

# Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse för Södertälje sjukhus 2022



Datum: 2023-03-31

*Ansvariga för innehållet:*

Lena Sunnermalm, chefläkare  
Lena Swedberg, chefsjuksköterska  
Avd. Patientsäkerhet och kvalitet

## Inledning

Mallen för patientsäkerhetsberättelsen utgår från lagkrav och följer strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

För att kunna nå den nationella visionen ”God och säker vård – överallt och alltid” och det nationella målet ”ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”, har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet: Engagerad ledning och tydlig styrning, en god säkerhetskultur, adekvat kunskap och kompetens och patienten som medskapare. Dessutom har fem nationella fokusområden valts ut vilka ligger som grund för innehållet i mallen för patientsäkerhetsberättelsen (se även i figur):

- Öka kunskap om inträffade vårdskador
- Tillförlitliga och säkra system och processer
- Säker vård här och nu
- Stärka analys, lärande och utveckling
- Öka riskmedvetenhet och beredskap



Källa:

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

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

<b>SAMMANFATTNING .....</b>	<b>4</b>
<b>GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD .....</b>	<b>5</b>
ENGAGERAD LEDNING OCH TYDLIG STYRNING .....	5
<i>Övergripande mål och strategier .....</i>	5
<i>Organisation och ansvar .....</i>	5
EN GOD SÄKERHETSKULTUR .....	6
<i>Hållbart Säkerhetsengagemang (HSE) .....</i>	7
ADEKVAT KUNSKAP OCH KOMPETENS.....	8
<i>Yrkeskompetens för säker vård - ges på KTC .....</i>	9
<i>Magnet4Europe - studie med fokus på kompetens och kvalitet inom omvårdnad ..</i>	9
PATIENTEN SOM MEDSKAPARE.....	10
<b>AGERA FÖR SÄKER VÅRD .....</b>	<b>10</b>
ÖKA KUNSKAP OM INTRÄFFADE VÅRDSKADOR FÖR LÄRANDE OCH FÖRBÄTTRINGAR .....	10
<i>Vårdavvikelse, händelseanalyser, klagomål och synpunkter samt Lex Maria.....</i>	10
TILLFÖRLITLIGA OCH SÄKRA SYSTEM OCH PROCESSER .....	13
RISKER OCH RISKMEDVETENHET .....	14
RISKHANTERING.....	14
SJUKHUSETS PLANERING MED DET ROBUSTA SJUKHUSET .....	18
<b>MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR.....</b>	<b>18</b>

## SAMMANFATTNING

### Sammanfattning av de tre viktigaste förbättringsåtgärderna 2022

De har också påverkat måluppfyllelsen när det gäller ett flertal kvalitetsindikatorer

1. Genomförande av händelseanalyser med återkoppling och uppföljning av handlingsplaner.  
Exempel på förbättringar
  - a. Omhändertagande av patienter med hotande eller manifesterad sepsis.
  - b. Omhändertagande av patienter med "akut buk".
  - c. Omhändertagande av patienter med stroke.
  - d. Förebyggande av trycksår
  - e. Förebyggande av fallskador
2. Mer systematisk uppföljning av risker och resultat inom patientsäkerhet och kvalitet
  - a. Uppföljning av följsamhet och handläggning av vårdavvikelse
  - b. Riktad uppföljning av resultat inom kvalitet, patientnöjdhet, säkerhetskultur
  - c. Riktade hygienronder, patientsäkerhetsrond
3. Utbildningsinsatser
  - a. Inom ramen för KTC (Kliniskt Tränings Centrum)
    - i. Färdighets- och teamträning för säker vård av hög kvalitet
  - b. Introduktionsutbildningar
  - c. Chefsutbildningar

### De viktigaste prioriterade åtgärderna för Södertälje sjukhus 2023 inom patientsäkerhetsområdet

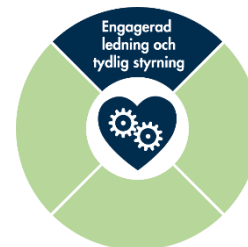
1. Fortsatt utveckling av det systematiska arbetet med risk – och händelseanalyser inkl. återkoppling och uppföljning
2. Fortsatt systematiska utbildningsinsatser både rörande kunskap inom området patientsäkerhet och yrkeskunskap
3. Plan för genomförande av Socialstyrelsens patientsäkerhetsutbildning
4. Fortsätta arbetet med patientsäkerhetsronder och egenkontroller
5. Införa PSVF (Personcentrerade Standardiserade Vårdförlopp) inom områdena sepsis, stroke samt påbörja arbetet med ytterligare prioriterade vårdförlopp
6. Säkerställa möjligheter till vård på högre vårdnivå för de patienter som behöver inkl. korrekt tillämpning av NEWS2 och ONEWS
7. Undvika lång väntan på vårdplats på akutmottagningen
8. Minska andelen VRI på geriatriska vårdavdelningar

## GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

### Engagerad ledning och tydlig styrning

#### Övergripande mål och strategier

- Södertälje sjukhus värdegrund innebär ”Patienten först, Varje medarbetare gör skillnad, Engagemang för helheten och Kvalitet och utgör en viktig bas för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet. Sjukhusets verksamhetsplan innehåller också verksamhetsstrategin för de kommande åren - Agenda 2027. Den utgår från 4 av de totalt 17 globala målen som världens länder har antagit för en hållbar utveckling, där sjukhuset utifrån sitt uppdrag och ansvarsområde har möjlighet att bidra. Två av de fyra målen rör mycket tydligt kvalitet, kunskapsstyrning och patientsäkerhet. Dels ”god hälsa och välbefinnande”, där målen är säker kunskapsbaserad vård av hög kvalitet och personcentrerad vård med sammanhållna vårdförlopp. Inom målet ”minskad ojämlikhet” finns ett mål som anger att sjukhuset ska uppnå uppsatta leddidsmål inom standardiserade, personcentrerade vårdförlopp.
- Sjukhusets styrkort utgörs av fyra delar där ledningen har som uppgift att följa upp och kommunicera regionledningskontorets, beställarorganisationen Hälso- och sjukvårdsförvaltningens (HSF) och styrelsens sjukhusgemensamma mål inom området. HSF uppdrar dessutom sjukhuset att formulera och följa upp egna, sjukhusspecifika mål.
- Målen följs upp regelbundet vid möten i sjukhusets ledningsgrupp samt vid vd:s månatliga uppföljningar med berörda verksamhetschefer för redovisning av resultat och vidtagna åtgärder för att nå måloffyllelse. I ledningens uppgifter ingår också att skapa förutsättningar genom att stödja chefer och medarbetare med metoder och verktyg för uppföljning och förbättringsarbete.



