

Patientsäkerhetsberättelse för Cario S:t Görans Sjukhus 2023



Innehåll

SAMMANFATTNING	3
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	4
Engagerad ledning och tydlig styrning - Övergripande mål och strategier.....	4
Samverkan för att förebygga vårdskador	8
Informationssäkerhet.....	9
Strålskydd	10
En god säkerhetskultur	10
Adekvat kunskap och kompetens	12
Patienten som medskapare	13
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	15
Öka kunskap om inträffade	15
Avvikelse.....	15
Strukturerad journalgranskning	18
Klagomål och synpunkter	19
Tillförlitliga och säkra system och processer.....	20
Säker vård här och nu.....	21
Är vården säker idag	21
Riskhantering	22
Stärka analys, lärande och utveckling.....	23
Förbättringsarbete	23
Kvalitetsregister, Vården i siffror (öppna jämförelser)	24
Öka riskmedvetenhet och beredskap.....	25
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	26
Bilaga 1. Sammanfattning strålsäkerhetsarbete för röntgen och nuklearmedicin 2023 vid Capio S:t Görans sjukhus	27

SAMMANFATTNING

Sjukhusets patientsäkerhetsarbete bygger på att skapa och vidmakthålla tydliga processer.

Detta innefattar:

- Flödeskartor kring våra större symtom- och diagnosgrupper.
- Introduktionsprogram för nya medarbetare.
- Kontinuerlig fortbildning inom vårdskadeområden.
- Datadriven visualisering av aktiviteter kopplat till omvårdnad, processmått och kvalitet.
- Uppföljning på enhet-, klinik- och sjukhusnivå kring hur vi ligger till i vårdkvalitet och patientsäkerhet.
- Underlätta att följa aktiviteter kopplat till avvikelser, risk- och händelseanalyser och myndighetsärendet samt arbeta med en strukturerad process för uppföljning.
- Uppmuntra medarbetarna till att rapportera avvikelser och att lyfta förbättringsförslag.
- Främja samverkan och teamarbete mellan professioner och vårdgivare.
- Inhämta synpunkter och erfarenheter inom patientsäkerhetsområdet från medarbetare, patienter och närstående.

Under 2023 genomfördes förbättringsarbeten som stärker patientsäkerheten genom:

- Visualiserade kvalitetsdata i form av olika rapporter i Power BI.
- Breddinfört digital uppföljning av våra patienters synpunkter och erfarenheter.
- Möjlighet för patienter att följa sina aktuella läkemedelsordinationer från läkemedelslistor skapade under vårdtillfällen via 1177.se
- Fokuserad standardiserad och tvärprofessionell introduktion av samtliga medarbetare på förlossningen som startade i april 2023.
- Utvecklat systemet för avvikelser och ärendehantering i syfte att standardisera processer för bl a utredning av vårdskada.
- Arbetat sjukhusövergripande med metoder som stärker patientsäkerhetskulturen.
- Tagit fram en sjukhusövergripande strategi där kvalitet och patientsäkerhet utgör delar av basen.
- Fokus på aktiviteter såsom utbildning för att stärka informationssäkerheten.

För att skapa säker vård och nu kommer 2023 års lärdomar och utmaningar forma 2024 års patientsäkerhetsarbete med fokus på att:

- Stärka och implementera personcentrerade arbetssätt och patientdelaktighet vad gäller både det individuella mötet och på organisatorisk nivå.
- Uppnå robust och anpassningsbar vård och försörjning inklusive läkemedel med god patientsäkerhet under oväntade förhållanden.
- Fortsatt stärka det proaktiva arbetet genom att arbeta med risker och utföra riskanalyser.
- Fortsatt arbete med metoder som stärker lärande och patientsäkerhetskulturen.



GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Engagerad ledning och tydlig styrning - Övergripande mål och strategier

Sjukhusövergripande mål

- Ge en högkvalitativ, patientsäker och effektiv sjukvård genom medarbetarnas kontinuerliga förbättringsarbete och patienternas och närståendes delaktighet. Vi förenar vård, kvalitet, patientsäkerhet, effektiva flöden, hög tillgänglighet med kostnadseffektivitet.
- Skapa ett ledningssystem där goda idéer eller brister i vårdkvalitet och patientsäkerhet leder till förbättringsarbetet och implementeras på sjukhuset.
- Ha ett strukturerat ledningssystemet för patientsäkerhet i vårt dokumenthanteringssystem, avvikelssystem, Intranät och hemsida.



Strategier

Sjukhusets långsiktiga strategi bryts ner till en årlig övergripande verksamhetsplan, där vårdkvalitet och patientsäkerhet är en av huvuddelarna. Denna anpassas till varje klinik och enhet.

Sjukhusets patientsäkerhetsarbete leds och beslutas av VD och sjukhusets ledningsgrupp. Förbättringar inom patientsäkerhet drivs effektivast på klinisk nivå, genom medarbetarnas idéer och upptäckta brister, samt patienternas delaktighet, med stöd från sjukhusövergripande funktioner.

Uppföljning av data inom vårdkvalitet och – brister är centralt för effektivt förbättringsarbete inom patientsäkerhet. Chefer och medarbetarna har ett gemensamt ansvar i att skapa och efterfölja patientsäkra strukturer för att förhindra att vårdskador uppstår.

Capiomodellen

En pålitlig partner – närvarande och nytänkande



Vi använder förbättringsarbete enligt Leans principer som ingår i Capiomodellen där alla aspekter från patientens unika behov till ekonomisk stabilitet ingår.

Vi har en nollvision för vårdskador och sätter upp konkreta mål för att nå vår målsättning. Samtliga mål bryts ner, konkretiseras och följs upp regelbundet på sjukhus-, klinik-, flödes- och enhetsnivå.

Ledningssystemet syftar till att uppfylla kraven i tillämpliga lagar och författningar ex vis Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Delar av sjukhusets ledningssystem har granskats och godkänts mot specifika kvalitetsstandarder. Ackreditering av verksamheter sker där sådan struktur finns. CStG är miljöcertifierat sedan 2005 och uppfyller kraven i ISO 14001:2015. Re-certifiering har skett under hösten 2023.

Organisation och ansvar

Sjukhusets ledningsgrupp består av VD, verksamhetschefer och stödfunktionschefer inkl. chefläkare, och de har i egenskap av vårdgivare det övergripande ansvaret för kvalitet och patientsäkerhet. Varje verksamhet har sin ledningsgrupp bestående av verksamhetschef, första linjens chefer och klinikernas stödfunktioner (se nedan), där verksamhetschefen agerar i enlighet med sjukhusledningens beslut och driver egna kvalitets- och patientsäkerhetsarbeten.

Det finns tydliga funktionsbeskrivningar för ovanstående roller och nyckelpersoner på resp. enhet. I uppdragen ingår direkt ansvar för kvalitet och patientsäkerhet samt förbättringsarbete enligt leanprinciper. Uppdraget omfattar även att ta fram, fastställa, vidareutveckla, avveckla och dokumentera rutiner och metoder. Ledningsgruppen följer månadsvis övergripande måluppfyllelse i kvalitet och patientsäkerhet och allvarliga vårdskador.

Kliniks specifika resurser för ökad patientsäkerhet:

Kvalitetscontroller stöttar chefer, flödesägare/ledare och medarbetare inom sin verksamhet i att genomföra förbättringar inom området, ta fram data och utreda händelser relaterade till avvikelser och vårdskador.

