

Patientsäkerhetsberättelse för Cario S:t Görans Sjukhus 2025



Innehåll

Patientsäkerhetsberättelse för Capio S:t Görans Sjukhus 2025	1
SAMMANFATTNING.....	3
Urval av aktiviteter 2025	4
2026 års patientsäkerhetsarbete.....	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD.....	5
Engagerad ledning och tydlig styrning	5
Klinikspecifika resurser för ökad patientsäkerhet och förbättringsarbete:	7
Sjukhusövergripande resurser/stödfunktioner för ökad patientsäkerhet och förbättringsarbete:	8
Samverkan för att förebygga vårdskador	10
Informationssäkerhet.....	11
En god säkerhetskultur	13
Adekvat kunskap och kompetens	14
Patienten som medskapare	15
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	18
Öka kunskap om inträffade vårdskador	18
Tillförlitliga och säkra system och processer.....	24
Säker vård här och nu	25
Stärka analys, lärande och utveckling.....	27
Öka riskmedvetenhet och beredskap.....	29
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR 2026	30
Bilaga 1. Sammanfattning strålsäkerhetsarbete för röntgen och nuklearmedicin 2025 vid Capio S:t Görans sjukhus.....	32
Inledning.....	32
Tillståndspliktig verksamhet på Capio S:t Görans sjukhus.....	32
Hur det systematiska strålsäkerhetsarbetet har bedrivits.....	32
Dessa åtgärder har utförts	33
Detta är resultatet.....	33

SAMMANFATTNING



Sjukhuset har under 2025 arbetat med olika aktiviteter med syfte att vidmakthålla och fortsatt utveckla en god patientsäkerhet. Förutom ett kontinuerligt arbete där vi säkerställer att vi har tydliga processer för vårt arbete med att bedriva säker vård har vi arbetat med flertalet fokusfrågor och projekt.

Ett fokus under 2025 har varit att förbättra det akuta flödet och minska våra patienters ledtider på akutmottagningen, detta har skett dels genom samverkan internt på sjukhuset dels i samverkan med externa vårdgivare som till exempel geriatriska enheter och ASIH. Genom detta fortgående arbete har vi skapat säkra vårdövergångar, vård i rätt tid och på rätt vårdnivå.

Gemensamt för ovan nämnda projekt samt övriga arbeten och projekt som genomförts under året, se exempel nedan, är att de präglas av att det är det gemensamma arbetet och förståelsen för varandra som leder till resultat. För att skapa patientsäker vård behöver både medarbetare, patienter och ledning vara delaktiga i patientsäkerhetsarbetet, för *tillsammans skapar vi den bästa vården*.

Urval av aktiviteter 2025

- Kliniköverskridande samarbete för att förbättra det akuta flödet på sjukhuset.
- Etablerat ett sjukhusövergripande ASIH-team.
- Skapat förutsättningar för läkemedelsförsörjning i egen regi med start i januari 2026.
- Etablerat en farmaceutisk enhet inom sjukhuset med uppdrag att säkra läkemedelsförsörjningen.
- Tagit fram koncept för Safety netting - Trygga råd på sjukhuset som metod för en säker kommunikation och dialog med patienten vid utskrivningar. Implementerat detta på delar av akutmottagningen.
- Sjukhusövergripande ökat patient och närståenderådets insatser i förbättringsarbeten. Rådet har utvecklat sina arbetssätt under åren med strävan mot ökad samverkan med sjukhusets verksamheter och att komma in tidigt i projekt och förbättringsarbeten.
- Inrättat program för subakut vård som är ett fokuserat arbete med subakuta flöden för att erbjuda vård i rätt tid, på rätt vårdnivå och inom rätt specialitet för att förbättra tillgänglighet och patientsäkerhet.
- Infört skörhetsskattning för att identifiera sköra patienter över 65 år på akutmottagningen enligt Clinical Frailty Scale, CFS.
- Påbörjat ett arbete med att införa Kloka Kliniska val i verksamheterna enligt modell från svenska läkarsällskapet.
- I syfte att öka medarbetarnas kompetens inom patientsäkerhetsområdet har sjukhusövergripande föreläsningar schemalagts varje månad.
- Arbetat för att bli ett Antibiotikasmart sjukhus där bland annat handlingsplan och årshjul med konkreta aktiviteter tagits fram.
- Pilotprojekt med AI-sensorer för att förhindra fall på vårdavdelningarna.
- Stärkt journalföring i realtid med stöd av AI.
- Genomfört internt ledarskapsprogram för chefer och ledare med fokus på Capiomodellen, verksamhetsutveckling och ledarskap.
- I syfte att öka medarbetarnas kompetens inom ledning och samverkan och därmed patientsäkerheten vid en särskild händelse genomfört återkommande simuleringsövningar.

2026 års patientsäkerhetsarbete

Kommande års patientsäkerhetsarbete kommer att fokusera på proaktivt arbete genom att:

- Arbeta fokuserat med subakuta flöden i programmet "subakut vård" för att erbjuda vård i rätt tid, på rätt vårdnivå, inom rätt specialitet för att förbättra tillgänglighet och patientsäkerhet.
- Ta fram ett standardiserat stöd till medarbetare och organisation vid vårdskador.
- Validera sepsisflödet genom granskning av patientförsäkringen, Löf
- Breddinföra konceptet "Trygga råd" på hela sjukhuset, för en säker kommunikation och dialog med patienten vid utskrivningar.
- Arbeta fokuserat med nystartade specialistgruppen "Säker utskrivning" för att stärka och trygga utskrivningsprocessen.

- Säkerställa robust och anpassningsbar vård, försörjningsberedskap och förrådshantering inklusive läkemedel
- Förbättra omhändertagandet av den sköra patienten genom fortsatta strukturerade bedömningar av skörhet
- Arbete i linje med Kloka kliniska val samt förbättringsarbete med specialistgrupperna för vårdskadeområden.



GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD



För att uppnå och säkerställa att patienterna, i enlighet med Socialstyrelsens handlingsplan, erhåller en god och säker vård överallt och med målet att ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada arbetar vi enligt de grundläggande förutsättningarna för säker vård som är identifierade i den nationella handlingsplanen Agera för säker vård. `

Engagerad ledning och tydlig styrning

Övergripande mål och strategier

VD, Chefläkare och sjukhusets ledningsgrupp har det övergripande ansvaret för kvalitet och patientsäkerhet vid sjukhuset, de leder och beslutar. Det dagliga och kontinuerliga arbetet drivs därefter på respektive klinik. Sjukhusets uppfattning är att samtliga anställda, medarbetare och chefer, har ett gemensamt ansvar för att effektivt driva förbättringar inom sin verksamhet för att på sått skapa och efterfölja patientsäkra strukturer för att uppnå målet att ingen patient ska behöva drabbas av en vårdskada. Detta kontinuerliga arbete sker tillsammans med våra patienter och närstående för det är tillsammans i teamet vi skapar en säker vård.

