenhet: %	2022 97 %	2022 96,6 %

Tabell Tillgängliga årsresultat 2022 15 feb 2023 jämfört med Riksgenomsnitt