

# Patientsäkerhetsberättelse för 2022

Sahlgrenska

Universitetssjukhuset



VÄSTRA  
GÖTALANDSREGIONEN

# Innehållsförteckning

<b>1</b>	<b>Sammanfattning .....</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Grundläggande förutsättningar för säker vård .....</b>	<b>4</b>
2.1	Engagerad ledning och tydlig styrning .....	4
2.1.1	Övergripande mål och strategier .....	4
2.1.2	Organisation och ansvar .....	6
2.1.3	Samverkan för att förebygga vårdskador .....	9
2.1.4	Informationssäkerhet .....	10
2.1.5	Strålskydd .....	10
2.2	En god säkerhetskultur .....	11
2.3	Adekvat kunskap och kompetens .....	12
2.4	Patienten som medskapare .....	13
<b>3</b>	<b>Agera för säker vård .....</b>	<b>14</b>
3.1	Öka kunskap om inträffade vårdskador .....	15
3.2	Tillförlitliga och säkra system och processer .....	17
3.3	Säker vård här och nu .....	21
3.3.1	Riskhantering .....	21
3.4	Stärka analys, lärande och utveckling .....	22
3.4.1	Avvikelse .....	24
3.4.2	Klagomål och synpunkter .....	27
3.5	Öka riskmedvetenhet och beredskap .....	29
<b>4</b>	<b>Mål och strategier för kommande år .....</b>	<b>30</b>

# 1 Sammanfattning

Sahlgrenska universitetssjukhusets (SU), övergripande mål är en akutsjukvård i toppklass som skapar värde för patienten, samt att vara landets ledande universitetssjukhus.

Ett ökat värde för patienterna uppnås genom att kontinuerligt följa resultat av förbättringsinsatser som syftar till att vården utförs på ett säkert sätt, samt att undvikbara vårdskador systematiskt identifieras och risker för upprepning minimeras. Genom att skapa en god patientsäkerhetskultur, där en hög riskmedvetenhet och kunskaper om patientsäkerhet ingår i det dagliga arbetet, kan detta åstadkommas. I detta är samverkan mellan chefer och delaktiga medarbetare grundläggande faktorer som hela tiden stärks.

Det strategiska patientsäkerhetsarbetet bedrivs både sjukhusgemensamt, på områdesnivå och verksamhetsnivå utifrån avvikelserapporter som systematiskt utreds och analyseras. Patientsäkerhetskulturmätning och patientenkäter bidrar också till viktig information i analysarbetet. Detta resulterar i handlingsplaner där alla ska vara delaktiga i genomförandet. Tillsammans med personalens professionella kompetens när det gäller säkerhet i vården stärker detta ett system som präglas av hög sammanhållning och säkerhet.

Fokusområden i sjukhusets patientsäkerhetsarbete har varit:

- Vårdrelaterade infektioner
- Trycksår
- Fall
- Läkemedelsrelaterade skador
- Antibiotikaresistens
- Undernäring
- Överbeläggning och utlokalisering
- Medicintekniska produkter, MTP

För flertalet riskområden finns sjukhusövergripande, multiprofessionella kompetensgrupper etablerade. Dessa föreslår mätetal och mål, följer utvecklingen och bidrar med utbildningar och gemensamma aktiviteter.

SU bidrar aktivt till den regionala omställningen med kvalitetsdriven verksamhetsutveckling för en lärande organisation. Vi använder och utvecklar fortsatt digitala vårdtjänster och verktyg i samverkan med patienterna.

Inom sjukhuset pågår många insatser för att skapa och upprätthålla arbetssätt och strukturer som gynnar säkerhetskulturen. Flera av dem syftar till en öppen kommunikation och till att få tid för lärande och reflektion, samt insatser för ett öppet arbetsklimat där medarbetaren tryggt kan rapportera, diskutera och ställa frågor om säkerhet. Öppenheten hos personalen är omvittnat hög.

Det stora flertalet av verksamheterna har en struktur för patientsäkerhetsarbetet genom olika patientsäkerhetsgrupper med representanter från verksamhetens avdelningar och mottagningar. Patientsäkerhetsarbetet följs upp på olika sätt, till exempel genom stående punkt i ledningsgrupp, samt vid arbetsplatsträffar och patientsäkerhetsdialoger.

När det gäller indikatorerna för patientsäkerhet har en förbättring skett inom flertalet parametrar, även om den ovanligt höga belastningen på vården under 2022 medfört att vissa verksamheter haft svårigheter att fullt ut kunna bedriva förbättringsarbetet och öka måluppfyllelsen. Måluppfyllelse ses fortsatt för olämpliga läkemedel för äldre, samt för trycksår.

Rapporteringen av händelser som rör risk för vårdskada har fortsatt att ligga på en hög nivå, vilket indikerar en hög riskmedvetenhet och rapporteringsbenägenhet hos personalen, vilket är en grundförutsättning för patientsäkerhetsarbetet. Antalet Lex Maria-anmälningar har fortsatt minska jämfört med föregående år, vilket är ett observandum, då den möjligen kan spegla att utredningsresurserna vid sjukhuset kan ha varit otillräckliga.

Antalet inkomna klagomål på sjukvården har fortsatt minska, vilket även inkluderar klagomål som inkommer via patientnämnd och IVO. Detta talar för en ökad nöjdhet hos patienterna med vården och med de svar som vården ger när klagomål framförs.

Trots hög belastning har kvalitetsdrivet arbete utförts i hög omfattning med patientfokus, både med innovationer och nya arbetssätt. Arbetet med digitala vårdmöten när de gynnar patientsäkerheten har utvecklats och stärkts ytterligare. Mobila öppenvårdsteam bidrar fortsatt med att sjukhusvård som tidigare gavs kan undvikas, vilket medför att de patienter som behöver vård på sjukhuset kan få en säkrare vård.

## **2 Grundläggande förutsättningar för säker vård**

Nedan beskrivs mål och strategier, organisation och struktur för arbetet med att minska antalet vårdskador.

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.

### **2.1 Engagerad ledning och tydlig styrning**

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer.

Kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet bedrivs systematiskt enligt Sahlgrenska Universitetssjukhusets, SU, ledningssystem och följer regional patientsäkerhetsplan och sjukhusets verksamhetsplan. Där ingår prioriterade fokusområden enligt Västra Götalandsregionens patientsäkerhetsplan.

Fokusområden och annat patientsäkerhetsarbete redovisas fortlöpande till SU:s styrelse och ledningsgrupp samt vid möten i områdesledning och verksamheter. Det sker även en uppföljning vid de årligen återkommande patientsäkerhetsdialogerna mellan områdeschef, utvecklingschef, chefläkare och respektive verksamhet.

#### **2.1.1 Övergripande mål och strategier**

Sjukhusets övergripande mål är en akutsjukvård i toppklass, att skapa värde för patienten samt att vara landets ledande universitetssjukhus.

En akutsjukvård i toppklass innebär att alla patienter alltid ska bli väl bemötta, samt få rätt vård i rätt tid. Det innebär också att kunskapen och medvetenheten om riskerna i verksamheterna för att patienter kan skadas är hög och alltid närvarande, och som därigenom bidrar till att minimera förekomsten av oväntade händelser. Alla verksamheter tar ett gemensamt ansvar för att säkerställa detta.

Ett ökat värde för patienterna uppnås genom att kontinuerligt följa resultat av att vården utförs på ett säkert sätt utan att patienten utsätts för risker för skador som är undvikbara, såsom vårdskador. För att minimera risken för vårdskador, dvs upprätthålla en hög patientsäkerhet, utreds systematiskt oväntade händelser som personalen uppmuntras till

att rapportera i avvikelshanteringssystemet. Detta ger lärdomar som bidrar till riskminimering. Lärdomarna sprids och lärdomar som uppkommit i andra verksamheter tas tillvara. Spridande av lärdom och att lära av andra ingår som en viktig del i strategin och som kommer att utvecklas ytterligare.

Patienten är medskapare i såväl sin egen vård som i utredning av händelser. Synpunkter och klagomål på vården tas systematiskt tillvara, oavsett hur de kommer till verksamhetens kännedom. Klagomål kan inkomma genom direkt kontakt med vården, där 1177.se är en ingång som har potential att användas än mer, eller via patientnämnd och IVO. Alla klagomål registreras i avvikelshanteringssystemet, utreds och besvaras.

Utredningar av allvarliga händelser utreds företrädesvis systematiskt med händelseanalysmetodik. Utbildningar ges om metoden för alla som ger uppdrag om eller deltar i utredningar. Metoden säkerställer en hög precision i utredningsarbetet och bidrar till att handlingsplaner får rätt fokus och är effektiva, så att de därmed bidrar till stärkt patientsäkerhet.

En god patientsäkerhetskultur, där risker och riskdämpning ständigt är fokus och kontinuerligt diskuteras i hela organisationen, bidrar till att upprätthålla och utveckla en hög patientsäkerhet. Medarbetarna och cheferna vid SU har ett starkt engagemang för patientsäkerhet och hög kompetens som gör ett gott patientsäkerhetsarbete möjligt.

Patientsäkerhetsarbetet bedrivs strategiskt på alla organisatoriska nivåer, från vårdpersonalen och chefer på våra enheter, där patientmötet sker, till sjukhusledningen. Sjukhusets styrelse är också engagerade i patientsäkerhetsarbetet och får återkommande rapportering om utvecklingen av patientsäkerheten.

Systematiska sammanställningar och analyser av avvikelserapporter, patientklagomål, patientenkäter och mätning av patientsäkerhetskulturen hos medarbetarna ger viktig kunskap i patientsäkerhetsarbetet. Återkommande dialoger inom och mellan verksamheter, där kvalitets- och patientsäkerhetsorganisationen som genomsyrar hela sjukhuset är sammanhållande, är också viktiga inslag. Ett verktyg som utvecklats är möjligheterna till tematiska sammanställningar inom olika risk- och vårdområden. Dessa möjliggörs bland annat genom att avvikelser kategoriseras på ett ändamålsenligt sätt som bland annat harmoniserar med ämnesområdena inom den Nationella Kunskapsstyrningen. Sammanställning och analys av avvikelser med tillhörande utredningar görs på sjukhusövergripande nivå inom läkemedelsområdet. SU har en aktiv roll i att utveckla avvikelshanteringssystemet så att det blir än mer användbart för sitt syfte.

SU deltar aktivt i utvecklingen av digitala tjänster och verktyg för patienter och medarbetare, vars syfte är att öka tillgängligheten och bidra till att göra patienterna delaktiga i sin vård, vilket stärker patientsäkerheten.

SU följer den regionala handlingsplanen för patientsäkerhet 2022. Aktivt arbete sker inom fastställda fokusområden, och resultaten följs bland annat upp genom de till dem kopplade indikatorerna. Fokusområdena i sjukhusets patientsäkerhetsarbete är som följer:

- Vårdrelaterade infektioner
- Trycksår
- Fall
- Läkemedelsrelaterade skador
- Antibiotikaresistens
- Undernäring

- Överbeläggning och utlokalisering
- Medicintekniska produkter, MTP

För flertalet fokusområden finns sjukhusövergripande multiprofessionella kompetensgrupper etablerade. Dessa föreslår mätetal och mål, följer utvecklingen och bidrar med utbildningar.

Arbetet med fokusområdena ses över och följs upp i dialoger med verksamhetschefer samt vid de funktionsgrupper för kvalitet- och patientsäkerhet som finns på verksamhets-, områdes- och sjukhusnivå. Chefläkarfunktionen bidrar i dialogerna och till att risker identifieras, åtgärdas och följs upp.

