



**SÖDERSJUKHUSET**

# Patientsäkerhetsberättelse för Södersjukhuset 2024



Datum  
2025-02-12

Redaktör för innehållet  
Charlotte Levin, strategisk verksamhetsutvecklare

Diarienummer  
ASN 2025–0209

## Inledning

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"

## SAMMANFATTNING

Året inleddes något ansträngt men från och med i mars blev situationen lugnare och mer stabil över tid med välfungerande akuta vårdprocesser, förbättrade väntetider på akutmottagningen och färre överbeläggningar. Senvåren och fram till midsommar präglades av vårdförbundskonflikten med mertids- och övertidsblockad. Verksamheten fick under den här perioden ånyo prioritera och viss elektiv kirurgi fick sättas på paus. När konflikten var över kunde Södersjukhuset återgå till normal sommarproduktion med effektiva flöden i kombination med en god återhämtning för sjukhusets medarbetare. Under hösten har det gjorts kraftfulla insatser inom elektiv kirurgi med särskilt fokus på knäoperationer med resultatet att det nu är köfritt till denna typ av operation. Projektet Restriktiv inhyrning som genomförts regiongemensamt har under 2024 nått målet med att endast använda möjligheten till inhyrning under sommar- och julperioden. Rekrytering av tillsvidareanställda sjuksköterskor har väsentligen ökat vilket skapar en betydligt bättre kontinuitet med bättre arbetsmiljö och patientsäkerhet som följd.

Södersjukhuset har inte någon geriatrisk enhet och har därför i ett sjukhusövergripande projekt arbetat med att etablera en så kallad geriatrisk clinical decision unit (G-CDU); en geriatrisk bedömningsenhet. Här ges möjlighet att pröva nya arbetssätt där patienten, efter en första bedömning på akutmottagningen, kan överföras till G-CDU (i en miljö som motsvaras av en slutenvårdsplats) för bedömning/kortare utredning, start av behandling och inom 24–36 timmar få fortsatt vård på geriatrisk klinik/palliativ enhet eller snabbt få komma tillbaka till SÄBO. Regelbundna samverkansmöten under hela året med geriatriska vårdgrannar, ASIH-företrädare och palliativa vårdenheter i söderort är nu permanentat. Det är ett mycket lyckat samverkansarbete vilket faciliterar vårdprocesserna till snabbare vårdövergångar. Ett ständigt arbete pågår inom den akuta vårdprocessen och under året har akutkliniken arbetat i ett projekt att inrätta en digital distanskonsult till vilken remittenter kan ringa och snabbt få råd om handläggning, diskussion om det för patienten föreligger behov av akutsjukhusets resurser. Detta har visat sig vara ett mycket uppskattat arbetssätt som dessutom fick plats som en nyhet i Dagens Medicin.

Under 2024 genomfördes ca 90 händelseanalyser varav 38 ingick i lex Mariaärenden. En gång per månad diskuteras ett lex Mariaärende i sjukhusets ledningsgrupp för kontinuerligt lärande. I denna kontext har nu även sjukhusets staber inkluderats då det är viktigt att uppmärksamma händelser utanför vårdenheterna som kan äventyra patientsäkerheten. Södersjukhuset tar emot cirka 300 PaN-ärenden per år och under 2024 kom det in drygt 900 Löf-ärenden. Det Patient- och närstående råd som startades 2023 i pilotform är under 2024 permanentat och rådet verkar bland annat som en referensgrupp till sjukhusets övergripande verksamhetsprojekt samt i samverkansprocessen. Under året har även sjukhusövergripande och lokalt arbete gjorts med riktade aktiviteter för att stärka säkerhetskulturen. En handlingsplan har tagits fram för att minska vårdrelaterade infektioner (VRI) och aktiviteter har utförts.

Det är tack vare stort engagemang och hög ambitionsnivå bland chefer och medarbetare som denna patientsäkerhetsberättelse kan redovisa en stor mängd förbättringsarbeten med fina resultat. Detta ger en tryggare och mer patientsäker vård. Arbetet fortsätter i samma anda under 2025.

Sven Klaesson  
Chefläkare

Annelie Liljegen  
Chefläkare

Anneli Lennberg  
Chefsjuksköterska

# Innehåll

<b>SAMMANFATTNING.....</b>	<b>3</b>
<b>GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD.....</b>	<b>5</b>
Engagerad ledning och tydlig styrning .....	5
En god säkerhetskultur.....	10
Adekvat kunskap och kompetens .....	13
Patienten som medskapare .....	15
<b>AGERA FÖR SÄKER VÅRD .....</b>	<b>17</b>
Verktyg .....	17
Delaktighet .....	19
Trycksår .....	20
Anmälningsskyldiga resistenta bakterier, MRSA .....	21
Vårdrelaterade infektioner, VRI.....	22
<b>PRIORITERADE FOKUSOMRÅDEN .....</b>	<b>24</b>
Öka kunskap om inträffade vårdskador .....	24
Tillförlitliga och säkra system och processer .....	26
Säker vård här och nu.....	35
Stärka analys, lärande och utveckling .....	37
Öka riskmedvetenhet och beredskap .....	40
<b>MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR .....</b>	<b>43</b>
Verksamhetsplan 2025.....	43
Säker vård med hög kvalitet .....	45
Ingen ska vänta i onödan.....	46
Det mest attraktiva valet.....	47

# GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

## Engagerad ledning och tydlig styrning

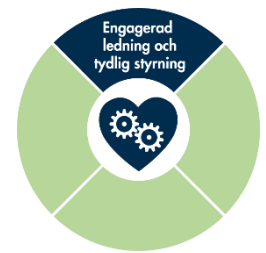
### Övergripande mål och aktiviteter

Södersjukhuset är ett av Region Stockholms akutsjukhus och bedriver specialiserad akut och planerad somatisk specialistvård samt högspecialiserad kärl- och handkirurgisk vård samt viss högspecialiserad gynekologisk kirurgi. Verksamheten omfattar den vård och de tjänster som har avtalats med hälso- och sjukvårdsnämnden, ägaren eller andra uppdragsgivare. 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. Sjukhusets mission är **Landets ledande akutsjukhus** och värdegrunden är **För patienten – med patienten**.

I sjukhusets årliga verksamhetsplan fastställs de aktiviteter som planeras för att nå sjukhusets långsiktiga mål och indikatorer. Verksamhetsplanen bryts ned till lokala aktivitetsplaner med mål och aktiviteter som är relevanta för respektive verksamhet. För att bidra till att uppnå sjukhusets mission Landets ledande akutsjukhus har även ett antal sjukhusövergripande aktiviteter genomförts. Under 2024 har sjukhusövergripande arbete med sju aktiviteter utförts. Tre av dessa för att förbättra patientens resa till och igenom sjukhuset. En utredning har genomförts för att utforska möjligheterna att etablera en geriatrisk utredningsenhet (G-CDU), förbättrat flödena för dagkirurgi och infört ett arbetssätt för prehospital konsultation där remitterter kan ringa till en akutspecialist för att resonera om en remiss till akutmottagningen med förberedd behandlingsplan. Internt har sjukhuset sett över sin organisation och förbättrat den egna förmågan att planera för att uppnå produktionsmål. Det har gjorts genom en analys av befintlig sjukhusorganisation, utredning av hälsoprofessionernas organisatoriska tillhörighet och utvecklat hur sjukhuset produktions- och kapacitetsplanerar samt automatiserat en del av de vårdadministrativa åtgärderna.

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. Sjukhuset arbetar för regionens övergripande nollvision för undvikbara vårdrelaterade skador. Säker vård åstadkoms genom ett strukturerat och systematiskt patientsäkerhetsarbete enligt Patientsäkerhetslagen. Vårdskador förhindras genom aktivt riskförebyggande arbete samt ett ständigt lärande och förbättringsarbete. På intranätet finns ämnessidan patientsäkerhet med riktlinjer, instruktioner, checklistor, mål, indikatorer och resultat inom området samt annan viktig information.

Under 2024 har ett sjukhusövergripande årshjul för säker vård med hög kvalitet utarbetats och implementerats. Årshjulet är ett stöd och en påminnelse för det kontinuerliga arbetet med vårdkvalitet och patientsäkerhet över året. Det består av temamånader och inplanerade sjukhusövergripande aktiviteter och är tänkt att stödja verksamheternas egna lokala aktiviteter.



## **Organisation och ansvar**

### **Styrelse, verkställande direktör, chefläkare och chefsjuksköterska**

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

### **Verksamhetschefer, chefer och alla medarbetare**

Ansvarsorganisationen för patientsäkerhet följer verksamhetsansvaret i linjen. Respektive verksamhetschef ansvarar för att vården bedrivs med god kvalitet och hög patientsäkerhet inom sin verksamhet. Verksamhetscheferna har också ansvar för att gällande författningar och riktlinjer följs. Linjecheferna har till uppgift att skapa förutsättningar för en god säkerhetskultur, ett kontinuerligt förbättringsarbete och att ta tillvara patienters, närståendes och medarbetares förslag och idéer.

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

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

### **Avdelning Kvalitet och patientsäkerhet**

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

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

För att säkerställa en horisontell ledning och styrning i frågor som berör flera verksamhetsområden eller stödfunktioner är sjukhuset linjeorganisation kompletterad med en tvärgående struktur för ledning och styrning. Kommittéerna har tydligt definierade uppdrag och ansvarsområden med huvuduppgift att säkerställa horisontell samordning mellan vårdverksamheter och stödfunktioner. Kommittéerna har även i sina uppdrag ansvar för olika underställda Utskott med mer specificerade men fortfarande sjukhusövergripande uppdrag. Som stöd i kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet finns sjukhusets Kommitté för vårdkvalitet och patientsäkerhet. Kommittén har i uppdrag att stötta sjukhusets verksamheter att uppnå en god kvalitet och en hög patientsäkerhet genom att samordna och utveckla arbetet med processerna patientsäkerhet, vårdkvalitet, patientbemötande, synpunkter och klagomål samt läkemedel. Arbetet hålls samman och koordineras via Utskotten; vårdkvalitet, patientsäkerhet, omvårdnad, läkemedel samt STRAMA. Utskotten och tillhörande arbetsgrupper arbetar med att utveckla processer och arbetssätt inom respektive område. Deltagarna utgörs av olika professioner från olika verksamhetsområden för att få en bred representation och spridning.

### **Medarbetare**

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

## Samverkan för att förebygga vårdskador

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

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

- Tillsammans med geriatriken och SÄBO (vård och omsorgsboenden), Medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS), ansvariga läkare vid dessa verksamheter samt Avancerad sjukvård i hemmet (ASIH) och Specialiserad palliativ slutenvård (SPSV) inom regionen, leder Utskottet regelbundna nätverksträffar ca två gånger per termin. Pågående projekt och kartläggningar presenteras, kontaktytor och samarbeten etableras. Nätverket ses digitalt månadsvis för kortare lägesavstämningar under terminerna och veckovis under sommar- samt jul-nyårsperioder med syfte att samverka lite extra när vårdbehov, beläggning och bemanningslägen brukar vara extra sköra.
- Ett ”nätverk inom nätverket” har skapats specifikt för och med vård- och omsorgsboendens representanter under ledning av omvårdnadsledare vid akutmottagningen. Syftet är att i ännu högre grad finna och implementera effektiva kommunikationsvägar runt de allra mest sköra patienterna, tillsammans med kommunföreträdare och externa vård- och omsorgsgivare utanför regionens journalsystem.
- Deltagit i implementeringsarbetet av sjukhusövergripande arbetssätt kopplat till effektiv och säker in- och utskrivningsprocess samt deltagit i förarbetet inför eventuell etablering av en geriatrisk bedömningsenhet (G-CDU) på sjukhuset.

Under 2024 skrevs 5864 patienter ut till geriatrisk verksamhet efter avslutat vårdtillfälle på sjukhuset. Tiden från godkänd remiss till dess att utskrivning sker har sjunkit ytterligare från tidigare år, vilket Utskottet bedömer är en effekt av ökad kunskap om andra vårdgrenars specialitet i högre grad idag. Med den kunskapen och tillsammans med patient och närstående går det att i ett tidigare skede identifiera behov av geriatrisk vård och rehabilitering efter vård på sjukhuset.

Utskottet har under året identifierat förslag på utveckling/kompetenshöjande insatser framåt:

- Initiera dialog med representanter från patient- och närståenderådet på sjukhuset
- Bjuda in representanter från patient- och närståenderådet och patientföreningar till nätverk/samverkansmöten för att tillsammans öka kunskap/få samsyn kring det som skapar värde för patient och närstående i utskrivningsprocessen för att utveckla detta ytterligare.
- Öka kompetensen kring LifeCare-processen hos alla berörda medarbetare
- Implementera **Safetynetning** i högre grad i det dagliga arbetet för att kvalitetssäkra vårdövergångar och utskrivningar.
- Föreläsningar med fokus på samverkan och delaktighet för att bygga sömlösa övergångar mellan vård och omsorgsverksamheter.

## Informationssäkerhet

Sjukhuset har under 2024 genomfört flertalet aktiviteter inom informationssäkerhet, både som del av den årligen beslutade handlingsplanen för informationssäkerhet, samt operativa aktiviteter utifrån linjearbete och riskreducering. Sjukhusets informationssäkerhetsarbete följer Regionens LIS (Ledningssystem för informationssäkerhet) och Regionens tillhörande styrande dokument som informationssäkerhetspolicy och vägledningar.

Sedan 2022 har sjukhuset ett systemstöd för avvikelserapportering för informationssäkerhet, dataskydd och säkerhet. Systemet ADIS är ett komplement till HändelseVis, som hanterar avvikelser inom vård, arbetsmiljö och miljö. Kombinationen av dessa två verktyg medför att sjukhuset har uppnått hög spårbarhet och möjlighet till uppföljning kring hanteringen av avvikelser och incidenter inom informationssäkerhet. Under 2024 har 36 ärenden av typen informationssäkerhetsincident och personuppgiftsincident hanterats i ADIS. Detta är med stor sannolikhet en underrapportering, då det är olika verktyg för säkerhetsrelaterade avvikelser (ADIS) jämfört med vårdavvikelser. Utöver hanteringen av avvikelser så tillämpar sjukhuset den regionövergripande complianceprocessen för uppföljning av det systematiska arbetet med informationssäkerhet. Compliance genomförs på flera nivåer, dels för verksamhet, med fokus på informationssäkerhet och risker. Dels för IT-system, vilket omfattar både stöd för rätt kravställning i upphandlingsprocessen, dels uppföljning av drift och förvaltning under IT-systemets med fokus på att minska risker. Complianceprocessen utgår från PDCA (Plan-Do-Check-Act) som är den standardprocess som ISO 27000 bygger på och säkerställer god efterlevnad av regionens LIS och styrande dokument.

Risker med tillhörande riskanalyser hanteras lokalt ute i verksamheten och centraliserat av ledningen. Ett riskbaserat synsätt på informationssäkerhet innebär att arbete med riskanalyser blir en del av det löpande arbetet. Det ingår i complianceprocessen att genomföra riskanalyser. Sjukhuset genomför regelbundet en övergripande RSA (Risk- och Sårbarhetsanalys, som del av Intern-kontrollplanen), den har inslag av frågor som rör informationssäkerhet. Riskerna hanteras med ett specifikt regionsövergripande verktyg avsett för denna kategori av risker, dessa risker hanteras löpande med mitigerande åtgärder. Sjukhuset har en riskkatalog som följs upp och behandlas regelbundet i samråd med informationssäkerhetsombud, beroende på riskvärde. I complianceprocessen ingår att åtgärdslistor skapas utifrån resultaten av analyserna, dessa listor består av förslag på hur risker och sårbarheter ska hanteras. Utbildningsinsatser sker löpande och efter behov, dels genom DISA (en obligatorisk e-utbildning), dels med andra kompletterande utbildningsaktiviteter ute i verksamheten. Ett dedikerat arbete för att säkerställa och höja kvaliteten kring behörighetshanteringen har initierats under året.

Region Stockholms egna CERT (en centraliserad funktion som har i uppdrag att minska omfattning och skadeverkan av it-säkerhetsrelaterade hot och incidenter genom nätverksövervakning för att stödja sjukhusets förmåga att upptäcka risker och sårbarheter). Samverkan med CERT fortsätter att utvecklas och flera aktiviteter har genomförts i samverkan med gott resultat.

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



## **Strålsäkerhet**

På sjukhuset används joniserande strålning inom röntgendiagnostik, nuklearmedicinsk diagnostik och behandling samt inom onkologisk strålbehandling. Röntgenstrålning används också inom operationsverksamheterna.

### **Systematiskt strålsäkerhetsarbete**

Inom röntgen- och nuklearmedicinsk verksamhet har det genomförts riktade strålsäkerhetsronder inom verksamhetsområdena Akut, Bilddiagnostik, Kardiologi, Kirurgi, Kvinnosjukvård, Ortopedi, PVI samt för verksamheterna Endoskopiskt centrum, Handkirurgi, Urologi, Medicinsk teknik samt Sachsska Barn- och Ungdomssjukhuset. Strålsäkerhetsrevisioner med efterföljande risk- och möjlighetsanalys har genomförts i enlighet med fastställd femårsplan inom verksamhetsområde Akut, vid Bröstcentrum Mammografi, Bröstkirurgi, Karma samt Neonatalvårdssektionen vid Sachsska Barn- och Ungdomssjukhuset.

Löpande monitorering av personalstråldoser har genomförts och följts upp för medarbetare som arbetar inom interventionell röntgenverksamhet och strålbehandlingsverksamhet samt för de medarbetare som arbetar med radioaktiva ämnen. Utöver detta har stickprov för personalstråldoser genomförts vid verksamhetsområde Akut, Bröstcentrum Mammografi, Fysiologiska kliniken, Koronarinterventionsenheten, MIVA:s c-bågeverksamhet, Nuklearmedicinska enheten och Röntgenkliniken.

Den tredje (och sista) delen i strålbehandlingens plan för strålsäkerhetsrevision, samt strålsäkerhetsrond har genomförts på strålbehandlingen. Under strålsäkerhetsrevisionen granskades det befintliga kvalitets-säkringsprogrammet systematiskt och jämfördes med aktuella internationella rekommendationer och riktlinjer. För perioden 2025–2028 inkluderas sedan strålbehandlingen i sjukhusets övergripande plan för strålsäkerhetsrevisioner. Som ett verktyg i arbetet med ständiga förbättringar inom strålsäkerhet har frekventa och tvärprofessionella avvikelsehanteringsmöten hållits på strålbehandlingsavdelningen. Sjukhusets ledningssystem för strålsäkerhet samt lednings-, stöd- och patientprocesser gällande strålsäkerhet har reviderats.

