



**SÖDERSJUKHUSET**

# Patientsäkerhetsberättelse för Södersjukhuset 2023



Datum  
2024-03-01

Ansvarig för innehållet  
Charlotte Levin, strategisk verksamhetsutvecklare

Diarienummer  
SÖS 2024-0499

## Inledning

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

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

*PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §*

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

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

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



Källa:

Socialstyrelsen ”Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024”

*Mallen är framtagen inom ramen för kunskapsstyrningsorganisationen, på uppdrag av den nationella samverkansgruppen (NSG) inom patientsäkerhet, 2021-09-23.*

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

## Innehåll

<b>SAMMANFATTNING.....</b>	<b>4</b>
<b>GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD.....</b>	<b>5</b>
Engagerad ledning och tydlig styrning.....	5
En god säkerhetskultur.....	9
Adekvat kunskap och kompetens.....	11
<b>AGERA FÖR SÄKER VÅRD .....</b>	<b>15</b>
Verktyg.....	15
Delaktighet.....	17
Trycksår.....	18
Anmälningsskyldiga resistenta bakterier, MRSA.....	19
Vårdrelaterade infektioner, VRI.....	20
<b>PRIORITERADE FOKUSOMRÅDEN .....</b>	<b>22</b>
Öka kunskap om inträffade vårdskador.....	22
Tillförlitliga och säkra system och processer.....	24
Säker vård här och nu.....	34
Stärka analys, lärande och utveckling.....	36
Öka riskmedvetenhet och beredskap.....	40
<b>MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR .....</b>	<b>42</b>

## SAMMANFATTNING

2023 har varit ett något ansträngt år med utmaningar framför allt inom bemanning. Under pandemiåren 2020–2022 ökade inhyrning av sjuksköterskor successivt. Efter pandemin blev det svårare att rekrytera egen personal vilket ledde till skenande kostnader för inhyrd personal. Skälen var därför flera till att Region Stockholm 1 mars 2023 lanserade projektet *Restriktiv inhyrning*. Utifrån de regionala direktiven tvingades Södersjukhuset återigen att dra ner på antalet elektiva vårdplatser samtidigt som det prognosticerades ett minskat behov av vårdplatser för covid-patienter. Detta ledde till att Södersjukhusets covidavdelning stängdes 1 mars 2023. I december 2023 var de flesta vårdplatser på Södersjukhuset åter öppna med framför allt egen personal. En kompetent egen personalstyrka ger en mer patientsäker vård. Södersjukhuset saknar dock fortfarande vårdplatser återkommande varje vecka till följd av veckovariation och i samband med semesterperioder. Det krävs att ytterligare en intermedicinsk vårdavdelning alternativt en geriatrisk akutvårdsavdelning öppnas för att nå de antal vårdplatser som sjukhuset har fastställt. Konsekvenserna av *Restriktiv inhyrning* har lett till en något försämrad kösituation för elektiv vård jämfört med 2022 men jämfört med övriga akutsjukhus i regionen har Södersjukhuset kortare köer till både behandling och nybesök.

Södersjukhuset har under 2023 arbetat med att stabilisera in- och utskrivningsprocessen. Syftet är att patienter skall komma snabbare in på rätt vårdnivå och minska vistelsetiden på akutmottagningen. Nya riktlinjer för in- och utskrivning med tillhörande lathundar har tagits fram för att förtydliga processen. Nu är målet att alla patienter skall ha ett preliminärt utskrivningsdatum i journalen och synligt i 1177 i syfte så att hela vårdteamet tillsammans med patienten kan arbeta effektivt mot samma mål.

Regelbundna samverkansmöten med geriatriska vårdgrannar, ASIH-företrädare och palliativa vårdenheter i söderort har under året blivit en rutin för att underlätta vårdövergångar och förbättra samverkan. Vidare har det tagits fram en metod för att identifiera patienter med palliativa behov tidigare i vårdprocessen.

Under 2023 genomfördes 74 händelseanalyser varav 32 ingick i lex Mariaärenden. I 82 procent av de utförda händelseanalyserna och i 97 procent av årets lex Mariaärenden har patient och/eller närstående varit delaktig. En ny folder *Patientinformation om vårdskada, utredning och ev. lex Maria* är framtagen med skriftlig information till patient/närstående vid utredning av en händelse. En gång i månaden diskuteras ett lex Mariaärende i sjukhusets ledningsgrupp för kontinuerligt lärande.

Södersjukhuset tar emot cirka 300 PaN-ärenden per år. En workshop har hållits med patientsäkerhetssamordnare, läkare och representanter från PaN. Syftet var att sprida kunskap om hur processen ser ut och att ge medarbetarna råd om hur man kan formulera sig på ett empatiskt sätt i svaren till patienten.

Ett Patient- och närståenderåd inrättades våren 2023 och har tillsammans med verksamhetsföreträdare diskuterat och påverkat utvecklingsarbete och vårdprocesser. Planen är att permanenta rådet under 2024.

Det är tack vare alla engagerade och ambitiösa chefer och medarbetare som det nu i denna patientsäkerhetsberättelse kan redovisas en mängd genomförda projekt med fina resultat vilket skapar en tryggare och mer patientsäker vård. Arbetet fortsätter i samma anda under 2024.

Sven Klaesson

Chefläkare

Annelie Liljegren

Chefläkare

Anneli Lennberg

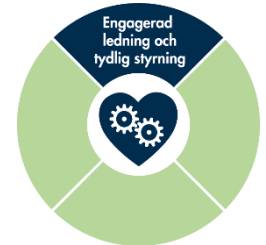
Chefsjuksköterska

# GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

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

## Engagerad ledning och tydlig styrning

*En engagerad ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården är avgörande för säker vård på alla nivåer – från den nationella nivån till operativa chefer och ledare i den patientnära verksamheten.*



## Övergripande mål och aktiviteter

Sjukhuset arbetar utifrån regionens vision; En attraktiv, hållbar och växande Stockholmsregion med frihet för invånarna att själva forma sina liv och fatta avgörande beslut. Som ett komplement till regionens vision har sjukhuset även fastställt en långsiktig framtidsplan. I sjukhusets årliga verksamhetsplan fastställs de aktiviteter som planeras för att nå sjukhusets långsiktiga mål och indikatorer. Verksamhetsplanen bryts ned till lokala aktivitetsplaner med mål och aktiviteter som är relevanta för respektive verksamhet. För att bidra till att uppnå Södersjukhusets mission Landets ledande akutsjukhus har även ett antal sjukhusövergripande aktiviteter genomförts. Dessa har resulterat i bland annat följande: Det nya verksamhetsområdet Perioperativ vård och intensivvård har etablerats för att samla sjukhusets operationsverksamhet, det nya verksamhetsområdet Hälsoprofessioner och vårdadministration har etablerats där bland annat medicinska sekreterare samordnas, sjukhusövergripande riktlinjer för in- och utskrivning har och ska implementeras, standardiserade verktyg och arbetssätt för bemanningsplanering har införts, e-kallelser via Alltid öppet har breddinförts, breddinförande av videomöten inom öppenvården har påbörjats, robotisering/automatisering av administrativa processer inom bland annat fakturahantering och inköp har införts. Slutligen har även ett antal aktiviteter för att utveckla ledar- och medarbetarskapet, förbättra rekryteringsprocessen samt sänka sjukfrånvaron genomförts.

Sjukhusets sjukhusövergripande riktlinje **Patientsäkerhet – ledningssystem** beskriver ansvar, roller, rutiner och arbetssätt för patientsäkerhetsarbetet. På sjukhusets ledningsgruppsmöten samt på uppföljningsmöten med verksamheterna rapporteras och diskuteras vårdkvalitet och patientsäkerhet regelbundet. Sjukhuset arbetar också för att säkerställa att patientsäkerhetsarbetet utgår från Socialstyrelsens nationella handlingsplan för patientsäkerhet. På intranätet finns ämnessidan patientsäkerhet med riktlinjer, instruktioner, checklistor, mål, indikatorer och resultat inom området samt annan viktig information.

## Organisation och ansvar

*Tydliga roller och ansvar är förutsättningar för det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet.*

### Styrelse, verkställande direktör, chefläkare och chefsjuksköterska

Sjukhusets styrelse har det yttersta ansvaret för sjukhusets verksamhet. Verkställande direktör har det operativa ansvaret för helheten och verksamheterna leds av verksamhetsområdeschefer och stabschefer. Chefläkarens och chefsjuksköterskans uppgift är att vara rådgivande och stödjande till sjukhusledning och verksamheter samt arbetar övergripande med exempelvis produktionsplanering, patientsäkerhet, kvalitet, patientärenden (inklusive lex Maria-ärenden), läkemedel samt kris- och katastrofberedskap.

### Verksamhetschefer, chefer och alla medarbetare

Respektive verksamhetschef har ansvar för att vården bedrivs med god kvalitet och hög patientsäkerhet

inom sin verksamhet. Verksamhetscheferna har också ansvar för att gällande författningar och riktlinjer följs. Linjecheferna har till uppgift att skapa förutsättningar för en god säkerhetskultur, ett kontinuerligt förbättringsarbete och att ta tillvara patienters och medarbetares förslag och idéer.

### **Patientsäkerhetsgrupp och funktioner på verksamhetsområdesnivå**

Inom varje verksamhetsområde ska det finnas en patientsäkerhetsgrupp där verksamhetsområdeschefen ingår. Gruppen hanterar till exempel övergripande vårdavvikelser, allvarliga vårdhändelser, lex Maria-ärenden, patientskadeärenden, utför eventuellt journalgranskning samt följer upp att beslutade åtgärder vid händelseanalyser blir genomförda. Funktionerna patientsäkerhetssamordnare samt patientsäkerhetsansvarig läkare finns på alla verksamhetsområden. Syftet är att funktionerna ska stödja ledningen i dess uppdrag samt bidra till att målen för patientsäkerhet uppnås.

### **Avdelning Kvalitet och patientsäkerhet**

Avdelningen har en stödjande och samordnande funktion, i tätt samarbete med chefläkarna och chefsjuksköterska, inom det övergripande kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet. En stor del av sjukhusets egenkontroller och kvalitetsmätningar, samt övergripande hantering av allvarliga vårdskador och patientärenden samordnas av avdelningen.

### **Kommittéer, Utskott samt stödfunktioner**

För att säkerställa en horisontell ledning och styrning i frågor som berör flera verksamhetsområden eller stödfunktioner är sjukhuset linjeorganisation kompletterad med en tvärgående struktur för ledning och styrning. Ledningsmodellen omfattar åtta kommittéer och tre beredningsforum. Kommittéerna har tydligt definierade uppdrag och ansvarsområden med huvuduppgift att säkerställa horisontell samordning mellan vårdverksamheter och stödfunktioner. Kommittéerna har även i sina uppdrag ansvar för olika underställda Utskott med mer specificerade men fortfarande sjukhusövergripande uppdrag. Som stöd i kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet finns sjukhusets kommitté för vårdkvalitet och patientsäkerhet. Kommittén har i uppdrag att stötta sjukhusets verksamheter och vårdkommittéer att uppnå en god kvalitet och en hög patientsäkerhet genom att samordna och utveckla arbetet med processerna patientsäkerhet, vårdkvalitet och patientbemötande (synpunkter och klagomål). Arbetet hålls samman och koordineras via Utskotten; vårdkvalitet, patientsäkerhet, patientbemötande, synpunkter och klagomål, etik, personcentrerad och jämlik vård, nutrition, läkemedel samt STRAMA (strategigrupp för antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens). Alla dessa grupperingar arbetar strategiskt med att utveckla processer och arbetssätt inom respektive område. Deltagarna utgörs av olika professioner från olika verksamhetsområden för att få en bred representation och spridning.

### **Medarbetare**

Alla medarbetare har skyldighet att arbeta utifrån gällande lagar och riktlinjer, uppmärksamma risker och vårdavvikelser samt aktivt delta i arbetet med ständiga förbättringar, förebygga risker och stärka patientsäkerheten.

### **Samverkan för att förebygga vårdskador**

Verksamheter inom sjukhuset genomför ofta gemensamma risk- och händelseanalyser och ibland även tillsammans med andra vårdgivare. Många verksamheter gör även gemensamma förbättringsarbeten. Sjukhuset medverkar i regional samverkansgrupp patientsäkerhet samt i regionens kvalitetsnätverk, vilket säkerställer en nära koppling till övergripande kvalitets- samt patient-säkerhetsarbete inom regionen och utgör en del i den nationella kunskapsstyrningsmodellen. Utöver detta finns ytterligare ett flertal samverkansforum i regionen som sjukhuset medverkar i; exempelvis samverkan vid utskrivning, vårdrelaterade infektioner och läkemedel.

Utskott Geriatrik och äldreomsorg har i uppdrag att verka för att sjukhuset har en samordnad process för att säkerställa och följa upp utskrivningsprocessen, samt ska stödja verksamheterna i att arbeta utifrån Lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård. Utskottets tillhandahåller stöd, kompetens, metoder och verktyg för systematisk utskrivningsplanering, samordnar och utvecklar metoder för uppföljning och visualisering av resultat för processen, identifierar gap för att uppnå långsiktiga mål samt föreslår sjukhusövergripande aktiviteter utifrån analys. Under året har Utskottet exempelvis arbetat med följande aktiviteter:

- Visualisering av den geriatriska patientens väg genom akutsjukvården.
- Förbättrad samverkan med interna och externa vårdgrannar/vårdgivare genom samsyn och utveckling av processer och arbetssätt.
- Kartläggning av behov av utbildning och kompetensutveckling för medarbetare och chefer.
- Utveckling och uppföljning av kvalitetsindikatorer gällande utskrivningsprocessen.
- Förbättrad följsamhet av processen vad gäller användning av LifeCare SP (IT-stöd för samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård).
- Utskottet har även ingått som arbetsgrupp i sjukhusets verksamhetsplansaktivitet Stabilisera in- och utskrivningsprocessen.

Den ökade kunskapen om andra vårdgivares uppdrag och möjligheter ökar också förutsättningar att remittera patienter vidare i ett tidigare skede, än vad som kanske tidigare skett. Ett sådant exempel är remitteringen till verksamheter som bedriver avancerad sjukvård i hemmet (ASIH) och specialiserad palliativ slutenvård som ökat med över 100 vårdtillfällen under 2023 jämfört med tidigare år. Sannolikhet är det ett resultat av projektet med ASIH-koordinatorer som bedrivits flera perioder under 2022 och 2023. I projektet genomfördes uppsökande kontakter till sjukhusets alla verksamhetsområden och erbjudande om råd och stöd, från både palliativ specialistläkare och specialistsjuksköterskor i samband med bedömningar om sjukdomsförlopp övergått i palliativ fas och vidare åtgärder därifrån.

### Exempel från verksamheterna:

- Vid införandet av **Guldspår** på akutmottagningen samverkade akuten med bland annat röntgen, geriatriken samt vårdavdelningar för att våra äldre och sköra patienter ska prioriteras i alla led.
- Ett flertal initiativ har tagits för att öka samarbetet mellan de två intensivvårdsavdelningarna och vårdavdelningarna för att verka för bättre och säkrare vård. Exempelvis har ett projekt initierats som syftar till att minska gap mellan vårdnivåer där patienter följs upp inom första veckan efter utskrivning från intensivvård. Diskussioner mellan verksamheter har förts om hur den sammanhållna vården för patienter som ska opereras kan förbättras.
- Specialistvården har tagit fram en ny arbetsform; Klinikövergripande Sektionsråd (KÖS). Syftet är att samla vårdavvikelse, rutiner, riktlinjer där patientsäkerheten hotas. Frågorna som tas upp ska beröra två eller fler enheter och målet är att ta beslut som sedan tas på ledningsgruppen för att sedan föras vidare på APT till alla medarbetare.
- Neonatalvården organiserar tillsammans med Kvinnosjukvård och förlossning en perinatal AUDIT (granskning) för månadsvisa avstämningar med prospektiv inställning avseende barn som fötts med låga PH-värden i navelblodgas. Neonatalvården organiserar även CEPS interprofessionell teamträning där framför allt medarbetare från Kvinnosjukvård och förlossning samt Anestesi och intensivvård deltar.

## Informationssäkerhet

Sjukhuset har genomfört flertalet aktiviteter inom informationssäkerhet, både som del av den beslutade handlingsplanen samt operativa aktiviteter utifrån linjearbete och riskreducering. Covid-19-pandemin har följdverkningar, vilket fortfarande lett till att uppföljningar och insatser fått stå tillbaka för att inte belasta vården ytterligare. På sjukhuset pågår en uppbyggnad av ett LIS (Ledningssystem för informationssäkerhet) och sjukhuset arbetar strukturerat med ständiga förbättringar inom området.

Under föregående år infördes ett systemstöd för avvikelserapportering för informationssäkerhet, data-skydd och säkerhet. Systemet ADIS är ett komplement till HändelseVis, som hanterar avvikelser inom vård, arbetsmiljö och miljö. Kombinationen av dessa två verktyg medför att sjukhuset har uppnått mycket hög spårbarhet och möjlighet till uppföljning kring hanteringen av avvikelser och incidenter inom informationssäkerhet. Under året har 23 ärenden hanterats i ADIS av typen informationssäkerhetsändelser. Utöver hanteringen av avvikelser så tillämpar sjukhuset den regionövergripande complianceprocessen för uppföljning av arbetet med informationssäkerhet. Complianceprocessen utgår från PDCA (Plan-Do-Check-Act) vilken är den standardprocess som ISO 27000 bygger på.

Risker med tillhörande riskanalyser hanteras lokalt i verksamheten och centralt av ledningen. Ett riskbaserat synsätt på informationssäkerhet innebär att arbete med riskanalyser blir en del av det löpande arbetet. Sjukhuset genomför regelbundet övergripande Risk- och sårbarhetsanalyser (RSA) som del av Internkontrollplanen och den har inslag av frågor som rör informationssäkerhet. Riskerna hanteras med ett specifikt regionsövergripande verktyg avsett för denna kategori av risker och riskerna hanteras löpande med åtgärder. Sjukhuset har en riskkatalog som följs upp och behandlas regelbundet i samråd med informations-säkerhetsombud, beroende på riskvärde.

I complianceprocessen skapas åtgärdslistor utifrån resultaten av analyserna. Dessa listor består av förslag på hur risker och sårbarheter ska hanteras. Utbildningsinsatser sker löpande och efter behov, dels genom DISA (en obligatorisk e-utbildning), dels med andra utbildningsaktiviteter i verksamheten. Ett dedikerat arbete för att säkerställa och höja kvaliteten kring behörighetshanteringen har initierats under året. Region Stockholms egna CERT (en centraliserad funktion som har i uppdrag att minska omfattning och skadeverkan av it-säkerhetsrelaterade hot och incidenter genom att stödja sjukhusets förmåga att upptäcka risker och sårbarheter). Samverkan med CERT fortsätter att utvecklas och flera aktiviteter har genomförts med gott resultat.

Journalföring och åtkomst till journaler granskas systematiskt genom det stickprovsbaserade analysverktyget SALA. I snitt tio procent av medarbetarna väljs varje månad ut för kontroll. Vid särskild anledning, som kan vara begäran från patient eller misstanke som uppstått av något skäl, genomförs riktade loggkontroller.

## Strålskydd

Se bilaga 1, Södersjukhusets strålskyddsbokslut 2023



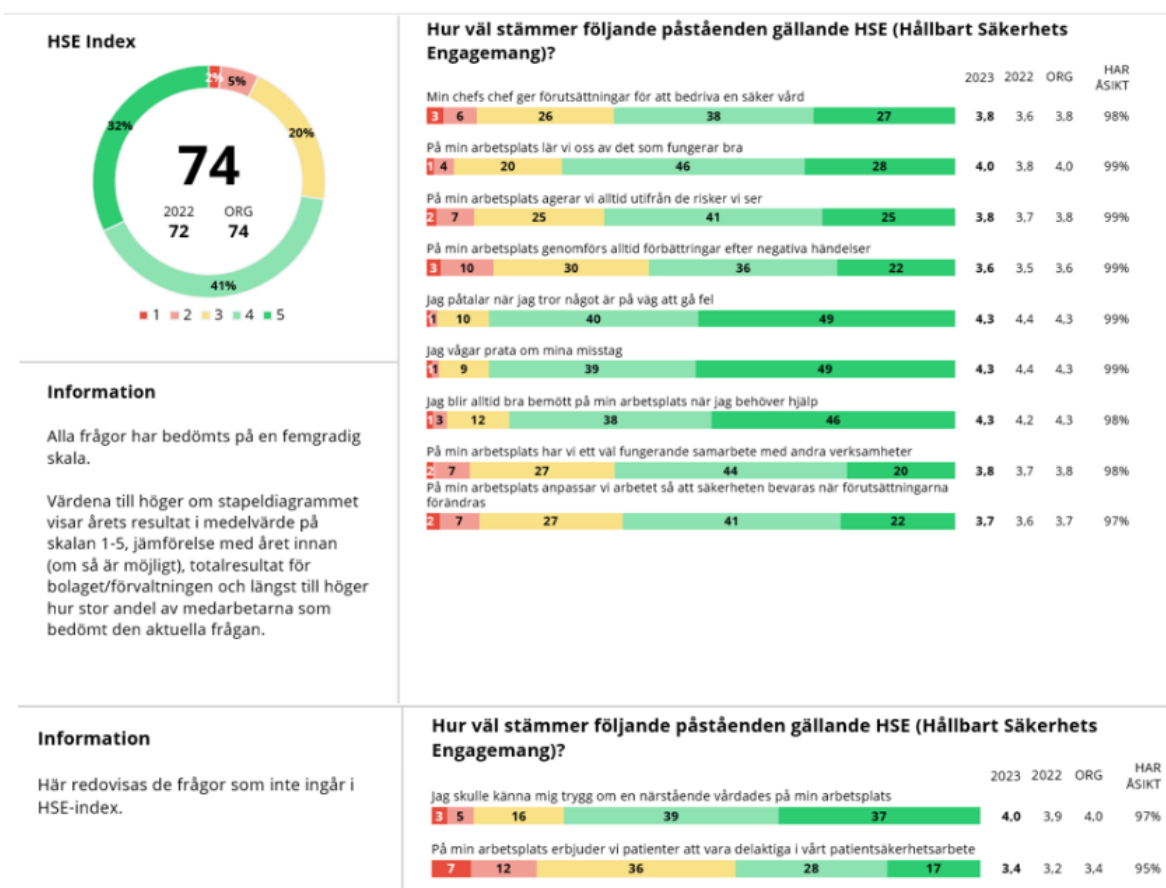
## En god säkerhetskultur

En god säkerhetskultur kännetecknas av ett aktivt arbete med att identifiera och minimera risker och skador. Den innebär också ett arbetsklimat som är öppet och där personalen känner sig trygg att rapportera, diskutera och ställa frågor om säkerhet. Att man lär av både negativa och positiva händelser, ger patienten en möjlighet att vara delaktig och arbetar förebyggande.