#### Organisation och ansvar

Verkställande direktör är ytterst ansvarig för all verksamhet inom sjukhuset som i sin stab har stöd i arbetet med kvalitet, kunskapsstyrning och patientsäkerhet av chefläkarfunktionen och chefsjuksköterska. De leder i sin tur arbetet inom Avdelningen för patientsäkerhet och kvalitet (PSK). De utgör också en länk mellan externa kravställare och sjukhusets interna arbete med dessa frågor och har en särskilt avdelad controller till visst stöd för arbetet. Chefläkare och chefsjuksköterska ingår i sjukhusets ledningsgrupp.

Sjukhusets verksamhetschefer är i enlighet med Hälso- och sjukvårdslagen ansvariga för att tillgodose patientens behov av god vård. Alla chefer och medarbetare har ett ansvar att delta i arbetet med patientsäkerhet, kvalitet och kunskapsstyrning.

#### *Samverkan för att förebygga vårdskador*

I syfte att förebygga vårdskador och utveckla arbetet med patientsäkerhet, kvalitet och kunskapsstyrning sker regelbunden uppföljning i sjukhusets ledningsgrupp. Vd:s uppföljning med verksamhetsområdena sker med jämna mellanrum tillsammans med chefläkare och chefsjuksköterska. På sjukhuset finns för stöd arbetet, med deltagande från berörda verksamheter och professioner, kvalitetsråd, läkemedelsråd och hygienråd. Dessutom sker veckovisa avstämningsmöten med företrädare från sjukhuset och representanter för vårdhygien. Sjukhusets

utskrivningsteam har regelbundna möten med företrädare för kommun och primärvård. Inom regionen sker samverkan som rör säker vård i flera nätverk, bland annat kvalitets- och chefläkarnätverket samt regionsamverkansgruppen patientsäkerhet.

Händelseanalyser, inklusive återkoppling av slutrapporter, som involverar flera verksamhetsområden genomförs med deltagande från samtliga berörda verksamhetsområden, med en verksamhetschef som uppdragsgivare och med stöd av chefläkare.

### *Informationssäkerhet*

Arbetet med informationssäkerhet sker enligt Region Stockholms styrande dokument verksamhetsskyddspolicy och riktlinjer för informationssäkerhet, baserat på standarden SS-ISO/IEC 27000-serien. Sjukhuset använder regionens fastslagna process för systematiskt informationssäkerhetsarbete, Complianceprocessen, för att genomföra riskbedömning av sjukhusets mest kritiska IT-system och verksamheter men även innan tillförande av nya informationsbehandlande system. Inför upphandlingar görs konsekvens- och riskbedömningar för att kunna arbeta proaktivt med att identifiera sjukhusets sårbarheter, införa och följa upp säkerhetsåtgärder samt stärka skyddet för den personliga integriteten. Dessutom kravställs potentiella leverantörer utifrån Region Stockholms informationssäkerhetskrav i upphandlingsprocessen. Leverantören skall möta de lagkrav som finns, i första hand Schrems2 och NIS2.

Exempel på genomförda eller pågående riskanalyser:

Ny röntgenutrustning

Behörighetstilldelning i journalsystem

Nytt system för bemanning och arbetsplanering

Fokus för kommande år är att stärka informationssäkerheten genom att tillse att all nyanställd och befintlig personal genomför Region Stockholms obligatoriska e-utbildning DISA. Dessutom pågår planering att tillsätta informationssäkerhetsombud i verksamheterna under 2023.

### *Strålsäkerhetsarbete*

(se separat bilaga Strålsäkerhetsbokslut 2022)

## **En god säkerhetskultur**

Det långsiktiga målet för sjukhuset är att gå från en mer reaktiv till en proaktiv och därmed högsta nivån i patientsäkerhetskulturtrappan där patientsäkerhet är en naturlig och integrerad del i allt vi gör. De huvudsakliga aktiviteterna för att nå dit är

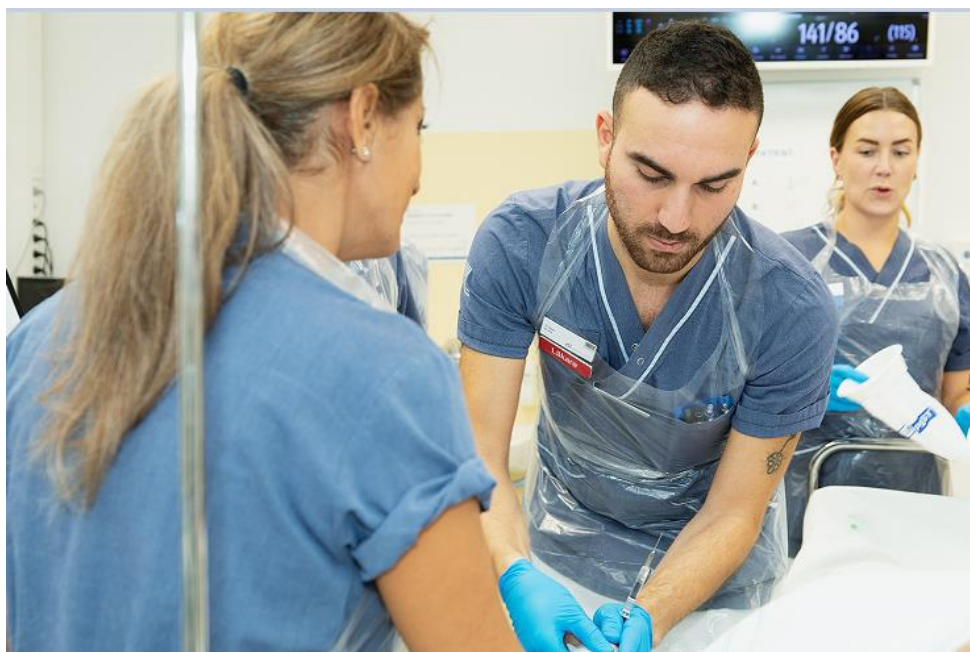
- Tydligt engagemang och styrning från vd och sjukhusets övriga
- ledning i arbetet
- Uppföljning av relevanta data, händelseanalyser, anmälningar enligt Lex Maria, Säkerhetskultur (HSE) och liknande i sjukhusets ledningsgrupp och andra väsentliga forum
- Patientsäkerhetsronder
- Adekvat kunskap och kompetens
  - Professionskunskap – verksamheternas ansvar att säkerställa och följa upp
  - Team- och särskild färdighetsträning – Kliniskt Träningscentrum (KTC)
  - Kunskap om patientsäkerhet – ingår i samtliga introduktionsutbildningar samt erbjuds riktat och vid behov
- Patienten som medskapare