På detta sätt förenar vi vård, kvalitet, patientsäkerhet, effektiva flöden och hög tillgänglighet med kostnadseffektivitet

Vi säkerställer en tydlig styrning genom att:

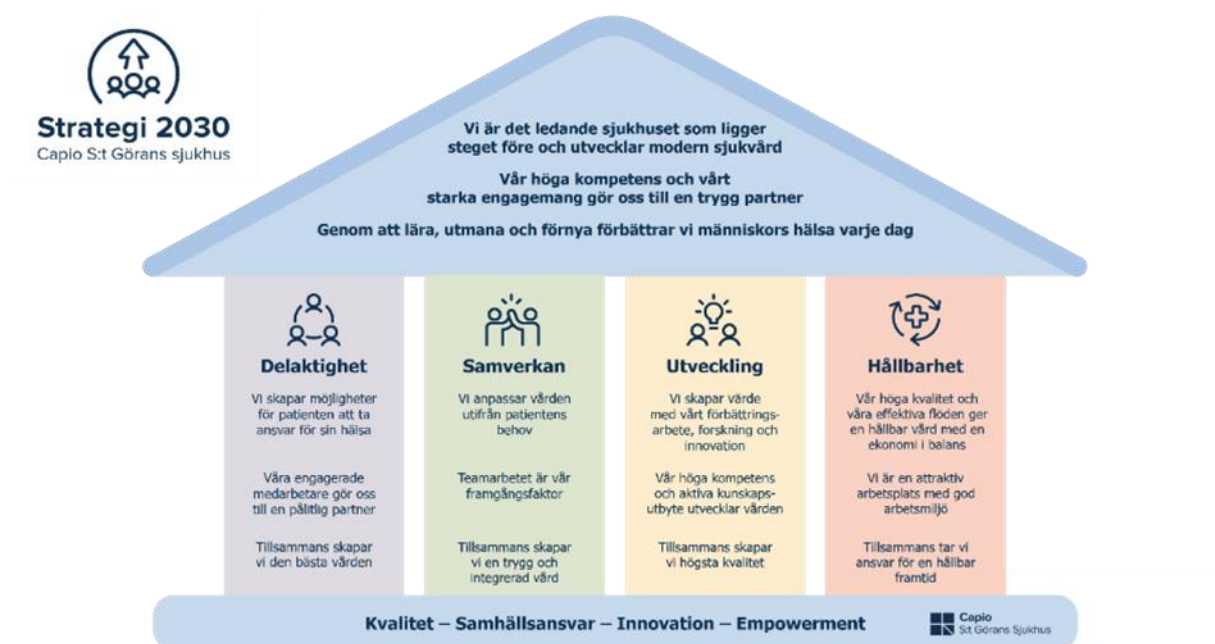
- Underhålla och uppdatera det strukturerade ledningssystemet för kvalitet- och patientsäkerhet vilket finns i vårt dokumenthanteringssystem, avvikelsesystem, intranät och hemsida.

- Säkerställa och kontinuerligt förbättra funktionaliteten i vårt ledningssystem på så vis att åtgärdsförslag från risk-samt händelseanalyser leder till förbättringsarbete och implementeras på sjukhuset.
- Data inom området för vårdkvalitet följs regelbundet och följs upp och förbättringsarbete sker strukturerat enligt de Leanprinciper som ingår i Capiomodellen, se bild nedan, där alla aspekter allt från patientens unika behov till ekonomisk stabilitet ingår.

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.

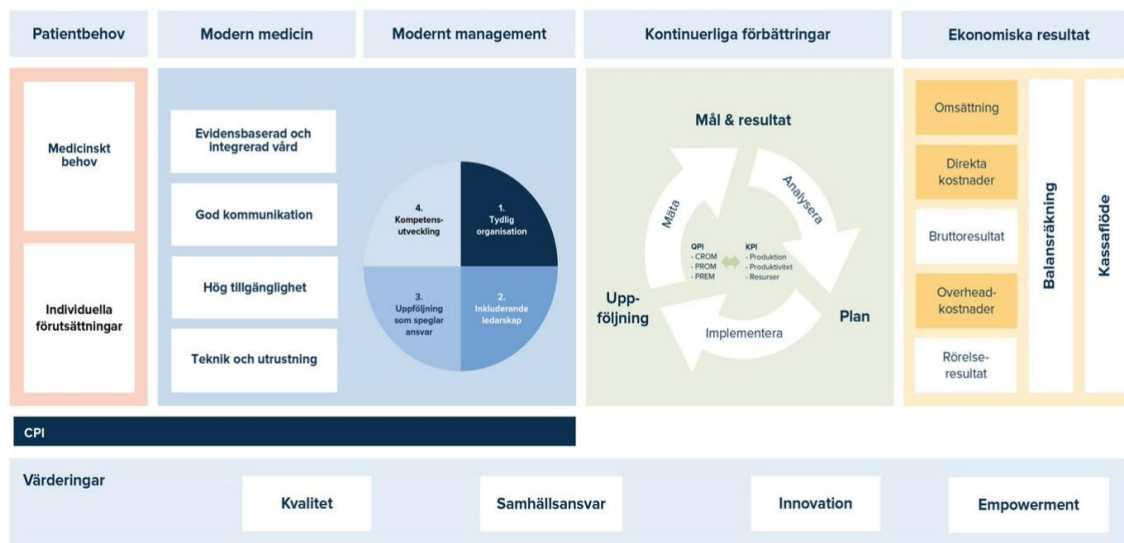
Delar av sjukhusets ledningssystem har granskats och godkänts mot specifika kvalitetsstandarder. Ackreditering av verksamheter sker där sådan struktur finns. CStG är miljöcertifierat sedan 2005 och uppfyller kraven i ISO 14001:2015. Re-certifiering har skett under hösten 2023.

Sjukhusets långsiktiga strategi - Strategi 2030, se bild, bearbetas varje år ner till en sjukhusövergripande verksamhetsplan där hög vårdkvalitet och patientsäkerhet är grunden till framtidens hälso- och sjukvård. Den övergripande verksamhetsplanen bearbetas därefter på varje klinik för att uppnå en säker och högkvalitativ vård inom varje flöde. Det är med hjälp av medarbetarnas idéer och deras återkoppling angående upptäckta brister som vi i kombination med patienternas delaktighet skapar en säker vård.



Capiomodellen

En pålitlig partner – närvarande och nytänkande



Organisation och ansvar

Sjukhusets ledningsgrupp består av VD, verksamhetschefer och stödfunktionschefer inkl. chefläkare. 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, ledningssystemet för kvalitet- och patientsäkerhet 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 måloppfyllelse i kvalitet och patientsäkerhet och allvarliga vårdskador.

Kliniskspecifika resurser för ökad patientsäkerhet och förbättringsarbete:

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.

Flödesägare/ledare

Flödesägare för medicin och omvårdnad har tillsammans det strategiska ansvaret för helheten inom sitt flöde och arbetar i nära samverkan med berörda flödesledare och chefer. Uppdraget innebär att säkerställa ett sammanhållet, kunskapsbaserat och effektivt

patientflöde utifrån gällande kunskapsstyrning, evidens och beprövad erfarenhet. Flödesledare för medicin och omvårdnad har det operativa ansvaret för flödet på sin enhet. Uppdraget innebär att gällande rutiner och arbetssätt är aktuella, implementerade och följs på sin enhet. Flödesägare och flödesledare arbetar tillsammans för att kontinuerligt utveckla, förbättra och följa upp vårdflödet

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, vilka 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 genom ömsesidig kommunikation i vårdmötet samt genom deras återkoppling på våra arbetssätt.



Sjukhusövergripande resurser/stödfunktioner för ökad patientsäkerhet och förbättringsarbete:

Chefläkargruppen bestående av chefläkare, kvalitetschef, patientsäkerhetssamordnare, chefsfarmaceut och sjukhusets beredskapssamordnare utgör 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 samt att utbilda medarbetare, chefer och nyckelpersoner i detta.

Specialistgrupper vårdskadeområde är sjukhusövergripande, tvärprofessionella grupper med syfte att samordna sjukhusets arbete inom sitt specialistområde.

Grupperna utgör en stödfunktion till linjechefer, flödesägare, flödesledare samt sjukhusets förbättringsgrupper. Kopplat till specialistgrupperna finns ombudsgrupper som är länken till verksamheten och bidrar till att specialistgruppernas arbete får genomslag i hela organisationen. Grupperna är hygien- och smittskydd, sårvård, nutrition, smärta, fallprevention, palliativ vård, läkemedel och till det kopplat STRAMA-nätverket. Förutom dessa grupper finns ytterligare ett flertal grupper som tex HLR, MIG, ultraljudsakademin.

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.

Patient-närståenderådet arbetar sjukhusövergripande på uppdrag från ledningsgruppen. Rådet består av sex rekryterade personer med patient och/eller närstående erfarenhet som gemensamt drivs av att förbättra hälso och sjukvården. Patient-närståenderådet arbetar med deltagande i förbättringsarbeten, utvecklingsprojekt och riskanalyser. Målet framledes är att patienter och närstående ska vara en naturlig del i sjukhusets alla förbättringsarbeten.

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.

Vårdnära administration är en stödfunktion för hela sjukhuset och säkerställer att vi på bästa sätt samverkar kring patientadministrativa processer för att säkra en korrekt dokumentation av patientens journal.

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 rapportera om nyheter om vårdkvalitet och patientsäkerhet vilket leder till att förbättringsarbeten sprids på sjukhuset. Tillsammans skapar vi högsta kvalitet och patientsäker vård.

Samverkan för att förebygga vårdskador



Patientens väg genom sjukhuset skall fungera smidigt, säkert och ge bästa möjliga medicinska och upplevda kvalitet. Detta förutsätter en väl fungerande intern samverkan 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 samt för att delge aktuell klinisk information tex vid pågående influensautbrott.

CStG ser patientens vårdtid på sjukhuset som en del i en hel vårdkedja där samverkan och kommunikation över organisationsgränser 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. Samverkan med externa vård- och omsorgsgivare sker via regelbundna möten med representanter från kommuner, primärvård, geriatrik, ASIH, psykiatri- och beroendeverksamhet. Syftet är att få en gemensam bild av utmaningar och skapa förståelse för varandras verksamheter och följa upp avvikelser i ett led att skapa säkra vårdövergångar. Samverkan främjar lösningar som stärker 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.

Sen i maj i år har vi ett samverkansprojekt Capio Äldre och mobil vård. Projektet innebär att vi har ett bedömningsteam från ASIH på plats på sjukhuset. Teamet består av läkare och sjuksköterska. Avdelningarna signalerar, via journalsystem eller telefonkontakt, till bedömningsteamet när de har en patient som kan vara aktuell för hemgång med ASIH. Teamet uppsöker patienten och kan direkt skriva in patienten till ASIH-enhet som har plats.

Oftast kan utskrivning från slutenvården ske samma dag och patienten får sin fortsatta vård i hemmet.

Vi ser ett ökat flöde av patienter som kan skrivas ut tidigare och få sin fortsatta medicinska behandling i hemmet. Patientenkät visar att patienterna är mycket nöjda med att få komma hem.

Teamet stöttar också vid handläggning, beslut och omhändertagande av slutenvårds-patienter som är i behov av palliativ vård. Antingen i den fortsatta vården på avdelning, vård i hemmet med ASIH eller genom att ordna plats inom den specialiserade palliativa slutenvården.

CStG deltar även aktivt i många av Region Stockholms samverkans- och nätverksgrupper ex kvalitetsnätverk, RSG Patientsäkerhet, chefläkarnätverket, regionala programområden, läkemedelskommittén, nätverk för beredskapssamordnare och forum för hälso- och sjukvårdens beredskapsarbete, kvalitetsnätverket, nätverk för patientsäkerhetssamordnare/patientvägledare, valberedning inom kunskapsstyrning med flera.

CStG är anslutna till den digitala informationsöverföringsplattformen Lifecare SP som syftar till att förenkla och säkra kommunikationen mellan vård- och omsorgsgivarna och skapa sömlösa vårdövergångar mellan slutenvård, kommun och primärvård.

Informationssäkerhet

Under 2025 har informationssäkerhetsarbetet stärkts i form av att systemägare och systemförvaltare har fått en handbok i hur var system ska underhållas kopplat till informationssäkerhet. Vi har ett årshjul med kopplade aktiviteter som syftar till att riskanalyser, bedömningar/granskningar utförs. Ingår även avtalsgranskning och kontroll på att instruktioner och information i personuppgiftsbiträdesavtal är uppdaterade och korrekta. Arbetet syftar även till att vi har korrekta underlag och dokumentation kopplad samt att systemet finns registrerat i våra tillgångar.

Arbete pågår att uppdatera ledningssystemet för informationssäkerhet där vi använder ISO-27001 som stöd. Vi har en säkerhetsgrupp på S:t Görans bestående av Dataskyddsombud, IT-säkerhetsspecialist samt IT-arkitekt som arbetar med IT- och Cybersäkerhetsfrågor. IT-säkerhetsgruppen har i sin tur en utökad grupp bestående av alla teamledare inom Infrastruktur på IT-avdelningen. Säkerhetsgruppen har även regelbundna möten med Capio Support. Vi arbetar för att komma i fas med de krav som kommer i nya Cybersäkerhetslagen som utgår från NIS2. Sårbarhetsanalyser och skanningar kopplat till lokal infrastruktur genomförs regelbundet för att upptäcka och korrigera eventuella sårbarheter. Vi ingår i MSB gruppering inom Hälso- och sjukvårdssektorn och deltar på förekommande möten.

I det kontinuerliga informationssäkerhetsarbetet genomför sjukhuset Behovs- och riskanalyser gällande åtkomst och behörigheter vid förändringar av behov samt vid organisatoriska ändringar tex. upprättande av en ny klinik. Ansvarig chef bekräftar varje anställds behörighet en gång per månad. Behörighetsuppsättningen syftar till att skydda integriteten för individen samtidigt som att vi ska kunna ge säker och god vård.

Vi har en sjukhusgemensam process vid införande av nya system och applikationer där anmälan sker i vår Jira portal. Innan införande vägs patientnytta, klinisk användbarhet, kostnad och informationssäkerhet. I samband med införandet klassificeras informationen, konsekvensbedömning enligt art.35 GDPR samt hantering av ev. molntjänster. 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 där allt registreras och hanteras i vårt Jira system.

Sjukhuset har ett Informationssäkerhetsråd som består av patientsäkerhetssamordnare, dataskyddsombud, informationssäkerhetssamordnare, chefläkare och objektägare. Rådet arbetar med förekommande informationssäkerhetsfrågor som bland annat avvikelser, policys- och riktlinjedokument samt verksamhetsfrågor. Rådet träffas varje vecka. Rådet har arbetat bla med riktlinjer och policys under 2025. Arbeta med logghantering och hantering av dataintrång har varit en stor del av Informationssäkerhetsrådets arbete.

Sjukhuset jobbar enligt IMY:S checklista med systematiska och slumpmässiga loggkontroller av journalåtkomst. Sjukhuset har en decentraliserad organisation som ansvarar för logguppföljningen på respektive klinik som en utvidgning till den logguppföljning som sker centralt. Utveckling av loggverktyget sker fortlöpandes med ny logik samt tillägg av system. Utöver loggkontrollerna lägger sjukhusets stort fokus i förebyggande arbete i form av kontinuerliga utbildningsinsatser av medarbetarna i informationssäkerhet.

Sjukhuset lägger stort fokus på utbildning av medarbetarna i informationssäkerhet. Vi har en obligatorisk utbildning i Informationssäkerhet som alla medarbetare ska genomgå. Utbildningen har två delar där en certifieringsdel kommer från Capio centralt samt en där vårt lokala informationssäkerhetsråd skapat en utbildningsfilm om Journalen och sekretessen. Dataskyddsombud följer upp statistik på veckobasis. Arbeta pågår att utöka utbildningsutbudet, bla för chefer samt specifika som berör Phishing och AI.

Därutöver utbildas nya AT, BT och ST-läkare i informationssäkerhet i samband med att de får utbildning i journalsystemet. Informationssäkerhetsrådet föreläser också regelbundet på avdelningar och enheter i tystnadsplikt & sekretess och journalåtkomst.

Strålskydd

För en sammanfattning av strålsäkerhetsarbetet på Capio Sankt Görans sjukhus under 2024 se bilaga 1.

En god säkerhetskultur



Under hösten 2025 genomfördes den årliga medarbetarenkäten som visade ett värde på 74 i hållbart

säkerhetsengagemang index. HSE-värdet är en temperaturmätning på upplevelser kring patientsäkerhetsarbetet på arbetsplatsen. Värdet är något minskat från föregående år i flera av de parametrar som genererar indexvärdet. Resultatet baseras på ett tiotal parametrar där



sjukhusets fokus för att förbättra säkerhetsengagemanget framledes behöver fokusera på att öka genomförande av åtgärder efter negativa händelser och fånga upp medarbetarnas erfarenheter och idéer i patientsäkerhetsarbetet.

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 bemötandekonceptet Schysst vardag samt en digital bemötandeutbildning för alla medarbetare. Ett omtag planeras under 2026 och drivs av sjukhusets HR-avdelning.
- 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. 2025 har vi infört tvärprofessionella stående föreläsningar en gång per månad med fokus på att stärka kompetensen inom olika vårdskadeområden. Områdena har sitt ursprung från återkommande avvikelser och händelseanalyser. Under året har bland annat föreläsningar inom tystnadsplikt, samverkan och sambedömning vid kritiskt sjuk patient ex GI-blödning, vårdhygien genomförts mfl.
- 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.
- Förlossningskliniken arbetar med patientsäkerhetsluncher där händelseanalyser presenteras för alla medarbetare och där fokus ligger på lärande och att gemensamt hitta åtgärdsförslag för att förhindra upprepning
- Att lyfta in patienten och närståendes perspektiv i förbättringsarbetet genom aktivt arbete med Patient och närstående råd samt att kontinuerligt mäta patientnöjdhet och uppmana patienter och närstående att dela med sig av förbättringsförslag.

- 2025 påbörjades ett arbete med strukturerat stöd till first, second och third victim. 2025 färdigställdes en standardiserad skriftlig information till patienter och närstående som drabbats av skador under sjukhusvård- first victims. Detta arbete utfördes i samverkan med kuratorer och kvalitetscontrollergruppen. Arbetet med stöd till "second victims" dvs personalen startades i slutet av 2025. Detta arbete utförs i samverkan med HR och Chefläkargruppen och ska spridas på sjukhuset för att säkra att alla medarbetare får ett standardiserat stöd när de är involverade i vårdskador/skador. Detta arbete ska slutföras och spridas 2026 och innefattar också hur vi som organisation "third victim" jobbar med dessa frågor.



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. Det är genom medarbetarnas kompetens och möjlighet till ständig utveckling som en



högkvalitativ, patientsäker och effektiv vård säkerställs.

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 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 anordnar föreläsningar, seminarier, lunchseminarier med mera inom områdena forskning, kvalitet och patientsäkerhet för olika professioner vid sjukhuset. Dessa utbildningsinsatser ges både vid introduktion, som en del av måluppfyllelse inom specialistutbildningar samt inom påbyggnadsutbildningar för nya chefer och andra nyckelroller.

Sjukhuset schemaplaneringssystem 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.

Chefer och ledare på sjukhusets har under året utbildats i ett internt ledarskapsprogram för chefer och ledare med fokus på Capiomodellen, verksamhetsutveckling och ledarskap

Akutsjukvården har så som resten av samhället generellt utmaningar i att rekrytera och behålla sjuksköterskor men vi har under året arbetat aktivt med rekrytering och har nu fast personal på närmast samtliga enheter. Detta skapar bättre möjligheter att utföra strukturerade introduktioner och kontinuerlig 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 arbetar med personcentrerad vård och patientdelaktighet på strategisk-, verksamhets- och individnivå för att arbetssättet ska genomsyra hela organisationen. Arbeta på olika nivåer medför riktade aktiviteter som främjar delaktighet och patienten som medskapare. Sjukhuset har en gemensam verktygslåda och minimistandard med verktyg som stöttar det personcentrerade arbetssätten som bygger på den svenska minimistandarden för personcentrerad vård.

Sjukhusets har sedan 2024 ett sjukhusövergripande patient och närstående råd som arbetar på uppdrag av ledningsgruppen. Rådet involveras huvudsakligen i sjukhusövergripande förbättringsarbeten och projekt men deltar också på verksamhetsnivå i förbättringsarbeten, riskanalyser och utbildningar etc. Samtliga verksamheter kan rikta frågeställningar till rådet och ta del av rådets arbeten via rådets intranätsida. Under 2025 har rådets uppdrag ökat och de flesta av sjukhusets verksamheter arbetar löpande med rådet i olika frågeställningar. Rådets fokus under året har varit att komma in tidigt i olika projekt och arbeta tillsammans med medarbetare i ex riskanalyser, projektgrupper, styrgrupper etc.

Rådet har varit verksamma i över 80 olika uppdrag sen start med flertal 2025. Bland annat har rådet medverkat i projektgrupp för Trygga råd, styrgruppsmedlem för digital patientkommunikation, medverkar stående i olika kvalitets och patientsäkerhetsutbildningar, workshop kring antibiotikasmart sjukhus etc.

Flera av sjukhusets kliniker jobbar löpande på verksamhetsnivå med patient- och närståenderådgivare i förbättringsarbeten i diagnosspecifika frågor t.ex på Bröstcentrum, hjärtkliniken och förlossningskliniken.

Under året har ett sjukhusövergripande projekt för digital patientkommunikation genomförts, där patienter medverkat. Projektet har kartlagt befintliga digitala kommunikationsvägar och behov framåt. Projektet kommer att fortsätta under 2026.

För att involvera patienter och närstående i det förebyggande arbetet mot vårdskador har patientsäkerhetsforum tillsammans med patient och närstående rådet tagit fram patientinformation om hur medarbetare och patienten tillsammans samverkar för att skapa att skapa en säker vård. Informationen utgår från vårdskade- och riskområden 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.

**Läkemedel**

- Berätta för oss vilka läkemedel du brukar ta och varför.
- Säg till om du inte vet varför du får ett visst läkemedel.

**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 trycksador 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.

**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.

**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.



Information är ett viktigt steg mot delaktighet och ökad trygghet kring patientens delaktighet i 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

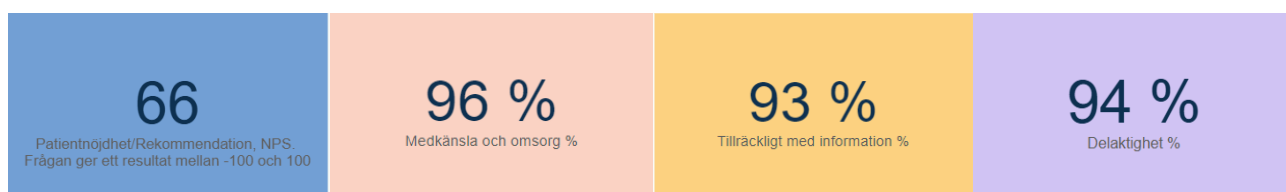
taligenkänning-TIK medför att journaltext finns omedelbart tillgänglig för både patient och personal, något som stärker patientsäkerheten. Under 2025 har vi ökat andelen anteckningar via TIK från 64 % till ca 70% av alla akutanteckningar. Sjukhuset arbetar kontinuerligt med att hela tiden öka andelen av journalanteckningar i realtid, detta genom bland annat ständigt öka andel tal till text- anteckningar men också använda AI-baserad dokumentation (Tandem) inom såväl slutenvård, öppen som dagvård och akuten.

Under året har en tvärprofessionell projektgrupp med deltagare från patient och närstående rådet tagit fram ett koncept för Safety netting -Trygga Råd för implementering på sjukhuset. Trygga råd är en standardiserad modell för säker kommunikation med patienten i samband med utskrivningen. Modellen fokuserar på delaktighet, closed loop kommunikation

och att tydligt förmedla förväntat förlopp och s.k. "varningsflaggor" för patienten att vara uppmärksam på. Breddinförande planeras under 2026.

Inom flera av sjukhusets olika diagnosflöden finns utbildningar för patienter och närstående i syfte att öka kunskapen om sin sjukdom och att träffa andra med samma sjukdom för att stödja, dela erfarenheter etc. Detta finns till exempel inom obesitaskirurgi, behandlingsmetoder vid bröstcancer, smärttillstånd etc. Sjukhuset använder också Stöd & behandling plattformen via 1177 för att möjliggöra för patienter och närstående att skaffa sig djupare kunskaper om sitt sjukdomstillstånd.

Patient och närstående kan via den sjukhusövergripande patientenkäten ge återkoppling och lämna synpunkter på förbättringar. Detta har resulterat i en fantastisk återkoppling. Under 2025 svarade över 24 000 patienter på vår digitala enkät (svarsfrekvens 16 %). Genom svaren får vi ett värdefullt underlag till vårt förbättringsarbete på sjukhus- klinik- och enhetsnivå. Resultatet av enkäterna återkopplas till medarbetarna via intranätet vilket ökar medvetenheten om betydelsen av patienternas delaktighet och patientens röst stärks. Förbättringsförslag från patienterna hanteras och visualiseras på enheternas digitala förbättringstavlorna. Resultaten från den sjukhusövergripande enkäten 2025 presenteras nedan:



AGERA FÖR SÄKER VÅRD

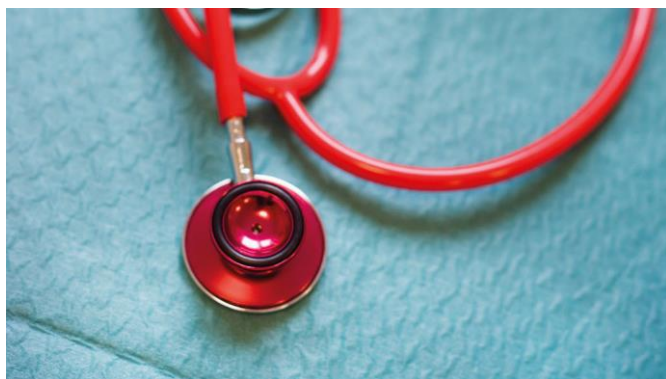
CStG sjukhus arbetar med att identifiera, analysera, ta fram åtgärder och följa upp åtgärder inom ett flertal vårdskadeområden i syfte att säkra verksamhetens kvalitet såsom trycksår, undernäring, smärta, fall och fallskador, anmälningspliktiga multiresistenta bakterier, VRI samt basala kläd- och hygienrutiner. 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, kvalitetschef och VD. 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 samt 30 dagar.

Öka kunskap om inträffade vårdskador

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 linjechef, tillsammans med sin arbetsgrupp handlägger och analyserar avvikelser och återkopplar till berörda. Utifrån avvikelser och utredningar beslutar och initierar linjechefen förbättringsåtgärder. Det är de lokala förbättringsgrupperna som får uppdrag av linjechefen att ta fram förslag till

förbättringar 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 avvikelshantering i ett ärendehanteringssystem. Här kan alla typer av avvikelser rapporteras via ett och samma formulär, d.v.s. vård- arbetsmiljö-, 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 2026.

Alla medarbetare har tillgång till sina avvikelser och kan följa handläggningen och får mejlaviserings 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 2025 rapporterades på sjukhuset totalt 7166 avvikelser, vilket är en ökning från föregående år och motsvarar ca 2 avvikelser/medarbetare/år. Diagram 1 visar fördelning av sjukhusets vanligaste avvikelsekategorier under 2025.

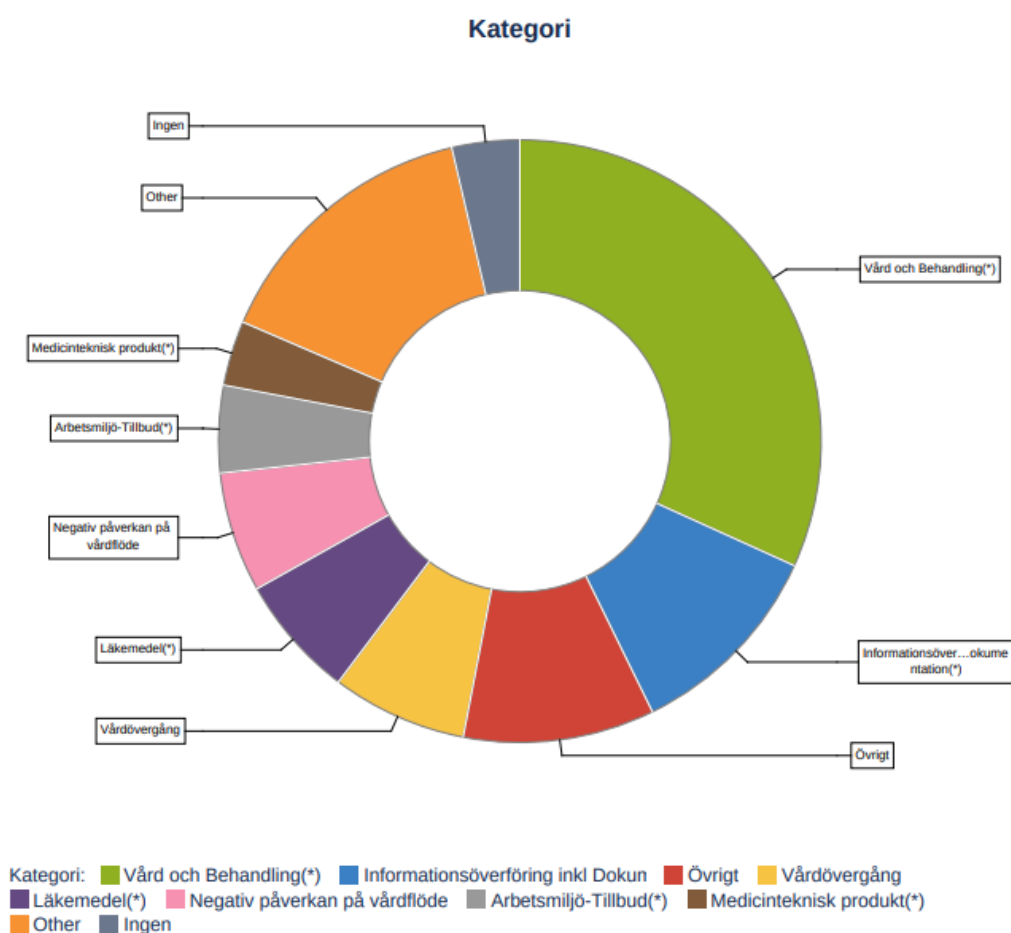


Diagram 1. Fördelning avvikelsekategorier CStG 2025. Källa: CStG.

Vård och behandling (39%) 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.

Informationsoverföring/bristande kommunikation utgör 14% 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. Trygga råd införs som en metod för säker kommunikation och closed loop med patienten.

Av det totala antalet avvikelser klassificerades 79 avvikelser (ca 2%) som nivå 3–4, dvs avvikelser som lett till allvarlig skada eller dödsfall. Diagram 2 redovisar kategorier för sjukhusets allvarliga avvikelser 2025. Allvarliga avvikelser utreds för att skapa en djupare förståelse om bakomliggande faktorer och identifiera förbättringar.

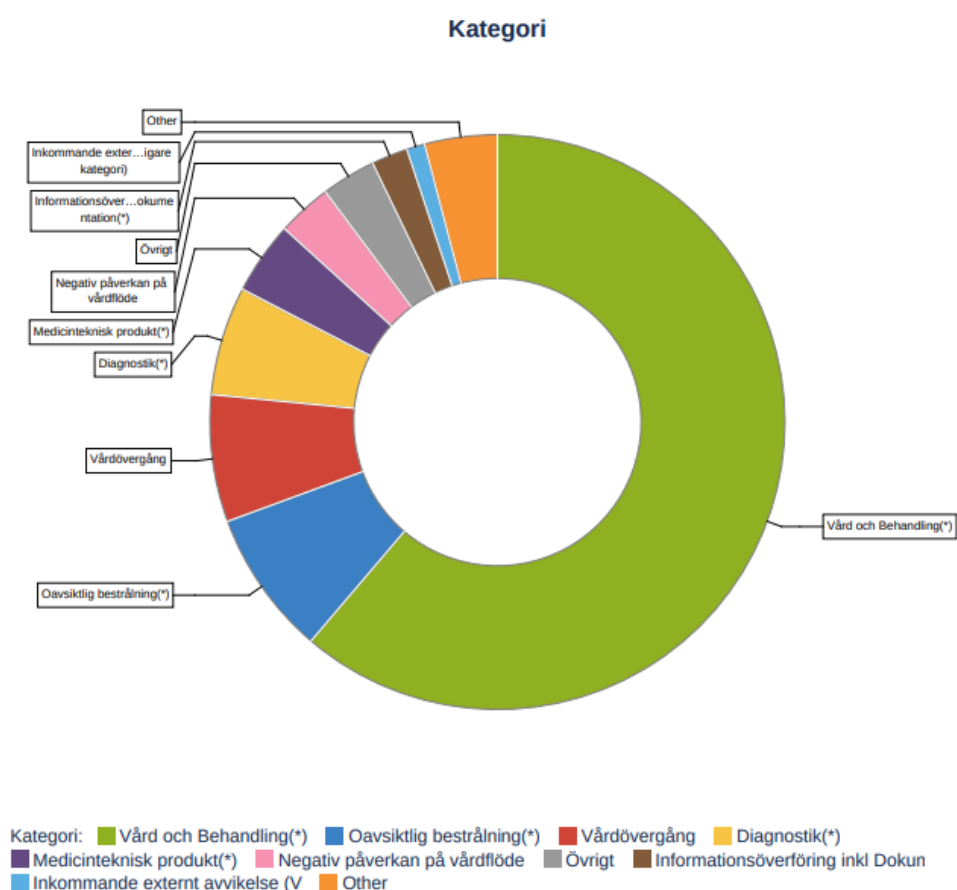


Diagram 2. Fördelning avvikelsekategorier nivå 3–4 CStG 2025. Källa: CStG.

Ett ökat antal utredningar är ett resultat av ett aktivt patientsäkerhetsarbete där medarbetare allt oftare efterfrågar analyser av avvikelser i syfte att förstå, lära och bli bättre. Vi bedriver en alltmer komplex sjukvård med en åldrande befolkning vilka är extra utsatta för risker och 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	2025	2024	2023	2022	2021
Händelseanalys	108	66	56	34	29
lex Maria	15	15	8	11	8
Risikanalys	11	31	36	39	14

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

Anmälningar enligt lex Maria

Sjukhusets lex-Maria-anmälningar under 2025 lyfter ett behov av fortsatt utbildning/samverkan vid diagnoser som kräver ett omedelbart omhändertagande tex sepsis och GI-blödning. Förbättringsåtgärder utifrån detta är nya rutiner och arbetssätt samt utbildningsinsatser för att tidigt diagnosticera sepsis eller GI-blödning.

Teamets betydelse, med patient och närstående som självklara medlemmar, och riskerna då detta inte fungerar har uppmärksammats i flera av årets lex Maria. Detta är en utgångspunkt i sjukhusets stående patientsäkerhetsföreläsningar som sker bland annat under introduktionsdagar, på APT, kvalitet och patientsäkerhetsutbildning för nyckelpersoner och chefer mm. Sjukhusets arbete med konceptet Schysst vardag med bland annat bemötandespel lyfter också vikten av vårt bemötande gentemot kollegor, patienter och närstående.

Forum och arbetssätt för att sprida kunskap

Patientsäkerhetsforum har under året ordnat seminarier och webinarier som lyfter viktiga åtgärder från händelseanalyser för att förebygga vårdskador, såsom 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. Förlossningskliniken har regelbundet sk patientsäkerhetsluncher där medarbetarna samlas och diskuterar patientsäkerhet utifrån en händelse på kliniken.

Strukturerad journalgranskning

Under 2025 granskades totalt 1470 journaler. Av dessa var 207 sjukhusövergripande slumpvis utvalda journaler från medicin-, akut, hjärt-, neuro-, kirurg-, ortoped- samt förlossningskliniken och resterande var riktade granskningar. Metoden som används i de sjukhusövergripande slumpmässiga granskningarna är Markörbaserad journalgranskning (MJG).

Den totala andelen vårdskador, d.v.s. undvikbara skador, vid CStG har ökat marginellt under 2025 och var på 3,3 % (7 av 207) jämfört med 2024 som var 2,4 % (5 av 205). Andelen skador har samtidigt minskat till 2,4 % (5 av 207) från 3,9 % (8 av 205). Årets resultat av andel vårdskador är lägre jämfört med nationell nivå som var 5,8 % 2023 (Skador i somatisk vård 2013–2023, SKR). Även andel skador är lägre på CStG i jämförelse med den nationella nivå som var 10,7 % 2023 (Skador i somatisk vård 2013–2023 SKR). Generellt sett så bedriver sjukhuset allt mer komplex vård och patienterna blir äldre och mer multisjuka vilket också ökar risken att drabbas av en vårdskada/skada något som ställer högre krav på preventivt arbete även om antalet vårdskador glädjande nog minskar både på CStG som nationellt. Antalet granskade journaler i förhållande till antalet vårdkontakter på sjukhuset är lågt varför slutsatser får dras med försiktighet. Sjukhuset följer den tidigare rekommendationen från SKR avseende antalet granskade journaler per månad per sjukhus.

Under 2025 har sjukhuset haft fler yngre patienter i och med vår förlossningsverksamhet och dess utökade uppdrag, detta kan ha påverkat vårt utfall till lägre andel skador och vårdskador då det är en yngre population, ofta friska, som enligt forskning inte drabbas av skador/vårdskador i lika hög utsträckning som den äldre multisjuka patienten.

År	2025	2024	2023	2022	2021
Vårdskador	3,3%	2,4%	5,9 %	6,4%	2,5%
Övriga skador	2,4%	3,9%	4,9%	4,1%	5,8%

Tabell 2. Redovisning av vårdskador CStG Källa: CStG.

Analys av skade/vårdskadeområden sker löpande med stöd av avvikelssystemet och per kvartal genom journalgranskningarna. De skade/vårdskadeområden som identifierats är sedan tidigare kända och ligger i linje med de handlingsplaner vi tagit fram inom respektive vårdskadeområde. Framledes kommer sjukhuset även fortsättningsvis att fokusera på riskidentifiering och preventivt arbete för att förebygga vårdskador, detta genom riskbedömningar inom de vanligaste vårdskadeområdena exempel trycksår, malnutrition och fall men också att tidigt identifiera skörhet. Förbättringsarbetet på sjukhuset kommer ha särskilt fokus på den sköra patienter då vi vet att de är särskilt utsatta för vårdskador.

Under året sjukhuset genomfört en stor andel riktade journalgranskningar inom olika flöden för att förbättra processer inom flödet, t ex.

- Hjärtkliniken och Akutkliniken har i samverkan granskat journaler för patienter med hjärtinfarkt för att bedöma tiden för "tid till EKG".
- Ortopedkliniken har granskat journaler för patient med höftfrakturer som väntat för operation över 24h.
- Specialistgrupp för sepsis har granskat samtliga journaler och vårdförlopp med diagnosen sepsis.
- Anestesikliniken har granskat journaler som avser patienter som skrivits ut från IVA och återinskrivits på IVA inom 72h samt patienter som skrivits ut nattetid från IVA.

Klagomål och synpunkter

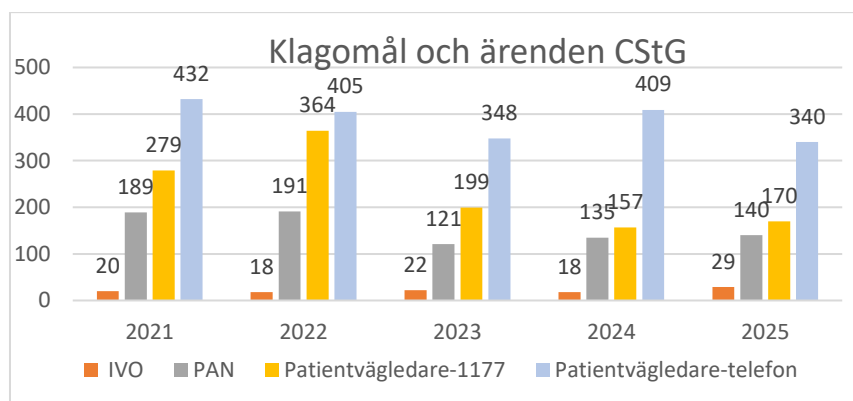


Våra patienters och närståendes synpunkter och förbättringsförslag är viktiga för att vi skall kunna förbättra och utveckla vår verksamhet. Patient och närstående uppmanas i första hand att återkoppla sina synpunkter direkt till berörd verksamhet eller enhet.

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.

Antalet klagomål de senaste åren är relativt stationärt, se tabell 3. En viss och marginell ökning av klagomål till Patientnämnden skulle till viss del kunna förklaras av nya och verksamheter och uppdrag i och med förlossningskliniken utökade uppdrag samt en generell ökning av sjukhusets produktion. Klagomålsärenden som kommuniceras till Patientvägledare avser ofta bemötandefrågor eller allmänna synpunkter på vård och behandling. Av de 288 klagomål som registrerats i avvikelssystemet rör den största andelen (18%) bemötande och därefter klagomål rörande diagnos och behandling (ca 10 %).



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

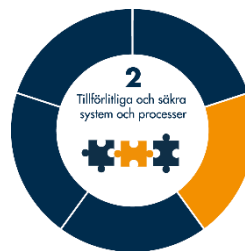
Det totala antalet klagomål som framförs till verksamheten via Patientnämnden är fler jämfört föregående år men samma relaterat till antal vårdkontakter. 42 % av de anmälda ärendena faller inom området vård & behandling. Den andra stora gruppen, 21%, faller inom kategorin kommunikation vilket är i linje med sjukhusets avvikelser och klagomål för 2025 och tidigare år. Antalet utredningar som IVO genomförde efter patienter och närståendes anmälan till myndigheten var 29 st vilket är en ökning både i absoluta tal (18 st 2024) och i förhållande till antalet vårdkontakter.

Verksamheterna har tillgång till stödjande mallar för besvarande av klagomål i syfte att främja dialogen så att patienter och närstående får kvalitativa och uttömmande svar på sina frågor och synpunkter.

Tillförlitliga och säkra system och processer



Sjukhuset är en linje- och flödesorganisation med tydliga uppdrag, ansvar och mandat. Vi är en decentraliserad organisation där cheferna har verksamhetsnära beslutsmandat, och där medarbetare har befogenhet att fatta beslut i det patientnära arbetet. Flödesarbetet bedrivs kliniköverskridande och följer gällande kunskapsstyrning inom de



standardiserade och personcentrerade vårdförlopp som sjukhuset omfattas av. Under 2025 har sjukhusets flödesstandard uppdaterats för att tydliggöra strukturer och ytterligare stärka flödesarbetet för flödesägare och flödesledare.

För att säkerställa ett systematiskt patientsäkerhetsarbete har vi strukturerade och standardiserade arbetsprocesser som omfattar hela sjukhuset. Några exempel. Vid varje inskrivning i slutenvården genomförs flertalet riskbedömningar som exempelvis risk för fall, trycksår, nutrition, och smärta. På akuten görs, via validerade verktyg, även skörhetsskattning och identifiering av akut kognitiv svikt. Läkemedelsgenomgång utförs vid inskrivning på sjukhuset, i första hand på akutmottagningen men kan också genomföras på avdelningen. Validerade verktyg såsom SBAR och NEWS2/ONEWS används under hela vårdförloppet. Vid utskrivning får patienten ett behandlingsmeddelande och en läkemedelsberättelse som beskriver vårdförloppet, ev. uppföljning, var patienten kan vända sig vid frågor samt nya eller uppdaterade läkemedel.

För att ytterligare stärka utskrivningsprocessen påbörjades under 2025 införande av Trygga råd (Safety netting) på akutmottagningen, som är korta, tydliga instruktioner till patienten vad de ska vara uppmärksamma på, när de ska söka vård igen och hur de ska göra om tillståndet försämrats.

På sjukhuset finns specialistgrupper som arbetar med att utveckla arbetssätt och stödja verksamheterna i patientsäkerhetsarbetet. Exempelvis samverkar specialistgrupperna Hygien och smittskydd samt lokal STRAMA med att stärka det proaktiva arbetet för att förhindra VRI och smittspridning samt att förebygga antibiotikaresistens i linje med Antibiotikasmart sjukhus. Nutritiongruppen har under året arbetat med att förtydliga åtgärder som ska sättas in när patienter har risk för undernäring. Via Fallgruppen genomförs en pilot med AI-övervakning som ett sätt att ytterligare förbygga fall. Samtliga grupper följer löpande upp resultat, avvikelser och förbättringsförslag från medarbetare, patienter och närstående som underlag för att stärka patientsäkerheten inom sina områden. Specialistgruppernas ordförande ses månadsvis i ett nätverk med syfte att stärka samverkan mellan grupperna.



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/närtid. 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 Medovia AB, har i uppdrag att övervaka Läkemedelsverkets uppdateringar om restnoterade läkemedel och sprida informationen på sjukhuset. Lagernivåer av läkemedel har höjts under året, och beredskapslager för vård som ej kan anstå har byggts upp för att säkerställa en robust läkemedelsförsörjning. En farmaceutisk enhet har etablerats på sjukhuset för att ytterligare stärka robustheten.



Riskhantering

Under året har 236 avvikelser klassificerats som "allvarlig patientsäkerhetsrisk". 11 riskanalyser har utförts på sjukhuset (tabell 1), vilket är i linje med föregående år.

I syfte att tänka mer förebyggande och stärka riskhanteringen har sjukhuset genomfört riskanalysutbildningar för nyckelpersoner så att de kan hålla i analyserna på klinikerna.

Riskanalyserna har handlat om olika typer av flyttar och ombyggnationer. En riskanalys utfördes gällande nytt patienter som övervakas på röntgenavdelning efter sin undersökning. Inför införandet av "Trygga råd" utfördes en riskanalys och för förlossningskliniken riskanalyserade byte av läkemedel vid induktion.

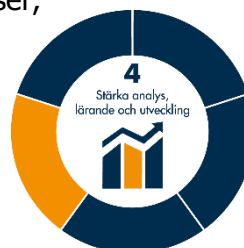
Patient- och närståenderådet eller andra patientrepresentanter har deltagit i flera riskanalyser under året för att belysa patienter och närståendes perspektiv.

Under året har akutkliniken på akutmottagningen infört riskbedömningen av sköra patienter enligt Clinical Frailty Scale, CFS, i syfte att tidigt identifiera omvårdnadsbehov och insatser utifrån bedömningen.

Stärka analys, lärande och utveckling



Avvikelser, händelse- och riskanalyser, resultat från externt och internt satta mål samt medarbetare och patient/närståendes förbättringsförslag är alla underlag till sjukhusets förbättringsarbete.



De sjukhusgemensamma indikatorerna 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 fyra gånger per år. Externt följer Region Stockholm upp sjukhuset genom kvalitetsavtalen och kräver in handlingsplaner där sjukhuset inte når målen.

