



## Sjukhusgemensamt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete

### Ledningssystem



## Styrning

Caphio S:t Görans Sjukhus ledningssystem omfattar de sjukhusgemensamma policys, rutiner, handböcker, mallar, blanketter och i förekommande fall länkar till externa styrdokument, t.ex. nationella vårdprogram, som styr och stöder sjukhusets verksamhet. Därtill finns klinik/verksamhetsspecifika rutiner. Ledningssystemet finns tillgängligt för alla medarbetare på sjukhusets intranät.

Ledningssystemet täcker väl de krav som ställs i Socialstyrelsens författning om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (SOSFS 2005:12), vilket fastställts vid de tillsynsbesök som Socialstyrelsens tillsynsenhet genomfört.

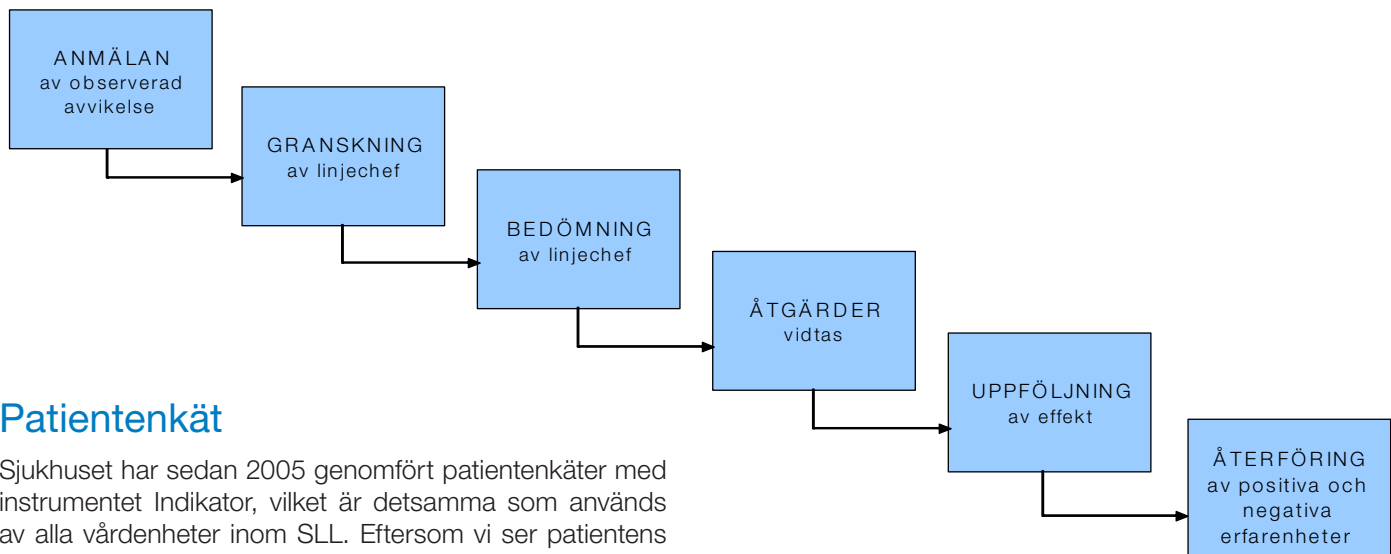
Delar av sjukhusets ledningssystem har granskats och godkänts mot specifika kvalitetsstandards. Den diagnostiska verksamhet som bedrivs vid enheten för Klinisk Fysiologi är sedan 1996 ackrediterad av Swedac och granskas mot standarden EN ISO/IEC 17025:2005. Hela Caphio S:t

Görans Sjukhus är miljöcertifierat sedan 2005 och uppfyller kraven i SS-EN ISO 14001.

## Styrkort

I Caphio S:t Görans styrning av kvalitet och patientsäkerhet har vi samlat indikatorer för de olika kvalitetsområdena inom "God vård" (Socialstyrelsens vägledning till författningen SOSFS 2005:12). Indikatorerna utgörs av de kvalitetsindikatorer som ingår i vårt vårdavtal med Stockholms läns landsting (25 stycken), konkretisering av allmänna krav i avtalet med SLL, andra externa krav, t.ex. avseende vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning, samt andra interna indikatorer. Därtill används mått för resultat i de olika kvalitetsregister som Caphio S:t Görans Sjukhus deltar i. Totalt följer vi över 180 parametrar inom kvalitets- och patientsäkerhetsområdet.