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

Tre nya e-utbildningar för strålsäkerhet har utarbetats: en för c-bågar, en för konventionell röntgen och en för mammografi. En röntgenutrustning för interventionell radiologi, en mini c-båge, en c-båge och två mammografiutrustningar har ersatts av ny utrustning samt en ny mobil datortomograf har tillkommit. Upphandlingsprocessen har förbättrats med fokus på strålsäkerhet. Systematisk validering av extern service av röntgenutrustning har införts. Riktlinjer och processer har uppdaterats för att bättre säkerställa berättigande vid operationsgenomlysning samt vid forskningsstudier. En förenklad och enhetlig metod för patientstråldosberäkningar vid nuklearmedicin och röntgen har införts. Ett strukturerat underlag för revision och optimering av samtliga interventions- och genomlysningsutrustningar har utarbetats. Vidare har ett arbete för att systematiskt säkerställa uppfyllande av dosrestriktioner för allmänhet och besökare samt hantering av radioaktiva strålkällor genomförts.

Strålskärmning av lokaler har projekterats, verifierats och kontrollerats inom verksamhetsområde Kardiologi och Bilddiagnostik; vid Fysiologiska kliniken medförde detta ytterligare fysisk barriär med begränsat tillträde mot deras verksamhet med radioaktiva ämnen.

Under året har Strålsäkerhetsmyndigheten inspekterat sjukhusets c-bågeanvändning inom operationsverksamhet vilket resulterade i två förelägganden. En åtgärdsplan upprättades och godkändes av myndigheten som avslutat ärendet.

Inom onkologisk strålbehandling har ny mätutrustning för patientdosimetri implementerats och används nu i den kliniska strålbehandlingsprocessen. Utrustningen har förbättrat noggrannheten i dosmätningarna

som görs inför varje VMAT-behandling (Volumetric Modulated Arc Therapy). Dessutom har mjukvara som använder artificiell intelligens (AI) för att automatiskt identifiera organ i människokroppen på dator-tomografibilder implementerats och tagits i bruk. Syftet med denna mjukvara är att möjliggöra en mer standardiserad bestämning av stråldoser till olika organ, vilket underlättar jämförelser mellan olika strålbearbetningsplaner. Vidare har strålsäkerheten utvecklats ytterligare genom implementeringen av partiell bröststrålbearbetning, som medför en mer riktad bearbetning för vissa patientgrupper och därigenom minskar den totala stråldosen till omgivande frisk vävnad. På begäran av extern projektledare som ansvarar för ombyggnation av hus/lokaler i nära anslutning till strålbearbetningsverksamheten har kompletterande strålskyddsmätningar och -beräkningar utförts för att säkerställa byggarbetarnas säkerhet.

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

De under året bestämda diagnostiska standardnivåerna är väl under nationella referensnivåer för barn men för vuxna överskrider de i några fall då referensnivåerna har skärpts, varför ytterligare optimeringsarbete är nödvändigt. Sammanställning av sjukhusets måluppfyllelse med avseende på strålsäkerhetsmålen 2024:

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

**Resultat:** 97 procent

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

**Resultat:** 86 procent

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

**Resultat:** 100 procent

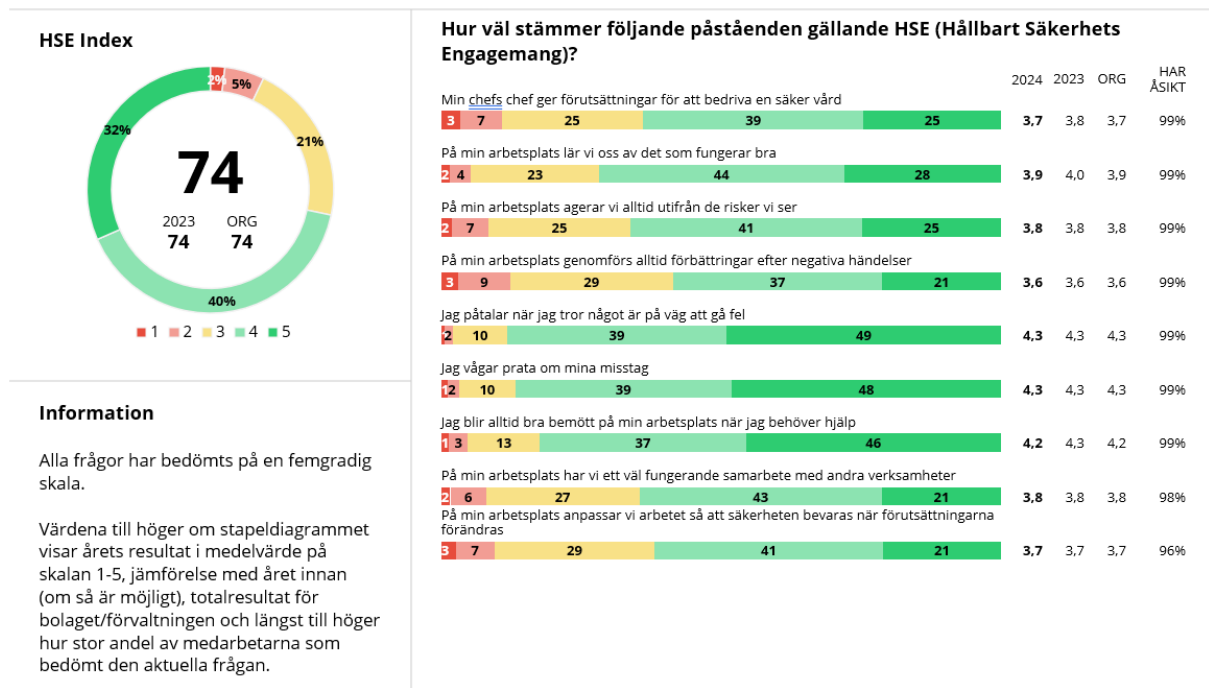
## **En god säkerhetskultur**

### **Hållbart säkerhetsengagemang (HSE)**

En säker vård förutsätter ett långsiktigt och systematiskt patientsäkerhetsarbete som engagerar alla chefer och medarbetare. Alla i verksamheten skapar tillsammans patientsäkerhetskulturen. En god patientsäkerhetskultur är en förutsättning för att skapa förändring mot en säkrare vård och ökad patientcentrering. Säkerhetskulturmätningen görs årligen tillsammans med OSA-kartläggningen i Region Stockholm. Enkäten innehåller frågor som avspeglar Hållbart Säkerhetsengagemang (HSE). Resultatet av mätningen kan användas som underlag för förbättringsarbete kring alla eller utvalda frågor. Att mäta patientsäkerhetskulturen ger en ögonblicksbild av hur patientsäkerheten upplevs på arbetsplatsen.

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 är på samma nivå (74) som förra året. HSE-index är en indikator på regional nivå (ej målsatt) samt ingår som en indikator i sjukhusets verksamhetsplan. Målet på 75 uppnåddes inte, dock noteras att flertalet verksamheter har gjort stora förbättringar inom HSE-index de senaste åren.





Chefer och ledare har ett avgörande ansvar att skapa en god säkerhetskultur. Sjukhusets chefer och patientsäkerhetsfunktioner har tillgång till ett sjukhusgemensamt diskussionsmaterial för att möjliggöra dialog om patientsäkerhetskultur och säkerhetsengagemang. Materialet kan även användas tillsammans med resultatet på HSE-frågorna för att ta fram lokala åtgärdsplaner. I årshjulet för kvalitet och patientsäkerhet finns aktiviteter för arbetet med HSE-resultatet. HSE-mätningen redovisas i verksamheternas lokala patientsäkerhetsberättelser. Utskott patientsäkerhet har gjort flertalet aktiviteter för att stärka patientsäkerhetskulturen utifrån resultatet på HSE-frågorna; enkät till alla chefer om användningen av reflektion som verktyg, inventering av verktyg för reflektion, olika föreläsningar och presentationer kring säkerhetskultur för chefer, verksamhetsutvecklare och patientsäkerhetsfunktioner, informationsmaterial som kan anpassas efter målgrupp och verksamhet, information i nyhetsbrev och på intranätet samt utbildningar. Under våren gjordes en kampanj på intranätet med **High Lights** från verksamheternas lokala patientsäkerhetsberättelser.

Frågan **På min arbetsplats genomförs alltid förbättringar efter negativa händelser** är en av HSE-frågorna. Resultatet visar att 58 procent av respondenterna har svarat positivt (4 eller 5 på Likertskala) på frågan. Många verksamheter har aktiviteter för att öka information och återkoppling till medarbetare efter negativa händelser. För att öka lärandet och ge medarbetare information om inträffade vårdskador samt åtgärder för att minska risken att något liknande ska inträffa finns sjukhusgemensamma presentationsmallar för information tillgängliga på intranätet. Många verksamheter har även regelbundna möten där både risker och allvarliga händelser diskuteras. Återkoppling är väsentlig för att skapa en god säkerhets- och rapporteringskultur, genom att många medarbetare får höra om de förbättringar som till exempel en händelseanalys lett till. I sjukhusets ledningsgrupp redovisas regelbundet avvikelser och månadsvis sker en presentation av en utvald allvarlig vårdskada som belyser en övergripande patientsäkerhetsproblematik med efterföljande diskussion. Händelsen och åtgärder diskuteras för att öka transparensen, stärka säkerhetskulturen och öka lärandet.

## 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 och ledare ska uppmuntra till analys och reflektion. För att utveckla säkerhetsarbetet har många verksamheter mötesformer som stimulerar analyser och reflektion över resultaten, både de positiva och de negativa, 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, arbetsätt eller dokumentationsrutiner efter allvarliga vårdskador informeras medarbetarna om att förändringarna ofta är ett resultat efter åtgärder från risk- eller händelseanalyser.

## Arbetsmiljö

Under året har sjukhuset bedrivit ett framgångsrikt arbete med föreläsningar och workshops kopplade till återhämtning under arbetsdagen, ett arbete som kommer fortsätta under 2025. Utöver det kommer stöd- och arbetsmaterial kopplat till självmedkänsla i återhämtningssyfte implementeras, samt teamutveckling för att öka den psykologiska tryggheten. Det finns ett fortsatt behov av arbete för att motverka hot och våld på sjukhuset. Arbetet behöver göras i nära samarbete mellan verksamheterna, HR och Säkerhet utifrån lokala förutsättningar och behov. Under 2025 kommer sjukhuset att fortsätta fokusera på ledarutveckling i form av utbildning för nya chefer samt utvecklingsprogram för erfarna chefer. Även under 2025 finns det extra regionsmedel för satsningar inom arbetsmiljö och dessa kommer att användas för olika satsningar både centralt på sjukhuset och i vårdverksamheten. Bland annat kommer projektet *distanssjuksköterska* som syftar till att skapa en bättre arbetsmiljö och patientsäkerhet, att utvidgas. En stabil grund för ledar- och medarbetarskap är en viktig komponent för en bra arbetsmiljö. Ett gemensamt värderingsdokument för sjukhusets ledar- och medarbetarsyn är därför framtaget för att tydliggöra förväntningar och skapa en kultur som ger goda effekter på såväl arbetsklimat som kvalitet- och patientsäkerhet. Implementeringen av verktyget skedde under 2024. Under 2025 kommer sjukhuset att fortsätta sin satsning gällande ledar- och medarbetarsyn med olika aktiviteter som syftar till att stärka kulturen.

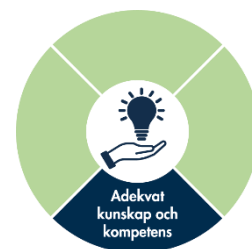
## Exempel från verksamheterna:

- Ledningsgruppen på verksamhetsområde Kirurgi har genomgått utbildningstillfällen med chefläkare och chefsjuksköterska från Löf i syfte att stärka patientsäkerhetskulturen. Utbildning och patientsäkerhetsdiskussioner var en viktig del då ledningens samsyn är viktigt för ett lyckat arbete tillsammans med övriga medarbetare.
- På verksamhetsområde Internmedicin arbetar varje enhet/avdelning lokalt med analyser av sina resultat från OSA-kartläggning. HSE-frågor, slutsatser samt framtagna handlingsplaner lyfts i ledningsgruppen. Där diskuteras erfarenheter och tankar om fortsatt arbete och analys av eventuella samordningsvinster som verksamhetsövergripande insatser kan utformas ifrån, parallellt med lokala aktiviteter. Ett genomgående tema har varit psykologisk trygghet för att skapa förutsättningar att våga tala om risker och negativa händelser generellt. Även vikten av god kommunikation har poängterats och tränats på samtliga avdelningars och enheters planeringsdagar.
- Metoden/verktyget *Fånga passet* som underlag för teamreflektion har anammats av fler enheter på Sachsska Barn- och ungdomssjukhuset. Med stöd av verktyget reflekterar vårdteamen om patientsäkerhet, arbetsmiljö och upplevelsen av vårdbehov. Syftet med är att stärka säkerhetskulturen och snabbt fånga upp och åtgärda identifierade risker i verksamheten.

## Adekvat kunskap och kompetens

### Bemanning och kompetensförsörjning

Att attrahera, behålla, utveckla och tillvarata medarbetare är en av sjukhusets högsta prioriteringar. Sjukhuset arbetar därför med att skapa förutsättningar för en säkrad kompetensförsörjning med trygg arbetsmiljö och stabil bemanningssituation som stödjer sjukhusets mål. I HR-avdelningens analys av verksamheternas kompetensplaner i början av året framkom behov av att tydliggöra kompetensplaneringsprocessen samt stöd i att genomföra kompetensanalyser utifrån ett bredare och mer långsiktigt perspektiv vilket stärker kvalitet och patientsäkerhet. Genom reflektion om komplexiteten i framtidens kompetensutmaning i verksamheternas ledningsgrupper har förutsättningarna ökat för att i kompetensanalyserna se behov kopplat till kvalitet och patientsäkerheten på kort och lång sikt. En utgångspunkt för kompetensplaneringen är ARUBA (attrahera, rekrytera, utveckla, behålla, avveckla), uppskattning av framtidens behov av antal ssk på olika steg i regionens kompetensstege jämfört med nuläget samt kvalitetsindikatorer, vårdavvikelser och händelseanalyser relaterat till kompetensbehov.



Med en hög andel akut slutenvård (ca 85 procent) är det en tuff utmaning att framför allt under semesterperioder upprätthålla 24/7-verksamhet. Bemanningssituationen avseende sjuksköterskor har förbättrats men är fortsatt bekymmersam vad gäller vissa specialiteter och inom en del verksamhetsområden. Ett antal aktiviteter pågår för att stärka bemanningssituationen så som specialistutbildningar för sjuksköterskor och undersköterskor, ledarutvecklingsinsatser, aktivt åtgärdsarbete för att minska korttidsjukfrånvaron samt insatser för att stärka arbetsmiljön. Sjukhuset fortsätter att arbeta med att minska inhyrningskostnader. Projektet **Restriktiv inhyrning** som genomförts regionsgemensamt har under 2024 nått målet med att endast använda möjligheten till inhyrning under sommar- och julperioden. Rekrytering av tillsvidareanställda sjuksköterskor har ökat under året vilket skapar en betydligt bättre kontinuitet med bättre arbetsmiljö och patientsäkerhet som följd.

Under 2024 har sjukhusets kliniska utvecklingsprogram (KUP) utökats med steg 3 för grundutbildade sjuksköterskor och utveckling pågår av steg 4. På avdelningsnivå utvecklas årshjul för utbildning kopplat till de sex kärnkompetenserna och medarbetarens utveckling i kompetensstegen. Sammantaget bidrar detta till ökad kvalitet- och patientsäkerhet. HR-avdelningen fortsätter att stötta verksamheterna i arbetet med kompetensplanerna genom att ytterligare skruva på processen, verktyg och vilket stöd som önskas. Under 2025 kommer även en ny lärplattform för kompetensplanering att migreras för att underlätta arbetet med kompetensplanering.

### Utbildningar inom patientsäkerhet och förbättringsarbete

Sjukhusets ledningsgrupp har beslutat att alla chefer ska genomgå Socialstyrelsens e-utbildning Säker vård. Sjukhuset håller återkommande utbildningar inom patientsäkerhet på olika nivåer. För nyanställda chefer och ST-läkare ges en obligatorisk utbildning. Patientsäkerhet ingår i sjukhusets kliniska utvecklingsprogram (KUP) för undersköterskor och sjuksköterskor. På förfrågan kan även utbildning ges till ledningsgrupper och till verksamheter vid planeringsdagar. Utbildningarna utgår alltid från Socialstyrelsens handlingsplan för patientsäkerhet och det ges möjlighet för reflektion och diskussion i grupp. På intranätet finns en utbildningstrappa med förslag/rekommendation av olika utbildningar inom patientsäkerhet för sjukhusets medarbetare utifrån roller/funktioner. Aktiviteter som regelbundet utgår från Kommitté och avdelning för Kvalitet och patientsäkerhet är: återkommande utbildningstillfällen inom patientsäkerhet för chefer och medarbetare samt nätverksträffar för sjukhusets patientsäkerhetsfunktioner. Världshälsoorganisationen, WHO, har utsett den 17:e september som en återkommande internationell patientsäkerhetsdag. Årets tema var diagnostisk säkerhet. Utskott Patientsäkerhet uppmärksammade dagen med en välbesökt

föreläsning om hela teamets betydelse för diagnostisk säkerhet och hur en verksamhet kan arbeta med safety-netting; ett kommunikationsverktyg som används i samtal med patienten för att öka patientsäkerheten. Information, filmad föreläsning och utbildning i safety-netting finns tillgängligt på intranätet.

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

### **Utbildningar inom bemötande**

Sjukhuset har tagit fram ett samlat material som handlar om när en patient eller närstående ställer orättfärdiga krav på personalens hudfärg, kön, etniska tillhörighet, religion eller andra krav som är diskriminerande. Materialet ***Om patientens rätt att välja*** 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. Det finns även filmer, APT-material samt affischer till väntrum och vårdenheter. Ämnet ingår som en egen utbildningsmodul i KUP för undersköterskor och sjuksköterskor som erbjuds på sjukhuset.

Aktiviteter för att öka patientdelaktighet och inflytande i vård och vårdplanering har, fortsatt under året, varit ett prioriterat område. Som en del av arbetet med social hållbarhet och tillgång till jämlik vård är ett gott patientbemötande av betydelse för patientupplevelsen, patientsäkerheten och för att motverka diskriminering. Sjukhuset har under året fortsatt det sedan tidigare påbörjade arbetet med utbildningsinsatser i bemötande och empati där bland annat ***Empatigymmet***, ett verktyg för att praktiskt träna bemötande och empati, har använts. Patient- och närståenderådet har under året varit involverad i olika övergripande förbättrings- och utvecklingsarbeten samt också deltagit vid olika utbildningstillfällen för medarbetare och höll också föredrag på Patientdagen. På Sachsska barn- och ungdomssjukhuset finns FN:s konvention om barns rättigheter som grund i hela verksamheten. Alla medarbetare utbildas i barns och ungas rättigheter och samtliga medarbetare inom Sachsska ska ha kunskap om barnkonventionen och känna till de fyra grundprinciperna. Den av Region Stockholm finansierade utbildningen av barnrättsombud har fortgått under året.