Genom en effektiv ledningsorganisation, som anpassas efter rådande krav och belastning, samt en hög kompetens hos all personal kan SU hela tiden leverera en vård som präglas av hög patientsäkerhet. Detta har skett även under de långvariga och extrema belastningarna på vården som covidpandemin medförde, samt de krav som följt på växande vårdköer och begränsad tillgång till vårdpersonal. Ett stärkt arbete pågår för att ytterligare öka ändamålsenligheten och säkerheten i vårdens processer, samt säkerställa att personalens arbetsuppgifter är rätt anpassade efter behoven, så att patienterna får den vård de behöver utan att vården samtidigt åsamkar dem skador som går att undvika.

## 2.1.2 Organisation och ansvar

### Styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset fastställer sjukhusets verksamhetsplan. I verksamhetsplanen och internkontrollplanen anges långsiktiga mål och strategier bland annat rörande patientsäkerhet.

Förste chefläkare är alltid närvarande vid styrelsens sammanträden. Det finns vid varje möte en punkt för patientsäkerhet och avvikelser, där chefläkare är fördragande. I månadsrapporterna till styrelsen berörs frågor om patientsäkerhet, så som tillgänglighet och vårdskador. I samband med delårsbokslut och årsredovisningar görs fördjupade uppföljningar bland annat avseende patientsäkerhetsfrågor.

### Sjukhusledningen

Sjukhusets ledningsgrupp, där förste chefläkare ingår, leder patientsäkerhetsarbetet. Patientsäkerhet är en stående punkt på ledningsgruppens möten med chefläkare som föredragande. Även kvalitetsutveckling finns med som särskild punkt vid flertalet av ledningsgruppens möten.

### Förste chefläkarens stab

Chefläkarna, verksamhetschef för verksamhet Läkemedel, strateg med ansvar för nationell högspecialiserad vård, samt utvecklingschef dvs chefen för Kvalitetsstrategiska avdelningen, KSA, är direkt underställda förste chefläkare.

### Övergripande funktionsgrupp för kvalitetsutveckling och patientsäkerhet

I den sjukhusövergripande Funktionsgruppen för Kvalitetsutveckling och patientsäkerhet, FKP, är förste chefläkare ordförande. I FKP ingår utvecklingscheferna från vardera av sjukhuset sex områden, utvecklingschef från kvalitetsstrategiska avdelningen, chefläkare samt verksamhetschef läkemedel. Vid behov adjungeras andra kompetenser.

Ordförande, förste chefläkare, ansvarar för att gruppens arbete är förankrat i sjukhusledningen. Förste chefläkare har tilldelats särskilt ansvar och befogenhet att

besluta på sjukhusdirektörens uppdrag inom gruppens ansvarsområde.

Uppdraget för FKP samt kvalitetsorganisationens struktur och arbetsformer finns reglerat i verkställighetsbeslut SU 2U19-04356. FKP:s arbetsätt är under fortsatt utveckling för att utgöra ett effektivt nav i sjukhusets kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

### **Kvalitetsutveckling och patientsäkerhetsgrupper på områdesnivå**

Inom varje område finns en utvecklingschef direkt underställd områdeschefen. Utvecklingschefen ingår i områdets ledningsgrupp. Utvecklingschefen samlar verksamhetsutvecklare från områdets verksamhetsområden för att genomföra de beslut som fattats och som berör kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet. Denna grupp benämns områdets grupp för kvalitetsutveckling och patientsäkerhet, OKP.

### **Kvalitetsutveckling och patientsäkerhetsgrupper på verksamhetsnivå**

Inom varje verksamhetsområde finns en verksamhetsutvecklare som koordinerar patientsäkerhetsarbetet och utgör därför ett viktigt stöd för verksamhetschefen som har det yttersta ansvaret för att verksamheten uppfyller kraven på hög patientsäkerhet. Verksamhetsutvecklaren ingår i verksamhetens ledningsgrupp

Inom varje verksamhet finns verksamhetens grupp för kvalitetsutveckling och patientsäkerhet, VKP. Inom varje enhet ska det finnas medarbetare med uppdraget kvalitetsutveckling och patientsäkerhetsombud, KPO. Dessa deltar i verksamhetens grupp för kvalitetsutveckling och patientsäkerhet.

## **Organisation och funktion**

### **Chefläkare**

Inom sjukhuset finns, förutom förste chefläkare, fem chefläkare, varav två på heltid. Chefläkarnas funktion är att vara rådgivande och stödjande till ledningen och verksamheterna i frågor som rör patientsäkerhet och kvalitet. Chefläkarna arbetar med att ur detta perspektiv granska, analysera och följa upp verksamheten, samt komma med förslag, råd och rekommendationer, med syfte att förbättra vården. Man deltar i övergripande planerings- och utvecklingsarbete och som rådgivare i styrgrupper och kommittéer. Chefläkare utgör ett kunskapsstöd till linjen i patientsäkerhets- och kvalitetsfrågor samt bidrar också med föreläsningar inom området. Inom chefläkargruppen finns ett särskilt ansvar per område fördelat, där chefläkare arbetar med respektive utvecklingschef för att stärka områdets patientsäkerhetsarbete. Tillsammans med sjukhusjurist bistår chefläkare även i medikolegala frågor. Chefläkare säkerställer att sjukhuset gör de utredningar som krävs vid risk för eller uppkomst av allvarlig vårdskada, och ansvarar för anmälan av sådana händelser till Inspektionen för vård- och omsorg (IVO), s k Lex Maria-anmälan.

### **Expeditionen för patientärenden**

Inom Kvalitetsstrategiska avdelningen finns administrativa koordinatörer som stöder chefläkarnas arbete med ärendehantering. Arbetet omfattar anmälningar till IVO samt inkomna klagomål via Patientnämnden. De handlingsplaner som upprättats verksamheterna föranledda av risk- och händelseanalyser följs upp från Expeditionen för patientärenden. Medarbetare från expeditionen för patientärenden träffar, tillsammans med chefläkarna, årligen Patientnämnden för patientsäkerhetsförbättrande åtgärder utifrån nämndens rapporter och har också kontakt med IVO.

### **Kvalitetsstrategiska avdelningen**

Kvalitetsstrategiska avdelningen (KSA) arbetar på uppdrag av SU ledningsgrupp via

förste chefläkare med sjukhusgemensamma och strategiska frågor. Avdelningen har ett nära samarbete med chefläkarna, med områdenas utvecklingschefer och funktionsgruppen för kvalitet och patientsäkerhet, HR och ekonomi. Avdelningen genomför utbildningar, mätningar, analyser och uppföljningar. Avdelningen omfattar även Etiskt forum och Hälsofrämjande sjukhus. Ett tätt samarbete finns med sjukhusets Analys- och projektenhet.

### **Riskområdena trycksår-undernäring-fall**

De tre riskområdena trycksår-undernäring-fall har många gemensamma nämnare och arbetar tätt gemensamt med kunskapsunderlag, sjukhusövergripande uppföljningar samt utbildningsinsatser. För varje del av det specifika riskområdet finns tvärprofessionella arbetsgrupper som träffas vid ett antal tillfällen per år med fokus att utveckla och förvalta en strategi för systematiskt arbete för förebyggande insatser. Dessa tre områden ingår tillsammans med riskområdena läkemedel och vårdrelaterade infektioner i en samordningsgrupp.

### **Läkemedel**

Det strategiska läkemedelsarbetet och sjukhusets läkemedelsförsörjning utgår från Strategiska Rådet för Läkemedelsfrågor (SRL) samt från Verksamhet Läkemedel med målet att alla sjukhusets patienter ska få en evidensbaserad och säker läkemedelsbehandling. Verksamhetschefen leder sjukhusets SRL i enlighet med dess årliga verksamhetsplan. I rådet ingår chefläkare, funktionsansvariga läkare från varje område, apotekare, klinisk farmakolog och en ekonom. Funktionsansvariga läkare leder i sin tur läkemedelsgrupper på varje område och samarbetar med funktionsansvariga läkare med ansvar för läkemedelsfrågor på verksamhetsområdesnivå. Verksamhetschefen för Verksamhet läkemedel deltar i Funktionsgruppen för kvalitetsutveckling och patientsäkerhet för att belysa förbättringsområden och patientsäkerhetsaspekter avseende läkemedelsbehandlingar. Sedan ett par år hålls regelbundna möten mellan VC och enhetschefer inom VO läkemedel och alla chefläkare.

### **Vårdhygien**

Vårdhygien har i uppdrag att tillsammans med verksamheterna förebygga uppkomst av vårdrelaterade infektioner hos patienter/vårdtagare och personal samt att förhindra smittspridning. Vårdhygien ansvarar på SU för sammanställning och analyser av mätning av vårdrelaterade infektioner via Infektionsverktyget. En chefläkare arbetar tätt tillsammans med vårdhygien.

### **Antibiotikaresistens**

Strama SU har i uppdrag att arbeta mot antibiotikaresistens genom att övervaka förskrivnings- och resistensdata, medverka till att bra behandlingsriktlinjer etableras och bidra till det förebyggande arbetet mot infektioner. Strama SU leds från verksamhet Infektion med deltagare från Klinisk mikrobiologi, Vårdhygien, område Läkemedel samt chefläkare. Ett nätverk av kontaktläkare, med samordnande ansvar för arbetet mot antibiotikaresistens inom respektive verksamheten, finns inom somatiska verksamheter.

Analys av antibiotikaförbrukning och resistensläge ligger till grund för riktade satsningar inom olika verksamhetsområden. SU-Strama arbetar även med utbildning i och statistikuttag från Infektionsverktyget.

### **Överbeläggningar och utlokalisering**

En övergripande vårdplatsgrupp har tidigare arbetat med planering av vårdplatstillgång på sjukhusdirektörens uppdrag. I SU:s rutin Vårdplats hantering beskrivs ansvaret för



beläggning av vårdplatser såväl dagtid som jourtid.

Vårdplatsgruppens arbete har under 2022 återupptagits, efter att ha varit pausat under 2020-2021 på grund av pandemin, där snabb omställning och högagil styrning av vården krävdes. De arbetssätt och den ledning som pandemin krävde har lett till lärdomar som används i det fortsatta arbetet med att minska beläggningsgraden och antal överbeläggningar på sjukhuset. Ett viktigt verktyg i bedömning av tillgången till vårdplatser och för att jämna ut fördelningen av patientvården mellan team och avdelningar är sjukvårdsmätning. Denna utgör en samlad bedömning av patientens behov av medicinsk vård och omvårdnad, och där patienter och personal kan allokteras på ett dynamiskt sätt som ska säkerställa att behoven tillgodoses samtidigt som arbetsmiljön är god.

Under andra halvan av 2022 har ledningen av sjukhuset under höga påfrestningar utgjorts av den ordinarie ledningen men med tätare möten efter behov med tydlig problemidentifiering och fastställande av åtgärder som därmed blir väl förankrade och snabbt genomförda. Arbetet har bland annat gått ut på att säkra tillgången till vårdplatser, operationskapacitet och IVA-platser.

### **Medicintekniska produkter**

Varje verksamhetschef har ett ansvar för att den medicintekniska utrustningen som används är säker och ändamålsenlig samt att medarbetare har erforderlig kompetens vid användningen. Flertalet utbildningar avseende produkter finns tillgängliga i digital form i Lärportalen. Service och underhåll kan skötas via externa avtal eller via intern överenskommelse med Verksamhet Medicinsk Fysik och teknik, MFT, som är sjukhusets kompetens- och stödfunktion; aktiva inom upphandling, byggnation, utredning och installation.

Regelbundna möten hålls med VC MFT, strategier för respektive medicinteknisk säkerhet samt strålsäkerhet och alla chefläkare för dialog runt avvikelser och utredningar rörande medicintekniska produkter och strålsäkerhet.

Fokus under även 2022 har varit att informera och stärka efterlevnad till det nya nationella regelverket kopplat till EU förordningen Medical Device Regulation, som togs i bruk under våren 2021.