## Hållbart säkerhetsengagemang (HSE)

Säkerhetskulturmätningen görs årligen i Region Stockholm. Enkäten innehåller frågor som avspeglar Hållbart Säkerhetsengagemang (HSE). HSE-frågorna besvaras av medarbetare som har direkt eller indirekt patientkontakt. Frågorna besvaras på en femgradig skala och svaren för de nio första frågorna omvandlas sedan till ett index på skalan 0–100. Övergripande HSE-index har ökat från 72 till 74 jämfört med förra året.



Sjukhusets chefer och patientsäkerhetsfunktioner har tillgång till ett sjukhusgemensamt diskussionsmaterial för att möjliggöra dialog om patientsäkerhetskultur och säkerhetsengagemang. Materialet kan även användas tillsammans med resultatet för att ta fram lokala åtgärdsplaner. Sjukhusets resultat från säkerhetskulturmätningens frågor visar glädjande ett förbättrat sjukhusövergripande resultat på tio av elva frågor jämfört med förra årets mätning och en förbättring eller bibehållet resultat vad gäller HSE-index för samtliga verksamhetsområden jämfört med förra årets mätning. Utskott patientsäkerhet har arbetat med olika aktiviteter för att stärka patientsäkerhetskulturen utifrån resultatet på HSE-frågorna; exempelvis med APT-material, information i nyhetsbrev och på intranätet samt utbildningar. Under våren gjordes en kampanj på intranätet med ”High Lights” från verksamheternas lokala patientsäkerhetsberättelser.

Frågan *På min arbetsplats genomförs alltid förbättringar efter negativa händelser* är en av indikatorerna i sjukhusets verksamhetsplan. Resultatet visar att 58 procent av respondenterna har svarat positivt (4 eller 5 på Likertskala) på frågan, vilket innebär att målet (>54 procent) är uppnått. Det är en ökning från förra årets resultat (52 procent). Många verksamheter har haft aktiviteter för att öka information och återkoppling till medarbetare efter negativa händelser, vilket troligen har bidragit till det förbättrade resultatet. För att öka lärandet och ge medarbetare information om inträffade vårdskador samt åtgärder för att minska risken att något liknande ska inträffa finns sjukhusgemensamma presentationsmallar för information tillgängliga på intranätet. Många verksamheter har även regelbundna möten där både risker och allvarliga händelser diskuteras. Återkoppling är väsentlig för att skapa en god säkerhets- och rapporteringskultur, genom att många medarbetare får höra om de förbättringar som till exempel en händelseanalys lett till.

## Arbetsmiljö

Arbetsmiljön är en viktig förutsättning för patientsäkerheten. Arbetsmiljön inventeras kontinuerligt med hjälp av kartläggning av organisatorisk och social arbetsmiljö (OSA), tidigare kallad medarbetarundersökning), arbetsplatskontroller och riskbedömningar vid förändringar. Vid behov tas åtgärder fram och följs upp enligt plan. Resultatet från årets OSA visar att medarbetarna har en positiv syn på arbetet och många uppfattar att arbetet är meningsfullt, man ser fram emot att gå till arbetet och kan i hög grad rekommendera arbetsplatsen till andra. De generella resultaten från mätningen av Hållbart Medarbetar Engagemang (HME) som handlar om motivation, styrning och ledarskap har förbättrats jämfört med tidigare år. Merparten av medarbetarna upplever att arbetet är varierat och att det finns god tillgång till information och kunskap om hur man ska prioritera arbetsuppgifter vid hög arbetsbelastning. Dessutom finns oftast ett gott stöd i form av god gemenskap i arbetsgrupperna och bra chefer. Men resultaten visar också att upplevelsen av krav och stress kan vara hög och känslomässigt påfrestande för medarbetarna. I en del fall är krav och resurser inte i balans, vilket kan leda till att medarbetare känner att de saknar ork, energi och möjlighet till återhämtning. Resultaten kommer att användas som underlag till dialoger och förbättringsarbeten i verksamheterna. En stabil grund för ledar- och medarbetarskap är en viktig komponent för en bra arbetsmiljö och sjukhuset har därför under året arbetat fram ett gemensamt värderingsdokument för sjukhusets ledar- och medarbetarsyn. Implementeringen ska ske under 2024.

## Öppen kommunikation kring identifierade risker

Sjukhuset strävar efter en patientsäkerhetskultur där alla medarbetare är observanta på och rapporterar risker och händelser samt ett öppet klimat där brister i systemet (i stället för individens misstag) står i fokus. Chefer ansvarar för att skapa forum där identifierade risker, inträffade vårdavvikelser och resultatet av händelseanalyser kan diskuteras för att skapa en hög riskmedvetenhet hos alla medarbetare. Vid revideringar av sjukhusövergripande riktlinjer, arbetssätt eller dokumentationsrutiner efter allvarliga vårdskador informeras medarbetarna om att förändringarna ofta är ett resultat efter åtgärder från händelseanalyser.

### Exempel från verksamheterna:

- Flera verksamhetsområden använder reflektion med verktygen *Fånga passet* eller *Gröna korset* vilket skapar förutsättningar att arbeta med patientsäkerhetsfrågor kopplat till det dagliga arbetet.
- Internmedicin har haft stort fokus på säkerhetskultur ur olika perspektiv, inte minst psykologisk trygghet vilket varit ett genomgående tema under samtliga vårdenheters planeringsdagar
- Medarbetare ges utrymme att diskutera vårdavvikelser i det dagliga arbetet eller vid möten på sin enhet samt får information via summerade rapporter om händelseanalyser med åtgärder.

## Adekvat kunskap och kompetens

*För en säker vård behövs tillräckligt med hälso- och sjukvårdspersonal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete. Kunskap om patientsäkerhet behövs på alla nivåer i hälso- och sjukvården, hos enskilda medarbetare, chefer och ledare samt beslutsfattare och politiker.*



### Utbildning och kärnkompetenser

För att skapa hög patientsäkerhet och god vårdkvalitet krävs flera kompetenser som är gemensamma för alla vårdprofessioner – så kallade kärnkompetenser. Förutom kärnkompetensen **säker vård**, utgörs de av **personcentrerad vård, teamarbete, evidensbaserad vård, förbättringskunskap och informatik**. Vid införande av de regiongemensamma kompetensstegen för olika professioner kartläggs om medarbetarna uppfyller de reella och formella kraven i de sex kärnkompetenserna som bidrar till att stärka patientsäkerheten. På sjukhusnivå finns ett kliniskt utvecklingsprogram (KUP) för sjuksköterskor och undersköterskor och på verksamhets- och enhetsnivå finns kompetensutveckling i de sex kärnkompetenserna kopplat till medarbetarens utveckling i stegen och därmed ökande ansvar i omvårdnadsprocessen. Chefer har utbildats i att arbeta strukturerat och strategiskt med kompetensfrågor enligt årshjulet för kompetensplanering. Målsättningen är att detta resulterar i att kompetensplaner tas fram för samtliga professioner. I analysen av kompetensplanerna ingår som ett delmål att sjukhuset på övergripande nivå stärker och tydliggör hur arbetet med kompetensförsörjningsprocessen, årshjulet för kompetensplanering och kompetensutveckling kommer att bidra till att stärka patientsäkerheten. Under 2023 har en **Kompetensbedömningsgrupp** startats för att kvalitetssäkra syftet med tjänsterna på steg 5–7 i kompetensstegen för sjuksköterskor utifrån nytta för patienten. Detta görs genom att verksamheten med stöd av kompetensbedömningsgruppen vid inrättande av tjänster tydliggör tjänstens kliniska vårdområde kopplat till kärnkompetenserna. Verksamheten får också stöd att säkerställa att sökande till tjänsterna uppfyller kraven på de reella och formella kompetenserna i kompetensstegen.

Södersjukhuset hamnade i år på delad plats sjutton i den AT-rankning som Sveriges yngre läkarförening årligen genomför. Det ger sjukhuset högst ranking bland sjukhusen i regionen. Följande aspekter utvärderas: introduktion, handledning, instruktion, den medicinska utbildningen, det kollegiala stödet. Sjukhuset har en närvarande och lyhörd AT-organisation som har en tydlig och gemensam bild av hur AT-tjänstgöringen ska bedrivas och vilka resultat som ska uppnås. AT-läkarna har möjlighet att påverka tjänstens utformning och sin arbetssituation genom att inkomma med synpunkter och förslag på förbättringar. Sjukhuset har en gedigen introduktion och kontinuerliga handledarträffar samt förbättringsveckor med olika förbättringsprojekt.

### Bemanning och kompetensförsörjning

Aktiviteter för att attrahera, behålla, tillvarata och utveckla sjukhusets medarbetare är högt prioriterade. Därför arbetar sjukhuset för att skapa förutsättningar för en säkrad kompetensförsörjning med trygg arbetsmiljö och stabil bemanningssituation som stödjer sjukhuset mål. Identifierade väsentliga risker inom området är exempelvis otillräcklig bemanning och kompetensförsörjning samt inkorrekt efterlevnad kring regelverk för bisyssla. Det är framför allt kompetensförsörjningen av sjuksköterskor fortsätter att vara utmanande och kräver, förutom sjukhusets egna åtgärder, även gemensamma åtgärder i regionen. Utvecklingen av vårdprocesser och nya arbetssätt, inte minst genom digitalisering, måste fortsätta för att klara den utmanande kompetensförsörjningen. Sjukhuset har under 2023 arbetat intensivt med att minska behovet av inhyrd personal. Minskat antal inhyrd personal ger en bättre ekonomi och arbetsmiljö. En kompetent egen personalstyrka ger också en mer patientsäker vård.

## Utbildningar inom patientsäkerhet och förbättringsarbete

Sjukhusets ledningsgrupp har beslutat att alla chefer ska genomgå Socialstyrelsens e-utbildning Säker vård. Sjukhuset håller återkommande utbildningar inom patientsäkerhet på olika nivåer. För nyanställda chefer och ST-läkare ges en obligatorisk utbildning. Patientsäkerhet ingår i sjukhusets kliniska utvecklingsprogram (KUP) steg 1 för undersköterskor och sjuksköterskor. På förfrågan kan även utbildning ges till ledningsgrupper och till verksamheter vid planeringsdagar. Utbildningarna utgår alltid från Socialstyrelsens handlingsplan för patientsäkerhet. Vid alla utbildningar eftersträvas tid för reflektion och diskussion av olika scenarier i mindre grupper. På intranätet finns en utbildningstrappa med förslag/rekommendation av olika utbildningar inom patientsäkerhet för sjukhusets medarbetare utifrån roller/funktioner.

Världshälsoorganisationen, WHO, har utsett den 17:e september som en återkommande internationell patientsäkerhetsdag. Årets tema var patienten som medskapare. Utskott Patientsäkerhet uppmärksammade temat redan i maj med en chefsinformation i aulan samt i september med öppen föreläsning med fokus på vikten av patientdelaktighet för en säker vård utifrån den nationella handlingsplanen. Representanter från patient- och närstående rådet berättade om vad som är viktigt för dem för att känna delaktighet i kontakt med vården. Det gavs också tips på olika diskussionsmaterial, verktyg och stöd på intranätet för att främja patientdelaktighet. Föreläsningen filmades och kan ses på intranätet i efterhand.

Sjukhuset erbjuder återkommande utbildningar om att genomföra förändringar. Initialt rekommenderas en halvdags introduktion till olika metoder inom kvalitetsutveckling. Därefter kan fördjupning erbjudas, antingen om att leda större förändringar genom projekt, eller att driva ständiga förbättringar genom förbättringsarbete. Utbildningen i förbättringskunskap är öppen för alla medarbetare, men är obligatorisk för ST-läkare. Teoretisk bakgrund varvas med praktisk användning av verktyg. För chefer erbjuds en anpassad utbildning utifrån chefens roll i förbättringsarbetet. På förfrågan ges även skraddarsydda utbildningar till ledningsgrupper, enhetsledare och vid planeringsdagar. Det finns också kompletterande utbildningar i implementering, förändringsledning och tjänstedesign som tillhandahålls inom regionen.

## Utbildningar inom bemötande

Behov av ökat stöd och kunskap till chefer och medarbetare avseende bemötande av patienter med förolämpande eller diskriminerande beteende har identifierats. Som första sjukhus i regionen har sjukhuset tagit fram ett samlat material som handlar om när en patient eller närstående ställer orättfärdiga krav på personalens hudfärg, kön, etniska tillhörighet, religion eller andra krav som är diskriminerande. **Om rätten att välja** har resulterat i ett arbetsmaterial som bland annat består av en sjukhusövergripande riktlinje och instruktion vilka tydliggör lagstiftning och regelverk samt sjukhusets övergripande förhållningssätt samt ger stöd för konkret handling i akuta situationer och för det förebyggande arbetet på den egna enheten. Materialet består bland annat av en film, APT-material, föreläsning (vilken även kan ses via intranätet) samt affischer till väntrum och vårdenheter.

Grundläggande för trygg och säker vård är att agera respektfullt, lyhört och empatiskt i bemötandet av patienter och närstående. Bra bemötande är mer än en trivselfråga. **Empatigymmet**, ett spel för att träna sin empatiska förmåga, skapades av Innovationsavdelningen då det ofta saknas stöd, verktyg och praktisk träning i bemötande. Spelet bygger på patient- och närståendes synpunkter och klagomål gällande kommunikation och bemötande, insikter från workshops med medarbetare samt forskning som pekar på vikten av klinisk empati i sjukvården och positiva effekter av empatiträning. I början av 2023 rekommenderade ledningsgruppen att spelet skulle lanseras på hela sjukhuset. De flesta ledningsgrupper samt flertalet avdelningar och mottagningar avsatte under året tid för att spela delar av **Empatigymmet**.

## Patienten som medskapare

*När patienten är välinformerad, får delta aktivt i sin vård och ges möjlighet att påverka den utifrån sina önskemål och förutsättningar, kan vården bli ännu säkrare.*



### Patienters och närståendes medverkan i patientsäkerhetsarbetet

Patient- och närståendes delaktighet är en viktig del för att utveckla och förbättra vården och är grundläggande i sjukhusets ambition om att stärka patientdelaktigheten och att skapa en mer personcentrerad vård. Sjukhusets värdegrund och gemensamma synsätt är **För patienten - med patienten** och sedan våren 2023 inrättades, i projektform, **Patient- och närståenderådet** på sjukhuset. Rådet har regelbundna möten och medverkar bland annat i sjukhusets kommitté för vårdkvalitet och patientsäkerhet. Rådet kommer under våren 2024 att sammanställa en utvärdering av organisations- och arbetsform vilken kommer att ligga till grund för beslut om huruvida rådet ska fortsätta som en permanent verksamhet.

### Patient- och närståenderådets arbetsformer

Ledamöterna rekryterades under våren och rådet startade upp i april 2023. Rådet består av sex ledamöter med olika bakgrund och erfarenheter av att såväl vara patient som närstående. Under året hade rådet sju planerade möten där det inledningsvis diskuterades inriktning och former för hur rådet skulle arbeta. Under hösten bjöd rådet in Avdelningen för sjukhusövergripande verksamhetsutveckling till varje möte för att diskutera aktuella projekt och initiativ. Rådet har också bjudit in andra verksamheter som önskat feedback och idéer på hur patienter och närstående bättre kan involveras i vården för att bland annat stärka patientsäkerheten. Utöver deltagande i Utskott och kommitté, har ledamöter också deltagit på olika verksamheters APT, nätverksmöten och chefsmöten för att lyfta bemötandefrågor, förhållningssätt och nyttjande av den kompetens som patienter och närstående besitter. Rådet har hela tiden funderat över var och på vilken nivå som rådet bäst gör nytta och det sker ett ständigt lärande i frågan. En tidig insikt var att det är viktigt att komma in i rätt tid i olika projekt för att verkligen kunna påverka involveringen från patienter och närstående.

### Tillvaratagande av synpunkter och klagomål från patient och närstående

Patienters och närståendes synpunkter och förbättringsförslag är viktiga för att kunna förbättra och utveckla vårdverksamheten på sjukhuset. Patienter och närstående uppmanas i första hand att återkoppla synpunkter direkt till berörd verksamhet genom 1177 e-tjänster, via brev eller telefon. Varje verksamhet ansvarar för att utreda det inträffade och besvara anmälaren. Klagomål och synpunkter inkommer också via Patientnämnden (PaN) eller Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO). Patientvägledare finns vid behov med som stöd när patient och närstående önskar återkoppla synpunkter eller klagomål på plats med vårdgivare. En översyn av processen för patientärenden har gjorts i syfte att säkerställa att inkomna synpunkter utreds, besvaras inom rimlig tid samt används som en del i verksamheternas förbättringsarbete. Under året har ett flertal händelseanalyser initierats på grund av inkomna synpunkter och klagomål samt patientärenden.

### Patientinformation

På många platser på sjukhuset, till exempel i hissar, toaletter och väntrum, finns affischer alternativt skärmar som uppmanar patienterna till god handhygien, att alltid meddela vårdpersonalen vid smärta samt att fråga vårdpersonalen om de känner sig osäkra. På sjukhusets externa hemsida finns sidorna **Bra att veta inför ditt besök på Södersjukhuset** samt **Till dig som ska opereras** med kort information om hur patienterna själva kan minska risken för skador genom förberedelser inför operation.

Opererande verksamheter har informationsmaterial både före operationen, vad som händer under och hur patienten på bästa sätt ska ta hand om sig efter operationen. På intranätet finns ***Bra att veta inför ditt besök på Södersjukhuset*** vilka kan tryckas ut och lämnas till patienter. Under året har foldern ***Bidra till en ökad säkerhet - Information till patienter som vårdas i slutenvården*** tagits fram. Foldern riktar sig till patienter i slutenvården och innehåller skriftlig information och exempel på vad patienter kan göra själva för att minska riskerna i vården.

Webbformulär är en applikation där patienten via 1177 kan genomföra skattningar/formulär eller fylla i skattningar/formulär i samband med besök. Alla slutenvårdsavdelningar har journalmallen ***Utskrivningsmeddelande med läkemedelsberättelse*** där läkare dokumenterar information om vårdtiden och rekommendationer framåt. Anteckningen skrivs ut och ges till patienten vid utskrivning.

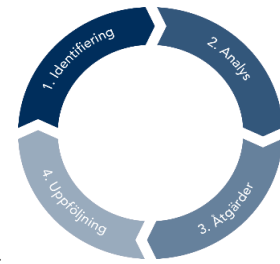
Sjukhuset arbetar på olika sätt med att göra information tillgänglig och användarvänlig för alla människor. Den externa webben [www.sodersjukhuset.se](http://www.sodersjukhuset.se) ska följa Lagen om tillgänglighet till digital offentlig service. Förutom det som rör gränssnitt och funktionalitet på webben ska allt textinnehåll vara formulerat på ett sådant sätt att informationen är tydlig och lätt att förstå. Webbens användarvänlighet och innehåll testas regelbundet med hjälp av webbenkäter (WSA) till användarna. Resultaten från enkäterna används som underlag vid fortsatt utveckling. På webben och i sjukhusets sociala kanaler har videoklipp undertexter och bilder i inlägg förses med förklarande text. Så ofta det är möjligt kombineras rörlig bild, ljud och text så att informationen är tillgänglig för så många som möjligt.

### Exempel från verksamheterna:

- Projektet ***Patententupplevelsen på SÖS röntgenklinik*** startades som ett samarbete mellan röntgenkliniken, SÖS Innovation samt OpenLab och syftar till att genom patientdeltagande öka patientens känsla av kontroll och trygghet inför, under och efter en röntgenundersökning. Tjänstedesignkonsult har genomfört kvalitativa djupintervjuer med patienter, medarbetare och genom samskapande workshop har ett antal utvecklingsområden identifierats. Arbetet har genererat ny skyltning, ommöblering av väntrum, anställning av professionell receptionist, omarbetade kallelser och införande av elektronisk kallelse, informationsfilmer till patienten via QR-kod i kallelsen samt infogat frågor i akutmottagningens patientenkät om hur röntgenundersökningen upplevdes i samband med besöket. Projektet har inlett samarbete med Patient- och närståenderådet.
- På internmedicin har den framtagna sjukhusövergripande foldern ***Bidra till en ökad säkerhet - Information till patienter som vårdas i slutenvården*** börjat att få alltmer spridning. Parallellt finns interna patientbroschyrer, där patienten bjuds in till att dela med sig av erfarenheter vad gäller delaktighet och information, via en QR-kod till en kontinuerligt pågående lokal patientnöjdhetenkät/vårdenhet.
- På akutmottagningen fortsätter samarbetet med SÖS Innovation genom insamling av fortlöpande synpunkter från patienter med hjälp av en kort enkät via en QR-kod vid utgången. Enkäten består av fem frågor från den nationella patientenkäten om patientupplevelsen och två öppna frågor om förbättringsområden som besvaras med fritext. Svaren samlas in automatiskt och månadsrapporterna följs av ledningsgruppen och omvårdnadsledarna. Svarsfrekvensen ökade tiofaldigt från ett 30-tal till över 300 per månad i februari, då en QR-kod skickades med fakturan. För att även nå patienter som har frikort ska ett elektroniskt brev med QR-koden skickas till alla patienter via 1177.