[Resultat redovisas i separat avsnitt.](#)



## Patientenkät

Sjukhuset har sedan 2005 genomfört patientenkäter med instrumentet Indikator, vilket är detsamma som används av alla vårdenheter inom SLL. Eftersom vi ser patientens syn på vårdkvalitet som en mycket viktig styrparameter för verksamheten har Capio S:t Görans valt att genomföra Indikator-mätningar kontinuerligt. Enkäter skickas ut till ett slumpmässigt urval av patienter varje månad och resultaten uppdateras månadsvis. Patientens röst blir med detta sätt att mäta kontinuerligt uppmärksam i verksamheten. Resultat från patientenkäten redovisas i form av förbättringsutrymme vilket är ett sammanfattande mått som visar hur stort behov patienterna anser att det finns till förbättring inom den aktuella frågan eller området.

[Resultat redovisas i separat avsnitt i kvalitetsredovisningen](#)

## Avvikelseberapportering

För att sjukhuset ska kunna ge patienter en säker och ändamålsenlig vård och för att vi ska kontinuerligt kunna utveckla vår verksamhet är det centralt att avvikelser i verksamheten rapporteras, analyseras och åtgärdas. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter, vår miljöcertifiering och ackrediteringen av klinisk fysiologi är vi också skyldiga att ha rutiner för hantering av avvikelser.

Under 2008 har samtliga enheter inom Capio S:t Görans Sjukhus använt det elektroniska avvikelssystemet Alpha-Quest för rapportering och hantering av vårdavvikelser. Samma system används sedan tidigare även för sjukhusets miljö- och säkerhetsavvikelser. Förenklat beskrivs processen vid avvikelshantering enligt ovan.

Avvikelseerna poängsätts via en matris vid bedömningen och de som genererar en hög poäng (8 eller högre) bör diskuteras med verksamhetschef/chefläkare för ställningstagande till händelse/riskanalys eller Lex Maria-anmälan. Även avvikelse med lägre riskvärde kan vara aktuell för analys om sannolikheten för upprepande är mycket stor eller om allvarlighetsgraden är katastrofal.

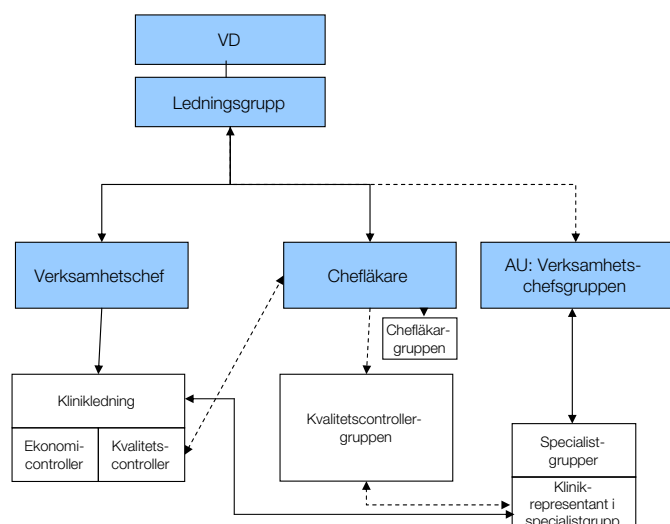
[Utfall redovisas i separat avsnitt i kvalitetsredovisningen.](#)

## Anmälningar och patientsynpunkter

Anmälningar och patientsynpunkter som kommer till sjukhuset sammanställs i sjukhusets styrkort och ingår i den kvartalsvisa uppföljning som sker vid alla kliniker. De anmälda ärendena granskas och i samband med allvarigare händelser görs en händelseanalys för att på ett systematiskt sätt utreda vad som har hänt och vilka åtgärder som behöver genomföras för att minska risken för upprepning.

[Utfall redovisas i separat avsnitt i kvalitetsredovisningen.](#)

## Genomförande



## Kvalitets- och patientsäkerhetsorganisation

Sjukhusets ledning har i egenskap av vårdgivare det övergripande ansvaret för kvalitet och patientsäkerhet. Respektive verksamhetschef är direkt ansvarig för kvalitet och patientsäkerhet för de processer som ingår dennes ansvarsområde.

Verksamhetschefsgruppen fungerar som ett arbetsutskott till sjukhusets ledningsgrupp och håller möten veckovis under ledning av sjukhusets chefläkare. I detta forum redovisas bl.a. anmälningsärenden som analyseras och följs upp. Sjukhusövergripande mätningar presenteras, specialistgruppernas arbete följs upp, målvärden tas fram och förbättringsarbeten initieras.

Under 2008 skapades en sjukhusgemensam organisation för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet vilket innebär att varje klinik utsett en kvalitetscontroller. Denna funktion är direkt underställd verksamhetschefen men har också en tydlig koppling till sjukhusets chefläkare via kvalitetscontrollergruppen. Kvalitetscontrollern ingår i eller är adjungerad till klinikens ledningsgrupp.

Kvalitetscontrollerfunktionen har till uppgift att stödja verksamhetschef och linjechefer i att utveckla kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet, genom att bl.a. följa upp och rapportera klinikens kvalitets- och patientsäkerhetsparametrar.

## Chefläkargruppen

Chefläkargruppen (CLG) är en samordningsfunktion för sjukhusets kvalitets- och patientsäkerhetsarbete och verkar som sjukhusgemensam resurs för stöd, rådgivning, omvärldsbevakning, utveckling och uppföljning. CLG består av chefläkare, kvalitetssamordnare, patientsäkerhetssamordnare (inkluderar patientvägledning) och vårdutvecklare. I CLG ingår även sjukhusets katastrof- och beredskapssamordnare. Sjukhusets hygiensköterska som är anställd vid Smittskydds-enheten SLL är också knuten till CLG.

Chefläkargruppen svarar för utbildningar inom kvalitet- och patientsäkerhet. Utbildning i bl.a. risk- och händelseanalys anordnas för alla medarbetare. Riktade utbildningar anordnas för chefer, AT- och ST-läkare samt för deltagare i sjukhusets Managementprogram.

## Specialistgrupper

Vid Capio S:t Görans Sjukhus finns åtta specialistgrupper inom områdena HLR, sårvård, nutrition, hygien- och smittskydd, smärta, trauma, läkemedel samt etik. Under 2009 kommer Traumagruppen att utvidgas och byta namn till "Gruppen för akut omhändertagande". Dessutom kommer ytterligare en specialistgrupp att tillkomma, Mobila intensivvårdsgruppen (MIG). Samtliga specialistgrupper har ett sjukhusövergripande uppdrag inom sitt specialistområde och stöder sjukhusets förbättringsarbete. Samtliga specialistgrupper arbetar på uppdrag av verksamhetschefsgruppen.

Under 2008 har Hygien- och smittskyddsgruppen, Smärtombudsgruppen, Nutritionsgruppen samt Sårvårdsgruppen gemensamt arbetat fram ett bedömningskort som ska utgöra ett stöd för sjuksköterskor i samband med patientens inskrivning på avdelning. Bedömningskortet kommer att tas i bruk under 2009. Under 2009 planerar flertalet



av specialistgrupperna att i samarbete med Kliniskt Kompetenscentrum (KKC) genomföra sjukhusövergripande utbildningar utifrån respektive specialistgruppsområde.

Specialistgruppernas verksamhet redovisas i separat avsnitt i kvalitetsredovisningen.

## Katastrof och beredskap

Sjukhusets grundläggande ansvar för den katastrofmedicinska beredskapen och specifika kvalitetsindikatorer regleras i grundavtalet mellan HSN förvaltningen och sjukhuset. Sjukhuset ska i sin planering följa den regionala katastrofmedicinska planen för Stockholms läns landsting. Sjukhusets beredskapssamordnare ansvarar för att lokal katastrof/epidemiplan revideras kontinuerligt. Vidare ingår i uppdraget att initiera utbildningsverksamhet, planera och genomföra övning av sjukhusets lokala katastrofmedicinska plan samt planera Katastrofkommitténs arbete på sjukhuset.

[Katastrof och Beredskap redovisas i separat avsnitt i kvalitetsredovisningen.](#)



## FoUU

Capio S:t Görans Sjukhus FoUU-målsättning är att aktivt bidra till kunskapsutveckling och kontinuerligt införliva nya rön inom medicin och vårdutveckling som leder till ett lärande i organisationen och hos medarbetaren. FoUU-rådet består av representanter från olika kliniker och yrkeskategorier samt sjukhusövergripande studierektorer för AT- och ST-läkare, chefläkare, vårdutvecklare och adjungerad klinisk adjunkt.