- Se punkten ”Patienten som medskapare”
- Systematiskt arbete med
  - Rapportering, hantering och uppföljning av vårdavvikelser
  - Patientklagomål och synpunkter
  - Händelseanalyser inkl. ställningstagande till vårdskada och ev. anmälan enligt Lex Maria
  - Riskanalyser inför införande av nya metoder och behandlingar samt vid verksamhetsförändringar.

Innebörden av en god patientsäkerhetskultur har också, i olika forum och regelbundet, kommunicerats från sjukhusets ledning med möjlighet till reflektion.

Innebörden är ett aktivt arbete med att identifiera och minimera risker och skador, ett förhållningssätt där man inte skuldbelägger varandra. Att vi alla lär av negativa händelser som har inträffat och har ett öppet arbetsklimat där medarbetare tryggt kan rapportera, diskutera och ställa frågor om säkerhet. Dessutom ska vi vara måna om att alla lär av det som har gått bra.



### **Hållbart Säkerhetsengagemang (HSE)**

Sedan 2018 ingår 11 regionsgemensamma frågor avseende säkerhetskultur, Hållbart Säkerhetsengagemang (HSE), i den årliga medarbetarenkäten. Svaren finns redovisade på enhets- verksamhets samt sjukhusnivå. Förutom de separata frågorna skapas även ett index-värde som ger möjlighet att följa resultaten över tid.

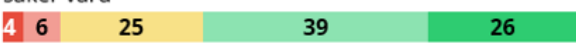
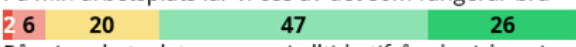



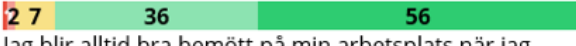


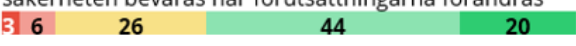
HSE-index uppgick år 2022 till 74, en liten förbättring jämfört med föregående år (73).

Sjukhusets resultat följs upp i ledningsgruppen. Varje verksamhet har som uppgift att följa upp sina resultat och vid behov göra handlingsplaner. Chefläkare och chefsjuksköterska har följt upp både verksamhetsområdenas resultat av HSE och avvikelshantering i samband med vd:s månadsuppföljning med verksamhetsområdena. Detta för att betona och ha dialog om bl.a. betydelsen av återkoppling och väl fungerande uppföljning av åtgärder med anledning av avvikelser.

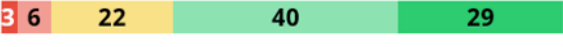

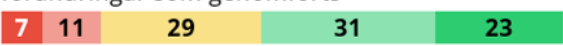
Resultat HSE för Södertälje sjukhus, se nedan:

## Hållbart Säkerhetsengagemang- HSE

Södertälje sjukhus AB

	2022	2021	HAR ÅSIKT
Min chefs chef ger förutsättningar för att bedriva en säker vård		3,8 3,6	99%
På min arbetsplats lär vi oss av det som fungerar bra		3,9 3,8	99%
På min arbetsplats agerar vi alltid utifrån de risker vi ser		3,8 3,7	99%
På min arbetsplats genomförs alltid förbättringar efter negativa händelser		3,6 3,5	99%
Jag påtalar när jag tror något är på väg att gå fel		4,4 4,3	100%
Jag vågar prata om mina misstag		4,4 4,4	100%
Jag blir alltid bra bemött på min arbetsplats när jag behöver hjälp		4,2 4,1	100%
På min arbetsplats har vi ett väl fungerande samarbete med andra verksamheter		3,8 3,7	99%
På min arbetsplats anpassar vi arbetet så att säkerheten bevaras när förutsättningarna förändras		3,7 3,6	96%

HSE tillägsfrågor (ingår inte i HSE-index)

	2022	2021
Jag skulle känna mig trygg om en närstående vårdades på min arbetsplats		3,9 3,8
På min arbetsplats erbjuder vi patienter att vara delaktiga i vårt patientsäkerhetsarbete		3,4 3,3
På min arbetsplats får vi återkoppling på de förändringar som genomförts		3,5 3,4

## Adekvat kunskap och kompetens

För att upprätthålla en god säkerhets- och förbättringskultur är det viktigt att alla medarbetare får en allmän kunskap som bas; både vad gäller kunskap om de lagar och regelverk som styr vårdens kvalitet och säkerhet men även på vilket sätt som sjukhuset och dess medarbetare arbetar systematiskt med de viktiga frågorna. Anpassade föreläsningar inom området patientsäkerhet och kvalitet ges av avd. PSK till riktade grupper; chefer, läkare och vårdpersonal,





inom ramen för deras introduktioner. Därutöver ingår ämnet i de chef- och läkarmöten samt kvalitetsforum som ges i större format i sjukhusets aula.

### **Yrkeskompetens för säker vård - ges på KTC**

Sjukhusets KTC (Kliniskt Träningscentrum) är starkt integrerat i det systematiska patientsäkerhetsarbete för att möta upp verksamheternas behov av såväl teoretisk kunskap som färdighets- och teamträning med syftet att upprätthålla en god och säker vård. KTC öppnade 2018, utvecklas ständigt och är sedan 2022 organisatoriskt en del av avd. PSK. Antalet sjukhusövergripande aktiviteter nådde närmare 1000 medarbetare vilket är en stadig ökning.