# AGERA FÖR SÄKER VÅRD

*Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet.*



## Verktyg

Underlag och data för uppföljning och utvärdering genom egenkontroll kommer från olika mätningar och källor. I verksamhetsplanen finns de mål och indikatorer som sjukhuset har särskilt fokus på. Uppföljning sker regelbundet i sjukhusets ledningsgrupp och inom respektive verksamhetsområde eller stabsavdelning. I kvartalsvisa möten med sjukhusledning och verksamhetsområdena är uppföljning av kvalitet och patientsäkerhet en stående punkt.

## Vårdplatssituation

Antal överbeläggningar och utlokaliserade patienter rapporteras, följs och analyseras löpande.

## Vårdavvikelser

Risker, tillbud och negativa händelser rapporteras och följs upp via avvikelssystemet HändelseVis i syfte att förebygga identifierade risker.

## Markörbaserad journalgranskning

Markörbaserad journalgranskning utförs varje månad. Journalgranskningar görs även i andra sammanhang.

## Punktprevalensmätningar

Punktprevalensmätningar har under året genomförts avseende följsamhet till handlingsprogrammet för antibiotikaresistenta bakterier, samt förekomst av trycksår. Resultaten matas in i sjukhusets digitala uppföljningsverktyg och presenteras momentant på enhetsnivå, verksamhetsområdesnivå och sjukhusnivå. Jämförelser är möjliga att göra både över tid och mellan olika verksamheter. Resultat och behov av förbättringsåtgärder tas upp i relevanta forum med ansvar för olika sakområden. När sjukhuset genomfört en mätning gör avdelning Kvalitet och patientsäkerhet eller lämpligt Utskott en övergripande analys av resultaten. Utifrån analysen vidtas sedan lämpliga åtgärder, exempelvis rapportering och diskussion i sjukhusets ledningsgrupp, tillsättande av en tillfällig arbetsgrupp, utbildningsinsatser eller extrainsatta uppföljningar.

## Självskattning

Under året har två självskattningar genomförts gällande följsamhet till basala hygienrutiner. Syftet med självskattningen är främst att uppmuntra medarbetare till reflektion över sitt eget beteende och verksamhetens arbetssätt. Fokus var att särskilt följa upp handdesinfektion före patientkontakt, samt att uppmärksamma eventuell felanvändning av handskar. Möjlighet att skriva fritextkommentarer fanns, vilket har skapat en ökad förståelse för bakomliggande orsaker till att basala hygienrutiner inte alltid följs.

## Infektionsverktyget

Vårdrelaterade infektioner (VRI) följs genom rapporter via Infektionsverktyget, vilket fångar alla antibiotikaordinationer som görs i journalsystemet. Genom detta finns tillgång till en stor mängd data att inhämta kunskap från. Automatiska e-postutskick kan skapas från Infektionsverktyget, så att verksamheten kan följa det som är relevant för dem. Två valideringar av ordinationsorsaker har genomförts, varje verksamhetsområde uppmanas att granska 50 ordinationer/halvår. Utifrån resultaten har förbättringsaktiviteter genomförts lokalt. En sjukhusövergripande arbetsgrupp har analyserat rapporter avseende VRI på sjukhusnivå och förbättringsaktiviteter har initierats.

## Riskbedömningar

Samtliga patienter som skrivs in i slutenvården ska bedömas avseende förekomst av anmälningspliktiga resistenta bakterier (ARB), fall, trycksår, undernäring och urinretention. Riskbedömningen är en förut-

sättning för att kunna sätta in förebyggande åtgärder tidigt. Obligatoriska riskbedömningsinstrument finns i den journalmall som sjuksköterskan öppnar i samband med patientens ankomst till vårdenheten. Andelen utförda riskbedömningar kan kontinuerligt följas upp per vårdenhet. Särskilda riskbedömningar kan även göras inför anestesi och operation.

### **Patientenkäter, synpunkter och klagomål.**

Patienternas synpunkter är en viktig källa för att ständigt förbättra vården. Genom att delta i olika undersökningar får patient- och närstående möjlighet att berätta om- och svara på frågor rörande sina erfarenheter och upplevelser av vården. Patienternas uppfattning om vården mäts via nationella Patientenkäten (NPE) och genomförs vart annat år för specialiserad öppen- och slutenvård och vart annat år för akutmottagningar. Flera vårdenheter har även lokalt anpassade enkäter där patienten i samband med besök i öppenvården eller vid utskrivning från slutenvården läser av en QR-kod med sin egen smartphone och svarar direkt på korta frågor. Alternativt får patienten ett utskrivet dokument med QR-kod som hen kan läsa av i ett senare skede och svara på enkäten. Patienter och närstående har även möjlighet att lämna synpunkter på vården direkt till verksamheten via 1177, Patientnämnden och IVO. Inkomna patientärenden och resultatet från enkäter används för att förbättra och utveckla vården utifrån patienternas perspektiv och utgör även underlag för jämförelser mellan vårdenheter och är ett redskap för styrning och ledning.

### **Kartläggning av organisatorisk och social arbetsmiljö (OSA)**

I den årliga enkäten för kartläggning av organisatorisk och social arbetsmiljö ingår frågor rörande patientsäkerhetskulturen, Hållbart säkerhetsengagemang (HSE), samt frågor om Hållbart Medarbetarengagemang (HME).

### **Kvalitetsindikatorer**

Sjukhuset har cirka 60 specifika kvalitetsindikatorer som regelbundet rapporteras, analyseras och följs upp. Samtliga indikatorer som hämtas från journalsystemet kan följas kontinuerligt via **Kvalitetskollen** i sjukhusets utdataverktyg. Detta möjliggör åtkomst för chefer, verksamhetsutvecklare och andra intresserade medarbetare på alla nivåer. Resultaten kan följas på sjukhusnivå, verksamhetsområdesnivå och enhetsnivå. Jämförelser kan göras över tid så att eventuella variationer, såväl önskade som oönskade, kan upptäckas tidigt. Av de sjukhusgemensamma och sjukhusspecifika kvalitetsindikatorerna väljs några indikatorer ut till sjukhusets verksamhetsplan för att särskilt sätta fokus på dessa områden. Under 2023 har sjukhuset valt att arbeta för att minska andelen vårdrelaterade infektioner, minska andelen patienter över 80 år som återinskrivs till sjukhuset inom sju dagar, minska tiden från ankomst till trombolys för patienter med stroke, samt öka andelen medarbetare som svarar positivt på frågan om det alltid genomförs förbättringar efter negativa händelser. Aktiviteterna kring detta beskrivs i andra avsnitt. Sjukhuset rapporterar också till cirka 100 olika kvalitetsregister vilket möjliggör jämförelse av de egna resultaten över tid och med andra vårdgivare. I **Vården i siffror** samlas en del av resultaten från kvalitetsregistren, vilket möjliggör jämförelser regionalt och nationellt.



## Delaktighet

**Mål (slutenvården):** Minst 81 procent av patienterna ska svara positivt på frågan:

*Var du varit delaktig i beslut beträffande din vård/behandling i den utsträckning du önskade?.*

**Resultat:** Patienternas upplevelse av delaktighet mäts via Nationell patientenkät (NPE) alternativt via sjukhusets lokala mätningar. Resultatet kan presenteras per enhetsnivå, verksamhetsområdesnivå och sjukhusnivå. Jämförelser av resultatet från NPE kan även göras regionalt och nationellt. Under 2023 gjordes mätningarna via NPE för andel patienter i slutenvården som känner sig delaktiga i sin vård och behandling. Resultatet visade på stora variationer mellan de olika enheterna men hamnade, på sjukhusnivå, på 78,6 procent vilket är en liten minskning jämfört med resultatet för 2021, och sjukhuset når dessvärre inte upp till årets målvärde.

**Analys av resultat:** De verksamheter som arbetat aktivt med utvecklings- och förbättringsarbete som syftar till ökad delaktighet, exempelvis bedsiderapportering, teamrond och förbättrad utskrivningsprocess har nått goda resultat i årets mätning.

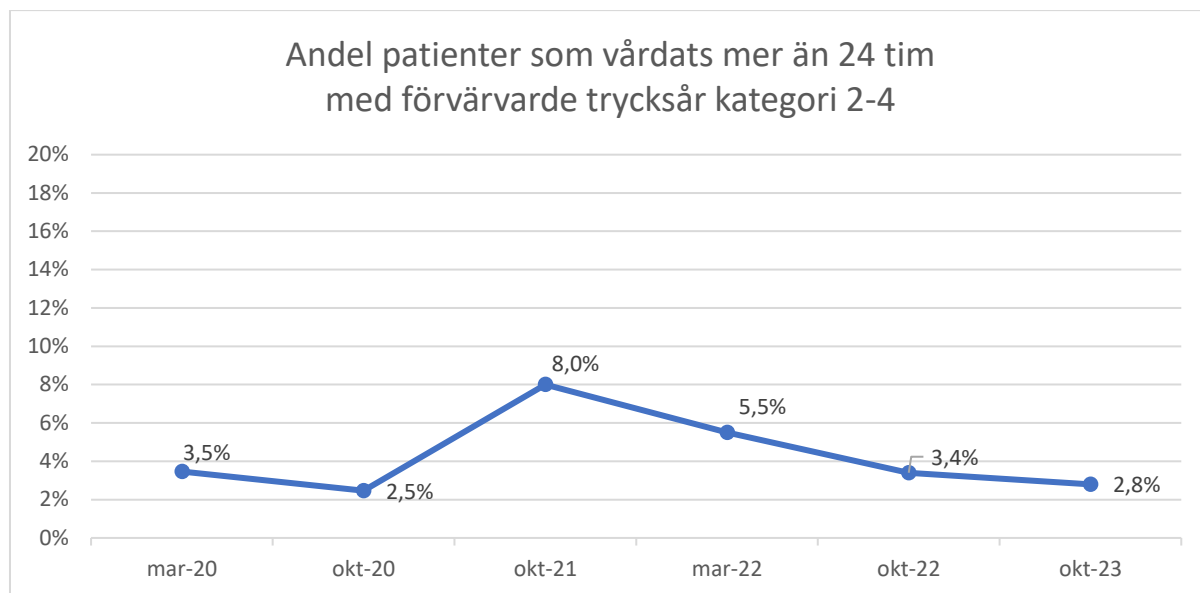
**Åtgärd:** Alla verksamheter som har deltagit i mätningen har fått tillgång till sina resultat samt på aggregerad nivå. Arbetet med kontinuerlig patientnöjdhetsmätning via 1177 fortgår. En ledamot från Patient- och närståenderådet har deltagit vid chefsforum, vid planeringsdagar och utbildningstillfällen och medlemmar i rådet involveras vid planering av olika förändringsarbeten/utvecklingsprojekt. Patientvägledare och förändringsledare har tillsammans med företrädare för olika patientföreningar/organisationer utarbetat förslag till arbetsbeskrivning för ledamoten i pilotprojektet patient- och närståenderåd.

**Uppföljning av åtgärd:** Patienternas upplevelse av delaktighet på sjukhusets akutmottagningar kommer att följas under 2024 med mätningar via Nationell patientenkät, och vissa verksamheter fortsätter att mäta kontinuerligt via QR-koder. Olika förbättringsarbeten, insatser för att öka patienters delaktighet i sin vård och behandling kommer att fortgå under året. Utvärdering av pilotprojekt patient- och närståenderåd kommer att ske under våren och därefter fattas beslut om rådet ska permanentas på sjukhuset.

## Trycksår

**Mål:** Förekomsten av trycksår kategori 2-4 som uppkommit under vårdtiden ska minska.

**Resultat:** Förekomst av trycksår följs upp genom en punktprevalensmätning en gång per år. Resultatet från årets mätning har visat en fortsatt minskning sedan årets mätning. Andelen patienter med förvärvade trycksår kategori 2–4 var 2,8 procent.



Utöver punktprevalensmätningar följs andelen patienter som har riskbedömts för trycksår, varav hur stor andel som har ökad risk och där förebyggande åtgärder dokumenterats, kontinuerligt via utdataverktyget Qlikview. Sjukhuset kan också följa upp andelen patienter som har utvecklat trycksår kategori 2-4 under vårdtiden, när detta har journalförts i omvårdnadsepikrisen. Trycksår är också en markör som ingår i den sjukhusövergripande journalgranskningen som genomförs en gång per månad. Om ett trycksår kategori 2–4 uppkommit under vårdtiden identifieras rapporteras detta som en vårdskada i avvikelssystemet HändelseVis.

**Analys av resultat:** I samband med uppföljningen av trycksår har också en inventering av sjukhusets madrasser genomförts. Under 2021 noterades att ungefär hälften av de tryckavlastande madrasserna var äldre än de fem år som rekommenderas. Ett stort antal av dessa madrasser har nu bytts ut, vid årets uppföljning var 16 procent äldre än fem år.

**Åtgärd:** Sjukhuset har särskilt uppmärksammat frågan om trycksår genom en *Trycksårscup* som erbjuds till samtliga slutenvårdsenheter för vuxna. Tolv vårdenheter valde att delta i kampanjen som pågick under en månad. Deltagarna genomförde flera aktiviteter såsom utbildning, genomgång av förebyggande material, uppmärksammande av patienter med risk, samt deltog i en tävling om riskbedömning och dokumentation av förebyggande åtgärder. Vinnande enhet uppmärksammades med tårta, diplom om nyhet på intranätet.

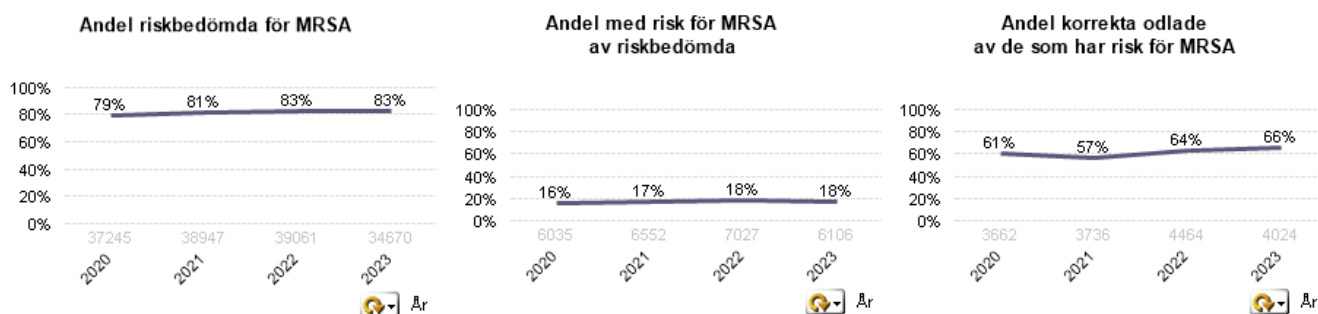
**Uppföljning av åtgärd:** Ingen sjukhusövergripande uppföljning har genomförts avseende åtgärder kopplade till trycksåruppföljningen, detta då andelen förvärvade trycksår var så låg. De vårdenheter som fortfarande har madrasser som är mer än fem år uppmannas att byta ut dessa.

## Anmälningsskyldiga resistenta bakterier, MRSA

**Mål:** Förbättrad följsamhet till Handlingsprogram för anmälningsskyldiga resistenta bakterier (ARB).

**Resultat:** Följsamheten till handlingsprogrammet för anmälningsskyldiga resistenta bakterier har följts upp genom en punktprevalensmätning vid två tillfällen, en på våren och en på hösten. Samtliga anmälningsskyldiga resistenta bakterier (MRSA, VRE, ESBL, ESBLcarba) granskas då, men i sammanställningen nedan presenteras enbart MRSA, då denna är mest komplex med flest riskfaktorer. I punktprevalensmätningen journalgranskades sammanlagt 849 journaler. Av dessa hade 218 någon riskfaktor för MRSA, varav 159 hade hanterats korrekt enligt handlingsprogrammet. Detta motsvarar 73 procent, vilket är en försämring mot föregående år.

Utöver den återkommande punktprevalensmätningen följer sjukhuset sina resultat kontinuerligt via utdataverktyget Qlikview. Verksamheterna kan få sina data presenterat per avdelning och verksamhetsområde, samt jämföra per år, månad eller vecka. I denna mätning framgår att andelen riskbedömda, samt andelen korrekt hanterade enligt handlingsprogrammet, har förbättrats något för varje år sedan 2020.



**Analys av resultat:** Punktprevalensmätningen speglar enbart inskrivna patienter under en specifik dag och journalgranskningen görs av en person per avdelning. Den kontinuerliga mätningen fångar samtliga inskrivna patienter och torde därför ge ett mer korrekt resultat. Under året har ett nytt handlingsprogram för anmälningsskyldiga resistenta bakterier publicerats, vilket innebär många nya detaljer för medarbetare att beakta. Trots detta har en större andel patienter odlats enligt handlingsprogrammet (enligt den kontinuerliga mätningen).

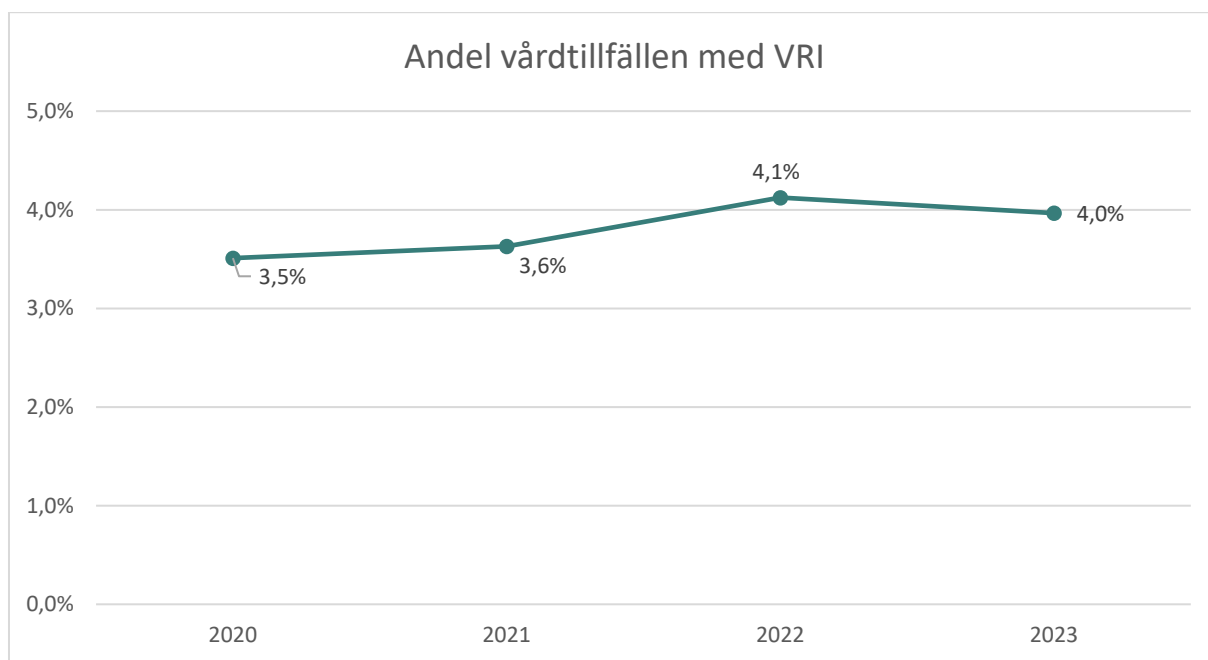
**Åtgärd:** Sjukhuset har fortsatt haft en arbetsgrupp med representation från fyra verksamhetsområden, som under året genomfört flera aktiviteter för att sprida information om handlingsprogrammet. Nya fickkort har tagits fram i olika format, ett APT-material med de viktigaste förändringarna har kommunicerats ut. Sedan tidigare finns en utbildning på plattformen Lärtorget, som nu uppdaterats med de nya riktlinjerna. Journaltermer har korrigerats för att bättre stämma överens med nya riktlinjerna. Ett pilotprojekt har genomförts och utvärderats för att testa en mjukvara som i journalen kan identifiera patienter med riskfaktorer och skapa odlingsremisser för dessa, detta ledde dock inte till några förbättrade resultat och projektet avslutades. Anmälningsskyldiga resistenta bakterier ingår som ett block på det kliniska utbildningsprogrammet som erbjuds till nyanställda sjuksköterskor och undersköterskor.

**Uppföljning av åtgärd:** Under 2024 kommer inte längre punktprevalensmätningar att genomföras, resultaten kommer fortsättningsvis att kunna följas kontinuerligt via sjukhusets utdataverktyg.