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

Samverkan mellan sjukhusets verksamheter, med andra sjukhus i regionen, med primärvård och kommunala instanser syftar till att patienten får den vård och omsorg som behövs och på rätt plats. Arbetet med att stäkra samverkan i vårdens övergångar, dvs när patienten överlämnas för fortsatt vård i en vårdkedja eller till en vårdgranne, pågår ständigt, så att kraven på kontinuitet i vården uppfylls.

SU har representanter i Ledningsgruppen för samverkan, LGS, där regional slutenvård, öppenvård samt kommunal hälso- och sjukvård ingår, samt i dess olika temagrupper, Barn, Psykiatri, Mitt i livet och Äldre.

Regional samverkan sker i regionens Funktionsgrupper för respektive utvecklingschefer, chefläkare samt chefsjuksköterskor med återföring till SU:s Funktionsgrupp för kvalitetsutveckling och patientsäkerhet.

Sjukhuset deltar i alla regionala samverkansprocesser för en bättre vård, till exempel i arbetet med framtiden vårdinformationssystem, FVM, där medarbetare ingår i arbetsströmmar och olika beslutandenivåer. I de regionala vårdprocesserna inom nationella kunskapsorganisationen finns medarbetare i samtliga grupper, i flera fall som

processägare regionalt och/eller nationellt.

Under covidpandemin har en tydlig framgångsfaktor varit att kunna ställa om vården genom samverkan internt och regionalt. Styrningen av sjukhuset har utvecklats under pandemin och gjorts mer robust och dynamisk. Detta innebär att den ordinarie ledningsstrukturen så långt det är möjligt behålls och där beslut som behöver fattas snabbt får en snabbare beredning och genomförande. Samverkan med de regionala styrfunktionerna har också stärkts och utvecklats.

De utvecklings- och förbättringsåtgärder som infördes 2021 har under 2022 konsoliderats.

Exempel på detta är utveckling av transportsystem för interna transporter av patienter mellan sjukhustomter och inrättande och utveckling av mobila sjukvårdsteam som utgår från sjukhuset och som samverkar med kommunal hälso- och sjukvård, primärvård och prehospital verksamhet. Arbetet med att säkerställa en säker överföring av patienter från sjukhuset till kommunal vård och omsorg har fortsatt.

#### **2.1.4 Informationssäkerhet**

SU har under året skapat bättre förutsättningar för att tillsammans med regionens informationssäkerhetsresurser hantera informationssäkerhetsarbete för hela regionen, bland annat med fokus på medicinsk teknik.

Under 2022 har informationssäkerhet varit en viktig del, både för SU och för omvärlden. Vårdmöten genomförs digitalt som ett möjligt alternativ för kontakt som komplement till det fysiska vårdmötet.

SU har under året kontinuerligt arbetat enligt ett riskbaserat arbetssätt som följer ledningssystemet för informationssäkerhet. Riskanalyser görs löpande i enlighet med Västra Götalandsregionens styrande dokument. Riskanalyserna rör många gånger enskilda system. Analyserna utförs även inför upphandling och utifrån verksamhetsprocesser.

I och med kriget i Ukraina och Sveriges ansökan om medlemskap i Nato har antalet cyberhot ökat. Arbetet med sårbarheten med Log4J har hanterats under 2022. En fortsatt kartläggning av regionens system har utförts tillsammans med flera säkerhetskänsliga åtgärder.

Tillsammans med områdenas dataskyddsamordnare arbetar SU för att förvaltningens informationstillgångar och personuppgifter behandlas på ett korrekt sätt.

Den digitala utbildningen – Digital informationssäkerhetsutbildning för alla (DISA) finns tillgänglig i utbildningsportalen och är numera obligatorisk för alla medarbetare.

#### **2.1.5 Strålskydd**

Vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset bedrivs verksamhet med medicinska bestrålningar inom cirka 30 verksamheter fördelat på alla 6 områden. De tyngsta verksamheterna återfinns inom område 4 och 5 samt till viss del inom område 1, och omfattar Onkologi, Klinisk fysiologi, Medicinsk fysik och teknik, Hybrid och intervention samt Radiologi och Barnradiologi.

På det stora hela bedöms strålsäkerheten som god inom SU.

Under 2022 har SU på begäran av strålsäkerhetsmyndigheten (SSM) gjort en sammanställning av uppgifter och rutiner kring höga huddoser inom interventionsverksamheten. Inom verksamheterna finns rutiner för när höga huddoser

ska följas upp. Under de senaste två åren har ingen patient identifierats som fått konstaterade hudskador. Det framkom dock att förbättringsarbete behövs vad gäller rutiner för identifiering av patienter som genomgår upprepade interventionella procedurer. Denna kartläggning har genomförts inom involverade verksamheter, Radiologi, Kardiologi, Kärnkirurgi, Hybrid och intervention i samarbete med Medicinsk fysik och teknik.

Inom klinisk fysiologi har man under 2022 tillsammans med Medicinsk fysik och teknik gjort riskanalys inför införande av ny diagnostisk metod, Syre-15 vatten PET. Metoden innebär en markant sänkning av stråldoser vid hjärtperfusionsdiagnostik.

Inom klinisk fysiologi har det också påbörjats arbete med organiserad uppstart och ibruktagande av befintlig PET-MR-utrustning. En förflyttning av diagnostiska undersökningar från den mer stråldoskrävande modaliteten PET-CT till en teknik med ickejoniserande MR-teknik ger förstås lägre stråldoser, vilket innebär en vinst för berörda patientgrupper.

Under 2022 har 280 strålningsrelaterade avvikelser rapporterats i avvikelshanteringssystemet MCP för SU som helhet. Detta är en ökning sedan föregående år med drygt 20%. Andelen allvarliga händelser har dock inte ökat.

SU har under året jobbat tillsammans med regionens strålsäkerhetsråd för att skapa ett bättre och mer sammanhållet strålsäkerhetsarbete för SU och hela regionen. Bland annat har en regional internrevisionsfunktion initierats. Under 2022 har internrevisioner av CT-bukundersökningar på barn genomförts på SU.

Det regionala revisionsprogrammet täcker in de olika revisionsområdena Röntgenverksamhet, Strålbehandling, Nuklearmedicin och öppnastrålkällor och Cyklotronverksamhet och målet är att varje område ska granskas minst var tredje år. Näst på tur under 2023 står palliativa behandlingar inom strålterapi.

## 2.2 En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet.

Genom en aktiv avvikelshantering uppmuntras medarbetare att identifiera risker och tillbud i det dagliga arbetet vilket är del i att främja en god patientsäkerhetskultur. Chefer uppmuntras att ha en ständig dialog i medarbetargruppen om avvikelser och risker, samt att också skapa delaktighet genom att involvera medarbetare i förbättringsarbeten för att förebygga skador.

Patientsäkerhet är alltid med på agendan vid sjukhusledningens möten samt vid styrelsens sammanträden. Där redovisar chefläkare aktuella händelser, pågående arbeten och analyser.

Varje verksamhet ska årligen delta i en patientsäkerhetsdialog på inbjudan av områdeschef. Medverkar gör även utvecklingschef och chefläkare. Mötet sker enligt en sjukhusgemensam mall som under 2022 har reviderats. Verksamhetschef och medarbetare redovisar pågående patientsäkerhetsarbete; hur man hanterar sjukhusets identifierade fokusområden och de risker som är specifika för verksamheten. Dialogen handlar om hur systematiken i förbättringsarbete kan uppnås, framgångsfaktorer i verksamhetens arbete och vilka problemområden man kan behöva stöd i. Dialogerna visar på högsta ledningens stöd till patientsäkerhetsarbetet.

Som stöd till chefer och ärendansvariga/verksamhetsutvecklare har workshops i aktiv

avvikelsehantering hållits under året med tema läkemedelsavvikelser. Efter inledande kort presentation läggs fokus på erfarenhetsutbyte, coachade av chefläkare, utvecklingschefer och strateger.

I sjukhusets och regionens program för kompetensutveckling för chefer och medarbetare inom kvalitetsdriven verksamhetsutveckling ges verktyg för förbättring av vården som kan användas för att motverka avvikelser och risker. Socialstyrelsens nationella handlingsplan Agera för säker vård och utbildningen Säker vård - nationell utbildning i patientsäkerhet ingår i introduktion och utbildning i olika grad för olika yrkesgrupper. Under 2022 har förberedelser inför resultatet från patientsäkerhetskulturmätningen (MAPS) gjorts i samarbete med kvalitetsorganisationen och HR. Utbildningsmaterial och information om kopplingen mellan arbetsmiljö och patientsäkerhet har getts till chefer och verksamhetsutvecklare.

## **2.3 Adekvat kunskap och kompetens**

En grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete. Sjukhuset driver både övergripande och i verksamheterna ett kontinuerligt arbete för att säkerställa en långsiktig kompetensförsörjning.

### **Kompetensutveckling**

Sjukhusövergripande insatser har genomförts under året för att möjliggöra kompetensutveckling och karriär. Bland annat anordnas förstärkt yrkesintroduktion för sjuksköterskor, röntgensjuksköterskor och biomedicinska analytiker (Kliniskt Basår) och förstärkt yrkesintroduktion för undersköterskor/skötare och barnsköterskor (FYI), Kliniskt basår för sjuksköterskor, biomedicinska analytiker och röntgensjuksköterskor.

Att införa och tillämpa karriärutvecklingsmodeller som en naturlig del i utveckling av verksamhet och medarbetare är och kommer fortsatt att vara ett viktigt verktyg för att tydliggöra och motivera till medarbetarens kompetensutveckling utifrån verksamheternas mål och uppdrag.

### **Kunskap om patientsäkerhet och kvalitetsdriven verksamhetsutveckling**

En sjukhusgemensam strategi för utbildning och kompetensutveckling gällande patientsäkerhet och kvalitetsdriven verksamhetsutveckling för medarbetare och chefer på olika nivåer har införts under året. Syftet är att ge god kunskap om patientsäkerhet och kvalitetsutveckling så att alla som arbetar på sjukhuset ska vara trygga i att ha rätt kompetens för sin befattning för att kunna bidra till verksamhetsutveckling och en säkrare vård.

Socialstyrelsen webbutbildning Säker vård, utgiven 2021 används som basmaterial liksom den regionalt framtagna digitala basutbildningen inom kvalitetsdriven verksamhetsutveckling för medarbetare, chefer och verksamhetsutvecklare. Utbildningarna innehåller delar som patientbehov, systemförståelse, visualisering och förbättringskunskap.

### **Arbetsmiljö och patientsäkerhet**

Arbete med organisatorisk och social arbetsmiljö pågår bland annat genom genomförandet av återhämtningsprogram och egen grundutbildning i arbetsmiljö och samverkan. Arbete för att uppnå normtalet har under året fortsatt i syfte att minska antalet medarbetare per chef. På sjukhusets arbetsplatser har det bland annat arbetats med att förebygga hög arbetsbelastning, fysiska arbetsmiljöfrågor, en förbättrad arbetsorganisation och bemötande.

Arbetsmiljöarbetet behöver fortsatt utvecklas så att medarbetare och chefer har en hållbar vardag och ett hållbart arbetsliv. Ledarskapet är viktigt liksom att systematisera arbetsmiljöarbetet, ta tillvara goda exempel och utveckla det hälsofrämjande arbetet.

Det pågår också ett arbete på sjukhuset vars syfte är att utveckla en förbättrad schemaläggning med tydligare koppling till verksamhetens behov. Längre, gemensamma beräknings/schemaperioder underlättar bemanning, schemaläggning och kompetensplanering/utveckling. Detta arbete ska leda till en hållbar arbetsmiljö för medarbetarna. För att skapa förutsättningar för medarbetarna att arbeta med och bidra till kökortning är sjukhusets arbete med återhämtning och hållbar schemaplanering en förutsättning.

## 2.4 Patienten som medskapare

En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.