Introduktionskurser ges med jämna intervaller för att möta upp behovet och under året ett stort antal undersköterskor, sjuksköterskor och läkare deltagit i sina respektive program med ämnen som patientsäkerhet och kvalitet, vårdhygien, akut omhändertagande, läkemedel och dokumentation. Därutöver har två terminslånga väl utvärderade program för nytexaminerade sjuksköterskor genomförts med ett 40-tal deltagare. Nya yrkesgrupper tillkommer och under 2022 fick även sjukhusets transportörer en kompetenshöjande utbildning i säkert omhändertagande och bemötande. Samtliga undersköterskelever erbjuds också en introduktion till säkert arbetsätt inför sin arbetsplatsförlagda utbildning på sjukhuset.

Avd. PSK medverkar aktivt för en kvalitetssäkrad kompetensutveckling inom patientsäkerhet för sjukhusets medarbetare på flera sätt. Förutom fysiska och digitala kurser på KTC uppmärksammas nationella fokusdagar i sjukhusets aula som öppna föreläsningar. Under året arrangerades Alla hjärtans dag (HLR/hjärtstopp), Handhygiendagen, Patientsäkerhetsdagen samt Trycksårsdagen.



### **Magnet4Europe - studie med fokus på kompetens och kvalitet inom omvårdnad**

Magnetmodellen och magnetcertifierade sjukhus har funnits sedan 1990-talet med ursprung i USA. Magnetmodellen berör främst omvårdnadsprofessionen och deras kompetens, ledarskap och arbetsmiljö men teamet och det interprofessionella samarbetet lyfts även fram som viktiga. Studier visar att magnetsjukhus lyckas rekrytera och behålla sjuksköterskor i större grad än andra med

ökad omvårdnads kvalitet och patientnöjdhet som följd. Under året inkluderades sjukhuset till en EU-finansierad studie med främsta fokus att testa principerna i magnetmodellen. Södertälje sjukhus deltagande, som ett av fyra svenska sjukhus bland 60 europeiska och 60 amerikanska sjukhus, innebär dels ett förbättringsarbete med magnetmodellen som princip, dels en enkätstudie till kliniskt verksamma läkare och sjuksköterskor om deras upplevda arbetsmiljö och –situation. Södertälje sjukhus har också tilldelats ett tvillingsjukhus i USA för stöd och kunskapsutbyten; Summa Health Ohio, USA.

Förbättringsarbetet görs inom ramen för verksamhetsområde Vård med flest grundutbildade sjuksköterskorna och utmaningar med hög omsättning. En kartläggning, likt en magnetcertifiering, har genomförts och aktiviteter identifierats och prioriterats. Exempel är en tydligare omvårdnadsorganisation samt ökat stöd till nyutexaminerade sjuksköterskor.

Önskat resultat är ökad attraktivitet för sjukhuset som arbetsplats, där det erbjuds interna karriärmöjligheter och där man väljer att stanna kvar. Framförallt gagnar förbättringsarbetet patienter i form av en förbättrad omvårdnads kvalitet. Södertälje sjukhus deltagande, som enda sjukhuset i region Stockholm, har väckt både intresse och positiv publicitet.

## Patienten som medskapare

Södertälje sjukhus verksamhetsstrategi anger som ett långsiktigt mål att vi ska bedriva en personcentrerad vård med sammanhållna vårdförlopp där vi strävar efter hög delaktighet, trygghet och egenansvar från patienterna. Både individens hälsa och sjukdom ska vara i fokus i patientmötet. Ett av våra utvecklingsuppdrag under innevarande avtalsperiod är patientinvolvering där målet är att skapa dialogmodeller. Patientkontrakt för en förbättrad samordning och samverkan ska införas inom ramen för sammanhållna personcentrerade vårdförlopp.



Analys av Nationella Patientenkäten 2021 identifierade brister i kommunikation och språk samt bemötande vilket bedömdes vara i behov av sjukhusövergripande åtgärder. Under 2022 har därför en beteendekod arbetats fram av HR-avdelningen i dialog med medarbetare och Beteendekoden är nu en integrerad del av värdegrunden och APT-material och trycksaker är framtagna för breddimplementering i verksamheterna.

Sjukhuset saknar fortsatt en enhetlig struktur för patientinvolvering och arbetet med personcentrering är inte fullt utvecklat ännu. Framdrift har hindrats av pandemin.

## AGERA FÖR SÄKER VÅRD

### Öka kunskap om inträffade vårdskador för lärande och förbättringar

#### Vårdavvikelser, händelseanalyser, klagomål och synpunkter samt Lex Maria

##### Vårdavvikelser

Kunskap hos alla medarbetare och chefer om vikten av att rapportera identifierade risker, tillbud och negativa händelser är en förutsättning för en god säkerhetskultur. Information och utbildning är viktig, målet är att utforma den utifrån behov, t ex genom lättillgänglig information och länk till system. Det sker även genom digitala och fysiska utbildningar vid t ex nyanställning och chefsuppdrag. Utbildning i avvikelshantering ingår i dagsläget vid allmän introduktion för AT-läkare, introduktion för läkare, sjuksköterskor och undersköterskor samt i samband med

chefsutbildning. Behovet av utökad utbildning och stöd till chefer i deras handläggarroll är identifierat. Arbete för att fortsätta att stödja cheferna i deras roll pågår kontinuerligt.

Vårdavvikelse rapporteras i HändelseVis. Samtliga medarbetare har åtkomst via intranätet och inloggning sker med e-tjänstekort. Avvikelse rapporteras av förutbestämmd person, oftast av medarbetarens chef. I vissa fall har verksamheten organiserat patientsäkerhetsarbetet genom att tilldela behörighet och ansvar att handlägga vårdavvikelse till annan än chef, t ex till en medicinskt ledningsansvarig läkare. Rapporteringsbenägenheten är fortsatt jämn med 1178 *rapporterade* vårdavvikelse under 2022 (2021: 1133, 2020: 1156). Antal *handlagda* vårdavvikelse år 2022 uppgick till 1042, fördelade på klassificering risk (380), tillbud (380) och negativ händelse (282). Av de klassificerade negativa händelserna bedömdes 72 vara en vårdskada.

Nedan är en sammanfattning av klassificering av handlagda vårdavvikelse inom utvalda problemområden med jämförelser från tidigare år:

Klassificering	2019	2020	2021	2022
Dokumentation/informationsöverföring	228	195	197	198
Läkemedel	117	87	103	105
Vårdhygien	26	41	18	21
Oväntat dödsfall	3	1	1	4
	154	169	113	112
	Varav	Varav	Varav	Varav
	fall:	fall:	fall:	fall:
Patientolycksfall	151	154	88	89

### Händelseanalyser

Händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada utreds och följs upp med händelseanalyser. Kunskap, systematik och engagemang i arbetet har fortsatt att öka. Syftet med risk- och händelseanalyser är alltid att förbygga vårdskada genom att föreslå åtgärder som kan förhindra att liknande händelser inträffar i framtiden. Arbetet ska bidra till en ökad säkerhetskultur där risker och händelser diskuteras på ett konstruktivt sätt.

