

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse för Södertälje sjukhus 2023



Datum: 2024-03-18

Ansvariga för innehållet:

Annica Ahl, chefläkare
Lena Swedberg, chefsjuksköterska
Avdelningen Patientsäkerhet och kvalitet

Inledning

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 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”

SAMMANFATTNING	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	5
ENGAGERAD LEDNING OCH TYDLIG STYRNING	5
<i>Övergripande mål och strategier</i>	5
<i>Organisation och ansvar</i>	5
<i>Samverkan för att förebygga vårdskador</i>	6
<i>Informationssäkerhet</i>	6
EN GOD SÄKERHETSKULTUR	6
<i>Hållbart Säkerhetsengagemang (HSE)</i>	7
ADEKVAT KUNSKAP OCH KOMPETENS	8
<i>Yrkeskompetens för säker vård - ges på KTC</i>	8
<i>Magnetstudien - med fokus på kompetens och kvalitet inom omvårdnad</i>	9
PATIENTEN SOM MEDSKAPARE	10
<i>God och Nära vård</i>	10
<i>Utskrivningsprocessen</i>	11
<i>Patientnöjdhet</i>	11
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	11
ÖKA KUNSKAP OM INTRÄFFADE VÅRDSKADOR FÖR LÄRANDE OCH FÖRBÄTTRINGAR	12
<i>Har vården varit säker</i>	12
<i>Händelseanalyser</i>	12
TILLFÖRLITLIGA OCH SÄKRA SYSTEM OCH PROCESSER	13
SÄKER VÅRD HÄR OCH NU	14
<i>Riskområden</i>	14
<i>Vårdrelaterade infektioner (VRI)</i>	14
<i>Basala hygienrutiner och klädregler</i>	15
<i>Trycksår</i>	16
<i>Undernäring</i>	16
<i>Fallskador</i>	16
<i>Läkemedel</i>	17
STÄRKA ANALYS, LÄRANDE OCH UTVECKLING	18
<i>Avvikelser</i>	18
<i>Klagomål och synpunkter</i>	19
ÖKA RISKMEDVETENHET OCH BEREDSKAP	20
<i>Sjukhusets planering av det robusta sjukhuset</i>	20
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	20

SAMMANFATTNING

Södertälje sjukhus Strategi Agenda 2027 har som ett av fyra mål att arbeta för hälsa och välbefinnande där sjukhuset ska erbjuda en effektiv säker kunskapsbaserad vård av hög kvalitet. Detta gör vi genom att verksamheten och alla medarbetare alltid bedriver arbetet i enlighet vår värdegrund Patienten först, Varje medarbetare gör skillnad, Engagemang för helheten, Kvalitet. För att uppnå detta behöver vi fortsätta arbeta med de grundläggande förutsättningarna.

Ledning och styrning

Sjukhusets ledning och styrning har genomgått vissa förändringar under 2023 med många nya medarbetare i sjukhusledning och nya roller bland annat utvecklingsdirektör och strategisk verksamhetsutvecklare. Gap avseende ledningssystemet har identifierats. Riskanalys avseende överbelastningssituationer på sjukhuset har startats.

Patientsäkerhetskultur

Sjukhuset har initierat arbete med multiprofessionella patientsäkerhetsgrupper inom verksamhetsområdena. Ytterligare arbete har gjorts med återkoppling av händelseanalyser för lärande och transparens. Tillitsprogrammet bidrar till ökad psykologisk trygghet. Arbetet återspeglas i alltmer förbättrade resultat i mätningar avseende hållbart säkerhets engagemang.

Kunskap och kompetens

Utbildningar i kvalitet och patientsäkerhet har hållits på alla nivåer inom sjukhuset. Fler medarbetare har utbildats i metoden händelseanalys. Deltagande i Magnet4Europe studien har bidragit till vidareutveckling av omvårdnadsstandard och visualisering av patientsäkerhetsarbete. Strukturer för arbete inom nationella kunskapsstyrningen med personcentrerade standardiserade vårdförlopp har tagits fram och implementerats inom prioriterade områden. Aktivt arbete med infektionsverket har minskat andelen vårdrelaterade infektioner.

Patienten som medskapare

Bland annat har dialogmöten med patientföreningar startats inom ramen för God och Nära vård. Inom ramen för kunskapsstyrning och personcentrerade sammanhållna vårdförlopp (PSVF) har arbetet påbörjats med införandet av patientkontrakt.

I arbetet med utskrivningsprocessen är utgångspunkten personcentrerad vård med patientens behov i fokus. Patienter och närståendes involvering i händelseanalysarbetet har förtydligats.