Patienters delaktighet och synpunkter på vårdens utformning är en betydelsefull del av sjukhusets systematiska kvalitetsarbete.

I många verksamheter involveras patienter och närstående i förbättringsarbeten. Patientenkäter används på många enheter, bland annat om bemötande, patientnöjdhet och information inom vården. Patienter erbjuds att vara med på utbildningsdagar samt i förbättringsarbeten. Personcentrerat arbetssätt implementeras i syfte att göra patienter delaktig i sin vård utifrån önskemål och behov.

På sjukhusövergripande nivå fortsätter arbetet med Patientforum. Avsikten är att genom dialog med sjukhusledningen lyfta in frågor som är viktiga för patienter och närstående på strategisk nivå. Medlemmarna i Patientforum deltar utifrån sina erfarenheter och kunskaper och företräder inte en specifik patientgrupp. Patientforum träffar sjukhusledningen en gång per termin och har dessemellan egna möten. Patientforum arbetar utifrån fem fokusområden:

- Egenvård/personcentrerad vård
- Utveckling, förtydligande och förbättring av kommunikation och information mellan vårdgivare och patient
- Personer med flera diagnoser som innebär kontakt på flera olika mottagningar: koordinering, samordning av vård/mottagningar för att slippa bli ”ensam och vilse i vårdkedjan”
- Bemötande i vården
- Konsekvenser av pandemin och hur de planeras att hanteras

För att tillvara engagemang tillfrågades de personer som ansökte till Patientforum men inte kunde beredas plats om att vara med i en patientpanel. Deltagarna i patientpanelen kan få förfrågan om att delta i specifika arbeten eller till exempel svara på enkäter.

Under pandemin har digitala vårdmöten ökat betydligt, vilket var positivt ur smittsynpunkt. Utvecklingen av digitala vårdmöten fortsätter då dessa har även visat sig vara positiva för patienter genom bland annat att minskade restider och ökade möjligheter för närstående under besöket.

Synpunkter på vården tas i allt högre omfattning emot via 1177.se för en säkrare och smidigare hantering. Alla synpunkter oavsett kontaktväg omhändertas. Alla patientklagomål ska läggas in i avvikelshanteringssystemet, MedControlPro, utredas

och besvaras.

Kategoriseringen av vad klagomålen handlar om när de registreras i MedControlPro utgör ett underlag för systematisk sammanställning och analys av förbättringsområden i varje verksamhet som därmed kan komma att bli mer fokuserade på de grundläggande problem som patienter och deras närstående upplever. En fördjupad sådan analys har pågått under 2022 där det också finns ett forskningsinslag. Genom sådan aktiv hantering av klagomål kommer tar vi tillvara patientens upplevelser vilket bidrar till att för dem som medskapare i patientsäkerhetsarbetet.

### 3 Agera för säker vård

#### Egenkontroll

Målområde	Mätetal	Utfall 2019 SU	Utfall 2020 SU	Utfall 2021 SU	Målvärde 2022 SU	Utfall 2022 SU
<b>Vårdrelaterade infektioner</b>	Andel vårdtillfällen i somatisk slutenvård med vårdrelaterade infektioner	5,48%	5,2%	5,8%	4,5%	5,5%
<b>Trycksår</b>	Förekomst av trycksår kategori 2-4 (årlig punktprevalensmätning inom vuxen somatisk slutenvård)	7,7%	5,2%	6%	5%	-
	Andel slutenvårdstillfällen där registrering av trycksår görs vid in- och utskrivning	31%	55%	56%	80%	60%
	Andel vårdtillfällen av alla vårdtillfällen i somatisk slutenvård vid vilka trycksår uppkommer	-	2,3%	2,4%	3%	3%
<b>Fallvårdskador</b>	Andelen vårdtillfällen i slutenvård med fallskada	-	-	0,5%	0,5%	0,6%
	Andel patienter där riskvärdering gjorts enligt rutin för fallrisk	53%	56%	57%	75%	57%
<b>Läkemedelsrelaterade skador</b>	Olämpliga läkemedel till personer, 75 år och äldre, ska minska mot föregående år (% sjukhusvården)	0,89%	0,92%	0,81%	1%	0,77%
	Andel zopiklon av sömnmedel (exkl. melatonin) på recept till personer = 75 år	64,6%	63,9%	65,3%	75%	65%
	Andel diklofenak av alla COX-hämmare (recept/rekvisition)	11,5%	12,6%	10,9%		10%
	Andel av alla utskrivningar där vård och läkemedelsberättelse dokumenterats i Melior	52%	54,1%	65,9%	90%	71%

<b>Antibiotikaresistens</b>	Antal verksamheter per sjukhusförvaltning som infört antibiotikaronder	10	10	10	10	10
	Andel patienter inom sjukhusvård (öppen och sluten) med misstänkt samhällsförvärd pneumoni som initialt behandlas med penicilliner	29%	26%	25%	55%	30%
	Andel patienter med afebril UVI som fått kinoloner (ciprofloxacin)	13%	13,8%	13,3%	10%	15%

*Förekomst av trycksår kategori 2-4 (årlig punktprevalensmätning inom vuxen somatisk slutenvård) - ingen mätning utförd 2022.*

### 3.1 Öka kunskap om inträffade vårdskador

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

Alla avvikelser som rapporteras i avvikelshanteringssystemet utreds med avseende om vårdskada inträffat eller om det förelåg risk för vårdskada. Utredningarna syftar till att få kunskap om systemiska systembrister i vården har bidragit till händelsen och leder i sådana fall till åtgärder formulerade i handlingsplaner som fastställs och följs upp.

Allvarliga händelser utreds i de flesta fall med händelseanalys (enligt SKR:s handbok) och där Nitha (Nationellt IT-stöd för händelseanalys) används som stöd.

Resultaten av händelseanalyserna och handlingsplanerna återförs i verksamheterna för att dels öka kunskaperna om riskerna i vården, dels göra personalen delaktig i förbättringsarbetet och därmed öka genomförbarheten av förbättringsåtgärderna samt göra personalen mer riskmedveten (proaktiv).

Konferenser hålls i stor omfattning tillsammans med de verksamheter som berörs där utredningarnas resultat diskuteras och där personalens erfarenheter och exempel på goda arbetssätt sprids. Genom att Nitha används och händelseanalyserna överförs till Nitha Kunskapsbank sprids kunskaperna såväl inom organisationen som till andra vårdgivare. Händelser som inträffat inom andra verksamheter än den egna, inom såväl SU som i VGR, görs kända för personalen och utgör underlag såväl för egen personlig utveckling som för diskussioner i personalgrupper. Detta bidrar också till ökad riskmedvetenhet.

Resultaten av markörbaserad journalgranskning, där SU deltar, och som leder till nationella rapporter om vårdskadeförekomsten sprids också inom organisationen. Detta bidrar till ökad kunskap om vanliga vårdskador och därmed också till ökad riskmedvetenhet hos personalen.

Kunskapen om vårdskador och risker utgör grunden för det ständigt pågående och systematiska patientsäkerhetsarbetet, och bidrar till att då åtgärder som vidtas får rätt fokus och därmed till stärkt patientsäkerhet.

Systematiska sammanställningar och analys av avvikelser som berör såväl risk för vårdskada som inträffad vårdskada görs på verksamhets- och sjukhusövergripande nivå, s k aktiv avvikelshantering. Detta bidrar till ökad kunskap om de vanligaste bristerna

och leder till genomförande av åtgärder på såväl verksamhets- (mikronivå) som sjukhusövergripande nivå (mesonivå). Dessa kunskaper sprids inom sjukhuset i olika fora. Arbetet med att stärka denna kunskaps spridning så att dem får genomslag i mötet med patienten pågår och utvecklas så att den ska bli mer effektiv och utgöra ett naturligt och självklart inslag i vården.

Kunskapen konsolideras vid de i många verksamheter införda dagliga möten med vårdpersonalen om risker och händelser som de iakttagit och som leder till att riskerna kan dämpas så att skador kan förhindras. Ett system för detta utgörs av Gröna Korset, men det finns också andra liknande system som används.

Kunskap sprids också genom att patientsäkerhet är en stående punkt på alla möten, och där arbetsplatsträffar för vårdpersonalen är de viktigaste.

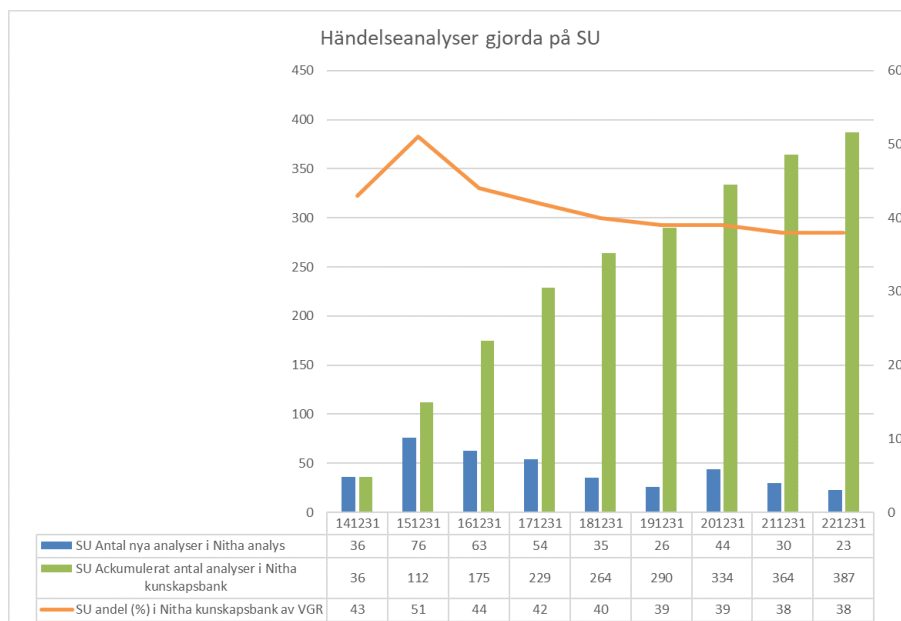
Den ökade riskmedvetenheten hos personalen som successivt utvecklats och ökat hos personalen har sannolikt varit starkt bidragande till den resiliens som präglar vårdarbetet vid sjukhuset och där förhållandevis få allvarliga skador uppkommer trots hög belastning.

Under 2022 har särskilt bristande kommunikation i vårdens övergångar, främst mellan akutmottagning och vårdavdelning, samt mellan IVA och vårdavdelning, belysts i händelseanalyser.

Antalet händelseanalyser som startat, och där Nitha Analys har använts som stöd, har fortsatt minska under 2022. Detta är samma trend som för antal gjorda Lex Maria-anmälningar under året (samma trend ses inom andra förvaltningar i VGR). Denna trend är ett observandum och kan tala för att resurserna för genomförande av utredningar kan ha varit otillräckliga. Av alla händelseanalyser som startat i Nitha Analys mellan 2020-2022 (114 stycken) har 39 % lett till Lex Maria-anmälan. Detta talar för en hög förståelse för komplexiteten i sjukvården och att noggrann utredning med händelseanalys är viktig för att förstå händelseförloppet och vilka faktorer som bidragit till det. Denna förståelse utgör grunden för bedömning av om förloppet var undvikbart eller inte. De händelseanalyser som inte leder till Lex Maria-anmälan visar i de flesta fallen på brister i vården som, även om de inte bidrog till det enskilda händelseförloppet, leder till handlingsplaner med förbättringsåtgärder. Antalet utredningar som görs med Nitha Analys bör dock kunna öka, då andelen Lex Maria-anmälningar under 2022 där utredning gjorts med händelseanalys ligger på cirka 46 % (detta är en ökning sedan 2018, då andelen legat mellan 41-44 %). För att kunna göra fler utredningar med händelseanalys och också göra fler Lex Maria-anmälningar kan det dock behövas en förstärkning av utredningsresurserna vid SU, samtidigt som processen för utredning av allvarliga händelser kan behöva ses över och effektiviseras.