Under året har 21 händelseanalyser genomförts där 8 ej är helt slutförda och några fortfarande bereds. Av dessa har 6 hittills lett till anmälan enligt Lex Maria. Ytterligare 2 anmälningar har lämnats in där analyserna genomfördes 2021.

Antalet anmälningar enligt Lex Maria är oförändrade jämfört med 2021 och förväntas öka 2023 då flera analyser genomförda 2022 förväntas leda till anmälan. Ökade kunskaper om vårdskadebegreppet och viljan att ge patient och närstående en förklaring till det som hänt har lett till flera händelseanalyser. Det finns också en medvetenhet om hur systemperspektivet kan förbättra verksamhet och arbetsmiljö.

### Klagomål och synpunkter

Synpunkter och klagomål från patienter och närstående kommer från Patientnämnden, via IVO och som enskilda klagomål. För systematisk hantering ska de muntliga klagomål som framförs under vårdtiden på sjukhuset registreras som en avvikelse där de framförs. En relativt stor andel av synpunkter och klagomål berör fler än en verksamhet. Chefläkare utser alltid en huvudansvarig som besvarar ärendet efter att ha inhämtat synpunkter från samtliga berörda. När ärenden leder till händelseanalyser görs patient och eller närstående alltid delaktiga i analysen (om inga särskilda

hinder finns). Även vid de klagomålsärenden som inte leder till händelseanalys ansvarar verksamhetschefen för att hen själv, annan chef eller lämplig medarbetare tar personlig kontakt med patient/närstående.

Varje verksamhetschef ansvarar för att sammanställa och analysera klagomål och synpunkter som inkommit. Chefläkare tar del av samtliga yttranden som lämnas när klagomål och synpunkter inkommit via 1177, Patientnämnden, IVO, patientvägledare eller på annat sätt centralt till sjukhuset.

Antal patientnämndsärenden har ökat, klagomål från enskilda som IVO avslutat och överlämnat till vårdgivaren för utredning och hantering är något färre. Övriga synpunkter och klagomål har minskat något jämfört med 2022. Det är svårt att uttala sig om orsaker till förändringar, rör sig om relativt få ärenden till antalet. Patienter kan t.ex. välja olika sätt att kontakta vården vid olika tillfällen.

Några exempel på förbättringar efter att ärenden utretts beskrivs även under risker. Arbete med förebyggande av fallskador fortsätter, läkarbemanning på akutmottagningen har förändrats för att öka kompetens. Den interprofessionell CEPS-träning omfattar även BB. Flera riskminimerande åtgärder för att förhindra felaktig ordination och administrering av intravenösa läkemedel har genomförts. Insatser för att säkerställa god omvårdnad i livets slutskede på alla enheter hela sjukhuset fortsätter också.

Typ	Antal 2022	Antal 2021	Antal 2020	Övrig info	Kommentarer
Patientnämndsärenden	90	62	83		Enligt PaN:s egen statistik
IVO-ärenden Inkl. klagomål från enskilda som IVO avslutat och överlämnat till vårdgivaren för utredning/hantering	17	22	21		Källa: Edit
Anmälan Lex Maria	8	8	3	Se nedan	Källa: Edit Beslutade utan kritik: 8 (2021), 3 (2020) Beslut med kritik: 0
Enskilda klagomål Inkomna direkt till STSAB (via e-post, brev, samtal till patientvägledare osv)	7	12	16		Källa: Edit
Ärenden via 1177	69	64			Källa: Händelsevis

#### Anmälningar enligt Lex Maria 2022

Här följer en förteckning av de händelser som anmälts till IVO

- Fallskada medicinavdelning
- Höftfraktur, brister i vård och rehabilitering
- Avliden inklämt bråck
- Försenad diagnos meningit
- Ögonskada Närakuten
- Försenad diagnos stroke
- Maternellt dödsfall
- Asfyxi, oklar CTG-registrering

## Tillförlitliga och säkra system och processer

Det finns ett flertal olika arbetsprocesser som påverkar patientsäkerhet och kvalitet. Förbättringsarbeten pågår inom de flesta processerna och där följs som regel mål och mätetal. Framskridandet påverkas fortfarande i viss mån av pandemin.

Se tabell nedan för beskrivning av de viktigaste arbetsprocesserna som är sjukhusövergripande eller berör flera verksamhetsområden. Fördjupad redovisning finns i separata patientsäkerhetsberättelser från berörda verksamhetsområden.

	Process/system	Status	Åtgärdsplan/kommentar
1	BHK		Viss variation
2	Tillämpning av NEWS2		Svårigheter i att följa åtgärdstrappan, brister i följsamhet
3	Rondchecklista		Stor variation
4	WHO:s checklista		
6	Sepsisalarm på akutmottagningen, implementering av personcentrerat standardiserat vårdförlopp (PSVF) sepsis på hela sjukhuset		Sepsisalarm implementerat. Arbete med PSVF sepsis påbörjades 2022
7	Riskbedömningar		Variation mellan riskområden och enheter, åtgärdsplaner kan saknas
8	Säker läkemedelshantering – ordination till administrering		För stora variationer
9	Läkemedelsgenomgångar		Variation, viss osäkerhet om status
10	Beslut om livsuppehållande behandling		Förbättras, fortfarande för stor variation
11	Säker dokumentation		Stora brister, bör ingå i sjukhusövergripande förbättringsarbete med start 2023
12	Strokeprocessen inkl. strokelarm		Arbete med PSVF breddas och fortsätter 2023
13	Registrering av hjärtstopp		För lågt antal registrerade hjärtstopp
14	Följa arbetet med validering av infektionsverktyget, resultat ska spridas		STRAMA-grupp är inrättad, arbete pågår
15	Möjlighet till rätt vårdnivå		Stabil intermediär vårdnivå utanför IVA saknas
16	Akutprocessen		Arbete med att identifiera hinder och nå målnivåer för vistelsetider m.m. pågår
17.	Tvärprofessionella arbetsgrupper förbättringsarbete		För stora variationer i möjligheter till deltagande

### Förklaring

	fungerar
	arbete pågår, hinder finns
	arbete ej påbörjat p.g.a. hinder, arbete ej påbörjat

## Risker och riskmedvetenhet

### Riskområden

Några av de patientsäkerhetsrisker vi ser är väl kända och hanteras genom mätning av förekomst, förbättringsåtgärder och uppföljning. Det rör vårdrelaterade infektioner (VRI), trycksår, undernäring, fall och läkemedel. Dessutom ser vi risker i form av diagnostiska fel och brister i följsamhet till nationella och regionala vårdprogram. De hanteras bl.a. genom arbete med personcentrerade standardiserade vårdförlopp, utbildning och falldiskussioner. Avsaknad av platser med intermediär vårdnivå kräver åtgärder i stunden där patientens vårdbehov löses och ett långsiktigt arbete av berörda chefer.

### Riskhantering

#### Vårdprocesser

##### *Omhändertagande av patienter med hotande eller manifest sepsis*

Sepsislarm har implementerats och arbete med hela vårdförloppet påbörjas.

##### *Omhändertagande av patienter med akuta buksymptom*

Åtgärder har vidtagits och pågår med utbildning, implementering av regionalt kunskapsstöd akut kirurgi samt ökad läkarkompetens på akutmottagningen.

##### *Omhändertagande av patienter med stroke*

Resultaten följs i RiksStroke, det akuta omhändertagande har förbättrats, arbete med vårdförlopp stroke pågår.

##### *Tillämpning NEWS2 och ONEWS*

Bl.a. akutmottagningen och BB har haft fokus på tillämpning för att tillgodose rätt vårdnivå för patienten.

#### Vårdrelaterade infektioner (VRI)

För första gången baseras resultaten endast på kontinuerlig mätning via Infektionsverktyget (IV). Förekomsten av vårdrelaterade infektioner (VRI) för hela sjukhuset var 4,5%, fördelat på 3,4% för de akutsomatiska avdelningarna inklusive BB/Förlossning och 10,6% för geriatriska avdelningar. Resultaten för de akutsomatiska avdelningarna är i stort sett oförändrade jämfört med föregående år, medan de geriatriska har ökat väsentligt (5,7% 2021).

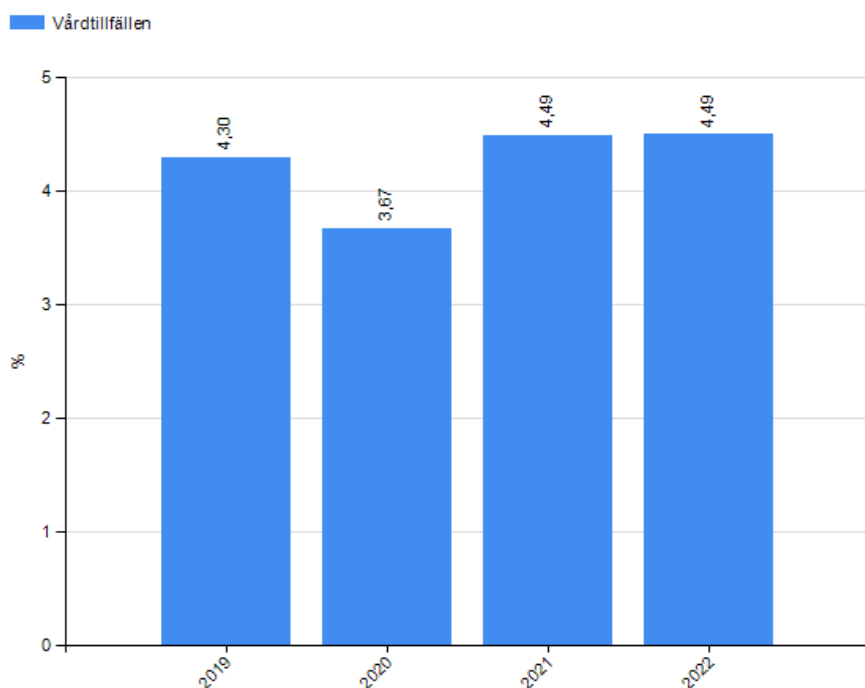
##### *Infektionsverktyget*

Infektionsverktyget (IV) är ett nationellt IT-stöd för att dokumentera, lagra och visa information om vårdrelaterade infektioner (VRI) och antibiotikaanvändning. IV är kopplat till TakeCare för korrekt registrering.

Under 2022 etablerades sjukhusets lokala STRAMA grupp som bl.a. har som uppgift att leda valideringsarbetet av registreringarna. Det genomfördes för första gången under kvartal fyra och visade att 80% var korrekta.

Underlaget från Infektionsverktyget används som stöd vid planerade aktiviteter för att minska VRI.

### Sjukhusets VRI-resultat 2019-2022 (Infektionsverktyget):



#### *Riskminimerande åtgärder:*

Sjukhuset fortsätter det kontinuerliga arbetet med förbättrande aktiviteter och insatser för att minska förekomsten av VRI, däribland tätt samarbete med Vårdhygien Stockholm, aktiva hygienombud samt flertalet utbildningar inom vårdhygienområdet. Samtliga introduktionsutbildningar som ges till läkare, AT-läkare, sjuksköterskor och undersköterskor har vårdhygien på schemat. Dessutom ges fortlöpande viktiga praktiska utbildningar där vårdhygien ingår, t ex provtagning, katetersättning och städutbildning. Riktade insatser mot geriatriken planeras pga. deras ökande VRI-antal.

#### **Basala hygienrutiner och klädregler**

Förutom nationell PPM-mätning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (BHK) har sjukhuset valt att öka fokus genom att välja BHK som en av 15 sjukhusspecifika indikatorer i sjukhusavtalet (avtalsperiod 2020-2023). En ny metod för uppföljning valdes där BHK-mätningarna, strukturerade observationsstudier av ett antal medarbetare, genomförs varje månad fram till att målnivån -minst 78 % följsamhet till rutiner och riktlinjer- är uppnådd. Under 2022 har indikatorn utvecklats med förhöjd svårighetsgrad genom nollställning av resultat vid halvårsskiftet, dvs. samtliga enheter mäts nu två gånger.

Resultatet för hela STS 2022 blev 91%, visserligen under målet >95 %, men ändå mycket gott resultat. Sammanställning av mätningar 2022 på enhetsnivå, se nedan.

	Januari	Februari	Mars	April	Maj	Juni	Juli	Augusti	September	Oktober	November	December
8			100%					80%				
10			90%						90%			
15		100%	90%								90%	
18			100%						80%			
19				100%					70%		70%	90%
20		90%									90%	
23			80%						70%	80%		
26			60%	81%							80%	
27			80%							83%		
IVA			80%							60%	40%	90%
PVA				100%					80%			
OP				20%						70%	60%	70%
Akuttmott		70%		80%								80%
BB		80%							100%			
Förlossning			80%						100%			
KOU				86%						100%		
MED			100%							100%		
Endo						100%				100%		
Röntgen		70%	80%							70%	70%	
Smärt					100%						100%	100%
Gyn		90%						80%				
Barn		100%						100%				
STS	0%	18%	45%	77%	86%	95%	0%	14%	32%	59%	68%	91%

### Riskminimerande åtgärder:

Metoden för egenkontroll och uppföljning av BKH har visat sig vara mycket effektiv, dels därför att resultat visas på enhetsnivå vilket ökar engagemang för förbättring, dels därför att enheter som inte når upp till >78% följsamhet erbjuds ett åtgärds paket bestående av besök av hygiensjuksköterska, utbildningsinsatser, hand-check samt upprepade mätningar. Kunskap inom vårdhygien där BKH ingår är en obligatorisk del i de introduktionsutbildningar som ges till nyanställda. Årligen uppmärksammas även handhygienens dag den 5 maj med föreläsningar och andra riktade aktiviteter med fokus på BKH.

### Trycksår

Sjukhuset arbetar enligt regionalt vårdprogram ”Trycksår – förebyggande åtgärder och behandling” och följs upp i sjukhusavtalet genom flera indikatorer relaterade till trycksår, såsom trycksårsprevalens, andel riskbedömda samt insatta åtgärder. Under 2022 har endast kontinuerliga mätningar via TakeCare rapporterats in för jämförande resultat till HSF.

Andelen riskbedömda inom 24 timmar från inskrivning till första avdelning var 89% för akutsomatiken och 99% för geriatriken vilket är goda resultat. Andelen patienter inom akutsomatiken med trycksår kategori 2-4 var endast 0,41%, en markant nedgång ( 5,3 % 2021) vilket var glädjande. Andelen riskpatienter med förebyggande åtgärder dokumenterade i journal är däremot något lägre och behöver fortsatt fokus.

### Riskminimerande åtgärder:

Samtliga vårdavdelningar har trycksårförebyggande madrasser och sårvårdsmaterial är i hög utsträckning standardiserad på sjukhuset.

Kunskap om betydelsen av förebyggande insatser, riskbedömning samt åtgärder ingår i introduktionsutbildningar som ges till nyanställda sjuksköterskor och undersköterskor. Sårvårdsgrupp med ombud finns på sjukhuset, till viss del finns ett behov av omstart då aktiviteter fått stå tillbaka under pandemin. Trycksårsdagen den 17/11 uppmärksammas alltid där sjukhusets sårombud erbjuds utbildningsinsatser och visning av sårbehandlingsprodukter.



## Undernäring/Nutrition

Sedan 2021 är punktprevalensmätning ersatt av kontinuerlig mätning via TakeCare. Andelen nutritionsbedömda patienter på sjukhusets inneliggande patienter är ganska oförändrat från föregående år, 77% inom akutsomatiken och hela 95% inom geriatriken. Andelen riskpatienter som får ordinerade aktiviteter dokumenterade i journal är lägre men i ökande vilket är positivt.

### *Riskminimerande åtgärder:*

Arbetet med att förbättra patienternas nutrition i syfte att förebygga undernäring kräver dels ett standardiserat arbetssätt, dels ett gott teamarbete med de involverade professionerna. För att fortsatt öka andelen riskpatienter som får en aktivitetsplan har flera aktiviteter genomförts, medan andra är under utveckling. Nutritionsutbildning av dietist och logoped ingår numera i den obligatoriska introduktionen av nyanställd omvårdnadspersonal och flera samarbeten har påbörjats med dietister, verksamhetsutvecklare och omvårdnadspersonal. En fortsatt resursbrist inom dietistenheten har även detta år påverkat det viktiga förbättringsarbetet.

## Fallskador

89 rapporterade fall på vårdavdelning registrerades i HändelseVis under året vilket är oförändrat. Nästan samtliga rapporterade fall sker fortsatt på de geriatriska avdelningarna. Riskbedömningar sker kontinuerligt vid ankomst till avdelningen. Andelen riskbedömda patienter ökar och inom geriatriken är den nu hela 98 %. Även andelen patienter med dokumenterad åtgärdsplan fortsätter att öka vilket är glädjande.

### *Riskminimerande åtgärder:*

Fallriskbedömningar och fallskador är ett prioriterat område och flera aktiviteter har genomförts eller pågår för att minska antalet fall, bland annat en fallförebyggande grupp där flera professioners kompetens tas tillvara. Omvårdnadsronder –SEUPP- är implementerat som arbetssätt för att säkra patientens miljö i vårdrummet och minska risken för fall. Följsamhet till SEUPP kan förbättras och åtgärder pågår såsom påminnelser, utbildningsinsatser m.m.

## Läkemedel

Under 2022 har sjukhusets Läkemedelsenhet fortsatt arbetat med att öka robustheten för läkemedelstillgång genom att optimera lagernivåerna samt bevaka aktuella restsituationer.

- Vätskeförrådet flyttades till större lokaler för att kunna bemöta det ökade behovet
- Fyra läkemedelsautomater för narkotikaklassade läkemedel installerades
- En läkemedelsautomat installerades till sällanförrådet
- Sällanförrådet flyttade in i nya, centrala lokaler mer anpassade till behovet.
- Läkemedelsförråden på enheterna samt sällanförrådet har inventerats kontinuerligt och anpassats till rådande omständigheter
- Licensförskrivning kvarstår återkommande som enda alternativ

För att underlätta för sjuksköterskor att på smidigt sätt hitta läkemedel finns enheternas bassortiment och sällanförrådets innehåll tillgängligt via sjukhusets intranät (Pulsen). Läkemedelsrådet med representanter från samtliga kliniska verksamheter och sjukhusapotekaren leds av chefläkaren och hanterar övergripande frågor som berör läkemedel och läkemedelshantering. Möten med läkemedelsansvariga sjuksköterskor samt regelbundna utskick som rör hantering av läkemedel har genomförts. Sjukhusapotekaren deltar i utbildning för nya sjuksköterskor och läkare, läkemedelshantering är en del i introduktionsprogrammet.