De viktigaste prioriterade åtgärderna för Södertälje sjukhus 2024

- Förtydliga ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete och patientsäkerhet inklusive organisation och delprocesser.
- Arbeta med visualisering av resultat och vårdprocesser samt automatiserade datauttag av nya kvalitetsindikatorer.
- Öka antalet riskanalyser med hänsyn tagen till helheten såväl arbetsmiljö som patientsäkerhet.
- Tillse adekvat antal medarbetare utbildade i metoderna riskanalys och händelseanalys så att dessa kan genomföras så snart behov uppstår och slutföras i tid.
- Stärka det medarbetardrivna förbättringsarbetet med framtagande av ett fåtal standardmetoder för förbättringsarbete och implementeringar på Södertälje sjukhus.
- Stärka teamet närmast patienten genom gemensamma möten, ökad dialog och teamträning
- Förbättra omvårdnads kvalitet genom fortsatt arbete med metoder och verktyg från Magnet4Europe samt arbeta med kloka kliniska val.
- Tydliggöra patient och närståendes betydelse i teamet för en mer personcentrerad vård samt utveckla patientdelaktighet vid händelse- och riskanalyser såväl som förbättringsarbete.
- Delta i regionsgemensamt arbete med att ta fram nya metoder och arbetssätt för mätning av patientnöjdhet kontinuerligt.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Engagerad ledning och tydlig styrning

Övergripande mål och strategier

Södertälje sjukhus värdegrund är "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 ska stödja ledningen som har till uppgift att följa upp och kommunicera regionfullmäktiges, 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 måloppfyllelse. 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 och 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. Under året har en översyn av organisationen gjort bland annat har rollerna utvecklingsdirektör och strategisk verksamhetsutvecklare skapats för en bättrad framåtdrift.

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, patientsäkerhet- och kvalitetsråd, läkemedelsråd och hygienråd. Dessutom sker veckovisa avstämningsmöten med företrädare från sjukhuset och representanter för Vårdhygien Stockholm.

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-, chefläkar- och chefsjuksköterskenätverk samt regional samverkansgrupp inom 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.

Chefläkare och chefsjuksköterska samverkar utöver detta i ett flertal grupper bland annat regional samverkansgrupp för patientsäkerhet, kvalitetsnätverk och i nationella nätverk.

Informationssäkerhet

Arbetet med informationssäkerhet sker enligt Region Stockholms styrande dokument, Policy för verksamhetsskydd och Riktlinjer för informationssäkerhet, baserat på standarderna i SS-ISO/IEC 27000-serien. Sjukhuset använder regionens fastslagna process för systematiskt informationssäkerhetsarbete, Complianceprocessen, för att genomföra riskbedömningar av sjukhusets mest kritiska IT-system och verksamheter men även innan införande av nya informationsbehandlande system. Dessutom krävs potentiella leverantörer utifrån Region Stockholms informationssäkerhetskrav i upphandlingsprocessen.

Strålsäkerhetsarbete

(se separat Strålsäkerhetsbokslut 2023)

En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god patientsäkerhetskultur. De huvudsakliga aktiviteterna för Södertälje sjukhus för att nå högsta nivån i patientsäkerhetskulturtrappan är tydligt engagemang och styrning från vd och sjukhusets övriga ledning avseende patientsäkerhetskulturens grundpelare transparens, psykologisk trygghet och lärande. Uppföljning av relevanta data, händelseanalyser, anmälningar enligt Lex Maria, Säkerhetskultur (HSE) som en del i ledningssystemet. Fortsatt driva tillsitsprogram med reflektionssamtal i arbetsgrupper för ökad psykologisk trygghet. Öppet redovisa och diskutera risker och händelser i olika forum, publicera sjukhusets Lex Maria ärenden inklusive lärdomar på Intranät. Systematiskt arbete för lärande och förutsättningar för förbättringar med klagomål, avvikelser och händelseanalyser, riskanalyser och HSE-enkätens resultat enligt nedan. Skapa förutsättningar för att patienter och närstående är en naturlig part i patientsäkerhetsarbetet.





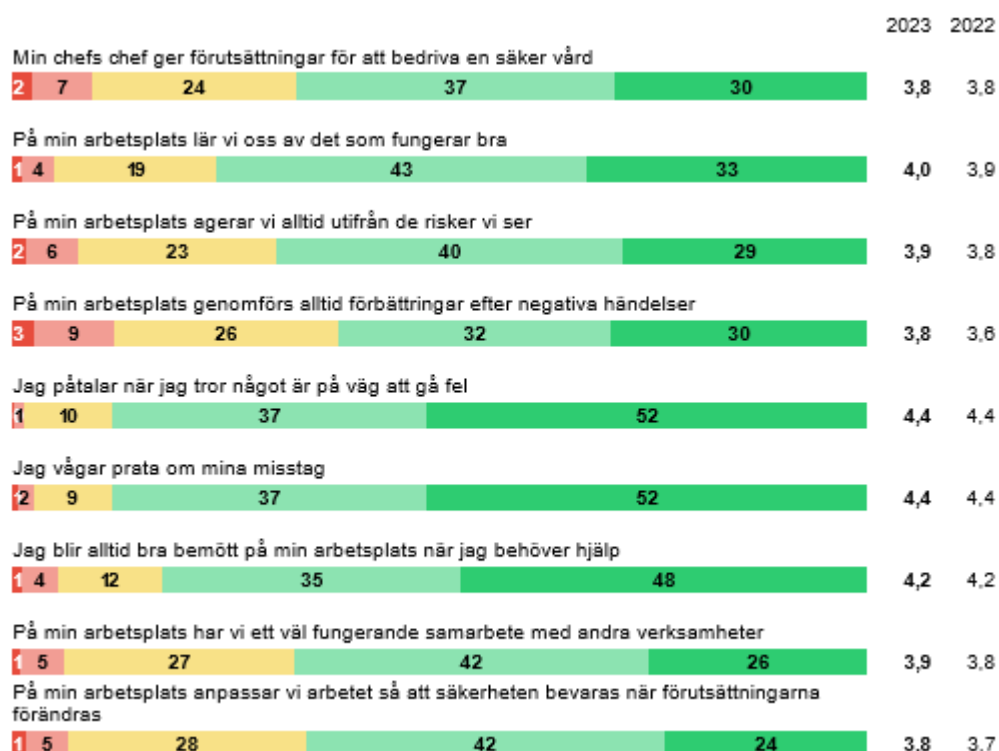
Hållbart Säkerhetsengagemang (HSE)

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.