Genom att händelseanalyser görs i Nitha Analys kan resultaten överföras till Nitha Kunskapsbank för att sprida kunskaper om det inträffade till andra verksamheter såväl inom organisationen som till andra förvaltningar i VGR och vårdgivare i Sverige. SU:s bidrag till innehållet i Nitha Kunskapsbank, av alla analyser som överförts från vårdgivaren VGR, har de senaste åren legat kring strax under 40 %, vilket ligger i god relation till SU:s andel av den samlade vårdproduktionen i VGR.





Två händelser inom samma vårdprocess ledde till att vårdprocessen tillfälligt stoppades ("nödbroms") och en omfattande utredning snabbt genomfördes, med förbättringar som följt. Tack vare en effektiv utredning kunde vårdprocessen återupptas med minimal fördröjning och där förändringar snabbt infördes som stärker patientsäkerheten i processen. Kunskaperna som utredningen ledde sprids nu nationellt.

Två händelser som berör felaktig användning av moderna operationslampor och som ledde till att patienterna fick brännskador har utretts. Detta har ökat kunskaperna om riskerna med dessa moderna lampor och som nu sprids till alla sjukhus i regionen och nationellt.

Inom psykiatrin har införandet av en checklista för utredning av allvarliga händelser breddinförts. Detta bidrar till ökad kunskap såväl hos personalen som organisatoriskt. Checklistan har varit i bruk vid SU sedan 2019 och har också införts i SKR:s handbok om utredning av allvarliga vårdskador.

En av chefläkarna vid SU har varit analysledare för riskanalysen om nationella läkemedelslistan som genomfördes på initiativ av nätverket Sveriges chefläkare. Kunskaperna om de risker som denna analys påvisade används nu i sjukhusets arbete med att göra läkemedelshandlingen i samband med inläggning och utskrivning i slutenvård säkrare.

### 3.2 Tillförlitliga och säkra system och processer

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

En aktiv avvikelshantering med rapportering av avvikelser, utredning, analys och åtgärder är grundläggande för ett systematiskt patientsäkerhetsarbete.

Det stora flertalet av verksamheterna har en struktur för patientsäkerhetsarbetet genom olika patientsäkerhetsgrupper med representanter från verksamhetens avdelningar och mottagningar. Patientsäkerhetsarbetet följs upp på olika sätt till exempel genom stående punkt i ledningsgrupp, APT samt personalmöten. Uppföljning sker även vid de årliga patientsäkerhetsdialogerna.

Sjukhusets relevanta riskområden beskrivs ovan. För dessa finns sjukhusövergripande grupper som arbetar med uppföljning och aktiviteter.

### **Vårdplaner**

En vårdplan ska upprättas i samråd med patient och närstående och syftar till att göra patienten mer delaktig och till att ge en samlad bild av patientens behov, mål och de insatser som planeras.

### **Vårdrelaterade infektioner**

Arbetet med vårdrelaterade infektioner (VRI) och följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler tas upp och diskuteras vid patientsäkerhetsronder liksom kvalitet på registrering i Infektionsverktyget vilket är en förutsättning för effektivt arbete mot VRI.

Under året har en strategigrupp för VRI startats upp på sjukhuset för att fungera samordnade i arbetet mot vårdrelaterade infektioner mellan enheter för Vårdhygien, Strategigruppen för rationell antibiotikaanvändning och minska antibiotikaresistensen (STRAMA), den kvalitetstrategiska organisationen samt verksamhetsområden.

Förekomst och typ av vårdrelaterade infektioner varierar stort mellan verksamhetsområdena till viss del beroende på verksamhetens inriktning och speciella utmaningar. Kvartalsrapporter för VRI baserade på data från Infektionsverktyget återkopplas sedan 2021 till verksamheter med somatisk slutenvård för att möjliggöra analys och framtagande av förbättringsåtgärder. SU data för VRI det senaste år visar tendens till minskning men når inte måltalet 4,5 %.

Några av de aktiviteter som verksamheter/områden genomfört under året för att nå målvärdet:

- Kontinuerligt arbete med veckovisa antibiotikaronder tillsammans med infektionskonsult
- Intensifierat arbete med att säkerställa skötseln av bland annat centrala och perifera infarter
- Systematisk användning av Ledningsverktyget för vårdhygienisk standard
- Utbildning för läkare i VRI
- Fördjupad genomgång aktuell VRI och därefter uppdatering av rutin för antibiotikaproylax vid kirurgi
- Journalgranskning för att öka förståelsen kring registreringen kring VRI i Infektionsverktyget.
- Återkoppling av statistik från Infektionsverktyget kvartalsvis till läkargrupp, månadsvis i VLG.
- Visuellt återkoppling månadsvis på läkarenhet och vårdavdelningar.

### **Trycksår, undernäring och fall**

För dessa områden pågår arbete i respektive arbetsgrupp, men också en samordning för att få en god samstämmig riskbedömning i patientmötet. Flertalet uppmärksamhets- och utbildningsinsatser har utförts gemensamt.

#### **Trycksår**

Under 2022 har andelen kompletta vårdtillfällen med screeningresultat registrerat i journalen vid både in- och utskrivning legat runt 60 %, det vill säga under målvärdet. Det är betydligt fler patienter som screenas vid inskrivningssamtalet (cirka 86 %) jämfört med vid utskrivning (cirka 62 %). Differensen mellan in- och utskrivningsregistrering innebär ett mörkertal avseende andelen uppkomna trycksår under vårdtiden. Det är stor variation mellan områdena, högst andel komplett registrerade vårdtillfällen under december månad är 86,7 %, lägst andel komplett

registrerade vårdtillfällen under samma period är 48,3 %. Andelen uppkomna trycksår under vårdtiden ligger väl under målvärdet (3 %) på SU.

#### Undernäring

Under 2022 har möjligheten funnits att göra *riskbedömning undernäring* under sökord *ankomstsamtal*, vilket kan ha bidragit till att andelen riskbedömningar har ökat något. Sedan våren 2022 finns riskområde undernäring med i Kvalitetsdashboarden. Ett pilotprojekt med 50 % dietist på vårdavdelning har startat under hösten 2022, där förhoppningen är att förbättra nutritionsprocessen, öka kunskapen hos personalen och kvaliteten på nutritionsbehandlingen. Från områdena rapporteras att nutritionsteamet på barnsjukhuset, område 1, arbetar med implementering av screeningverkyget STRONG-kids.

#### Fall

När det gäller andel fysisk fallskada så är medelvärdet 0,57 %. Det innebär att fallskadorna ökat något från föregående år. Vid de cirka åttiotusen slutenvårdstillfällena under året så har 472 personer drabbats av fysisk fallskada under vårdtiden. Andel fallriskvärderingar har varierat under året och mellan verksamheterna och ligger på ungefär samma nivå som föregående år. Det finns flera verksamheter som har arbetat mer intensivt med förbättringsarbeten riktat mot fallprevention. Det har gett goda resultat med ökat andel riskbedömda och upprättande av planer med åtgärder för att förebygga fall.

#### Läkemedel

Det strategiska läkemedelsarbetet och sjukhusets läkemedelsförsörjning utgår från Strategiska rådet för läkemedelsfrågor och verksamhet Läkemedel. Strategiska rådet har initierat och utfört en rad utbildningsaktiviteter under året, inte minst den föreläsningsserie som arrangerades under benämningen Fokusveckor om läkemedel. Konceptet föll väl ut och fick mycket god respons enligt den utvärderingsenkät som gjordes.

Arbetet med att förbättra kvaliteten i vård – och läkemedelsberättelser har fortsatt via ett tredelat projekt. De två första delarna genomfördes under året, där ett examensarbete har resulterat i en rapport där kvaliteten i skrivna läkemedelsberättelser och läkemedelsdelarna i vårdplaner utvärderats.

Målet för andel potentiellt olämpliga läkemedel till äldre patienter (på recept) ligger fortsatt stabilt under 1 % (målvärdet), och har minskat ytterligare kvartal 3 och 4. Kvartal 4, 2022 var andelen olämpliga läkemedel endast 0,77 %. Utfallet tyder på aktivt arbete för att uppnå bästa möjliga läkemedelsanvändning till äldre. Framför allt ses en minskning av förskrivning av Propavan, men även av kodein, vilka båda är relativt biverkningsbelastade läkemedel hos äldre. För zopiklon finns förbättringspotential, även om vi under kvartal 4 kunde se en glädjande uppgång till 65 % zopiklon.

#### Antibiotikaresistens

Under 2022 har Strama SUs arbete mot antibiotikaresistens successivt återgått till prepandemisk struktur. Antalet antibiotikaronder har året utökats något och därutöver finns fasta infektionskonsultronder 1–5 dagar per vecka inom flera verksamheter, inklusive på samtliga intensivvårdsavdelningar, där arbete utifrån ett antibiotic stewardship-perspektiv är integrerat.

Strama SU har under året genomfört verksamhetsförlagda föreläsningar på läkarmöten samt medverkat vid framtagande av program till Fokusveckorna om läkemedel. Vidare har nya kontaktläkare för Strama och Infektionsverkyget introducerats och

Kontaktläkarträffar arrangerats. Strama SU har som tidigare också samverkat med Strama VGR samt med Strama på nationell nivå, bland annat som medverkande i Folkhälsomyndighetens Samverkansgrupp för Stramaarbete och i Referensgruppen för antibiotikafrågor (RAF). Representant för Strama SU ingår även i styrgruppen för IT-verktyget ”Strama-appen”, där löpande uppdateringar av nationellt tillgängliga behandlingsrekommendationer genomförs. Strama SU har utifrån detta beslutat att inte längre ha separata riktlinjer för initial empirisk antibiotikabehandling av samhällsförvärvade infektioner inom SU.

Strama SU har liksom tidigare år kvartalsvis tagit fram och på sin hemsida på intranätet publicerat övergripande antibiotikastatistik för sjukhuset samt uppföljning av mätetal för antibiotika. Data avseende frekvens av och resistens hos de vanligaste bakterierna har i samarbete med Klinisk mikrobiologi framtagits och tillgängliggjorts på hemsidan. Strama SU har också medverkat i den regionala gruppen som arbetar med att etablera en standardvårdplan för omhändertagande av patienter med samhällsförvärvad pneumoni. Under året har en arbetsgrupp om vårdrelaterade infektioner etablerats och medlemmar ur Strama SU medverkar i denna i flera roller.

Under 2022 har uppföljning via Infektionsverktyget av de övergripande mätetal för antibiotika vid samhällsförvärvad pneumoni och afebril UVI fokuserats på verksamheter med fler än 50 av respektive infektion per år, vilket därmed innefattat 11 VO för pneumoni och 18 VO för afebril UVI. Verksamheter som ej uppfyllt SUs måltal har uppmanats att genomföra en journalgranskning av orsaken till detta. Bara ett fåtal VO har hunnit slutföra dessa granskningar men flera pågår. De granskningar som genomförts har gett värdefull information kring patientkaraktäristika, som till viss del förklarar varför måltalen inte uppnåtts, men även kartlagt bristande följsamhet till riktlinjer, frekvens av felregistreringar och andra förbättringsområden. Verksamheter som inte har berörts av de övergripande mätetalen har i stället förväntats dokumentera sin vanligaste indikation för antibiotika samt antibiotikaval vid denna. Akutmottagning på SU/Sahlgrenska har under året, delvis i form av ett ST-projekt, på ett mångfasetterat och strukturerat sätt arbetat med att öka antalet patienter med samhällsförvärvad pneumoni som initialt behandlas med penicillin. Andelen penicillin har stigit under året och var under kvartal 4 2022 uppe på 36 % jämfört med 24 % under kvartal 4 2021.

