



Patientsäkerhetsberättelse för Södersjukhuset 2022



Datum
2023-03-01
Ansvarig för innehållet
Charlotte Levin, strategisk verksamhetsutvecklare
Diarienummer
SÖS 2023-0434

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

SAMMANFATTNING.....	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD.....	5
Engagerad ledning och tydlig styrning	5
En god säkerhetskultur.....	9
Adekvat kunskap och kompetens	11
Patienten som medskapare	14
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	16
Verktyg	16
Delaktighet	18
Trycksår	19
Anmälningsspliktiga resistenta bakterier	20
Vårdrelaterade infektioner, VRI	21
PRIORITERADE FOKUSOMRÅDEN	23
Öka kunskap om inträffade vårdskador	23
Tillförlitliga och säkra system och processer	26
Säker vård här och nu.....	33
Stärka analys, lärande och utveckling	37
Öka riskmedvetenhet och beredskap	41
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	43
BILAGA 1 SÖDERSJUKHUSETS STRÅLSKYDDSBOKSLUT 2022.....	49

SAMMANFATTNING

År 2022 har fortsatt varit ansträngt på grund av pandemin. Parallellt har sjukhuset arbetat med att minska köställd vård samt utfört aktiviteter för att öka kapaciteten för både planerad och akut vård. Flex-Covid-avdelningen som öppnade i september 2021 har kommit till stor nytta då det under det gångna året kontinuerligt har funnit minst 15 patienter med covid-19-krävande slutenvård. Däremellan har sjukhusets nåtts av toppar under våren samt en hög topp i december. Årets svåra RS-epidemi som ånyo kom ovanligt tidigt och med det högsta antalet smittade barn på många år innebar en mycket hög belastning på barnsjukvården. Mitt i högsommartid fick sjukhuset stor uppmärksamhet och beröm för hur infektionskliniken etablerade en mottagning för mpox (apkoppor) samt vårdade patienter inom slutenvården med mpox på ett mycket professionellt sätt. Totalt vårdades 75 procent av landets patienter med mpox på sjukhuset.

IVO har under året genomfört uppmärksammade granskningar av akutsjukvården i Sverige och utdelat skarp kritik till de flesta vårdgivare för bristande vårdplatstillgång. Sjukhuset har haft ett stort fokus på de akuta flödena med många aktiviteter inom samtliga enheter vilka har haft som syfte att minska ledtiderna på akuten. Under våren 2022 noterades att aktiviteterna har haft effekt med minskad väntan på akuten som resultat. Däremot ökade vistelsetiderna ånyo under hösten och det blev svårt att hålla samma nivå som under våren när den femte covid-19-vågen hastigt kom i mitten av december. Arbeta med att hålla vårdplatser öppna i kombination med att bedriva dagvård i nära anslutning till vissa avdelningar har varit framgångsrikt. Detta bidrar till kortare vårdtid och att patienter på ett tryggt sätt kan komma åter till dagvård för uppföljande vård och behandling.

Den största utmaningen lokalt och nationellt är att upprätthålla en trygg och säker bemanning. Rekrytering, fortbildning, handledning, kompetenshöjande utbildningsaktiviteter sker kontinuerligt. Särskilda seminarier har genomförts i syfte att minska korttidssjukfrånvaro. Ett kvarstannande på 68 procent för sjuksköterskor är tillfredsställande.

Under året har långsiktigt arbete inom kvalitets- och patientsäkerhetsområdet återupptagits och förbättrade resultat har uppnåtts exempelvis för patientsäkerhetskultursfrågorna i medarbetarenkäten och utfallet för andel patienter i slutenvården som känner sig delaktiga i sin vård och behandling (87 procent) har ökat markant från förra årets mätning och klarar sjukhusets målnivå. Sjukhuset har genomfört 70 händelseanalyser och av dessa har 33 händelser anmälts till IVO enligt lex Maria. Antalet ärende från LÖF har minskat från föregående år, medan PaN-ärenden och IVO-ärenden har ökat något. Det är av största vikt att patienter och närstående ges möjlighet till delaktighet både under vårdtid samt i de utredningar som utförs.

Sjukhusets ledningsgrupp har beslutat att alla chefer ska genomgå Socialstyrelsens e-utbildning Säker vård. En sjukhusanpassad studiehandledning utarbetades med Socialstyrelsens material som grund. Flertalet ledningsgrupper har efter genomgången utbildning hållit workshops eller seminarier utifrån studiehandledningen och ett antal verksamheter har lagt in utbildningen för chefer i nästa års lokala verksamhetsplan.

Det är naturligtvis tack vare alla engagerade medarbetare och chefers ambitiösa arbete som sjukhuset har nått fina resultat. Sjukhuset har gång efter gång ställt om i pandemivågorna och det är imponerande att se hur snabbt sjukhuset kan ställa om när situationen kräver det. Arbetet för en säker och trygg vård får aldrig upphöra.

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: **Säker vård med hög kvalitet**, **Ingen ska vänta i onödan** och **Det mest attraktiva valet**. Verksamhetsplanen bryts ned till lokala aktivitetsplaner med mål och aktiviteter som är relevanta för respektive verksamhet.

Även i år har covid-19-pandemin påverkat möjligheterna till utvecklingsarbete. Trots detta har ett antal aktiviteter genomförts på sjukhusövergripande nivå; exempelvis implementering av vårdplatsmöten samt nya dagvårdsplatser för att minska vistelsetiderna på akuten, implementering av en preoperativ avdelning samt utökade tider för operation för att minska den köställda vården, arbete med rekrytering av patienter, närstående och medarbetare för att öka patientdelaktigheten i sjukhusets utvecklingsarbete, utredning av möjligheter att samla sjukhusets akutverksamheter till samma lokaler för att få samordningsvinster, arbete med att samordna arbetstider för att få bättre flöden inom operationsverksamheten samt omvandling av slutenvård till öppenvård inom den kirurgiska verksamheten.

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 Södersjukhusets verksamhet. Den verkställande direktören har det operativa ansvaret med två chefläkare och en chefsjuksköterska som stöd i det övergripande kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet.

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 ett kontinuerligt förbättringsarbete och att ta tillvara patienters och medarbetares förslag och idéer. Alla medarbetare har ett ansvar att följa författningar och riktlinjer samt att delta i sjukhusets systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

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 markörbaserad journalgranskning samt följer upp att beslutade åtgärder vid händelseanalyser blir genomförda. Under året har funktionerna patientsäkerhetssamordnare samt patientsäkerhetsansvarig läkare utsetts 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

Arbetet har fortgått med att utveckla en styrmodell för förbättrad struktur för ledning och styrning av sjukhuset. 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. För de sjukhusövergripande vårdprocesserna finns en fastställd struktur med definierade roller och ansvar.

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. 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 slutet hälso- och sjukvård. Fokus under året har varit att identifiera hinder och utmaningar samt att bidra till utveckling och förbättrat omhändertagande för den geriatriska patientens väg i vården samt genom olika initiativ och aktiviteter förbättra samverkan med vårdgrannar och kommuner. Samarbetet har bland annat lett till ett behov av att förbättra remisshantering och kontaktvägar. Utskottet har varit en av initiativtagarna till frågan att utreda möjligheten att skapa en vårdmiljö/avdelning i anslutning till akutmottagningen för äldre sköra patienter. Sedan oktober pågår ett projekt mellan sjukhuset och ASIH-verksamhet inom SLSO. I projektet har vårdsamordnares roll identifierats som en viktig funktion för att uppnå en mera effektiv vårdkedja.

Sjukhusets värdegrund och gemensamma synsätt är *För patienten – med patienten* och sedan våren 2022 pågår ett sjukhusövergripande projekt *Ökad patientdelaktighet och inflytande i vård och vårdplanering* som en del i arbetet att möta patientlagens krav om att stärka och främja patientens delaktighet. Under hösten genomfördes workshop med representanter från flera patient- och närstående-föreningar för att diskutera om införande av ett Patientråd kunde vara ett verktyg för ökad samverkan. Deltagarna vid mötet var överens om att patientråd kan bidra till ökad samverkan och ställde sig positiva till att under 2023 starta ett pilotprojekt *Patient- och närståenderåd*.

Exempel från verksamheterna:

- Verksamhetsområde Akut har tillsammans med Psykiatri Södra utarbetat riktlinjer för patienter som omfattas av lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) och vårdas på akutmottagningen.
- Sachsska barn- och ungdomssjukhuset kommer till följd av en händelseanalys delta i en tvärprofessionell projektgrupp med övriga representanter från Astrid Lindgrens barnsjukhus och BUP. Projektgruppen ska göra en nulägesanalys och ta fram en gemensam vårdgivarövergripande riktlinje för vård av barn och ungdomar med somatisk och psykiatrisk ohälsa.
- På Bröstcentrum genomförs varje vecka multidisciplinära konferenser där representanter från alla aktörer inom samma vårdkedja deltar, även förbättringsronder genomförs regelbundet där speciella fall diskuteras gemensamt.
- Mammografiverksamheten, på verksamhetsområde Bilddiagnostik, har kontinuerliga möten med RCC och övriga bröstcentra inom regionen dit även patientorganisationer är inbjudna.
- Två gemensamma multidisciplinära studiedagar har genomförts på verksamhetsområde Anestesi och intensivvård med fokus på hur säkerheten kan förbättras när patienten flyttas från operation till postoperativ avdelning. Dessutom har omvårdnadsledare på anestesisektionen initierat utökat samarbete med vårdavdelningar för att förbättra kommunikation och patientsäkerhet.

Informationssäkerhet

Sjukhuset har genomfört flertalet aktiviteter inom informationssäkerhet, både som del av den beslutade handlingsplanen samt operativa aktiviteter utifrån linjearbete och riskreducering. Dock bör beaktas att som följd av covid-19-pandemin har vissa uppföljningar och insatser fått anstå för att inte belasta vården ytterligare.

Sjukhuset följer upp IT-system, verksamheter och bolaget i stort genom strukturerad complianceanalys enligt en gemensam modell för Region Stockholm. Analysen påvisar nuläge i förhållande till bör läge. På strategisk nivå genomförs i början av varje år en uppföljning med fokus på uppbyggnaden av ledningssystemet. Uppföljningen i januari 2022 visade att sjukhuset uppnått en generell god status med några förbättringsområden; avvikelshantering och informationssäker upphandling, vilka har varit fokusområden under året. Ett anpassat systemstöd för avvikelserapportering för informationssäkerhet, dataskydd och säkerhet har införts. Kommunikationsinsatser har genomförts för att förmedla kunskap när och hur avvikelser ska anmälas. Analys av avvikelser har startat hos de verksamheter där sjukhusets informationssäkerhetsombud genomgått utbildningar inom informationssäkerhet. Tre av fem staber är nu självgående beträffande analyser och åtgärdsplaner, vilket bedöms vara en bra milstolpe i att integrera informationssäkerhet i det ordinarie linjearbetet. För att stärka sjukhusets robusthet och kontinuitet för IT-system har flertalet analyser och åtgärder genomförts eller är planerade att genomföras. Anskaffningsprocessen för medicinskt teknisk utrustning har setts över och moment har införts för att tydligare säkerställa att informations säkerhetskrav ställs på leverantörer vid anskaffning för säkra tillgänglig och säker utrustning.

Informationssäkerhet har en betydande del av sjukhusets analys av risker och sårbarheter vilka kan hota den samhällsviktiga verksamheten. Sjukhuset har en riskkatalog som följs upp och behandlas regelbundet i samråd med informationssäkerhetsombud. Informationssäkerhetshöjande åtgärder och utbildning har pågått under året och informationssäkerhet är en del av introduktionsutbildning för nyanställda chefer. Uppföljning av genomförda informationssäkerhetsutbildningar (DISA) sker regelbundet och insatser vidtas i de fall där det är möjligt givet pandemin. IT-säkerhetsrelaterade åtgärder har koncentrerats till IT-förvaltningar och underhållsarbete för att säkra tillgänglighet av kritisk IT-infrastruktur och system. Vissa åtgärder tar lång tid att genomföra men ett nödvändigt arbete har inletts, förbättringar har skett och åtgärder kommer att fortsätta under 2023-2024. Med stöd av region Stockholm CERT kontrolleras angreppsförsök återkommande. Inga externa angrepp har påvisats under året. Samverkan med CERT fortsätter att utvecklas och säkerhetsanalyser av utvalda system är planerade till 2023. Journalföring och åtkomst till journaler granskas systematiskt genom det stickprovsbaserade analysverktyget SALA. I snitt tio procent av medarbetarna väljs varje månad ut för kontroll och under året har cirka 4500 medarbetarkontroller utförts på detta sätt. Vid särskild anledning, som kan vara begäran från patient eller misstanke som uppstått av något skäl, genomförs riktad loggkontroll.

Under 2023 är planen att fortsätta uppföljningen på verksamhetsnivå och systemnivå. En viktig aspekt att beakta är att väga in den vårdbelastning som finns. Det kommer även att genomföras aktiviteter för att möta uppsatta mål för robusthet och resiliens. Det ställer krav på att rätt åtgärder vidtas på rätt plats och en viktig aspekt är att klassa de tillgångar som finns. Flertalet åtgärder kommer tillförskrivas systemförvaltningar att hantera för de system som är kritiska i upprätthållandet av den samhällsviktiga hälso- och sjukvård som sjukhuset levererar.

Strålskydd

Se bilaga 1, Södersjukhusets strålskyddsbokslut 2022

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.



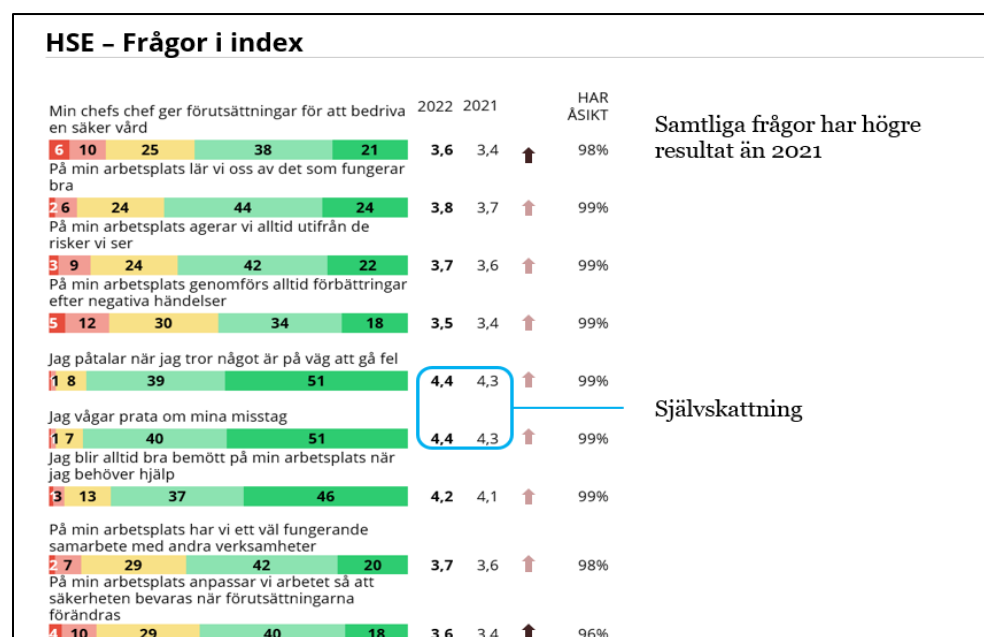
Arbetsmiljö

Arbetsmiljön är en viktig förutsättning för patientsäkerheten. Arbetsmiljön inventeras kontinuerligt med hjälp av bland annat medarbetarundersökning, arbetsplatskontroller och riskbedömningar vid förändringar. Vid behov tas åtgärder fram och följs upp enligt plan. Medarbetarpolicyn tillika arbetsmiljöpolicyn är ett stöd till sjukhusets värdegrund och är ett viktigt dokument i arbetsmiljöarbetet i stort.

Hållbart säkerhetsengagemang (HSE) i medarbetarenkäten

Säkerhetskulturen mäts regelbundet i Region Stockholm med en gemensam medarbetarundersökning vilken innehåller frågor som avspeglar Hållbart Säkerhetsengagemang (HSE) för Region Stockholm. 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 ökning från 69 till 72 jämfört med förra året.

Frågan **På min arbetsplats genomförs alltid förbättringar efter negativa händelser** är en av indikatorerna i sjukhusets verksamhetsplan. Resultatet visar att 52 procent av respondenterna har svarat positivt (4 eller 5 på Likertskala) på frågan, vilket innebär att målet (>50 procent) är uppnått. 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 har sjukhusgemensamma mallar för återkoppling utvecklats under året. Mallar och information finns tillgängliga på intranätet. Även en specifik ämnessida för händelseanalyser har skapats på intranätet för att öka det organisatoriska lärandet. Indikatorn fortsätter att följas för 2023.



Inför årets medarbetarundersökning skapades 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 medarbetarundersökningens frågor som rör säkerhetskulturen visade glädjande en generell ökning på alla frågor och för samtliga verksamhetsområden jämfört med förra årets mätning. Under året har det pågått sjukhusövergripande och lokala aktiviteter för att stärka säkerhetskulturen. Återkoppling är väsentlig för att skapa en god säkerhets- och rapporteringskultur, genom att samtliga medarbetare får se de förbättringar som till exempel en händelseanalys lett till. En verksamhet med god säkerhetskultur sätter stort värde på att resultatet sprids även utanför den egna enheten.

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 dokumentation efter allvarliga vårdskador informeras medarbetarna om att förändringarna ofta är ett resultat efter åtgärder från händelseanalyser.