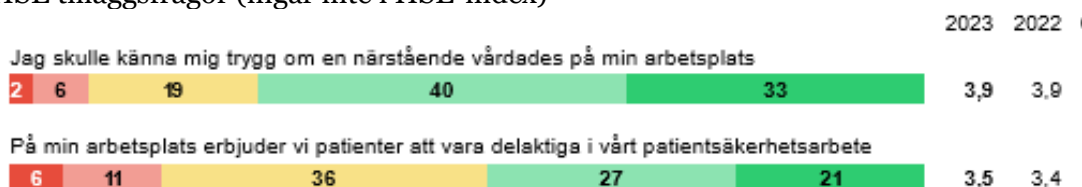
HSE-index uppgick år 2023 till 76, en viss förbättring jämfört med föregående år (74). Därtill tillkommer två tilläggsfrågor. Sjukhusets resultat följs upp i ledningsgruppen. Varje verksamhet har som uppgift att följa upp sina resultat och vid behov göra handlingsplaner. Uppföljning av dessa handlingsplaner görs i samband med dialogmöten där chefläkare och chefsjuksköterska deltar och där även det övriga arbetet med kvalitet och patientsäkerhet som avvikelshantering ingår. Detta för att betona och ha dialog om bl.a. betydelsen av återkoppling och väl fungerande uppföljning av åtgärder med anledning av avvikelser.

Att stärka säkerhetskulturen i en organisation är ett långsiktigt och komplext arbete som innefattar flera viktiga aspekter både inom arbetsmiljö och inom patientsäkerhet. Ett indexvärde för HSE på sjukhusövergripande nivå är svårt att använda i förbättringsarbeten, däremot kan respektive frågas utveckling ge viktig information om säkerhetskulturen. Där vi ser en positiv utveckling, och där sjukhuset under längre tid arbetat med förbättringar, är till exempel *På min arbetsplats genomförs alltid förbättringar efter negativa händelser* samt *På min arbetsplats erbjuder vi patienter att vara delaktiga i vårt patientsäkerhetsarbete*. Resultaten motiverar oss att fortsätta arbetet med patientinvolvering.

Resultat HSE för Södertälje sjukhus, se nedan:



HSE tillägsfrågor (ingår inte i HSE-index)



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 temadagar för vårdpersonal som ges i större format i sjukhusets aula. Under året genomfördes även ST-kurs i ämnet för sjukhusets ST-läkare.



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:s utbud baseras på evidensbaserad kunskap, riktlinjer och vårdprogram och ska ses som ett komplement till specifik inskolning och utbildning som ges på respektive verksamhetsområde. KTC är

organisatoriskt en del av PSK och firade under året sitt 5-årsjubileum med flertalet aktiviteter. Antalet aktiviteter för sjukhusets medarbetare och även studenter är stadigt stigande där basen är de introduktionskurser som ges för att skapa rätta förutsättningar för en säker vård. Dessa 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 fortsatte under 2023 det terminslånga programmet för nyutexaminerade sjuksköterskor, utökat och förbättrat inom ramen för Magnet4Europe-studienagnetstudien (se nedan). Introduktion för undersköterskeelever till säkert arbetssätt inför deras arbetsförlagda utbildning på sjukhuset är numera obligatorisk och väl utvärderad.



Linda Robertsson tillsammans med vd, Anna Gerber Ekblom och en av övningsdockorna på KTC

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 för samtliga medarbetare oavsett profession. Under året arrangerades Alla hjärtans dag (HLR/hjärtstopp), Handhygiendagen, Patientsäkerhetsdagen samt Trycksårsdagen.

Magnetstudien - med fokus på kompetens och kvalitet inom omvårdnad

Sedan två år deltar sjukhuset i en EU-finansierad studie- Magnet4Europe- med främsta fokus att testa principerna i Magnetmodellen. Deltagandet, tillsammans med 60 europeiska och 60 amerikanska magnetcertifierade sjukhus, innebär dels ett förbättringsarbete med Magnetmodellen som princip inom verksamhetsområde Vård, dels en enkätstudie till kliniskt verksamma läkare och sjuksköterskor om deras upplevda arbetsmiljö och -situation.

Sjukhuset har fått tilldelat ett tvillingsjukhus i USA, Summa Health i Ohio, för stöd och kunskapsutbyten. Under 2023 har flera aktiviteter genomförts inom ramen för projektet och sjukhusets deltagande har blivit uppmärksammat med artiklar, konferenser och studiebesök som följd.