### **Exempel från verksamheterna:**

- För att säkerställa kompetensen internt på verksamhetsområde Kardiologi har utbildningsledare upprättat en verksamhetsövergripande utbildningsplan. Utbildningsplanen går hand i hand med sjukhusets kompetensstege för att tydliggöra medarbetarnas utbildningsmöjligheter. Utöver utbildningsplanen utbildningar organiserats utifrån teman i ett årshjul. Efter flertalet händelseanalyser som berört risker i samband med att patienten försämrats i sitt allmäntillstånd har simuleringsövningar införts.
- På Röntgenkliniken måste alla röntgensjuksköterskor erhålla ett behörighetsbevis/körkort för modaliteten innan undersökningar får utföras självständigt. Exempelvis får schemaläggning av medarbetare som inte har behörighetsbevis på en viss metod inte ske. Medarbetare med nytt behörighetsbevis ska ha tillgång till senior kollega att fråga. Kliniken jobbar även kontinuerligt med att uppdatera metodböcker så att rätt information för alla undersökningstyper som utförs finns.

## Patienten som medskapare

### Patienters och närståendes medverkan i patientsäkerhetsarbetet

Sjukhuset är fast beslutet att fortsätta prioritera aktiviteter som ökar patientinflytandet i både vård och vårdplanering. För att säkerställa att patienter- och närståendes röst beaktas i vården, har patient och närstående rådet etablerats som en central aktör inom sjukhusets verksamhet. Rådet deltar aktivt inom olika utskott samt i uppföljning och utvärdering av de aktiviteter som kopplas till sjukhusets verksamhetsplan. Genom regelbundna träffar och samverkan med representanter från olika patientorganisationer i centra samverkansgrupp, strävar rådet efter att skapa en plattform där patienternas perspektiv och erfarenhet kan integreras i vårdprocesserna. Under 2025 planerar rådet att utarbeta förslag som syftar till att öka patientdelaktigheten ytterligare. Förslagen kommer att fokusera på konkreta åtgärder som gör det möjligt för patienter och närstående att vara mer delaktiga i den egna vården.



En viktig del är intentionen att tillsätta lokala patientrepresentanter inom de olika verksamhetsområdena på sjukhuset. Genom att involvera patienter direkt i beslutsprocessen, främjas en hög grad av delaktighet, vilket i sin tur har positiv inverkan på både patientsäkerheten, vårdkvaliteten samt personcentrerad och jämlik vård. Ökad delaktighet bidrar också till att stärka förtroendet för sjukvården, vilket är avgörande för att skapa en trygg och effektiv vård. Sjukhuset ser fram emot att fortsätta arbeta tillsammans med patienter och närstående för en mer inkluderande och lyhörd vård, där alla röster får möjlighet att höras och påverka.

### Patient- och närståenderådets arbetsformer

Sedan 2023 har sjukhuset ett patient- och närståenderåd som arbetar för att öka delaktigheten för patienter och närstående. Under året har dialog förts med rådet för att få ett patient- och närståendeperspektiv på strategiska frågor. Rådet, som i dag består av fem ledamöter, har tillsammans med patientvägledare, haft tolv ordinarie möten under året och bidragit med återkoppling på verksamhetsövergripande utvecklingsprojekt och deltagit i utbildningar, APT och chefsmöten samt föreläst på *Patientdagen*. Två ledamöter har bidragit med patientperspektivet i samband med upphandling av nytt journalsystem i Region Stockholm. Rådet har varit involverat i flera stora projekt; bland annat i regionens arbete med Målbild 2040. Under hösten bjöd rådet in en forskare från KI som föreläste om sin avhandling rörandes narrativitet i vården. Under första kvartalet 2025 kommer rådet att delta vid rekrytering av ytterligare ledamot.

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

Patienters och närståendes åsikter och förbättringsförslag är avgörande för att utveckla och förbättra vårdverksamheten på sjukhuset. Patienter och närstående uppmanas att i första hand återkoppla direkt till verksamheten via 1177 e-tjänst, brev eller telefonsamtal. Varje verksamhet ansvarar för att utreda det som rapporterats och besvara anmälningarna. Klagomål och synpunkter kan även skickas till Patientnämnden (PaN) eller till Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO). För de som behöver det finns patientvägledare tillgänglig som stöd både till patienter och närstående som vill framföra sina synpunkter på vården. Den översyn- och de utbildningsinsatser som genomförts under åren gällande hantering av patientärenden har haft positiv effekt och ärenden besvaras i stor utsträckning inom rimlig tid och kvaliteten på yttrandena har förbättrats avsevärt. Under året har flera händelseanalyser genomförts baserat på inkomna synpunkter och klagomål och ärenden från patientnämnden.

## Patientinformation

På många ställen inom sjukhuset, så som hissar, toaletter och väntrum, finns affischer som riktar sig till patienter. På sjukhusets externa hemsida finns informationsbroschyren ***Bra att veta inför ditt besök på Södersjukhuset*** samt specifik information ***Till dig som ska opereras***. Här ges kortfattad vägledning om hur patienter kan minska risken för skador genom att förbereda sig inför operation. Foldrarna kan även tryckas ut från interna hemsidan för att lämnas direkt till patienten. De opererande verksamheterna erbjuder också informationsmaterial som täcker vad som händer före operationen, under ingreppet och hur patienten på bästa sätt kan ta hand om sig själv efteråt.

Under året har foldern ***Bidra till en ökad säkerhet - Information till patienter som vårdas i slutenvården*** implementerats på vissa verksamheter. Broschyren riktar sig till patienter i slutenvården och innehåller information och exempel på vad patienter kan göra själva för att minska riskerna i vården. Många verksamheter har lokalt anpassat patientinformationsmaterial.

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. Journalanteckningen skrivs ut och ges till patienten vid utskrivning. Sjukhuset har ett stort ansvar för att göra information, till alla målgrupper, tillgänglig, begriplig, hanterbar och robust. Information kommuniceras till patienter och allmänhet på externwebb, på 1177, i sociala medier, i pressrum samt i tryckt material. Informationen ska följa gällande lagkrav och vara presenterad på ett sätt som gör innehållet lätt att förstå och ta till sig.

## Exempel från verksamheterna:

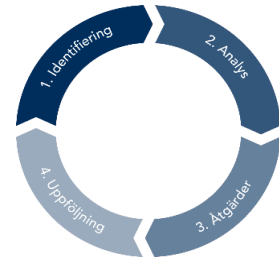
- Under året startade en pilot på Sachsska Barn- och ungdomssjukhuset med mätning av barn-PREM genom enkätutskick till vårdnadshavare och barn/ungdomar via 1177 eller via affischer med QR-koder. PREM är förkortning av Patient Reported Experience Measure och är ett mått på patientens upplevelse/nöjdhet med vården. Svarefrekvensen varit relativt låg på samtliga enheter där PREM har införts, men antalet erhållna enkätsvar har överstigit antalet svar som vanligtvis erhålls via den nationella patientenkäten som skickas ut vartannat år. Svaren på frågan ***Finns det något som du tycker kan bli bättre?*** innehåller värdefulla förbättringsförslag.
- På verksamhetsområde Specialistvård Infektion/Venhälsan finns ett dialogforum för patientorganisationer där verksamheten berättar om pågående arbete och inhämtar synpunkter och idéer. Under året har öppenvården arbetat med ett digitaliseringsprojekt där patienter bjudits in och deltagit i att beskriva sin patientresa genom workshops. Vårdavdelningen använder patientnära överlämning vid rapporten inne hos patienten mellan dag- och kvällspersonal. På så sätt får patienten möjlighet att både själv berätta om sitt tillstånd och ta del av planering.
- På verksamhetsområde Ortopedi finns en patientrepresentant i ledningsgruppen och i patientsäkerhetsgruppen för att stärka patientperspektivet. Representanten har även varit delaktig i utvärderingen av resultatet av den nationella patientenkäten, i ämnesorganisationen samt i utformningen av patientinformationsbroschyrer.
- Samverkansgruppen inom intensivvård består av tidigare patienter, närstående och hälso- och sjukvårdspersonal. På gruppens initiativ har en debattartikel om bristande förståelse för problem och komplikationer som uppstår efter intensivvård skrivits. Artikeln publicerades i Dagens Medicin under titeln: ***Problemen efter intensivvård är otillräckligt kända***.



# AGERA FÖR SÄKER VÅRD

## Verktyg

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



## Vårdplatssituation

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

## Vårdavvikelser

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

## Markörbaserad journalgranskning

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

## Punktprevalensmätningar

För att minska den administrativa bördan för vårdnära medarbetare har antalet punktprevalensmätningar succesivt minskat, detta i takt med att sjukhuset kan följa resultat kontinuerligt via utdataverktyg. Punktprevalensmätning har under året genomförts avseende förekomst av trycksår. Resultaten matas in i 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 presenteras och diskuteras i Utskott Omvårdnad, samt i Kommitté Vårdkvalitet och patientsäkerhet. Utifrån analysen vidtas sedan lämpliga åtgärder, exempelvis rapportering och diskussion i sjukhusets ledningsgrupp, tillsättande av en tillfällig arbetsgrupp, utbildningsinsatser eller extrainsatta uppföljningar.

## Självskattning

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

## Infektionsverktyget

Vårdrelaterade infektioner (VRI) följs genom rapporter via Infektionsverktyget, vilket fångar alla antibiotikaordinationer som görs i journalsystemet. Genom detta finns tillgång till en stor mängd data att inhämta kunskap från. Automatiska e-postutskick kan skapas från Infektionsverktyget, så att verksamheten kan följa det som är relevant för dem. Två valideringar av ordinationsorsaker har genomförts, varje verksamhetsområde uppmanas att granska 25–50 ordinationer/halvår, beroende på verksamhetens storlek. Återkoppling av resultaten har skett tillsammans med hygienläkare. Utifrån resultaten har förbättringsaktiviteter genomförts lokalt. En sjukhusövergripande arbetsgrupp har analyserat rapporter avseende VRI på sjukhusnivå och förbättringsaktiviteter har initierats.

## Riskbedömningar

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

sättning för att kunna sätta in förebyggande åtgärder tidigt. Obligatoriska riskbedömningsinstrument finns i den journalmall som sjuksköterskan öppnar i samband med patientens ankomst till vårdenheten. När kompletta riskbedömningar gjorts markeras det på avdelningarnas PrioTavla för att möjliggöra en snabb överblick. Andelen utförda riskbedömningar kan kontinuerligt följas upp per vårdenhet. Särskilda riskbedömningar kan även göras inför anestesi och operation samt förlossning.

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

Patienternas synpunkter utgör en viktig källa för kontinuerlig förbättring av vården. Genom att delta i olika undersökningar får de en möjlighet att dela med sig av sina erfarenheter och svara på frågor om sin vårdupplevelse. Patienternas uppfattning undersöks via nationella patientenkäten (NPE) som genomförs vart annat år för specialiserad öppen- och slutenvård och vart annat år för akutmottagningar. Resultatet från mätningen 2024 akutmottagningar presenteras mars 2025. Flera avdelningar och mottagningar har också egna mätningar där patienten skannar en QR-kod för att delta och få ge sina synpunkter. Akutmottagningens egen mätning visar på ökad patientnöjdhet. Patienter och närstående kan även lämna feedback via 1177, Patientnämnden (PaN) och Inspektionen för vård och omsorg (IVO). De inkomna synpunkterna används aktivt för att förbättra vården och ger även möjlighet att jämföra sig med andra vårdgivare. Dessa synpunkter utgör en grund för styrning och ledning inom verksamheten.

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

I den årliga kartläggningen av organisatorisk och social arbetsmiljö ingår frågor om Hållbart Medarbetar-engagemang (HME) samt frågor rörande patientsäkerhetskulturen; Hållbart säkerhetsengagemang (HSE).

### **Kvalitetsindikatorer**

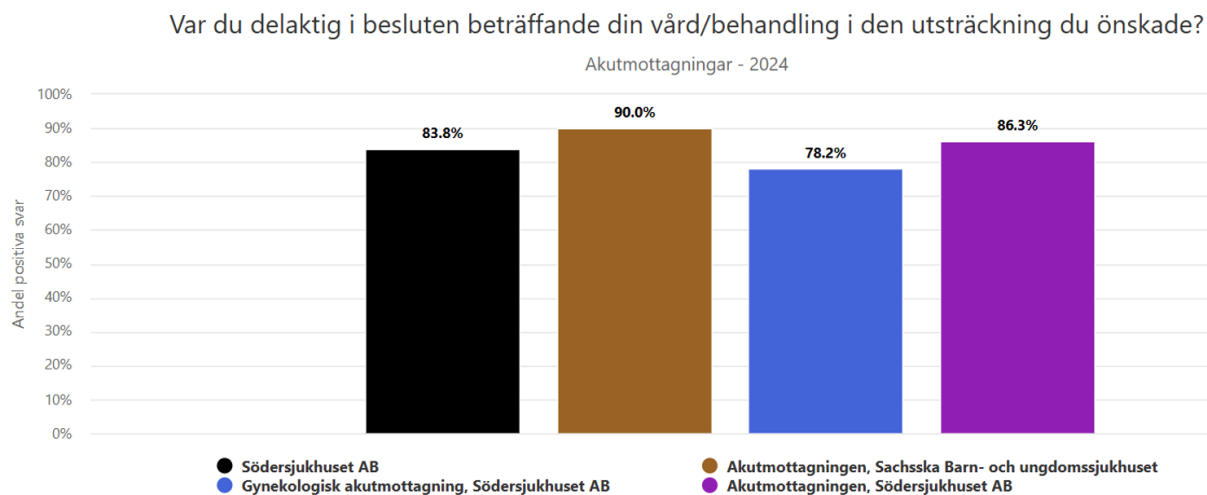
Sjukhuset har 16 kvalitetsindikatorer som ingår i sjukhuset avtal gentemot regionen. Dessa rapporteras, analyseras och följs upp regelbundet. Samtliga indikatorer som hämtas från journalsystemet kan följas kontinuerligt via sjukhusets utdataverktyg. Detta möjliggör åtkomst för chefer, verksamhetsutvecklare 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. Samtliga kvalitetsindikatorer står med i sjukhusets verksamhetsplan som sedan kan brytas ner till lokala mål på verksamhetsområdesnivå. Sjukhuset rapporterar också till cirka 100 olika kvalitetsregister vilket möjliggör jämförelse av de egna resultaten över tid och med andra vårdgivare. I Vården i siffror samlas en del av resultaten från kvalitetsregistren, vilket möjliggör jämförelser regionalt och nationellt.

## Delaktighet

**Mål:** Andel patienter som svarar positivt (4 eller 5 på Likertskala) på frågan *Var du varit delaktig i beslut beträffande din vård/ behandling i den utsträckning du önskade?*

Ingen målnivå satt, endast redovisa resultat

**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. Alla verksamheter som deltar i mätningen får tillgång till sina resultat, samt på aggregerad nivå. Under hösten 2024 gjordes mätningar via NPE på sjukhusets akutmottagningar. Det preliminära resultatet visar att 84 procent av respondenterna har svarat positivt på frågan om de upplevde att de var delaktiga i besluten gällande sin vård/ behandling i den utsträckning de önskade. Mätning av patienters upplevelse av delaktighet inom öppen- och slutenvård görs kvartal två 2025. Resultatet från mätningarna blir vägledande vid planering av fortsatta förbättrings- och förändringsarbeten som ökar patienternas upplevelse av delaktighet i beslut beträffande vård och behandling.

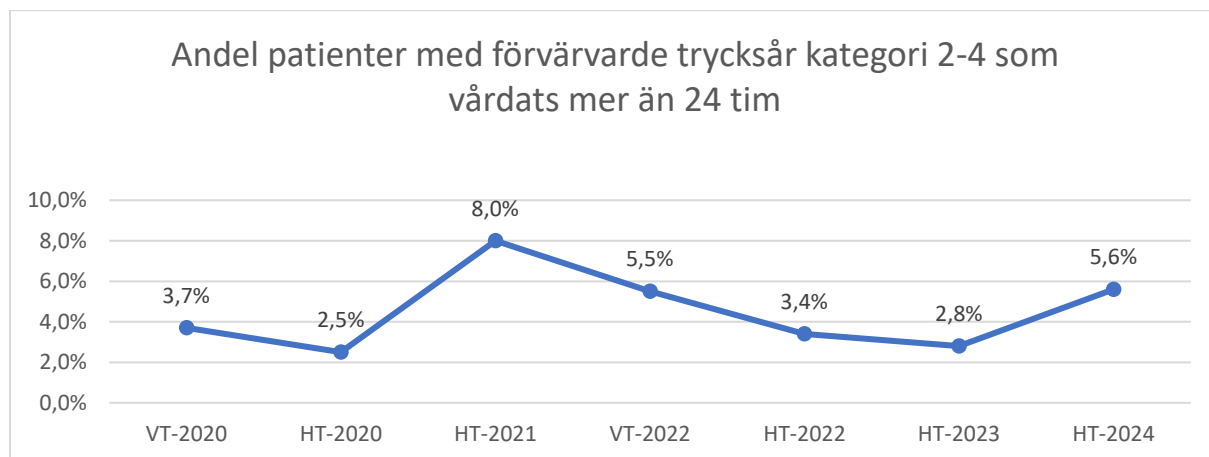


**Åtgärd:** Ett omfattande arbete pågår på sjukhuset för att kunna mäta patientnöjdhet kontinuerligt inom all typ av vård. Sjukhusets akutmottagning har använt patientenkäter en längre tid och från denna finns 2900 svar. Under 2024 har en pilot med enkäter gjorts på Sachsska barn- och ungdomssjukhuset. Genom att automatisera processen för utskick och insamling av enkätsvar kan flera patienter nås över längre tidsperioder, vilket i sin tur ger sjukhuset ett bredare underlag för analys. Under det gångna året har arbete pågått med att utveckla både arbetssätt och tekniska lösningar för att införa automatiserade utskick av enkäter. Målet är att skapa ett hållbart system som gör det smidigt att samla in och analysera patienters erfarenheter och därigenom stärka patientdelaktigheten. Förbättringsarbeten som initierats under 2024 för att öka patienters delaktighet i sin vård och behandling så som patientnära överlämning, förbättrad utskrivningsprocess och teamrund kommer att fortsätta i olika former även under 2025.

## Trycksår

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

**Resultat:** Förekomst av trycksår har både följts upp som en punktprevalensmätning, samt som kontinuerlig incidensmätning via utdataverktyg. Resultatet från årets punktprevalensmätning har visat en markant ökning jämfört med senaste mätningarna. Andelen patienter med förvärvade trycksår kategori 2–4 var 5,6 procent.