[FoUU redovisas i separat avsnitt i kvalitetsredovisningen](#)

## Förbättringsarbete

### LEAN

Under 2008 har LEAN-arbetet, som är sjukhusets övergripande metod för att bedriva förbättringsarbete, utvecklats från projektform med egen styrgrupp till att bli en integrerad del i sjukhusets arbetssätt, där ansvaret för förbättringsarbetet ligger hos klinikledningarna. Fokus är nu att fortsätta förbättringsarbetet och att integrera kvalitet och patientsäkerhet inklusive specialistgruppernas arbete.

[LEAN-arbetet redovisas i separat avsnitt i kvalitetsredovisningen.](#)

### Patientnärmre vård

Capio S:t Görans Sjukhus har som målsättning att införa patientnärmre vård på samtliga vårdavdelningar. Flera av våra enheter har redan infört detta arbetssätt och de nya avdelningar som startades 2008 har lokaler som är byggda för Patientnärmre vård.

Patientnärmre vård innebär att teamet med sjuksköterska/undersköterska och även läkare får arbetsmoduler nära den patientgrupp som vårdas. Sjuksköterskan arbetar närmare patienten och allt administrativt arbete som inte kräver sjuksköterskans kompetens handläggs av en koordinator. Det ger bättre möjligheter för våra medarbetare att göra patienterna delaktiga och ge en ännu bättre vårdkvalitet. Genom detta arbetssätt förändras den tidigare traditionella strukturen på vårdavdelningarna, vilket är ett led i sjukhusets LEAN-arbete, och patienten sätts i fokus.

## Nätverket för dokumentation

Nätverket för dokumentation arbetar på uppdrag av Chefläkaren och består av Chefläkare och Vårdutvecklare samt de representanter som utsetts av respektive kliniks linjeförman som ansvariga för utveckling av dokumentationen vid sjukhuset. Minst en representant från varje yrkeskategori som dokumenterar i journalen är representerade i nätverket. Det övergripande syftet med nätverkets arbete är att uppnå en lättläst, lättåtkomlig journal där viktig information är väl synlig och att förbereda en anpassning till kommande nationella patientöversikt.

## IT

Nedan följer en kort redovisning av de vanligast förekommande IT-systemen som Capio S:t Görans Sjukhus använder sig av. Utförligare beskrivning kan läsas i separat redovisning för IT-avdelningen.

### Cambio Cosmic

Det journalsystem som används är Cambio Cosmic. Samtliga moduler i Cosmic, dvs. Läkeämne, Journal, Remiss & Svar, Resursplanering och Vårdadministration används över hela sjukhuset. Ett kontinuerligt utvecklings- och kvalitetsarbete kring detta pågår i nära samarbete med leverantören. På Akutkliniken kvarstår Akutliggaren i ett separat system. Planering och utveckling pågår av en modul för akutmottagningar som ska integreras i Cosmic, Cosmic Emergency. Denna planeras att drifvas under 2009 med målet att minimera journalhandlingar på papper. I dokumentmallen har flera olika blanketter för intyg och mallar för brev introducerats, liksom nya gemensamma journalmallar. Sedan början av 2008 kan undersökningsvar från Fysiologiska laboratoriet visas i Cambio Cosmic.

### QlikView

QlikView används för enkel publicering och visualisering av data från Cambio Cosmic.

### Provisio

Provisio är ett operationsplaneringsprogram som används sedan 2007. Provisio ger en översikt av alla inplanerade, väntande och utförda operationer och visar en sammanhållen bild av patienter, operatörer, typ av ingrepp, operativa resurser, anestesibedömning mm – allt finns i realtid.

## Jämlik vård

På Capio S:t Görans sjukhus verkar vi med sjukhusets värderingar som grund kontinuerligt för en jämlik vård såväl ur ett genusperspektiv som ur ett etniskt perspektiv. Sjukhusets värderingar står i samklang med SLL:s värdegrund för hälso- och sjukvården. Alla resultat i vår kvalitetsredovisning redovisas könsuppdelat där så är möjligt.