En kartläggning, likt en magnetcertifiering, har genomförts och aktiviteter identifierats och prioriterats inom fyra huvudområden; stärkt ledarskap inom omvårdnad, standarder för säker vård, kompetensutveckling och karriärvägar 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 samt förbättrad vårdkvalitet. Framförallt gagnar förbättringsarbetet patienter i form av en förbättrad omvårdnads kvalitet.

Studien avslutas 2024 men flertalet aktiviteter kommer att fortsätta att utvecklas och förhoppningsvis även breddas till andra delar av sjukhuset och till flera vårdprofessioner. För mer information om Magnetmodellen och sjukhusets deltagande i Magnet4Europe, se 2022 års kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse.



Patienten som medskapare

Södertälje sjukhus verksamhetsstrategi Agenda 2027 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. Inom ramen för kunskapsstyrning och personcentrerade sammanhållna vårdförlopp (PSVF) har arbetet påbörjats med införandet av patientkontrakt inom diabetes- och smärtbehandling. Patienter och närståendes involvering i händelseanalysarbetet har även förtydligats.



Inom ramen för God och Nära vård har dialogmöten planerats med patient- och pensionärs föreningar och i utskrivningsprocessen är utgångspunkten personcentrerad vård, se nedan.

God och Nära vård

I syfte att bidra till förflyttningen mot god och nära vård har styrgrupp god och nära vård Södertälje bildats. Deltagare i styrgruppen är Södertälje sjukhus, Södertälje kommun och SLSO primärvård samt psykiatri. Målbild för styrgruppen är "att tillsammans kunna ge en god och nära vård och omsorg där medborgaren befinner sig". En gemensam lokal

samverkansöverenskommelse för Södertälje är under framtagande som ska gälla 2024- 2030. För att stärka patientmedverkan i arbetet har patient- och pensionärsföreningar bjudits in för dialog.



Utskrivningsprocessen

Sjukhusets utskrivningsteam arbetar med att etablera välfungerande samverkansformer och gemensamma överenskommelser mellan alla aktörer som är involverade i utskrivningsprocessen. Detta för att öka förståelsen för hela vårdkedjans betydelse för en effektiv, säker och trygg övergång mellan slutenvården och hemmet för en personcentrerad vård. Under 2023 genomfördes totalt 26 samverkansmöten med representanter från slutenvården, kommunernas myndigheter och utförare och primärvården i upptagningsområdet. Utöver detta genomfördes 16 samverkansmöten inriktade mot det gemensamma kommunikationsverktyget Lifecare SP. Ett konkret samverkansprojekt är förstärkt utskrivning (FU) för sköra äldre som planeras för start i mars 2024.

Patientnöjdhet

Nationella Patientenkäten (NPE) ger oss viktig information om hur patienter och närstående upplever och uppfattar vården från ett utifrån- eller kundperspektiv. Trots relativt låga svarsfrekvenser och långa intervall mellan mätningarna (vartannat år) ger det oss värdefull information och indikatorer på förbättringsområden. Under våren 2023 besvarade knappt 1000 patienter frågor om deras slutenvårdsvistelse respektive öppenvårdsbesök. Resultaten är generellt förbättrade jämfört med föregående mätning (2021) vilket är positivt. Exempelvis är sjukhusets nya vårdmiljöer med enkelrum bidragande till det sjunkande antalet klagomål på störning av andra. Identifierade brister var dels redan kända där åtgärder redan pågår; bemötande och språk samt information, och dels en ny tillkommen med klagomål på sjukhuskosten. Sjukhuskosten är ett känt förbättringsområde där sjukhusledningen redan arbetar aktivt för en ändring av avtal mm. NPE-resultatet gjorde behovet av förbättring än mer tydlig.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

Södertälje sjukhus följer kontinuerligt upp verksamhetens kvalitet och patientsäkerhet. Egenkontroller görs i första hand inom verksamheten genom uppföljning av avvikelser, klagomål och utfall i kvalitetsindikatorer och kvalitetsregister. Detta följs sedan upp vid månadsvisa uppföljningsmöten (MUM) med VD, chefläkare, HR-direktör och ekonomidirektör. Patientsäkerhetsberättelse och kvalitetsutfall följs därutöver regelbundet upp av sjukhusets ledningsgrupp, styrelse och av beställarna Hälso- och sjukvårdsförvaltningen.

Varje år skapas en verksamhetsplan med mål för bland annat kvalitet och patientsäkerhet, kopplat till detta så skapas aktiviteter för att nå målen. Detta processas sedan ned till enhetsnivå för att aktiviteterna ska bli så konkreta som möjligt.

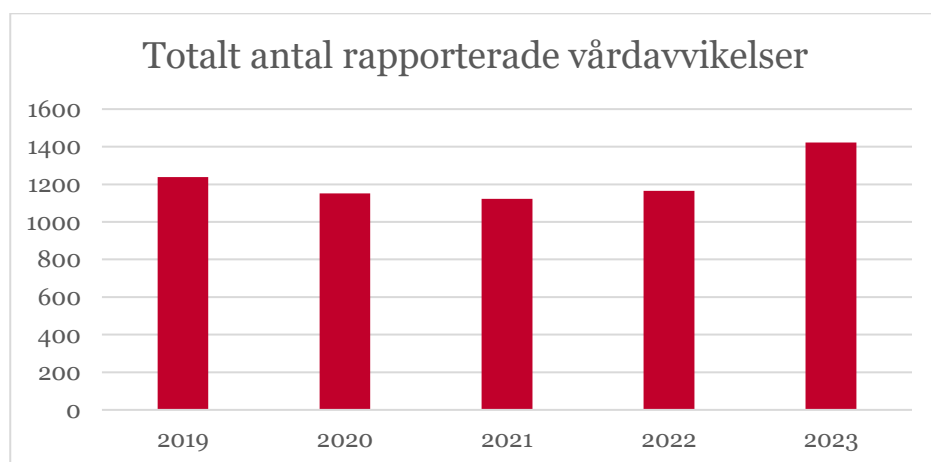
Öka kunskap om inträffade vårdskador för lärande och förbättringar

SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §

Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.