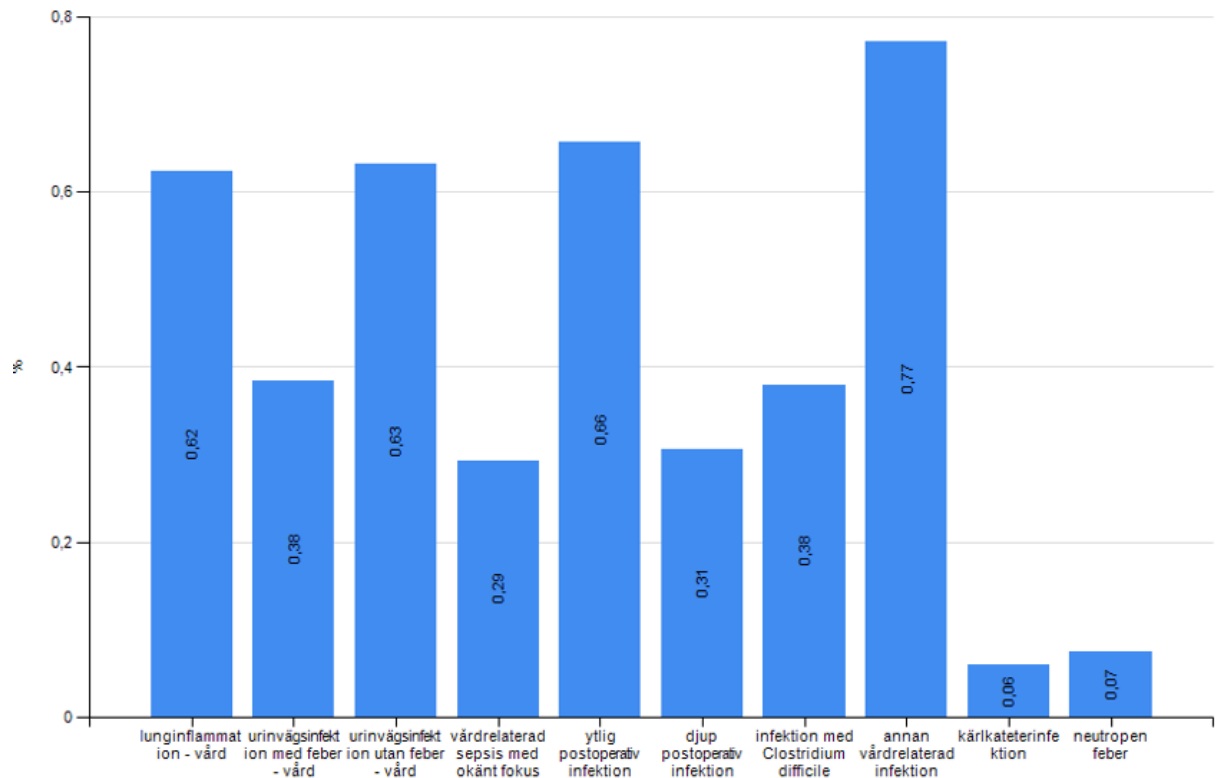
## Vårdrelaterade infektioner, VRI

**Mål:** Förekomsten av vårdrelaterade infektioner ska minska.

**Resultat:** Förekomst av vårdrelaterade infektioner följs via rapporter från Infektionsverktyget, som i sin tur hämtar data från journalsystemet för samtliga ordinationer av antibiotika. Andelen vårdtillfällen med VRI under 2023 var fyra procent. Samtliga verksamhetsområden kan följa sina resultat kontinuerligt genom återkommande månadsrapporter från Infektionsverktyget. I denna sammanställning ingår inte intensivvården, då de använder ett annat journalsystem som inte kan kopplas till Infektionsverktyget. Intensivvården kan följa vissa vårdrelaterade infektioner via sitt kvalitetsregister SIR. Kontaktläkare på respektive verksamhetsområde gör återkommande valideringar av de ordinationsorsaker som valts. Sammanlagt 833 ordinationer har granskats, varav 83 procent var korrekta.



I diagrammet presenteras andelen vårdrelaterade infektionerna per diagnos utifrån samtliga antibiotikaordinationer som gjorts under 2023.



Utöver detta följs också vårdrelaterade infektioner via den sjukhusövergripande markörbaserade journalgranskningen som genomförs en gång per månad. Om en vårdrelaterad infektion bedöms som undvikbar rapporteras detta som en vårdskada, vilket återkopplas till berörd verksamhet för kännedom.

**Analys av resultat:** Andelen vårdtillfällen med VRI har minskat något under 2023 jämfört med föregående år. Andelen **Annan vårdrelaterad infektion** har också minskat och utgör nu cirka 18 procent av alla vårdrelaterade infektioner jämfört med förra året då det var 30 procent. Detta kan vara ett resultat av det förbättringsarbete som har gjorts utifrån valideringen av ordinationsorsaker.

**Åtgärd:** Sjukhuset har sammanställt resultaten från valideringar och VRI-rapporter och bjudit in samtliga verksamhetsområden till diskussion om förbättringsaktiviteter. Hygienläkare har bjudits in att delta på flera verksamheters läkarmöten. En arbetsgrupp för VRI har planerat och genomfört aktiviteter under året, så som en stafettvecka på sjukhusets Instagram med tema VRI, utarbetat ett APT-material om sjukhusets vanligaste VRI, tagit fram mobiliseringsövningar som patienter kan utföra själv, samt kommunicerat på intranät och i nyhetsbrev.

**Uppföljning av åtgärd:** Sjukhuset kommer fortsätta arbetet med validering av ordinationsorsaker och bjuda in till återkoppling efter dessa. Under 2024 ska en sjukhusövergripande handlingsplan för att förebygga vårdrelaterade infektioner och smittspridning tas fram och implementeras. Denna kommer att fokusera på sjukhusets tre vanligaste VRI: urinvägsinfektion, postoperativa infektioner och lunginflammation. Utifrån det kommer sedan förbättringsaktiviteter att genomföras.

## PRIORITERADE FOKUSOMRÅDEN

*Socialstyrelsens nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet innehåller fem prioriterade fokusområden som kan stärka arbetet för en säkrare vård. Dessa fokusområden utgår från de huvudsakliga utmaningarna inom patientsäkerhetsarbetet.*



### Öka kunskap om inträffade vårdskador

*Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts.*

Alla medarbetare på sjukhuset uppmanas att rapportera vårdavvikelser i avvikelssystemet HändelseVis. Ansvarig chef (eller annan utsedd funktion) bedömer rapporterade vårdavvikelser och klassificerar händelsen. I avvikelssystemet finns möjlighet för handläggaren att göra en vårdskadebedömning. 272 vårdavvikelser (26 procent av de vårdavvikelser som klassificerats som negativ händelse) har bedömts som vårdskada, vilket är ett liknande resultat som förra året. 54 procent av de negativa händelserna saknar vårdskadebedömning, vilket ofta beror på att det är ofta svårt att bedöma om händelsen var undvikbar. Patienters och närståendes synpunkter och klagomål, patientärenden eller markörbaserad journalgranskning är andra fångstverktyg där allvarliga händelser kan identifieras och leda till att utredningar görs.

### Utredningar

Om den rapporterade händelsen indikerar att en patient drabbats av en vårdskada eller kunde ha drabbats av en vårdskada ska händelsen enligt patientsäkerhetslagen utredas. Syftet med utredningen är att klargöra händelseförloppet och orsakerna till det. Utredningen ska ge underlag för beslut om åtgärder som ska hindra att en liknande händelse inträffar på nytt. Efter utredningen ska vårdgivaren genomföra lämpliga åtgärder, följa upp dem och sprida kunskapen för att hindra att liknande händelser inträffar igen. Om utredningen visar att patienten inte har drabbats av en händelse som har, eller hade kunnat medföra en vårdskada, kan resultatet av bedömningen och erfarenheterna ändå användas i verksamheten inom ramen för det systematiska kvalitetsarbetet.

I riktlinjen **Patientsäkerhet, ledningssystem** finns en rubrik om patienten som medskapare samt information om att alltid erbjuda patienter och/eller närstående möjligheten att delta vid händelseanalyser och lex Maria-anmälningar. Patient eller närstående bidrar ofta med andra tankar och frågeställningar än vad analysteamet bidrar med, vilket skapar ett bredare perspektiv på analysen. I 82 procent av de utförda händelseanalyserna och i 97 procent av årets lex Maria-ärenden har patient och/eller närstående varit delaktig. Det finns även en ny folder **Patientinformation om vårdskada, utredning och ev. lex Maria** framtagen för att möjliggöra skriftlig information till patient/närstående vid utredningar.

### Lex Maria

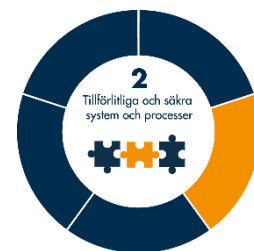
Om händelseanalysen visar att patienten har drabbats av en allvarlig vårdskada eller riskerade att drabbas av en allvarlig vårdskada ska en anmälan till IVO enligt lex Maria göras. När chefläkare, i samråd med verksamhetschef bedömt en allvarlig händelse, skrivs ett chefläkarbeslut om att händelsen ska anmälas till IVO eller inte. Beslutet används som underlag till anmälan. En checklista används för att säkerställa att händelseförloppet är tydligt beskrivet för att minska missförstånd eller tolkningar, att orsaker och åtgärder är identifierade samt att utredningen håller hög kvalitet för att undvika onödiga kompletteringar. Under året har antalet begärda kompletteringar från IVO minskat. Under året genomfördes 74 händelseanalyser, varav 32 ingick i lex Maria-ärenden. Uppföljning av åtgärderna sker främst på respektive verksamhetsområde, men vid behov på sjukhusnivå. Under hösten togs även beslut om att ett lex Maria-ärende ska pre-

senteras på sjukhusets ledningsgrupp varje månad. Relevanta ärenden väljs ut och ansvarig verksamhetschef presenterar händelsen, lärdomar och vidtagna åtgärder. Exempel på sjukhusövergripande riskområden och åtgärder som identifierats i samband med lex Maria-ärenden under året är behov av en sjukhusövergripande riktlinje för akut MR, översyn av sjukhusövergripande riktlinjer med fokus på förtydligande av märkning av förvaring av läkemedel samt manuell hantering vid överflyttning av tabletter från burk till medicinkopp till patientfack i läkemedelsvagn.

<b>Lex Maria-ärenden anmälda 2023</b>	
Fördröjd diagnos vid cauda equinasyndrom	Omföderska med graviditetsdiabetes, barnet avled vid förlossningen
Akut ryggsmärta med högt CRP	Förstföderska med graviditetsdiabetes, patologiskt CTG, kejsarsnitt
Höftfraktur efter fall	Omföderska med induktion och uterusruptur, barnet föds med svår syrebrist
Patient avled i samband med reponering av handledsfraktur	Patient avled efter att livmodern opererats bort
Patient fick blodtransfusion som var ämnad för en annan patient	Missad höftfraktur
Patient fick hjärtstopp på Akuten	Sepsis efter trycksår
Epiduralhematom vid epiduralbedövning	Upprepade fallolyckor på vårdavdelning
Bristande vårdkedja och bristande omhändertagande	Inflammation i venväggen efter perifer venkateter
Fördröjd återinläggning efter stomioperation	Blodpropp efter fotledsfraktur
Resursbrist jourtid på operation	Arteriell skada under brösttryggsoperaton
Fördröjd bedömning av röntgensvar	Fördröjd diagnos, blindtarmsinflammation nr 1
Kvarglömd operationsduk under operation	Fördröjd diagnos, blindtarmsinflammation nr 2
Felaktig ordination och administrering av TPN	Patient med huvudtrauma får diagnosen hjärnskakning, datortomografiundersökning följande dag visar stroke
Läkemedelsförväxling vid administrering	Urinfunktionsvärde som ligger långt över normalgränsen vidimeras utan åtgärd
Felaktig ordination och administrering av kaliumtillsats	Tarmperforation vid insättning av suprapubiskateter
Andningsstillestånd vid morfintillförsel	Utebliven kallelse till återbesök vid misstanke om malign sjukdom

## Tillförlitliga och säkra system och processer

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



### Gemensamma processer

Den sjukhusövergripande riktlinjen **Patientsäkerhet – ledningssystem** beskriver ansvar, roller, rutiner och arbetssätt för patientsäkerhetsarbetet. Sjukhuset har sjukhusövergripande (och när det behövs även lokala) vårdriktlinjer och beskrivningar av standardiserade arbetssätt för att säkra kvaliteten på vården. På intranätet finns ämnessidan för patientsäkerhet med exempelvis riktlinjer, checklistor, olika verktyg, händelseanalyser, mål, indikatorer och resultat för området samt relevanta kontaktpersoner. Informationen kompletteras med regelbundna nyhetsbrev till chefer och berörda patientsäkerhetsfunktioner.

Under de senaste två åren har ett fortlöpande arbete pågått med att skapa standardiserade sjukhusgemensamma journalmallar, mätvärdesmallar samt aktivitetsplaner i journalsystemet. Informationen i patientens journal ska vara strukturerad och funktionerna som finns i systemen ska användas på ett standardiserat sätt och i samklang på hela sjukhuset för att ge en god och säker vård samt för att säkerställa sjukhusets ansvar för optimal dokumentation. När medarbetare arbetar på olika vårdenheter ökar igenkänningsfaktorn och säkerheten om dokumentationen görs på samma sätt på sjukhuset. Många delar av dokumentationen är kopplad till andra system och används för uppföljning. Gemensamma mallar säkrar även integration till övriga system. Förändringar kan enkelt göras, nya termer kan läggas till vid ett tillfälle och ändringen slår igenom omedelbart på alla enheter.

### Akutmottagningsbesök

Vårdavvikelse på akutmottagningen, där bristfällig kontroll av patientens vitalfunktioner bedömdes ha bidragit till att patientens försämring inte upptäcktes och åtgärdades i tid, ledde till ett förbättringsprojekt under våren. Det konstaterades att två parallella system, triageverktyget RETTS och NEWS2, ledde till en otydlighet. De icke-evidensbaserade kontrollfrekvenserna av RETTS togs bort och prioritetsfärgen som avser hur fort patienten behöver bedömas av läkare förtydligades. Patientens aktuella NEWS2-poäng avgör nu istället när nästa kontroll av vitalfunktioner ska ske. Alla yrkeskategorier involverades i framtagandet av en gemensam rutin för patientövervakning och en lokalt anpassad NEWS2-åtgärdstrappa. Arbetet fortsätter med insatser för korrekt registrering av nyttillkommen förvirring i NEWS2 medvetandegrad.

**Orange protokoll** är infört för en tidig snabb läkarbedömning vilket innebär att de mest kritiskt sjuka patienterna bedöms tidigt av en erfaren läkare för att säkerställa patientens medicinska behov och säkerställa att patienten får rätt insatser utförda.

Även vårdavvikelse om bristfällig omvårdnad, fall, ojämn fördelning på moduler för omvårdnadskrävande patienter och ett ostrukturerat sätt för omvårdnadsåtgärder lede till ett förbättringsprojekt. Patienter på akutmottagningen har olika omvårdnadsbehov som inte alltid bedöms eller uppmärksammas. Projektet lyfte omvårdnaden som ett underprioriterat ämne inom akutsjukvården och påvisade att bristfällig omvårdnad inom akutsjukvården leder till oro, frekventa akutbesök, rädsla, intrahospitalt patientrelaterade skador samt dödlighet. Arbetet har lett till att när en patient nu inkommer på akutmottagningen utförs en omvårdnadsbedömning. De patienter som bedöms ha ett omvårdnadsbehov inkluderas till omvårdnadsrond. Varannan timme utförs därefter en omvårdnadsrond med flera omvårdnadsinsatser. Detta upprepas under hela akutbesöket. **Guldspår** innefattar patienter som är över 80 år och har ett stort omvårdnadsbehov. Det innebär att dessa patienter ska prioriteras för läkarbedömning, utredning samt inskrivning i



slutenvård vid behov. Vid införandet av *Guldspår* samverkade akutmottagningen med röntgen, geriatriken och vårdavdelningar för att äldre och sköra patienter ska prioriteras i alla led. Under 2023 har en ny roll, omvårdnadsledare, etablerats på akutmottagningen. Sju omvårdnadsledare har anställts med uppdrag att leda och utveckla omvårdnaden samt att säkra patientsäkerhetsarbetet och stötta övrig omvårdnadspersonal i olika vårdprocesser på akutmottagningen och deras arbete kommer att starta under 2024.

### **Vårdbehov och tillgång på vårdplatser**

Akutsjukvården i Stockholm har de senaste åren en tilltagande periodisk vårdplatsbrist som varierar med säsong och nedstängningar under semesterperioder. Situationen förvärras av brist på kompetens/vårdpersonal. Dessutom kommer den demografiska utvecklingen kommande år, med allt fler äldre, att påverka behovet av vårdplatser. Belastningen på akutmottagningen (andelen svårt sjuka) ökar generellt. Friskare patienter som snabbt kan handläggas, omfördelas till regionens närakutmottagningar och de som söker är äldre och ofta multisjuka. Därmed krävs mer komplexa initiala utredningar vilket i sig medför en längre (men nödvändig) vistelsetid. Ansamling av patienter på akutmottagningen som väntar på slutenvårdsplats har förbättrats något under året vilket kan förklaras av ett framgångsrikt arbete med att förbättra flöden internt (inskrivningsprocessen). Men problematiken i stort kvarstår då det handlar om många orsaker (inte enbart vårdplatsbrist eller flöden på akutmottagningen). Den veckovisa variationen är tydlig; flödet ut från sjukhuset avstannar under helger (framför allt överföring till geriatriska vårdformer) i kombination med neddragningar av sjukhusets slutenvårdsresurser. Ansamlingen av patienter leder till överbeläggningar och att patienter väntar på vårdplatser på akutmottagningen. Vanligtvis tar det två-tre vardagar innan ”balans” åter upprättats och beläggingsgraden sjunker från ca 110 procent till ca 90 procent i slutet av veckan innan helg inträffar och cykeln upprepas. Beläggningssituationen kan förvärras dramatiskt under infektionssäsong när både patienter och medarbetare insjuknar i covid eller influensa (fler patienter och höga sjukskrivningstal).

Clinical Decision Unit (CDU) öppnade i oktober 2023 och består av en bedömningsenhet med sju slutenvårdsplatser och med en planerad utökning till elva vårdplatser från februari 2024. CDU är kopplad till akutmottagningen och patienter med ett förväntat akutsjukvårdsbehov på 24 timmar kan vårdas på enheten. Underlag för beslut om inläggning på CDU följer ett framtaget protokoll där besöksorsak till akutbesöket styr om patienten är lämplig för vård på CDU. Genom att vårda rätt patient på CDU kan vårdplatserna nyttjas optimalt. Den förväntade effekten av CDU är kortare vistelsetider på akutmottagningen och färre inskrivningar på övriga slutenvårdsplatser på sjukhuset. I en framtidsplan finns möjlighet att inrätta fyra intermediärvårdplatser inom denna enhet.

### **Förstärkt och förbättrad in- och utskrivningsprocess**

Sjukhuset har inom ramen för årets verksamhetsplan och i kommitté akut vård drivit ett specifikt projekt för att stabilisera och förbättra in- och utskrivningsprocessen. Syftet har varit att patienter skall komma snabbare in på rätt vårdnivå, till rätt vårdavdelning och minska vistelsetiden på akutmottagningen. Ytterligare ett syfte har varit att låta det medicinska ansvaret gå till rätt medicinsk specialitet inom tre timmar efter det att beslut om inskrivning i slutenvården har tagits. När flödet blir mer effektivt frigörs fler vårdplatser snabbare. En ny funktion, vårdplatsansvarig läkare (VAL) är införd på samtliga kliniker, vilken har till uppgift att ha kontroll över hur många och vilka patienter som väntar på slutenvårdsplats. Funktionen deltar i vårdplatsmöten och säkerställer att patienter i väntan på vårdplats på akutmottagningen rondas samt samverkar med akutens omvårdnadspersonal och vårdplatskoordinator. En särskild sida på intranätet, den så kallade vårdplatsprognosen, uppdateras varje morgon, och regelbundna vårdplatsmöten hålls både fysiskt och digitalt. Vid behov kan extra vårdplatsmöten snabbt initieras för att lösa vårdplatssitua-

tionen. Exempel på några viktiga principer avseende inskrivning är att sjukhuset först fyller upp alla vårdplatser och om det inte finns en vårdplats inom rätt specialitet utlokaliseras patienten till annan medicinskt närliggande enhet. Därefter överbeläggs enheterna enligt en noga framtagna tabell där arbetsmiljö och patientsäkerhet är riskbedömt.

Utskrivningsprocessen har förstärkts med ett sjukhusövergripande dokument som sammanfattar alla ingående delar och referenser till lagtexter som behöver hanteras inför en utskrivning av olika patientgrupper. Stort fokus har varit på att från 2024 säkerställa att alla patienter som skrivs in på sjukhuset har ett preliminärt utskrivningsdatum inskrivet i journalsystemet på en särskild angiven plats. Under pandemin startade sjukhuset veckovisa teammöten med geriatriska vårdgrannar, ASIH-företrädare och palliativa vårdenheter i söderort under sommarmånaderna, jul- och nyårsveckorna. Dessa veckomöten är nu etablerade permanent under hela året för att underlätta vårdövergångar och förbättra samverkan. Sjukhuset bjuder också in mötesdeltagarna en gång per termin till gemensamt fysiskt möte för att tillsammans hitta smidiga vårdövergångar.

## Preventiva åtgärder och riskbedömningar under vårdtiden

Även i år har arbete pågått för att åter sätta fokus på vikten av preventiva åtgärder som exempelvis riskbedömningar, patientsamverkan samt utvecklings- och förbättringsarbeten inom många områden. Vid inskrivning i slutenvård, samt vid behov under vårdtiden, görs riskbedömningar (avseende anmälningspliktiga resistenta bakterier, fall, trycksår, undernäring och urinretention). Det är områden där patienter löper risk att skadas, inte minst i samband med sjukhusvård. Det är därför av stor vikt att i ett tidigt skede identifiera vilka patienter som löper särskilt stor risk att drabbas och att vidta adekvata förebyggande åtgärder för att förhindra skador/vårdskador. Riskbedömningarna görs av sjuksköterska inom 24 timmar från patientens ankomst till sjukhuset. För att förebygga och åtgärda riskerna krävs att samtliga professioner i vårdteamet involveras. Sjukhuset har fortsatt haft en arbetsgrupp med representation från fyra verksamhetsområden, som under året genomfört flera aktiviteter för att sprida information om handlingsprogrammet för Anmälningspliktiga resistenta bakterier, se avsnittet Agera för säker vård. Det finns även specifika riskbedömningsinstrument inför förlossning, operation och anestesi som används för att beräkna estimerade risker. Att på ett tidigt stadium identifiera patienter med hög risk, bland annat med olika scoringmodeller pre- och peroperativt, minskar risken för dessa patienter att utveckla komplikationer och i de fall komplikationer uppstår minska svårighetsgraden av dem.