Exempel från verksamheterna:

- **Fånga passet** är ett verktyg, som används på verksamhetsområde Kardiologi, för att skapa goda förutsättningar att arbeta med arbetsmiljö- och patientsäkerhetsfrågor. Neonatalvårdssektionen har inspirerats och under hösten har samtliga medarbetare varit delaktiga i att anpassa verktyget till neonatalvården innan implementering.
- På verksamhetsområde Kirurgi används **Gröna korset** i samband med skiftbyte under eftermiddagen där arbetsgruppen reflekterar över det gångna dygnet med fokus på tillbud och händelser för att kunna förekomma vårdavvikelser samt diskutera dagens arbetsmiljö och situation. Deltagare är idag omvårdnadspersonal på respektive vårdenhets och målet framledes är att även de läkare som är på enheten ska delta.
- Verksamhetsområde Ortopedi har bjudit in fem ämnesgrupper på patientsäkerhetsmöten där ledningen deltar. Ämnesgrupperna består av interprofessionella team vilka ansvarar för att utveckla och implementera nya säkra arbetssätt och riktlinjer i den kliniska vardagen.
- På Anestesi och intensivvård har säkerhetskultur inkluderats som en obligatorisk del i patientsäkerhetsutbildning för chefer. Medarbetare har diskuterat vikten av riskmedvetenhet samt huruvida man vågar berätta om eventuella misstag. Informationsblad om vårdavvikelser, händelseanalyser och andra nyheter som stärker patientsäkerhet skickats ut månadsvis till medarbetare. Utifrån en standardiserad mall har händelseanalyser och vidtagna åtgärder återkopplats regelbundet. På anestesiavdelningen tas allvarliga vårdavvikelser upp på möten och risker kommuniceras i veckobrev.
- På Röntgenkliniken har man infört **Lära av våra misstag**, en rond/möte där man går igenom misstag som vanligen upptäckts vid dubbelgranskning av undersökningen. Alla läkare, både specialister och ST-läkare, deltar på rondens i ett lärande syfte.
- Neonatalvårdssektionen och kvinnokliniken har inlett ett samarbete där stående tvärprofessionella möten hålls för genomgång av enskilda händelser med ett patientsäkerhetsfokus.

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.



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. På sjukhusnivå finns utvecklingsprogram för sjuksköterskor och undersköterskor och på verksamhets- och vårdenhetsnivå finns kompetensutveckling anpassad till verksamhetens uppdrag kopplat till kompetensstegens krav i syfte att stänga eventuella kompetensgap. Verksamheterna utgår från varje enskild medarbetares kompetensnivå samt ser över behov av utbildning och kompetensutveckling vid medarbetarsamtal. På verksamhets- och vårdenhetsnivå utbildas chefer 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 vilket kommer att bidra till att stärka patientsäkerheten. Under 2022 har även arbetet mellan avdelningarna Forskning, utveckling, utbildning och innovation (FoUUi), HR samt Kvalitet- och patientsäkerhet förstärkts med fokus på kompetensfrågor främst för omvårdnadspersonal. Under 2023 startar en bedömningsgrupp i syfte att säkerställa kompetensnivå och innehåll för tjänster på steg fem till sju i kompetensstegen för sjuksköterskor. Detta görs för att verksamheten ska få stöd vid inrättande av olika tjänster samt tydliggörande av tjänstens kliniska vårdområde kopplat till kärnkompetenserna, men också som stöd för uppföljning vilket bidrar till ökad patientsäkerhet.

Bemanning och kompetensförsörjning

Kompetensförsörjningen av framför allt sjuksköterskor fortsätter att vara utmanande och kräver, förutom sjukhusets egna åtgärder, även gemensamma åtgärder i regionen. Aktiviteter för att behålla, tillvarata och utveckla våra medarbetare är högt prioriterade. Därför arbetar sjukhuset för att skapa förutsättningar för en säkrad kompetensförsörjning med trygg arbetsmiljö och stabil bemanningssituation. Kontinuerligt arbete pågår med att organisera och fördela arbetet så att kompetens tas tillvara på bästa möjliga och effektiva sätt. Det pågår även en kontinuerlig översyn av schemalaggningen för att skapa effektiva och hälso-samma scheman som uppfyller bemanningsbehov och kompetenskrav. Särskilda seminarier har genomförts i syfte att minska korttidssjukfrånvaro. En kvarstannandeprocent på cirka 68 procent för sjuksköterskor är tillfredsställande, men målet är minst 70 procent.

Utbildningar inom patientsäkerhet och förbättringsarbete

Sjukhusets ledningsgrupp har beslutat att alla chefer ska genomgå Socialstyrelsens e-utbildning Säker vård. En sjukhusanpassad studiehandledning utarbetades med Socialstyrelsens material som grund. Flertalet ledningsgrupper har efter genomgången utbildning hållit workshops eller seminarier utifrån studiehandledningen och ett antal verksamheter har lagt in utbildningen för chefer i nästa års lokala verksamhetsplan. Sjukhuset håller återkommande utbildningar inom patientsäkerhet på olika nivåer. Patientsäkerhet ingår i utbildningspaketet för sjuksköterskor kompetenssteg 1 och för AT-läkare. För ST-läkare och nyanställda chefer ges en obligatorisk utbildning. På förfrågan kan även utbildning ges till ledningsgrupper och till verksamheter vid planeringsdagar. Utbildningarna utgår alltid från Socialstyrelsens handlingsplan för patientsäkerhet. Vid alla patientsäkerhetsutbildningar eftersträvas tid för reflektion och diskussion av olika

scenarier i mindre grupper. På intranätet finns en, under året framtagna, utbildningstrappa med förslag/rekommendation av olika utbildningar inom patientsäkerhet för sjukhusets medarbetare utifrån roller/funktioner.

Världshälsoorganisationen, WHO, har utsett den 17 september som en återkommande internationell patientsäkerhetsdag. Årets tema var säker läkemedelshantering. Sjukhuset uppmärksammade dagen med en uppskattad aulaföreläsning om arbetssätt för ökad patientsäkerhet vid ordination och hantering av läkemedel samt lärdomar från inträffade läkemedelsrelaterade vårdskador. November var sjukhusövergripande fokusmånad för patientsäkerhet med samlade aktiviteter kring området. En av aktiviteterna var aulaföreläsning på temat diagnostiska misstag, vad diagnostisk säkerhet innebär samt hur man kan arbeta för att minska risken att missa en diagnos och därmed undvika vårdskador. Intresset var stort och flera verksamheter har planerat för ytterligare föreläsningar eller aktiviteter på samma tema. Andra aktiviteter var utbildning i metoden händelseanalys för patientsäkerhetsfunktioner samt informationskampanj kring Socialstyrelsens e-utbildning Säker vård.

Sjukhuset erbjuder också 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 förändring genom projekt, eller att driva ständiga förbättringar genom förbättringsarbete. Båda dessa utbildningar är en heldag var. 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 skräddarsydda utbildningar till exempelvis ledningsgrupper, enhetsledare och vid planeringsdagar. Utöver de interna utbildningarna hänvisas också till 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. Under året startades därför ett sjukhusövergripande projekt med titeln ***Om rätten att välja*** – när patient eller närstående ställer orättfärdiga krav på behandlarens hudfärg, kön, etnisk tillhörighet, religion eller krav av annan diskriminerande karaktär. Arbetet har hittills 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. Projektet har även tagit fram informationsmaterial till väntrum samt en föreläsningsserie i bemötande och att kunna sätta gränser som erbjuds alla medarbetare på sjukhuset.

Synpunkter och klagomål från patienter och närstående har bidragit till att identifiera brister inom området kommunikation och bemötande. I samarbete med SÖS Innovation har ett utbildningsmaterial inom området utarbetats, vilket på ett lättillgängligt sätt kan implementeras i verksamheten. Resultatet blev ***Empatigymmet***, ett spel uppdelat på olika träningspass, där varje pass består av olika ämnen fokus på gott bemötande. Spelets upplägg och frågeställningar har sin grund i forskning som pekar på vikten av empati i sjukvården och positiva effekter av empatisk träning. Spelet har testats i olika grupper och justerats utifrån utvärderingar och kommer att göras tillgängligt för alla verksamheter under 2023.

Exempel från verksamheterna:

- På verksamhetsområde Kardiologi finns utmaningar gällande schemaläggningen på grund av stor rotation bland sjuksköterskor. Erfarna sjuksköterskor arbetar ofta nattpass, medan dag- och kvällspass bemannas av nyexaminerade sjuksköterskor, vilka erhåller stöd av omvårdnadsledare/arbetsledare på plats. På den medicinska intensivvården samt hjärtintensivvården används kompetensstegen för bemanning. Bemanning och schemaläggning av läkare sker mycket noggrant så att yngre erfarna läkare alltid har möjlighet att rådfråga någon äldre kollega dygnet runt.
- Genom att anpassa bemanning och kompetens relaterat till behov och vårdtyngd per vårdplats säkerställer vårdenhetschefer och koordinators rätt bemanning för att klara uppdraget på intensivvården. På anesthesiavdelningen ser alltid vårdenhetschefer och daglig driftledare över kompetensnivån för jourtidsarbete.
- På verksamhetsområde Akut genomförs Morbidity & Mortality-konferenser (M&M-konferenser) en gång per månad. Därutöver ansvarar verksamhetens universitetslektor för möten kring forskning och utbildning för att lyfta evidensbaserad vård.
- Alla röntgensjuksköterskor erhåller ett behörighetsbevis för modaliteten/röntgenutrustningen innan de får utföra undersökningar självständigt. Detta gäller även för Fysiologiska kliniken och de yrkeskategorier som arbetar med dessa. Medarbetare med nytt behörighetsbevis ska alltid ha en senior kollega i närheten. Det sker en årlig kontroll av behörigheterna inom alla yrkeskategorier.
- Under året fick alla förlossningskliniker i regionen ett uppdrag att arbeta med förbättringar inom förlossningsvården. På sjukhuset tillsattes fyra tvärprofessionella förbättringsgrupper som fick i uppdrag att arbeta med förbättringar inom patientsäkerhet och arbetsmiljö på förlossningen och i eftervården. Grupperna fokuserade på att införa nytt arbetssätt som skulle leda till att barnmorskorna endast skulle ha ansvar för en patient i aktiv förlossning för att öka patientsäkerheten och förbättra arbetsmiljön, förbättrad introduktion till nya medarbetare samt säkra rutiner och arbetssätt på eftervården. Arbetet fortgår under 2023.
- Sachsska barnsjukhuset har startat en KI-uppdragsutbildning för erfarna sjuksköterskor; Evidensbaserad omvårdnad och kvalitetsutveckling. Kursen ger specialistutbildade sjuksköterskor en möjlighet till fördjupning inom pediatrik omvårdnad och kunskaper i hur man ska leda och bedriva kvalitetsutveckling inom vården. Inom ramen för kursen kommer flertalet kvalitetsutvecklingsarbeten att genomföras under år 2023.
- På den urologiska kliniken sker kompetensutveckling hos läkarna och sjuksköterskor internt genom bland annat M&M-konferenser, röntgenronder och multidisciplinära konferenser samt genom att medarbetarna utvecklar varandra genom exempelvis möten med särskilda teman. Alla nyanställda medarbetare genomgår ett introduktionsprogram på tre till fem dagar där enheterna presenterar sin verksamhet för den nyanställda. På kliniken ingår det att medarbetarna genomför obligatoriska utbildningar på Lärtorget.
- På ögonklinikens öppenvårdsmottagningen genomförs en stor del av dagliga arbetet i form av ett teamarbete där olika yrkeskategorier ingår och därmed tillvaratas olika yrkeskompetenser. Kompetensstegen tillämpas i vissa situationer, till exempel vid bedömning av ett stabilt synfältsundersökningsresultat av en sjuksköterska i stället av en läkare.

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

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 ca 80 procent av årets händelseanalyser har patient och/eller närstående varit delaktig. I samband med planering av nya lokaler involveras patientföreträdare från olika patientföreningar. Utifrån möten genomförda 2021 med huvudtema funktionsrätt har LOCUM under året arbetat vidare med det som verksamhets- och patientföreträdarrepresentanter bidragit med. Ombyggnation av flertalet vårdbyggnader pågår och inom projektet har patientföreträdare varit involverade i utformningen av planritningar.

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, men det går också bra 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.

Exempel från verksamheterna:

- Verksamhetsområde Akut kontakter oftast patienter/närstående per telefon efter inkomna synpunkter och klagomål och patienter/närstående har möjlighet att lämna förbättringsförslag. I samarbete med SÖS Innovation samlas fortlöpande synpunkter från patienter med hjälp av en enkät som patienterna snabbt kan svara på via en QR-kod vid akutmottagningen utgångar.
- På intensivvårdsavdelningen (IVA) arbetar en förbättringsgrupp med hur patienter och närstående kan göras mer delaktiga i vård och behandling. Gruppen har, tillsammans med SÖS Innovation, varit engagerade i utveckling en elektronisk dagbok för patienter som vårdats på IVA. IVA tilldelades även medel från Vårdfonden för att utveckla förutsättningar för ökad patient- och familjesamverkan.
- På Internmedicin pågår **Pall-studien** vilken syftar till att undersöka om ett förbättrat personcentrerat förhållningssätt kan öka patientens upplevelse av delaktighet och bemötande samt korta vårdtiden på en slutenvårdsavdelning. Hypotesen är att om sjukvårdspersonalen sitter ner i alla samtal med patienten minskar känslan av underläge för patienten och ökar känslan av lika-värde samt befrämjar patientdelaktighet. Vid utskrivning kommer patienten att få fylla i ett frågeformulär som mäter PREM (Patient Reported Experience Measures).
- Verksamhetsområde Kardiologi har startat upp en patientreferensgrupp som är tänkt att agera bollplank mot pågående förbättringsarbeten. Patienterna har blivit inbjudna att komma med synpunkter om lokal verksamhetsplan och valet av prioriterade aktiviteter.

Patientinformation för att minska risker

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. Vårdpersonalen gör patienterna ständigt delaktiga i sin vård genom frågor om tidigare sjukdomar, allergier, avstämningar mediciner etcetera. 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 bör bidra till att 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. Vissa verksamheter har informationsmaterial om till exempel vikten av mobilisering, nutrition och sårskötsel. På intranätet finns SKRs informationsmaterial ***Vad kan du göra själv för att undvika risker i vården*** samt ***Bra att veta inför ditt besök på Södersjukhuset*** vilka kan tryckas ut och lämnas till patienter. Sjukhuset arbetar på olika sätt med att göra digital information tillgänglig och användarvänlig för alla människor. Den externa webben www.sodersjukhuset.se är byggd enligt rådande standarder på tillgänglighetsområdet och all utveckling 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.

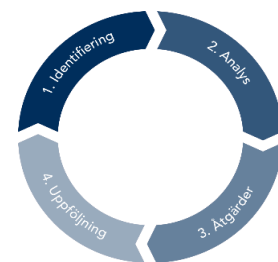
Webbformulär är en applikation där patienten via 1177 kan genomföra skattningar/formulär eller fylla i skattningar/formulär i samband med besök. Alla slutenvårdsavdelningar har journalmallen ***Utskrivningsmeddelande med läkemedelsberättelse*** där läkare dokumenterar information om vårdtiden och rekommendationer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

Exempel från verksamheterna:

- Internmedicin har tagit fram en lokal informationsbroschyr som delas ut till alla patienter som vårdas slutenvården och Ortopedi har arbetat med lokala informationsbroschyrer ***Till dig som vårdas akut*** samt ***Till dig som vårdas elektivt***. Broschyrerna har nu större fokus på patientens och närståendes involvering i vård och behandling.
- Röntgenkliniken har genomfört ett projekt tillsammans med SÖS innovation och OpenLab. Projektet syftar till att öka patientens känsla av kontroll i samband med en röntgenundersökning.
- Inom förlossningsvården görs patienter delaktiga i sin vård genom möjligheten att ta del av information och filmer på sjukhusets externa hemsida samt på 1177. Där finns, utöver information om förlossning och eftervård, även information om smärtlindring, amning och kejsarsnitt.
- Barnakutens innovationsprojekt ***Förbättrad patientupplevelse gällande informationsflöde och väntetider på barnakuten*** har fortsatt. Under projektets gång har 600 barn och föräldrar fått tycka till om projektet.
- Barns rätt som närstående till vuxna patienter lyftes i en artikel som publicerades på intranätet och visade på vad ett gott samarbete över sjukhuset kan göra för att se till barns bästa i sjukvården. En sjukhusövergripande riktlinje för barn som närstående har utarbetats.
- Vid överlämningen från dag- till kvällspass på infektionskliniken bjuds patienten in att vara delaktig genom bedsiderapportering. Överrapporteringen sker inne hos patienten så att denne kan ställa frågor och komma med synpunkter. Närstående är också välkomna att delta.

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, exempelvis vid långa vistelsetider på akutmottagningen.

Punktprevalensmätningar

Punktprevalensmätningar genomförs regelbundet. Vid dessa tillfällen mäts till exempel följsamhet till basala hygienrutiner, inskrivningsodling av antibiotikaresistenta bakterier och risk för och 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 adekvata 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 kvalitetsuppföljningar.

Självskattning

Tidigare uppföljningar av basala hygienrutiner och klädregler har genomförts som observationer, men under höstens mätning har sjukhuset använt självskattning av hygienrutiner som metod. Detta krävde en mindre arbetsinsats och kunde ändå nå ut till fler medarbetare. Syftet med självskattningen är främst att uppmuntra medarbetare till reflektion över sitt eget beteende och verksamhetens arbetssätt,

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. Fokus kan läggas på att arbeta med analys och förbättring i stället för att genomföra själva mätningen. Samtliga verksamhetsområden har genomfört valideringar av ordinationsorsaker och sjukhuset kommer att fortsätta arbetet med att förbättra validiteten av Infektionsverktyget.

Riskbedömningar

Samtliga patienter som skrivs in i slutenvården ska bedömas avseende risk för anmälningspliktiga resistent bakterier (ARB), fall, trycksår, undernäring och urinretention. Riskbedömningen är en förutsättning 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 uppfattning om vården mäts via nationell Patientenkät (NPE) och med hjälp av sjukhusets lokala mätningar. De obligatoriska frågeställningarna syftar till att möjliggöra jämförelser av resultat mellan enheter samt erhålla ett sjukhusaggregerat resultat. De mätningar som ingår i sjukhusets mål och indikatorer i verksamhetsplanen genomförs under en specifik månad, då 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 eller om patienten önskar får hen ett utskrivet dokument med enkätfrågor som hen svarar direkt på, resultatet registreras sedan i enkätverktyget av verksamheten. Patienter och närstående har även möjlighet att lämna synpunkter på vården direkt till verksamheten, via 1177, Patientnämnden och IVO. Patientärenden utgör en viktig del i förbättrings- och utvecklingsarbetet.

Medarbetarenkät

I den årliga medarbetarenkäten ingår frågor rörande patientsäkerhetskulturen, Hållbart säkerhetsengagemang (HSE), samt frågor om Hållbart Medarbetarengagemang (HME).

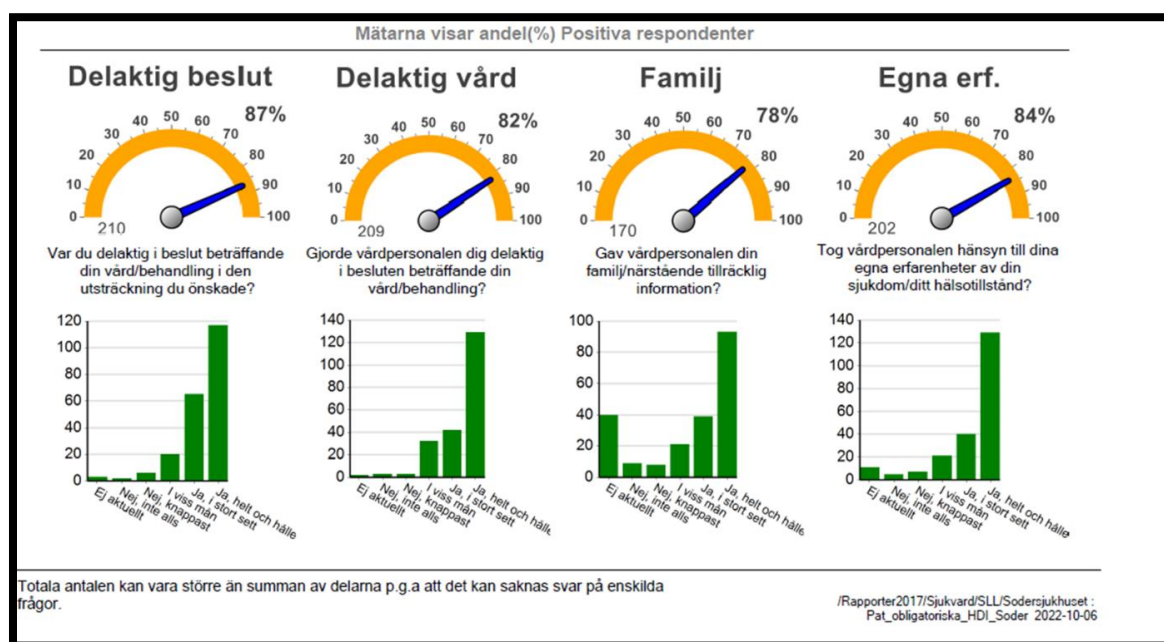
Kvalitetsindikatorer

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. Detta gäller exempelvis urinretention och sfinkterruptur i samband med förlossning, effektivare flöden vid bröstcancer och malignt melanom, tid till start av trombolys vid stroke och andelen patienter med diabetes som når mål för HbA1c. Det finns fortfarande områden som behöver förbättras, exempelvis operation inom 24 timmar för patienter med höftfraktur och vistelsetider för patienter över 80 år på akutmottagningen. Av de sjukhusgemensamma och sjukhusspecifika kvalitetsindikatorerna väljs några indikatorer ut till sjukhusets verksamhetsplan för att särskilt sätta fokus på dessa områden. Under 2022 har sjukhuset valt att arbeta för att öka andelen patienter med risk för MRSA som handlagts korrekt enligt Handlingsprogrammet och minska andelen patienter över 80 år som återinskrivs till sjukhuset inom sju dagar. 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 webbapplikationen **Vården i siffror** samlas en del av statistiken från de många diagnos- eller ingreppspecifika kvalitetsregistren.

Delaktighet

Mål (slutenvården): Minst 84 procent av patienterna ska svara positivt på frågan ”Har du varit delaktig i din vård och behandling så mycket som 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 2022 gjordes mätningarna via QR-koder under en två veckorsperiod på princip alla öppenvårdsenheter och alla slutenvårdsenheter. Utfallet för andel patienter i slutenvården som känner sig delaktiga i sin vård och behandling (87 procent) har ökat markant från förra årets mätning (79 procent) och klarar sjukhusets målnivå.



Analys av resultat: Resultatet för 2022 har förbättrats, men undersökningarna är inte helt jämförbara på grund av skillnader i mätmetoder då mätningen 2021 gjordes via NPE. Många verksamheter har gjort kontinuerliga mätningar och uppföljningar vilket kan ha bidragit till ett ökat fokus på området patientdelaktighet.

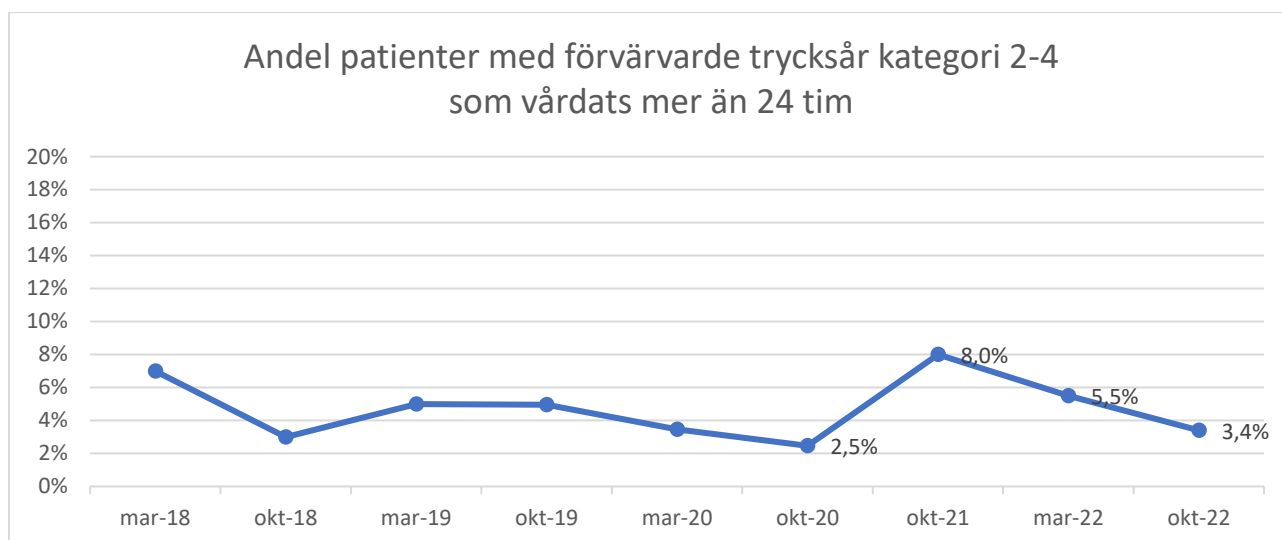
Åtgärd: Det sjukhusövergripande resultatet presenteras på intranätet. Alla verksamheter som har deltagit i mätningen har möjlighet att se sitt lokala resultat via inloggning till Rapportor. Utbildning har givits vid upprepade tillfällen för att säkerställa att alla ansvariga chefer och verksamhetsutvecklare haft möjlighet att tillgodogöra sig resultatet. Patientvägledare har besökt flertalet verksamheter, initierat mätningar, diskuterat uppföljning samt instruerat hur vårdenheterna kan arbeta med resultatet i realtid.

Uppföljning av åtgärd: Patienternas upplevelse av delaktighet kommer att följas under 2023 med mätningar via Nationell patientenkät och vissa verksamheter fortsätter att mäta kontinuerligt via QR-koder.

Trycksår

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

Resultat: Förekomst av trycksår följs upp genom en punktprevalensmätning två gånger per år. Förekomsten vid årets två mätningar har succesivt minskat sedan förra höstens mätning då andelen patienter med förvärvade trycksår var ovanligt högt. Vid vårens mätning var andelen patienter med förvärvade trycksår kategori 2-4 5,5 procent, vid hösten var det 3,4 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 trycksår som uppkommit 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 höstens uppföljning var 20 procent äldre än fem år. Detta kan vara en bidragande förklaring till att andelen trycksår minskat, en annan att sjukhuset har haft möjlighet att fokusera mer på detta område under året.

Åtgärd: Sjukhuset har uppmärksammat frågan om trycksår på flera sätt under året. Under ett av de återkommande uppföljningstillfällena av verksamheterna var trycksår en fokusfråga, där de fick beskriva sina resultat och hur de arbetar med förbättringar. Under hösten har en trycksårscup genomförts vid ett flertal verksamhetsområden. Denna innebär att ta del av en utbildning, genomgång av förebyggande material, mätningar och tävling kring följsamhet till riskbedömning och dokumentation av förebyggande åtgärder. Intensivvårdsavdelningarna har också samarbetat kring trycksår och sett över sina rutiner, inklusive dokumentation vid överrapportering till vårdavdelning.

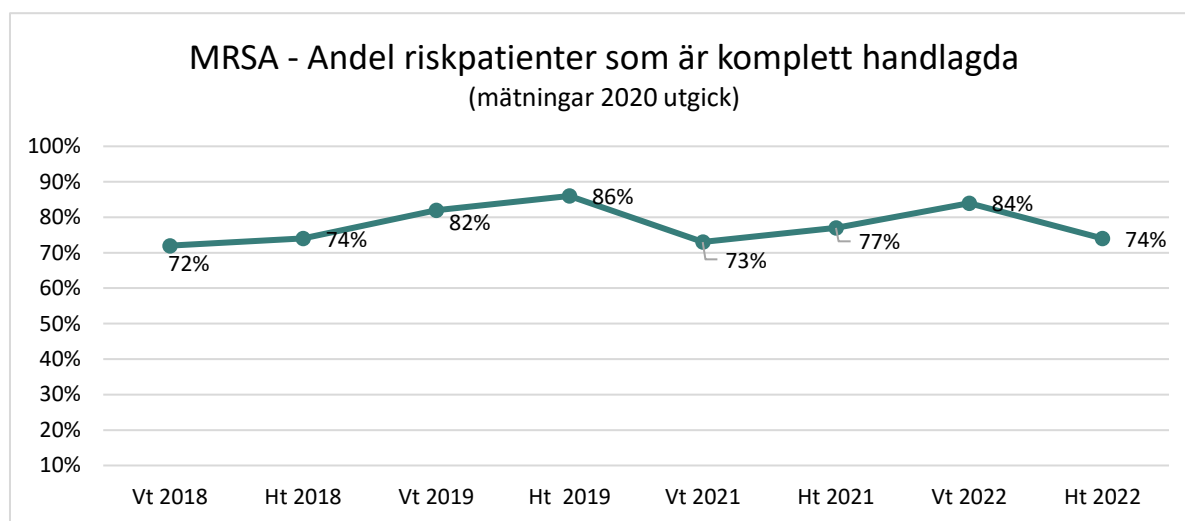
Uppföljning av åtgärd: Samtliga verksamheter som under uppföljningen hade en eller flera patienter med förvärvade trycksår kategori 2-4 uppmanades att göra en journalgranskning för att identifiera möjliga problem som kan förbättras. De enheter som fortfarande har madrasser som är äldre än fem år uppmanades att köpa nya.

Anmälningsspliktiga resistenta bakterier

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

Resultat: Följsamheten till handlingsprogrammet för anmälningsspliktiga resistenta bakterier följs upp genom en punktprevalensmätning två gånger per år. Sammanlagt har 1044 patientjournaler granskats. Av dessa hade 215 någon riskfaktor för MRSA, varav 175 hade hanterats korrekt enligt Handlingsprogrammet. Detta motsvarar 78 procent, vilket är en liten förbättring mot föregående år.

Utöver den återkommande mätningen 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.



Analys av resultat: Resultaten från vårens respektive höstens mätning skiljer sig markant, från 84 procent korrekt hanterade under våren, till 74 procent vid höstens mätning. Antalet granskade patientjournaler var ungefär samma vid de två mätningarna, däremot konstateras att andelen patientjournaler där det var angivet riskfaktorer var högre vid höstens mätning (25 procent) jämfört med våren (18 procent). Detta skulle kunna förklaras av det angivits riskfaktor när patienten har en in- eller utfart som har satts i ambulans eller på akuten, trots att detta inte ska tolkas som en riskfaktor.

Åtgärd: Sjukhuset har haft en arbetsgrupp med representation från fyra verksamhetsområden, som under året genomfört flertal aktiviteter för att förbättra arbetssätt kring följsamhet till Handlingsprogrammet. Exempel på detta är en digital föreläsning som kan visas på personalmöten, en webbaserad utbildning via plattformen Lärtorget, inplastade fickkort med lathundar för korrekt screeningodling, öppna hus där medarbetare fått träna på riskbedömning och screening på dockor. Där fanns också möjlighet till ett kunskapstest om ARB med chans att vinna pris till sin enhet. Utöver detta pågår också ett pilotprojekt med test av en mjukvara som i journalen kan identifiera patienter med riskfaktorer angivna och skapa odlingsremisser för dessa.

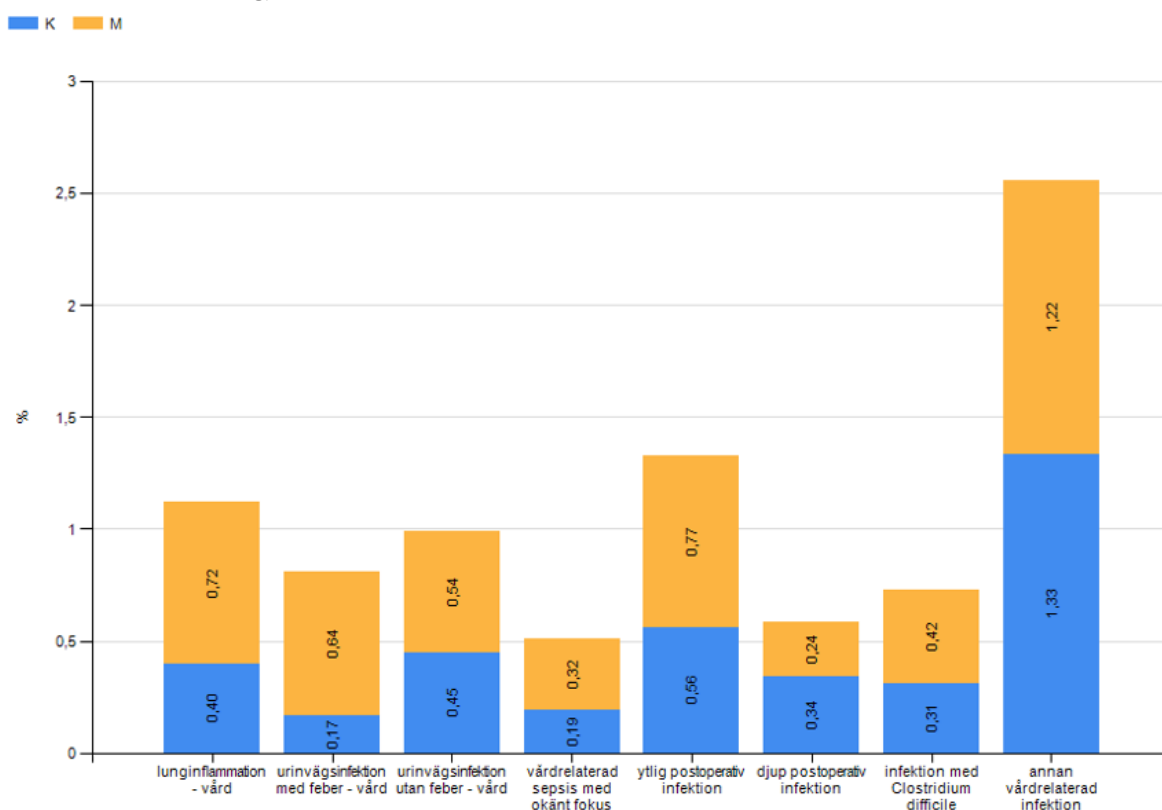
Uppföljning av åtgärd: Detta kommer att följas kontinuerligt under 2023. Återkoppling i verksamheterna kommer att göras på både lokal och sjukhusövergripande nivå.

Vårdrelaterade infektioner, VRI

Mål: Förekomsten av vårdrelaterade infektioner ska minska.

Resultat: Sedan hösten 2021 följs förekomst av vårdrelaterade infektioner via rapporter från Infektionsverktyget. Detta speglar incidensen av vårdrelaterade infektioner, tidigare följdes prevalensen genom mätningar två gånger per år. Dessa resultat är därför inte jämförbara med varandra. Andelen vårdtillfällen med VRI under 2022 var 4,07 procent. I denna sammanställning ingår inte intensivvården, då de använder ett annat journalsystem som inte kan kopplas till Infektionsverktyget.

I diagrammet presenteras de vårdrelaterade infektionerna uppdelat per kön och diagnos utifrån samtliga antibiotikaordinationer som gjorts under 2022.



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 ökat under 2022, motsvarande andel under 2021 var 3,53 procent. Det är dock svårt att dra några slutsatser från detta, då 2020–2021 och första månaderna av 2022, varit kraftigt påverkade av covid-19-pandemin.

Under året har också två valideringar av ordinationsorsaker i Infektionsverktyget gjorts. Genom detta konstaterats att det fortfarande sker många felaktiga val av ordinationsorsak för vårdrelaterad infektion och samhällsförvärd infektion. Det är också ofta förekommande att det inte görs något specifikt val av VRI, utan ”annan vårdrelaterad infektion väljs”, trots att det vid valideringen konstateras att det finns en annan diagnos. Samtliga verksamhetsområden kan följa sina resultat kontinuerligt genom återkommande

månadsrapporter från Infektionsverket.

Åtgärd: Sjukhuset behöver förbättra andelen korrekta ordinationsorsaker, för att resultaten från Infektionsverket ska bli användbara och relevanta. Arbetet med valideringar kommer att fortsätta. För att ytterligare sätta fokus på VRI kommer detta att följas upp som en indikator i sjukhusets verksamhetsplan kommande år. En arbetsgrupp ska bildas för att se över sjukhusövergripande aktiviteter.

Uppföljning av åtgärd: Incidens av vårdrelaterade infektioner och korrekt ordinationsorsak kommer att följas upp i samband kommande mätningar och diskuteras på uppföljningstillfällen med samtliga verksamheter.

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. 328 vårdavvikelser (27 procent av de vårdavvikelser som handlagts som negativ händelse) har bedömts som vårdskada, vilket är en ökning av registreringar av bedömning för vårdskada. 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 klarlägga 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 samband med uppföljningsmöten för respektive verksamhetsområde presenterar verksamheterna identifierade risker, allvarliga vårdskador, planerade eller genomförda åtgärder samt planerade aktiviteter för att nå mål som rör patientsäkerhet, kvalitet och patientdelaktighet i sjukhusets verksamhetsplan.

Lex Maria

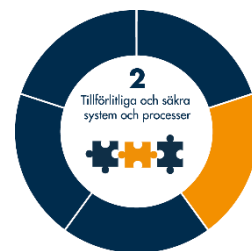
Om händelseanalysen visar att patienten har drabbats av en allvarlig vårdskada eller riskerade att drabbas av en allvarlig vårdskada ska en anmälan enligt lex Maria göras. För att förenkla och förtydliga processen finns tydliga instruktioner vid anmälan enligt lex Maria. När chefläkare, i samråd med verksamhetschef bedömt en allvarlig händelse, skrivs även ett chefläkarbeslut om händelsen ska anmälas till IVO eller inte. Beslutet används som underlag till anmälan. En checklista har utvecklats och 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 genomfördes 70 händelsanalyser, varav 33 ingick i lex Maria-ärenden. Uppföljning av åtgärderna sker främst på respektive verksamhetsområde, men vid behov på sjukhusnivå. Exempel på återkommande sjukhusövergripande riskområden som identifierats i samband med lex Maria-ärenden under året är diagnostiska misstag, parenteral nutrition, urinkateterbehandling, omvårdnad till agiterade och förvirrade patienter, missade läkemedelsdoser samt administrativ hantering av psykiatrisk tvångsvård och polishand-räckning. Dessa områden har hanterats eller kommer att hanteras med sjukhusövergripande åtgärder.

Händelse (lex Maria) 2022	Åtgärder (urval)
Fördröjd diagnostisering av epiduralabscess	Arbetsätt för diagnostisk säkerhet samt genomgång av ryggriktlinjen. Uppdatera introduktion angående utredningsrutiner.
Fördröjd diagnostisering av djup ventrombos	Arbetsätt för diagnostisk säkerhet.
Fördröjd sepsisbehandling	Akutrumsträning, förbättrad introduktion läkare, implementera sepsisalarm, akutapp. Riktlinje vid resursbrist/hög arbetsbelastning, förbättra samarbete mellan verksamheterna.
Frakturer efter fall på undersökningsrummet	Öka kunskapen kring patientsäkerhetsrisker. Kommunicera förändring i metodboken, förbättra arbetsätt kring medföljande i undersökningsrummet.
Amputation efter extravasal infusion	Öka kompetensen för alla professioner kring området nutrition. Användning av rondmall, öka förutsättningar för säker infart., riktlinje för TPN
Patient med hjärtsvikt, lunginflammation och lågt natriumvärde avlider på vårdavdelning	Användning av rondmall, uppmärksamma riktlinjer för behandlingsstrategi. Utbildning i NEWS2, se över jourbemanning.
Patient med lunginflammation avlider på vårdavdelning	Checklista för andningshjälp, uppmärksamma riktlinjer för dokumentation. Översyn av antalet intermediärvårdsplatser, utbildning syrgasbehandling
Patient får hjärtstopp på akutmottagningen i väntan på intensivvårdsplats	Tydliggöra riktlinje intensivvårdsbehov på akutmottagningen, förbättra och strukturera dokumentation av intensivvårdsbeslut, utveckling av riktlinjen för resursbrist. Översyn av antalet intermediärvårdsplatser, uppdatera riktlinje för prioritering av patienter som är färdigbehandlade på intensivvården och ska flyttas till vårdavdelning.
Patient med covid-19-infektion utvecklar ett stort trycksår	Återuppta teamrund, utbildning i trycksår och sårvård, översyn och inköp av nya madrasser till patientsängar. Utbildning i omvårdnadsdokumentation (riskbedömningar samt aktivitetsplaner).
Patient avlider på vårdavdelning på grund av blödning	Översyn av antalet intermediärvårdsplatser, översyn av resursbristrutiner. Utbildning NEWS2 för läkare.
Patient med allvarlig grundsjukdom med ett akut tarmvred erhåller inte sin ordinarie mediciner	Lokal genomgång av dokumentationsrutiner i läkemedelsjournal. Framtagande och användning av rondmall.
Patient genomgår planerad operation och reoperation på grund av tarmläckage	Översyn av kontrollrutiner vid tekniskt svåra operationer "Checklista för säkerhet". Översyn av patientinformation kring risker vid förväntat svår operation.
Frisk förstföderska med normal förlossning och oväntat medtaget barn	Genomgång av larmrutiner, fortsatt övervakning av barnet efter förlossningen. Användning av skalpelektrod för att särskilja barnets och moderns hjärtfrekvens.
För hög dos läkemedel till patient på BB	Genomgång av riktlinje för muntlig ordination. Genomgång och utbildning kring blodtryckssänkande läkemedel.
Förstföderska med tvillinggraviditet och intrauterin fosterdöd	Översyn och förtydligande av riktlinjen för CTG, öka kompetensen i tolkning av CTG. Uppdatera och förtydliga riktlinje för telefonrådgivning för patienter med flera riskfaktorer.
Förstföderska med svår preeklampsi och tillväxthämmat barn	Uppdatera riktlinjer samt utbildningsinsatser för att öka kännedom om preeklampsi, dokumentation vid avsteg från riktlinjer. Översyn av rutin för uppföljning av patienter på antenatalavd.
Förstföderska med sätesbudning där barnet avlider under förlossning	Förtydliga förutsättningarna för handläggning och planering av vaginala sätesförlossningar med berörda medarbetare i säteteamet. Genomföra kvalitets- och journalgranskning efter varje vaginal sätesförlossning.
Induktion, patologiskt CTG och fosterasfyxi	Regelbunden strukturerad genomgång av alla förlossningar med barnutfall med lågt Apgar, blodgas med lågt pH samt journalgranskningar och genomgång av CTG. Time out vid interventioner, förbättrad information till patient och dokumenten av samtycke i journalen.
Multipara med högt BMI där förlossningen avslutas med sugklocka, skulderdystoci och medtaget barn	Risikanalys gällande bristfällig följsamhet till riktlinje för CTG signering Öka kunskapen om gravida med diabetes, och risker för mor och barn i samband med förlossningen. Öka följsamhet till riktlinjen för riskbedömning samt riktlinjen Laktat- skalpprovtagning

Händelse (lex Maria) 2022	Åtgärder (urval)
Nervskada i hand efter PVK	Genomgång av gällande riktlinjer för PVK med berörda professioner. Uppdatering och genomgång av dokumentation av infarter.
Fördröjd operation av torsion av äggledare	Barnrättsanalys. Utarbeta riktlinje för flickor med misstanke om torsion.
Omföderska med essentiellt blodtryck och senare intrauterin fosterdöd	Öka följsamhet till riktlinjer för tolkning och signering av CTG samt implementering av riktlinje vid minskade foster rörelser. Uppdatera riktlinjer för vård/övervakning på specialistmödravården samt på antenatalavdelningen.
Sätesförlossning och asfyxi	Förtydligande samt öka kännedom och följsamhet till riktlinjer för sätesförlossning. Genomgång om kompetenser vid sätesförlossning, genomgång av funktioner i anestesis larmteam, ökad följsamhet till riktlinjen "Hjärt-lungräddning nyfödda", fokus på teamledarrollen. Installera larmknapp.
Förlamad efter ryggoperation, fördröjning av hantering	Inköp av högtalartelefoner för tolksamtal, rutin för tolksamtal för samtliga yrkesgrupper. Se över ryggchecklistan samt utbildning, översyn av på MR-jourtid.
Ileus och behov av ventrikelsond	Ta fram utbildning samt utbildningsplan för sjuksköterskor och undersköterskor rörande komplikationer och åtgärder.
Katetersättning leder till skadat urinrör och urosepsis	Se över introduktionen för inhyrd personal, utbildningsinsats inom dokumentation av NEWS2, urinkateterbehandling, hematuri, och sepsis. Sjukhusövergripande riktlinje för urinkatetersättning avseende ansvarsfördelning och dokumentation.
Fördröjd diagnos av nydebuterad diabetes	Revidera inskrivningsrutiner. Diagnostisk säkerhet, utbildning inom diabetes.
Fördröjd diagnos av stroke hos ett barn	Revidera riktlinjer. Öka kunskap och förbättra kommunikation kring barn med kognitiva funktionsnedsättningar.
Läkemedelsförväxling - Infusion Dobutamin ordinerar och infusion Dopamin administreras	Potentia läkemedel ska alltid ordinerar i läkemedelsmodulen i TakeCare. Pärmen med barnläkemedelsinstruktioner ska endast användas vid TakeCare-avbrott och nätverksavbrott. Utbildningsinsats om inotropa läkemedel för sjuksköterskor.
Spädbarn med öppetstående ductus behandlas med Impugan och står kvar på hög initial behandlingsdos	SÖS nya riktlinje "konsultationer, ansvar och dokumentation" ska implementeras. Funktionen "nytt ställningstagande för ordinerat läkemedel" ska användas om läkemedelsdosen bör justeras under de kommande dagarna Utbildning i tolkning av blodgaser för läkare.
Handskada som efter omläggning resulterade i nekros av fingertopp	Skapa skriftligt behandlingsmeddelande. Uppdatering av skriftliga lokala riktlinjer kring omläggning. Undvika att använda självhäftande elastiskt förband på enskilda fingrar på barnpatienter.
Waran sätts ut inför handoperation	Förtydliga rutiner för utsättning av antikoagulantia. Bättre och tidigare kommunikation mellan kirurg och anestesilog kring riskpatienter.
Cytostatika administrerades med för hög hastighet	Förbättra dokumentation i journalen samt information till patienten när avvikelser sker.

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 bejaktas. 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 funktioner.

På sjukhuset används ett gemensamt vårdinformationssystem och fortlöpande arbete pågår med att skapa standardiserade sjukhusgemensamma journalmallar, mätvärdesmallar samt aktivitetsplaner. På Lärtorget finns en helt omgjord och uppdaterad obligatorisk utbildning för sjuksköterskor som arbetar i slutenvården. Utbildningen syftar till att sjuksköterskor ska ha kunskaper för att dokumentera omvårdnaden på ett strukturerat och standardiserat sätt i journalen i enlighet med sjukhusövergripande riktlinjer och gällande lagstiftning. Det långsiktiga målet är att alla sjuksköterskor som arbetar i slutenvård ska ha genomgått utbildningen. För nyanställda sjuksköterskor är målet att genomgå utbildning inom ett år från anställningsstart.

Akutmottagningsbesök

Diagnostiska fel och misstag är en vanlig vårdskada på akutmottagningar där beslut måste fattas på ofullständig information, tidigt i sjukdomsförloppet eller under tidspress. Arbetssätt och verktyg för diagnostisk säkerhet såsom **safety-netting**, olika slags skyddsnät har visat sig minska risken för att patienter drabbas. Här ingår riktad information till patienter om vad de ska tänka på, som vid vilka symtom och inom vilket tidsintervall de ska söka vård igen om något avviker från förväntat förlopp. Föreläsning om diagnostisk säkerhet har hållits och flera verksamheter planerar att även bjuda in föreläsare på samma tema vid ytterligare tillfällen.

Tillgång på vårdplatser

Vårdplatser i tillräckligt antal och inom rätt specialitet är viktigt för patientsäkerheten. Vårdplatssituationen påverkar möjligheten till säker vård och det finns kända risker med att patienter kvarstannar på akutmottagning efter att inläggningsbeslut har fattats. 2022 har IVO genomfört en uppmärksamman granskning av situationen på landets samtliga akutsjukhus, se under kapitel **Säker vård här och nu**.

2022 har präglats av pandemin. Året startade med den fjärde vågen och avslutades under den femte vågen. Under båda tillfällena behövde sjukhuset gå upp i stabsläge för att hantera det dramatiskt ökade patientflödet. Periodvis under januari och februari samt i december vårdades dagligen över 100 patienter med covid-19 samtidigt. Sjukhuset gör nu bedömningen att i ett längre perspektiv finns ett kontinuerligt behov av 20 till 30 vårdplatser för att vårda patienter med covid-19. I perioder kan behovet öka femfaldigt. I jämförelse med tidigare pandemivågor har vårdbehoven hos patienterna under 2022 varit lägre och intensivvården har inte varit överbelastad men i den vanliga slutenvården har alla tillgängliga resurser omfördelats och elektiv vård har återigen fått stå tillbaka. Trots detta har målsättningen att minska köställd vård uppfyllts genom aktiviteter för att öka kapaciteten för elektiv vård, både för att kortsiktigt minska operationsköer och långsiktigt för att nå förbättringar i det elektiva flödet.

Bortsett från covid-19-pandemins effekter är orsaker till vårdplatsbrist en komplex och svår fråga. Återkommande situationer av vårdplatsbrist kan förklaras av externa faktorer ur ett systemperspektiv (regionalt och generellt i samhället) vilka innebär periodvisa svårigheter att upprätthålla en högkvalitativ vård utifrån belastning och tillgänglighet:

Sommarperioden - Andelen akut vård på sjukhuset uppgår till ca 85-90 procent vilket innebär utmaningar för att bibehålla rimliga nivåer av medarbetare och kompetens under helger och semesterperioder. Frånvaron på grund av lagstadgad semester och vård av barn går inte att kompensera med neddragningar av den elektiva vården på samma sätt som i andra verksamheter. Sommaren 2022 blev extra ansträngande både för patienter och medarbetare utifrån hög smittsamhet i covid-19. Belastningen var generellt högre och personalsituationen påverkades negativt på grund av betydligt högre sjukskrivningstal än normalt. Sjukhuset tvingades periodvis dra ner antalet disponibla vårdplatser för vuxna med cirka 25 procent (mot planerat 15 till 20 procent), vilket resulterade i överbeläggningar, utplaceringar och att alldeles för många patienter fick invänta en vårdplats på akutmottagningen. 453 patienter väntade på vårdplats i över 8 timmar och 194 patienter väntade i över 24 timmar. För sommaren 2021 var motsvarande siffror 98 respektive 65 patienter.

Variationer i utflöde - orsakar en tydlig veckovariation där beläggningsgrad varierar upp till 30 procent. Den primära orsaken är alltså inte en generell vårdplatsbrist, utan beror på att utflödet från sjukhuset (framför allt till geriatrisk vård) sjunker varje helg. Effekten blir en återkommande ackumulering av cirka femton patienter per dygn vilket resulterar i överbeläggningar och utplaceringar. Beläggningsgraden brukar i början av veckan ligga på 110 till 115 procent, varav cirka hälften av patienterna väntar på en slutenvårdsplats. I praktiken innebär det att varje söndag till tisdag är det 20 till 30 patienter som får kvarstanna på akutmottagningen i väntan på vårdplats och flera patienter väntar över ett dygn. Därefter tar det ca två till tre vardagar innan "balans" åter upprättats. Beläggningsgraden sjunker till under 90 procent några dagar mitt i veckan innan nästa helg och en förnyad överbeläggning byggs upp.

Olika pågående åtgärder: Riktlinjerna för inläggningsprocessen ses över för att hantera oklara ansvarsförhållanden mellan akutmottagningen och vårdplatsansvariga inom olika verksamheter för att skapa bättre förutsättningar för snabba patientöverföringar och minska de långa vistelsetiderna på akutmottagningen i väntan på vårdplats. Därmed skapas också bättre förutsättningar för akutmottagningen att bedöma och handlägga patienter. Mer långsiktigt måste vårdplatser bättre fördelas för att möta den efterfrågan som finns. Det kan innebära förändrade ansvarsområden, färre specialistavdelningar och fler generella akutvårdsavdelningar för att bättre utnyttja den totala kapaciteten och minska andelen utplacerade patienter. För att möjliggöra effektiva utflöden från slutenvården har ett samverkansforum etablerats med företrädare från geriatriken och ett projekt för bättre samverkan med ASIH pågår.

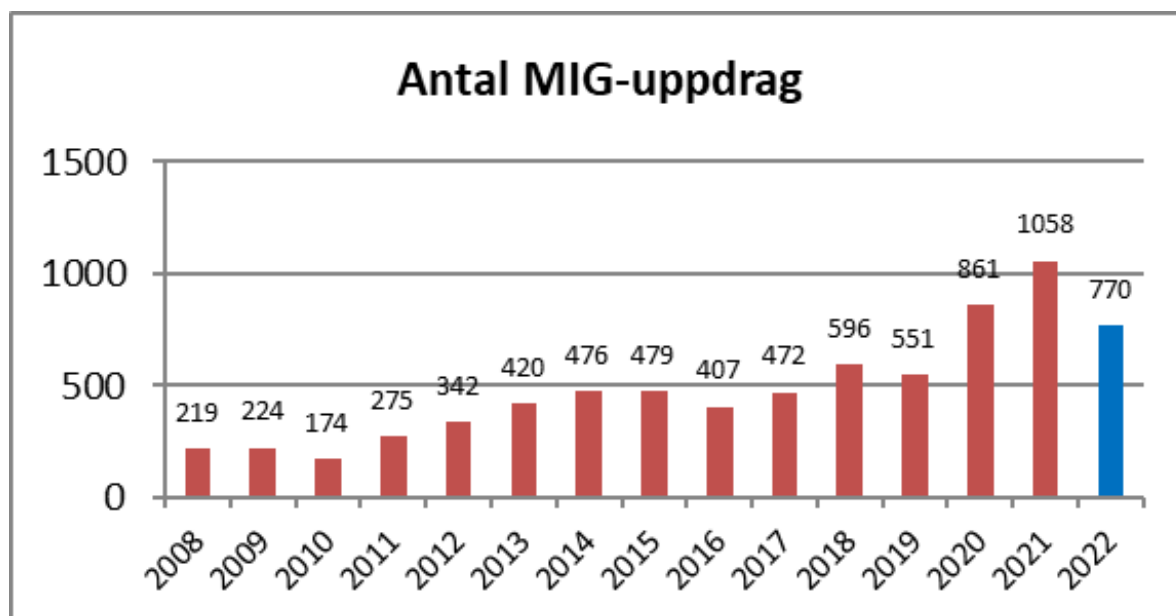
Preventiva åtgärder och riskbedömningar under vårdtiden

Covid-19-pandemin har medfört en stor omställning för många medarbetare med fokusförskjutning från vårdprevention till att utföra de akuta åtgärder som situationen krävde. Under året 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/vårdska-
dor. 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. Under året har

en sjukhusgemensam journalmall för ankomstbedömning samt en översikt för riskbedömningar och pågående aktivitetsplaner implementerats vilket underlättar både dokumentation och uppföljning. En sjukhusövergripande arbetsgrupp har arbetat med att förbättra riskbedömningar för anmälningspliktiga resistent bakterier (ARB). Det finns även specifika riskbedömningsinstrument inför operation och anes-tesi som kan användas 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. På verksamhetsområde Kvinnosjukvård och förlossning görs alltid systematiska riskbedömningar inför operationer. En gång i veckan hålls möte med operatör och anestesilog, då planerade patienter går igenom för att säkerställa att ingen riskfaktor missas och att rätt kompetenser är planerade för operationen. Inom det nationella uppdraget om högspecialiserad vård för avancerad endometriiskirurgi genomförs också en kirurgisk konferens en gång i veckan, då urolog, reproduktionsmedicinare, tarmkirurg, gynekolog, röntgenläkare och endometriossjuksköterska fattar beslut om vilka patienter som ska erbjudas operation. Vägledande i beslutet är patientens behov och risker med operation, exempelvis avseende komplikationer och fertilitet.

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 770 MIG-bedömningar, vilket är lägre än 2021, men högre än innan pandemin. Den största andelen av bedömningar gjordes på verksamhetsområde internmedicin (44 procent), följt av verksamhetsområde kirurgi (18 procent). De allra flesta av patienterna som bedömdes kunde fortsatt vårdas på vårdavdelningen (72 procent) medan 28 procent överflyttades till en intensivvårdsavdelning.



Avancerad smärtbehandling på vårdavdelning

Smärtsektionen gör kvalitetsuppföljningar på sjukhusets vårdavdelningar avseende behandlingens kvalitet samt följsamhet till riktlinje för epiduralbehandling. Återkoppling till anestesiologyer och omvårdnadspersonal har givits för att förbättra patientsäkerheten i samband med epiduralbehandling. Smärtsektionen har utarbetat digitala utbildningar för epiduralbehandling och behandling med ketamininfusion. De digitala utbildningarna riktas framför allt till sjuksköterskor på vårdavdelningarna. För diskussion och fördjupning finns även fysiska utbildningar som komplement. Smärtsektionen håller också flertalet sjukhusövergripande utbildningar i smärtbehandling för till exempel sjuksköterskor på steg 1 och 2, AT-föreläsningar samt utbildningar i psykologisk behandling vid långvarig smärta. Smärtsektionen arbetar även med att ensa sjukhusets riktlinjer och patientinformation avseende akut- och postoperativ smärtbehandling. Målet är att kvalitetssäkra behandlingsmetoderna utifrån evidens och klinisk praxis samt skapa tydliga riktlinjer vilka kommer att vara grunden för sjukhusövergripande utbildningsinsatser.

Läkemedelsprocess

Sjukhuset verkar för en patientsäker och kostnadseffektiv läkemedelsbehandling och läkemedelshantering. Förbättringsåtgärder och aktiviteter grundar sig ofta på rapporterade avvikelser och frågor som verksamheterna lyfter. Läkemedelsavvikelser som rapporteras i HändelseVis följs upp regelbundet för beslut om lämpliga åtgärder för att minimera risken framgent. Det har identifierats som ett patientsäkerhetsproblem att ordinerade läkemedelsdoser inte alltid administreras i slutenvården. En viktig orsak till att läkemedel inte administreras är att det inte finns tillgängligt på vårdenheten. Därför har ett antal åtgärder vidtagits för att förbättra tillgängligheten av läkemedel. Ett omfattande arbete har lagts ner under året för att möjliggöra införandet av sällanläkemedelsautomater under 2023 för förbättrad tillgänglighet av läkemedel som inte ingår i vårdavdelningarnas sortiment. Kunskap om hur man kan ta reda på vilka vårdenheter som nyligen beställt, och därmed kan tillhandahålla, ett visst läkemedel har spridits. Via vårdavvikelse rapporter har brister i syrgashantering identifierats. En e-utbildning har därför utarbetats under året och såväl teoretisk som praktisk utbildning kommer att implementeras för att öka kompetensen hos omvårdnadspersonal som hanterar syrgas. Många slutenvårdsenheter har farmaceuter som genomför läkemedelsgenomgångar och bistår med läkemedelsfrågor. 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 ≥ 48 timmar (vuxna)” var 68 procent, vilket innebär att målet på över 65 procent uppnåddes.

Utskott Samverkan mot antibiotikaresistens (STRAMA) arbetar för att minska antibiotikaförbrukning och öka följsamhet till riktlinjer för behandling för att minska resistensutveckling. Utskottet uppmuntrar verksamheterna att arbeta fram egna mål utifrån sin antibiotikaanvändning och utvärdera dessa lokalt. STRAMA arbetar med att långsiktigt minska användningen av bredspektrumantibiotika och öka andelen penicillin V och penicillin G som förstahandsval vid samhällsförvärd pneumoni enligt nationella riktlinjer. Arbetet pågår med att implementera och utvärdera antibiotikaronder som utförs av infektionsläkare på andra verksamheter, för att förbättra antibiotikaanvändningen på sjukhuset. Tillsammans med STRAMA Stockholm har Infektionskliniken/Venhälsan även genomfört ett projekt med antibiotikaronder på Dalens och Handens geriatriska kliniker under hösten. Projektet kommer att utvärderas under 2023. Under året har en föreläsning om antibiotika för sjuksköterskor arrangerats.

Nutrition

Under året har sjukhuset arbetat med åtgärder för att minska risken för undernäring samt att öka antalet riskbedömningar och användning av aktivitetsplaner i journalen vid undernäring eller risk för undernäring. Exempel på åtgärder är utbildning i sondnedsättning och uppdatering av information inom området på

intranätet. Kvalitetsdata visar att 87 procent av patienterna i slutenvården är riskbedömda för undernäring (mål > 80 procent) och att 43 procent av de patienter som har bedömts ha risk för undernäring har en aktivitetsplan i journalen (mål > 40 procent). Resultatet är en förbättring jämfört med föregående år. Efter en allvarlig vårdskada i samband med tillförsel av total parenteral nutrition (TPN) har ett arbete startats upp för att utarbeta en sjukhusövergripande riktlinje för TPN och intravenösa infarter.

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 återinläggning. Sjukhuset har gjort en omfattande kartläggning av bakomliggande orsaker, samt initierat flera förbättringsaktiviteter för att minska andelen återinskrivningar. En aktivitet var att öka medvetenheten om hur patienterna administrativt ska skrivas in och ut i journalsystemet. En annan aktivitet har handlat om att förbättra dokumentationen om patientens sociala situation och utskrivningsplanering. I det utskrivningsmeddelande som patienten får med sig hem ska det tydligt framgå vart patienten ska vända sig vid frågor eller eventuell försämring efter utskrivning. För de allra mest sköra patienterna, med stor risk för återinskrivning, bör vårdsamordnare kopplas in där detta finns tillgängligt.

Vårdövergångar

De flesta intensivvårdsavdelningarna i regionen använder ett gemensamt informationssystem, dock finns det risker att information tappas vid övergångar till och från vårdavdelningarna. På den medicinska intensivvårdsavdelningen (MIVA) finns funktionen **Hjärtstopps-PAL** då patienter efter hjärtstopp flyttas till annan vårdnivå i syfte att optimera vården. MIVA har även utvecklat funktionen **Sambandssjuksköterska** i syfte att säkra informationsöverföringen och förbättra patientens delaktighet i förflyttningsprocessen från intensivvården till vårdavdelning. Verksamhetsområde anestesi och intensivvård har gjort ett multidisciplinärt arbete om hur säkerheten kan förbättras när patienten förflyttas från operation till postoperativ avdelning. Dessutom har omvårdnadsledare på anestesisektionen initierat utökat samarbete med vårdavdelningar för att förbättra kommunikation och patientsäkerhet.

Lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård har som syfte att främja en god vård och en socialtjänst av god kvalitet för alla personer som efter utskrivning från slutenvård behöver insatser från kommunen och/eller den regionfinansierade öppna vården. Ett nytt IT-stöd, Life-care SP, för utskrivning från slutenvård har införts. I samband med införandet har en stor utbildningsinsats genomförts, både om lagens innebörd och den praktiska användningen av IT-stödet. På samtliga enheter finns superanvändare som fungerar som stöd för sina kollegor. Verksamhetsområde Kardiologi har drivit förbättringsarbete med mål att förbättra kommunikationen till externa vårdaktörer i samband med utskrivning. Projektet har föranlett gemensamma månadsvisa videoronder, utbildningsinsatser samt avvikelsehanläggningar och visat på förbättrade resultat gällande flöden och patientdelaktighet.

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. Under året har ytterligare två vårdprocesser, hjärtsvikt och kritisk benischemi, etablerats. Kommittén för vårdkvalitet och patientsäkerhet håller samman strukturen för hur införande ska ske, samt bjuder in till återkommande nätverksträffar för erfarenhetsutbyte.

Standardiserade vårdförloppen inom cancer (CVF Cancer)

Trots fortsatt covid-19-pandemi har sjukhuset kunnat hålla ledtider i stort för CVF Cancer. Cancervården har prioriterats 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 magnetröntgenkapacitet som nu förbättrats med bland annat en MR-buss. Antalet diagnostiserade cancertyper ligger på ungefär samma nivå som innan pandemin. Måluppfyllelsen för nationella ledtider för totala antalet SVF Cancer som startades och avslutades på sjukhuset är 52 procent. Dock visar resultatet inte verkligheten i sin helhet då flera SVF Cancer delvis hanteras av annan vårdgivare utanför sjukhuset. Fortsatt arbete med att förtydliga rutiner om hur SVF ska registreras kommer att pågå under 2023 för att få en bättre bild av sjukhusets resultat.

Sepsis

Utskott sepsis och sepsisteamet har fortsatt att skapa en ny struktur på ämnessidan sepsis på intranätet för att underlätta för medarbetare att hitta relevant information och utbildningar om sepsis, samt uppmärksamma det pågående förbättringsarbetet inom området. En gapanalys har gjorts i arbetet med att implementera det personcentrerade och sammanhållande vårdförloppet för sepsis. Fortsatt arbete pågår med lokala mål och indikatorer samt metoder för uppföljning. Fokus är sepsislarm för tidig upptäckt och adekvat handläggning, korrekt diagnoskodning samt adekvat information och uppföljning. Det påbörjade förbättringsarbetet syftar till att öka andelen sepsislarmpatienter med rätt diagnoskodning från nuvarande nivå på 20 procent till 50 procent i juni 2023. En regionsövergripande riktlinje avseende utskrivningsprocessen (patientinformation och uppföljning) är under arbete. Den 13:e september uppmärksammades **World sepsis Day** med föreläsningar och en kompetens-quiz med prisutdelning.

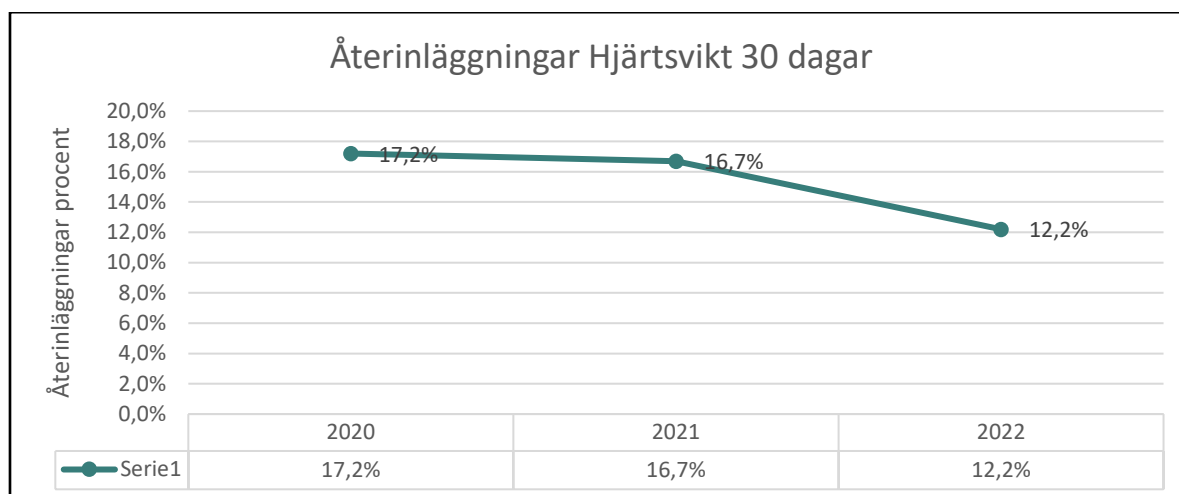
Stroke

Aktivt arbete för att förbättra strokeprocessen och uppnå kvalitetsindikatorer för god strokevård enligt nationella kriterier har pågått sedan 2017. På akutmottagningen har en CEPS-utbildning för omhändertagande av patienter med misstänkt stroke startats under året. Det syns en markant förbättring av alla indikatorer för god strokevård. Under 2022 noterades en ökning av antalet strokepatienter till ett snitt på 42 strokepatienter/dag. Till följd av detta har sjukhuset öppnat tio nya strokeplatser, vilket innebär totalt 39 strokeplatser. Vid perioder med ökat antal covid-19-patienter har sjukhuset haft behov av att temporärt omvandla strokeplatser till covidplatser, vilket tros ha påverkat resultatet för direktinläggning på strokeenhet samt vård på strokeenhet. För 2023 är planen att hålla 40 strokeplatser öppna och att prioritera strokepatienter på de vårdplatserna.

Kvalitetsindikatorer för god strokevård	Mål hög/medel	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Direktinläggning på strokeenhet	90% / 80%	47%	68%	80%	81%	80%	79%
Door to needle median - 30 min	50%		33%	25%	30%	54%	60%
Door to needle median	< 40 min	51 min	42 min	41 min	39 min	28 min	27 min
Test av sväljförmåga	100% / 90%				73%	77%	87%
NIHss vid inläggning	80% / 70%		28%	63%	81%	84%	84%
Vård på strokeenhet	90% / 85%	74%	80%	90%	92%	91%	91%

Nydebuterad hjärtsvikt

Den initiala handläggningen är avgörande för prognosen vid nydebuterad hjärtsvikt och arbete pågår med införandet av personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp för nydebuterad hjärtsvikt. Ett relativt ny-startat projekt med distanssviktsjuksköterska möjliggör kontinuerlig uppföljning av hjärtsviktpatienter som har eller har haft ett stort vårdbehov. Även hjärtdagvården har utvecklats för att öka tillgängligheten för denna patientgrupp och ett samarbete med externa aktörer såsom ASIH och geriatriken har initierats för bättre och säkrare vårdövergångar för hjärtsviktpatienter. Återinläggningar för hjärtsviktpatienter mäts månadsvis och är en bra markör för att följa vårdkedjan för hjärtsviktpatienter. Mätningar visar att återinläggningsgraden (30 dagar) har minskat till 12,2 procent jämfört med förra årets resultat på 16,7 procent.



Kritisk benischemi

Det nya nationella vårdförloppet för kritisk ischemi är under implementering i Region Stockholm. Målsättningen är att alla patienter med bensår som inte läker ska utredas för orsak och att patienter med kritisk ischemi därmed kan identifieras och få hjälp med korrekt behandling i rätt tid. Arbetet börjar i primärvården där många patienter vårdas med sårömläggningar för kroniska bensår, i flera fall utan att orsaken till såren är utredd. Under våren pågår en intensiv utbildningsinsats för distriktssjuksköterskor och sjuksköterskor i primärvården i hela regionen med målsättningen att utbilda i mätning av ankeltryck och diagnostisk utredning av bensår. Arbete pågår även internt inom sjukhusets kärlsektion med att samordna prioritering av remisser så att patienter prioriteras till rätt vård i rätt tid. Utbildningsinsatser är planerade för ortopedier på sjukhuset och på Danderyds sjukhus samt kommer även att erbjudas på Norrtälje Sjukhus.

Palliativa processen

Sjukhuset har även påbörjat ett arbete med att förtydliga och förbättra processen kring den palliativa patienten. En sjukhusövergripande inventeringen avseende förekomst av och kompetens om palliativ vård, såväl allmän som specialiserad, har genomförts som förväntas belysa kunskapsläget och ge ett viktigt underlag för hur arbetet inom palliativ vård bedrivs på sjukhuset samt vilka utbildningsinsatser och kompetenser som behövs för att ge en trygg och säker vård för palliativa patienter. 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 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) vilket förbättrar möjligheten att tidigt upptäcka och behandla hotande svikt i vitala funktioner.
- Riskbedömningar vid inläggning i slutenvården, i samband med anestesi och operation samt inom förlossningsvården.
- 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.
- Hälsoplan – journalmall för att tydliggöra överenskommelsen i den personcentrerade vården.
- Efter förlossning görs riskbedömning gällande barnet och eventuella åtgärder. Riskbedömningen ligger till grund för planering av barnläkarkontroller av barnet.

Pandemi- och infektionssjukvård

Flex-covidavdelningen som öppnade i september 2021 har kommit till stor nytta då det under det gångna året kontinuerligt har funnit minst 15 patienter med covid-19-krävande slutenvård. Däremellan har sjukhusets nåtts av toppar i två toppar under våren samt en hög topp i december. Under högsommartid etablerade infektionskliniken snabbt en mottagning för apkoppor (mpox) samt vårdade patienter inom slutenvården med mpox på ett mycket professionellt sätt. Totalt vårdades 75 procent av landets patienter med mpox på sjukhuset. RS-viruset började spridas redan i oktober, vilket är tidigare på säsongen jämfört med före covid-19-pandemin då RS-viruset spreds som mest under tidig vår. Under november och december ökade antalet patienter med RS-virus på barnakuten och barnavdelningarna markant.

Vistelsetider på akutmottagningen

Vårdplatssituationen påverkar möjligheten till säker vård och det finns kända risker med att patienter kvarstannar på akutmottagning efter att inläggningsbeslut har fattats. Under hösten införde akutmottagningen en ny journalmall som ersätter tre tidigare mallar för att eliminera risken att ha dokumenterat i intagningsmallen när patienten senare kunde gå hem i stället för att bli inskriven i slutenvården, eller vice versa. Den nya journalmallen eliminerar dubbelarbete vid inskrivning i slutenvården och sparar tid genom standardiserade textmallar för ett 20-tal vanliga inskrivningsorsaker. Dessa ökar även patientsäkerheten då de fungerar som checklistor för mindre erfarna läkare i samband med ordinationer till vårdavdelningen. Akutmottagningen har även infört två nya arbetssätt under november. **Orange protokoll** innebär att de näst mest kritiskt sjuka patienterna får en tidig bedömning av en erfaren läkare vid ambulansmottagandet respektive i triaget, för att säkerställa patientens medicinska behov och avlasta vårdlagen vid modulerna. Funktionen Modulledare, en erfaren sjuksköterska som ska arbetsleda vårdlagen så att patienterna får en läkarbedömning så snart som möjligt och att deras omvårdnadsbehov blir tillgodosedda, har införts. Akutmottagningen har även ökat antalet undersköterskor samt förtydligat undersköterskornas arbetsuppgifter för att kunna erbjuda bättre omvårdnad för patienterna. Med tanke på de långa vistelsetiderna måste patienterna ha tillgång till mat och dryck och för att göra detta mer tillgängligt finns kylskåp med mellanmål vid varje modul. Akutmottagningen har också varuautomater. Det finns även ett pentry där mellanmål samt varm

mat som är tillagad på sjukhuset finns att tillgå. Heldagsseminarier med fokus på god säker omvårdnad och gott bemötande där vikten av att förebygga fallskador, trycksår och undernäring hos sköra äldre patienter poängterades har hållits under året. Resultatet från seminariedagarna har tagits vidare till det undersköterskeledda projektet **FRUKT**, där ansvarig undersköterska för respektive delmål har utsetts och fortlöpande kompetensutveckling i omvårdnadsmålen kommer att ske. Till följd av flera fallolyckor med vårdskador som inträffat på akutmottagningen kommer en gemensam händelseanalys för dessa händelser att genomföras under vårterminen 2023.

Tillgång till vårdplatser

Den bristande tillgängligheten syns i sjukhuset kvalitetsmått och har även påverkat akutmottagningens vistelsetider för de patienter som inte behövt inskrivning i slutenvården. Antalet vårdavvikelser och klagomål har ökat kraftigt och därför har riskanalys över vårdplatsbristens effekter på akutmottagningen genomförts. Problematiken är inte unik för sjukhuset och IVO har under året genomfört uppmärksammade granskningar av akutsjukvården i Sverige och utdelat skarp kritik till de flesta vårdgivare för bristande vårdplatstillgång. Utifrån flera granskningar de senaste åren har IVO i sitt beslut i oktober konstaterat att sjukhuset inte säkerställt tillräckligt många disponibla vårdplatser, att patienter på akuten fått vänta för länge på läkarbedömning och att vårdpersonalen inte haft förutsättningar för att följa rutiner avseende omvårdnad, kontroll och reevaluering av patienterna på akutmottagningen. Sjukhuset har i sitt yttrande bemött kritiken och redogjort för olika åtgärder som vidtagits och planeras för att förbättra situationen. Några exempel är en förbättrad övergripande strategisk planering av slutenvårdsplatser, åtgärder för säkra upp bemanning och kompetens samt aktiviteter för att minska behovet av slutenvård. Även dagliga vårdplatsmöten samt direktinläggning på vårdavdelningar har införts.

Sjukhuset har också de senaste åren prioriterat aktiviteter för att minska behovet av slutenvårdsplatser. Exempel på vidtagna åtgärder är etableringen av två mindre akuta dagvårdsenheter för patienter med hjärt-, infektions eller internmedicinska sjukdomar. Hit kommer patienten för daglig kontakt med teamet (läkare, sjuksköterska och undersköterska) på vårdavdelningen som utreder/undersöker och följer utveckling under några få dagar till dess att patienten kan återgå till kontakt inom primärvården. Sjukhuset har även en identifierad brist på intermediärvårdsplatser och en planerad ombyggnad för att öka kapaciteten pågår.

Överbeläggningar och utlokaliserade patienter

Den totala belägningsgraden i slutenvården under året har varit 95 procent, men variationen har periodvis varit mycket hög (upp till 30 procent). Orsakerna är (som redovisats tidigare) flera: pandemieffekt, sommarsituation med hög sjuklighet både bland patienter och medarbetare samt återkommande variationer till följd av dåligt utflöde till geriatriken. I perioder av hög belastning tvingas sjukhuset till olika och svåra avvägningar. Som akuta åtgärder måste befintliga vårdavdelningar överbeläggas maximalt (två till fyra patienter per avdelning), alla befintliga vårdplatser utnyttjas med hjälp av utlokalisering (en inskriven patient som vårdas på en annan vårdenhets än den som har specifik kompetens och medicinskt ansvar för patienten) samt att patienter får kvarstanna på akutmottagningen för att få adekvat övervakning och omvårdnad. På kort sikt görs ofta omprioriteringar för att få tillgång till fler akuta vårdplatser genom att ställa in elektiv planerad slutenvård, forcerad utskrivning och samverkan med geriatrik för att få till prioriterade flöden från sjukhuset. Ytterligare vårdplatser kan också kortsiktigt öppnas med hjälp av personalförstärkande åtgärder (beordrad tjänstgöring, övertid, inhyrning etcetera). I praktiken måste åtgärderna balanseras mot varandra. Att ensidigt prioritera inskrivning skapar ohållbara situationer på överbelagda avdelningar och utlokalisering är inte heller alltid ett bättre alternativ än att vårdas på akutmottagningen.

Enligt Socialstyrelsen löper utlokaliserade patienter större risk att drabbas för vårdskada. Snittet under året har varit 2,20 utlokaliserade patienter per 100 disponibla vårdplatser (men med stora variationer, främst under de två covid-19-vågorna i januari och i december). Sjukhusets resultat av markörbaserad journalgranskning 2022 visar ingen skada eller vårdskada bland de patienter som registrerats som utlokaliserade. Det finns dock vårdavvikelse som beskriver både administrativa, medicinska och omvårdnadsmässiga risker och tillbud för utlokaliserade patienter. Målet är att de patienter som utlokaliserats ska vara färdigbehandlade, vilket är svårt att upprätthålla under perioder med hög belastning. Utifrån de erfarenheter sjukhuset har haft de senaste åren där behov/belastning varierar så stort krävs mer långsiktiga förändringar för att möta efterfrågan på vårdplatser:

- Kapacitetsplaneringen i regionen måste samordnas bättre. Geriatrik, ASIH, primärvård och rehabilitering måste anpassas bättre för att undvika den tydliga veckovariation som rapporteras. Varje helg ackumuleras upp till 30-40 ineliggande patienter på sjukhuset.
- För att möjliggöra effektiva utflöden från slutenvården har samverkansforum etablerats under året med företrädare från geriatriken och ett projekt för bättre samverkan med ASIH pågår.
- En lösning på sikt är att etablera en geriatriks akutvårdsavdelning (GAVA) på sjukhuset.
- Internt på sjukhuset krävs bredare vårdgolv som bättre svarar upp mot det behov som finns av vård för äldre multisjuka patienter. Det kan innebära förändrade ansvarsområden, färre specialistavdelningar och flera generella akutvårdsavdelningar för att bättre utnyttja den totala kapaciteten och minska andelen utplacerade patienter.

Smittor

Under året har sex smittspridningar hanterats på sjukhuset. Smittspårningar och samarbete med Vårdhygien har resulterat i utredningar. Inblandade vårdenheter, antal patienter och orsaker har identifierats och relevanta åtgärder, exempelvis undervisning och hygienronder, har satts in i.

Säker läkemedels- och materialförsörjning

Det globala problemet med ökande antal restnoterade läkemedelsprodukter skapar ibland problem för sjukhuset vad gäller tillgången till vissa läkemedel. Regionen samarbetar för att lösa dessa problem med till exempel veckovisa möten och information till berörda verksamheter på sjukhuset ges löpande. Med anledning av detta och det aktuella världsläget har det på statens uppdrag inletts ett arbete med att öka robusthet i läkemedelsförsörjningskedjan och öka lagerhållning av vissa viktiga läkemedel på sjukhuset.

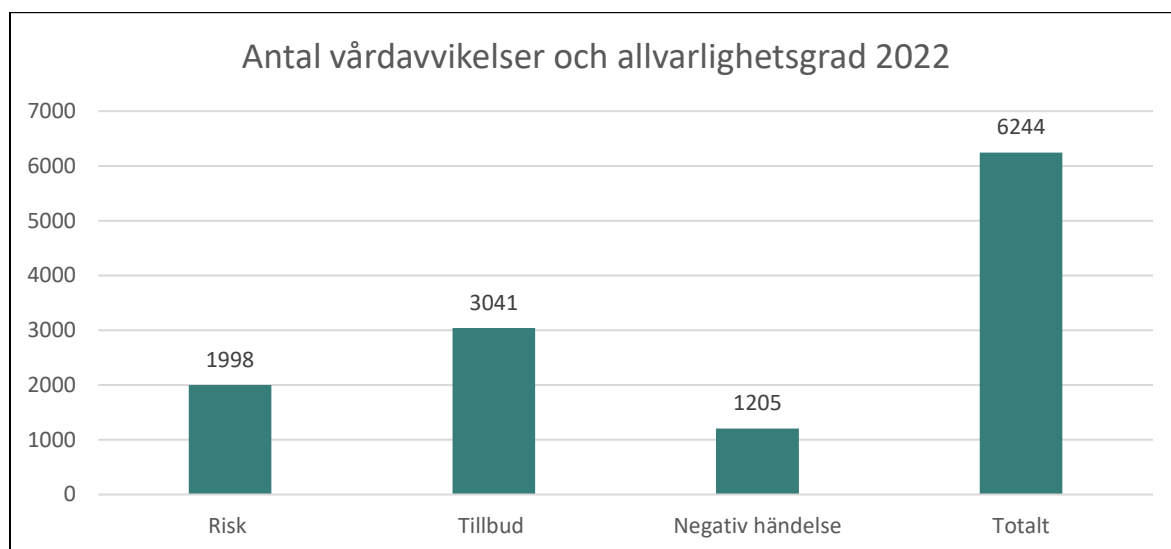
Sedan våren 2020 har det varit stora påfrestningar på materialflödet och systemet Just-In-Time har satts på prov. Problemen i leveranskedjorna kommer att bestå och sjukhuset kommer att vara berört under flera år framöver även om omfattningen inte är i samma storlek som när pandemin bröt ut. Sjukhuset deltar aktivt i flera olika forum där materialförsörjningen har högsta prioritet. Det regionala forumet Operativt varuförsörjning har brutits ned i mindre grupper där olika produktområden såsom artiklar för anestesi och intensivvård samt operationsartiklar diskuteras i separata forum. Möten äger rum löpande och alla vårdgivare är representerade. Tillgången på skyddsutrustning har varit god och sjukhuset har haft beredskapsförrådet fortsatt öppet under året. Tillverkare av medicinteknisk utrustning samt förbrukningsartiklar ska enligt det medicintekniska regelverket vidta nödvändiga korrigerande säkerhetsåtgärder för att risker med produkterna ska hållas på en godtagbart låg nivå. Om åtgärderna berör produkter som redan distribuerats eller används ska tillverkaren informera alla berörda kunder/användare via ett säkerhetsmeddelande. Under året har sjukhusövergripande arbetssätt och riktlinjer för hantering av säkerhetsmeddelande som rör medicintekniska produkter och förbrukningsmaterial implementerats.

Magnetisk resonanstomografi/Magnetkamera (MR)

Under hösten har en MR-buss hyrts in för att avlasta de hårt belastade MR-apparaterna vilket har ökat produktionen och minskat väntetiderna. Akuta MR-undersökningar samt undersökningar för patienter i slutenvården kan nu genomföras inom prioriterad tid så att extra vård dygn undviks. Det elektiva flödet har också förbättrats i och med detta, men fortfarande behövs samarbete med andra aktörer inom regionen för att klara sjukhusets behov fullt ut. I samband med införandet gjordes en riskanalys med fokus på arbetsmiljö och säkra arbetssätt i den inhyrda MR-bussen.

Riskhantering

I avvikelssystemet HändelseVis bedöms vårdavvikelse utifrån allvarlighetsgrad som risk, tillbud eller negativ händelse. Av de handlagda vårdavvikelse har 32 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. Utskott patientsäkerhet identifierade under 2021 att riskanalyser med fokus på patientsäkerhet är ett område som tydligare behöver beskrivas. Under året har det därför skapats en ämnessida på intranätet för riskanalys med länkar till den nya handboken från SKR. Information om materialet och om utbildningar har gått ut till sjukhusets ledningsgrupp, chefer samt och patientsäkerhetssamordnare. Intresset är stort för metoden och flera av sjukhusets medarbetare har gått utbildning i riskanalys på Karolinska Institutet.

Exempel från verksamheterna:

- Verksamhetsområde Akut har genomfört en riskanalys utifrån både patientsäkerhet och arbetsmiljö till följd av vårdplatsbrist, då både omvårdnads- och medicinska behov hos patienter som vistas kvar på akutmottagningen i väntan på vårdplats behöver tillgodoses, parallellt med bedömning av nya patienter.
- Akutvårdssektionens barnavdelningar har erfaren en vårdplatsbrist samtidigt som neonatalvårdsavdelningen har haft lägre beläggning på grund av sjunkande förlossningstal. En riskanalys har genomförts för att bedöma om spädbarn i åldern 0-30 dagar som vistas i hemmet kan vårdas på neonatalvårdsavdelningen vid behov av inläggande vård. Riskanalysen kom fram till att slutenvård av patienter som efter födseln varit i hemmet kan ske på neonatalvårdsavdelningen om fyra kriterier är uppfyllda.

Stärka analys, lärande och utveckling

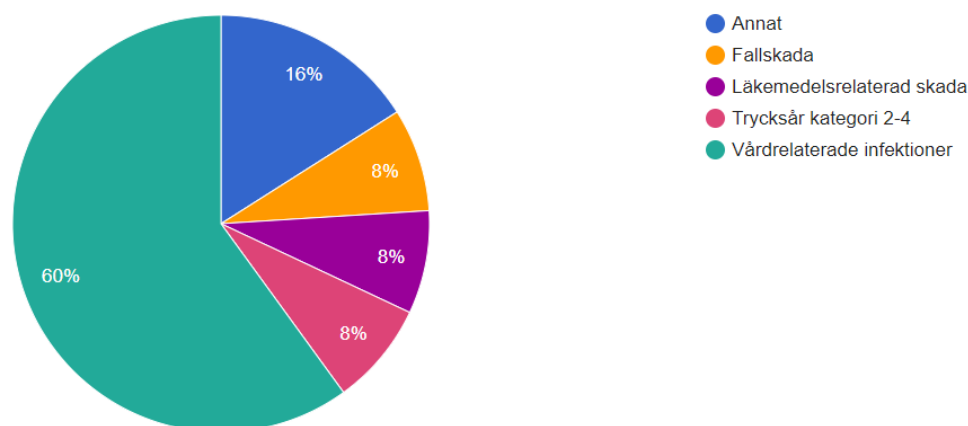
Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvården. När resultaten används för att förstå vad som bidrar till säkerhet, hållbarhet, önskvärd flexibilitet och goda resultat, kan verksamheten utvecklas så att kvaliteten och säkerheten ökar och risken för 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 varje månad. Resultatet skickas till SKR som en del i den nationella statistiken. Granskningarna utförs varje månad (med två månaders fördröjning enligt SKRs riktlinjer). Granskningens resultat visar att i 6,1 procent av de slumpmässigt utvalda vårdtillfällena (antal 180) identifierades en eller flera vårdskador som inträffat på sjukhuset. Könsfördelningen för de granskade patientjournalerna var 57 procent kvinnor och 43 procent män. Kompletta jämförande statistik på nationell nivå finns ännu inte då flertalet vårdgivare inte är klara med inmatningar i SKR's databas för 2022. Av den data som finns tillgänglig i databasen står sig sjukhusets resultat står sig väl i jämförelse med riket. Resultat visar en större andel VRI av de totala vårdskadorna än resultatet på nationell nivå. Södersjukhuset har även färre skadegrupper i sitt resultat jämfört med det nationella resultat. Fördelningen av upptäckta skador:

Andel skador per skadegrupp av totala antalet skador, Södersjukhuset, Stockholm, från 2022-01 till 2022-12



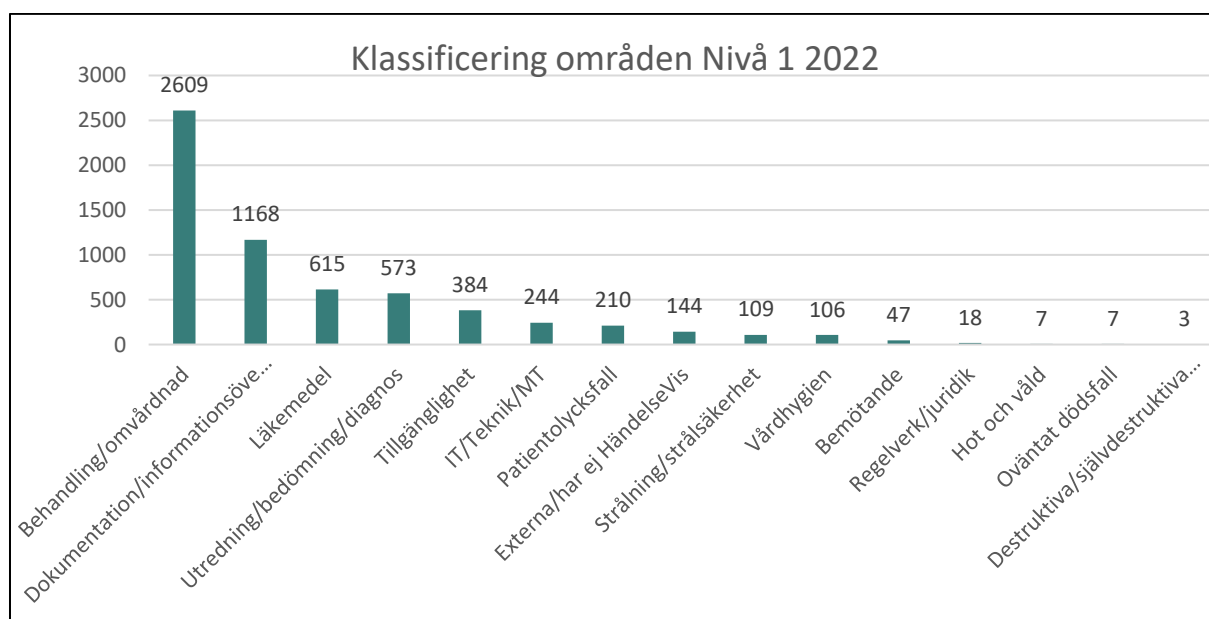
Annat: Allergisk reaktion, Anestesirelaterad skada, Blödning, inte i samband med operation, Hudskada eller yttlig kärlskada, Medicintekniskt orsakad skada, Postpartumskada/obstetrisk skada, Trombos/emboli, Övriga skador,

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. Flera verksamheter utför lokala journalgranskningar för att kvalitetssäkra vården. Avdelningen Kvalitet och patientsäkerhet granskar även journaler från besök på akutmottagningen under perioder då belastningen är känd för att vara hög. Sommaren 2022 granskades journaler för patienter som registrerats som avlidna, patienter som väntat mera än 8 h från inläggningsbeslut till plats på vårdavdelning samt patienter med vistelsetid mer än 24 h. Jämfört med sommaren 2021 var det många fler patienter som hade långa vistelsetider på akutmottagningen under sommaren 2022. Tre händelser bedömdes som möjlig vårdskada och återkopplades till ansvarig verksamhet som utförde intern utredning.

Vårdavvikelser

Grunden i patientsäkerhetsarbetet är att medarbetare uppmärksammar och rapporterar risker och avvikelser från ordinarie händelseförlopp. Nyanställda får introduktion om avvikelserapportering som en grundsten i patientsäkerhetsarbetet. Målet är att efter analys av händelsen ha identifierat åtgärder som kan minska risker och förebygga vårdskador. Beslut om föreslagna åtgärder 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”. I flera vårdavvikelser har det förekommit att patienter med någon form av konfusion försvinner/avviker från akutmottagningen. Till följd av det har en rutin, kring applicering av specifikt rött armband på patienter med risk att avvika på grund av förvirring, tagits fram. Armbandet bidrar till att uppmärksamma medarbetare om att dessa patienter behöver extra tillsyn och visuell övervakning.

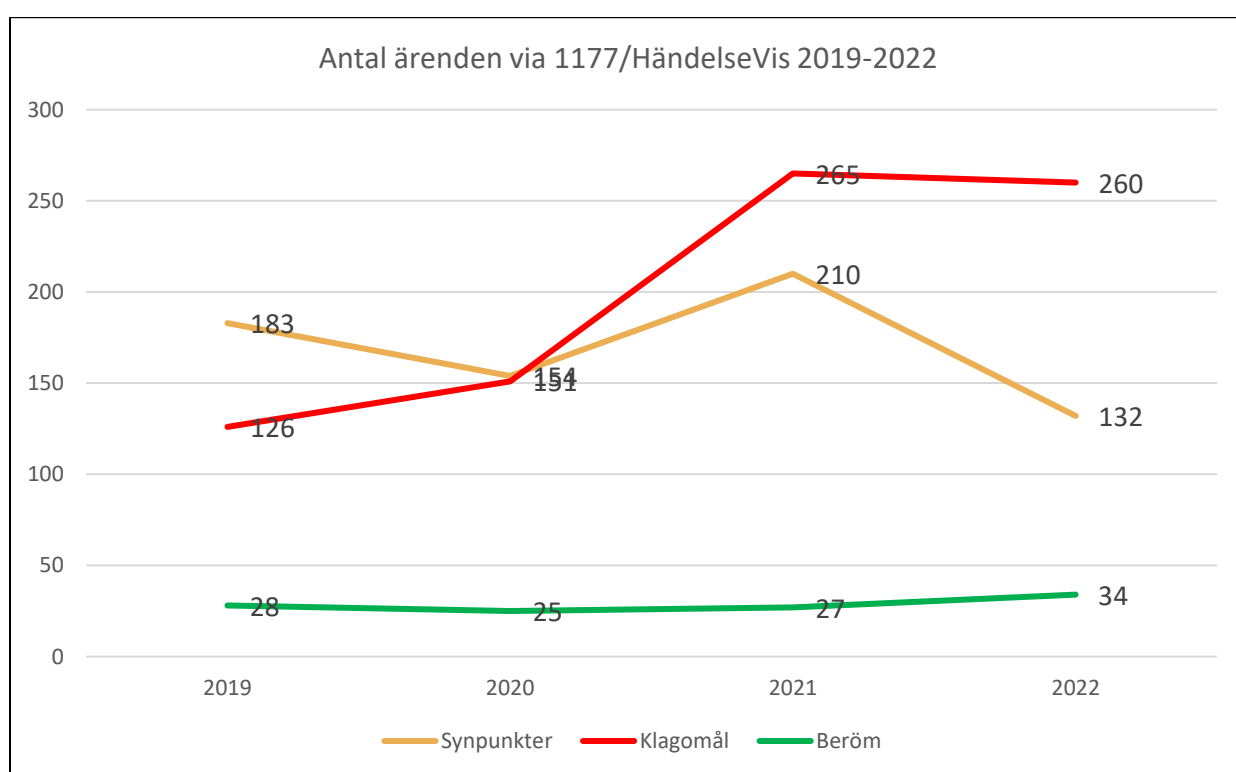
Under 2022 rapporterades 6 791 vårdavvikelser, vilket är en ökning med 13 procent från föregående år. På verksamhetsområde Ortopedi har Arbetsterapi- och fysioterapienheten rapporterat nära 1000 vårdavvikelser i syfte att peka på bemanningsbrist, vilken bidrar till svårigheter att täcka patienters behov av fysio- eller arbetsterapi. Frågan är lyft till sjukhusets ledning för vidare hantering. Totalt har 6 244 vårdavvikelser (92 procent) handlagts och klassificerades, vilket är en förbättring från tidigare år. 66 procent av vårdavvikelserna accepterades inom sju dagar. Resultatet skiljer sig åt mellan olika verksamheter och har även varierat under året, men det totala sjukhusövergripande målet på 65 procent har uppnåtts. De flesta vårdavvikelserna har klassificerats inom områdena Behandling/omvårdnad och Dokumentation/informationsöverföring, vilket är liknande fördelning som tidigare år. Vårdavvikelser inom området Läkemedel har ökat något och är nu det tredje största området. Möjligen kan årets fokus på läkemedel kopplat till patientsäkerhet ha bidragit till en ökad riskmedvetenhet. 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

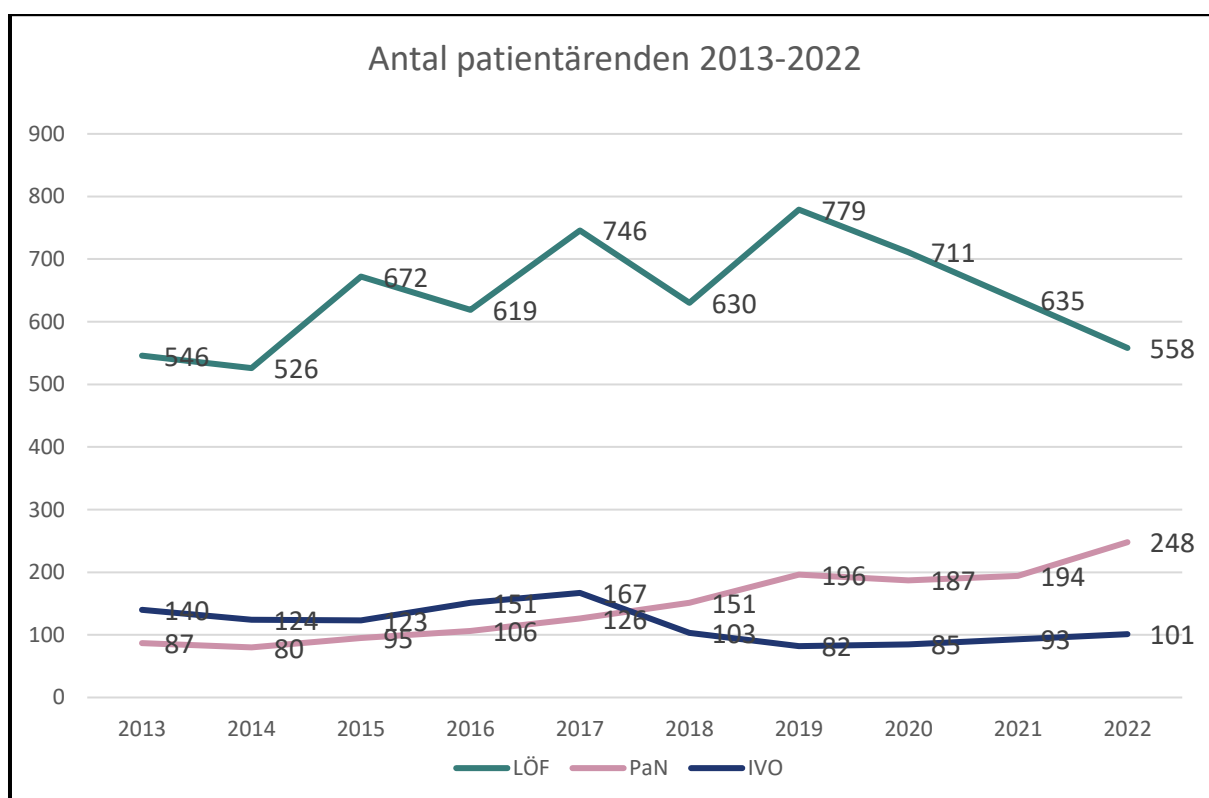
Med patienternas berättelser som grund kan patientsäkerheten stärkas på sjukhuset. Varje synpunkt eller klagomål ger kunskap som vi annars inte skulle ha. Patienten är den enda person som varit med i hela vårdprocessen och deras upplevelser är unika. Denna pusselbit är viktig för verksamheterna för att kunna utveckla arbetet mot en mer personcentrerad vård.

Patienter och närstående kan lämna synpunkter och klagomål på vården genom att logga in på 1177.se. Från 1177 skickas ärendet till avvikelssystemet HändelseVis och 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 minskat något 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 förenkla hanteringen. Ännu har inte sjukhusövergripande analys gjorts, utan berörda verksamheter ansvarar för hantering och lokala åtgärder. Verksamheterna använder patienternas synpunkter och klagomål i förbättringsarbete och systematiskt kvalitetsarbete samt diskuterar patientsäkerhetsfrågor utifrån patienternas klagomål på lämpliga forum.

Genom Lagen om klagomålshandtering (år 2017) gavs PaN ett utökat ansvar, vilket syns tydligt då antal ärenden ökat samtidigt som ärenden från IVO minskat. För 2022 ses en uppgång av PaN-ärenden jämfört mot tidigare år samtidigt som synpunkter och klagomål via 1177 har minskat något. Antalet totala PaN-ärenden var 397, varav 248 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 2022 handlade den största andelen ärenden om vård och behandling. Patienten upplever att behandlingen är felaktig eller fördröjd, men har även synpunkter gällande undersökning/utredning, medicinering och remisser. Därefter följer kommunikation och då främst bristande bemötande, på tredje plats ärenden där patienten inte känner sig lyssnad till samt brister i dialog och delaktighet. Det finns även ärenden som handlar om resultat, att patienter inte är nöjda med resultat trots information före åtgärd samt att patienten kan uppleva sig skadad.



Majoriteten av de synpunkter och klagomål som inkommer till Akutmottagningen berör bemötande och långa vistelsetider. Klagomål berör både väntan på läkarbedömning och väntan på omvårdnadsinsatser. Dessa klagomål har ökat under hösten då även väntetider på både läkarbedömning och vårdplats ökat till följd av mycket hög belastning.

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.



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 sjuksköterska 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. Det finns ett behov av att tydliggöra och öka kännedom om hur en verksamhet (i samråd med andra) ska agera vid 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 följer årligen 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 2022 hade Utbildnings- och innovationscenter ca 11 600 besökare, både studenter och medarbetare. Det finns flertalet utbildningsinsatser inom akut omhändertagande samt kompetenshöjande aktiviteter för undersköterskor och sjuksköterskor. Sommarvikarierande undersköterskor har fått utbildning med fokusområden basal omvårdnad, vitalparametrar, NEWS2, akut omhändertagande och SBAR-rapportering samt träning av provtagning och kateterisering av urinblåsa. Simulering och färdighetsträning för BT-läkare är initierad under hösten 2022 och planerad inför våren 2023. Viktiga e-kurser som producerats under året är bland annat kurser om anmälningspliktiga resistent bakterier, EKG-övervakning på IVA, sårjournalföring på IVA, omvårdnadsdokumentation för sjuksköterskor, operationsprogram Orbit, sepsisidentifiering på vårdavdelning för omvårdnadspersonal samt kompetensbaserad rekrytering.

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 teamwork 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. Genom ett tätt samarbete med övrigt patientsäkerhetsarbete på en verksamhet kan nya riktlinjer, upplevda utmaningar eller vårdavvikelse arbetas in i en CEPS-kurs och därmed ges medarbetarna en möjlighet att träna på det som är aktuellt och relevant. Under 2022 har arbetet med att hålla CEPS-kurser inom många, men inte alla, av sjukhusets verksamhetsområden fortsatt. CEPS-Trauma är det senaste tillskottet i sjukhusets digra CEPS-kurskatalog. Nya lokaler för avancerad simulering är planerade att byggas i anslutning till Kliniskt Träningscentrum och det finns förhoppningar att lokalerna ska färdigställas och kunna tas i bruk under 2023.

Sjukhuset använder bedömningsskalan 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 intensivvårdsgrupp (MIG) ska tas. Under året har utbildningar hållits för bland annat ortopedens läkare, AT-läkare och omvårdnadspersonal. På grund av pandemin har inte aulaföreläsningar eller kontaktpersonsmöten kunnat genomföras.

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 inom sjukvården, samt verkar för att HLR-verksamheten är en av de mest framstående i landet. Under året har flertalet riktlinjer, uppdragsbeskrivningar och checklistor för utrustning uppdaterats och förtydligats. Den globala bristen på elektroder och batterier till hjärtstartare är en stor risk och åtgärder för att säkra tillgången har vidtagits tillsammans med den medicintekniska avdelningen. Informationsfilmer om HLR-utrustning har utarbetats. All utrustning för HLR på Kliniskt träningscenter har märkts upp med QR-koder, vilka kan skannas med mobiltelefon för att komma direkt till filmerna. Under året utbildades ca 1900 medarbetare samt 48 HLR instruktörer i HLR.

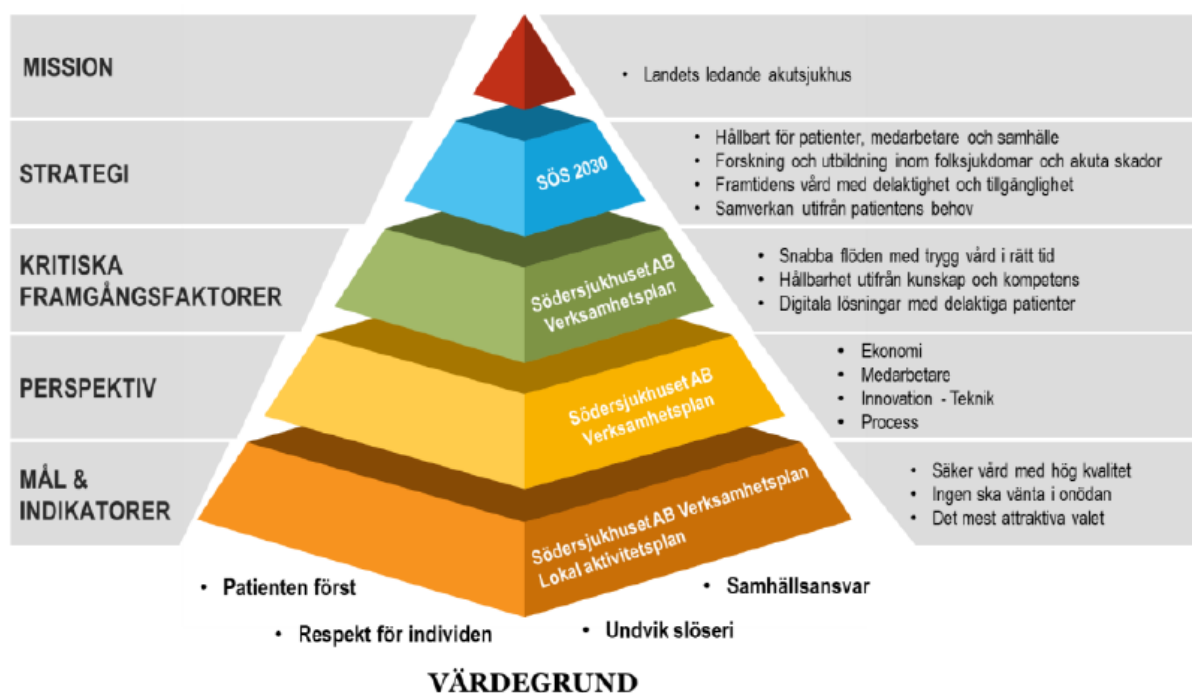
Ibland uppstår situationer då patienter diskriminerar medarbetare och det finns en osäkerhet kring vad medarbetare får göra och säga när en patient kräver att få – eller slippa – en viss medarbetare utifrån till exempel kön eller etnicitet. Situationerna kan även innebära patientsäkerhetsrisker. För att öka medvetenheten och minska riskerna pågår ett sjukhusövergripande arbete kring temat ***Rätt att välja?*** Flera föreläsningar har hållits under hösten och riktlinjer har utarbetats.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

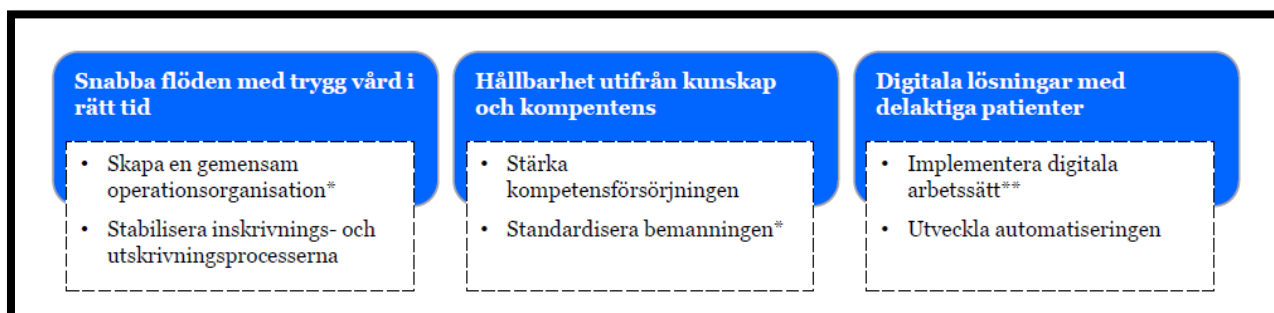
För att uppnå sjukhusets mission Landets ledande akutsjukhus har sjukhuset tydliggjort strategierna och de kritiska framgångsfaktorerna. De hjälper oss att nå fastställda mål och indikatorer under det kommande året. Dessa delar bildar tillsammans med regionens direktiv avseende mål, uppdrag och ekonomiska ramar sjukhusets verksamhetsplan (VP) 2023. Verksamhetsplanen fokuserar på sjukhusets utveckling i patientperspektivet med hög tillgänglighet och ett gott omhändertagande av våra patienter. För det krävs fortsatt god ekonomisk hushållning utifrån våra utmaningar till följd av demografisk utveckling, covidpandemin och det ekonomiska läget med bland annat en hög inflation

Hållbarhet är ett centralt begrepp i verksamhetsplanen med målsättningen att halvera klimatpåverkan och minimera utsläpp av skadliga ämnen. Hållbarhet som arbetsgivare är högt prioriterat med åtgärder för att bibehålla, tillvarata och utveckla medarbetarna. Våra utvecklingsåtgärder ska driva digitalisering, nödvändiga effektiviseringar och kvalitetsförbättringar för att uppnå produktionsmålen samt en god tillgänglighet, patientsäkerhet, kvalitet och arbetsmiljö

Framgångsfaktorer och övergripande aktiviteter i planen fokuserar på patient-, medarbetar- och teknikperspektiv. Mål och indikatorerna är i huvudsak beständiga men vissa ändringar har gjorts för att möta årets behov.



För att nå målen i VP 2023 har **tre framgångsfaktorer** identifierats som bygger på föregående år, vårt nuläge och strategierna i Sös 2030. Framgångsfaktorerna ramar in de utvecklingsområden som är av stor vikt för att sjukhuset än bättre ska kunna lösa sitt uppdrag och nå missionen – landets ledande akutsjukhus.



Vi behöver minimera flaskhalsar i vårdflöden och ha en effektiv organisation för att få bättre tillgänglighet. Sjukhuset behöver bli mer hållbart över tid för att nå till de krav som vi själva och omvärlden ställer på oss. Sjukvården har stora utmaningar med personal- och kompetensförsörjning som kräver nya och förändrade arbetssätt. Samtidigt behöver vi bedriva vården till lägre kostnader. Teknik och automatiserade arbetssätt behöver ersätta arbetsuppgifter där det är möjligt för att skapa mer tid för våra patienter.

Mål och indikatorer	Utfall 2022	Mål 2023	Mål 2026
Säker vård med hög kvalitet			
Kvalitet – Andel patienter, 80 år och äldre, med oplanerad återinskrivning till Södersjukhuset inom 7 dagar	4.5%	≤4 %	≤3.5 %
Kvalitet – Andel vårdtillfällen med vårdrelaterade infektioner (VRI)	4.07 %	≤4 %	≤3.9 %
Patientsäkerhet – Medarbetare som svarat positivt på frågan "På min arbetsplats genomförs alltid förbättringar efter negativa händelser" i medarbetarenkäten	52 %	≥54 %	≥56 %
Stroke – Dörr till nål (DTN) <30 min	60 % (preliminärt)	≥50 %	≥55 %
Ingen ska vänta i onödan			
Vistelsetid på akutmottagning – Andel vuxna patienter med vistelsetid under 4 timmar	33 %	≥78 %	≥80 %
Inläggningsprocess – Mindre än 60 minuter från inläggningsbeslut till att patienten skrivs ut från akuten för transport till avdelning	47.9 %	≥70 %	≥80 %
Vårdgaranti – Andel patienter som får tid för: – första besök hos specialistläkare inom 30 dagar – behandling inom 90 dagar hos specialistläkare	75 % 93 %	≥78 % ≥93 %	≥80 % ≥95 %
Det mest attraktiva valet			
Information och kunskap – Patienter som svarar positivt på frågan "Fick du tillräckligt med information om vart du skulle vända dig om du behövde hjälp eller hade ytterligare frågor efter din vistelse" i Nationella patientenkäten	75.6 % (år 2021)	≥76 %	≥78 %
Miljö – Andel uppfyllda miljömål	100 %	100 %	100 %
Ekonomi – Ekonomiskt utfall i relation till externt resultatkrav	-319 mkr	≥0 mkr	≥0 mkr
Medarbetare – Andelen korttidsjukfrånvaro (1-14 dagar)	3.8 %	≤3.2 %	≤2.6 %
Kvarstannande – Andel tillsvidareanställda sjuksköterskor och specialistsjuksköterskor som varit anställda mer än 24 månader	68 %	≥71 %	≥75 %
Forskning och Utbildning – Forskningsindikator: Antal nya docenter per år – Utbildningsindikator: Verksamhets Förlagd Utbildning (VFU) enkätsfråga "Under denna VFU har jag fått tillräckligt stöd från handledare för mitt lärande" (100-index)	5 85	≥6 per år ≥86	≥6 per år ≥88

Säker vård med hög kvalitet

Minska oplanerad återinläggning

En identifierad patientsäkerhetsrisk är patienter som är över 80 år som oplanerat återinskrivs på sjukhuset inom sju dagar. 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. Flera verksamheter förväntas kunna initiera nya vårdformer för de allra mest sköra patienterna exempelvis dagvård, vård i hemmet och telefonkontakt för tätare uppföljning.

Minska infektioner och antibiotikaanvändning, säkra läkemedelsadministrering

Vårdrelaterade infektioner (VRI) kommer att uppmärksammas både genom övergripande aktiviteter och lokalt anpassade aktiviteter för respektive verksamhetsområde. Ett första steg är att öka andelen korrekt registrerade infektioner i Infektionsverket genom utbildningsinsatser. För att åstadkomma mycket sjukvård av så god kvalitet som möjligt inom de givna ramarna krävs en hög medvetenhet i val av läkemedel. Utskott läkemedel stödjer verksamheterna i arbetet att använda både äldre och nya behandlingar på ett ändamålsenligt sätt. Ökad tillgång till information om restnoteringar och hur dessa kan hanteras i verksamheterna är ett prioriterat område. Då behandlingsarsenalen vid typ 2-diabetes har utökats de senaste åren finns det behov av att öka kunskapen om diabetesläkemedel bland sjuksköterskor på vårdavdelningar och en kort utbildning ska tas fram. Ett identifierad patientsäkerhetsrisk är att ordinerade läkemedelsdoser i slutenvården inte alltid administreras. För att förbättra tillgängligheten till läkemedel kommer sjukhusgemensamma sällanläkemedelsautomater att implementeras. Vårdavvikelser har även identifierat risker kring syrgashantering och en e-utbildning har utarbetats. Såväl teoretisk som praktisk utbildning kommer att implementeras för att öka kompetensen.

Stärka patientsäkerhetskulturen

Arbetet med att följa Socialstyrelsens handlingsplan för säker vård kommer att fortsätta. Aktiviteter som planeras är att öka ledningens engagemang för patientsäkerhetsfrågor genom fortsatt information i sjukhusets ledningsgrupp samt att stärka patientsäkerhetskulturen genom fortsatt arbete utifrån resultatet på HSE-frågorna i medarbetarenkäten. Utbildningsinsatser för medarbetare och chefer planeras för att bidra till ökad kompetens och kunskap inom patientsäkerhet. Eventuellt ska en nulägesanalys (med hjälp av analysverket för ökad patientsäkerhet) genomföras, för att identifiera utmaningar för en säker vård samt identifiera och prioritera bland insatser samt skapa en grund för framtagande av handlingsplan.

Tydligare struktur för arbetet med vårdprocesser och kvalitetsindikatorer

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

Palliativa processen

Sjukhuset kommer att fortsätta arbetet med att förtydliga och förbättra processen kring den palliativa patienten. Den sjukhusövergripande inventeringen avseende förekomst av och kompetens om palliativ vård har belyst kunskapsläget och givit ett viktigt underlag för hur arbetet inom palliativ vård bedrivs på sjukhuset samt vilka utbildningsinsatser och kompetenser som behövs för att ge en trygg och säker vård för palliativa patienter.

Nutrition och undernäring

Under året planeras åtgärder och aktiviteter; exempelvis utbildning för undersköterskor, föreläsningar, möjligheter till att dela erfarenheter mellan olika verksamheter, riktlinje för parenteral nutrition samt riktlinje för att undvika metabol överbelastning (Refeeding syndrom) för att höja kompetensen kring nutitionsomvårdnad.

Ingen ska vänta i onödan

Förbättra akut inläggning i slutenvård

Sjukhuset har stora utmaningar med långa vistelsetider på akutmottagningen för vuxna. Begreppet är komplicerat och involverar hela sjukhuset (inte bara akutmottagningen). Belastningen på akutmottagningen (andelen svårt sjuka) ökar generellt. Friskare patienter som snabbt kan handläggas, omfördelas till regionens närakuter och de patienter som söker är äldre och ofta multisjuka. Därmed krävs mer komplexa initiala utredningar vilket i sig medför en längre (men nödvändig) vistelsetid. Ett annat perspektiv är patienter som med fördel ska kvarstanna längre för att kunna slutvårdas på akutmottagning, i stället för att vårdas i slutenvården. En möjlig strategi som utreds är därför att akutmottagningen under våren 2023 etablerar slutenvårdsplatser för ett mer optimalt omhändertagande. Patienter ska kunna övervakas tills de kan gå hem (till exempel efter huvudskada, krampanfall eller allergisk reaktion) i stället för att vänta på att bli inskriven till en vanlig vårdavdelning. Strategin innebär en utmaning i rekrytering och utbildning av medarbetare så att vården på enheten är patientsäker och håller hög kvalitet.

Kommitté akut vård med dess utskott för akut öppenvård respektive akut slutenvård arbetar kontinuerligt med åtgärder för ett effektivare akut omhändertagande. Inom kommitté akut vård finns 11 utskott som alla har samma mål dvs att minska ledtiderna på akuten. Arbetet har pågått i snart två år där varje utskott har en huvudaktivitet som i förlängningen skall leda till minskade ledtider på akutmottagningen. Dock behövs ytterligare fokus och fler åtgärder som direkt kan påverka förbättrade utfallsmått.

Förbättra utskrivning från slutenvård

Kontakter med regionens stadsdelar kommer att tas under 2023 för utvecklad samverkan och förbättrad vård- och omsorgskedja utifrån patientens/brukarens behov. Personcentrerad vård och patientdelaktighet är ett motto på sjukhuset och ett viktigt arbete är påbörjat för att säkerställa att en vårdplan finns utfärdad för alla patienter i slutenvården. Detta arbete kommer fortsätta under 2023.

Minska vårdköer

Under 2022 har sjukhuset arbetat fokuserat med att öka vårdkapacitet för interventioner och behandlingar som blev köställda under pandemin. En fortsatt utmaning är att minska väntetider för återbesök till mottagningar. Arbetet med att optimera elektiva flöden kommer att fortsätta under 2023, både inom linjeorganisationerna och via kommittéer och utskott vilka arbetar specifikt med frågan. Särskild vikt kommer att läggas vid operationskapaciteten, preoperativa flöden och organisationsstrukturen. Vidare är det viktigt, inte minst inom medicinska specialiteter, att identifiera patienter som kan hänvisas till annan vårdnivå eller vårdinstans, att öka samverkan med privata aktörer och att identifiera en korrekt balans mellan akut och elektiv vård. Ett antal åtgärder för att minska vårdköerna har initierats och kommer att fortgå under året för att säkerställa vårdgarantin både till mottagningsbesök och behandling. Prioriterat är åtgärder för att öka sjukhusets operations-, mottagnings- och vårdplatskapacitet. Andra åtgärder syftar till ökad samverkan med privata aktörer.

Det mest attraktiva valet

Bemötande, patientdelaktighet och patientnöjdhet

Bemötande och patientdelaktighet är fortsatt prioriterade områden. Under 2023 planerar sjukhuset att arbeta med olika aktiviteter på olika nivåer i organisationen som syftar till att stärka ett gott bemötande. Det så kallade ***Empatigymmet***, ett verktyg för etisk reflektion, kommer att introduceras inom alla verksamhetsområden. Kontinuerlig mätning av bemötande och patientdelaktighet kommer att starta inom alla verksamheter. Planen är att testa utskick av patientenkäter via 1177 med möjlighet till återkoppling av resultat i realtid via Rapportor. Sjukhuset har återupptaget samverkansmöten med patientorganisationer och ett pilotprojektet ska realiseras med syfte att testa patient- och närstående råd som verktyg för ökad patient- och närståendesamverkan. Syftet med projektet är att patienter, närstående och patientföreningar ska vara medskapande i utveckling av vård och vårdprocesser på ett strukturellt plan, att förändra synsätt och arbetssätt avseende medskapande med såväl medarbetare, patienter, närstående och patientföreningar i utvecklings- och förändringsarbeten samt att utveckla metoder och struktur för att identifiera lämpliga patienter/patientorganisationer att kunna medskapa med på olika nivåer inom sjukhusets organisation. En utvärdering och analys ska ske för att kunna fatta beslut om sjukhuset ska inrätta ett patient- och närståenderåd.

Ett fokuserat arbete kring personcentrerad vård kommer att inledas med en övergripande kartläggning av pågående arbeten inom sjukhusets verksamheter. Kartläggningen syftar till att belysa på vilket sätt man anser att man bedriver personcentrerad vård inom de olika verksamheterna på sjukhuset. Målet är att på ett strukturerat sätt hitta sjukhusövergripande verktyg och enade arbetssätt för att leda den personcentrerade vården med större tydlighet framåt, samt att förstå hur patienten konkret blir en partner i vårdssystemet. Målet är även att öka medvetenheten och höja kunskapen om betydelsen och kraften av den allians och partnerskap som ett genuint personcentrerat arbetssätt innebär för vårdens kvalitet och patientsäkerhet. Sjukhuset får också möjlighet att utjämna olikheter i sättet att arbeta med personcentrerad vård vilket även främjar jämställd vård på sjukhuset.

Under 2022 startades ett sjukhusövergripande projekt med titeln ***Om rätten att välja*** – när patient eller närstående ställer orättfärdiga krav på behandlarens hudfärg, kön, etnisk tillhörighet, religion eller krav av annan diskriminerande karaktär. 2023 års arbete kommer att lägga fokus på implementering av det arbetsmaterial som tagits fram inom ramen för projektet och som syftar till att stödja utsatta medarbetare samt att främja och underlätta diskussionen för hur vi hanterar uppkomna situationer inom respektive verksamhet. Sjukhuset behöver arbeta proaktivt med dessa svåra frågor som ett led i att skapa en hållbar och hälsofrämjande arbetsplats där bemötandet är likvärdigt både avseende patienter, närstående och medarbetare.

Attraktiv arbetsgivare

Aktiviteter för att 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. Sjukhuset tror att en stabil grund för ledar- och medarbetarskap är en viktig komponent för en god arbetsmiljö och kommer därför under 2023 att i samverkan arbeta fram ett gemensamt värderingsdokument för sjukhusets ledar- och medarbetarsyn. Det hälsofrämjande arbetet fortsätter med olika aktiviteter, främst insatser inom återhämtning och självmedkänsla.

Säkra kompetensförsörjning

Under 2023 ska sjukhuset ta fram en kompetensförsörjningsstrategi med fokus på de största bristyrkena och utifrån det planera för sjukhusgemensamma aktiviteter för att attrahera och behålla de yrkeskategorierna. Planen ska tydliggöra det viktiga och strukturerade kompetensförsörjningsarbetet i hela verksamheten. Sjukhuset ska ha fortsatt stort fokus på att implementera beslutade kompetensstegar för olika grupper i syfte att skapa förutsättningar för kompetensutveckling samt att tydliggöra karriärvägar. På sjukhusövergripande nivå ska en strategi för att bättre samordna sjukhusgemensamma utvecklings- och utbildningsinsatser tas fram. Sjukhuset kommer att fortsätta erbjuda studieledighet med bibehållen lön för att stimulera medarbetare till specialistutbildning. Ytterligare fokus på ledarutveckling i form av uppdaterad introduktion och utbildning för nya chefer samt utvecklingsprogram för erfarna chefer planeras.

BILAGA 1 SÖDERSJUKHUSETS STRÅLSKYDDSBOKSLUT 2022

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

Systematiskt strålsäkerhetsarbete

Strålsäkerhetsmyndigheten (SSM) genomförde i början av året en inspektion av strålsäkerheten på strålbehandlingsavdelningen. Inspektionen hade fokus på kvalitetssäkring och patientsäkerhet. I samband med inspektionen begärde SSM in ett större antal dokument med riktlinjer och metodbeskrivningar. När inspektionen hade genomförts skickade SSM en inspektionsrapport till sjukhuset tillsammans med ett föreläggande som innehöll ett antal krav avseende olika identifierade förbättringsområden. Sjukhuset har skickat in den begärda dokumentationen för kompletteringarna som begärdes in i SSM:s föreläggande. SSM har därefter meddelat sjukhuset att inspektionen av strålbehandlingsverksamheten är avslutad.

Inom röntgen- och nuklearmedicinsk verksamhet har det genomförts riktade strålsäkerhetsronder och strålsäkerhetsrevisioner med efterföljande risk- och möjlighetsanalys inom verksamhetsområde Bilddiagnostik, Kardiologi, Anestesi/Intensivvård, Kirurgi, Ortopedi och Specialistvård. Löpande monitorering av personalstråldoser har genomförts och följts upp för medarbetare som arbetar på kontrollerat område och stickprov har genomförts och analyserats för kategori-B personal inom Röntgenkliniken, Bröstcentrum Mammografi och Bröstkirurgi, Handkirurgi samt Pacemakerenheten. Strålskärning av lokaler har projekterats, verifierats och kontrollerats inom verksamhetsområde Anestesi/Intensivvård, Kardiologi och Bilddiagnostik. Strålskyddslagstiftningen har beaktats då sjukhuset bedrivit operationsverksamhet med genomlysning via avtal hos Aleris Sabbatsberg. Sjukhusets metod för tidig upptäckt av utrustningsproblem i den röntgendiagnostiska verksamheten har vidareutvecklats och rutin för månatlig bevakning och granskning av stråldosdata har etablerats för hälften av de röntgenutrustningar som har teknisk möjlighet att anslutas till sjukhusets stråldoshanteringssystem. Den nuklearmedicinska verksamheten har deltagit i ett kvalitetssäkringsprogram för att kartlägga bildkvalitet vid skelettscintigrafiundersökningar.

Åtgärder som genomförts för att upprätthålla och utveckla strålsäkerheten under året

Sjukhusets lednings-, stöd- och patientprocesser gällande strålsäkerhet har reviderats, process inklusive riktlinje gällande hur sjukhuset ska uppfylla lagkrav för optimering inom diagnostisk verksamhet har arbetats fram och lokala arbetsregler för sjukhusets ca 100 lokaler som innefattar röntgen- och nuklearmedicinsk verksamhet har tagits fram. En omfattande revision har genomförts av sjukhusets grundläggande strålsäkerhetsutbildningar och strålkällor i behov av slutförvar har överlåtits till extern aktör. Nya rutiner har upprättats för sjukhusets persondosimetri. Ett nytt avklingningsrum för öppna strålkällor från nuklearmedicinsk diagnostik och behandling har etablerats. Fyra mammografiutrustningar och en mini c-båge har ersatts av ny utrustning samt flertalet provuppställningar av C-bågar och en O-arm har ägt rum i de opererande verksamheterna i samband med upphandling och/eller utvärdering av behov av ny typ av röntgenutrustning. Under år 2022 har ett internrevisionsprogram skapats för strålbehandlingsavdelningens strålsäkerhetsarbete. Alla delar av strålsäkerheten på avdelningen ska revideras minst vart tredje år. De olika delarna som ska revideras är relaterade till patientsäkerhet, kvalitetssäkring av behandlingar och strålsäkerhet i lokaler där personal och allmänhet vistas.

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.

Samanställning av sjukhusets totala måluppfyllelse med avseende på strålsäkerhetsmålen 2022:

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

Resultat: 100 procent

Mål: Andel medarbetare som genomgått strålsäkerhetsutbildning ska uppgå till minst 75procent.

Resultat: 81 procent

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

Resultat: 100 procent