Har vården varit säker

Rapporteringsbenägenheten av vårdavvikelser har ökat något under 2023 efter en tillfällig minskning under pandemiåren. Detta är glädjande då rapportering är en förutsättning för att kunna arbeta med risker och lärande.



Även antalet handlagda avvikelser har ökat med fördelning enligt nedan.

Av handlagda	Antal 2023	Andel 2023	Antal 2022	Andel 2022
Risk	448	37%	380	36%
Tillbud	418	34%	380	36%
Negativ händelse	350	29%	282	27%
Totalt	1216		1042	

Händelseanalyser

Händelser som kan ha medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig 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 17 händelseanalyser genomförts och slutförts jämfört med 22 stycken under 2022. Ett par händelseanalyser som genomförts under 2023 slutfördes i januari 2024 och finns inte med i statistiken. 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.

Av dessa 17 händelseanalyser så har 12 lett till anmälan till IVO enligt Lex Maria. Antalet anmälningar enligt Lex Maria är fler jämfört med 2022 (8st) vilket var förväntat då ett flertal analyser utförda 2022 gick till anmälan under 2023.

Ett urval av de händelser som anmälts till IVO enligt Lex Maria 2023

- Öväntat dödsfall magblödning
- Trycksår förvärvat under vårdtid
- Tarmperforation gravid patient

En utmaning har varit att händelseanalyser har blivit försenade och tagit väldigt lång tid. En del av de händelser som analyserats 2023 hände under 2021-2022. Att så hög andel som 12 av 17 händelseanalyser lett till Lex Maria kan också tyda på en något högre tröskel för att initiera händelseanalyser. En bidragande orsak till detta har varit att alltför få medarbetare varit utbildade i metoden. Under 2023 utbildades fler medarbetare. Vi har även stärkt läkares delaktighet i händelseanalyserna då det har varit en identifierad brist i patientsäkerhetsarbetet. Bland annat har vi initierat patientsäkerhetsgrupper på verksamhetsområdesnivå, arbete med att implementera detta kommer att fortgå under 2024. Under 2024 kommer vi även fokusera på att följa upp att fastställda åtgärdsplaner följs tydligare.

Riskområden som identifierats i händelseanalyser överensstämmer i mångt och mycket med riskområden beskrivna nedan under Säker vård här och nu.

Tillförlitliga och säkra system och processer

I stort sett alla sjukhusets arbetsprocesser påverkar patientsäkerhet och kvalitet antingen direkt eller indirekt tex arbetsmiljöns påverkan på patientsäkerhet. Mål och mätetal följs i styrkort som bevakas på alla nivåer från verksamhetsområdesnivå till sjukhusledning, styrelse och ägare. Aktiviteter och förbättringsarbeten är framtagna som ska säkerställa måluppfyllelse.

Sjukhuset implementerar ett flertal personcentrerade sammanhållna vårdförlopp (PSVF) vilket är en del av den nationella kunskapsstyrningen. Sjukhuset arbetar även enligt standardiserade vårdförlopp. Vårdförloppsarbetet leds av utsedda styrgrupper och avrapporterar progress till sjukhusledningen varje tertiäl.

Urval av processer och system:

Process/system	Kommentar
Basala hygienrutiner och klädregler (BHK)	Följs med genombrottsmodellen, goda resultat. Rutiner tas fram av hygienråd i samråd med hygiensjuksköterska
Personcentrerade sammanhållna vårdförlopp (PSVF)	Verksamhetsövergripande arbete. Följs av styrgrupp samt rapporteras till sjukhusledning. Exempel sepsis, stroke, nydebuterad hjärtsvikt, vård i livets slutskede

Säker läkemedelshantering – ordination till administrering	Rutiner tas fram av läkemedelsråd som även analyserar risker. Leds av sjukhus apotekare
Beslut om livsuppehållande behandling	Förbättrat resultat då detta varit ett fokusområde och sjukhusspecifik kvalitetsindikator. Palliativt råd inrättat
Hjärtlungräddning	HLR-råd tar fram riktlinjer, beslutar om utrustning och rutiner samt följer kvalitetsindikatorer i HLR-register
Antibiotika användning	STRAMA-grupp är inrättad, arbete pågår Följer arbetet med validering av infektionsverktyget

Säker vård här och nu

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

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 sammanhållna vårdförlopp och standardiserade vårdförlopp, utbildning och falldiskussioner.