### Kvalitet - Riskbedömningar



Andel riskbedömda för FALL <b>93 %</b>	Andel med risk för fall av riskbedömda <b>37 %</b>	Andel med aktivitetsplan av de som har risk för fall <b>57 %</b>	Andel som har fallit och skadat sig med sökord: fall under VTF <b>0,57 %</b>
Andel riskbedömda för TRYCKSÅR <b>93 %</b>	Andel med risk för trycksår av riskbedömda <b>18 %</b>	Andel med aktivitetsplan av de som har risk för trycksår <b>59 %</b>	Andel med förvärvat trycksår under VTF <b>0,43 %</b>
Andel riskbedömda för UNDERNÄRING <b>92 %</b>	Andel med risk för undernäring av riskbedömda <b>22 %</b>	Andel med aktivitetsplan av de som har risk för undernäring <b>51 %</b>	

## Äldre patienter

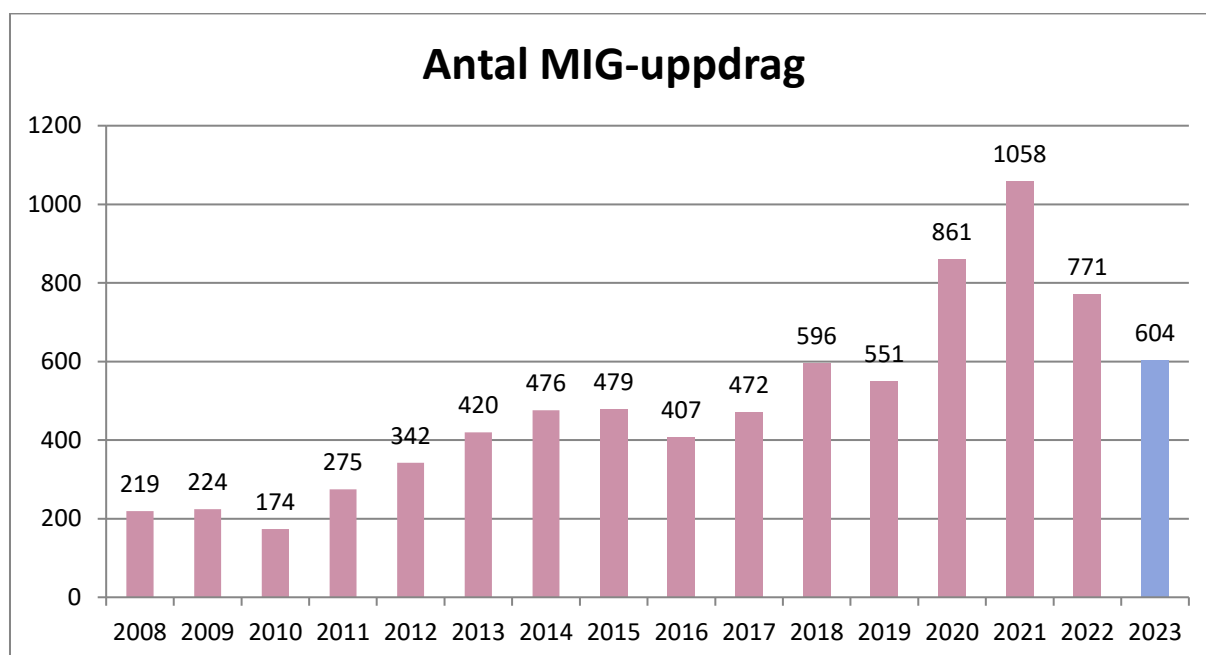
En identifierad patientsäkerhetsrisk är patienter över 80 år som oplanerat återinskrivs på sjukhuset inom sju dagar. Detta är en skör grupp av patienter, där flera samverkande faktorer bidrar till risk för återinskrivning. Sjukhuset har gjort återkommande uppföljningar av bakomliggande orsaker och utifrån dessa initierat olika förbättringsaktiviteter. En lathund är framtagen för hur patienten ska skrivas in och ut korrekt i journalsystemet, för att undvika felregistreringar. En sjukhusövergripande riktlinje för utskrivningsprocessen med tillhörande checklista har arbetats fram, vilken kommer att implementeras fullt ut under 2024. Patienterna ska få ett utskrivningsmeddelande med läkemedelsberättelse, där det också ska framgå vart patienten ska vända sig vid frågor eller eventuell försämring efter utskrivning. Andelen patienter som fått utskrivningsmeddelande med läkemedelsberättelse ökade till 79 procent från 68 procent (2022).

## Intensivvård

Under 2023 har sjukhuset utökat med två intensivvårdsplatser. Sammantaget finns det nu 20 intensivvårdsplatser fördelat på två intensivvårdsavdelningar, vilket har skapat en lugnare arbetsmiljö och en mer patientsäker miljö. Inom den kardiologiska verksamheten finns även nu tydligt definierat fyra intermediärvårdsplatser.

## Kontroll av vitala funktioner

Regelbunden övervakning med ett riskbedömningsinstrument ökar möjligheten att upptäcka en försämring av patientens tillstånd i tid. På sjukhuset används National Early Warning Scale2 (NEWS2) till alla slutenvårdspatienter. Till mätvärdesskalan finns en åtgärdsstrappa som visar när och vilka åtgärder som ska vidtas vid avvikande mätvärden. Vårdavdelningarna kan få stöd av en mobil intensivvårdsgrupp (MIG) som bedömer patienten och föreslår fortsatt behandling. Under året gjordes 604 MIG-bedömningar. Den största andelen av bedömningar gjordes på verksamhetsområde internmedicin (35 procent), följt av verksamhetsområde kirurgi (19 procent). De allra flesta av patienterna som bedömdes kunde fortsatt vårdas på vårdavdelningen (75 procent) medan 25 procent överflyttades till en intensivvårdsavdelning.



## Nutrition

Under året har Utskott Nutrition arbetat med revidering och lansering av *Nutritionsguiden* vilken kan användas som ett komplement till sjukhusets befintliga riktlinjer och utgöra en vägledning i det praktiska nutritionsarbetet med vuxna patienter på sjukhuset. Under en nutritionsvecka hölls flertalet föreläsningar inom området och det har även hållits sönssättningskurser på Kliniskt träningscentrum.

## Vårdhygien

Sjukhuset har stöd av Vårdhygien Stockholm i arbetet med att förebygga vårdrelaterade infektioner och smittspridning och på så sätt uppfylla lagkravet på att bedriva vård med god hygienisk standard. Vårdhygien Stockholm har genom att rikta sig till sjukhusets chefer och medarbetare med rådgivning, undervisning, verksamhetsbesök, deltagande i arbetsgrupper och kommittéer samt strukturerat hygienrondsarbete bidragit till förbättrad följsamhet till ARB-screening, förbättrad följsamhet till BHK, minskning av vårdrelaterade infektioner, förbättrad vårdhygienisk standard på avdelningar och mottagningar och ökad kunskap om vårdhygien. Vårdhygien Stockholms aktiviteter har vidare lett adekvata åtgärder vid ny- och ombyggnation, vårdhygieniska aspekter vid lokal upphandling av städtjänster, adekvata åtgärder vid utbrott och fall av smitta samt hantering av apparatur och utrustning. Under året har större, interna och riktade utbildningsinsatser gjorts för att öka kvalitet och/eller patientsäkerhet:

- Introduktion om vårdhygien för samtliga nyanställda AT-läkare och sjuksköterskor samt information om handhygien till alla nyanställda på Sachsska Barn- och ungdomssjukhuset.
- Information om vårdrelaterade infektioner och *Infektionsverktyget* till läkare inom fem (av tio) verksamhetsområden.
- Undervisning om smittskydd och vårdhygien inom sjukhusets utvecklingsprogram för ST-läkare.
- Undervisning om vårdhygien samt deltagande som observatörer inom sjukhusets utbildningsprogram för sjuksköterskor och undersköterskor (KUP-utbildning).
- Sjukhusövergripande undervisning om antibiotikaresistenta bakterier.
- Verksamhetsförlagd utbildning för medarbetare vid flera vårdenheter om basala hygienrutiner, vårdhygien och antibiotikaresistenta bakterier.

## Läkemedelsprocess

Sjukhuset verkar för en patientsäker, kostnadseffektiv och robust läkemedelsbehandling och hantering. Förbättringsåtgärder och aktiviteter grundar sig ofta på rapporterade avvikelser och frågor som verksamheterna lyfter. Läkemedelsavvikelser följs upp regelbundet av Utskott Läkemedel för beslut om lämpliga åtgärder för att minimera riskerna. Tidigare har patientsäkerhetsproblem att ordinerade läkemedelsdoser inte alltid administreras i slutenvården identifierats. En viktig orsak till att läkemedel inte administreras har varit att preparatet inte har funnits tillgängligt på vårdenheten. Tre sällanläkemedelsautomater, där verksamheter nu ofta hämtar läkemedel som inte ingår i deras bassortiment, har införts. Sjuksköterskor och barnmorskor har svarat på en enkät om de nya sällanläkemedelsautomaterna. 70 procent anger att patienterna nu får sina ordinerade läkemedel i större utsträckning än tidigare och 75 procent anger att de lägger mindre tid på att leta efter läkemedel. Vårdavvikelser har identifierat brister i syrgashantering. Sjukhuset har arbetat under året med att sprida den e-utbildning som utarbetats för att öka kompetensen hos omvårdnadspersonal som hanterar syrgas. Med anledning av att behandlingsarsenalen vid typ 2-diabetes har utökats de senaste åren finns det behov av att öka kunskapen om diabetesläkemedel bland sjuksköterskor på vårdavdelningar. Riktlinjer om diabetes har uppdaterats och en kort utbildning har tagits fram och ska spridas. Inför utskrivningen ska läkare dokumentera i journalmallen **Utskrivningsmeddelande med Läkemedelsberättelse** och gå igenom dokumentet med patienten vid utskrivningssamtalet. Det sjukhusövergripande resultatet för indikatorn **Utskrivningsmeddelande med läkemedelsberättelse efter slutenvård  $\geq 48$  timmar (vuxna)** var 79 procent, vilket innebär att målet på över 66 procent uppnåddes med god marginal.

## Antibiotikaanvändning

Utskott Samverkan mot antibiotikaresistens (STRAMA) arbetar för att minska antibiotikaförbrukning och öka följsamhet till riktlinjer för antibiotikabehandling för att minska resistensutveckling. Utskottet erbjuder ett nätverk där verksamhetsområdenas STRAMA-ombud är välkomna att delta, sprider information om regionens STRAMA-arbete och samordnar aktiviteter och kvalitetsmål. Utskottet verkar för att implementera och utvärdera antibiotikaronder som utförs av infektionsläkare på andra verksamheter, för att förbättra antibiotikaanvändningen på sjukhuset. STRAMA-ombuden ska validera och samla in data i **Infektionsverktyget**, analysera, ta fram och utvärdera lokala mål samt sprida information inom sin verksamhet. De har utfört validering av ordinationsorsaker i **Infektionsverktyget** vid två tillfällen. Resultaten återkopplas till läkarna inom respektive verksamhet av ombuden, vilka även arbetar lokalt för att förbättra kvaliteten på registreringen för att säkra så korrekta uppföljningsdata som möjligt. Antibiotikaronder har genomförts två gånger per vecka på urolog-, lung- och hematologavdelning samt på akutuvsavdelningen. Utskottet arbetar kontinuerligt med att minska användningen av bredspektrumantibiotika och öka andelen penicillin V och penicillin G som förstahandsval vid samhälls-förvärvad lunginflammation. Under pandemin ökade användningen av cefalosporiner vid luftvägsinfektioner kraftigt på grund av rekommendationer om behandling vid misstänkt Covid-19-infektion, vilket ledde till att användningen av dessa antibiotika ökade även vid bakteriell lunginflammation. Resultaten från årets validering av **Infektionsverktyget** visar att andelen korrekt angivna ordinationsorsaker (andel samhälls-förvärvade respektive vårdrelaterade infektioner) har ökat från 77 till 83 procent (mål > 90 procent). Den totala mängden antibiotika som rekvirerades till sjukhuset var oförändrad och andelen cefalosporiner har minskat något. Andelen penicillin V och penicillin G som förstahandsbehandling vid samhälls-förvärvad lunginflammation ökade betydligt på sjukhuset. Infektionskliniken/Venhälsan och STRAMA-Stockholm har även utvärderat ett projekt med antibiotikaronder på Dalens och Handens geriatriska kliniker som visade att ronderna gjorde skillnad för patienternas antibiotikaanvändning i 25 procent av fallen. De vanligaste åtgärderna som vidtogs i samband med ronderna var tidigare utsättning av onödig behandling, övergång till peroral behandling samt avsmalning av preparat vilket innebär förbättringar ur ett STRAMA-perspektiv.

## **Personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp**

Nationellt system för kunskapsstyrning tar fortlöpande fram personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp för olika sjukdomar. Införandet av vårdförloppen ansvarar de regionala programområdena för. Sjukhuset anpassar sedan vårdförloppen till den vårdprocess som sjukhuset kan ansvara för. Kommittén för Vårdkvalitet och patientsäkerhet håller samman strukturen för hur införande ska ske, samt bjuder in till återkommande nätverksträffar för erfarenhetsutbyte. Under året har ytterligare åtta vårdprocesser startat upp (se nedan för exempel) och sammanlagt följs elva vårdprocesser via Kommitté Vårdkvalitet och patientsäkerhet. Utskott Vårdkvalitet har initierat ett nätverk där vårdprocessägare och vårdprocessledare inbjuds att utbyta erfarenheter utifrån olika teman en gång per termin. Utskottet erbjuder också facilitatorstöd för vårdprocessledaren i samband med uppstart av en ny vårdprocess.

## **Inflammatorisk tarmsjukdom (IBD)**

Implementeringen av vårdförloppet har startats under hösten. Fokus har initialt varit att förbättra registreringen i kvalitetsregistret SWIBREG, för att bättre kunna följa upp patienterna, både på individ- och gruppnivå. Nästa steg för att följa de rekommendationer som beskrivs i det nationella vårdförloppet är att förbättra uppföljningen avseende nutritionsstatus och laboratorieprover, varför sjuksköterskans journalmallar har uppdaterats. En förbättringsåtgärd är att sjuksköterskan initierar kontakt med patienten redan när hen är inskriven i slutenvården.

## **Kritisk benischemi**

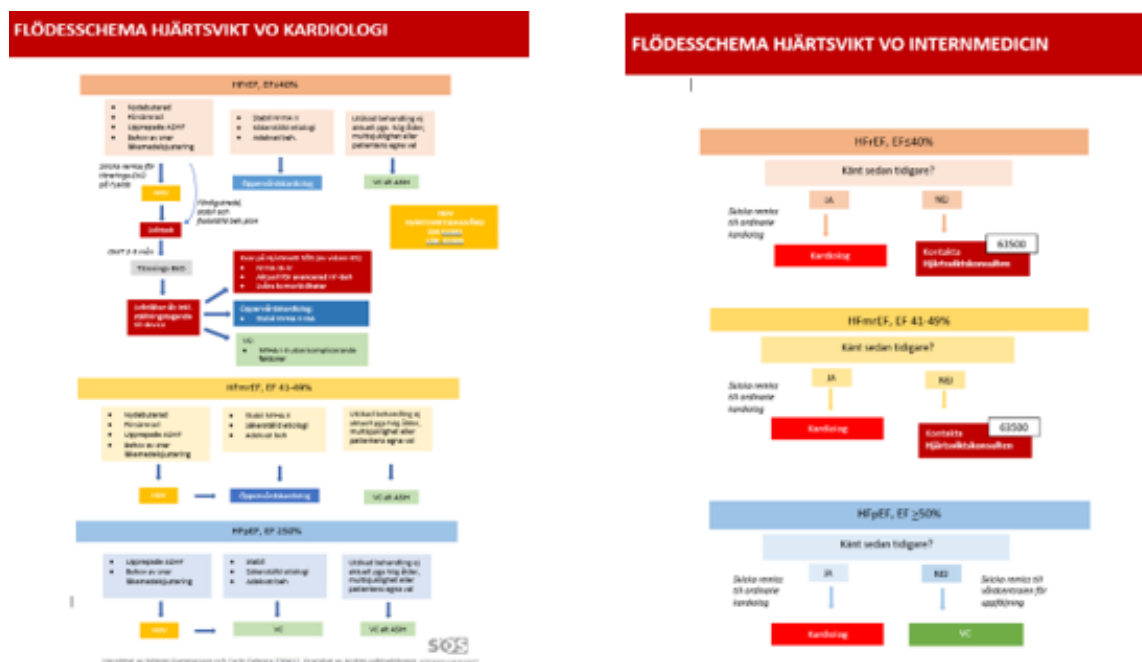
Arbetet med vårdprocess kritisk benischemi är infört och etablerat sedan en längre tid. Målsättningen är att alla patienter med bensår som inte läker ska utredas för orsak och att patienter med kritisk benischemi därmed kan identifieras och få hjälp med korrekt behandling i rätt tid. Initialt var genomfördes därför utbildningsinsatser i primärvården för att tidigare upptäcka tecken på benischemi. Under hösten 2023 har Kärlsektionen arbetat med att förbättra omhändertagandet för denna patientgrupp på sjuksköterskornas mottagning. Detta har bland annat inneburit införande av bedömning av skörhet med Clinical Frailty Scale (CFS) samt en Hälsoplan som ska följa patienten under den fortsatta vården.

## **Långvarig smärta**

Personer med långvarig smärta söker ofta akutsjukvård till exempel på grund av skov i sin grundläggande smärta, trauma eller annan sjukdom med akut smärta vilket kan leda till upprepade slutenvårdstillfällen. Kunskapen om långvarig smärta hos medarbetare inom akutsjukvården måste öka för att vården inte ska leda till felaktiga åtgärder, såsom upprepade undersökningar och onödiga slutenvårdstillfällen. Inom vårdförloppet utarbetas riktlinjer/vårdprogram som rör patienter med långvarig smärta inom akutsjukvården och specifikt för nedan två patientgrupper; patient med missbruk/beroende/tolerans för opioider samt patient med nociplastisk smärta (ett tillstånd där smärta inte bara är ett symptom utan en sjukdom i sig). På intranätets ämnessida Smärta finns alla sjukhusövergripande riktlinjer inom området, stöd till medarbetare i form av kunskapsunderlag samt utbildningar via Lärtorget. På sjukhusets externa hemsida finns patientinformation med ljudfiler för avslappning och smärthantering. Smärtsektionens psykolog har hållit utbildningar för ST-läkare, sjuksköterskor och undersköterskor. Det genomgående temat handlar om bemötande och bedömning av patienter som behöver särskild hänsyn vilket även innefattar patienter med långvarig smärta. Smärtsektionens sjuksköterskor utbildar också inom området smärta och då lyfts vikten av att identifiera förekomst av och risk för långvarig smärta. Flertalet workshops med utbildning i Transcutan elektisk stimulering (TENS) som smärtlindring både för akut och postoperativ smärta för sjuksköterskor/undersköterskor har hållits. Utbildning kring bedömning och behandling av patienter med långvarig smärta samt beroende av opioidläkemedel har hållits för läkare på olika verksamhetsområden samt till ST- och AT-läkare.

## Nydebuterad hjärtsvikt

Den initiala handläggningen är avgörande för prognosen vid nydebuterad hjärtsvikt. En GAP-analys utifrån vårdförloppets indikatorer utförd 2021/2022 visade på avsaknad av kvalitetsdata för den specifika patientgruppen och ett intensivt förbättringsarbete med olika aktiviteter pågår. Aktiviteterna syftar till att korta tiden till diagnos och optimal behandling, att öka andelen patienter som behandlas vid teambaserade hjärtsviktsmottagningar, att öka andelen patienter som erhållit adekvat behandling, att öka andelen patienter som får ett individuellt besök hos fysioterapeut i enlighet med vårdförloppet samt en ökad användning av kvalitetsregistret RiksSvikt. Under året har Utskott hjärtsvikt utarbetat flödesscheman till läkare på verksamhetsområde kardiologi samt verksamhetsområde internmedicin. Dessa har använts i samband med utbildningsinsatser för läkare. Även ett flödesschema för akut hjärtsvikt riktad till läkare på akutmottagningen har tagits fram och utvärderats med hjälp av läkare placerade på akuten.



Patientrepresentanten i vårdprocessen är verksam i riksförbundet Hjärta/Kärl och har ett stort nätverk där hen möter patienter som nyligen har fått diagnosen hjärtsvikt. Patientrepresentanten har varit involverad i utvärdering av informations-material riktad till patienter såsom egenvårdsbroschyrer och digitalt vårdprogram på 1177, utvärdering av patientenkät samt kommit med synpunkter på förbättringsarbeten.

## Svårläkta sår

Implementeringen av vårdförloppet har startats under året. På Sårcentrum genomförs ungefär 4000–5000 besök per år med en målnivå vid full kapacitet på cirka 7500 besök. Sårcentrum behandlar patienter med alla typer av sår där fotsår hos diabetes samt arteriella och venösa besår dominerar. Samtliga sårtyper behandlas i personcenterade och sammanhållna vårdförlopp enligt ovan. En GAP-analys har genomförts under hösten i RPO Hud på regional nivå. Den största utmaningen som ses är remisshantering, följsamhet till uppsatta ledtider samt samarbete mellan olika vårdnivåer där vårdförloppen oftast startar i primärvården. En annan stor utmaning är möjligheten till dokumentation, registrering och uppföljning. Det finns ett stort behov av ett förbättringsarbete med att identifiera problem och förslag till åtgärder samt att starta arbetet med att rapportera till kvalitetsregistret RiksSår, vilket planeras till 2024. Plan för patient- samt närståendeinvolvering kommer att finnas under projektiden gång.

## Sepsis

Vårdprocess sepsis har fortsatt att skapa kommunikation och information för att underlätta att hitta relevant information, uppdaterade riktlinjer och utbildning om sepsis samt att uppmärksamma det pågående förbättringsarbetet för sepsis på sjukhuset med bland annat diagnoskodning. En GAP-analys har tidigare gjorts tillsammans med akutmottagningen i arbetet med att implementera vårdflöppet för sepsis. Fortsatt arbete pågår med lokala mål och mätetal samt metoder för uppföljning. Varje verksamhetsområde ansvarar för korrekt diagnos och behandling. Vårdprocessen syftar till att likrikta, sprida information och vara ett kunskapsstöd för korrekt diagnos och behandling vid sepsis. Det finns flera fokus för förbättringar; exempelvis sepsisalarm för tidig upptäckt och adekvat handläggning, korrekt diagnoskodning, adekvat information och uppföljning samt korrekt antibiotikadosering och preparatval. World sepsis Day uppmärksammades med föreläsning, information av patientfall och en kompetens-quizz med prisutdelning. I december föreläste en patient som överlevt svår sepsis. Det blev en gripande berättelse med efterföljande diskussion om hur kommunikationen kan förbättras mellan vårdgivare och patient.

## Stroke

Under året har sjukhuset tagit emot det största stroke- och TIA- flödet i landet (cirka 1000 patienter med stroke och 800 patienter med TIA-diagnos). Att behålla en hög andel (> 50 procent) akut trombolysbehandlade patienter inom 30 minuter efter ankomst till sjukhuset har varit en utmaning. Den nyligen införda CEPS-strokeutbildningen är ett bra tillfälle att gemensamt träna akut handläggning av strokepatienter (med stroketeam, akutteam och röntgenteam). Bedömning av strokepatienter med NIH-stroke skala och sväljbedömning ligger stabilt jämför 2022 vilket är positivt med tanke på ökat patientflöde. Det höga strokeflödet har gjort att sjukhuset har öppnat flera strokeplatser och är i nuläget Sveriges största strokeenhet med 40 öppna stroke-slutenvårdsplatser. Konsekvensen är en förbättring av två indikatorer: direktinläggning och vård på strokeenhet.

Kvalitetsindikatorer för god strokevård	Mål hög/medel	2021	2022	2023
Direktinläggning på strokeenhet	90% / 80%	80%	78%	83%
Door to needle median - 30 min	50%	54%	60%	55%
Test av sväljförmåga	100% / 90%	77%	85%	84%
NIHss vid inläggning	80% / 70%	85%	82%	81%
Vård på strokeenhet	90% / 85%	91%	90%	93%

I verksamhetsplaneringen 2022 och 2023 sågs en möjlighet att utveckla och förbättra det personcentrerade förhållningssättet och genom förändrade arbetssätt främja en högre grad av delaktighet och involvering för patienter och närstående. En aktivitet under året har varit fokus på bedside-rapportering mellan dagpersonal och kvällspersonal. Parametrar som har analyserats är bland annat taltid (hur mycket pratar patienten kontra vårdpersonal), om vårdpersonalen talar till eller om patienten, språk (professionsuttryck och medicinska termer), antal frågor (öppna/stängda/ledande), förekomst av teachback (en metod att kontrollera förståelse och vid behov informera på ett mer förståeligt sätt tills dess att patient eller närstående förstår den viktiga informationen). Andra aktiviteter har varit utbildning kring test av sväljförmåga (vattentest) vid inskrivning av strokepatienter och korrekt registrering i patientjournalen, genom samarbetet mellan strokesjuksköterska och logoped (vidmakthållande och utveckling av tidigare införda arbetssätt för att förbättra processen) samt utbildning kring NIH-strokeskala för utvärdering av strokepatienternas neurologiska bortfall vid inskrivning men även under vårdtiden för att snabbt identifiera och åtgärda eventuell försämring och på detta sätt påverka positivt patientens outcome. Resultatet från den nationella patientenkäten visar generellt på höga värden och en positiv utveckling över tid för strokeenheten.



### **Standardiserade vårdförlopp inom cancer (CVF Cancer)**

Cancervården prioriterats på sjukhuset och inom operationsverksamheten har det varit fullt fokus på att kunna genomföra operationer inom ledtiderna. Utmaningar har framför allt funnits inom bröstcancerförloppet med brist på operatörer. Det är fortfarande svårt att få en bild över förloppen då flera SVF-förlopp delvis hanteras av annan vårdgivare utanför sjukhuset. Arbetet med rutiner kring hur SVF registreras fortsätter under 2024 för att möjliggöra en bättre bild av sjukhusets resultat. Ett samarbete med Karolinska Universitetssjukhuset har initierats tillsammans med Regionalt cancercentrum (RCC) Stockholm Gotland för att skapa en automatisk överföring av start- och stopptider till RCC:s register. Urologen har även i år uppfyllt indikatorn tid till operation för blåscancer trots att det ibland varit svårt med operationstider. På sjukhuset finns tio standardiserade vårdförlopp för cancer. Av utskicken för Nationell Patientenkät har tillräckligt många svar inkommit från tre av förloppen; njur-, prostata- och bröstcancer. I alla tre förloppen var helhetsintrycket högre än jämfört med snittet i regionen, vilket är mycket glädjande. För njur- och prostatacancer även bättre än rikssnittet. Alla tre förloppen hade mycket bra betyg för områdena Respekt & bemötande, Information & kunskap samt Kontinuitet & koordinering. Förbättringspotential finns inom området Delaktighet & Involvering. Resultatet och fritextsvaren är delat med ansvariga processledare inom respektive förlopp att arbeta vidare med.

### **Palliativ vård**

Hösten 2022 gjordes en undersökning bland vårdpersonal på sjukhuset om kunskap och kompetens kring palliativ vård. Resultatet visade att det finns brister i hur patienter med palliativa vårdbehov identifieras samt att beslut kring och samtal om vård i livets slutskede ofta sker mycket sent i patientens sjukdomstid. Formerandet av en processgrupp och arbetet med att hitta lämpliga deltagare har i sig inneburit en etablering av ett nätverk för palliativa frågor. Möten hålls regelbundet och gruppen har en bred representation från sjukhusets samtliga verksamhetsområden (förutom Sachsska Barn- och ungdomssjukhuset) och följande yrkeskompetenser är representerade; undersköterska, sjuksköterska, läkare, fysioterapeut, arbetsterapeut, kurator, dietist och verksamhetsutvecklare. Delar av processgruppen har utarbetat sjukhusgemensamma journalmallar för palliativ vård vilka förankrats i processgruppen och presenterats vid föreläsning i oktober. Vid föreläsningen poängterades också teamets betydelse genom att flertalet professioner deltog aktivt i föreläsningen. Intranätets ämnessida Palliativ vård med aktuell information och relevanta länkar kring palliativ vård på akutsjukhus är under uppbyggnad. Under 2024 planeras för fortsatt arbete i processgruppen samt implementering på bred front av de nya journalmallarna, formering av nätverk för medarbetare som genomgått Palliativt kunskapscentrums ombudsutbildning så att denna resurs kan användas i verksamheterna, riktade utbildningar mot olika verksamhetsområden samt aktiviteter för att öka täckningsgrad och förbättra kvalitet i registerdata i svenska palliativregistret. Målet är att identifiera patienter i ett så tidigt palliativt skede som möjligt för att erbjuda den bästa palliativa vården som möjligt där patienter tas om hand i rätt vårdform och på rätt vårdnivå.

## Säker vård här och nu

*Vården präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation. Förutsättningarna för säkerhet förändras snabbt och det är viktigt att agera på störningar i närtid.*



### Verktyg och metoder

Sjukhuset använder flertalet verktyg och metoder för preventivt arbete och för att säkra vården för patienten här och nu, exempelvis:

- Sjukhusövergripande och verksamhetsspecifika riktlinjer, stöddokument och checklistor.
- SBAR – ett verktyg som underlättar och stödjer säkra överrapporteringar.
- NEWS2 – regelbunden övervakning med bedömningsskalan NEWS2 (O-NEWS för gravida, PEWS för barn) vilket förbättrar möjligheten att tidigt upptäcka och behandla hotande svikt i vitala funktioner.
- Riskbedömningar vid inskrivning i slutenvården, i samband med anestesi och operation samt inom förlossningsvården.
- Efter förlossning görs riskbedömning gällande barnet och eventuella åtgärder. Riskbedömningen ligger till grund för planering av barnläkarkontroller av barnet.
- Checklista för säker kirurgi – för att förbättra kommunikationen mellan medarbetarna samt ett stöd för minnet så att alla viktiga säkerhetsåtgärder blir genomförda i samband med operationer.

### Överbeläggningar och utlokaliserade patienter

Den totala beläggningsgraden i slutenvården under året har varit 97 procent. Enligt Socialstyrelsen löper utlokaliserade patienter större risk att drabbas för vårdskada. Snittet under året har varit 2,9 utlokaliserade patienter per 100 disponibla vårdplatser (högre antal främst under januari och september). Det är ett något högre antal än resultatet för riket (2,3) och regionen (1,67). För överbeläggningar är snittet 1,6 patienter per 100 disponibla vårdplatser, vilket istället är betydligt lägre än resultatet för riket (6,8) samt regionen (4,3). Riktlinjen för inskrivningsprocessen har reviderats med ett avsnitt kring det medicinska samt omvårdnadsmissiga ansvarsförhållandet för utlokaliserade patienter. Det finns även ett avsnitt med information och ansvarsfördelning vid behov av överbeläggningar och hänvisning till överbeläggningstabell.

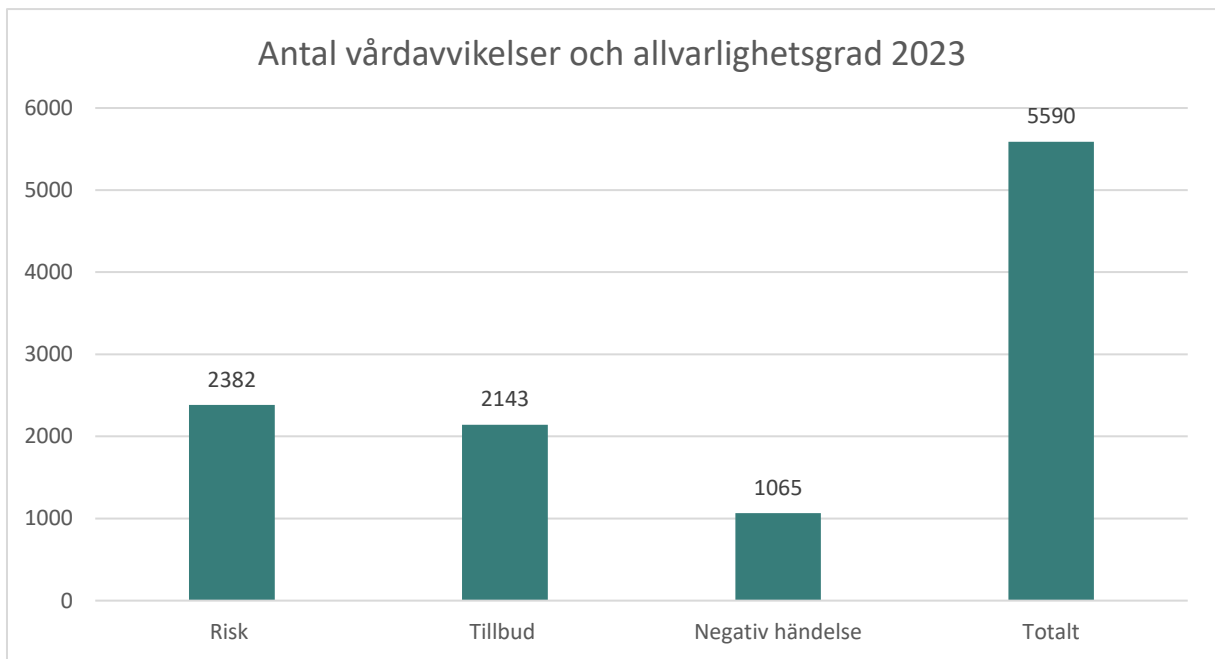
### Säker läkemedels- och materialförsörjning

Det globala problemet med ökande antal restnoterade läkemedelsprodukter skapar problem för sjukhuset med tillgång till vissa läkemedel. Sjukhuset arbetar aktivt med att minimera dessa problem genom att delta i regionala veckovisa möten, söka sjukhusövergripande licenser där möjliga ersättningspreparat finns samt att sprida information till verksamheterna. Som en del av det statliga uppdraget att öka robustheten i försörjningskedjan har sjukhuset infört beredskapslager för vissa läkemedel under 2023. Arbetet kommer att fortsätta under 2024 då antalet preparat som ska lagerhållas nu har utökats.

Regionen och sjukhuset haft relativt bra varuförsörjning; ungefär som ett normalt år pre-pandemin. Dock är leveranskedjorna bräckliga och vid varje ny konflikt eller naturkatastrof blir påverkan på leveranskedjorna större med längre leveranstider som en av konsekvenserna, marginalerna blir mindre helt enkelt. Materialförsörjningsfrågorna inom regionen är prioriterade. Sjukhuset deltar aktivt i flera olika forum inom regionen som berör frågor och processer inom materialförsörjningen, i syfte att säkra försörjningen av produkter till sjukhuset vid leveransproblem.

## Riskhantering

I avvikelssystemet HändelseVis bedöms vårdavvikelseerna utifrån allvarlighetsgrad som risk, tillbud eller negativ händelse. Av de handlagda vårdavvikelseerna har 43 procent bedömts som risker.



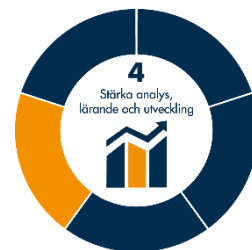
Potentiella risker identifieras och hanteras även genom användning av andra verktyg som Gröna korset, Fånga passet, reflektion vid slutet av ett arbetspass, riskanalys samt via inkomna synpunkter och klagomål från patienter och närstående. Det finns en ämnessida på intranätet för riskanalys med länkar till handboken från LÖF samt olika mallar som kan användas och på vårens nätverksmöte för patientsäkerhetsfunktioner var temat riskanalys. Intresset är stort för metoden och flera av sjukhusets medarbetare har gått uppdragsutbildning i riskanalys på Karolinska Institutet vilket har inneburit att antalet riskanalyser ökat.

### Exempel från verksamheterna:

- Verksamhetsområde Akut har identifierat risker som kommer att ligga som grund för framtida arbete med att förbättra kommunikationen samt förkorta väntetid till läkare och vistelsetid. Fortbildning och utbildning planeras att ske kontinuerligt enligt ett årshjul för att säkerställa kompetensen framför allt för att ta hand om de sjukaste patienterna som inkommer på larm.
- Artificiell intelligens (AI) har identifierats som ett potentiellt diagnostiskt stöd och ett antal algoritmer för detektion av olika röntgenfynd har utvärderats. Under början av nästa år kommer AI-algoritmer för exempelvis hjärnblödning och lungemboli att införas. Målet, förutom snabbare och säkrare diagnos, är att den totala handläggningstiden för patienterna ska minska via nya arbetssätt, förbättrade arbetsflöden samt förbättrat samarbete med remitterande verksamheter.
- Verksamhetsområde Anestesi- och intensivvård har haft fokus på riskmedvetenhet vilket avspeglat sig i att risker rapporteras i större utsträckning än tidigare. Tre riskanalyser för patientsäkerhet har genomförts och tre pågår.

## Stärka analys, lärande och utveckling

*Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvården. När resultaten används för att förstå vad som bidrar till säkerhet, hållbarhet, önskvärd flexibilitet och goda resultat, kan verksamheten utvecklas så att kvaliteten och säkerheten ökar och risken för vårdskador minskar.*

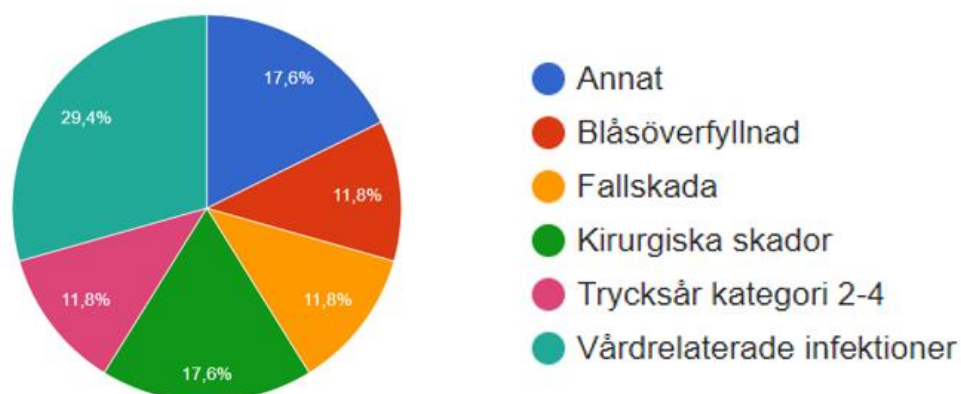


### Markörbaserad journalgranskning (MJG)

MJG används som verktyg för att mäta förekomsten av skador i vården i Sverige. Vid journalgranskning letar granskaren efter markörer i journalen, som kan vara tecken på en vårdskada. Avdelningen Kvalitet och patientsäkerhet har i uppdrag att genomföra MJG för ett bestämt antal slumpmässigt utvalda journaler (15 journaler per månad för Södersjukhuset). Resultatet registreras i SKR:s databas som en del i den nationella statistiken. Granskningarna utförs varje månad (med två månaders fördröjning). Kön fördelningen för de granskade patientjournalerna var 45 procent kvinnor och 55 procent män. Granskningens resultat visar att i nio procent av de slumpmässigt utvalda vårdtillfällena identifierades skada och fyra procent identifierades vårdskada som inträffat på sjukhuset.

Komplett jämförande statistik på nationell nivå finns ännu inte då flertalet vårdgivare inte är klara med inmatningar i SKR:s databas för 2023. Av den data som finns tillgänglig i databasen står sig sjukhusets resultat väl i jämförelse med riket (skada elva procent, vårdskada sex procent). Södersjukhuset har även färre skadegrupper i sitt resultat jämfört med det nationella resultatet. Fördelningen av upptäckta skador:

Andel skador per skadegrupp av totala antalet skador, Södersjukhuset, Stockholm, från 2023-01 till 2023-12



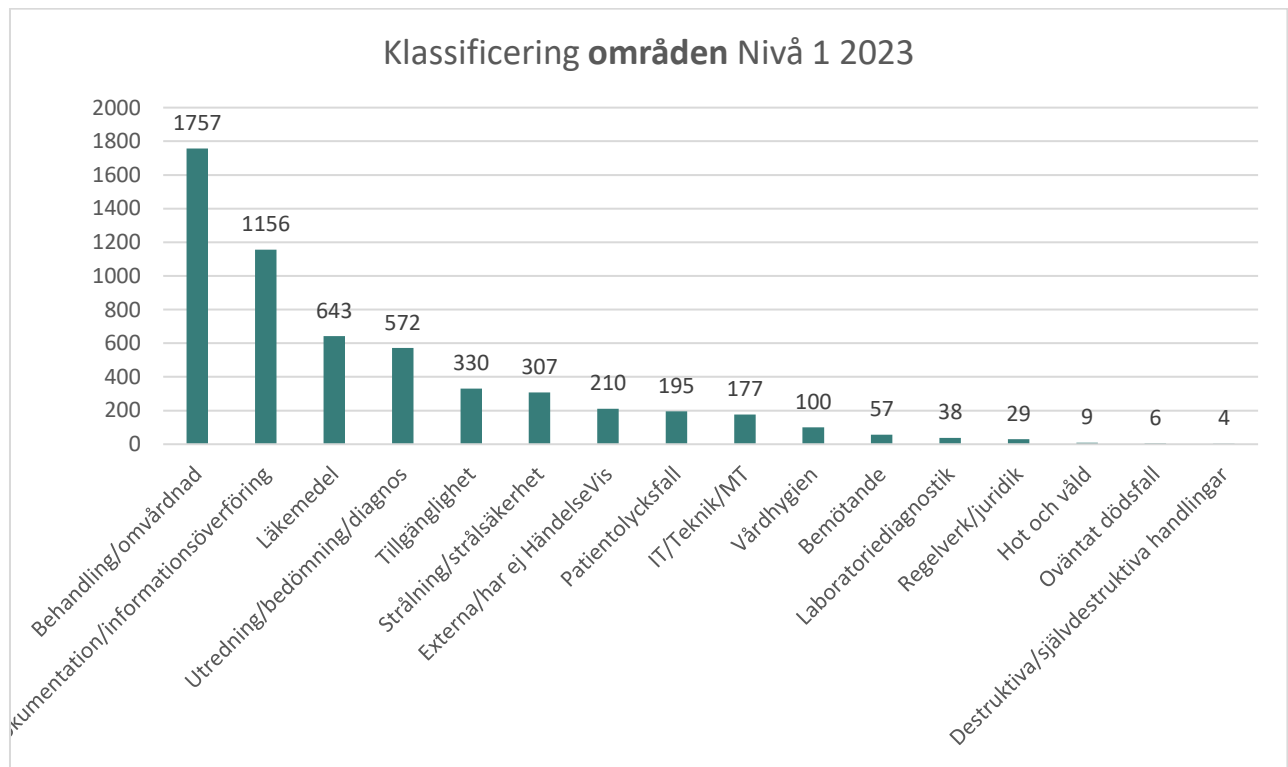
Annat: Allergisk reaktion, Anestesirelaterad skada, Blödning, inte i samband med operation, Hudskada eller yttlig kärlskada, Medicintekniskt orsakad skada, Postpartumskada/obstetrisk skada, Trombos/emboli, Övriga skador,

Om en skada eller vårdskada identifieras vid granskningen skickas en vårdavvikelse till berörd verksamhet för vidare utredning av händelsen samt att den kan ingå i verksamhetens patientsäkerhetsarbete/förbättringsarbete.

## Vårdavvikelser

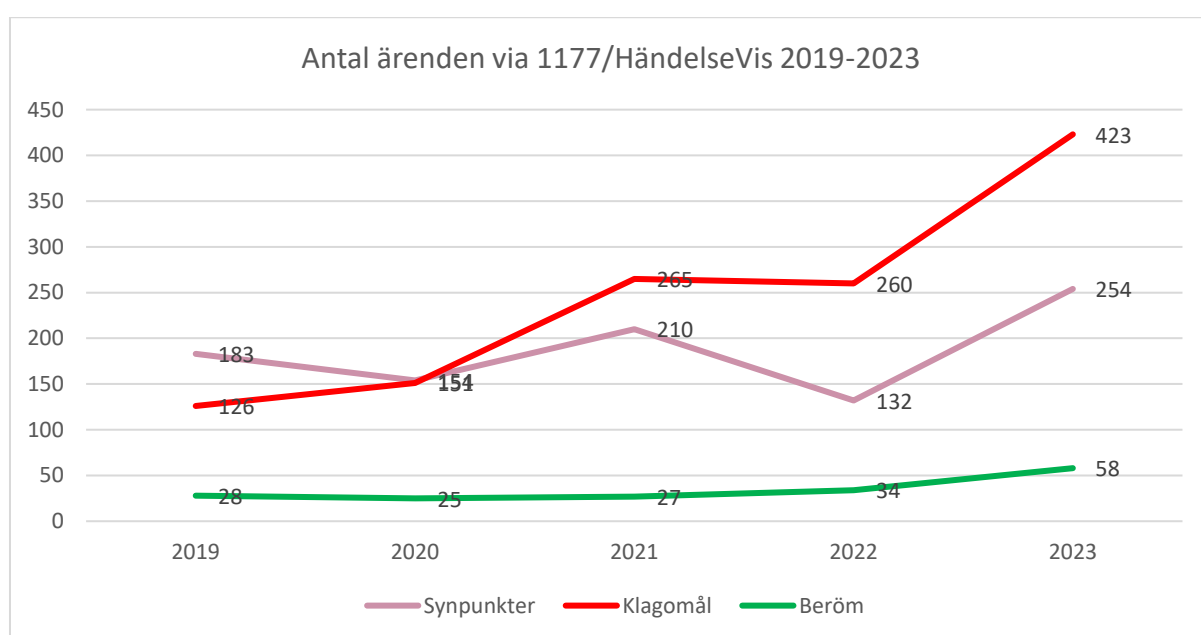
Grunden i patientsäkerhetsarbetet är att medarbetare uppmärksammar och rapporterar risker och avvikelser från ordinarie händelseförlopp. Nyanställda får introduktion om avvikelserrapportering som en grundsten i patientsäkerhetsarbetet. Målet är att efter analys av händelsen ha identifierat åtgärder som kan minska risker och förebygga vårdskador. Beslut om föreslagen åtgärd och uppföljning fattas av ansvarig chef. De allvarliga vårdskador som resulterat i interna utredningar eller händelseanalyser samt eventuellt anmälan enligt lex Maria går igenom på sjukhusövergripande nivå. Om behov av sjukhusövergripande åtgärder identifierats i samband med händelseanalyser kan chefläkare initiera och besluta om dessa, se avsnitt ”Öka kunskap om inträffade vårdskador”.

Under 2023 rapporterades 6 345 vårdavvikelser, vilket är en minskning med sju procent från föregående år. Totalt har 5 590 vårdavvikelser (88 procent) handlagts och klassificerades. De flesta vårdavvikelserna har klassificerats inom områdena Behandling/omvårdnad, Dokumentation/informationsöverföring samt Läkemedel vilket är liknande fördelning som förra året. Vid analysen av händelserna anges främst Procedurer/rutiner/riktlinjer som orsak till vårdavvikelsen vilket både kan innebära att Procedurer/rutiner/riktlinjer saknas, är bristfälliga eller ej kända för de involverade medarbetarna.



## Synpunkter och klagomål

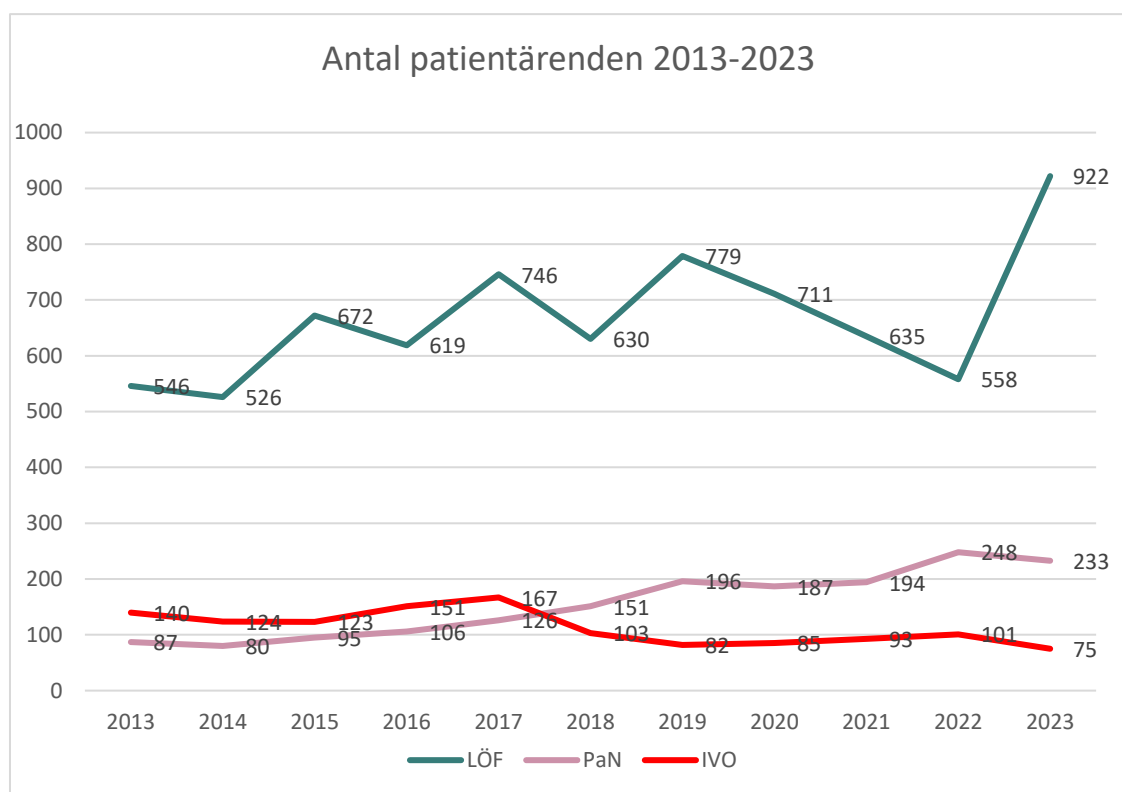
Med patienternas berättelser som grund kan patientsäkerheten stärkas på sjukhuset. Varje synpunkt eller klagomål ger kunskap som verksamheten annars inte skulle ha. Patienten är den enda person som varit med i hela vårdprocessen och upplevelserna är unika. Denna pusselbit är viktig för verksamheterna för att kunna utveckla arbetet mot en mer personcentrerad vård. Genom att tillvarata och analysera dessa synpunkter och klagomål kan sjukhuset lära sig och förbättra vården. Patienter och närstående kan lämna synpunkter och klagomål på vården genom inloggning med bank-ID på 1177.se. Från 1177 skickas ärendet till avvikelssystemet HändelseVis och ärendet handläggs vanligen av ansvarig chef. Om klagomålet inger misstanke om att patienten drabbats av en vårdskada eller riskerade att drabbas av en vårdskada tas beslut att göra en utredning. Det totala antalet inkomna synpunkter och klagomål via 1177 har ökat rejält jämfört med förra året.



Sjukhusets handläggning av patientärenden, från Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag (LÖF), Patientnämnden i Stockholms län (PaN) och Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO) fortsätter att utvecklas. Det digitala hanteringssystemet har medfört möjligheter att förkorta handläggningstider, gett bättre överblick och möjliggjort säkrare hantering. En sjukhusövergripande riktlinje **Ärendehantering av synpunkter från patienter och närstående** finns för att tydliggöra hanteringen. Patientvägledare ansvarar för att identifiera PaN-ärenden som inger misstanke om vårdskada eller på annat sätt lyfter problem som bör uppmärksammas sjukhusövergripande samt diskuterar eventuella åtgärdsbehov med chefläkare och strategisk verksamhetsutvecklare med ansvar för patientsäkerhet. Verksamheterna använder patienternas synpunkter och klagomål i förbättringsarbete och systematiskt kvalitetsarbete samt diskuterar patientsäkerhetsfrågor utifrån patienternas klagomål på lämpliga forum.

Genom Lagen om klagomålshantering (år 2017) gavs PaN ett utökat ansvar, vilket syns tydligt då antal ärenden ökat samtidigt som ärenden från IVO minskat. För 2023 ses en liten nedgång av PaN-ärenden jämfört mot förra året samtidigt som synpunkter och klagomål via 1177 har ökat. Antalet totala PaN-ärenden var 354 varav 233 med begäran om yttrande. Många PaN-ärenden delges inte sjukhuset för yttrande, då patienten endast önskar få sina synpunkter registrerade och dokumenterade hos PaN.

Alla ärenden kategoriseras, utifrån Patientlagens intention, och kan innehålla upp till tre olika delproblem. Under 2023 handlade, precis som tidigare år, den största andelen ärenden om vård och behandling. Patienten upplever att behandlingen är felaktig eller fördröjd, men har även synpunkter gällande undersökning och utredning, medicinering och remisser. Därefter följer kommunikation och då främst bristande bemötande, att patienten inte känner sig lyssnad till samt brister i dialog och delaktighet.



Majoriteten av de synpunkter och klagomål som inkommit rör akutmottagningen och handlar om att patienten inte är nöjd med sin vård och behandling. Därefter ses brister i bemötande samt klagomål om långa vistelsetider. Klagomål berör både väntan på läkarbedömning och väntan på omvårdnadsinsatser. Man kan skönja en liten minskning av inrapporterade synpunkter och klagomål, jämfört med 2022, vilket skulle kunna vara ett resultat av de förbättringsåtgärder man vidtagit med bland annat förbättrad information och **Guldspår** för äldre sköra patienter.

Under hösten har sjukhuset hållit en workshop med patientsäkerhetssamordnare, patientsäkerhetsläkare, verksamhetsutvecklare och medarbetare från Patientnämnden. Syftet var att sprida kunskap om hur processen ser ut från det att patienten skriver sina synpunkter till PaN till dess att patienten får återkoppling av PaN. Medarbetarna fick också tips och råd om hur man kan formulera sig på ett empatiskt sätt i dessa brev och yttranden.

## Öka riskmedvetenhet och beredskap

*Alla delar av vården behöver planera för en hälso- och sjukvård som flexibelt kan anpassas till kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet, även under oväntade förhållanden.*



### Oförutsedda och oväntade händelser

Sjukhuset har katastrofmedicinsk plan samt epidemiplan, vilka ger anvisningar om hur sjukhuset ska hantera en särskild händelse/katastrof som kräver omfördelning av resurser, om hela eller delar av sjukhuset blir involverad i den särskilda händelsen. Under tider då ansvariga chefer ej är i tjänst finns två sjukhusövergripande riktlinjer **Bakjour/Beredskap, uppdrag för ansvarig läkare** och **Arbetsledande sjuk-sköterska samt flödesansvarig på kvällar, nätter och helger**. Riktlinjerna beskriver arbetsuppgifter och mandat inom både arbetsmiljö, medicinskt ansvar och patientflöden. Vissa verksamheter har riktlinjer som tydliggör en plan vid resursbrist, vilket underlättar hanteringen för medarbetare när situationen uppstår. Sjukhuset har även en riktlinje **Chefläkare i beredskap** som beskriver ansvarsområden och hantering vid oväntade händelser samt resursbrist.

### Förberedelser, utbildningar och träning

Sjukhuset har ett antal obligatoriska utbildningar inom olika områden vilka ska göras vid nyanställning och upprepas med regelbundenhet. Inom respektive verksamhetsområde finns information om vilka övriga verksamhets- och professionsspecifika utbildningar som gäller för medarbetarna. Chefer ska årligen följa upp att medarbetare genomgått relevanta utbildningar.

Utbildnings- och innovationscenter bidrar till säker vård med hög kvalitet genom att erbjuda en mötesplats för både morgondagens och befintliga medarbetare. Verksamheten möjliggör en sjukhusanpassad träningsmiljö för erfarenhetsutbyte samt att träna praktiska moment och samarbete mellan olika professioner. Under 2023 besökte 12 500 personer (både studenter och medarbetare) Kliniskt Träningscenter (KTC). Utbildnings- och innovationscenter har tillsammans med operation och anestesi genomfört en mycket stor interprofessionell teamträningssats för cirka 320 medarbetare uppdelat på två heldagar. Teamträningen baserades på HLR-rådets handlingsplan för A-HLR och den lokala specifika handlingsplan som finns för ett hjärtstopp under en operation. Under året utbildades även 1880 medarbetare i HLR samt 50 HLR instruktörer. Sommarvikarierande undersköterskor har fått utbildning med fokusområden: basal omvårdnad, vitalparametrar, NEWS2, omhändertagande gällande A-E och SBAR samt träning av venös och kapillär provtagning och kateterisering av urinblåsa. Sjukhusets kliniska utvecklingsprogram (KUP) har under året genomförts i utökad regi med två parallella program för steg 1 och ett för steg 2. Kurserna belyser det interprofessionella samarbetet. Förutom att undersköterskor och sjuksköterskor går kurserna tillsammans, deltar även AT-och ST-läkare i vissa moment. Många e-kurser har producerats under året och utöver dessa har även ett flertal e-kurser reviderats. Exempel på nya e-kurser är:

- Syrgashantering för undersköterskor
- Att ta emot delegering i hantering av läkemedel
- SBAR – obligatorisk för alla medarbetare i kliniskt arbete
- Introduktion till handledning i verksamhetsintegrerat lärande – för hela regionen

Concept for Patient Simulation (CEPS) är en pedagogisk modell för avancerad simuleringsträning med målet att göra omhändertagandet av patienter optimalt. Det uppnås genom att ha fokus på att följa de medicinska riktlinjerna samt på teamarbete och ledarskap. Avancerad simuleringsträning är en viktig del av modernt patientsäkerhetsarbete och ett sätt för verksamheter och medarbetare att vara uppdaterade på arbetssätt och trygga i att på det mest effektiva och patientsäkra sätt ta hand om sina patienter.



Under 2023 har arbetet med att hålla CEPS-kurser inom många av sjukhusets verksamhetsområden fortsatt. Fokus på samtliga kurser är ökad kvalitet av omhändertagandet av patienten och därmed ökad patientsäkerhet. Tanken är att hela tiden utveckla varje CEPS-kurs genom att uppmärksamma på vilka behov de olika verksamheterna uttrycker. Genom att ha ett tätt samarbete med övrigt patientsäkerhetsarbete på en klinik kan nya riktlinjer, upplevda utmaningar eller avvikelser arbetas in i en CEPS-kurs och därmed ges medarbetarna en möjlighet att träna på det som är aktuellt och relevant. En viktig del av utvecklingen av och arbetet med CEPS är den instruktörskurs som ges och erbjuds alla som ska börja hålla en CEPS-kurs.

CEPS Stroke är det senaste tillskottet i sjukhusets digra CEPS-katalog. Kursansvariga gick en CEPS instruktörskurs under våren och håller nu en kurs som riktar sig till medarbetare från de olika verksamhetsområden som kan bli involverade i flödet som en patient med misstänkt och sedan bekräftad stroke ska genomgå. Under året har CEPS-kurser med 13 olika inriktningar genomförts på sjukhuset. Som ett led i att allt mera inkorporera Crew Resource Management (CRM) på sjukhuset hölls en kurs på Kliniskt utvecklingsprogram (KUP) för undersköterskor och sjuksköterskor steg 2 med fokus på CRM. CRM uppmuntrar till en öppen attityd med möjlighet för alla i teamet att ställa frågor och säga till om något är fel. Genom att ha ett bra teamarbete förbättras arbetsmiljön vilket leder till minskad risk för misstag och en ökad patientsäkerhet. Under 2024 är det fortsatta målet att öka förståelsen för CRM och att samtliga verksamheter ska förstå vikten av ett effektivt teamarbete med ett tydligt ledarskap och vilja utveckla detta inom sina respektive verksamhetsområden. Under början av 2024 ska de sedan länge efterlängttade nya simuleringslokalerna på KTC stå färdiga, redo för färdighets- och simuleringsträning på alla nivåer för studenter och medarbetare.

Sjukhuset använder bedömningskalan National Early Warning Score 2 (NEWS2). Regelbunden övervakning med NEWS2 förbättrar möjligheten att tidigt upptäcka och behandla hotande svikt i vitala funktioner och räddar liv. Utbildningsgruppen erbjuder utbildningar i NEWS2 samt hur och när kontakt med mobil intensivvårdsgroup (MIG) ska tas. NEWS2/MIG ingår i sjukhusets kliniska utvecklingsprogram (KUP) för undersköterskor och sjuksköterskor. Under året har övrig efterfrågan av utbildningar varit liten. Orsak till detta kan vara att NEWS2 är väl implementerad hos sjuksköterskor och undersköterskor.

Personer som vistas på sjukhuset ska i händelse av plötsligt oväntat hjärtstopp få optimal behandling enligt svenska HLR-rådets riktlinjer. Utskott HLR stödjer och ger råd i frågor rörande hjärtstoppshändelser inom sjukhusets verksamhet. Utskottets sprider kunskap om behandling av hjärtstopp och HLR-utbildning. Europiska HLR-rådet tillsammans med European board of Anesthesiology, utfärdade 2017 ett gemensamt uttalande där de uppmanade alla europeiska sjukhus att använda samma interna telefonnummer (2222) för att tillkalla hjälp när en patient har ett hjärtstopp. I oktober 2023 anammade sjukhuset detta som det fjärde sjukhuset i Stockholm. Många medarbetare arbetar på olika sjukhus i Sverige så detta underlättar vid kontakt med akutassistans på sjukhusen. Under året har även flertalet riktlinjer, dokument, uppdragsbeskrivningar och checklistor uppdaterats och förtydligats. Ett arbete med patientrapporterat mått (PROM) vid uppföljning tre till sex månader av patienter som överlevt hjärtstopp pågår.

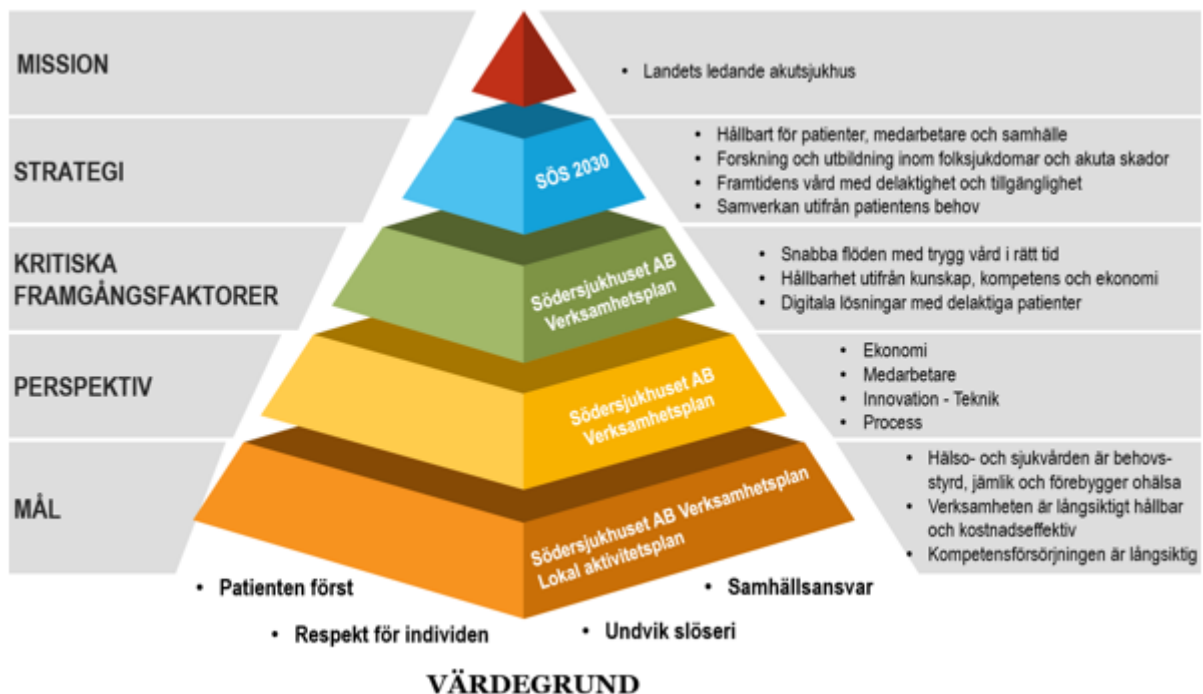
# MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

## Verksamhetsplan 2024

För att uppnå sjukhusets mission *Landets ledande akutsjukhus* har sjukhuset tydliggjort strategierna och de kritiska framgångsfaktorerna, vilka ska hjälpa sjukhuset att nå fastställda mål och indikatorer under det kommande året. Dessa fyra delar bildar tillsammans med regionens direktiv avseende mål, uppdrag och ekonomiska ramar sjukhusets verksamhetsplan (VP) 2024. Verksamhetsplanen fokuserar på sjukhusets utveckling i patient-perspektivet med hög tillgänglighet och ett gott omhändertagande. Ett extra fokus läggs det kommande året på äldre och sköra patienter. Parallellt med detta arbetar sjukhuset för en fortsatt god ekonomisk hushållning. Den demografiska utvecklingen gör att vårdbehovet kommer att öka samtidigt som rekryteringen av nya medarbetare till vården försvåras och skatteintäkter befaras minska. Sjukhuset fokuserar därför på effektiviseringar, att kapa onödiga kostnader samt spara in på administration.