Utvecklingsansvarig inom digitala vårdssystem ansvarar för kommunikation och implementering av förändringar i dessa system, både lokalt och sjukhusövergripande. De utbildar, utvecklar och återkopplar funktionsbrister

Medarbetare i alla professioner, som i sina dagliga möten med patienter, närstående och varandra skapar patientsäker vård med hög kvalitet. För detta krävs bl. a. hög kompetens, bra kommunikationsförmåga och ett gott bemötande.

Patienten och närstående utgör en hörnpelare för ökad patientsäkerhet, både genom ömsesidig kommunikation i vårdmötet och deras återkoppling på våra arbetssätt.



Sjukhusövergripande stödfunktioner för förbättringsarbetet i verksamheten finns bl. a. Chefläkargruppen, Kvalitet- och hållbarhetschef, Specialistgrupper, Patientsäkerhetsforum, IT, HR, Ekonomiavdelningen, Vårdnära administration, FoU samt Kommunikationsavdelningen. Tillsammans skapar vi förutsättningar för ett säkert ledningssystem där goda idéer eller brister i vårdkvalitet och patientsäkerhet leder till förbättringsarbetet och sprids på sjukhuset.

Chefläkargruppen har tillsammans med kvalitet- och hållbarhetschefen, en samordningsfunktion för uppföljning av sjukhusets kvalitets-och patientsäkerhetsarbete och ger stöd till sjukhuset med rådgivning, omvärldsbevakning, utveckling, uppföljning i förbättringsarbetet och dialog med Hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Gruppen har ett ansvar att säkra ledningssystemet för patientsäkerhet i såväl vårt dokumenthanteringssystem, avvikelssystem, intranät och hemsida. Grupperingen består av chefläkare, kvalitetschefs- och hållbarhetschef, patientsäkerhetssamordnare och sjukhusapotekare, hygiensköterska samt sjukhusets beredskapssamordnare.



Specialistgrupperna är sjukhusövergripande, tvärprofessionella grupper med fokus på förbättringar och informationsspridning inom de vanligaste vårdskadeområdena. De tar fram evidens, genomför sjukhusövergripande förbättringsförslag och journaldokumentation. Grupperna är länken till de lokala ombuden inom respektive vårdskadeområde. Grupperna är hygien- och smittskydd, sårvård, nutrition, smärta, fallpreventivt arbete, palliativ vård, läkemedel och till det kopplat STRAMA-nätverket.

Patientsäkerhetsforum är en tvärprofessionell grupp som har i uppdrag att främja utvecklingen, fortbildning och utbildningen inom patientsäkerhetsområdet främst utifrån ny kunskap och våra risk- och händelseanalyser.

IT-avdelningen ansvarar för driften och förändringar i våra digitala vårdssystem. Vid förändringar i dessa genomförs riskanalyser och noggranna tester i samarbete med klinisk verksamhet innan de implementeras. IT-avdelningen samarbetar regionalt och nationellt kring utveckling av samtliga digitala vårdssystem. De är också ansvariga för driftsäkerhet, nätverk och cybersäkerhet

HR-avdelningen deltar i rekrytering och har ett övergripande ansvar för koordinering av utbildningar i samband med nyanställningar och fortbildning.

FoU-avdelningen är ur patientsäkerhetsperspektivet ansvarig för att studenter inom vårdsektorn introduceras och utvärderas ur denna synvinkel. Den har också sjukhusövergripande ansvar för måluppfyllelse för AT- och ST-läkare.

Kommunikationsavdelningen svarar för att visualisera nyheter, rapporter och kommunikation på hemsidan och Intranätet.



Sjukhusövergripande *specialistgrupper* verkar kliniköverskridande på uppdrag av verksamhetschefgruppen.

Samverkan för att förebygga vårdskador

Intern samverkan



Patientens väg genom sjukhuset skall fungera smidigt, säkert och ge bästa möjliga medicinska och upplevda kvalitet. Detta förutsätter ett väl fungerande samarbete mellan de enheter som är involverade i det specifika patientflödet. Detta sker genom att flödesägare skapar en tydlig och sjukhusövergripande process för symtom- och diagnosspecifika vårdflöden där flödesledarna på respektive enhet säkerställer följsamhet till processen. Intern samverkan för att lösa sjukhus- och klinikövergripande problemställningar sker även vid gemensamma möten som till exempel ledardagar, produktionsmöten, kliniköverskridande chefs- och förbättringsmöten, vårdenhetschefsmöten och förbättringsmöten. Varje vecka hålls pulsmöten för sjukhusets chefer för att lösa aktuella frågor i sjukhusets vårdflöden genom samverkan.

Extern samverkan

CStG ser patientens vårdtid på sjukhuset som en del i en hel vårdkedja där samordnad kommunikation är grundläggande för att ge patienten ett tryggt och säkert omhändertagande. Vi använder oss av standardiserade utskrivningsrutiner med checklistor för att säkerställa en säker utskrivning. I enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter SOSFS 2005:27 3§, har vi i samarbete med geriatriska kliniker, ASIH, psykiatri, beroendevård, primärvård och kommuner utvecklat samverkansrutiner för att främja säkra vårdövergångar.

Samverkansmöten med våra vårdgrannar sker via regelbundna möten med representanter från kommunerna, primärvården, geriatriken, psykiatri- och beroendeverksamheten. Syftet är att utveckla gemensamma rutiner, följa upp avvikelser och ta fram lösningar som främjar patientsäkerheten över verksamhetsgränserna. Därutöver sker utvecklingsarbete i form av gemensamma projekt med målet att skapa en gemensam samsyn och riktlinjer kring patienter med behov av geriatrisk vård, hemsjukvård eller avgränsningar i beroendevården.

CStG deltar även aktivt i alla Region Stockholms samverkans- och nätverksgrupper t. ex kvalitetsnätverk, RSG Patientsäkerhet, chefläkarnätverket, omvårdnadsrådet, läkemedelskommittén, nätverk för journalgranskning, vårdhandbokens regionala nätverk, nätverk för beredskapssamordnare, nätverk för patientsäkerhetssamordnare/Patientvägledare, prioriteringsråd och valberedning inom kunskapsstyrning med flera.

CStG är anslutna till samverkansplattformen Lifecare som syftar till att förenkla kommunikationen mellan vårdgivarna och skapa sömlösa vårdövergångar. Nya medarbetare på sjukhuset utbildats i den nya plattformen som en del av introduktionsprogrammet för nya sjuksköterskor.



Informationssäkerhet



I det kontinuerliga informationssäkerhetsarbetet har sjukhuset genomfört flera risk- och behovsanalyser gällande åtkomst och behörigheter. Detta har lett till viss åtstramning och förbättrat skydd för integritetskänslig information och stärkt s.k. inre sekretessen med integration mot nationella spärrtjänsten. Behovs och riskanalyserna sker vid förändringar samt vid införande av nya verksamhetsområden.

Genomförd sårbarhetsanalys kopplat till det lokala nätverket visade på en generellt hög informationssäkerhet men också på några IT-säkerhetssvagheter som nu är korrigerade.

SMS-påminnelser till patienter har nu en sjukhusövergripande standard med följsamhet till Patientdatalagen och Dataskyddsförordningen.

Utvärdering och införande av nya digitala system, teknisk apparatur, appar och tjänster som innehåller patienternas personuppgifter sker enligt en standardiserad process. Innan införande vägs patientnytta, klinisk användbarhet, kostnad och informationssäkerhet. I s m

med införandet klassificeras informationen. Denna process hanteras för såväl IT- som Medicintekniska system på samma sätt i en gemensam portal samt läggs till bland våra tillgångar i Jira.

Register, Forskning och Forskningsstudieanmälan följer en GDPR-säkrad elektronisk process.

Under 2023 var ett återkommande informationssäkerhetsproblem att enskilda användare dokumenterar på fel person/patient. Det finns idag inget bra sätt att kontexthantera personinformation mellan olika vårdsystem och med ett stort flöde av patienter i akutprocessen är det en utmaning för vårdens personal att alltid säkerställa att det är rätt patient i de olika system som behövs för en och samma patient. Detta är ett utvecklingsområde för 2024

Integritetsmyndigheten (IMY) har under 2019–2023 arbetat med ett tillsynsärende kring Capio S:t Görans Sjukhus och sju andra vårdgivares struktur för behörigheter och åtkomst i huvudjournalssystemen. IMY utdelade kritik och vite som överklagats till högre instanser. Ärendet avgjordes 2022 i Kammarrätten till sjukhusets fördel i och med att Högsta Förvaltningsdomstolen valde 2023 att gå på Kammarrättens dom och inte ta upp ärendet.

Sjukhuset jobbar enligt IMY:S checklista med systematiska och slumpmässiga loggkontroller av journalåtkomst. Under 2023 har sjukhuset driftsatt en ny organisation med ett decentraliserat ansvar för logguppföljningen på respektive klinik som en utvidgning till den logguppföljning som sker centralt. Utöver loggkontrollerna lägger sjukhusets stort fokus i förebyggande arbete i form av kontinuerliga utbildningsinsatser av medarbetarna i informationssäkerhet.

Strålskydd

För en sammanfattning av strålsäkerhetsarbetet på Capio Sankt Görans sjukhus under 2023 se bilaga 1.

En god säkerhetskultur

Under hösten 2023 genomfördes den årliga medarbetarenkäten som visade ett värde på 77 i hållbart-säkerhets-engagemang. HSE-värdet är en temperaturmätning på upplevelser kring patientsäkerhetsarbetet på arbetsplatsen. Värdet är relativt oförändrat jämfört tidigare år och i linje med övriga akutsjukhus i regionen.



Sjukhuset bedriver ett aktivt arbete med att förbättra patientsäkerhetskulturen, detta i form av:

- Arbete med bemötandefrågor som en del i att stärka patientsäkerhetskulturen bl. a genom bemötandeprojektet (Schysst vardag) samt en digital bemötandeutbildning för alla medarbetare
- Avstämningsmöten, s.k. pulsar före, under och efter pass där risker och både positiva och negativa händelser lyfts.

- Tvärprofessionella teamträningar kopplat till akut omhändertagande; hjärtstillestånd på avdelning, larm på akuten, larm- och uppstartsövningar för katastrofmedicinsk beredskap.
- Patientsäkerhetsforum arbetar löpande med att lyfta lärdomar från avvikelser och analyser för att skapa medvetenhet om risker i organisationen och för att bygga upp en icke skuldbeläggande kultur kopplat till inträffade avvikelser.
- Flera enheter och kliniker arbetar löpande med metoden morbidity & mortality dragningar- där fokus ligger på lärande och icke skuldbeläggande kultur. Att våga dela med sig av lärdomar när det inte blev som tänkt.



Adekvat kunskap och kompetens

Utbildningsrådet, där sjukhusets FoU-enhet samt representanter för alla kliniker ingår, har ett övergripande ansvar att regelbundet besluta om vilka utbildningar som ska erbjudas medarbetarna utifrån identifierade behov.



Vår digitala utbildningsplattform, Capio Academy, där sjukhusets alla utbildningar finns tillgängliga för all personal, inklusive utbildningar inom patientsäkerhetsområdet. Exempel på utbildningar är kompetenskort för hygien, strukturerad kommunikation (SBAR), Early Warning Score (NEWS2). Många av utbildningarna är grundläggande och obligatoriska, men det finns även fördjupningstutbildningar att utföra. Plattformen möjliggör för varje medarbetare och resp. chef att få en överblick över vilka utbildningar som är som är obligatoriska för den enskilda individen och vilka som är påbörjade och avslutade. Närmaste chef ansvarar för att följa upp medarbetarens genomgångna utbildningar.



Vid nyanställning får varje medarbetare en schemalagd, obligatorisk dag där pass avsätts till övergripande kunskap kring sjukhusets patientsäkerhets- och förbättringsarbete i syfte att bland annat skapa en systemförståelse för risker inom verksamheten. Introduktionen tar upp skyldigheten att rapportera risker och tillbud samt hur varje medarbetare kan bidra i sjukhuset förbättringsarbete genom att skapa digitala förbättringsförslag och arbeta med förbättringsprojekt. Sjukhuset ordnar föreläsningar, lunchseminarier mm inom forskning, kvalitet och patientsäkerhet

för olika professioner på sjukhuset. Detta gäller både vid introduktion, måluppfyllelse för specialistutbildning och påbyggnadskurser för nya chefer och nyckelroller.

Sjukhuset schemaplaneringssystem TESSA möjliggör att få överblick över arbetsgruppers gemensamma kompetens och på så sätt sätta samman arbetslag som tillsammans har adekvat kompetens för uppdraget. Olika pass kan också villkoras att bara medarbetare med tillräcklig kompetens för uppgiften kan bokas.

Akutsjukvården har så som resten av samhället generellt utmaningar i att rekrytera och behålla sjuksköterskor och vi har liksom många andra behövt anlita inhyrd personal som inte är så väl införstådda i våra arbetssätt och rutiner som ordinarie personal. Sjukhuset jobbar aktivt med öka andelen permanent personal samt att stärka kompetensutveckling för dessa, under året har andelen inhyrd personal minskat kraftigt vilket skapar bättre möjligheter att utföra strukturerade introduktioner och uppföljning av denna tillsammans med medarbetarna.

Patienten som medskapare

Ett av CStG:s övergripande mål är att involvera och göra patienterna delaktiga i sin egen vård och behandling men också i det kontinuerliga förbättringsarbetet. Delaktighet är därför ett av sjukhusets fyra fokusområden i den övergripande strategiska planen. Sjukhuset har under året startat ett övergripande projekt för ökade patient-närstående delaktighet. Vi arbetar med personcentrerad vård och patientdelaktighet på sjukhusnivå, klinisknivå och individnivå för att arbetssättet ska genomsyras i organisationen. Arbete på olika nivåer medför riktade aktiviteter som främjar delaktighet och patienten som medskapare i hela organisationen. Det övergripande projektet har tagit fram en gemensam verktygslåda och minimistandard för verktyg som stöttar det personcentrerade arbetssätten som ska implementeras framledes. Aktiviteterna går i linje med svensk minimistandard för personcentrerad vård.



Under 2023 har ramarna för sjukhusets nystartade patient-närstående råd tagits fram och rekrytering påbörjats.

För att involvera patienter och närstående i det förebyggande arbetet mot vårdskador har patientsäkerhetsforum tagit fram patientinformation om hur medarbetare och patienten tillsammans samverkar för att skapa en säker vård. Informationen utgår från vårdskadeområden på sjukhuset, se bild.