Ytterligare risker är otydligheter när patienten ska vårdas på högre vårdnivåer samt övergångar mellan vårdnivåer. Slutligen är risker med utlokaliserade patienter och överbelastningssituationer på sjukhuset uppmärksammade och därför pågår en sjukhusövergripande, partsgemensam riskanalys vars mål är att ta fram åtgärder som ska förbättra såväl patientsäkerhet som arbetsmiljö då dessa har ett nära samband.

Exempel på genomförda eller pågående riskanalyser:

- Riskanalys överbelastning på sjukhuset- partsgemensam
- Införande av Propofolsedering på Palliativ vårdavdelning
- AI fallförebyggande system

Vårdrelaterade infektioner (VRI)

Resultaten baseras endast på kontinuerlig mätning via Infektionsverktyget (IV). Förekomsten av vårdrelaterade infektioner (VRI) för hela sjukhuset var 3,6 % vilket är en tydlig minskning jämfört med 2022 (4,5 %), fördelat på 2,8 % (3,4 %) för de akutsomatiska avdelningarna inklusive BB/Förlossning och 8,1 % (10,6 %) för geriatriska avdelningar. Resultaten ligger väl under regionens mål (<4,4 %) och visar att sjukhusets systematiska förebyggande arbete har haft effekt.

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 2023 fortsatte den lokala STRAMA gruppen att arbeta med valideringen och även ett utökat samarbete med STRAMA Stockholm.

Valideringen av korrekt registrerade vårdrelaterade infektioner visade på ett resultat på 78 %, för samhällsförvärvade infektioner var resultatet 88 %. Totalt granskades 300 registreringar vilket är

en fördubbling jämfört med 2022. Underlaget från Infektionsverktyget används som stöd vid planerade aktiviteter för att minska VRI.

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. Egenkontroll för PVK med genombrottsmetoden har införts på vårdavdelningarna. Hygiensjuksköterska från vårdhygien närvarar med expertis under årets samtliga hygienombudsmöten. Valideringsarbetet avseende registrering till Infektionsverktyget är prioriterat och fortsätter. Även dokumentationsgruppen där kliniska sjuksköterskor deltar har haft fokus på att kvalitetssäkra registreringarna genom att använda in- och utfarter i mätvärden (i Take care).

Basala hygienrutiner och klädregler

Sjukhuset har valt ett stort fokus på följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (BHK) genom att i sjukhusavtalet (avtalsperiod 2020-2023) välja måttet som en av 15 sjukhusspecifika indikatorer. Genombrottsmetoden valdes där BHK-mätningarna, strukturerade observationsstudier av ett antal medarbetare, genomförs varje månad fram till att målnivån -minst 80 % följsamhet till rutiner och riktlinjer- är uppnådd. Ett totalresultat summeras halvårsvis med målnivå >95 % för godkänt resultat. Indikatorn är ersättningsgrundande.

Resultatet för hela STS 2023 blev 95 % för bägge halvårsresultaten och därmed klarade vi målnivån. Sammanställning av mätningar 2023 på enhetsnivå, se nedan.

	Januari	Februari	Mars	April	Maj	Juni	Juli	Augusti	September	Oktober	November	December
8			80%									80%
10			100%						90%			
DKC					90%							90%
18	90%							100%				
19			80%						40%	73%	77%	67%
20	40%		90%					85%				
23		70%	100%						60%	80%		
26	80%							80%				
27		100%						40%	80%			
IVA	80%								100%			
PVA	90%							80%				
OP				60%		80%					100%	
Akutmott		80%									80%	
BB		70%	90%						100%			
Förlossning		80%							100%			
KOU			64%	92%				86%				
MED		100%							100%			
Endo								100%				
Röntgen					80%						90%	
Smärt			100%									100%
Gyn		100%							100%			
Barn		100%								90%		
STS	18%	45%	73%	77%	86%	95%	0%	32%	59%	59%	77%	95%

Mål:
 - 95% av enheterna skall klara 80% under året vid två tillfällen. 1 gång per period (jan-jun och juli-dec)
 - Enheter med **grön** markering har klarat målet. Mätningarna redovisas till HSF som en specifik indikator. Mätning startar igen nästa halvår.
 - Enheter med resultat under 80% och **röd** markering kontaktar Vårdhygien för stöd i förbättringsarbete.
 - Enheter utan resultat har inte deltagit i mätningen.

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 >80 % följsamhet erbjuds ett åtgärds paket bestående av besök av

hygiensjuksköterska, utbildningsinsatser, hand-check samt upprepade mätningar. Kunskap inom vårdhygien där BHK 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 BHK.

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 2023 har endast kontinuerliga mätningar via TakeCare rapporterats in för jämförande resultat till HSF.

Andelen riskbedömda inom 24 timmar från inskrivning till första avdelning var 90% för akutsomatiken och 99% för geriatriken vilket är goda resultat. Andelen patienter inom akutsomatiken med trycksår kategori 2-4 var endast 0,5 %, ett oförändrat gott resultat. Andelen riskpatienter med förebyggande åtgärder dokumenterade i en aktivitetsplan ökar men behöver fortsatt vara i fokus för förbättring.