## Uppföljning

### Styrkort enligt "God Vård"

I styrkortet samlas sjukhusets samtliga parametrar i ett dokument som följer Socialstyrelsens olika kvalitetsområden enligt "God Vård". I styrkortet finns målvärden angivna och varje angiven parameter färgsätts enligt systemet grönt/gult/rött, för att på ett enkelt sätt tydliggöra resultatens status.

[Resultat redovisas i separat avsnitt i kvalitetsredovisningen](#)

### Klinikuppföljningar internt och mot SLL-avtal

Sjukhusets VD och stabschefer följer varje kvartal upp klinikernas styrkortparametrar inom kvalitet och patientsäkerhet. Klinikuppföljningarna omfattar även medarbetarperspektiv samt ekonomi, produktion och processer. Utifrån resultat i förhållande till sjukhusets och verksamhetens egna mål diskuteras möjliga åtgärder för att åstadkomma förbättringar. HSNf följer årligen upp att vårdavtalet inklusive kvalitetsindikatorer på sjukhus och kliniknivå uppnås.

#### Kontaktpersoner

**Måns Belfrage**, Chefläkare  
Epost: mans.belfrage@capio.se

**Inger Qvick**, Chefläkare  
Epost: inger.qvick@capio.se

**Anna-Karin Alvé**n, Kvalitetssamordnare  
Epost: anna-karin.alven@capio.se

**Elin Fahlström**, Vårdutvecklare  
Epost: elin.fahlstrom@capio.se

**Elisabeth Grönberg Watne**, Patientsäkerhetssamordnare  
Epost: elisabeth.gronbergwatne@capio.se

**Karin Svärdsudd**, Patientsäkerhetssamordnare  
Epost: karin.svardsudd@capio.se

**Monica Rådestad**, Beredskapssamordnare  
Epost: monica.radestad@capio.se

**Patientvägledare**  
Epost: patientvagledare@capiostgoran.se

## Kvalitetsredovisning

Sjukhusets samlade årsresultat presenteras i sjukhusets kvalitetsredovisning, som för 2008 för första gången presenteras i en helt webbaserad version. Syftet med den elektroniska produkten är dels att öka tillgängligheten såväl inom som utanför sjukhuset, dels att det är ett mer miljövänligt alternativ.

## Fokusområden 2009

- Implementera ett nytt Intranät och dokumenthanterings-system, där samtliga aktuella styrdokument finns lätt tillgängliga för alla medarbetare.
- Vidareutveckla styrkortsmodell och kvalitetscontrollerorganisation samt tydliggöra kopplingen mellan klinikledning och specialistgrupper samt förbättringsgrupper enligt LEAN-konceptet. Kvalitetscontrollern är "spindeln i nätet".
- Översyn av det elektroniska avvikelshanteringssystem som införts under 2008.
- I samverkan med SLL:s Patientsäkerhetskommitté (PSK) utveckla modeller för genomförande och uppföljning av fokusområden inom SKL:s nationella satsning för att minska vårdskador.
- Tillsammans med HSNf och övriga akutsjukhus arbeta med att vidareutveckla kvalitetsindikatorer ingående i vårdavtalet med SLL.
- Introducera metod för journalgranskning, genom att systematiskt granska patientjournaler i syfte att upptäcka vårdskador och bedöma dess undvikbarhet. Resultatet av granskningen ska användas i det fortlöpande patientsäkerhetsarbetet.
- Mätning av patientsäkerhetskulturen hos våra anställda för att få en uppfattning om förhållningssätt och attityder, som har betydelse för patientsäkerheten.
- Utveckla metoder för att förbättra det interna lärandet bl.a. utifrån resultat från risk- och händelseanalyser, punktprevalenser, patientsynpunkter och anmälningsärenden.
- Fortsätta utbildningsinsatser för sjukhusets chefer inom kvalitet och patientsäkerhet samt utveckling av kompetenskort för alla medarbetare inom specifika områden för att säkerställa att reell kompetens uppnåtts.
- Utveckla metoder för att på ett mer strukturerat sätt tillvarata patienternas synpunkter och möjligheter till ökat inflytande och ökad delaktighet t.ex. i form av fokusgrupper och lokala patientenkäter.



**Capio S:t Görans Sjukhus**

Capio S:t Görans Sjukhus  
Sankt Göransplan 1, 112 81 Stockholm  
tel 08-58 70 10 00, [www.capiostgoran.se](http://www.capiostgoran.se)