### **Suicidprevention**

En övergripande metod för att stärka patientsäkerheten relaterat till psykiatrisk sjuklighet är arbete med krisplaner. Krisplaner inom psykiatri används för att förebygga risker som kan uppstå i samband med försämring av hälsotillstånd hos enskild patient. Krisplaner kan inkluderas i vårdplanen men bör vara tydlig och kommunicerad med patient och närstående. I krisplanen ska finnas angivet vilka saker som patienten själv kan göra och vad vården förväntas göra vid larm om ökad risk. Risken kan bestå i risk för självmord eller självskada, risk för aggressivitet mot andra eller risk för allvarlig försämring till exempel i samband med avbrott i medicinering eller varningssymtom som indikerar tidiga tecken till akutisering av sjukdomstillstånd.

Det finns en uttalad vilja att öka antalet krisplaner. Brister inom området har identifierats vid utredning av händelser som medfört allvarliga vårdskador. I nuläget är det komplicerat att mäta hur många planer som görs då begreppet omfattar så olika saker och inte har samma utseende eller kodning. Arbete pågår såväl regionalt som inom förvaltningen för att identifiera lämpligt sätt att registrera och mäta antalet upprättade krisplaner och kvaliteten i dessa.

### 3.3 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.

Verksamheterna har efter pandemin fortsatt arbeta med kvalitetsdriven verksamhetsutveckling utifrån behov av snabb omställning, med bland annat resultat som helt nya arbetssätt och samarbeten. I arbetet har metoder som PDSA, enklare former av SWOT-analyser eller processkartläggningar använts. Trots hög belastning har kvalitetsdrivet arbete utförts med patientfokus, både med innovationer och nya arbetssätt, inom ramen för reguljär verksamhetsutveckling och i flera exempel över enhets- verksamhets- och områdesgränser.

Aktivt arbete med kvalitetsdriven verksamhetsutveckling har under året bedrivits inom ramen för systemet för kunskapsstyrning och flera medarbetare deltar i och/eller har ledande roller på både lokal, regional och nationell nivå. Uppföljning av medicinska kvalitetsmått görs kontinuerligt i verksamheterna och på ledningsnivå.

Medarbetare från sjukhuset deltar också i det regionala arbetet med utbildningar som stödjer omställningsområdet kvalitetsdriven verksamhetsutveckling.

Vid SU pågår sedan några år ett vårdplatsprojekt som syftar till att åstadkomma en medelbeläggning på vårdavdelningsnivå över tid på högst 90 % och där överbeläggningar utgör undantag. Utlokaliseringar ska helst inte förekomma eller minimeras. I detta arbete ingår bland annat att säkerställa att befintliga vårdplatsresurser används effektivt och ändamålsenligt. Detta betyder att patienten ska få vård med den medicinska kompetens och omvårdnad som behövs i rätt tid, oberoende av var patienten vårdas fysiskt. Detta arbete är angeläget att intensifiera framöver för att nå bättre måluppfyllelse. Arbetet med kontinuerliga vårdomfattningsmätningar (tidigare s k vårdtyngdsmätningar) ner på teamnivå fortgår som ett verktyg för att visualisera vårdbehov och resurstillgång så att vårdarbetet kan fördelas på ett för patienten och personalen ändamålsenligt och effektivt sätt.

Under pandemiåren har vårdplatsprojektet inte kunnat bedrivas i den omfattning som från början avsetts. Projektet återaktiverades under hösten 2021 och har fortsatt under 2022. Arbetet med att säkerställa tillgång till den personal som behövs kommer också att intensifieras, där bland annat systemen för rekrytering och intern utbildning kommer fortsätta att utvecklas. Arbetet utgör underlag till vårdplatsgruppen, se punkt 2.1.2.

Utöver detta är arbete med vårdplanering där patient är delaktig under hela vårdtillfället och samverkan med andra vård- och omsorgsaktörer, i synnerhet kommunerna och till dem kopplade vård- och omsorgsgivare, av central betydelse. Syftet med det systematiska arbetet i detta avseende är att upprätthålla ett effektivt vårdflöde där vården kommer så många patienter som möjligt till godo och som därmed kan få sina behov av vård tillgodosedda med hög patientsäkerhet i kombination med en god arbetsmiljö för personalen.

#### 3.3.1 Riskhantering

Vårdgivare ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivare uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

Arbete med att bedöma om det finns patientsäkerhetsrisker pågår kontinuerligt och som

en del av det dagliga arbetet. Detta görs vid dagliga möten vid förbättringstavlor, på arbetsplatsträffar, vid kvalitet och patientsäkerhetsombuds-möten och i ledningsgrupper samt utifrån analyser från avvikelser, synpunkter och klagomål. Vid återkommande allvarliga avvikelser övervägs att utföra riskanalys samt vid omfattande förändring i verksamheten där risk bedöms föreligga.

Verksamheterna genomför riskanalyser ur både patientsäkerhetsperspektiv och medarbetarperspektiv och dessa utförs enligt Utredning av risker – handbok för metoden riskanalys (Sveriges Kommuner och Regioner) samt enligt Arbetsmiljöbedömning vid verksamhets- och organisationsförändring - konsekvensanalys och riskbedömning - checklista. Handlingsplaner upprättas för att vidta åtgärder riktade mot de identifierade riskerna i de analyserade processerna och återrapportering i ledningsgrupp och i verksamheten sker. Uppföljning av planerade åtgärder utförs enligt handlingsplanen.

Exempel på arbetssätt som införts under året i syfte att identifiera risker i verksamheterna är införande av metoden Gröna korset på vårdavdelningar/enheter. Gröna korset är en enkel visuell metod för medarbetare i sjukvården som används för att identifiera risker och vårdskador i realtid. Det skapar ett underlag för riktat systematiskt förbättringsarbete som ökar patientsäkerheten och stärker patientsäkerhetskulturen. Flera verksamheter inom psykiatrin arbetar även med analysmetoden FRAM för att identifiera olika styrkor och brister i verksamheten. Verksamheterna riskbedömer också patienter gällande exempelvis fall och trycksår enligt sjukhusets övergripande rutiner. Markörbaserad journalgranskning genomförs inom flera verksamheter regelbundet för att eventuellt hitta risker i verksamheterna. Under året som gått har en journalgranskning av utlokaliserade patienter under sommar 2022 genomförts vilket visat på vilka risker som finns inom verksamheterna på SU för utlokaliserade patienter. Risker framkommer även under de årliga patientsäkerhetsdialogerna och de risker som kan ge ett lärande för flera verksamheter lyfts i områdenas kvalitet- och patientsäkerhetsgrupper.

#### **Exempel på genomförda riskanalyser:**

- Planerad kulvertavstängning på Östra-tomten i samband med byggnation ny vårdbyggnad. En riskanalys gjordes av område 1 och 2 där de främsta riskerna identifierades i de akuta larmkedjorna. Åtgärder har identifierats och arbete är påbörjat med att minimera riskerna.
- Under sommaren flyttade Operation 1 från Centralkliniken Östra till Operation 2 på Kvinnokliniken och intensivvården (IVA) på Östra slogs samman med Infektions-IVA i Infektions lokaler. Riskanalyser för de båda förändringarna genomfördes och utvärderingen efter sommaren visar att riskanalyserna och de åtgärder som genomfördes bidrog till säkrare vård för ineliggande patienter under sommarperioden.

### **3.4 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.

Vårdgivaren får kännedom om händelser som kunnat medföra vårdskada huvudsakligen genom hälso- och sjukvårdspersonalens rapportering av avvikelser och klagomål. Som avvikelser betraktas varje händelse som utgjort brister i vården av patient samt också

felaktiga resultat och oväntade förlopp av vården. Vid SU finns ett väl inarbetat system för registrering och utredning av avvikelser och klagomål. Varje medarbetare känner till sin skyldighet att rapportera avvikelser genom registrering. Varje klagomål, som kan inkomma direkt till vårdgivaren eller via patientnämnd eller IVO, registreras av den som först tar emot det. Varje avvikelse utreds med frågeställning om skada uppkommit eller kunde uppkomma, skadans allvarlighetsgrad, om det förelåg brister i vården som bidragit till möjlig skada och om de var undvikbara. För brister som är undvikbara upprättas handlingsplan för åtgärd i de berörda verksamheterna. Åtgärderna följs systematiskt upp i verksamheterna. För händelser som medfört eller kunnat medföra allvarlig vårdskada görs dessutom en uppföljning av chefläkare.

En stor svårighet ligger i att påbörja utredning av händelser inom rimlig tid från tidpunkten för händelsen. Så snart vårdgivaren får kännedom om en händelse som kräver särskild utredning, med till exempel händelseanalys (se nedan) ges ett uppdrag från berörd verksamhetschef till en särskilt utsedd analysledare att genomföra en utredning. Analysledarens uppgift är att formera ett analysteam som bland annat så snabbt som möjligt genomför intervjuer med berörd personal och patient/närstående rörande händelseförlopp och omständigheter kring det. Tyvärr kommer händelsen inte sällan till vårdgivarens kännedom förrän det gått lång tid, vilket försvårar utredningen och möjligheterna till en utredning som leder till effektiva resultat.

Under 2022 har en ny sjukhusgemensam arbetsprocess tagits fram för att stärka kompetens, erbjuda mer handledning och för att ha ett gemensamt arbetssätt när det gäller händelseanalyser. Varje område har en utsedd kontaktperson som kan stödja analysledare, chefläkare gör tätare avstämningar under analysens gång i syfte att få bättre kvalitet på analyser och för att underlätta att det inte blir så lång tid handläggningstid.

En betydande tonvikt läggs vid att sprida kunskap om inträffade händelser och de bidragande orsakerna till hälso- och sjukvårdspersonalen, ledning och sjukhusets stabsfunktioner. Ett viktigt inslag i spridande av kunskap är den dialog som förs inom och mellan verksamheterna i de s k morbiditets- och mortalitetskonferenser som återkommande genomförs och där hälso- och sjukvårdspersonalen deltar. Vid dessa föredras och diskuteras särskilt komplicerade och komplexa händelser som ofta medfört allvarlig konsekvens för patienten. Det är sjukhusets uppfattning att den dialog som uppkommer vid dessa konferenser har en särskilt stärkande effekt på patientsäkerheten. Ambitionen är att öka inslaget av dessa konferenser i alla verksamheter.

De flesta utredningar vid allvarliga händelser görs med den s k händelseanalysmetoden och med hjälp av Nitha, Nationellt IT-stöd för händelseanalys. Detta medför en ökad tydlighet i bedömningen av om ett händelseförlopp var undvikbart. Det ger också ett verktyg för visualisering av händelseförlopp, deras bidragande orsaker och till dessa kopplade åtgärder när kunskap om det inträffade sprids i verksamheten vid arbetsplatsträffar och sjukhusövergripande möten i kvalitets- och patientsäkerhetsorganisationen. Genom att färdigställda och anonymiserade händelseanalyser som gjorts med Nitha överförs till Nitha kunskapsbank, vars innehåll är tillgängligt för alla, finns verktyg för att sprida kunskapen ytterligare såväl till andra verksamheter inom den egna organisationen, som till andra förvaltningar och vårdgivare i Sverige. Ambitionen är att öka personalens möjligheter och benägenhet att regelbundet gå in i kunskapsbanken och läsa och tillsammans reflektera över innehållet i händelseanalyser som är relevanta för dem.

Kunskap om systematiska brister i vården erhålls också genom regelbundna sammanställningar av registrerade rapporter i avvikelshanteringssystemet.

Sammanställningar görs såväl inom respektive verksamhet som sjukhusövergripande. Denna kunskap leder till att riktade insatser görs mot de särskilda områden som identifierats.

Förutom avvikelserapportering fås kunskaper om vården, vårdskador och riskområden vid journalgranskning, vilket genomförs i verksamheterna vid särskilda frågeställningar eller vid uppföljning av vårdskador. Sjukhusövergripande markörbaserad journalgranskning görs för rapportering till SKR för nationell sammanställning.

Metodiken patientsäkerhet i realtid, PiR, har utvecklats inom Medicin, geriatrik och akutmedicin Östra, till att även innefatta närsjukvårdsteamerna. Denna metod tillämpas i allt fler verksamheter och upplevs som mycket positiv.

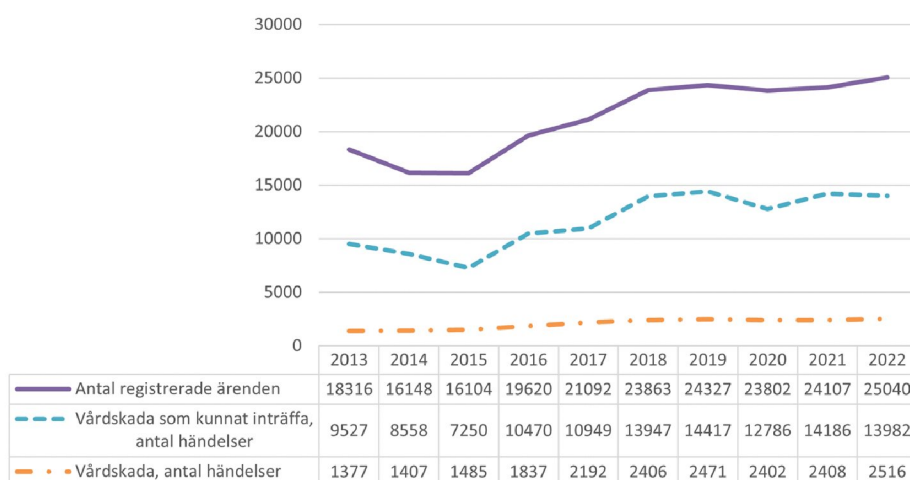
### 3.4.1 Avvikelser

Alla typer av avvikelser ska rapporteras i avvikelshanteringssystemet MedControl PRO, MCP, för utredning och åtgärd. De avvikelser som rör patientvården är en bas för förbättringar i det systematiska patientsäkerhetsarbetet.

Antalet ärenden som rapporterade avvikelser under året är cirka 25 000 vilket är en ökning med cirka 3% jämfört med föregående år.

Antal händelser som rör vårdskador som kunnat inträffa är i stort oförändrat jämfört med föregående år. Däremot har registreringen av inträffade vårdskador ökat med 4,5 %.

Antal registrerade ärenden och antal händelser rörande vårdskada i MedControl Pro per år

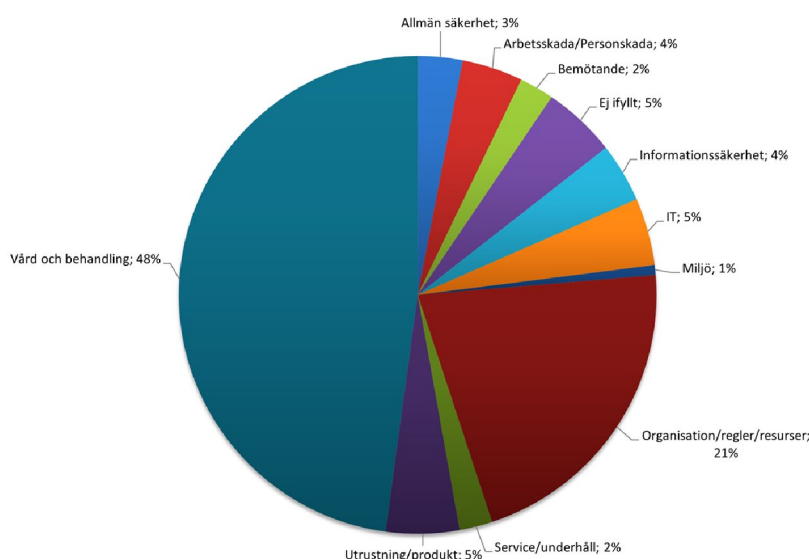


*Antal registrerade ärenden - i MedControl Pro per år och Antal händelser rörande Vårdskada i MedControl Pro per år (datauttag 2023-01-09)*

Gällande typ av händelser är liksom tidigare vård och behandling vanligast och utgör 48 % av alla avvikelsetyper följt av organisation, regler och resurser.



Fördelning av typ av händelsen i MedControl Pro 2022



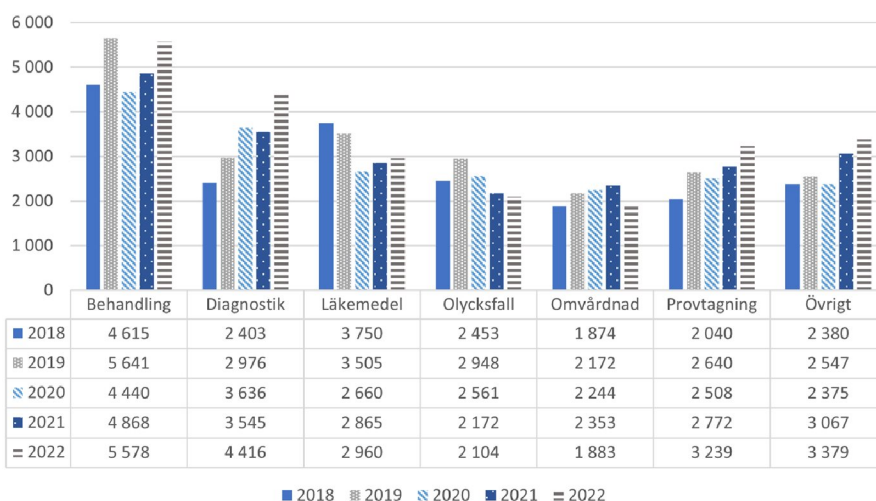
Fördelning av typ av händelse registrerade i MedControl Pro 2022 (datauttag 2023-01-03)

För avvikelser rörande vård och behandling är behandling vanligast följt av diagnostik, liksom föregående år, därnäst kommer avvikelser rörande provtagning.

Ökningen avseende diagnostiken de senaste åren har troligtvis samband med provtagning för Covid. Att läkemedelsavvikelser minskat i antal jämfört med innan pandemin, kan delvis bero på mycket aktivt arbete med läkemedel inklusive farmaceuter i vården.

Under året har det skett en ökning av antal händelser som rör diagnostik (+24%). Det är framför allt Fördröjd/Uppskjuten utredningar som ökat i antal.

Fördelning av antal händelser rörande vård och behandling



Fördelning av antal händelser rörande Vård och behandling, registrerade i MedControl Pro 2022 (datauttag 2023-01-22)

### Vårdskador

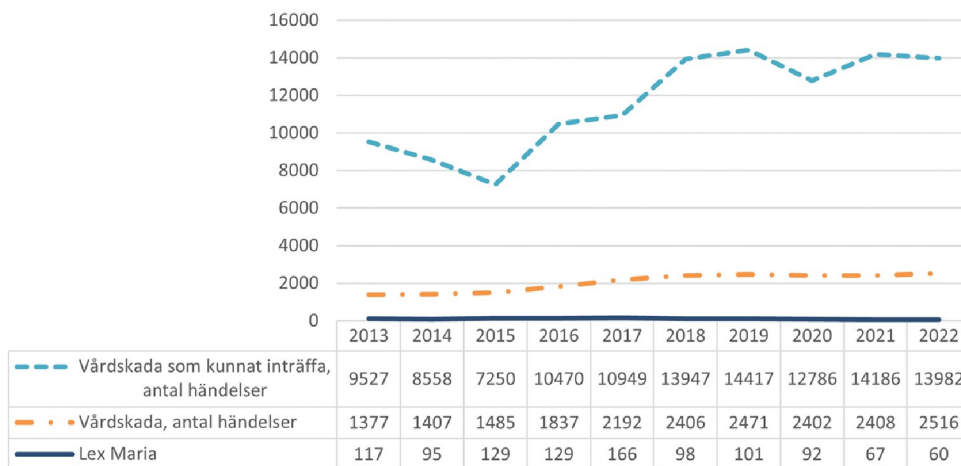
En undvikbar, negativ händelse benämns vårdskada. Det är av stort värde att registrera såväl inträffade vårdskador som när man bedömer att en vårdskada skulle kunna

inträffa.

Alla ärenden utreds för att hitta åtgärder som förhindrar upprepning och för att skapa lärande i organisationen. Det är glädjande att se att just rapporter om att vårdskada hade kunnat inträffa fortfarande är stor, vilket talar för hög riskmedvetenhet hos medarbetarna. Det skapar en möjlighet att göra åtgärder innan det blivit en faktisk vårdskada.

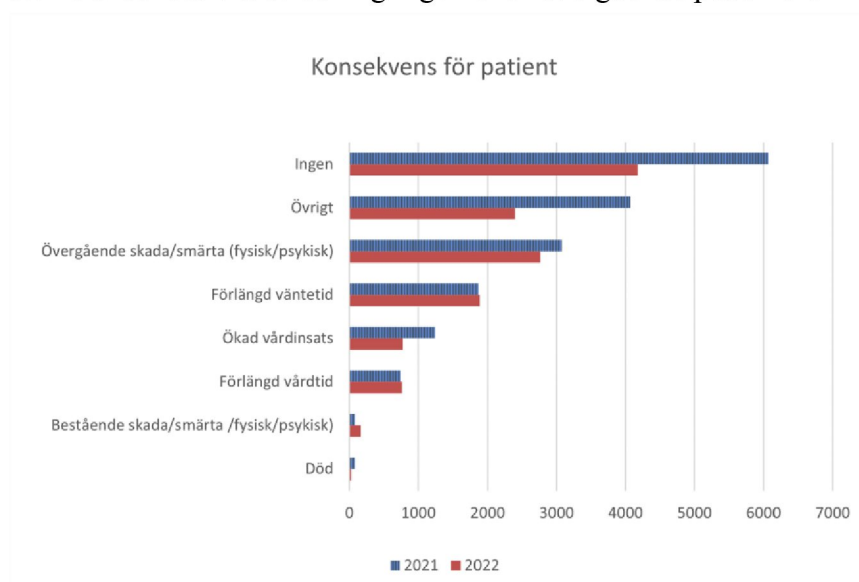
Antalet inträffade vårdskador är något högre jämfört med föregående år (+ 4,5%).

Antal vårdskada inträffat/kunnat inträffa + lex Maria



Antal händelser rörande Vårdskada som rapporterats i MedControl Pro per år och Antal lex Maria 2022 (datauttag 2023-01-09)

Konsekvens för patient. Händelser som inneburit någon konsekvens för patient är inte alltid undvikbara. Totalt ses en liten andel dödsfall respektive bestående skada, cirka 20 % får övergående skada och cirka 15 % har fått förlängd väntetid, men för en större andel ses vid utredning ingen eller övergående påverkan.



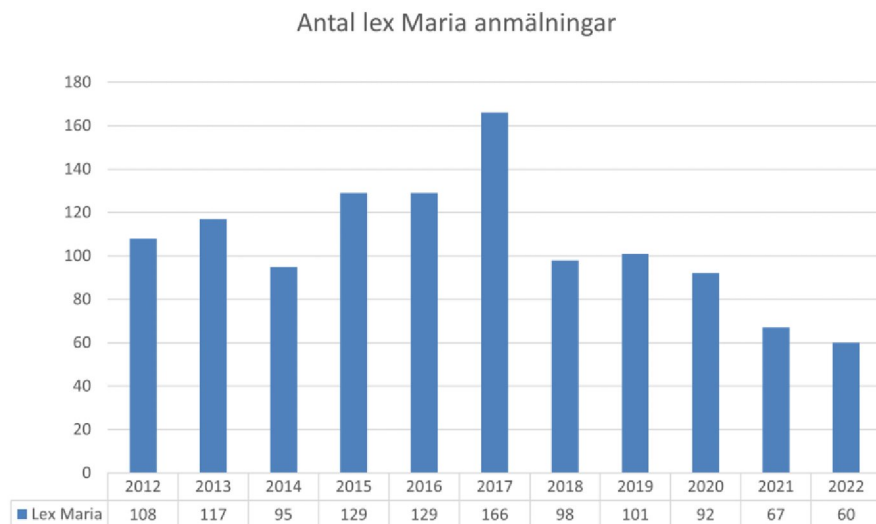
Fördelning av konsekvens för patient (datauttag 2023-01-09)

### Allvarliga vårdskador

I de fall en patient drabbats av en vårdskada, en undvikbar, negativ händelse av allvarlig grad, görs en utredning, i flertalet fall enligt händelseanalysmetodiken. En sådan

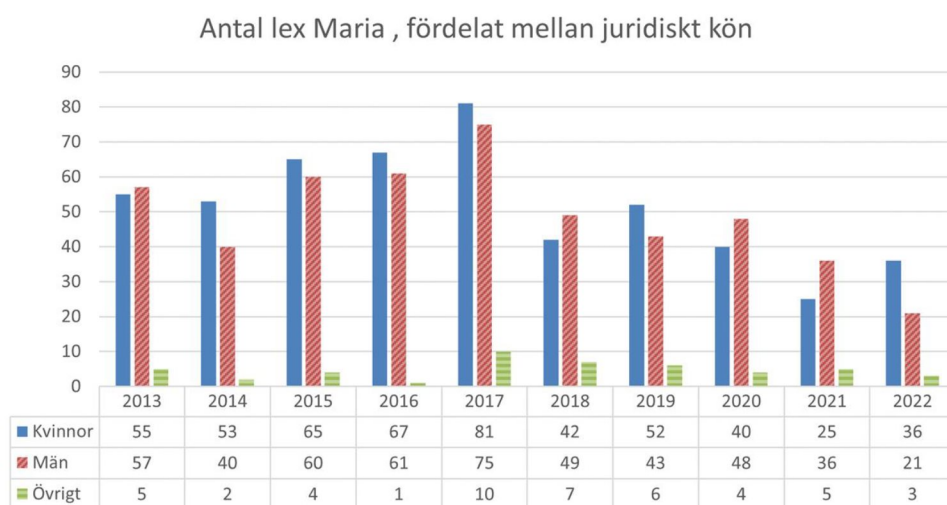
händelse anmäls till Inspektionen för Vård och Omsorg, enligt Lex Maria. Även risk för allvarlig vårdskada utreds och anmäls.

Antalet inlämnade lex Maria anmälningar har minskat till 60 stycken, vilket är anmärkningsvärt. Ett problem som uppmärksammas i organisationen är att utredningar tar allt för lång tid, där sannolikt ökad arbetsbelastning och personalbrist spelat in.



*Antal Lex Maria anmälningar 2022 (datauttag 2022-01-09)*

De två föregående åren har en viss övervikt för män observeras när det gäller lex Maria anmälningar men i år är förhållande omvänt och det är fler kvinnor.



*Antal lex Maria, fördelning mellan juridiskt kön (datauttag 2023-01-09)*

### 3.4.2 Klagomål och synpunkter

Under året registrerades cirka 2040 ärende med patientklagomål vilket är en minskning jämfört med föregående år. Även ärenden från Patientnämnden och IVO har minskat jämfört med föregående år. Det minskade antalet inkomna klagomål skulle kunna tala för att patienternas nöjdhet med vården ökat.

En större andel av klagomålen, cirka 79 %, inkommer direkt till verksamheterna från patienter och närstående, inklusive via 1177.se, vilket är positivt. Det är önskvärt att klagomål i så stor utsträckning som möjligt framförs direkt till verksamheterna, inte

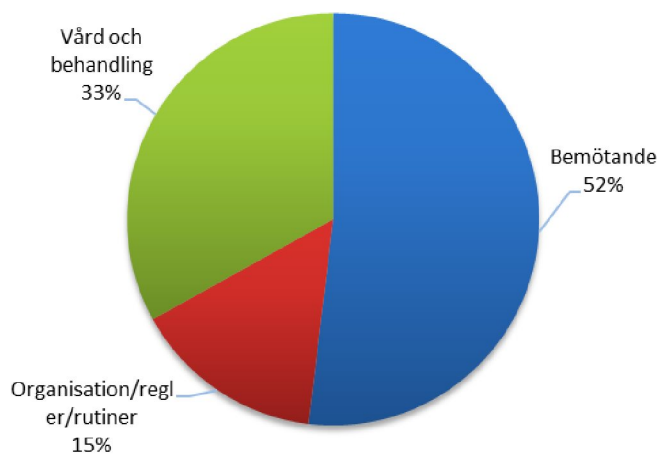
minst för att det då är möjligt att direkt föra en dialog med patient eller närstående, kunna rätta till eventuella missförstånd och få en fördjupad insikt i patientens perspektiv.

I 123 st av klagomålen, dvs 6 %, har det registrerats att en vårdskada inträffat vilket är en stor minskning jämfört med tidigare år.

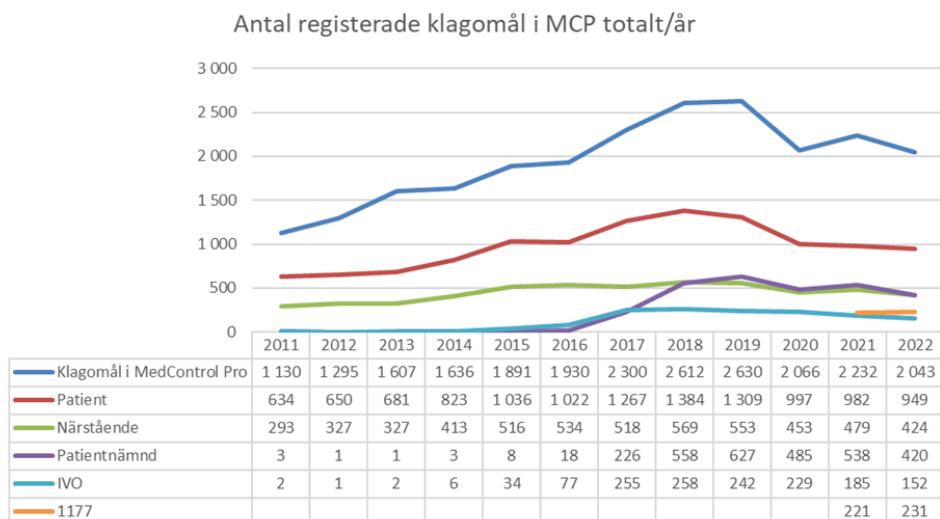
De klagomål som inkommer handlar, liksom tidigare, framför allt om olika aspekter av bemötande och kommunikation, men cirka en tredje del av klagomålen handlar även om vård och behandling.

	2022	2021	2020	2019	2018
Bemötande/kommunikation\Delaktighet	260	357	414	313	274
Bemötande/kommunikation\Information	643	732	697	685	609
Bemötande/kommunikation\Samtycke	51	33	53	57	68
Bemötande/kommunikation\Tillgänglighet	385	460	429	517	420
Bemötande/kommunikation\Övrigt	473	708	660	685	615
Ej ifyllt	11		4	2	1
Organisation/regler/rutiner\Fast vårdkontakt och individuell planering	78	92	106	131	127
Organisation/regler/rutiner\Personuppgifter, intyg och sekretess	50	90	61	139	92
Organisation/regler/rutiner\Val av utförare	42	55	52	56	46
Organisation/regler/rutiner\Övrigt	355	467	378	475	423
Vård och behandling\Ny medicinsk bedömning	72	83	85	77	94
Vård och behandling\Val av behandlingsalternativ och hjälpmedel	112	189	228	193	157
Vård och behandling\Vårdskada	123	220	293	255	182
Vård och behandling\Övrigt	847	1 094	1 007	1 203	1 176
Typ av patientklagomål flerval	2 043	2 232	2 066	2 630	2 612

*Antal registrerade ärenden - Klagomål i MedControl Pro per år (datauttag 2023-01-20)*



*Andel, Typ av klagomål i MedControl Pro 2022, (datauttag 2023-01-20)*



Antal registrerade ärenden - Klagomål i MedControl Pro per år, (datauttag 2023-01-20)

### 3.5 Öka riskmedvetenhet och beredskap

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

Inom sjukhuset pågår många insatser för att skapa och upprätthålla arbetssätt och strukturer som gynnar säkerhetskulturen. Flera av dem syftar till en öppen kommunikation och till att få tid för lärande och reflektion, samt insatser för ett öppet arbetsklimat där medarbetaren tryggt kan rapportera, diskutera och ställa frågor om säkerhet.

Det stora flertalet av verksamheterna har en struktur för patientsäkerhetsarbetet genom patientsäkerhetsgrupper som består av ombud från verksamhetens avdelningar och mottagningar. Patientsäkerhetsarbetet följs bland annat upp som stående punkt i ledningsgrupp, arbetsplatsträffar och andra personalmöten.

Under hösten har SU tillsammans med övriga VGR genomfört en medarbetarundersökning. Resultatet från undersökningen levererades i slutet av året. Stöd för chefer och verksamhetsutvecklare för att arbeta med resultatet har tagits fram i samarbete mellan HR och kvalitetsorganisationen. Det planeras bland annat för föreläsningar för chefer och andra som arbetar med resultatet under 2023.

Många verksamheter använder verktyget Gröna korset som innebär att under en kort daglig avstämning identifieras risk för vårdskada och vårdskada på enheten. Detta visualiseras och skapar underlag för förbättringsarbete. Vissa enheter har kompletterat med verktyget Gröna A, där medarbetarna i varje modul får sätta en färg (Grön, Gul eller Röd) över hur dagen har varit. Patientsäkerhet och arbetsmiljö har nära samband och påverkar varandra. Metoderna Gröna korset och Gröna A stärker patientsäkerhetskulturen och förbättrar arbetsmiljön.

Exempel på aktiviteter som genomförts under året:

- Fokus på basala hygienrutiner och klädregler
- Antibiotikarond en gång/veckan med infektionsläkare

- Säkra en god grundbemanning och introduktion av nya medarbetare
- Aktiv avvikelshantering, bland annat workshop för chefer
- Mikroföredrag samt årshjul (patientsäkerhet med fokusmånader om olika riskområden)
- FOKUS tavlor, förbättringstavlor och omvårdnadsronder
- Lokala förbättringsarbeten för ökad tillgänglighet och hantering av kösituationen som ökat under pandemin.

## **4 Mål och strategier för kommande år**

Fortsatt sträva efter en allt bättre patientsäkerhetskultur genom högt i tak i dialoger om patientsäkerhetsfrågor inom hela sjukhuset och med patientsäkerhetsronder i alla verksamheter.

Fortsatt arbete med att nå måltalen för alla våra patientsäkerhetsindikatorer och att arbeta med att utveckla arbetssätt och rutiner för att det ska vara lätt att göra rätt i vården av patienten.

Fortsatt arbete med att implementera den sjukhusgemensamma strategin för utbildning och kompetensutveckling gällande patientsäkerhet och kvalitetsdriven verksamhetsutveckling för medarbetare och chefer.

Fokus på vårdplatsbeläggning, säkra arbetssätt och arbetsmiljö inom sjukhuset.

Skapa utrymme och engagemang för att arbeta med små ständiga förbättringar och PDSA(plan-study-do-act)-cykler i verksamheterna.

Skapa utrymme för etisk reflektion som lärdom efter pandemin.

Stärka utredningsresurserna och effektivisera utredningsprocessen så att fler allvarliga händelser kan utredas och ligga till grund för att ytterligare stärka patientsäkerheten.