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. Under hösten genomfördes flera aktiviteter kring sår och sårvård lett av gruppen magnet omvårdnad med uppdrag att öka omvårdnads kvaliteten. Sårvårdsgruppen, som varit inaktivt under pandemin, blev även återstartat. Internationella Trycksårsdagen i november uppmärksammas alltid där sjukhusets sårombud och andra intresserade erbjuds utbildningsinsatser och visning av sårbehandlingsprodukter på KTC. Aktiviteten är välbesökt och populär.

Undernäring

Undernäring är en riskfaktor för flertalet vårdskador och behöver därför stort fokus. Numera mäts andel riskbedömda patienter samt dokumenterade aktiviteter kontinuerlig mätning via TakeCare. Andelen nutritionsbedömda patienter på sjukhusets inneliggande patienter var 80 % inom akutsomatiken och hela 97 % inom geriatriken, båda något högre än föregående år. 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

180 rapporterade fall varav 47 med skada registrerades i HändelseVis under året vilket är betydligt fler än föregående år (88 varav 28 med skada). Flertalet fall sker fortsatt på de geriatriska avdelningarna. Andelen riskbedömda patienter ökar och inom geriatriken är den nu hela 98 %. Även andelen patienter med dokumenterad åtgärdsplan fortsätter att öka vilket är glädjande. Anledningen till ökningen av rapporterade fall i HändelseVis bedöms bero på ökad rapporteringsbenägenhet som resultat från vårdavdelningarnas patientsäkerhetsarbete under året.

Detta har varit ett medvetet arbete för att säkerställa att vårdskador blir identifierade i högre grad. Framgent kommer faktiska antal fall att kunna följas via automatiserat datauttag via TakeCare vilket är en positiv utveckling.

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 vådrummet och minska risken för fall. Ett fallpreventivt projekt med artificiell intelligens och övervakning har under året pågått med positiv effekt på minskning av antalet fall. Under projektet minskade antalet fall med 57 % på två vårdavdelningar.

Läkemedel

Under året har läkemedelsenheten bidragit till fortsatt utveckling av viktiga processer för en säker läkemedelsförsörjning och –hantering, exempelvis; uppstart av beredskapslager för läkemedel; ökad läkemedelstillgång på sjukhuset genom optimering av lagernivåer samt bevakning av aktuella restsituationer och sjukhusövergripande licenser samt uppstart av vätskelager i egen regi. Samtliga förbättringar förväntas att leda till ytterligare robusthet inom läkemedelsförsörjningen. Därutöver har fortsatt utveckling skett av sällanförrådet som med sin centrala placering på sjukhuset och sortimentet har visad på goda effekter för att öka säkerheten inom läkemedelsförsörjningen. Andra aktiviteter att nämna är att de geriatriska avdelningarna fått läkemedelsautomater för narkotikaklassade läkemedel installerade för en ökad säkerhet och kontroll samt påbörjad kassationsmätning av oanvända och utgångna läkemedel.



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. Läkemedelsenheten deltar i flera av sjukhusets utbildningar där säker läkemedelshantering ingår.

Resultat 2023:

- Följsamheten till Kloka listan är fortsatt god, dvs. över 80 % för recept och rekvisition.

- Följsamheten till upphandlade läkemedel uppgick till över 90 %.
- Rapporterade läkemedelsavvikelser i HändelseVis ligger på ungefär samma nivå som tidigare år. En del rapporterade avvikelser har berört läkemedelsordinationer, en del iordningställandet. Arbetet med favoritordinationer fortsatte under 2023.

Fokusområden 2024:

- Säker ordination, iordningsställande och administrering.
- Farmaceutiskt kunskapsstöd till vårdavdelning.
- ATC-kodsordning i alla läkemedelsrum.
- Mobila läkemedelsvagnar på samtliga vårdavdelningar.
- Installation av läkemedelsautomater till akutmottagningen och beredskapslagret.
- Uppföljning förfyllda sprutor, slutna system för antibiotikahantering samt användandet av slutenvårdsdos.
- Kassationsmätning av oanvända och utgångna läkemedel.

Stärka analys, lärande och utveckling

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



Avvikelser

PSL 2010:659, 6 kap. 4 §, SOSFS 2011:9 5 kap. 5 §, 7 kap. 2 § p 5

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 handläggarsroll är identifierat. Arbeta för att fortsätta att stödja cheferna i deras roll pågår kontinuerligt.

Vårdavvikelser rapporteras i systemet HändelseVis. Samtliga medarbetare har åtkomst via intranätet och inloggning sker med e-tjänstekort. Avvikelseerna handläggs av förutbestämd person, oftast av medarbetarens chef. I vissa fall har verksamheten organiserat patientsäkerhetsarbetet genom att tilldela behörighet och ansvar att handlägga vårdavvikelser till annan än chef, t ex till en medicinskt ledningsansvarig läkare.

De vanligaste orsaksområdena i vårdavvikelser på Södertälje sjukhus 2023

Klassificering/orsaksområde (av handläggare) år 2023	Totalt
Behandling/omvårdnad	285
Dokumentation/informationsöverföring	263
Patientolycksfall	195
Utredning/bedömning/diagnos	153
Läkemedel	99

Arbete pågår med att säkra processerna för att minska riskerna inom dessa områden, vilket bla beskrivs ovan.