Incidensmätningen av andelen patienter som förvärvat trycksår kategori 2-4 mäts genom sökord ”Förekomst av trycksår vid utskrivning” i journalmallen Omvårdnadsepikris. Av 29 000 omvårdnadsepikriser fanns anteckning om trycksår i 144 journaler. Detta motsvarar 0,4 procent. Utöver ovanstående mätningar följs också andelen patienter som har riskbedömts för trycksår, varav hur stor andel som har ökad risk och där förebyggande åtgärder dokumenterats, kontinuerligt via utdataverktyget QlikSense. Trycksår är också en markör som ingår i den sjukhusövergripande markörbaserade journalgranskning som genomförs en gång per månad. Om ett trycksår kategori 2–4 uppkommit under vårdtiden identifieras ska detta rapporteras som en vårdskada i avvikelsystemet HändelseVis.

**Analys av resultat:** En förklaring till att fler trycksår identifierats kan vara att fler medarbetare genomgått utbildning i att bedöma rodnader och därmed blivit mer noggranna vid granskningen. I samband med uppföljningen av trycksår har också en inventering av sjukhusets madrasser genomförts. Under 2021 noterades att ungefär hälften av de tryckavlastande madrasserna var äldre än de fem år som rekommenderas. Ett stort antal av dessa madrasser har nu bytts ut, vid årets uppföljning var 25 procent äldre än fem år.

**Åtgärd:** Sjukhuset har särskilt uppmärksammat frågan om trycksår genom en *Trycksårscup* som pågick under en hel månad under höstterminen. Samtliga slutenvårdsenheter för vuxna (exklusive obstetrik) deltog. Genom cupen så har fler än 600 medarbetare genomgått en utbildning om att förebygga trycksår. Två gånger per vecka uppmärksammades andelen patienter med risk för trycksår och insatta förebyggande åtgärder. Cupen var också tävling där vinnande enhet uppmärksammades med tårta, diplom om nyhet på intranätet. Under året också ett verksamhetsområde tagit fram en handlingsplan med förbättringsaktiviteter efter en allvarlig vårdskada och lex Maria där en patient drabbades av ett allvarligt trycksår.

**Uppföljning av åtgärd:** Arbetet kring trycksår kommer att fortgå under nästa år. Detta leds av chefsjuksköterska och Utskott Omvårdnad. De vårdenheter som fortfarande har madrasser som är mer än fem år uppmanas att byta ut dessa. Uppföljning av handlingsplanen för att minska risk för trycksår kommer att ske lokalt.

## Anmälningsskyldiga resistenta bakterier, MRSA

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

**Resultat:** Följsamheten till handlingsprogrammet för anmälningsskyldiga resistenta bakterier har tidigare följts upp genom punktprevalensmätningar. Från och med 2024 görs i stället kontinuerliga mätningar genom utdataverktyget QlikSense.

Verksamheterna kan få sina data presenterat per avdelning och verksamhetsområde, samt jämföra per år, månad eller vecka. I mätningen ingår andelen riskbedömda, samt andelen korrekt hanterade enligt handlingsprogrammet.

MRSA riskbedömda	MRSA korrekt odling
81%	63%
VRE riskbedömda	VRE korrekt odling
80%	70%
ESBL riskbedömda	ESBL korrekt odling
80%	54%
ESBLcarba riskbedömda	ESBLcarba korrekt odling
80%	68%

**Analys av resultat:** Den kontinuerliga mätningen fångar samtliga inskrivna patienter och torde därför ge ett mer korrekt resultat. Det är många faktorer som spelar in för att resultatet ska bli korrekt. Det finns därför många möjliga felkällor. Ett exempel är t.ex. sår eller infarter som inte läggs om under vårdtiden (förband ska inte bytas enbart för att odling ska kunna tas) och detta tolkas som en missad odling. En annan förklaring till att inte fler patienter riskbedöms är att obstetrikern inte har följt rutinen för dokumentation av screening, detta beror på att de använder ett annat journalsystem. När de räknas bort är det 95 procent som blivit riskbedömda för MRSA.

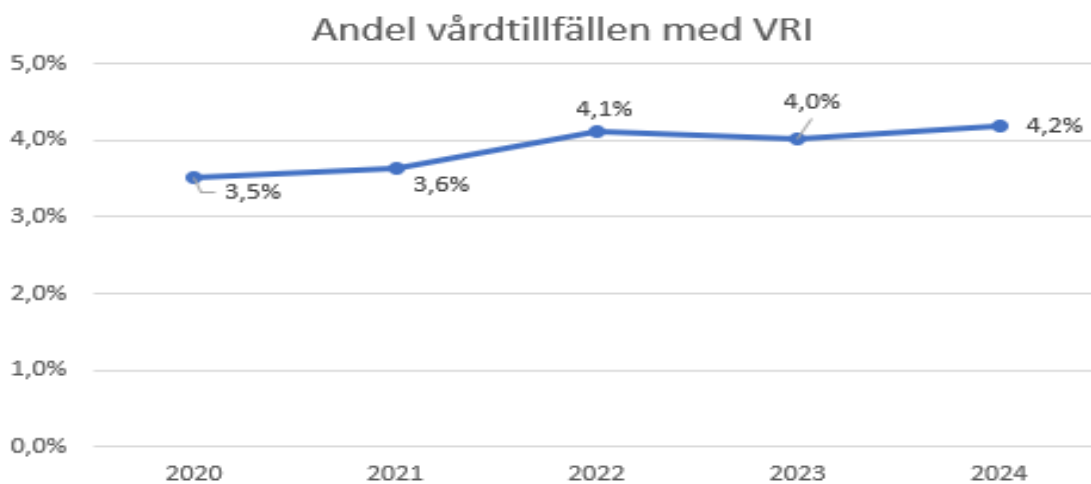
**Åtgärd:** Det finns sedan tidigare en utbildning på plattformen Läratorget, som kan användas vid introduktion av nya medarbetare. Anmälningsskyldiga resistenta bakterier ingår som ett block på det kliniska utbildningsprogrammet (KUP) som erbjuds till nyanställda sjuksköterskor och undersköterskor. Särskilda insatser behöver göras inom obstetrikern för att förbättra resultaten.

**Uppföljning av åtgärd:** Då följsamhet till screening av MRSA är en målsatt sjukhusgemensam kvalitetsindikator följs detta upp återkommande i sjukhusets ledningsgrupp.

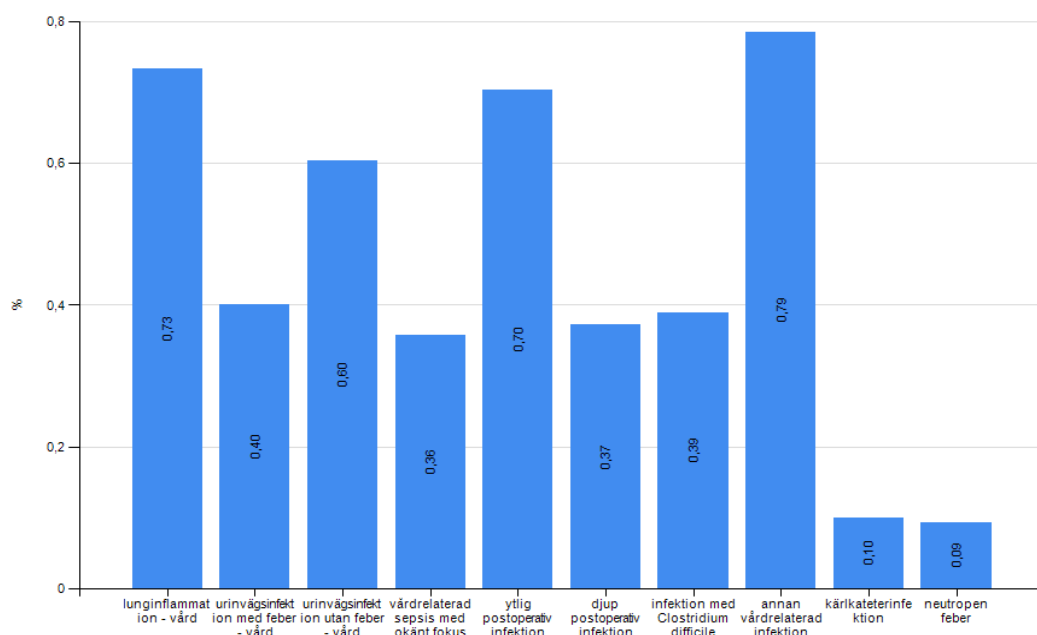
## Vårdrelaterade infektioner, VRI

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

**Resultat:** Förekomst av vårdrelaterade infektioner följs via rapporter från Infektionsverktyget, som i sin tur hämtar data från journalsystemet för samtliga ordinationer av antibiotika. Andelen vårdtillfällen med VRI under 2024 var 4,2 procent. Samtliga verksamhetsområden kan följa sina resultat kontinuerligt genom återkommande månadsrapporter från Infektionsverktyget. I denna sammanställning ingår inte intensivvården, då de använder ett annat journalsystem som inte kan kopplas till Infektionsverktyget. Intensivvården kan följa vissa vårdrelaterade infektioner via sitt kvalitetsregister SIR. Kontaktläkare på respektive verksamhetsområde gör valideringar av de ordinationsorsaker som valts två gånger per år, samtliga verksamhetsområden/kliniker har deltagit i valideringarna. Nästan 1000 ordinationer har granskats, varav 84 procent var korrekta.



I diagrammet presenteras andelen VRI per diagnos utifrån samtliga antibiotikaordinationer som gjorts under 2024.



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

**Analys av resultat:** Andelen vårdtillfällen med VRI har ökat något under 2024 jämfört med föregående år. Ökningen gäller inte någon specifik VRI, fördelningen ovan ser ut som tidigare år. Antalet ordinationer av antibiotika där vårdrelaterad infektion angivits som orsak ökade med 49 stycken under 2024. Under samma period minskade antalet ordinationer där samhällsförvärvad infektion angivits som orsak med 121 stycken. En förklaring till ökningen av VRI skulle därför kunna vara att ordinatören valt VRI som orsak, där det tidigare skulle kunna ha valts samhällsförvärvad infektion.

**Åtgärd:** Sjukhuset har sammanställt resultaten från valideringar och VRI-rapporter och bjudit in samtliga verksamhetsområden till diskussion om förbättringsaktiviteter. Hygienläkare har bjudits in att delta på flera verksamheters läkarmöten. En arbetsgrupp för VRI har planerat och genomfört aktiviteter under året, så som verkstäder för att träna på korrekt hantering av urinkatetrar och verkstäder för att förebygga lunginflammation. Under året har en handlingsplan för att förebygga VRI och smittspridning tagits fram. En stor kommunikationsinsats har genomförts för att sprida denna. Samtliga verksamhetsområden uppmanas att följa VRI med förbättringsaktiviteter i sina lokala verksamhetsplaner.

**Uppföljning av åtgärd:** Sjukhuset kommer fortsätta arbetet med validering av ordinationsorsaker och bjuda in till återkoppling efter dessa. Under 2025 ska en uppföljning av handlingsplanen ske. Upprepning av kateter- och lunginflammationsverkstäderna kommer att genomföras, samt en utbildningsaktivitet för att minska postoperativa infektioner.

## PRIORITERADE FOKUSOMRÅDEN

### Öka kunskap om inträffade vårdskador

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. 306 vårdavvikelser (29 procent av de vårdavvikelser som klassificerats som negativ händelse) har bedömts som vårdskada. Andelen negativa händelser bedömda som vårdskada har ökat de senaste tre åren, vilket kan tolkas som att kunskaperna om undvikbarhet och vårdskador hos handläggarna har stärkts. Cirka 52 procent av de negativa händelserna saknar vårdskadebedömning, vilket ofta beror på att det är ofta svårt att bedöma om händelsen var undvikbar eller inte. Patienters och närståendes synpunkter och klagomål, patientärenden eller markörbaserad journalgranskning är andra fångstverktyg där allvarliga händelser kan identifieras och kan leda till att utredningar görs.



### Interna utredningar/händelseanalyser

Om den rapporterade händelsen indikerar att en patient drabbats av en vårdskada eller kunde ha drabbats av en vårdskada ska händelsen enligt patientsäkerhetslagen utredas. Syftet med utredningen är att klargöra händelseförloppet och orsakerna till det. Utredningen ska ge underlag för beslut om åtgärder som ska hindra att en liknande händelse inträffar på nytt. Efter utredningen genomför vårdgivaren lämpliga åtgärder, följer upp dem och sprider 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. Under året genomförde ca 90 interna utredningar/händelseanalyser.

### Lex Maria

När chefläkare bedömt en händelse som en allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada skrivs ett chefläkarbeslut om att händelsen ska anmälas till IVO. Beslutet används som underlag till anmälan. En checklista används för att säkerställa att utredningen tydligt beskriver händelseförloppet för att minska missförstånd eller tolkningar, att orsaker och åtgärder är identifierade samt att utredningen håller god kvalitet för att undvika onödiga kompletteringar. Sjukhuset ska alltid erbjuda patienter och/eller närstående möjligheten att delta vid utredningar och lex Maria-anmälningar. Patient eller närstående bidrar ofta med synpunkter och frågeställningar, vilket skapar ett bredare perspektiv på analysen. I 95 procent av årets lex Maria-ärenden har patient och/eller närstående varit delaktig. Det finns även en folder **Patientinformation om vårdskada, utredning och ev. lex Maria** vilken kan användas till patient/närstående vid utredningar. Uppföljning av åtgärderna sker på respektive verksamhetsområde, men vid behov även på sjukhusnivå. Lex Maria-ärenden presenteras och diskuteras regelbundet i sjukhusets ledningsgrupp. Relevanta händelser väljs ut och ansvarig verksamhetschef presenterar händelsen, lärdomar och vidtagna åtgärder. I denna kontext har nu även sjukhusets staber inkluderats då det är viktigt att uppmärksamma händelser utanför vårdenheterna som kan äventyra patientsäkerheten. Övergripande åtgärder i samband med lex Maria-ärenden under året är förtydligande om ansvar vid personliga assistenter och åtgärder när patienter inte kan ta ansvar för sina läkemedel och/eller provtagning, uppdatering av riktlinje **Riskbedömningar vid inskrivning i slutenvården** med information och dokumentation om samtycke vid skydds- och begränsningsåtgärder vid fallrisk samt uppstart av sjukhusövergripande fallpreventionsarbete.



<b>Under 2024 gjordes 38 lex Maria-anmälningar:</b>	
Fastighetssektionen (1)	- Blockerad ambulansinfart Sachsska Barn- och ungdomssjukhuset
vo Akut (4)	- Patient med RS-virus får hjärtstopp på akuten efter nästan ett dygns väntan på vårdplats - Patientens diagnos och behandling fördröjs och patienten avlider på akuten - Fördröjd bedömning och behandling - Fördröjd diagnos
vo Bilddiagnostik (1)	- Osteril hantering av NaCl
vo Internmedicin (4)	- Bristande läkemedelsgenomgång vid inskrivning i slutenvården - Bristande kommunikation och informationsöverföring mellan vårdgivare - Bristande vårdplan och utskrivningsplanering för patient med nydebuterad diabetes - Allvarlig komplikation, stenttrombos, efter PCI
vo Kardiologi (4)	- Aortadissektion - Negativ händelse i samband med alkoholablation - Kardiogen chock 1 - Kardiogen chock 2
vo Kirurgi (3)	- Bröstimplantat som opererades in av misstag - Felaktig läkemedelsadministration - Reoperation pga blödning efter drändragning
vo Kvinnosjukvård och Förlossning (5)	- Okontrollerad Oxytocininfusion - Prematur förlossning - Nyfött barn svår asfyxi - Induktion, överstimulering oxytocin, uterusruptur med blödning och multiorgansvikt - Felaktigt svar vid hörselscreening på nyfödd
vo Ortopedi (3)	- Utebliven receptförskrivning vid utskrivning - Felaktig ordination och administrering av zoledronsyra - Patient med spinal stenosis och lång vårdtid
vo Perioperativ vård och Intensivvård (1)	- Omhändertagande av kvinna vid kejsarsnitt
vo Sachsska barn- och ungdomssjukhuset (6)	- Barn med buksmärter återkommer efter 12 timmar med brusten blindtarm - Barn med misstänkt hemiplegisk migrän får en stroke - För hög dos paracetamol administreras intravenöst - Barn med buksmärta triageras grön, opereras för nekrotiserad testikel - Ungdom med brusten blindtarm opereras utomlands två dagar efter besök på barnakuten - Barn med falltrauma skickas hem och senare konstateras fraktur
vo Specialistvård (6)	- Patient fick för hög dos morfin under vårdtiden - Katetersättning i prostatiska urethra - Patient utvecklar trycksår kategori 3 under vårdtiden - Patient ramlar från stol och ådrar sig revbensfrakturer - Tromboflebit - Felaktig ordination i recept

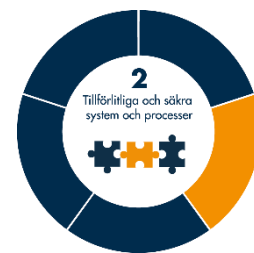
### **Anmälan av medarbetare som kan utgöra fara för patientsäkerheten**

Vårdgivaren ska anmäla till IVO då det finns skäligen anledning att befara att en person som har legitimation för ett yrke inom hälso- och sjukvården kan utgöra en fara för patientsäkerheten. Riktlinje och nyskapad sida på intranätet med instruktioner finns tillgänglig som stöd.

## Tillförlitliga och säkra system och processer

### Gemensamma processer

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



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

### Akutmottagningsbesök

Sjukhusets akutmottagningar tar emot ca 125 000 personer per år med varierande grad av akut sjukdom. De flesta övriga patienter som söker är multisjuka äldre varav flera remitteras till akutmottagningen från särskilt boende eller från ASIH (avancerad sjukvård i hemmet). Det är en bred variation på hur det akuta omhändertagandet behöver vara. Vissa mindre akuta besvär kan hänvisas till närukut. Andra mer komplicerade tillstånd kräver en omfattande utredning innan beslut om fortsatt vård. På akutmottagningen finns sedan 2023 en mindre CDU avdelning (Clinical decision unit) med 7 vårdplatser. På CDU vårdas patienter med akuta men kortvariga tillstånd och de behöver därmed inte vårdas på sjukhusets specialiserade vårdavdelningar. Sjukhusets CDU och samarbetet med övriga vårdverksamheter kommer fortsatt utvecklas under 2025, allt för att ytterligare minska ledtiderna på akuten.

Antalet äldre i behov av akut sjukvård ökar och vistelsetiden på akutmottagningen är för lång för de äldre sköra patienterna. Även andelen akuta återinskrivningen inom 7 dagar av patienter 80 år eller äldre, är för hög. Sjukhuset har ingen egen geriatrisk vårdavdelning men vårdbehovet ökar kraftigt och har därför under 2024 i projektform tagit fram ett underlag för att kunna etablera en geriatrisk utredningsavdelning, en så kallad geriatrisk clinical decision unit (G-CDU enhet). Avdelningen ska ett fokus på snabb utredning, adekvat omhändertagande och korrekt handläggning av äldre patienter, utan att fördröja vistelsetiden på akutmottagningen. En G-CDU ska ha en lugn och anpassad vårdmiljö för äldre med korta vårdtider (12–32 tim) och snabb utskrivning till nästa vårdinstans, inklusive snabbspår till geriatriken. Inför 2025 pågår diskussioner för hur en G-CDU ska kunna etableras och finansieras.

Tiden till en första läkarbedömning bör vara så snabb som möjligt. De svårast sjuka patienterna måste få en snabb bedömning och patienter med intensivvårdsbehov måste snabbt identifieras och transporteras till intensivvården. För att rätt patient skall prioriteras har arbetssätt kring triagering av patienter på akutmottagningen utarbetats. Särskilda Omvårdnadsledare stödjer processen. Deras uppdrag är att leda och

utveckla omvårdnaden samt att säkra patientsäkerhetsarbetet och stötta övrig omvårdnadspersonal på akutmottagningen.

Vårdplatskoordinatorerna (VPK) har haft återkommande samverkansmöten med vårdenhetschefer och samordnare från alla vårdavdelningar som VPK belägger med patienter från akuten. Vid dessa möten har man även tillsammans sett över gemensamma dokument och mål kring inskrivningsprocessen. VPK besöker också arbetsträffar på vårdavdelningar för dialoger kring uppsatt mål för tiden från inskrivningsbeslut till patienten hämtas från akuten.

Under 2024 har akutmottagningen aktivt vidmakthållit de rutiner (övervakning enligt NEWS2 åtgärds-trappa, omvårdnadsbedömning med omvårdnadsrond, Guldspår och orange protokoll) som infördes 2023, till exempel har 98 procent av alla patienter omvårdnadsbedömts enligt Care Assessment Scale (CAS). Bedömningen visar att sju procent av dessa patienter har ett stort omvårdnadsbehov, tio procent måttligt och 15 procent litet behov. De fem aktiviteter som ingår i omvårdnadsronden följs i uppföljningsverktyg och återkopplas till alla medarbetare via veckobrev och muntligt på uppstartsmöten för att ytterligare höja andelen patienter som får sina omvårdnadsbehov tillgodosedda. NEWS2-riktlinjen har under 2024 utökats med bedömning av konfusion och kognitiv förmåga enligt 4AT för att korrekt bedöma medvetandegrad, eftersom analys av vårdavvikelse visat att adekvata åtgärder fördröjts för akut förvirrade patienter när de registrerats som alerta (A) i stället för akut förvirrade (C) i NEWS2. I april började akutmottagningen att handlägga stabila, uppegående patienter utan omvårdnadsbehov i ett eget snabbspår under vardagar klockan 10–23. Dessa patienter har ofta tillbringat timmar på vårdcentralen eller närakuten innan de remitterats till akutmottagningen och får ofta på grund av låg triageprioritet vänta ytterligare för läkarbedömning. I snabbspåret är numera 56 procent av patienterna klara på akuten inom fyra timmar från ankomsten. Snabbspåret bemannas av en senior läkare och en undersköterska, vilket innebär att omvårdnadsresurser kunnat styras till patienter med omvårdnadsbehov. Sedan juni kan vårdcentraler och närakutmottagningar ringa en akutsjukvårdsspecialistläkare för att diskutera om en patient behöver remitteras till akutmottagningen. I vissa fall kan ett akutbesök undvikas och i andra fall kan akutsjukvårdsspecialisten förbereda nödvändiga undersökningar direkt efter samtalet.

### **Vårdkapacitet, vårdbehov och tillgång på vårdplatser**

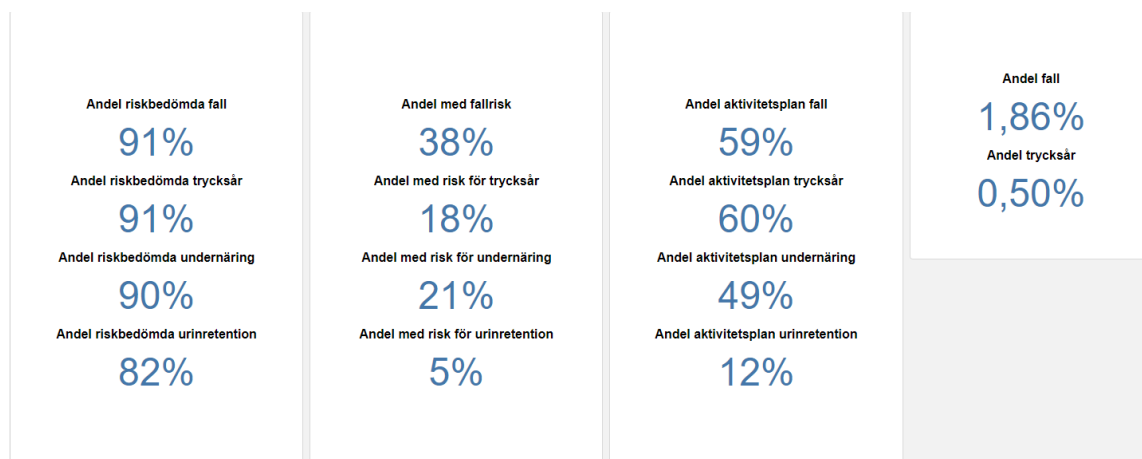
2024 inleddes något ansträngt men från och med i mars blev situationen lugnare och mer stabil över tid med välfungerande akuta vårdprocesser, förbättrade väntetider på akutmottagningen och färre överbeläggningar. Senvåren och fram till midsommar präglades av vårdförbundskonflikten med mertids- och övertidblockad. Verksamheten fick under den här perioden ånyo prioritera och viss elektiv kirurgi fick sättas på paus. När konflikten var över kunde sjukhuset återgå till normal sommarproduktion med effektiva flöden i kombination med en god återhämtning för sjukhusets medarbetare. Under hösten har det gjorts kraftfulla insatser inom elektiv kirurgi med särskilt fokus på knäoperationer med resultatet att det nu är köfritt till denna typ av operation.

Vårdbehovet har varit fortsatt högt och antalet slutenvårdstillfällen har ökat under 2024 vilket stämmer väl överens med den demografiska utvecklingen med allt fler äldre, som påverkar behovet av vårdplatser. Belastningen på akutmottagningen (andelen svårt sjuka) ökar generellt. Friskare patienter som snabbt kan handläggas omfördelas till regionens närakutmottagningar och de som söker till akutmottagningen är äldre och ofta multisjuka. Därmed krävs mer komplexa initiala utredningar vilket i sig medför en längre (men nödvändig) vistelsetid. Tillgängligheten under 2024 har förbättrats trots ett fortsatt högt söktryck till akutmottagningen och ett oförändrat vårdbehov. Vårdkapaciteten har ökat tack vare bättre flöden både i inskrivning- och utskrivningsprocessen. På akutmottagningen har samtliga flödesparametrar förbättrats och

patientflödet ut från sjukhuset har upprätthållits med god samverkan med geriatrik och ASIH som haft god platstillgång. Förutsättningarna för en ökad tillgänglighet har också förbättrats utifrån bättre balans i kompetensförsörjningen (restriktiv inhyrning) och arbetet med en förbättrad och effektivare produktions- och kapacitetsplanering. Sammantaget är resultatet att antalet slutenvårdstillfällen har ökat samtidigt som vårdtiden sjunkit. De kortare vårdtiderna har resulterat i sjunkande beläggningsgrad. Den genomsnittliga beläggningsgraden inom vuxensjukvården är nu ca 93 procent jämfört med 98 procent 2023. Kösituationen har långsamt förbättrats under året trots den långdragna arbetsmarknadskonflikten april till och med juni där fler patienter köställdes för operation. Även rekryteringen av personal påverkades negativt men vården under sommarperioden fungerade ändå relativt bra och i stort enligt plan med god vårdkapacitet inom alla områden inklusive intensivvård, barn- och förlossningsvård. Inom akutsjukvården i Stockholm finns alltid risk för vårdplatsbrist som varierar med säsong och nedstängningar under semesterperioder. Beläggnings-situationen kan förvärras dramatiskt under infektionssäsong när både patienter och vårdpersonal insjuknar i covid eller influensa (fler patienter och höga sjukskrivningstal).

### Preventiva åtgärder och riskbedömningar under vårdtiden

Vid inskrivning i slutenvård, samt vid behov under vårdtiden, görs riskbedömningar (avseende anmälningspliktiga resistenta bakterier, fall, trycksår, undernäring och urinretention). Det är områden där patienter löper risk att skadas, inte minst i samband med sjukhusvård. Det är därför av stor vikt att i ett tidigt skede identifiera vilka patienter som löper särskilt stor risk att drabbas och att vidta adekvata förebyggande åtgärder för att förhindra skador/vårdskador. Riskbedömningarna görs av sjuksköterska inom 24 timmar från patientens ankomst till sjukhuset. För att förebygga och åtgärda riskerna krävs att samtliga professioner i vårdteamet involveras. Det finns även specifika riskbedömningsinstrument inför förlossning, operation och anestesi som används för att beräkna estimerade risker. Att på ett tidigt stadium identifiera patienter med hög risk, bland annat med olika scoringmodeller pre- och peroperativt, minskar risken för dessa patienter att utveckla komplikationer och i de fall komplikationer uppstår minskar svårighetsgraden av dem. Under året har det digitala verktyget Prio-Tavlan utvecklats med information om när patientens riskbedömningar är kompletta, vilket underlättar uppföljning.



Sjukhuset har under 2024 implementerat ett skattningsinstrument, CFS, för att bedöma skörhet. Clinical Frailty Scale (CFS) används som en del i underlag för medicinska beslut, samtal med patient och närstående, samt planering av den framtida vården. Skattningen görs i första hand på akuten, av samtliga patienter över 65 år och de patienter som skattas som måttligt sköra eller mer ska inkluderas i **Guldspåret**. Det innebär att de ska prioriteras på akutmottagningen och vid inskrivning i slutenvård. CFS kan också användas

som underlag i slutenvården för att ta ställning till nivå av utredning och behandling, samt vilka insatser som krävs inför utskrivning.

### **Förlossningsvård**

Under 2024 genomförde IVO en tillsyn av patientsäkerheten inom förlossningsvården. Tillsynen hade särskilt fokus på systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete, bemanning och kompetens, dokumentation och kommunikation samt information och delaktighet. Vid inspektionen konstaterades brister gällande bland annat säker dokumentation av läkemedel och anpassning av information till patienter med annat modersmål än svenska. De förbättringar som behöver genomföras utifrån granskningen har påbörjats och kommer att följas upp under 2025.

Under senhösten 2023 genomförde Löf en granskning av verksamheten utifrån deltagande i projektet **Säker förlossningsvård**. Löf konstaterade att det vid granskningen framkommer att verksamheten är väl fungerande med goda utfall i nationella register för mor och barn. Särskilt noteras att andelen grad III-IV bristningar vid sugklocka sjunkit markant under 2023. Fortbildning och teamövningar är väl integrerade i verksamheten. Nationellt CEPS-centrum är en del av neonatalsektionen. Det har startats en arbetsgrupp för att förbättra följsamheten till bedömning och signering av CTG. Det har dessutom startats ett arbete för att förbättra följsamheten till indikation för värkstimulerande dropp.

### **Perioperativ vård och intensivvård**

På Intensivvårdsavdelningen har ett screeninginstrument införts för att identifiera patienter med förhöjd risk för komplikationer eller fördröjd återhämtning. Baserat på screeningpoängen följs patienterna upp på vårdavdelningen avseende deras fysiska, psykiska, kognitiva och/eller nutritionsmässiga behov. En intensivvårdssjuksköterska återkopplar bedömningen till medarbetare på vårdavdelningen och en framåtsyftande vårdplan (alternativt enstaka interventioner) upprättas. Statusen dokumenteras i patientens journal. Ett annat arbete som inletts är att öka säkerheten i vårdövergången för de patienter som ska opereras och transporteras till operationsavdelningen via patienttransportservice.

### **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. I NEWS2 ingår bedömning av medvetandegrad, där akut konfusion är ett kriterie. Då detta kan vara svårt att bedöma, speciellt om det är första gången patienten bedöms, har ett tillägg av bedömningsskalan 4AT gjorts. Vid misstanke om akut förvirring görs bedömning av vakenhet, kognitiv förmåga, uppmärksamhet och akut förändring. Mobila intensivvårdsgruppen (MIG) består av intensivvårdsläkare och en intensivvårdssjuksköterska och är ett konsultstöd som kan tillämpas till en vårdenhet för bedömning av den akut sjuke/försämrade patienten. Under året gjordes 472 MIG-bedömningar. Den största andelen av bedömningar gjordes på verksamhetsområde internmedicin följt av verksamhetsområde kirurgi. De allra flesta av patienterna som bedömdes kunde fortsatt vårdas på vårdavdelningen (76 procent) medan 24 procent överflyttades till en intensivvårdsavdelning. MIG har även i uppdrag att tillhandahålla utbildningar i NEWS2-skalan samt om MIG-gruppens arbete. Under året har efterfrågan av utbildningar varit liten. Orsak till detta kan vara att NEWS2 är väl implementerad hos sjuksköterskor och undersköterskor. NEWS2/MIG ingår i sjukhusets kliniska utvecklingsprogram (KUP) för undersköterskor och sjuksköterskor.

## **Omvårdnad**

Utskott Omvårdnad har till syfte att samordna, planera och driva sjukhusövergripande omvårdnadsutveckling samt att fatta strategiska beslut för en god och säker vård med hög omvårdnads kvalitet. Utskottet startade i mars 2024 och är fortsatt under uppstart. Utskottet har deltagit i och givit förslag till sjukhusets verksamhetsplan för 2025 där ett område är Kompetens omvårdnad. Utskottet beslutade att Trycksårscupen skulle utföras som sjukhusövergripande aktivitet. Vidare har beslut tagit för att övergå till IDDSI - en global standard för att beskriva konsistens på livsmedel och förtjockade drycker för individer med sväljsvårigheter. Utskottet arbetar även för att ta fram en kurs i Evidensbaserad omvårdnad 3 p som ska erbjudas till sjuksköterskor på steg 3–4 i kompetensstegen.

## **Läkemedelsprocess**

Sjukhusets Utskott Läkemedel och Läkemedelsgruppen verkar för en patientsäker, kostnadseffektiv, rationell och robust läkemedelsbehandling och hantering. Arbetet grundar sig ofta på rapporterade vårdavvikelser och frågor som verksamheterna lyfter. Läkemedelsavvikelser som rapporteras i HändelseVis följs upp regelbundet av Utskottet för beslut om lämpliga åtgärder för att minimera risken framgent. Tidigare har det identifierats som ett patientsäkerhetsproblem att tillsatser av kalium och natrium till infusionsvätskor inte har ordinerats på rätt sätt. Därför har utbildningar i rimlighetsbedömning riktad till sjuksköterskor hållits. Dessutom har en utbildningsfilm skapats och tillgängliggjorts via intranätet. Det finns även sjukhusövergripande riktlinjer för flertalet viktiga moment inom läkemedelshantering men Utskottet har noterat att inte alla berörda medarbetare har kännedom om dessa. Utskottet har påbörjat en utbildningsinsats med föreläsningar/workshops cirka en gång per månad för att uppmärksamma och sprida informationen som finns i riktlinjerna.

## **Antibiotikaanvändning**

Utskott Samverkan mot antibiotikaresistens (STRAMA) arbetar för att minska antibiotikaförbrukning och öka följsamhet till riktlinjer för antibiotikabehandling för att minska resistensutveckling. Utskottet erbjuder ett nätverk där verksamhetsområdenas STRAMA-ombud är välkomna att delta, sprider information om regionens STRAMA-arbete och samordnar aktiviteter och kvalitetsmål. Utskottet verkar för att implementera och utvärdera antibiotikaronder som utförs av infektionsläkare på andra verksamheter, för att förbättra antibiotikaanvändningen på sjukhuset. Antibiotikaronder har genomförts två gånger per vecka på akutvårdsavdelningen, urologavdelningen, samt lung- och hematologavdelningen. Antibiotikaronder har även återstartats på kirurgen efter uppehåll sedan pandemin. Utskottet arbetar kontinuerligt med att minska användningen av bredspektrumantibiotika och öka andelen penicillin V och penicillin G som förstahandsval vid samhällsförvärdad lunginflammation. Under pandemin ökade användningen av cefalosporiner vid luftvägsinfektioner kraftigt på grund av rekommendationer om behandling vid misstänkt Covid-19-infektion, vilket ledde till att användningen av dessa antibiotika ökade även vid bakteriell lunginflammation. Utskott STRAMA uppmanar klinikerna att även arbeta fram egna mål utifrån sin antibiotikaanvändning och utvärdera dessa lokalt.

STRAMA-nätverket kommer fortsätta med aktiviteter som syftar till att förbättra antibiotikaanvändningen under 2025. Till STRAMA-gruppen kommer en representant från Klinisk mikrobiologi som gått europeisk utbildning inom Antimicrobial Stewardship att ansluta, vilket kan öppna upp nya arbetssätt. Målet är att även införa antibiotikaronder även på ortopedien under 2025. Infektionskliniken har också flera samarbeten på gång som överlappar med STRAMA-arbetet, exempelvis genom utökad konsultverksamhet på nyöppnade geriatrikliniken Ersta sjukhus samt samarbete med ASIH Access care och Capio Dalen för kontinuerlig infusion av antibiotika i hemmet. Sjukhuset kommer sannolikt att anslutas till det nationella projektet Antibiotikasmarta sjukhus under 2025.

## Vårdhygien

Vårdrelaterad infektion (VRI) är den vanligaste vårdskadan inom slutna somatisk vård i Sverige (utgör cirka en tredjedel av alla vårdskador). Smittspridning av såväl virus som bakterier är vanligt förekommande inom såväl slutna som öppna vård. Spridningen leder ibland till infektion, ibland till symptomfritt bärarskap. Vid båda tillstånden riskeras fortsatt smittspridning till andra patienter.