### *Resultat 2022*

Följsamheten till Kloka listan var återigen över 80 % för recept och rekvisition. Följsamhet till upphandlade läkemedel var över 90%. Rapporterade avvikelser som klassificerat med Läkemedel ligger på ungefär samma nivå som tidigare år. En del rapporterade avvikelser har berört läkemedelsordinationer, arbetet med favoritordinationer fortsatte under 2022.

### *Framåtblick 2023*

Med avstamp i avvikelser kommer ordination, iordningsställande och administrering vara tre områden i fokus. Sjukhuset fortsätter med ATC-kodsordning i alla läkemedelsrum, införande av mobila läkemedelsvagnar för alla vårdenheter samt införande av fler läkemedelsautomater för narkotikaklassade läkemedel. Implementering startar med övertagande av vätskeförsörjningen i egen regi. En separat översikt för vätskor motsvarande den för läkemedel ska etableras. Arbetet för att minska kassation fortsätter framöver. Månadsvis kassationsmätningar av utgångna läkemedel i värde och vikt planeras.

## **Sjukhusets planering med det robusta sjukhuset**

Sjukhusets kontinuitets- och krisplan ger vägledning till chefer och medarbetare vid en särskild eller extraordinär händelse såsom störning eller avbrott som rör det robusta sjukhuset. Det kan till exempel handla om IT-avbrott, störning alternativt avbrott i ström- och vattenförsörjning, brand eller liknande som berör många. Där finns handlingsplaner för första åtgärd och eller kontakt kopplade till samtliga identifierade risker.

Varje verksamhet har också reservrutiner för det som berör det egna området.

Sjukhusets evakueringsplan har reviderats under året. En större revidering av katastrof- och epidemiberedskapsplanen är påbörjad och tar hänsyn till motsvarande dokument och planer för Region Stockholm.

Sjukhuset lämnar varje år en separat verksamhetsberättelse för den katastrofmedicinska beredskapen till EKMB, Enheten för Katastrofmedicinsk Beredskap inom Region Stockholm.

## **MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR**

Målbilden för sjukhuset är att varje medarbetares fokus alltid är att ge säker vård av hög kvalitet till alla patienter

*Utöver de generella problemen med kompetensförsörjning och svagare ekonomi har vi identifierat flera utmaningar*

- Patientsäkerhetskulturen behöver förflyttas från delvis reaktiv till proaktiv nivå och vi har brister avseende kvalitet inom områden som t.ex. rör våra folksjukdomar och akut omhändertagande.
- Arbetet med förbättringar av kvalitet och anpassning av arbetssätt uppvisar för stora variationer för flera diagnosgrupper och områden. Det rör både akut omhändertagande och omvårdnad som nutrition, sårvård, palliativ vård samt dokumentation och informationsöverföring.
- Återkommande problem med crowding på akutmottagning, överbeläggning på vårdavdelning samt utlokalisering.
- Sjukhuset saknar intermediär vårdnivå utanför IVA vilket är en förklaring till att det kan brista i omhändertagande vid akut försämring på vårdavdelning och akutmottagning.

- Patientens delaktighet i sin egen vård behöver generellt bli bättre t.ex. saknas personcentererat rondarbete, patientkontrakt och tillräckligt välfungerande IT-stöd.
- Tillämpning av kunskapsstyrning är ojämn.
- Brister i bemötande förekommer för ofta trots ett flerårigt arbete med de frågorna.
- Brytpunktsprocessen och beslut om livsuppehållande behandling fungerar för ojämnt.
- Det uppstår patientsäkerhetsrisker i samband med läkemedelsordinationer och administrering.
- Risker finns för sårbar operationsresurs jourtid.

*För att nå målbilden är vår övergripande strategi att*

1. Ge förutsättningar och öka allas engagemang för stärkt patientsäkerhetskultur
2. Vård och vårdprocesser ska ske interprofessionellt med patientmedverkan
3. Metoder för och medarbetarengagemang i förbättringsarbete

*Ge förutsättningar och öka engagemang för stärkt patientsäkerhetskultur*

- Öka antalet riskanalyser avseende patientsäkerhet vid införande av nya metoder och verksamhetsförändringar.
- Öka lärandet genom ännu mer regelbunden återföring av händelseanalyser och riskanalyser.
- Tid för information, kommunikation om och arbete med patientsäkerhet, kvalitet och kunskapsstyrning ska prioriteras och planeras i verksamheten.
- Arbeta för att ge patienter vård adekvat vårdnivå i stunden och snarast möjligt införa så kallad intermediär nivå utanför IVA.
- Klargöra syfte, uppdrag och deltagare för sjukhusets olika råd och grupper där förbättringsarbeten kan initieras och bedrivs.
- Fortsatt arbete med att hålla rutiner i Centuri lättillgängliga, aktuella och uppdaterade.
- Arbeta med visualisering av viktiga rutiner med hjälp av ”affischer”, intern-TV etc.

*Vård och vårdprocesser ska ske interprofessionellt med patientmedverkan*

- Involvera patienter mer genom att införa personcentrerad rond som pilot på flera avdelningar samt införa patientkontrakt som pilot för patienter med diabetes. Utveckla patientdelaktighet vid händelse- och riskanalyser.
- Besluta om former för interprofessionellt samarbete när det inte är en naturlig del av verksamheten t.ex. rondarbetet, avvikelser, NEWS2, förebyggande av VRI och palliativ vård.
- Prioritera interprofessionell teamträning, t ex HLR, A-E (bedömning och åtgärder av akut försämrad patient) och SBAR.

*Metoder för och medarbetarengagemang i förbättringsarbete*

- Verksamhetsutvecklare enas om maximalt 2-3 standardmetoder för förbättringsarbete och implementeringar på Södertälje sjukhus.
- Fortsatt utveckling av metoden egenkontroll för vår följsamhet till rutiner.
- Utveckla metoder för visualisering av kvalitetsresultat på alla nivåer.