Målen är i huvudsak beständiga över tid och tar utgångspunkt i regionens krav samt i den specifika inriktningen för sjukhuset. Först och främst ska sjukhusets vård vara behovsstyrd, jämlik och befrämja hälsa. Dessa målområden är i sin tur uppdelat på delmål avseende tillgänglighet, kvalitet och säkerhet. Hållbarhet är ett centralt målområde i verksamhetsplanen ur såväl ekologiska, sociala som ekonomiska aspekter. Hållbarhetsarbete för sjukhuset som arbetsgivare är högt prioriterat med åtgärder för att attrahera, bibehålla och utveckla sjukhusets medarbetare. Verksamhetsplanen 2024 balanseras för att bidra till att regionens mål uppnås och att sjukhuset fortsätter sin resa mot missionen, landets ledande akutsjukhus.

Framgångsfaktorerna i planen fokuserar på patient-, medarbetar-, ekonomi- och digitaliseringsperspektiv. Faktorerna ramar in de utvecklingsområden som är av stor vikt för att sjukhuset, än bättre, ska kunna lösa sitt uppdrag och nå sin mission.



### Snabba flöden med trygg vård i rätt tid

- Etablerad Geriatrisk akutvårdsavdelning (GAVA)
- Etablera en gemensam dagvårdsenhet

### Hållbarhet utifrån kunskap, kompetens och ekonomi

- Utveckla förslag på ny sjukhusorganisation
- Produktions- och kapacitetsplanering i nivå med produktionsmål

### Digitala lösningar med delaktiga patienter

- Prehospital konsultation
- Automatisera vårdnära administration

Utvecklingsåtgärder ska driva automatisering, produktions- och kapacitetsplanering, geriatrisk verksamhet och kvalitetsförbättringar för att uppnå produktionsmålen samt en god tillgänglighet, patientsäkerhet, kvalitet och arbetsmiljö. Sjukhuset behöver ständigt utveckla vårdflöden för akuta såväl som elektiva patienter. Sjukhuset ska ha effektiva arbetssätt och en organisation som befrämjar en ökad tillgänglighet. Ett utvecklat omhändertagande behövs för att möta behoven hos äldre och sköra patienter. Sjukhuset behöver bli mer hållbart över tid för att möta kommande krav. Sjukvården har stora utmaningar med personal- och kompetensförsörjning som kräver nya och förändrade arbetssätt. Samtidigt behövs vården bedrivas till lägre kostnader då den demografiska utvecklingen gör att vårdbehovet ökar. Teknik och automatiserade arbetssätt behöver ersätta arbetsuppgifter där det är möjligt för att skapa mer tid för patienterna.

## Mål och indikatorer

Indikator avseende kvalitet och patientsäkerhet 2024	Målnivå	Utfall 2023
Stroke. Strokeenhet, IVA eller motsvarande neurokirurgisk klinik som första vårdenhet	≥90%	83%
Stroke. Trombolysbehandlade inom 30 min från ankomst till sjukhuset	≥55%	55%
Höftfraktur, operation inom 24 timmar (ej multitrauma) efter ankomst till sjukhuset	≥75%	62%
Diabetes. Andel patienter med diabetes typ 1 som har HbA1c≤70 mmol/l	≥80%	81%
VRI. Infektion som bedöms som vårdrelaterad och där patienten sätts in på antibiotika	<4,0%	4,0%
ARB- Andel patienter med risk för MRSA som är korrekt hanterade enligt vårdprogram	≥80%	66%
Akuta återinskrivningar inom 7 dagar, 80 år och äldre, andel	<6,1%	6,2%
Akutmottagning vuxna, andel patienter med vistelsetid ≤4 tim	≥55%	33%
Akutmottagning vuxna, medianväntetid till första läkarbedömning	≤52 min	91 min
Akutmottagning vuxna, medianväntetid till första läkarbedömning. Patienter >80 år.	≤60 min	68 min
Akutmottagning vuxna, andel patienter >80 år med vistelsetid ≤8 tim	≥90%	58%
Akutmottagning vuxna, medianväntetid till första läkarbedömning, med RETTS triage orange	≤45 min	48 min
Patientsäkerhet. HSE-index (Hållbart säkerhetsengagemang)	≥75	74
Patientenkät. Andel patienter som svarat nöjd/mycket nöjd inom dimensionerna: information/ delaktighet/helhetsintryck.	Redovisa resultat	n/a
Trycksår. Andel patienter som förvärvat trycksår kategori 2–4 under aktuellt vårdtillfälle	≤0,3 %	0,4%
Fall. Andel patienter som fallit under aktuellt vårdtillfälle –med och utan skada	≤2%	2,7%
Hjärtsvikt. Återinskrivning akut inom 30 dagar till Sös.	<16%	16,8%
Anestesi. Svenskt perioperativt register (SPOR) kvalitetsindex	>2 poäng	2 poäng

## Säker vård med hög kvalitet

### Minska oplanerad återinläggning

Sjukhuset ska fortsätta arbeta för att minska andelen patienter med oplanerad återinskrivning genom att förbättra samverkan med sjukhusets vårdgrannar, förbättrad dokumentation av planering inför utskrivning och information till patienten om vart hen kan vända sig vid eventuell försämring. Under våren 2024 kommer Utskott Samverkan geriatrik/äldreomsorg att utöka nätverk för samverkan genom att även bjuda in representanter från kranskommuner till dessa mötesforum. Inbjudan till mötesforum med primärvårdsrepresentanter i regionen kommer också ske under vårterminen 2024 med samma mål: ökad samsyn, förbättrad och mer effektiv vårdprocess.

### Minska infektioner och antibiotikaanvändning,

En sjukhusövergripande handlingsplan för att minska vårdrelaterade infektioner (VRI) och smittspridning ska etableras utifrån den nationella vägledningen för vårdhygieniskt arbete. Några identifierade förbättringsområden är att öka kunskaperna och arbeta mer proaktivt kring sjukhusets vanligaste VRI: urinvägsinfektion, postoperativa infektioner och lunginflammation.

### Förebyggande vård

Förbättringsarbetet med införandet av en **Rök- och alkoholfri operation** påbörjades under hösten 2023 och kommer att implementeras under våren 2024. Detta är en del av ett nationellt personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp. Det finns stark evidens om att rök- och alkoholuppehåll fyra veckor före och efter operation leder till avsevärt färre komplikationer. I arbetet ingår att uppdatera riktlinjer, patientinformation i kallelser, standardisera journaltermer och att utbilda berörda medarbetare.

### Stärka arbetet kring läkemedel

Arbetet med beredskapslager för läkemedel kommer fortsätta under 2024 då antalet preparat som ska lagervållas nu har utökats. Sjukhusets planerar för planerar att hålla drop-in-utbildningar för att sprida kunskap om läkemedelsriktlinjer och aktuella läkemedelsfrågor. En kort utbildning om läkemedelsbehandling vid typ 2-diabetes ha tagits fram och ska spridas.

### Stärka patientsäkerhetskulturen

Utskott Patientsäkerhet kommer att fortsätta det sjukhusövergripande arbetet med att följa handlingsplanen för säker vård. Aktiviteter som planeras är att öka ledningens engagemang för patientsäkerhetsfrågor genom fortsatt reflektion kring utvalda allvarliga vårdskador i sjukhusets ledningsgrupp, stärka säkerhetskulturen genom fortsatt arbete utifrån resultatet på HSE-frågorna i medarbetarenkäten samt genom att öka användningen av verktyg för regelbunden reflektion. Det planeras även för fortsatta utbildningar inom området för medarbetare, chefer och patientsäkerhetsfunktioner och sannolikt kommer arbetet med patientsäkerhetsdialoger med alla verksamhetsområden att startas upp.

### Tydligare struktur för arbetet med vårdprocesser och kvalitetsindikatorer

För att möta upp det arbete som sker regionalt inom ramen för kunskapsstyrning ska sjukhuset fortsätta införandet med en gemensam struktur för vårdprocesser. Arbetet med att stödja införande av vårdprocesser sker bland annat genom att anordna nätverksträff för sjukhusets deltagare i grupper som nationella och/eller regionala programområden varje termin, samordning av utdelning av ekonomiska medel, stöd till nya vårdprocessteam och en gemensam struktur på intranätet.

Uppföljning av kvalitetsindikatorer kommer att förenklas under 2024, dels genom att sjukhuset koncentrerar uppföljningen till färre indikatorer och att dels att dessa i möjligaste mån ska kunna följas kontinuerligt, utan manuellt arbete, i sjukhusets utdatabas. Genom detta skapas transparens och sjukhuset kan fokusera arbetet på förbättringar i stället för rapportering.

## **Palliativa processen**

Sjukhuset fortsätter det påbörjade arbetet med vårdprocess palliativ vård där syftet är att öka kunskapen kring området och främja teamarbete så att patienter med palliativa vårdbehov kan identifieras tidigare inom akutsjukvården och få sina behov tillgodosedda. Vidare syfte är också att öka kompetensen inom palliativ vård och omvårdnad på sjukhuset så att patienter med behov av allmän palliativ vård, exempelvis i situationer där det inte är lämpligt eller möjligt att flytta patienten, kan få det inom sjukhusets ram samt att förbättra/underlätta samarbetet mellan akutslutenvård, specialiserad palliativ slutenvård (SPSL) och avancerad sjukvård i hemmet (ASIH) så att rätt patienter remitteras i rätt tid.

## **Fokus på omvårdnad**

Under 2024 startar Utskott Omvårdnad sitt arbete. Uppdraget är att samordna, planera och driva omvårdnadsutveckling samt fatta strategiska beslut för en god och säker vård med hög omvårdnads kvalitet på sjukhusövergripande nivå. Utskottet ska skapa engagemang och mandat genom att tillvarata klinisk kompetens, dela kunskap samt bibehålla och utveckla omvårdnads kvaliteten. Utskottet kommer att bevaka vårdvetenskaplig forskning inom sin specialitet med särskilt fokus på implementering av kvalitetsindikatorer för omvårdnad, instrumentutveckling, personcentrerad vård samt identifiera behov av utbildningsinsatser.

## **Ingen ska vänta i onödan**

### **Tillgänglighet**

Tillgängligheten till planerad vård har under 2023 påverkats av den femte vågen av pandemin i början av året och därefter av restriktioner för inhyrd vårdpersonal. Antalet väntande till mottagning och behandling har ökat under 2023. Sjukhuset ser även fler sökande med ett ökat vårdbehov, vilket minskat möjligheten att ta emot samma volym av patienter som tidigare. Under hösten 2023 har kapacitet återställt och kösituationen har förbättrats. Under 2024 skall elektiv vård ytterligare prioriteras för att hantera köer. Sjukhuset planerar för ökad produktion av operationer vilket ska möjliggöras med ett effektivare utnyttjande av sjukhusets fulla operationskapacitet av den nya gemensamma operationsorganisationen.

### **Etablera Geriatrisk Akutvårdsavdelning (GAVA)**

Antalet äldre i behov av akut sjukvård ökar och Region Stockholm har beslutat att omorganisera Vårdval Geriatrik. Utifrån nuvarande vårdplatsbrist ska arbetet med att etablera GAVA vara prioriterat och ske skyndsamt. Sjukhuset avser inom nuvarande uppdrag att samla vården för de sköra äldre i behov av akutsjukhusets resurser med en egen vårdavdelning.

### **Etablera en gemensam dagvårdsenhet**

Behovet av dagvårdsplatser ökar och många verksamheter etablerar mindre enheter på sjukhuset. Planerad och akut vård har olika behov av organisation och logistik. En samordning av dagvård ger bättre förutsättningar kring effektiva lösningar. En gemensam dagvårdsenhet med separerade flöden ska minska undanträngningseffekter från akuta vårdbehov. En gemensam dagvårdsenhet ska ge möjligheter till ökad effektivitet och god samverkan mellan inblandade verksamheter.

### **Prehospital konsultation (Optimering av prehospital samverkan)**

För att förebygga onödiga besök och inläggningar på akuten, ska sjukhuset arbeta för att stärka stödet till närliggande vårdinrättningar såsom särskilda boendeformer för äldre (SÄBO). Sjukhusets mål är att minska negativa konsekvenser för patienter, förstärka vårdgrannarnas kapacitet att hantera sina uppgifter effektivt och därigenom reducera belastningen på vuxenakutmottagningen. Planerade åtgärder omfattar utveckling av samarbetsnätverk mellan sjukhuset och vårdgrannar med särskilt fokus på äldreomsorgen, inrättandet av en beredskapstjänst för prehospitala konsultationer, samt utformning av rutiner, verktyg och arbets sätt som understödjer de uppkomna behoven.

## Det mest attraktiva valet

### Bemötande, patientdelaktighet och patientnöjdhet

Sjukhuset arbetar fortsatt med att öka patientdelaktighet och inflytande i vård och vårdplanering med syfte att skapa struktur och säkerställa arbetssätt, delaktighet med patienter och närstående. Sjukhuset har utbildningar inom bemötande samt regelbundna möten med företrädare för patientföreningar. Sjukhuset fortsätter den empatiutbildning som startade under föregående år. Patient- och närståenderådet som startade upp under 2023 ska utvärderas under 2024.

### Jämställd och personcentrerad vård

Sjukhuset arbetar aktivt med att bidra till ökad jämlikhet och jämställdhet för våra patienter och medarbetare och strävar efter att utjämna olikheter som uppstått genom att vi behandlas olika utifrån kön, etnisk eller kulturell bakgrund, sexuell läggning, funktionsnedsättning eller andra individuella egenskaper. En trygg och jämlik vård innebär också ett tryggt och jämlikt medarbetarperspektiv. 2024 påbörjas ett ambitiöst arbete med att implementera regelbundna **Etikronder** inom intensivvården. Syftet är att skapa ett "tid och rum" för etiska diskussioner och därmed förstärka den psykologiska tryggheten i medarbetargruppen. Om dessa **Etikronder** faller väl ut kan arbetssättet även implementeras inom andra enheter på sjukhuset.

Arbetet med personcentrerad vård fortsätter. Syftet är att på ett strukturerat sätt hitta verktyg och arbetssätt för att leda den personcentrerade vården framåt för att förstå hur patienten kan användas som en partner i vårdsystemet. En svår fråga som sjukhuset arbetat med sedan fler år är **Rätten att välja** (när patient eller närstående ställer orättfärdiga krav på behandlarens hudfärg, kön, etnisk tillhörighet, religion eller krav av annan diskriminerande karaktär). Sjukhuset försöker att ha en proaktiv hållning i dessa svåra frågor för att skapa en hållbar och hälsofrämjande arbetsplats där patienter, närstående och medarbetare ska bemötas lika.

### Säkra kompetensförsörjning

Med en hög andel akut slutenvård (cirka 85 procent) är det en svår utmaning att framförallt under semesterperioder upprätthålla 24:7 verksamhet. Sjukhuset kan inte som andra sjukhus med högre andel elektiv vård, balansera personalens behov av ledigheter med neddragen elektiv vård. Personalens behov av lagstadgad semester, vård av barn, andra ledigheter och nu även de nya riktlinjerna kring dygnsvila ställs regelbundet mot en besvärlig och ansträngande vårdplatsbrist. Det är framför allt kompetensförsörjningen av sjuksköterskor som fortsätter att vara utmanande och kräver, förutom sjukhusets egna åtgärder, även gemensamma åtgärder i regionen. Utvecklingen av vårdprocesser och nya arbetssätt, inte minst genom digitalisering, måste fortsätta för att klara den utmanande kompetensförsörjningen. Sjukhuset kommer att fortsätta att tillämpa stor restriktivitet gällande inhyrning av personal under 2024.

# BILAGA 1 SÖDERSJUKHUSETS STRÅLSKYDDSBOKSLUT 2023

## Strålsäkerhetsbokslut

På Södersjukhuset används joniserande strålning inom röntgendiagnostik, nuklearmedicinsk diagnostik och behandling, samt inom onkologisk strålbehandling. Röntgenstrålning och radiofarmaka används också inom operationsverksamheten.

### Systematiskt strålsäkerhetsarbete

Inom röntgen- och nuklearmedicinsk verksamhet har det genomförts riktade strålsäkerhetsronder och strålsäkerhetsrevisioner med efterföljande risk- och möjlighetsanalys inom verksamhetsområde Anestesi/IVA, Bilddiagnostik, Kardiologi, Kirurgi, Kvinnosjukvård, Ortopedi, Handkirurgi, Urologi, Endoskopiskt centrum och Medicinsk teknik. Löpande monitorering av personalstråldoser har genomförts och följts upp för medarbetare som arbetar på kontrollerat område samt stickprov har genomförts och analyserats för kategori A personal som arbetar på Hybridsal och för kategori B personal inom Bröstcentrum Mammografi/ ARMA, Endoskopiskt centrum, Pacemakerenheten och Neonatalvårdssektionen (Sachsska). Strålskärmning av lokaler har projekterats, verifierats och kontrollerats inom verksamhetsområde Neonatalvård/Sachsska, Kardiologi och Bilddiagnostik. Under året har årlig kalibrering med spårbarhet för mätutrustning och strålskyddsinstrument införts. Verksamhet med jodkorn I-125 (seeds) har avvecklats/ ersatts av magnetiska markörer och tillhörande lokaler har friklassats. Fysiologiska klinikkens nuklearmedicinska verksamhet har deltagit i ett kvalitetssäkringsprogram för att utvärdera bildbehandling, utlåtanden samt utbildningsrutiner vid myocardscintigrafiundersökningar.

På strålbehandlingsavdelningen har personalstråldoserna monitorerats under hela året för personal indelade i kategori A och B. Södersjukhuset behövde under året ansöka om förnyat tillstånd för att bedriva verksamhet med joniserande strålning inom medicinsk strålbehandling hos Strålsäkerhetsmyndigheten, i och med att tillståndets giltighetstid gick mot sitt slut (tillståndet ska förnyas vart femte år). I samband med att tillståndsansökan skickades in begärde Strålsäkerhetsmyndigheten in kompletterande dokumentation om hur strålbehandlingsavdelningen upprätthåller strålsäkerheten för patienter och personal på avdelningen. Denna dokumentation skickades in till myndigheten som därefter godkände ansökan om förnyat tillstånd.

### Åtgärder som genomförts för att upprätthålla och utveckla strålsäkerheten under året

Södersjukhusets lednings-, stöd- och patientprocesser gällande strålsäkerhet har reviderats. Nya processer och riktlinjer gällande metoder och optimering samt gravida medarbetare har utarbetats. En omfattande revision har genomförts av sjukhusets grundläggande strålsäkerhetsutbildningar. Utbildningarna har utökats och renodlats för att säkerställa rätt kompetens vid tillträde till lokaler samt stadigvarande arbete med verksamhet med joniserande strålning. En konventionell röntgenutrustning, två mini c-bågar och fem c-bågar har ersatts av ny utrustning samt två nya preparatröntgen har tillkommit. Ytterligare fysisk barriär med begränsat tillträde har uppförts inom den nuklearmedicinska verksamheten och en kontinuitetsplan för IT-system kopplat till strålsäkerhet har tagits fram. Metoder och kompetensbevis har utarbetats för sjukhusets c-bågeverksamheter.

På strålbehandlingsavdelningen har ny mätutrustning för patientdosimetri köpts in. Mätutrustningen kommer att förbättra noggrannheten i dosmätningarna som görs inför varje strålbehandling av den typ som kallas VMAT-behandling. Under året har också tester av mjukvara som automatiskt kan identifiera organ i människokroppen på datortomografibilder med hjälp av artificiell intelligens (AI) genomförts. Ett

av syftena med användningen av denna typ av program är att stråldoser till olika organ på så sätt ska kunna bestämmas mer standardiserat och därigenom underlätta jämförelser mellan olika strålbehandlingsplaner. Sjukhusfysikerna på strålbehandlingen har under året också genomfört en revision av arbetet på avdelningen för sjukhusfysik och i samband med den tagit fram en revisionsrapport.

### **Resultat som har uppnåtts i strålsäkerhetsarbetet**

Samtliga under året bestämda diagnostiska standardnivåer (ett mått på patientstråldos) har legat väl under lagstadgade referensnivåer samt varit likvärdiga med nationella medelvärden.

Sammanställning av sjukhusets totala måluppfyllelse med avseende på strålsäkerhetsmålen 2023.

**Mål:** Andel medarbetare i kategori A som har ett giltigt tjänstbarhetsintyg ska uppgå till 100 procent.

**Resultat:** 77 procent

**Mål:** Andel medarbetare som genomgått strålsäkerhetsutbildning ska uppgå till minst 85 procent

**Resultat:** 84 procent

**Mål:** Andel strålsäkerhetsUtskott som haft årligt möte ska uppgå till 100 procent.

**Resultat:** 100 procent