Syftet med Vårdhygien Stockholms arbete är att stödja sjukhuset i arbetet med att förebygga vårdrelaterade infektioner och smittspridning och på så sätt uppfylla lagkravet på att bedriva vård med god hygienisk standard (HSL 2023:191, 5 kap, 1§). Vårdhygien Stockholm har genom att rikta sig till sjukhusets chefer och medarbetare med rådgivning, undervisning, verksamhetsbesök, deltagande i arbetsgrupper och kommittéer samt strukturerat hygienrondsarbete bidragit till förbättrad följsamhet till ARB-screening, förbättrad följsamhet till BHK, minskning av vårdrelaterade infektioner, förbättrad vårdhygienisk standard på avdelningar och mottagningar och ökad kunskap om vårdhygien. Vårdhygien Stockholms aktiviteter har vidare lett till adekvata åtgärder vid ny- och ombyggnation, vårdhygieniska aspekter vid lokal upphandling av städtjänster, adekvata åtgärder vid utbrott och fall av smitta samt hantering av apparatur och utrustning. Vårdhygien Stockholm har lämnat synpunkter på den sjukhusövergripande handlingsplan mot vårdrelaterade infektioner och smittspridning som fastställdes under året. Större, interna och riktade utbildningsinsatser för att öka kvalitet och/eller patientsäkerhet:

- Introduktion om vårdhygien för samtliga nya AT-läkare och för nyanställda sjuksköterskor inom barnkliniken.
- Information om handhygien till alla nyanställda på barnkliniken.
- Undervisning om smittskydd och vårdhygien inom sjukhusets utvecklingsprogram för ST-läkare.
- Undervisning om vårdhygien samt deltagande som observatörer inom utbildningsprogram för sjuksköterskor och undersköterskor (KUP-utbildning).
- Verksamhetsförlagd utbildning för medarbetare vid flera vårdenheter om basala hygienrutiner, vårdhygien och antibiotikaresistenta bakterier.
- Medverkan i sjukhusövergripande satsning för att förebygga vårdrelaterad pneumoni.

## Personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp

Nationellt system för kunskapsstyrning tar fortlöpande fram personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp för olika sjukdomar. Införandet av vårdförloppen ansvarar de regionala programområdena för. Sjukhuset anpassar sedan vårdförloppen till den vårdprocess som sjukhuset kan ansvara för. Kommittén för Vårdkvalitet och patientsäkerhet håller samman strukturen för hur införande ska ske, det är nu sammanlagt tolv vårdprocesser (se nedan för några exempel). Utskott Vårdkvalitet har initierat ett nätverk där vårdprocessägare och vårdprocessledare bjuds in till att utbyta erfarenheter utifrån olika teman en gång per termin. Utskottet erbjuder stöd till vårdprocessledaren i samband med uppstart av en ny vårdprocess.

## Inflammatoriska tarmsjukdomar (IBD)

Gastromottagningen har under flera år arbetat med sjuksköterskemottagning för patienter med IBD. Under hösten 2023 initierades ett projekt för att förbättra arbetssätten utifrån det nationella vårdförloppet för IBD. I arbetet har bland annat journalmall förändrats till att omfatta vilken information som givits till patienten, nutritionsbedömning, aktuell sjukdomsaktivitet och behov av kuratorskontakt. Registrering i kvalitetsregistret SWIBREG har intensifierats samt införskaffande av Fibroscan (elastografi för att bedöma och utvärdera grad av leverfibros). Statistik från kvalitetsregistret visar på en mycket positiv utveckling.

## Kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL)

Vårdprocess KOL startades upp i slutet av 2023 med en kartläggning av processen. Kartläggningen identifierade en avsaknad av individuella och strukturerade behandlingsplaner. Det saknades också ett kontinuerligt samarbete med hälsoprofessioner, såsom fysioterapeut, arbetsterapeut och dietist, samt att det saknades kompetens för att bedöma spirometriresultat. Vårdförloppets mål för KOL är att: minska den omfattande under- och feldiagnostiken av KOL, fler personer med KOL ska få sin sjukdoms svårighetsgrad, och därmed risken för allvarligt sjukdomsförlopp bedömd, fler personer med KOL ska få tillgång till personcentrerade insatser för att bromsa sjukdomsförloppet, förhindra exacerbationer och förbättra prognosen och öka patienternas delaktighet i vård och behandling. Ett stort antal aktiviteter har genomförts under året, såsom framtagande av nya riktlinjer för ny- och återbesök för patienter med syrgas, framtagande av individuell handlingsplan som finns lättillgänglig i journalsystemet, fickkort, KOL-min behandlingsplan, till alla medarbetare som arbetar med patienter med KOL och digitalisering av spirometriresultat till journalsystemet. Som resultat kan ses tydliga förbättringar avseende utfall i Luftvägsregistret. Färre patienter har behövts vårdas inom slutenvård, tack vare att uppföljning sker enligt Socialstyrelsens riktlinjer.

## Långvarig smärta

Vårdprocess smärta leds av Utskott Smärta som rapporterar till verksamhetsområde Perioperativ vård och intensivvård. Under året har ett stort arbete genomförts för att samla flertalet dokument till en sjukhusövergripande riktlinje om Akut och postoperativ smärtbehandling. När denna var klar i mars hölls flertalet informationsmöten och utbildningsinsatser för att sprida kunskap om riktlinjen. Ytterligare två sjukhusövergripande riktlinjer om smärta har publicerats under 2024: smärtbehandling vid akut och postoperativ smärta för patienter med tolerans/beroende av opiater, samt opioider intravenöst för akut och postoperativ smärtbehandling. Som ett komplement till riktlinjerna finns **checklista för utredning och åtgärd vid smärtgenombrott** som stöd.

## Nydebuterad hjärtsvikt

Målet för vårdprocess nydebuterad hjärtsvikt är en förbättrad livskvalitet, överlevnad samt minskat behov av sjukhusvård. I vårdförloppet beskrivs ett stort antal mål och mått som ska eftersträvas. Vårdprocessen har därför genomfört ett flertal aktiviteter för att förbättra vården; förbättrad registrering av korrekt diagnos (specificering av vilken typ av hjärtsvikt som patienten har), uppmärkning av remiss för att särskilja



flödet, lathund för läkemedelsbehandling samt uppföljning av data från kvalitetsregistret RiksSvikt. Fortsatt arbete kommer att syfta till att förbättra vården för patienter med kronisk hjärtsvikt.

### **Osteoporos – sekundärprevention efter fraktur**

Vårdprocessen syftar till att identifiera patienter med nyligen genomgången misstänkt osteoporosrelaterad fraktur, inleda riskvärdering och utredning och för patienter med hög frakturrisik erbjuda personanpassad frakturprebyggande behandling i form av skelettspecifik läkemedelsbehandling, fallprebyggande åtgärder samt övriga preventiva åtgärder. Det inkluderar patienter  $\geq 50$  år med lågenergifraktur i bäcken, överarm eller handled, samt alla vuxna patienter med lågenergifraktur i höft eller kota. En arbetsgrupp har infört en ny rutin för tidig inledande behandling med skelettstärkande läkemedelsbehandling med Zoledronat efter misstänkt osteoporosrelaterad höftfraktur, med syfte att förbättra vården för patienter med höftfraktur genom att fler får tidig frakturprebyggande behandling, samt avlasta primärvården. Utöver detta har en frakturkoordinator inrättats på samt rapportering i kvalitetsregister.

### **Palliativ vård**

Arbetet i den sjukhusövergripande processgruppen har fortgått under året. Implementering av de framtagna sjukhusgemensamma journalmallarna, vilka stödjer kontinuiteten kring beslut som görs och tillsammans med patienten under vårdvistelsen på sjukhuset, har skett på bred front. Halvdagsutbildningen *Palliativ vård här och nu* har tagits fram för alla vårdprofessioner och handlar om hur man identifierar och omhändertar patienter med palliativa vårdbehov på akutsjukhus. Under våren startade även ett sjukhusövergripande nätverk för medarbetare som har genomgått Palliativt kunskapscentrums ombudsutbildning så att denna resurs kan användas i verksamheterna. Riktade utbildningar har genomförts vid olika verksamhetsområden där deltagarna från processgruppen samarbetar och deltar i olika konstellationer utifrån verksamheternas behov och önskemål.

### **Rök- och alkoholfri operation**

Vårdprocess Rök- och alkoholfri operation startades som ett projekt under höstens 2023. Deltagare från samtliga fem mottagningar inom opererande specialiteter ingick som projektdeltagare. Arbetet har bedrivits lokalt, men med centralt stöd. Utifrån kartläggning av nuläge har olika förbättrings- och utbildningsaktiviteter genomförts för att öka andelen patienter som tillfrågats om rökning och alkohol innan operationen och andelen som har erbjudits stöd för att göra uppehåll med detta innan operationen. Efter genomförd kartläggning för att identifiera gap mellan nuvarande arbetssätt och beskrivna rekommendationer gjordes ett flertal aktiviteter. Den sjukhusövergripande riktlinjen uppdaterades och journalmallar gjordes sjukhusgemensamma. Även patientinformation på hemsidan och i kallelser har ensats avseende rekommendation för rök- och alkoholstopp i samband med operation. Ett utbildningsmaterial togs fram för att motivera medarbetare till denna angelägna fråga samt som stöd till hur frågor om rökning och alkohol kan lyftas med patienter. Halvårsresultat visar en fördubbling av dokumentation på sökordet rökvanor och för sökordet alkoholvanor har användningen av sökordet femdubblats mellan 2023 och 2024.

### **Sepsis**

Vårdprocess sepsis och dess arbetsgrupper har under 2024 fortsatt arbetet med kommunikation och information för att underlätta för medarbetare att hitta relevant information, uppdaterade riktlinjer och utbildning om sepsis samt att uppmärksamma det pågående förbättringsarbetet för sepsis på sjukhuset med bland annat diagnoskodning. Fokus är främst på tre processer i vårdförloppet: sepsisalarm för tidig upp-täckt och adekvat handläggning (NEWS  $\geq 7$  samt infektionstecken!), korrekt diagnoskodning samt adekvat information och uppföljning. Förbättringar har setts inom samtliga av dessa områden. Även i år uppmärksammades World sepsis day med föreläsning, presentation av patientfall och tävling med priser.

## Standardiserade vårdförlopp, cancer (SVF cancer)

Sjukhuset har tio standardiserade vårdförlopp för cancer. Av de utskick för Nationell Patientenkät som gjordes under Q2 har tillräckligt många svar inkommit från tre av förloppen; njur-, urinblåse- och bröstcancer. I alla tre förloppen var helhetsintrycket högre än jämfört med snittet i regionen, vilket är mycket glädjande. Cancervården prioriterats och inom operationsverksamheten har det varit fullt fokus på att genomföra operationer inom ledtiderna. Utmaningar har framför allt funnits inom bröstcancerförloppet med längre ledtider som äntligen börjat vända. Rutiner kring hur SVF registreras kommer att arbetas med under 2025 för att få en bättre bild av sjukhusets resultat gällande behandling av cancer. Ett samarbete pågår tillsammans med Karolinska Universitetssjukhuset och Regionalt cancercentrum (RCC) för att etablera en automatisk överföring av start- och stopptider till RCC:s register.

## Stroke

Under de senaste åren har sjukhuset tagit emot det största stroke- och TIA-flödet i landet (under senaste året drygt 1000 patienter med stroke och 700 patienter med TIA-diagnos). Att behålla en hög andel (>55 procent) akut trombolysbehandlade patienter inom 30 minuter efter ankomst till sjukhuset har varit en utmaning. Sedan hösten 2022 ges regelbundet CEPS-strokeutbildning vilket är ett bra tillfälle att gemensamt (stroketeam, akutteam och röntgenteam) träna akut handläggning av strokepatienter. En extra satsning på bedömning med NIH-stroke skala och sväljbedömning har gjorts, vilket resulterat i att under 2024 märks en förbättring i statistiken på strokevård av god kvalitet. Det höga strokeflödet har gjort att sjukhuset har öppnat flera strokeplatser och är Sveriges största stroke-enhet med 40 öppna stroke-slutenvårdsplatser.

Kvalitetsindikatorer för god strokevård	Mål hög/medel	2021	2022	2023	2024
Direktinläggning på strokeenhet	90% / 80%	80%	78%	83%	86%
Door to needle median - 30 min	50%	54%	60%	55%	65%
Test av sväljförmåga	100% / 90%	77%	85%	84%	90%
NIHss vid inläggning	80% / 70%	85%	82%	81%	86%
Vård på strokeenhet	90% / 85%	91%	90%	93%	95%

## Svårläkta sår

Vårdprocess svårläkta sår drivs av Sårcentrum. I vårdprocessen ingår patienter med venös sjukdom i benen (varicer och venösa bensår), kritisk benischemi och diabetes med hög risk för fotsår. Under våren hölls ett möte med samarbetspartners från primärvården och särskilda boenden kring vårdförloppets olika delprocesser och en nätverksgrupp bildades för fortsatt samarbete. Frågeställningar som är i fokus är krav på remisser för bedömning av sår, plan för nybesökens innehåll och informationsmaterial. Ett annat fokus har varit anslutning till kvalitetsregistret RiksSår. Samtliga medarbetare på Sårcentrum har fått utbildning och kan registrera i registret. Under de fem första månaderna registrerades 211 nybesök.

## Säker vård här och nu

### Verktyg och metoder

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

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



### Utlokalisering och överbeläggningar

Utlokalisering och överbeläggning ökar risken att drabbas av vårdskada. Snittet under året (december 2023 till november 2024) har varit 2,3 utlokaliserade patienter per 100 disponibla vårdplatser. Det är ett något lägre antal än resultatet för riket (2,6) men högre jämfört med regionen (1,4). För överbeläggningar är snittet 2,5 patienter per 100 disponibla vårdplatser, vilket är betydligt lägre än resultatet för riket (7,4) samt regionen (4,3). I riktlinjen *Inskrivningsprocessen* finns ett avsnitt kring det medicinska samt omvårdnads-mässiga ansvarsförhållandet för utlokaliserade patienter. Det finns även ett avsnitt med information och ansvarsfördelning vid behov av överbeläggningar och hänvisning till överbeläggningstabell.

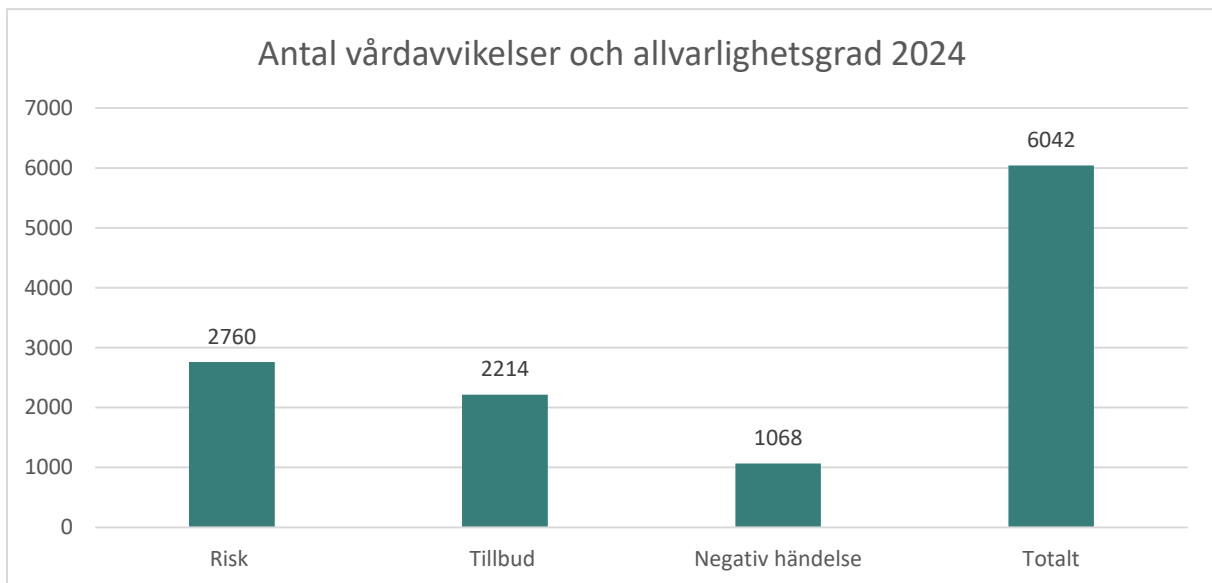
### Säker läkemedels- och materialförsörjning

Det globala problemet med ökande antal restnoterade läkemedelsprodukter skapar problem för sjukhuset med tillgång till vissa läkemedel. Sjukhuset arbetar aktivt med att minimera dessa problem genom att delta i de regionala veckovisa mötena, söka sjukhusövergripande licenser där möjliga ersättningspreparat finns och sprida information till verksamheterna. Vid behov finns även en arbetsgrupp för att hantera specifika krissituationer till exempel vid global brist på infusionsvätskor efter oväder i USA som orsakade produktionsproblem. Som en del av det statliga uppdraget att öka robustheten i läkemedelsförsörjningskedjan har sjukhuset fortsatt arbetet under 2024 med att utöka beredskapslager av läkemedel på sjukhuset inklusive planering av ett centralt förråd för att öka möjligheten att förvara större volymer av vissa preparat.

2024 har varit ett relativt stabilt år gällande varuförsörjning, men det har dock varit stötvis svårt att få levereras av produkter. Det finns många orsaker till det, ibland beror det på en naturkatastrof såsom kraftigt regn i Valencia-området, ett IT-problem hos en av leverantör eller större behov av lagerförda artiklar vilket då tömt sjukhuset lager/ej hunnit fylla på. Den röda tråden gällande bristande leverans är att det inte finns någon gemensam orsak så är det bra att det inte är ett större och ihållande kvalitetsproblem. Fokus på materialförsörjningen inom regionen har ökat och har väldigt hög prioritet. Sjukhuset deltar i flertalet projekt och forum som berör materialförsörjningen. Det största projektet inom regionen är "14-dagars lager" vilket innebär att öka sjukhusens robusthet under normal drift (inte någon hänsyn till katastrofer, krig eller annat extra ordinärt), sjukhusen ska klara av normal drift under 14 dagar utan leveranser av material, vilket är en stor utmaning.

## Riskhantering

I avvikelssystemet HändelseVis bedöms vårdavvikelserna utifrån allvarlighetsgrad som risk, tillbud eller negativ händelse. Av de handlagda vårdavvikelserna har 46 procent bedömts som risker.



Potentiella risker identifieras och hanteras även genom användning av andra verktyg som Gröna korset, Fånga passet, reflektion vid slutet av ett arbetspass, riskanalys samt via inkomna synpunkter och klagomål från patienter och närstående. Det finns en ämnessida på intranätet för riskanalys med länkar till handbok från LÖF samt olika mallar som kan användas. Intresset är stort för metoden och flera av sjukhusets patientsäkerhetsfunktioner har gått uppdragsutbildning i riskanalys på Karolinska Institutet vilket har inneburit att antalet riskanalyser ökat. Ett exempel på en övergripande riskanalys som gjorts är risker avseende patientsäkerhet vid förändring av kompetens vid transport av patient från vårdavdelning till operationsavdelning.

### Exempel från verksamheterna:

- På verksamhetsområde Kardiologi görs alltid riskbedömningar i samband med förändringar såsom flytt av lokaler, implementering av nya arbetssätt eller användning av ny medicinsk teknik. En riskanalys är då ett krav vilket görs med stöd från verksamhetsutvecklare eller patientsäkerhetsansvariga. Ofta integreras riskanalyser för arbetsmiljö och patientsäkerhet. Det har varit ett stort fokus har varit på det nya journalsystemet **Cha** för perioperativ vård och intensivvård och riskanalys är stor del av det förberedande arbetet.
- På verksamhetsområde Kvinnosjukvård och förlossning har flertalet riskanalyser utifrån patientsäkerhet genomförts; exempelvis vid flytt av återbesöksmottagningen, amningsmottagningen och hörselscreening av nyfödda, vid flytt av mottagning för planerade kejsarsnitt, vid stängning av delar av operationsavdelning Modul 5 under sommaren 2024 samt hantering och användning av läkemedlet oxytocin i samband med förlossning. Vid riskanalyserna har chefer och medarbetare samarbetat och det har inburit att flertalet åtgärder för att minska riskerna har vidtagits.

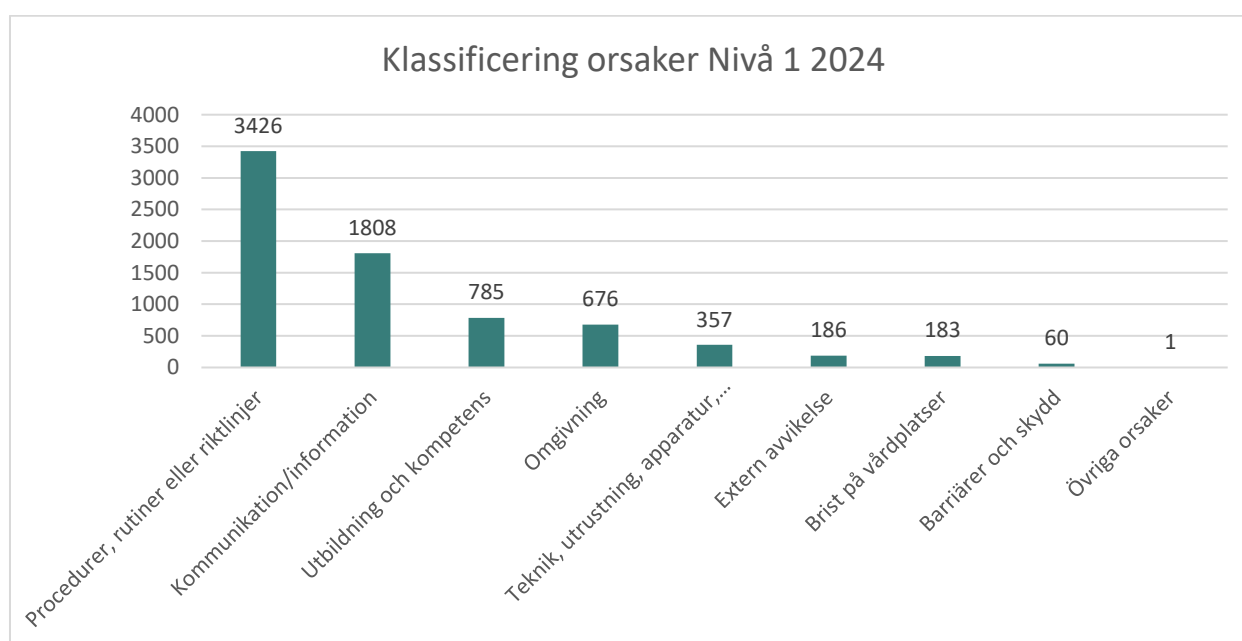
## Stärka analys, lärande och utveckling

### 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 föreslagen åtgärd och uppföljning fattas av ansvarig chef. De allvarliga vårdskador som resulterat i interna utredningar eller händelseanalyser samt eventuellt anmälan enligt lex Maria går igenom på sjukhusövergripande nivå. Om behov av sjukhusövergripande åtgärder identifierats i samband med händelseanalyser kan chefläkare initiera och besluta om dessa, se avsnitt ”Öka kunskap om inträffade vårdskador”.



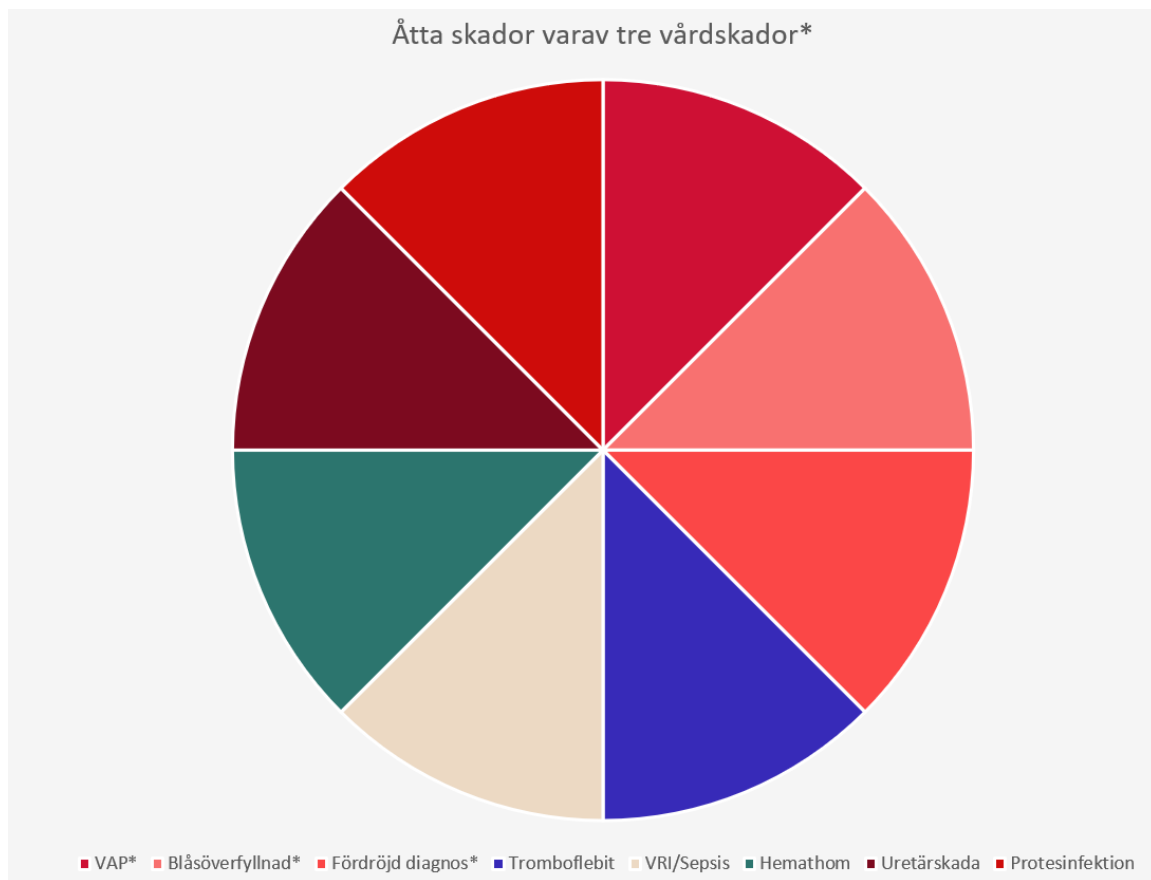
Under 2024 rapporterades 6839 vårdavvikelser, vilket är en ökning med ca sju procent jämfört med 2023. Totalt har 6042 vårdavvikelser (88 procent) handlagts och klassificerades. De flesta vårdavvikelserna har klassificerats inom områdena **Behandling/omvårdnad**, **Dokumentation/informationsöverföring** samt **Läkemedel** vilket är liknande fördelning som förra året. Vid analysen av händelserna anges främst **Procedurer/rutiner/riktlinjer** som orsak till vårdavvikelsen vilket både kan innebära att Procedurer/rutiner/riktlinjer saknas, är bristfälliga eller ej kända för de involverade medarbetarna. Flera orsaker per vårdavvikelse kan väljas.



### 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 skada eller vårdskada. Avdelningen Kvalitet och patientsäkerhet har i uppdrag att genomföra MJG för ett bestämt antal slumpmässigt utvalda journaler (15 journaler per månad). Granskningarna utförs varje månad (med två månaders fördröjning). Könsfördelningen för de granskade journalerna var 51 procent kvinnor och 49 procent män. Granskningens resultat visar att i 4,4 procent av de slumpmässigt utvalda vårdtillfällena identifierades skada och 1,7

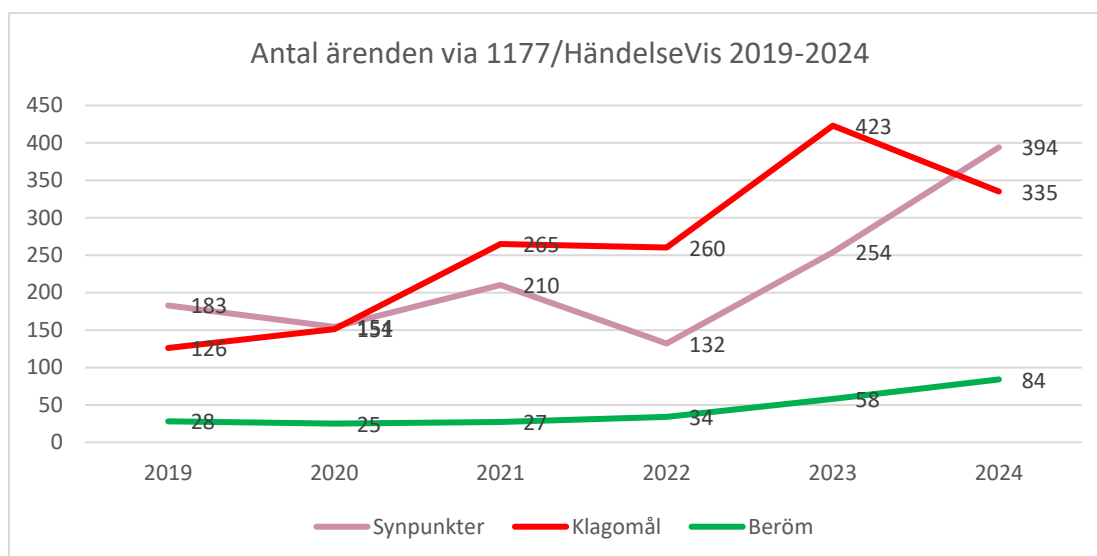
procent identifierades vårdskada som inträffat på sjukhuset. Jämförande statistik på nationell nivå finns inte längre att tillgå då den nationella databasen som tidigare funnits hos SKR är stängd, men i jämförelse med tidigare år har sjukhuset bättre resultat än riket.



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.

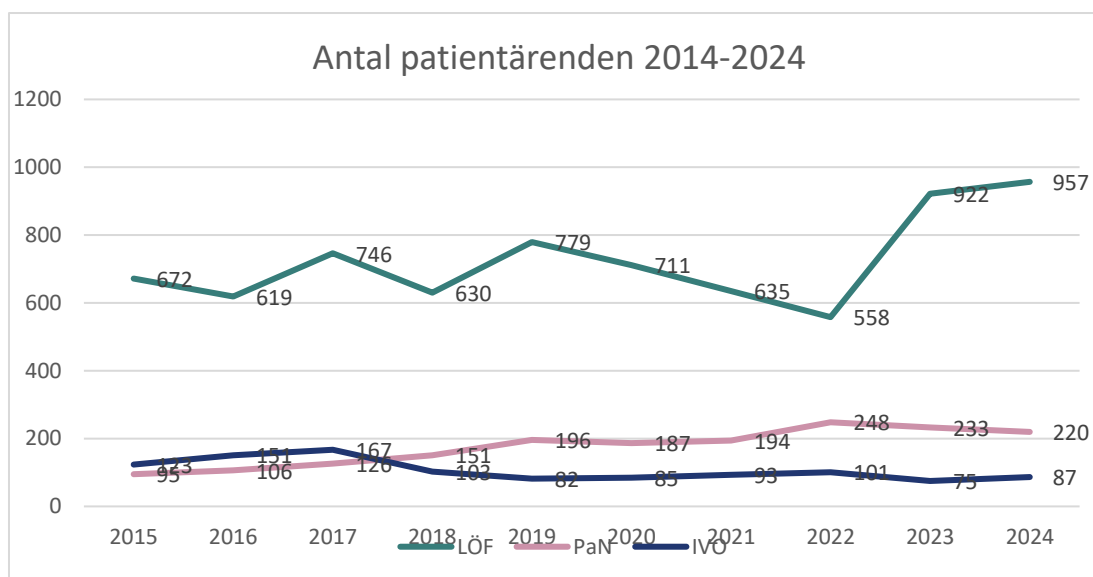
### Synpunkter och klagomål

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



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

För 2024 ses en liten nedgång av PaN-ärenden jämfört mot föregående år samtidigt som synpunkter och klagomål via 1177 har ökat. Antalet totala PaN-ärenden var 368 varav 220 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. Precis som tidigare år rör den största andelen synpunkter vård och behandling. Patienterna uppger att de upplever behandlingen som felaktig eller fördröjd och har även synpunkter gällande undersökning och utredning, medicinering och remisser. Därefter följer synpunkter som rör kommunikation och då främst bristande bemötande, att patienterna inte känner sig lyssnade till samt brister i dialog och delaktighet. .



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

## Öka riskmedvetenhet och beredskap

### Oförutsedda och oväntade händelser

Sjukhuset har en hög kris- och katastrofberedskap men det nya omvärldsläget ställer nya krav utifrån nationella beslut kring Civilt försvar, uppdaterade beredskapsplaner och en ny krigsorganisation. Det kommer också krävas ytterligare resurser för att bygga upp och hantera beredskapslager. 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. I juni fastställdes en åtgärdsplan för akutmottagningen med tre olika nivåer, med tillhörande proaktiva åtgärder som ledningsläkare, ledningssjuksköterska respektive operativ chef ska vidta. Sjukhuset har även en riktlinje *Chefläkare i beredskap* som beskriver ansvarsområden och hantering vid oväntade händelser samt resursbrist.



### Förberedelser, utbildningar och träning

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



## Utbildnings- och innovationscenter

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 2024 hade Kliniskt Träningscenter (KTC) 14 173 besökare (både studenter och medarbetare) vilket är ett större antal besökare än förra året. Exempelvis har sjuksköterskeutbildningen utökat antalet platser och till det har flera nya praktiska moment lagts till inklusive simuleringar av akuta patientsituationer. Även det nya läkarprogrammet har utökat sin simuleringsverksamhet, liksom sina färdighetsträningar och examinationer. Glädjande nog syns också en ökning av antalet anställda medarbetare som nyttjar KTC, bland annat i det nybyggda Simuleringscenter där flera verksamheter har visat intresse för att simuleringsovningar men också tack vare kliniskt utvecklingsprogram (KUP) för sjuksköterskor och undersköterskor.

Under året utbildades 2181 medarbetare i HLR samt 50 HLR instruktörer. En annan insats är fortsatt utbildning av instruktörer i konceptet **Stoppa blödning** och tillsammans med verksamhetsområde Perioperativ vård och intensivvård utbildades ca 150 medarbetare under november månad i detta. Inför sommaren utbildades 91 sommarvikarierande undersköterskor i områden som basal omvårdnad, vitalparametrar, NEWS2, omhändertagande enligt A-E, SBAR, träning av venös och kapillär provtagning samt kateeterisering av urinblåsa. KUP har under året genomförts i utökad regi med två parallella program för både steg 1 och steg 2, dvs totalt 100 platser per termin. Parallellt med att utveckla och förfina programmen har Utbildningscenter även startat upp pedagogisk kompetensutveckling för utbildarna inom programmet. Kurserna belyser det interprofessionella samarbetet. Förutom att undersköterskor och sjuksköterskor går kurserna tillsammans, deltar även AT-och ST-läkare i vissa moment.

### Hjärt- och lungräddning (HLR)

Utskott HLR har i uppdrag att ta fram sjukhusövergripande riktlinjer för hjärt- och lungräddning, vilket även inbegriper material såsom defibrillatorer och akutvagnar, larmrutiner och utbildningsorganisation. Syftet med allt arbete som bedrivs i sjukhusets HLR-organisation är att minska förekomsten av intrahospitala hjärtstopp och att öka överlevnad med god neurologisk funktion för de patienter som ändå drabbas. Under året togs ett ledningsgruppsbeslut att bifalla förslaget från Utskott HLR om att inrätta HLR-samordnare på varje verksamhetsområde. Syftet är att främja verksamhetsövergripande, interprofessionell HLR-utbildning och förbättra möjligheten att följa upp verksamheternas utbildningsmål genom att all HLR-utbildning registreras i Lärtoget. HLR-koordinator har haft uppstartsmöten med utsedda samordnare och flera av sjukhusets verksamhetsområden är nu i gång med utbildningsregistrering. HLR-relaterade avvikelser via HändelseVis analyseras. Syftet är kvalitetsuppföljning och att identifiera strukturella problem, behov av utbildningsinsatser eller förtydligande av riktlinjer. Ett exempel på identifierade strukturella problem är de återkommande tillfällen då patienter med beslut om att hjärt- och lungräddning ej ska utföras (ställningstagande till livsuppehållande behandling) ändå fått HLR samt tillfällen då ställningstagande saknas eller inte uppdaterats trots att patienten är i uppenbart terminalt skede. Samverkan har inletts med ansvarig för den palliativa processen, för att hitta arbetssätt och stöd för beslut, dokumentation och information.

Statistik på förhöjda NEWS2-poäng och MIG-bedömningar hos patienter som drabbats av hjärtstopp på sjukhuset under 2023 har analyserats. Syftet var att försöka ge en bild av omfattningen på eventuellt undvikbara hjärtstopp och förslag på åtgärder för att minska förekomsten. Rapporten delgavs MIG-gruppen, Utskott HLR och Utbildnings- och innovationscenter och har initialt legat till grund för riktade utbildningsinsatser om vikten av första länken i kedjan som räddar liv vid hjärtstopp: varningssignaler och tidigt larm. Detta arbete fortsätter under 2025.

I oktober stängdes det gamla interna larmnumret 61600 ned, då det gått ett år sedan sjukhuset gick över till larmnummer 2222. Uppföljning av felringningar till det gamla numret och återkopplingar varje månad till berörda personer och ansvariga chefer har gjorts. Antalet felringningar har successivt minskat varvid Utskottet ansåg det patientsäkert att stänga det gamla numret. För säkerhets skull kopplades det gamla telefonnumret till en telefonsvarare med hänvisning till 2222. Inga avvikelser har inkommit efter att det gamla larmnumret stängdes av.