Klagomål och synpunkter

SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §, 3 a § och 6 §, 7 kap. 2 § p 6

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 minskat, klagomål från enskilda till IVO är även de färre jämfört med 2022. Övriga synpunkter och klagomål från patienter och anhöriga via 1177 har istället ökat jämfört med 2022. Detta är en önskvärd utveckling då vi under de senaste åren arbetat för att de ska kontakt oss som vårdgivare direkt så att vi snabbare kan reda ut frågorna.

	Antal ärenden 2023	Antal ärenden 2022	Källa
Patientnämnden	81	90	PaN
IVO- enskild anmälan	11	18	Edit
1177 Synpunkter och klagomål	125	69	HändelseVis

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. Förbättrad rutin avseende överrapportering från akutmottagningen. Insatser för att säkerställa god omvårdnad i livets slutskede på alla enheter hela sjukhuset fortsätter också bli med inrättande av ett palliativt råd och PSVF vård i livets slutskede.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Sjukhusets planering av 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. En större revidering av katastrof- och epidemiberedskapsplanen är gjord 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

Södertälje sjukhus fortsätter arbetet enligt sjukhusets strategi agenda 2027 med målet att verksamheten och alla medarbetare alltid bedriver arbetet i enlighet vår värdegrund:

- Patienten först
- Varje medarbetare gör skillnad
- Engagemang för helheten
- Kvalitet

För att uppnå detta behöver vi fortsätta arbeta med de grundläggande förutsättningarna.

Ledning och styrning

- Förtydliga ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete och patientsäkerhet inklusive organisation och delprocesser
- Klargöra syfte, uppdrag och deltagare för sjukhusets olika råd och grupper där förbättringsarbeten kan initieras och bedrivs.
- Översyn av hur rutiner och dokument hanteras och uppdateras för att informationen ska bli så tydlig och lättillgänglig som möjligt
- Arbeta med visualisering av resultat och vårdprocesser
- Automatiserade datauttag av nya kvalitetsindikatorer
- Öka antalet riskanalyser avseende patientsäkerhet vid införande av nya metoder och verksamhetsförändringar. De riskanalyser som görs bör göras ur ett helhetsperspektiv med hänsyn tagen till såväl arbetsmiljö som patientsäkerhet då dessa aspekter är starkt korrelerade
- Tydligare uppföljning av beslutade åtgärder från risk och händelseanalyser

Patientsäkerhetskultur

- Tid för information, kommunikation om och arbete med patientsäkerhet, kvalitet och kunskapsstyrning ska prioriteras och planeras i verksamheten.
- Stärka teamwork bland annat med införande av Team för säker vård- interprofessionella möten med teman som tex HLR, NEWS2, förebyggande av VRI och palliativ vård.
- Ökad återkoppling och transparens avseende inträffade händelser, identifierade risker och Lex Maria anmälningar
- Fortsatt arbete med tillitsprogrammet

Kunskap och kompetens

- Förbättringar inom behovsstyrd, säker läkemedelshantering
- Motverka vårdrelaterade infektioner och utbredningen av multiresistenta bakterier genom utvecklat STRAMA-arbete och användning av Infektionsverktyget
- Kontinuerlig introduktion och fortbildning samt utveckling inom området kvalitet och patientsäkerhet för alla sjukhusets medarbetare
- Ha adekvat antal medarbetare utbildade i metoderna riskanalys och händelseanalys så att dessa kan genomföras så snart behov uppstår och slutföras i tid
- Öka lärandet genom regelbunden återföring av händelseanalyser och riskanalyser.
- Öka samtliga medarbetares kunskap om kvalitets- och patientsäkerhetsutfall på sjukhuset genom visualisering av kvalitetsresultat på alla nivåer
- Stärka det medarbetardrivna förbättringsarbetet med framtagande av ett fåtal standardmetoder för förbättringsarbete och implementeringar på Södertälje sjukhus.
- Stärka teamet närmast patienten genom gemensamma möten, ökad dialog och teamträning
- Förbättra omvårdnads kvalitet genom fortsatt arbete med magnetmodell och omvårdnadsorganisation
- Arbeta med kloka kliniska val

Patienten som medskapare

- Tydliggöra patient och närståendes betydelse i teamet för en mer personcentrerad vård.
- Involvera patienter mer genom att införa personcentrerad rond samt införa patientkontrakt för tex patienter med diabetes.
- Utveckla patientdelaktighet vid händelse- och riskanalyser samt förbättringsarbete
- Öka interaktionen med patient- och anhörigföreningar

Utmaningar finns att nå detta under tider då vården måste utföras under premissen ansvar i kris med ökade krav och yttre osäkerheter samtidigt som resurserna är begränsade. Det nära sambandet mellan arbetsmiljö och patientsäkerhet är väl studerat och bör framgent vara en utgångspunkt för fortsatt arbete. Denna utmaning kan också leda till utveckling då vi inte kan arbeta på samma sätt som tidigare utan måste hitta nya bättre och smartare lösningar. Detta ställer ännu tydligare krav på gemensamma målbilder och strukturer som kan ge riktning och ramar samt att alla medarbetares kompetenser, idéer och drivkrafter tas till vara i förbättrings- och utvecklingsarbetet. Patienter och närstående är också en resurs att ta vara på i detta arbete i betydligt större utsträckning än det görs i dagsläget.

För detaljerade mål och åtgärder se respektive verksamhetsområdes kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse.