



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 kvalitetsstandarder. Den diagnostiska verksamhet som bedrivs vid enheten för Klinisk Fysiologi är sedan 1996 ackrediterad av Swedac och granskas mot standarden IEC/ISO 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 indikatorerna 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 (19 stycken), andra externa krav, t.ex. avseende vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning, samt interna indikatorer. Därtill används mått för resultat i de olika kvalitetsregister som Caphio S:t Görans Sjukhus deltar i. Totalt följer vi över 100 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 Indikatormätningar 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.

Under 2010 avser vi att ansluta oss till den nationella patientenkät som tagits fram av Sveriges kommuner och landsting (SKL). Omfattning och innehåll i den nationella enkäten är densamma som tidigare enkät, medan resultatet redovisas i form av patientupplevd kvalitet (PUK).

[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.

Sedan 2008 använder samtliga enheter inom Capio S:t Görans Sjukhus det elektroniska avvikelssystemet Alpha-Quest för rapportering och hantering av vård-, miljö- och säkerhetsavvikelser. I vår samverkan med externa vårdgivare behandlas även avvikelser som observeras i hela vårdkedjan.

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 händelseanalys 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.

Under 2009 har en processkartläggning av ärendehantering, inklusive avvikelshantering, gjorts vid sjukhuset, som underlag för beslut om anskaffande av ett nytt ärendehanteringssystem.

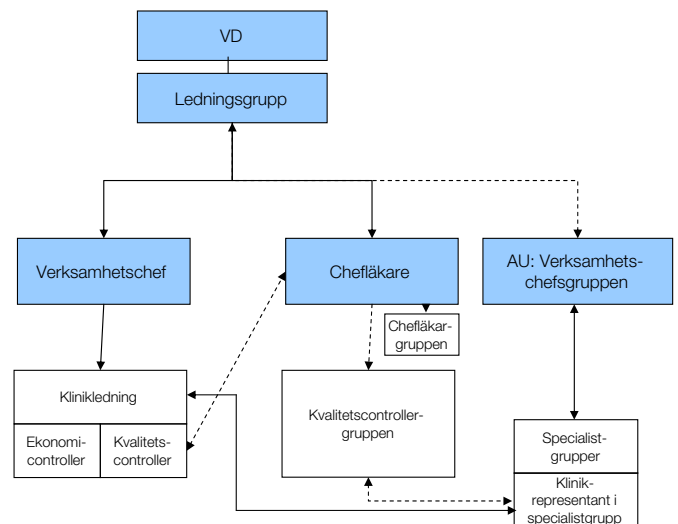
[Utfall redovisas i separat avsnitt i kvalitetsredovisningen.](#)

Anmälningar och patientsynpunkter

Anmälningar och patientsynpunkter är viktiga signaler för vården om att någonting kan eller bör förbättras. Alla anmälningar och patientsynpunkter sammanställs och utgör underlag för klinikernas förbättringsarbete. Vid allvarliga och/eller komplexa händelser görs en bedömning om en risk- eller händelseanalys skall genomföras. Utifrån genomförd analys beslutas vilka åtgärder som ska genomföras för att minska risken för upprepning. Stor vikt läggs vid att beslutade åtgärder förmedlas till all berörd personal och att resultatet av åtgärderna följs upp för att se att de haft önskad effekt.

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

Organisation



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. Denna grupp ser också till att samverkan i förbättringsarbetet sker mellan kvalitetscontrollers, specialistgrupper och de förbättringsgrupper som är kopplade till våra patientflöden.

Sedan 2008 har varje klinik 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 samt samverka med förbättringsgrupperna i arbetet med utveckling av patientflödena.

Chefläkargruppen

Chefläkargruppen (CLG) är en samordningsfunktion för sjukhusets kvalitets- och patientsäkerhetsarbete och verkar som sjukhusgemensam resurs för stöd, rådgivning, omvärldsbevakning, utveckling och uppföljning samt samordning i kvalitets- och patientsäkerhetsfrågor gentemot SLL (HSNf/LSF). CLG består av chefläkare, kvalitetsansvariga, patientsäkerhetsansvariga (inkluderande patientvägledning), vårdutvecklare och sedan oktober 2009 sjukhusapotekare. 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 medarbetare på klinikerna. Riktade utbildningar anordnas för chefer, AT- och ST-läkare samt för deltagare i sjukhusets Managementprogram.

Specialistgrupper

Vid Capio S:t Görans Sjukhus finns nio specialistgrupper inom områdena HLR, sårvård, nutrition, hygien- och smittskydd, smärta, akut omhändertagande, läkemedel, mobila intensivvårdgruppen (MIG) samt etikforum. Samtliga specialistgrupper arbetar på uppdrag av verksamhetschefens grupp. Specialistgrupperna har ett sjukhusövergripande uppdrag inom sitt specialistområde och utgör en stödfunktion till sjukhusets förbättringsgrupper samt linjechefer.

Under 2009 har Hygien- och smittskyddsgruppen, Smärtombudsgruppen, Nutritionsgruppen samt Sårvårdgruppen infört ett gemensamt utformat bedömningskort som utgör ett stöd till sjuksköterskor i samband med patientens inskrivning på avdelning. Under 2010 planerar flertalet av specialistgrupperna att utarbeta sjukhusövergripande kompetenskort inom sina respektive område. En fortsatt utveckling av samarbetet med Kliniskt Kompetenscentrum (KKC), som syftar till att genomföra sjukhusövergripande utbildningar utifrån respektive specialistgruppsområde, kommer att fortsätta under året.



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 ordförande och 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

På Capio S:t Görans Sjukhus pågår ett ständigt förbättringsarbete med syfte att öka kvaliteten för våra patienter. Lean är framförallt ett förhållningssätt och ett tankesätt, snarare än ett verktyg. För oss är det viktigaste att skapa ett system där vi varje dag, som en del av vårt arbete, synliggör och löser de problem som uppstår.

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

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.

Hälsofrämjande vård

Sedan många år genomför olika verksamheter vid sjukhuset aktiviteter med specifika patientgrupper med syfte att ge patienten insikt i och träna hur hon själv kan bidra till sin återhämtning och bibehållande av sin hälsa. Exempel på sådana aktiviteter är hjärtskola för patient och anhörig, träningsgrupp för gastric by-passopererade patienter, smärt-skola för fibromyalgipatienter. Under 2010 kommer några indikatorer avseende rökning och alkohol att introduceras och rapporteras till SLL.

IT

Nedan följer en kort redovisning av de vanligast förekommande IT-systemen som Capio S:t Görans Sjukhus använder sig av samt nätverk och projekt inom IT-området

Cambio Cosmic

Det journalsystem som används är Cambio Cosmic och samtliga moduler i Cosmic, dvs. Läkemedel, Journal, Remisser & Svar, Resursplanering och Vårdadministration används över hela sjukhuset. Ett kontinuerligt utvecklings- och kvalitetsarbete kring detta pågår i nära samarbete med leverantören. Stort arbete har lagts ner inför den uppgradering av Cosmic som i varit nödvändig för att nya innovativa program ska kunna driftsättas. Ett exempel på detta är att Akutliggaren, Cosmic Emergency, som har utvecklats och kommer att driftsättas under våren 2010. Under 2009 har arbete genomförts för anpassning till kraven i Patientdatalagen. I detta ingår uppdatering och utformning av dokument gällande IT-policy, Regelverk för användning av informationsbärande utrustning, nät- och systemresurser, med förpliktiggande Ansvarsförbindelse för användning av systemresurser som alla medarbetare skrivit under, samt Riktlinjer för Informationssäkerhet.



Under 2009 genomfördes även en katastrofövning med inriktning på haveri i kommunikationssystemen pga elavbrott för att testa sjukhusets kontinuitetsplan (plan för kontinuerlig verksamhet på sjukhuset trots haveri eller katastrof). SIL (Svensk Informationsdatabas för Läkemedel) är integrerat i systemet för åtkomst av varuregister över och information om läkemedel.

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.

Nätverket för dokumentation

Nätverket för dokumentation arbetar på uppdrag av chefläkaren. Nätverkets medlemmar består av chefläkare och vårdutvecklare samt de representanter som utsetts av respektive kliniks linjechef som ansvariga för utveckling av dokumentationen vid sjukhuset. Minst en representant från varje yrkeskategori som dokumenterar i journalen ingår i nätverket. Nätverket strävar efter att skapa en journal som följer patienten genom hela sjukhuset, oavsett klinik-tillhörighet. Det övergripande syftet med nätverkets arbete är att minska dubbeldokumentationen och uppnå en lättläst, lättåtkomlig journal där viktig information är väl synlig.

IDA-projektet (Intranät, Dokument- och Avvikelsehantering)

2009 startades ett sjukhusövergripande projekt kring kvalitetssäkrad informationshantering gällande intranät, dokument-, avvikelse- och generell ärendehantering. Under 2010 driftsätts det nya modernare intranätet med förbättrad informationsstruktur, effektiv sökmotor och förenklad publicering. Samtidigt införs ett dokumenthanteringsystem där styrande, stödjande och redovisande dokument

finns kvalitetssäkrade och tillgängliga för alla medarbetare. Projektet kommer även under 2010 att arbeta vidare med förbättrat stöd för avvikelshantering och generell ärendehantering.

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 förbättringsarbete inom kvalitet och patientsäkerhet, medarbetarperspektiv samt ekonomi och produktion. 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 klinikinivå uppnås.

Kvalitetsredovisning

Sjukhusets samlade årsresultat presenteras i sjukhusets kvalitetsredovisning, som sedan 2008 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. Under 2010 avser vi att regelbundet uppdatera resultat och jämförelser med övriga sjukhus inom Stockholmsregionen och nationellt, där så är möjligt.

Fokusområden 2010

- Implementera ett nytt Intranät och dokumenthanterings-system, där alla aktuella styrdokument finns lätt tillgängliga för alla medarbetare och arbeta vidare med förbättrat stöd för ärendehantering.
- Tydliggöra koppling och utveckla arbetsformer mellan klinikledning, specialistgrupper och förbättringsgrupper i patientflöden. Kvalitetscontrollern är "spindeln i nätet".
- I samverkan med SLL:s Patientsäkerhetskommitté (PSK) utveckla modeller för att minska vårdskador och tillsammans med HSNf och övriga akutsjukhus vidareutveckla kvalitetsindikatorer ingående i vårdavtalet med SLL.
- Implementera GTT (metod för strukturerad journalgranskning), genom att systematiskt granska patientjournaler i syfte att upptäcka vårdskador och bedöma

dess undvikbarhet. Resultatet av granskningen ska användas i det fortlöpande patientsäkerhetsarbetet.

- Mäta patientsäkerhetskulturen i en pilotundersökning i delar av vår verksamhet för att få en uppfattning om förhållningssätt och attityder, som har betydelse för patientsäkerheten.
- Vidareutveckla det kliniköverskridande samarbetet för snabbare genomförande av händelseanalyser och fördjupade riskanalyser.
- Introducera metoder och uppföljning av hälsofrämjande vård.
- Implementera metod för läkemedelsavstämning och -berättelse.
- 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.
- Utveckla och introducera kommunikationsmetoder i den dagliga verksamheten för att ytterligare förbättra patientsäkerheten.

Kontaktpersoner

Måns Belfrage, chefläkare
Epost: mans.belfrage@capio.se

Inger Qvick, chefläkare
Epost: inger.qvick@capio.se

Anna-Karin Alven, kvalitetsamordnare
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

Peter Persson, sjukhusapotekare
E-post: peter.persson@capio.se

Patientvägledare
Epost: patientvagledare@capiostgoran.se



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