I samband med att covid-19-pandemin upphörde identifierades ett behov av en mer generell riktlinje för HLR till patienter med misstänkt eller verifierad smittsam luftvägsinfektion. Bakgrunden är att HLR identifierats som en riskprocedur vid luftvägssmitta, på grund av aerosolspridning och att medarbetare då ska bära mun- eller andningsskydd vilket omöjliggör mun-till-mask-ventilation. För att säkerställa att samtliga patienter får inblåsningar i samband med HLR togs därför en behandlingsriktlinje fram, vilken baserades på Svenska HLR-rådets rekommendationer. Utbildningsmaterial finns tillgängligt och samtliga instruktörer uppmanas att inkludera detta i HLR-utbildning.

Med fortsatt analys av inträffade HLR-situationer och identifiering av strukturella patientsäkerhetsrisker och avvikelser kommer Utskott HLR att föreslå ytterligare åtgärder för att minimera undvikbara hjärtstopp och öka överlevnad med god neurologisk funktion på sjukhuset. Under 2025 kommer nya vetenskapliga riktlinjer för HLR från European Resuscitation Council (ERC), som kommer ligga till grund för de nationella riktlinjer som släpps 2026. Utskott HLR bevakar ERC guidelines 2025 för att se vilka fokusområden som rekommenderas utifrån det samlade vetenskapliga läget.

### **Concept for Patient Simulation (CEPS)**

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.

Under 2024 har arbetet med att hålla CEPS-kurser inom många av sjukhusets verksamhetsområden fortsatt. Fokus på samtliga kurser är ökad kvalitet av omhändertagandet av patienten och därmed ökad patientsäkerhet. Tanken är att hela tiden utveckla varje CEPS-kurs genom att uppmärksamma på vilka behov de olika verksamheterna uttrycker. Genom att ha ett tätt samarbete med övrigt patientsäkerhetsarbete på en klinik kan nya riktlinjer, upplevda utmaningar eller avvikelser arbetas in i en CEPS-kurs och därmed ges medarbetarna en möjlighet att träna på det som är aktuellt och relevant. En viktig del av utvecklingen av och arbetet med CEPS är den instruktörskurs som ges och erbjuds alla som ska börja hålla en CEPS-kurs.

Under året kunde de nya lokalerna i Simuleringscentrum på KTC börja att användas. Lokalerna är väl planerade och har visat sig vara mycket ändamålsenliga för att kunna bedriva högkvalitativ avancerad simuleringsträning.

CEPS-PCI är det senaste tillskottet i sjukhusets digra CEPS-katalog. Kursansvariga gick en CEPS Instruktörskurs under våren och håller nu en kurs som riktar sig till medarbetare från de olika verksamhetsområden som kan bli involverade i omhändertagandet av en patient på PCI. Under året har CEPS-kurser med 13 olika inriktningar genomförts på sjukhuset. Fem instruktörskurser har genomförts. Under instruktörskurserna har drygt 100 medarbetare från sjukhuset, men även från en stor andel sjukhus i landet, lärt sig grunderna i CEPS-pedagogiken för att kunna börja hålla kurser för sina kollegor inom sina verksamhetsområden.

# MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

## Verksamhetsplan 2025

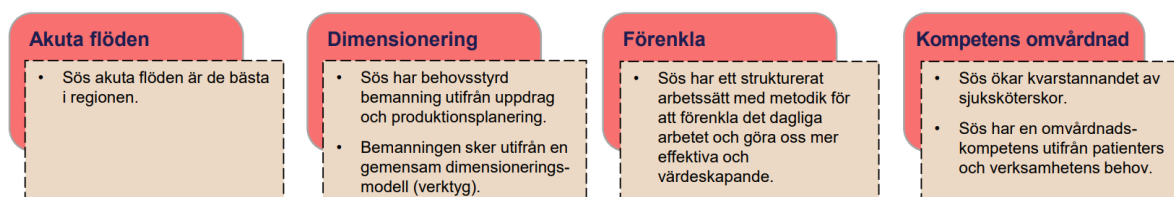
För att uppnå sjukhusets mission *Landets ledande akutsjukhus* har sjukhuset tydliggjort strategierna och de kritiska framgångsfaktorerna, vilka ska hjälpa sjukhuset att nå fastställda mål och indikatorer under det kommande året. Dessa fyra delar bildar tillsammans med regionens direktiv avseende mål, uppdrag och ekonomiska ramar sjukhusets verksamhetsplan (VP) 2025.

Visionen innebär att vi på Södersjukhuset är förebilder inom hela uppdraget - sjukvård, utbildning och forskning. Sjukvård ges med högsta kvalitet, gott bemötande och modern teknologi. Genom att utbilda framtidens medarbetare säkras sjukvård till kommande generationer. Sjukhusets forskning stärker vårdens förmåga att rädda liv och lindra lidande.

Sjukhuset ska attrahera, behålla och utveckla sina medarbetare samt stärka ledarskapet. Arbetet för en hållbar och hälsofrämjande arbetsmiljö är fortsatt prioriterat. En långsiktig ekonomisk uthållighet uppnås genom förbättrad bemanningsplanering, fortsatt effektivisering av metoder och processer samt implementering av modern teknik. Produktions- och kapacitetsstyrning har hög prioritet för att effektivt använda sjukhusets resurser, uppnå produktionsmål, korta väntetider och minska köer. Hållbarhet är ett centralt begrepp såväl ur ekologiskt, socialt som ekonomiskt perspektiv. Sjukhuset bidrar till en hållbar miljö och minskad klimatpåverkan med en förbättrad plast- och materialåtervinning, ökad andel ekologiska livsmedel och minskat matsvinn. Sjukhuset kommer från den första januari att vara en av fyra förvaltningar under Akutsjukhusnämnden.



Södersjukhusets fokusområden ramar in de utvecklingsperspektiv som är av stor vikt för att sjukhuset, än bättre, ska kunna lösa sitt uppdrag och nå sin vision.



Södersjukhuset behöver ständigt utveckla akuta vårdflöden. Sjukhuset ska ha effektiva arbetssätt och en organisation som främjar en ökad tillgänglighet. Tiden till första läkarbedömningen ska vara snabb och den totala vistelsetiden så kort som möjlig. Olika former av distanskonsultationer ska prioriteras, det pre-hospitala stödet från akutmottagningen till primärvården utökas från 10 till 20 vårdcentraler. Tre närankuter är anslutna sedan 2024. En förbättrad dimensionering av bemanning både inom öppen- och slutenvård ger förutsättningar för att sjukhusets kapacitet utnyttjas på bästa sätt. Utvecklingsåtgärder ska driva produktions- och kapacitetsplanering för att korta köer och förbättra tillgängligheten. Den grundläggande principen är att patienternas behov styr planeringen. Sjukvården har stora utmaningar som kräver nya och förändrade och förenklade arbetssätt. Ledordet är ”Kloka kliniska val” där befintliga vårdinsatser och metoder ständigt ska utvärderas, förenklas och ibland tas bort eller ersättas av nya. Sjukhuset ska fokusera på en fortsatt säkrad kompetensförsörjning av omvårdnadspersonal genom ökad grad av kvarstannande och fortsatt utveckling med hjälp av kompetensstegar som grund.

## Mål och indikatorer

Mål och indikatorer	Mål 2025
<b>KVALITET &amp; PATIENTSÄKERHET</b>	
Återinläggning – Akuta återinskrivningar inom 7 dagar, 80 år och äldre.	≤5,1 %
Infektioner – Vårdrelaterade infektioner (VRI).	≤4 %
Anmälningspliktiga resistenta bakterier – Patienter med risk hanterade enligt vårdprogram.	≥80 %
Stroke – Strokeenhet, IVA eller neurokirurgisk klinik som första vårdenhet.	≥90 %
Stroke – Trombolysbehandling inom 30 minuter från ankomst till sjukhuset.	≥55 %
Hjärtsvikt – Återinskrivning akut inom 30 dagar till SÖS ska förbättras jämfört 2024.	Redovisa resultat
Diabetes – Personer med diabetes typ 1 som har HbA1c ≤70 mmol/mol.	≥85 %
Höftfraktur – Patienter som opererats inom 24 timmar (ej multitrauma) efter ankomst.	≥75 %
Anestesi – Svenskt Perioperativt Register, Redovisa kvalitetsindex.	≥2,5 poäng
Trycksår – Patienter med förvärvat trycksår kategori 2-4 under aktuellt vårdtillfälle.	≤0,4 %
Fall – Patienter som faller under aktuellt vårdtillfälle – med eller utan skada.	≤1,5 %
Medarbetare – Hållbart säkerhetsengagemang (HSE), totalindex.	≥75
Nationell enkät – Pat. som svarat nöjd/mycket nöjd inom dimensionerna: information/delaktighet/helhetsintryck.	Redovisa resultat
Systematiskt arbete med social hållbarhet.	Redovisa resultat

Det finns ytterligare mål och indikatorer som rör områdena tillgänglighet, forskning och utbildning, hållbart medarbetarperspektiv, hållbar miljö och minskad klimatpåverkan samt hållbar ekonomi.

## **Säker vård med hög kvalitet**

### **Införande av personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp**

Inom ramen för det nationella systemet för kunskapsstyrning ska sjukhuset fortsätta införandet av en gemensam struktur för vårdprocesser (sjukhusets del av vårdförloppen). Arbetet med att stödja införande av vårdprocesser sker bland annat genom att anordna återkommande nätverksträffar för sjukhusets deltagare i nationella och/eller regionala programområden, samordning av utdelning av ekonomiska medel, stöd till nya vårdprocessteam och en gemensam struktur på intranätet. Under 2025 kommer särskilt stöd kunna ges för att visualisera data avseende vårdprocesserna genom sjukhusets utdatabas.

### **Kontinuerlig uppföljning av kvalitetsindikatorer**

De sjukhusgemensamma och sjukhusspecifika kvalitetsindikatorer som ingår i sjukhusavtalet kan nu i stort följas kontinuerligt via sjukhusets utdatabas. Under 2025 ska detta arbete vidareutvecklas för att skapa mer transparens och engagemang kring förbättring av vårdkvalitet. Tid behöver inte läggas på rapportering av data, utan fokus kan vara på arbetet med förbättringar, data finns också tillgängligt för alla sjukhusets medarbetare.

### **Stärka patientsäkerhetskulturen**

I planen för 2025 har sjukhuset för avsikt att ytterligare stärka patientsäkerhetskulturen genom fortsatt arbete utifrån resultatet på HSE-frågorna i medarbetarenkäten, ökad användning av verktyg för regelbunden reflektion, utbildningar och aktiviteter utifrån de av Socialstyrelsen nyligen framtagna nationella kompetensmålen för patientsäkerhet och sannolikt kommer arbetet med patientsäkerhetsdialoger med alla verksamhetsområden att startas upp.

### **Minska vårdrelaterade infektioner**

Fortsatt arbete med implementering av en sjukhusövergripande handlingsplan för att minska förekomst av vårdrelaterade infektioner (VRI) och smittspridning kommer att pågå under året. Utbildningsaktiviteter för att minska VRI ska ske genom att uppmärksamma basala hygienrutiner, pneumoni- och kateterverkstäder, samt aktiviteter för att förebygga postoperativa infektioner.

### **Kompetens omvårdnad**

Sjukhuset ska fokusera på en fortsatt säkrad kompetensförsörjning av omvårdnadspersonal genom ökad grad av kvarstannande och fortsatt utveckling med hjälp av kompetensstegar som grund.

### **Skörhetsskattning**

Skattningsinstrumentet clinical frailty scale (CFS) för att tidigt identifiera patienter med hög grad av skörhet har införts och fortsatt implementering kommer att ske under 2025. Skattningen kommer att användas som underlag för prioritering på akutmottagningen (*Guldspåret*) samt som stöd till medicinska beslut och planering inför utskrivning.

### **Stärka arbetet kring läkemedel**

Utbildning i läkemedelshandtering och rimlighetsbedömning för sjuksköterskor kommer att genomföras för att minska risken för felaktig läkemedelsbehandling. Vid sidan av detta pågår ett arbete för att säkerställa ett robust beredskapslager av läkemedel vid eventuell bristsituation eller vid störning i distributionskedjan.

## **Ingen ska vänta i onödan**

### **Tillgänglighet och akuta flöden**

Sjukhusets akutmottagningar tar emot ca 125 000 personer per år med varierande grad av akut sjukdom. De flesta övriga patienter som söker är multisjuka äldre varav flera inremitteras till akutmottagningen från särskilt boende eller från ASIH (avancerad sjukvård i hemmet). Det är en bred variation på hur det akuta omhändertagandet behöver vara. På akutmottagningen finns sedan 2023 en mindre CDU avdelning (Clinical decision unit) med sju vårdplatser. Inom en CDU bör patienter med akuta men kortvariga tillstånd vårdas och behöver därmed inte vårdas på sjukhusets specialiserade vårdavdelningar. Sjukhusets CDU och samarbetet med övriga vårdverksamheter kommer fortsatt utvecklas under 2025, allt för att ytterligare minska ledtiderna på akuten.

Ett av de sjukhusövergripande projekten som planeras ska arbeta med ”Akuta flöden”. En översyn/revidering ska också göras av den 2 år gamla övergripande riktlinjen för inskrivningsprocessen som inkluderar åtgärdstrappan vid ansträngda lägen (ex beslut om utlokalisering, överbeläggning och etablering av extra vårdmoduler) och vårdplatsmöten. Olika etablerade roller ska också utvärderas (exempelvis vårdplatskoordinator och vårdplatsansvarig läkare inom slutenvården) samt hur samverkan i vårdövergången mellan akutläkare och läkare inom slutenvården ytterligare kan förbättras. Även utskrivningsprocessen ska granskas och förslag ska tas fram på förbättringar kring samverkan med mottagande enheter (exempelvis geriatrik, ASIH och kommuner).

Akutmottagningen har även initierat projekt för att effektivisera inskrivningen av gående patienter, exempelvis genom att låta patienter självregistrera sin ankomst och grundinformation, vilket kommer att leda till bättre resursutnyttjande och därmed mer tid för diagnos och behandling. Under 2025 sker en utökad internutbildning i syfte att akutläkarna skall uppnå hög kompetens och trygghet i beslutsfattande vilket skall bidra till ökad förmåga att bedöma fler patienter per pass jämfört med idag. Hög kompetens och trygga system ger möjlighet till snabbare handläggningstider och snabbare tid till en första läkarbedömning.

### **Etablera Geriatrisk Clinical decision Unit)**

Sjukhuset har för avsikt att etablera en Geriatrisk Clinical decision Unit (G-CDU); en så kallad geriatrisk bedömningsenhet. Syftet är att de sköra äldre snabbt skall bli bedömda och överförda till en vårdmiljö där omvårdnad, utredning och uppstart av behandling ska komma i gång inom en timme med en överföring till geriatrik inom 24 - 36 timmar. Detta projekt är ett av sjukhusets viktigaste förändringsarbeten under 2025 för att kunna möta behovet och tillströmningen av äldre patienter som är att vänta under de närmaste åren.

## Det mest attraktiva valet

### Bemötande, patientdelaktighet och patientnöjdhet

Som en del av arbetet med social hållbarhet och tillgång till jämlik vård är ett gott patientbemötande av betydelse för patientupplevelsen, patientsäkerheten och för att motverka diskriminering. Sjukhuset fortsätter med de utbildningsinsatser i bemötande och empati som sedan tidigare pågår genom bland annat *Empatigymmet*, ett verktyg för att praktiskt träna bemötande och empati. Medlemmar i patient och närstående rådet har också deltagit vid olika utbildningsinsatser på sjukhusets rörandes bemötande och patientdelaktighet. Medverkan av rådets medlemmar har upplevts som mycket positivt av medarbetarna och planeras fortsätta även framledes.

### Jämställd och personcentrerad vård

Som ett led i att öka den personcentrerade vården har sjukhuset tagit fram verktyg och arbetssätt bestående av instruktionsfilmer och fickkort/checklista i syfte att underlättar patientnära rapport vilket innebär att omvårdnadspersonal i bytet mellan förmiddagspass och eftermiddagspass gör en överrapportering direkt vid patientens sida. Arbetssättet uppmuntrar till att använda patienten som en part i vårdsystemet. De positiva effekterna som kan ses vid patientnära rapport är bland annat:

- Ökad patientdelaktighet då patienten ges möjlighet att ställa frågor, ge sin syn på vården och känna sig mer involverad:
- Förbättrad informationsöverföring med minskad risk för missförstånd som kan uppstå vid muntliga överlämningar utanför vårdrummet då eventuella oklarheter kan redas ut omedelbart med patienten närvarande.
- Snabbare identifiering av förändringar ges då närvaro vid patientens sida under rapporteringen ger sjuksköterskor och undersköterskor möjlighet att direkt observera eventuella förändringar i patientens tillstånd. Detta möjliggör en mer proaktiv och snabb respons på vårdbehov.
- Stärkt teamkänsla och samarbete: Att rapportera vid patientens sida kan förbättra samarbetsklimatet mellan olika yrkesgrupper, eftersom alla ser samma information och kan diskutera direkt.

Samtliga slutenvårdsavdelningar inom verksamhetsområde Kirurgi är i gång med arbetssättet och fler är på väg in.

### Säkra kompetensförsörjning

Under 2025 planeras ett fortsatt arbete med att utifrån regionens kompetensförsörjningsstrategi identifiera och prioritera fokusområden med syftet att attrahera, utveckla och behålla kritiska kompetenser. Uppföljning och utveckling kommer att göras av den systematiska och strukturerade processen för årlig kompetensplanering. Processen som har tagits fram ska utmynna i kompetensplaner på minst verksamhetsområdesnivå. Sjukhuset har ett fortsatt stort fokus på att implementera beslutade kompetensstegar för olika grupper, i syfte att skapa förutsättningar för kompetensutveckling samt att tydliggöra karriärvägar. På övergripande nivå fortsätter arbetet med att samordna sjukhusgemensamma utvecklings- och utbildningsinsatser kopplade till de olika stegarna. Aktiviteter som planeras för 2025 inom området Employer Branding är bland annat att producera ett antal ytterligare filmer med olika fokus som bland annat ska användas i sociala medier och i samband med rekryteringar och profileringsevent. Även arbetet med att skapa större flexibilitet och behovsstyrd bemanning fortsätter. Bland annat har sjukhusets resursteam ett uppdrag att utöka sin verksamhet. Ett sjukhusövergripande arbete har startat och planeras fortsätta under nästa år för att effektivisera schemaläggning och bemanningsplanering och höja kunskapen inom området.