Din säkerhet hos oss

För att uppnå en god och säker vård krävs det samarbete mellan patienter, närstående och personalen. Om du har frågor om din vård/behandling så tveka inte att fråga oss. Nedan listas några punkter om hur du kan bidra till att göra din vård så säker som möjligt.

 Rätt information • Berätta vad som är viktigt för dig under vårdtiden. • Uppge ditt personnummer för att bidra till att du får rätt medicin och att rätt prover tas och undersökningar görs.	 Skydda dig mot fallolyckor • Be personalen om hjälp om du känner dig ostadig. • Be om hjälpmedel som du behöver för att känna dig säker. • Använd halksockor eller stadiga skor. • Res dig inte för snabbt, sitt en stund på sängkanten och trampa med fötterna.
 Läkemedel • Berätta för oss vilka läkemedel du brukar ta och varför. • Säg till om du inte vet varför du får ett visst läkemedel.	 Innan du lämnar sjukhuset ska du ha fått • Sammanfattning av din vård hos oss med information om du har några rekommendationer/restriktioner att följa och eventuell uppföljning. • Läkemedelslista där det framgår när och varför du ska ta dina läkemedel. • Information om var du ska vända dig om du har frågor efter vården hos oss. • Dina närstående får gärna medverka vid utskrivningssamtalet om du vill.
 God hygien • Tvätta dina händer ofta, alltid efter toalettbesök och innan måltid. Använd tvål, vatten och handdesinfektion. • Säg till om du har infektionssymtom som feber, snuva, diarré eller kräkning. • Nys eller hosta i armvecket.	 Skydda dig mot att drabbas av skador • Förebygg tryckskador på huden genom att ofta ändra läge i sängen. • Be personalen om hjälp med lägesändringar om du behöver. • Prata med oss om dina specifika behov av vätska och näring.

**Capio**
S:t Görans Sjukhus

För patienterna är information första steget mot delaktighet och ökad trygghet kring sin vård och behandling. Den ges både muntlig och vid besöket eller via vår externa hemsida. Patienterna använder i allt större omfattningen möjligheten att följa sitt vårdförlopp på 1177 där journal och provsvar tillgängliggörs i realtid. Breddinförande av taligenkänning medför att journaltext finns omedelbart tillgänglig för både patient och personal, något som stärker patientsäkerheten. Under 2023 har vi gått från 48 % av diktaten till omedelbar text under föregående år till ca 56 % av alla akutanteckningar.

Andra exempel på projekt där patientdelaktighet och medverkan är central är Medicinklinikens arbete med virtuella vårdplatser (Hospital at Home). I vårdformen är patienten en aktiv part i att rapportera sina parametrar och status självständigt.



Patient och närstående kan via de sjukhusövergripande synpunktskorten, som finns tillgängliga på alla avdelningar och mottagningar både analogt och digitalt, ge återkoppling och lämna synpunkter på förbättringar. Detta har resulterat i en fantastisk återkoppling. Under 2023 svarade över 27 000 patienter på enkäten. Genom svaren får vi ett värdefullt underlag till vårt förbättringsarbete på sjukhus- klinik- och enhetsnivå. Resultatet av enkäterna återkopplas till medarbetarna vilket ökar medvetenheten om betydelsen av patienternas delaktighet och patientens röst stärks. Förbättringsförslag från patienterna hanteras och visualiseras på enheternas digitala förbättringstavlorna. Implementering med automatiska utskick av synpunktskort via 1177 pågår.



AGERA FÖR SÄKER VÅRD

CStG sjukhus arbetar med att identifiera, analysera, ta fram åtgärder och följa upp åtgärder inom ett flertal vårdskadeområden i syfte att säkra verksamhetens kvalitet såsom trycksår, undernäring, smärta, fall och fallskador, anmälningspliktiga multiresistenta bakterier, VRI samt basala kläd- och hygienrutiner. För varje område finns mål kopplade, resultat och analys av resultat som innefattar åtgärder där målen inte uppnås. Uppföljning av åtgärder sker bl. a varje kvartal i samverkan med varje klinik och chefläkargruppen. Andra områden som följs, med kopplade mål och uppföljning, är mortalitet under vårdtiden och efter 30 dagar, oplanerad återinskrivning till samma klinik inom 7 dagar, 7 dagar >80 år, 30 dagar.

Öka kunskap om inträffade

För att få en bred bild och skapa ett lärande använder sjukhuset flera vägar för att identifiera vilka områden **som är risk och vårdskadeområden på sjukhus-, klinik- och enhetsnivå.**



Avvikelser

Sjukhusets avvikelser granskas dagligen. Ansvarig linjeförman, tillsammans med sin arbetsgrupp, prioriterar, handlägger, analyserar, beslutar om åtgärder, utvärderar dess effekt och återkopplar till berörda. Utifrån avvikelser och utredningar ansvarar linjeförman för förbättringsåtgärder. Det är de lokala förbättringsgrupperna som får uppdrag av linjeförman att ta fram förslag till förbättring med stöd av kvalitetscontroller och berörd specialistgrupp. Kvalitetscontroller granskar respektive kliniks avvikelser och patientsäkerhetssamordnare granskar på sjukhusnivå för att säkerställa att allvarliga avvikelser fångas upp och för att hitta sjukhusövergripande riskområden. Vid allvarliga händelser eller risker (allvarlighetsgrad 3 och 4) involveras chefläkaren snarast och rapporterar enligt regelverk till VD/koncernledning inom 24 timmar. Uppföljning av handläggningstider görs regelbundet och kommuniceras ut till ansvariga chefer.



Sjukhuset arbetar med avvikelsehantering i ärendehanteringssystemet JIRA. Här kan alla typer av avvikelser rapporteras via ett och samma formulär, d.v.s. vårdarbetsmiljö-, miljö- och säkerhetsavvikelser. I samma system registreras och handläggs även klagomål från patienter och närstående. Avvikelsesystemet medför att

uppföljning av avvikelser med enkelhet kan ske på enhet, klinik eller sjukhusnivå inom olika kategorier. Systemet möjliggör också att ha en digital sammankopplad kedja genom processen avvikelse-händelseanalys-förbättringsåtgärder-egenanmälan enligt lex Maria. Systemet ger också goda möjligheter att visualisera och följa upp förbättringsåtgärder vilket fortsatt arbete med kommer ske under 2024.

Alla medarbetare har tillgång till sina avvikelser och kan följa handläggningen och får mejlaviseringar om hur handläggningen fortskrider, vilket förbättrar återkopplingen till

rapportören. För att stärka lärande efter avvikelser och öka kännedom om vilka risker som finns på respektive enhet återkopplas också avvikelser per enhet /klinik via olika metoder såsom patientsäkerhetsbrev, daglig rapportering vid check-in, genomgång på APT, M&M-genomgångar, intranät etc.

Under 2023 rapporterade medarbetarna på sjukhuset totalt in 5702 avvikelser, vilket är i en ökning från föregående år och motsvarar ca 2 avvikelser/medarbetare/år. Diagram 1 visar fördelning av sjukhusets vanligaste avvikelsekategorier under 2023.

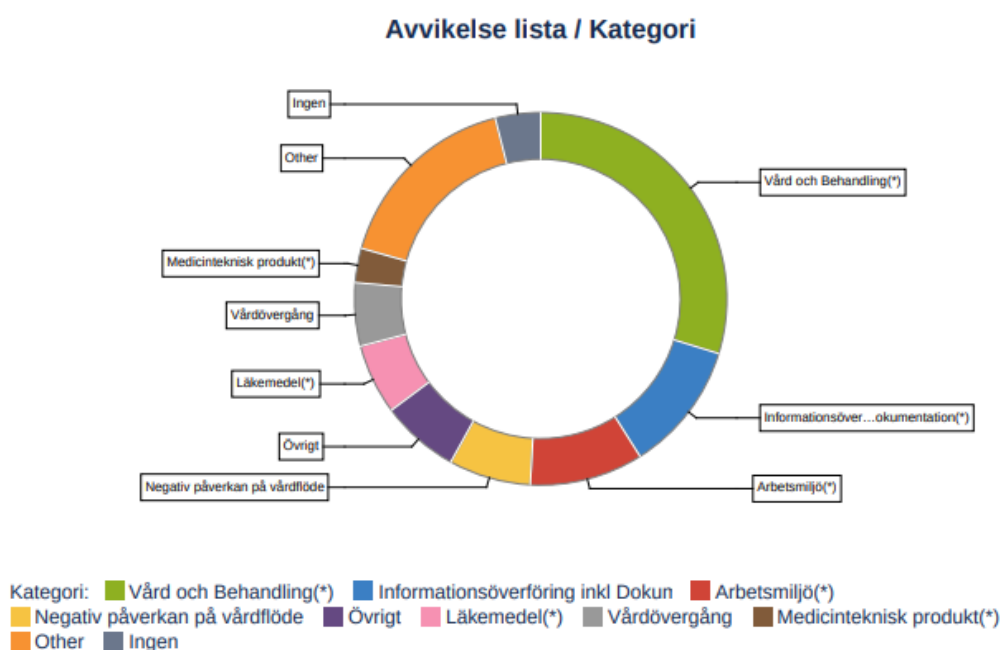


Diagram 1. Fördelning avvikelsekategorier CStG 2023. Källa: CStG.

Vård och behandling (40%) är en stor och heterogen grupp, med fall, infektioner försenad utredning mm. Subgrupper inom området kan kartläggas och bredare analyser kan utföras som grund till förbättringsarbete.

Informationsöverföring/bristande kommunikation utgör 15% av kategorierna. En god och säker vård förutsätter en effektiv kommunikation och att informationen överförs korrekt i alla led vid alla tillfällen, till patient och nästa steg i vårdkedjan, internt och externt. Strukturerad kommunikation enligt SBAR (Situation, Bakgrund, Aktuellt tillstånd, Rekommendation) och "closed loop communication" används sjukhusövergripande för att säkerställa att information överförs på ett sakligt och korrekt sätt. Fortlöpande utbildning ges till nyanställda och rapporteringsmallar och fickkort för SBAR finns tillgängliga för samtliga enheter.

Av det totala antalet avvikelser klassificerades 103 avvikelser (2%) som nivå 3–4, dvs avvikelser som lett till allvarig skada eller dödsfall. Diagram 2 redovisar kategorier för sjukhusets allvarliga avvikelser 2023. Allvarliga avvikelser utreds för att skapa en djupare förståelse om bakomliggande faktorer och identifiera förbättringar.

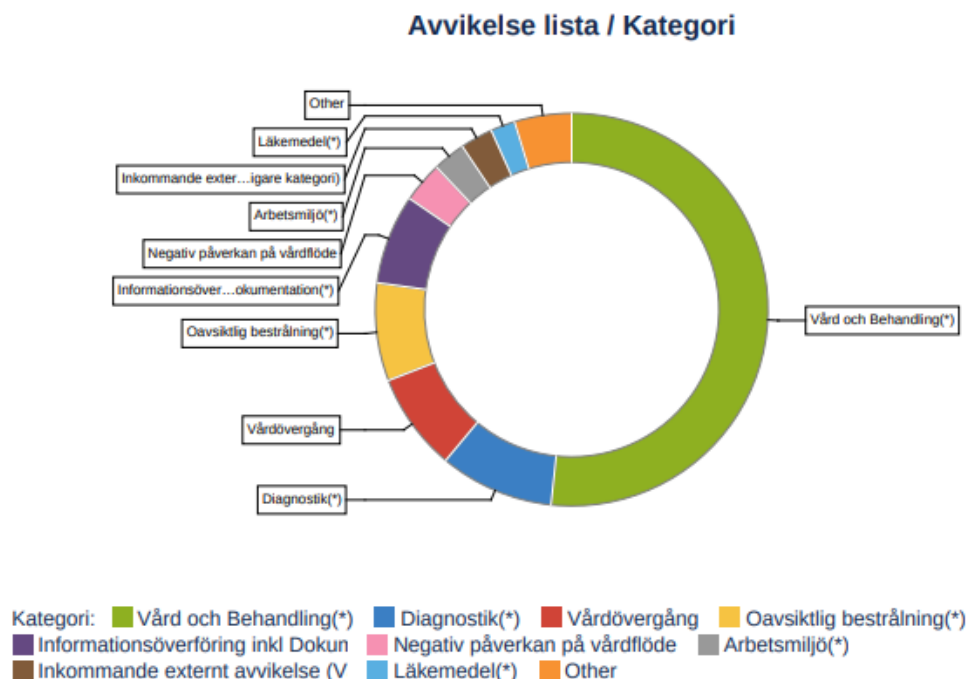


Diagram 2. Fördelning avvikelsekategorier nivå 3–4 CStG 2023. Källa: CStG.

Det ökande antalet utredningar (se tabell 1) bedöms bero på ökat intresse att utreda möjliga vårdskador, men också på alltmer komplex sjukvård, i en åldrande befolkning, som är extra utsatta för risker för vårdskador. Alla kliniker har medarbetare utbildade i händelseanalysmetodik. I alla händelseanalyser erbjuds patient/ närstående att bli intervjuad om sin upplevelse av händelsen likväl som att få återkoppling på vad analysen visat och vilka förbättringsåtgärder som planeras. Aktivt arbete pågår med att starta utredningar omgående efter inträffade allvarliga avvikelser. Sjukhuset arbetar mot målet att färdigställa sina utredningar inom 30 dagar.

Typ av analys/År	2023	2022	2021	2020
Händelseanalys	56	34	29	22
Egenanmälan enl lex Maria	8	11	8	8
Risikanalys	36	39	14	9

Tabell 1. Antal händelseanalyser/utredningar, anmälan enligt lex Maria samt riskanalyser CStG 2023. Källa: CStG.

Bortsett från fler analyser är det svårt att se tydliga mönster, men under 2023 har fler utredningar och lex Maria anmälningar bottnat i fördröjd handläggning och lång väntan på akutmottagningen som orsakar s.k. crowding. Ett stort förändringsarbete pågår på akutmottagningen med nya arbetssätt för snabbare handläggning, ökad patientsäkerhet och förbättrad arbetsmiljö.

Patientsäkerhetsforum har ordnat seminarier och webinarier som lyfter viktiga åtgärder från händelseanalyser för att förebygga vårdskador, såsom vikten av att använda mätskalor för att tidigt upptäcka allvarliga tillstånd hos en patient. Risker vid läkemedelshantering, vikten av säker kommunikation och utskrivning mm.

Akutkliniken har regelbundet genomfört s.k. M&M genomgångar (morbidity & mortality conference) där olika case har diskuterats tvärprofessionellt med fokus på lärande och transparens.

Strukturerad journalgranskning

Under 2023 granskades totalt 587st journaler. Av dessa var 204 sjukhusövergripande slumpvis utvalda journaler från medicin-, akut, hjärt-, neuro-, kirurg-, ortoped- samt förlossningskliniken (från april) och resterande var riktade granskningar. Metoden som används är Markörbaserad journalgranskning (MJG) som är framtagen av SKR, vilken är en anpassning av metoden Global Trigger Tool.

Den totala andelen vårdskador, d.v.s. undvikbara skador, vid CStG under 2023 var på 5,9 % (12 av 204) jämfört med 2022 som var 6,4% (11 av 170). Årets resultat är en minskning jämfört mot föregående år. Andelen skador har ökat marginellt till 4,9 % (10 av 204) från 4,1 % (7 av 170). Årets resultat för vårdskador är i linje med nationella nivå inom somatisk slutenvård som var 6,3 % 2020 (Skador i somatisk vård 2013–2020, SKR). Andel skador är lägre på CStG i jämförelse med den nationella nivå som var 10,6 % 2020 (Skador i somatisk vård 2013–2020, SKR). Generellt sett så bedriver sjukhuset en alltmer komplex vård och patienterna blir äldre och mer multisjuka vilket också ökar risken att drabbas av en vårdskada/skada vilket ställer högre krav på preventivt arbete. Analys av skade/vårdskadeområden sker löpande med stöd av avvikelssystemet och per kvartal genom journalgranskningarna. Det finns inga tydliga mönster som sticker ut i år utan skadorna/vårdskadorna är fördelade jämnt över klinikerna och de skade/vårdskadeområden som identifierats är sedan tidigare kända och ligger i linje med de handlingsplaner sjukhuset tagit fram inom respektive vårdskadeområde. Framledes kommer sjukhuset även fortsättningsvis att fokusera på riskidentifiering och preventivt arbete för att förebygga vårdskador, detta genom riskbedömningar av särskilt utsatta grupper t. ex multisjuka äldre samt inom de vanligaste vårdskadeområdena exempel trycksår och fall.

	2023	2022	2021	2020
Vårdskador	5,9 %	6,4%	2,5%	3,3%
Övriga skador	4,9%	4,1%	5,8%	6,7%

Tabell 2. Redovisning av vårdskador CStG 2023 Källa: CStG.

Klagomål och synpunkter



Våra patienters och närståendes synpunkter och förbättringsförslag är viktiga för att vi skall kunna förbättra och utveckla vår verksamhet. Patient och närstående uppmanas i första hand att återkoppla sina synpunkter direkt till berörd verksamhet eller enhet.

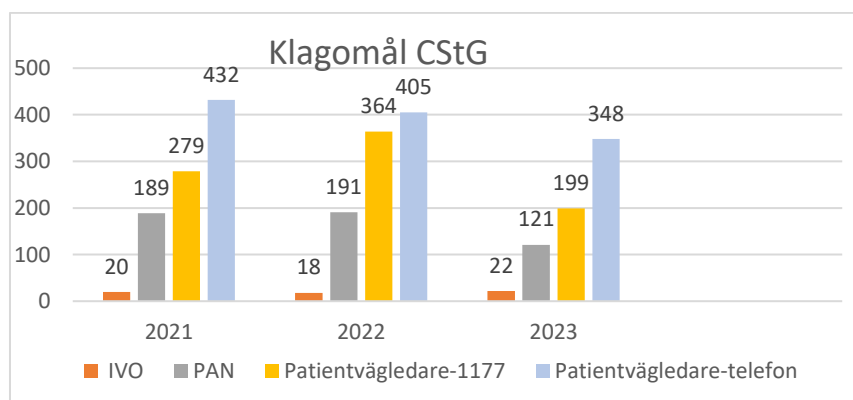
Patienter och närstående kan även vända sig med sina synpunkter till sjukhusets Patientvägledare, via telefon eller 1177 Vårdguidens e-tjänster. Patientvägledare kan ge information och vägledning kring

klagomålsprocessen på sjukhuset och vilka ytterligare instanser dit patienter och närstående kan vända sig med sitt klagomål.

Klagomålet hanteras i avvikelssystemet och kommuniceras alltid via avvikelssystemet till berörd verksamhet som ansvarar för utredning och återkoppling till patienten.

Det senaste året syns en viss minskning av antalet klagomål, se tabell 3. Klagomålsärenden som kommuniceras till Patientvägledare avser ofta bemötandefrågor eller allmänna synpunkter på vård och behandling. Av de 209 st klagomål som registrerats i det nya avvikelssystemet rör majoriteten bemötande och ca en fjärdedel vård och behandling.

Det totala antalet anmälningar som framförs till Patientnämnden är lägre än föregående år i absoluta tal och relaterat till produktionen. 41 % av de anmälda ärendena faller inom området vård & behandling. Den andra stora gruppen, 24 %, faller inom kategorin kommunikation, vilket är samma fördelning som föregående år och i linje med sjukhusets avvikelser och klagomål för 2022. Antalet utredningar som IVO genomförde efter patienter och närståendes anmälan till myndigheten var 22 st, vilket är en viss ökning i absoluta tal (18 st 2022) och per 1000 vårdkontakter.



Tabell 3. Antal klagomål och synpunkter framförda via olika kanaler CStG 2023. Källa: CStG.

Tillförlitliga och säkra system och processer

Sjukhuset har arbetsprocesser för att stärka det systematiska patientsäkerhetsarbetet genom att arbeta med personcentrerade och standardiserade vårdförlopp och minska oönskade variationer. Vid varje inskrivning i slutenvården genomförs riskbedömningar av risk för fall, trycksår, nutrition, överfylld urinblåsa samt smärta.

Läkemedelsgenomgång utförs på samtliga patienter som skrivs in på sjukhuset. Genomgången genomförs i första hand på akutmottagningen vid inskrivning men kan också, efter överenskommelse med läkare på mottagande avdelning, genomföras på avdelningen. Vid utskrivning skrivs en läkemedelsberättelse som en del av behandlingsmeddelandet. En Läkemedelsberättelse beskriver förändringar i läkemedelsbehandlingar samt orsaken till förändringarna. Validerade verktyg såsom SBAR och NEWS används under vårdförloppet.



På sjukhuset finns en specialistgrupp som verkar för en rationell antibiotikaanvändning samt patientens rätt till bästa infektionsbehandling i en sjukvård som motverkar antibiotikaresistens. Gruppen följer antibiotikaanvändningen samt förekomsten av multiresistenta bakterier och återför resultat till verksamheten. Infektionsspecialister är interna konsulter och genomför regelbundna avstämmningar på avdelningar. Basala hygienrutiner och klädregler (BHK) är en integrerad del av hygienarbetet.



Säker vård här och nu

Är vården säker idag

Förutsättningar för säker vård förändras snabbt på ett akutsjukhus och sjukhuset har en ständig bevakning av parametrar som påverkar säkerheten i realtid/närhet. När inflöde på akutmottagningen ökar påverkar det belastningen inom slutenvården och i sin tur ökar behovet av vårdresurser i vårdkedjan inom primärvård och rehabilitering. Därför finns det tydliga rutiner för hur verksamheten ska agera vid en sådan utmaning hanteras.



Leveransproblem av läkemedel har inneburit behov att agilt byta ut till ersättningspreparat samt att vid behov ansöka om licens för läkemedel som inte är godkänt för försäljning i Sverige. Sjukhusets farmaceuter, i samarbete med vår läkemedelsdistributör ApoEx AB, har i uppdrag att övervaka Läkemedelsverkets uppdateringar om restnoterade läkemedel och sprida informationen på sjukhuset. Lagernivåer av läkemedel har höjts under året för att säkerställa en robust läkemedelsförsörjning.

Sena och eller uteblivna leveranser av medicinteknisk utrustning är en accelererande problematik sedan pandemin. Denna parameter kravställs i våra inköp och offerter.



Riskhantering

Under året har 1734 avvikelser kategoriserat som "risk" samt ytterligare 76 klassificerats som "allvarlig patientsäkerhetsrisk". 36 riskanalyser har utförts på sjukhuset (tabell 1), vilket är i linje med föregående år. Riskanalyser har initierats med anledning av avvikelser i identifierade riskområden, till exempel infördes en ny inställning på hjärtklinikens saturationslarm. Detta för att minska antalet fellarm vilket resulterade i mindre störningar för patienterna (bättre nattsömn), ökad patientsäkerhet och bättre arbetsmiljö för personalen. Ett annat exempel är en riskanalys inför införandet av värdeskapande rond. Med värdeskapande rond har flödet för de akutkirurgiska patienterna effektiviserats och patientsäkerheten stärkts. Patienten får en tidigare rond, tidigare remisser, kan överföras tidigare till geriatriken eller skrivas hem och det innebär även att man kan ta upp patienter tidigare från akuten.

En ytterligare riskanalys utfördes i samband med att samarbete skulle utvecklas mellan röntgenkliniken, centraloperation och externa aktörer som kommer och emboliserar stora blödningar på röntgenkliniken. Rutiner och arbetssätt för omhändertagandet för patienter med stora blödningar har arbetats fram, vilket är en stor fördel då instabila patienter inte behöver transporteras till andra sjukhus.

Fokus under 2024 blir att fortsätta öka antalet riskanalyser samt öka patientdelaktigheten i dem.

Stärka analys, lärande och utveckling



Avvikelser, händelse- och riskanalyser, medarbetare, patient och närståendes förbättringsförslag är alla underlag till förbättringsarbeten, se avsnitt Öka kunskap om inträffade vårdskador samt Säker vård här och nu. Sjukhusgemensamma indikatorer och resultat finns samlat i vårt Power-BI och tillgängligt via vårt intranät som möjliggör att resultat kan följas över tid och i realtid. På enheterna finns s.k. dashboards där verksamhetsnära resultat visas för daglig styrning.

Via Vården i siffror (VIS) kan vi jämföra oss med andra sjukhus som ett led i att utveckla och förbättra verksamheten. Capio S:t Görans sjukhus har en egen sida i VIS som underlättar uppföljning.

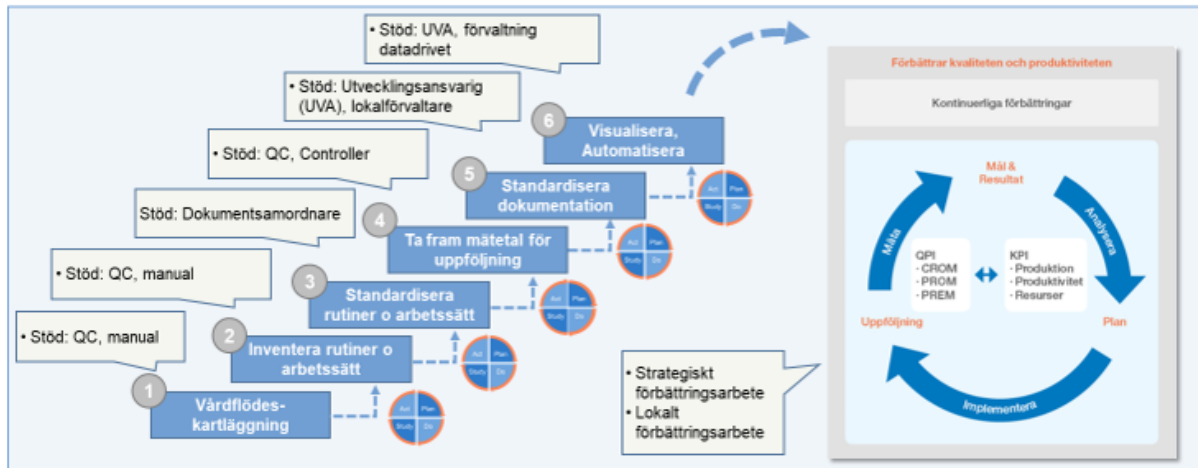
Verksamheten följer kontinuerligt upp sig själva genom tillgång till resultat och rapporter. Sjukhuset följer upp klinikerna månadsvis och koncernen följer upp sjukhuset 4 gånger per år. Externt följer Region Stockholm upp sjukhuset genom kvalitetsavtalen och kräver in handlingsplaner där sjukhuset inte når målen.

Förbättringsarbete

Capio S:t Görans sjukhus arbetar strukturerat kring ständiga förbättringar enligt leans principer för att uppnå en jämlik och högkvalitativ vård, "rätt från början och rätt från mig".

- Vi identifierar, bedömer, åtgärdar och följer upp förbättringar.
- Förbättringsarbetet är en del av vårt flödesarbete
- Genom våra digitala förbättringstavlor kan medarbetare, patienter och närstående lämna förslag till förbättring.
- Förbättringsarbetet drivs av cheferna på respektive enhet och av flödesägare i sina flöden
- Medarbetarna är delaktiga i arbetet med förbättringsåtgärder.
- Vi visualiserar förbättringsförslag på digitala tavlor som tillgängliga för alla medarbetare

- Förbättringarna kopplas till våra lång och kortsiktiga mål samt faktabaserade beslut, vi mäter och följer upp resultat
- Grunden för kartläggning av våra vårdflöden sker enligt en 6-stegsmodellen, se bild nedan



6-stegsmodellen för förbättringsarbetet på CSTG.

Kvalitetsregister, Vården i siffror (öppna jämförelser)

Capio S:t Görans sjukhus medverkar i 53 nationella kvalitetsregister som publiceras i Vården i siffror. I Vården i siffror kan man se vilka enheter i Sverige som har bäst resultat i kvalitetsregistren och lära av deras arbetssätt och metodik. Resultat i kvalitetsregistren och uppföljning av andra interna och externa mål utvecklar och förbättrar vi våra vårdflöden.



Öka riskmedvetenhet och beredskap

För att öka främja riskmedvetenheten och beredskapen i organisationen har sjukhuset och medarbetarna möjlighet att träna för oväntade situationer. Capio team Träning (CTT), som är framtaget utifrån det norska konceptet BEST, har funnits på sjukhuset sedan 2016. Syftet med kursen är att stärka och tydliggöra teamarbetet och kommunikation. Målet är att omhändertagandet av en akut svårt sjuk patient sker på bästa sätt. Utbildningen varvar teori med upplevelsebaserad inläring. Kurserna vänder sig till akutmottagningen och slutenvården och praktiseras på flera av sjukhusets kliniker flera gånger årligen.



Beredskapsorganisationen aktiveras vid särskilda händelser, både inom sjukhuset och i samhället, såsom brand, smitta eller stora olyckor. I sjukhusets uppdrag ingår att snabbt kunna ställa om verksamheten för att bli mottagande av skadade eller sjuka patienter. För att klara av detta har sjukhuset en tränad och övad beredskap med specifik ledningsorganisation som aktiveras i syfte att leda verksamheten och säkerställa god vård och patientsäkerhet.

HLR organisationen, Specialistgruppen för HLR (Hjärt-lungräddning) arbetar på uppdrag av verksamhetschefsggruppen och tillser att alla medarbetare kan tränas regelbundet enligt nationella riktlinjer. Närmaste chef ansvarar för att medarbetaren får utbildningstillfälle.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Utifrån 2023:s lärdomar och utmaningar kommer 2024 års patientsäkerhetsarbete att fokusera på:

- Stärka och implementera personcentrerade arbetssätt och patientdelaktighet vad gäller både det individuella mötet och på organisatorisk nivå.
- Standardisera införandet av personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp och införa de av kunskapsstyrningen framtagna nya PSVF.
- Förkorta ledtider på akutmottagningen.
- Uppnå robust och anpassningsbar vård och försörjning inklusive läkemedel med god patientsäkerhet under oväntade förhållanden.
- Stärka beredskapen genom träning, simulering och kompetensutveckling.
- Stärka processen för att implementera åtgärder framtagna från händelseanalyser.
- Sprida kunskaper och lärdomar från avvikelser och händelseanalyser i olika kanaler.
- Skapa bättre följsamhet och användande av validerade verktyg som stärker patientsäkerheten som till exempel NEWS. Komplettera bedömningen med validerade verktyg för bedömning av medvetandegrad.
- Översyn av organisationen för vårdskadeområdena.
- Fortsatt stärka det proaktiva arbetet genom att arbeta med risker och utföra riskanalyser.
- Använda tillgängliga data i det dagliga kvalitet- och patientsäkerhetsarbetet för att skapa säker vård här och nu.
- Stärka arbetssätt för att minimera riskerna kring läkemedelshantering.
- Implementera det sjukhusövergripande patientrådet.
- Fortsatt arbete med metoder som stärker lärande och patientsäkerhetskulturen.



Bilaga 1. Sammanfattning strålsäkerhetsarbete för röntgen och nuklearmedicin 2023 vid Capio S:t Görans sjukhus

Inledning

I enlighet med Strålsäkerhetsmyndighetens föreskrifter om medicinska exponeringar (SSMFS 2018:5) ska ett strålskyddsbokslut avseende medicinska exponeringar upprättas årligen som ett led i kravet på patientsäkerhetsberättelse. Denna rapport är en sammanfattning av strålsäkerhetsarbetet på Capio Sankt Görans sjukhus under 2023. Strålskyddet inom röntgen omfattar två tillstånd för arbete med diagnostisk röntgen och ett för nuklearmedicin:

Av strålskyddsbokslutet ska det framgå

Hur det systematiska strålskyddsarbetet har bedrivits i verksamhetens olika delar
Vilka åtgärder som har vidtagits för att upprätthålla och utveckla strålskyddet
Vilka resultat som har uppnåtts i strålskyddsarbetet

Tillståndshavare: Capio S:t Göran Radiologi Referensnr: SSM2022-6080, Am-10607
Organisationsnummer: 556868-2537 Tillståndets giltighetstid: 2027-09-23. Tillståndet gäller för att överlåta, upplåta, förvärva, inneha och använda röntgenutrustning avsedd för medicinsk röntgendiagnostik

Tillståndshavare: Capio S:t Görans Sjukhus Referensnr: SSM2012-3322, Am-07534
Organisationsnummer: 556479–1456 Tillståndets giltighetstid: Tills vidare. Tillståndet gäller för att överlåta, upplåta, förvärva, inneha och använda röntgenutrustning avsedd för medicinsk röntgendiagnostik

Tillståndshavare: Capio S:t Görans Sjukhus Referensnr: SSM2021-7783, Cm-07534
Organisationsnummer: 556479–1456 Tillståndets giltighetstid: 2027-01-24 Tillståndet gäller för att förvärva, inneha och använda radioaktiva ämnen med en sammanlagd aktivitet på maximalt 100 GBq för nuklearmedicinsk verksamhet.

Strålskyddsorganisation

Sedan hösten 2020 är Röntgenutbildarna AB, Capio S:t Görans sjukhus genom avtal, sjukhusfysiker, strålskyddsexpertfunktion samt strålningsfysikalisk ledningsfunktion. Anställda vid Röntgenutbildarna AB och strålskyddsexpertfunktionen är fem sjukhusfysiker med uppdelat ansvar för strålningsfysikalisk ledningsfunktionen för verksamheten med nuklearmedicin, klinisk fysiologi samt för medicinsk diagnostik.

Strålskyddskommitté

Under 2023 genomfördes strålskyddskommittémötet den 27 januari. Dessutom har ett antal avstämningsmöten hållits under året. En RaLF (radiolog med Radiologisk Lednings Funktion inom en av våra modaliteter) har slutat och en ny har tillsatts.

Dokumenthantering

Samtliga dokument i sjukhusets ledningssystem finns inlagda i Sharepoint och är publicerade på intranätet. Uppdateringar sker löpande vid behov.

Berättigande och optimering

Under 2023 har arbetet med kvalitetsgrupper inom alla olika modaliteter (tidigare funnits för CT) påbörjats.

Registrering av diagnostiska standardnivåer (DSN)

DSN har rapporterats in till Strålsäkerhetsmyndigheten för undersökningar utförda under 2023 för alla relevanta undersökningar för konventionell radiografi, mammografi och datortomografiundersökningar.

Årsstatistik - Registrering av dosdata enligt SSMFS 2018:5

Registrering av dosdata har rapporterats till strålsäkerhetsmyndigheten för undersökningar utförda under verksamhetsåret 2023.

Personalstrålskydd

Persondoser

Nya dosimetrar har införskaffats och används för att genomföra stickprover på personal som arbetar med de mest stråldoskrävande undersökningarna. Genomförda mätningar visar inga doser över åtgärdsnivåerna.

Personliga strålskydd

Kategoriindelning av lokaler och personal

All personal är fortsatt indelad i kategori B precis som under 2022.

Strålsäkerhetsutbildning

Strålsäkerhetsutbildning har genomförts på plats vid flera tillfällen under året.

Under året har 65 personer slutfört webutbildning i Strålsäkerhet.

Lokaler

Inga ny- eller ombyggnationer har genomförts för under 2023 som har krävt besiktning av sjukhusfysiker.

Utrustning

Alla utrustningar är registrerade i registerutdraget från SSM. Det har genomförts leverans- eller funktionskontroller på samtliga utrustningar under 2023. Ett par mindre anmärkningar, men inga större avvikelser har upptäckts på utrustningarna. Anmärkningarna är åtgärdade.

Avvikelser

Antal rapporterade strålningsrelaterade avvikelser var totalt 16 st under 2023.

Strålningsrelaterade avvikelser rapporteras till sjukhusfysiker som beräknar stråldosen och återkopplar.

Planerat arbete 2024

Det löpande strålsäkerhetsarbetet kommer att löpa på som vanligt med kontroller, beräkningar och hantering av avvikelser.