Kvartalsvis följer sjukhusets VD, chefläkare, patientsäkerhetssamordnare verksamhetschef och kvalitetscontroller upp patientsäkerhetsarbetet på klinisk nivå i patientsäkerhetsdialoger. Syftet med dialogerna är att bl.a. följa upp genomförandet av beslutade åtgärder från vårdskadeutredningar och utvärdera arbetet med att stärka patientsäkerhetskulturen

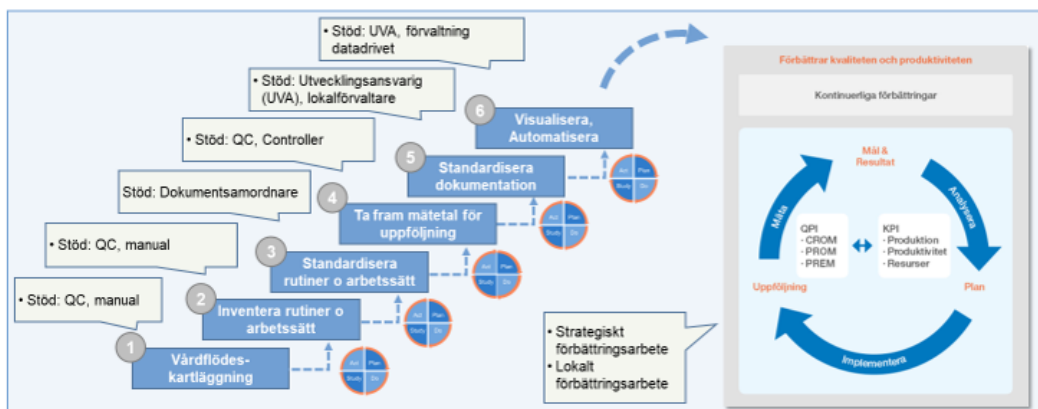
Förbättringsarbete

Capio S:t Görans sjukhus har ett strukturerat medarbetardrivet förbättringsarbete där vi utgår från patienten, *kartlägger våra flöden samt skapar ett lärande system genom att identifiera, hantera, åtgärda det som behöver förbättras.



- Alla medarbetare har möjlighet att via intranätet skriva förbättringslappar, delta och följa insatta åtgärder.
- Förbättringsförslagen hamnar på enheternas digitala förbättringstavlor, där de hanteras av chef vid regelbundna möten (varje eller varannan vecka). På förbättringstavlorna finns även identifierade åtgärder från interna utredningar som risk- och händelseanalyser.
- Förbättringarna kopplas till våra långa 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 flertalet 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. Genom resultat i kvalitetsregistren och uppföljning av andra interna och externa mål utvecklar och förbättrar vi våra vårdflöden.



Öka riskmedvetenhet och beredskap



För att 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. Under året har bland annat Anestesi-kliniken och Akutkliniken jobbat med CTT kliniköverskridande för att förbättra samverkan, säkra vårdövergångar och omhändertagande av den akut sjuka patienten

Beredskapsorganisationen aktiveras vid särskilda händelser, såsom ett stort inflöde av skadade, olyckor med farliga ämnen, pandemier, bränder eller allvarliga driftstörningar inom sjukhuset. I sjukhusets uppdrag ingår att snabbt kunna ställa om verksamheten för att ta emot ett ökat antal skadade eller sjuka patienter. För att möjliggöra detta har sjukhuset en tränad och övad beredskapsorganisation med tydligt definierade ledningsfunktioner som aktiveras för att leda verksamheten samt säkerställa god vård och hög patientsäkerhet. Sjukhusets kris- och katastrofmedicinska planering och beredskap präglas av ett helhetsperspektiv, där kompetens och arbetssätt upprätthålls genom reservrutiner, beredskapsplaner, regelbunden utbildning och övning samt systematisk uppföljning och erfarenhetsåterföring. Akutkliniken har månadsvis under året genomfört larm- och uppstartsövningar i syfte att öva medarbetarna och förbättra förmågan att snabbt öka kapaciteten för att säkerställa god vård och patientsäkerhet vid ett högt inflöde av skadade. Ett arbete vi ser sprids till övriga kliniker under kommande år. Akutmottagningen och Lokal särskild sjukvårdsledning övade emottagande av skadade vid en radionukleär olycka för att öka förmågan och förbättra rutiner kopplat till sanering, akut omhändertagande och strålskyddslagstiftning vid en sådan händelse.

Sjukhuset har flertalet specialistgrupper som tillser att medarbetare arbetar riskmedvetet och har beredskap för akuta situationer. Medarbetare utbildas via dessa specialistgrupper i hjärt- och lungräddning samt i validerade verktyg som exempelvis NEWS2, SBAR, 4 AT (identifiera risk för akut förvirring). Närmaste chef ansvarar för att medarbetaren ges tid för utbildning.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR 2026



2026 års patientsäkerhetsarbete kommer fokusera på proaktivt arbete genom att:

- Fortsätta det sjukhusövergripande arbetet med att optimera omhändertagandet av patienter i det akuta flödet
- Stärka och utveckla flödes- och förbättringsarbetet samt innovation
- Förbättra omhändertagandet av den sköra patienten
- Öka fokus på utskrivningsprocessen med fortsatt samverkan för en trygg och säker utskrivning och minska oplanerade akutbesök och återinskrivningar i slutenvården.
- Fortsätta genomföra patientsäkerhetsdialoger klinikvis för att b.l.a följa upp beslutade åtgärder från vårdskadeutredningar och utvärdera arbetet med att stärka patientsäkerhetskulturen
- Anpassa sjukhusets beredskapsorganisation utifrån de nya nationella riktlinjerna och den regionala grundorganisationen för hälso- och sjukvårdens arbete med säkerhet och beredskap.
- Fokuserat arbeta med subakuta flöden i programmet "sub akut vård" för att erbjuda vård i rätt tid, på rätt vårdnivå, inom rätt specialitet för att förbättra tillgänglighet och patientsäkerhet.
- Säkra standardiserat omhändertagande och stöd av offer för vårdskador.
- Införa strukturerade och standardiserade arbetssätt sjukhusövergripande i linje med Kloka kliniska val



- Genomföra risk- och sårbarhetsanalys enligt ny regional rapporteringsmall i syfte att öka verksamhetens förmåga att hantera olika störningar samt beredskapen för dessa.
- Läkemedelssupport tas över i egen regi, vilket stärker robustheten inom läkemedelsförsörjningen. Övertagandet ger full kontroll över den interna läkemedelsförsörjningen, vilket skapar förutsättningar för att förbättra läkemedelsekonomin och minska kassationen av läkemedel. Genom att använda en egen personalstyrka kommer vi att främja ett ökat samarbete mellan farmaceuter och andra vårdprofessioner, vilket bidrar till en mer säker och kvalitativ läkemedelshantering.

Bilaga 1. Sammanfattning strålsäkerhetsarbete för röntgen och nuklearmedicin 2025 vid Capio S:t Görans sjukhus

Inledning

Enligt strålsäkerhetsmyndighetens författningssamling 2018:05 (föreskrift om medicinska exponeringar) ska det ska årligen sammanställas ett strålsäkerhetsbokslut som en del av patientsäkerhetsberättelsen (3 kap 13 §).

Bokslutet ska följa patientsäkerhetslagen, det vill säga följande ska tas upp i bokslutet,

- 1. hur det systematiska strålskyddsarbetet har bedrivits i verksamhetens olika delar,*
- 2. vilka åtgärder som har vidtagits för att upprätthålla och utveckla strålskyddet, och*
- 3. vilka resultat som har uppnåtts i strålskyddsarbetet.*

Bokslutet ska finnas tillgängligt för den som önskar ta del av den. Dessutom ska resultatet av de medicinska exponeringarna kvalitetsgranskas (3 kap 12 §).

Detta bokslut är framtaget- och sammanställt av Capio S:t Görans strålskyddsexpertfunktion i samråd med övriga relevanta funktioner.

Tillståndspliktig verksamhet på Capio S:t Görans sjukhus

Sjukhuset hade under 2025 två tillstånd. Ett för Capio S:t Görans Radiologi AB där DT, mammografi samt konventionell röntgenbildtagning ingår. Och under året har även det tidigare nukleärmedicinska tillståndet flyttats över till samma tillstånd som Capio S:t Görans Radiologi AB. Det andra tillståndet gäller för C-båge verksamheten inom Capio S:t Görans sjukhus. Alltså endoskopiavdelningen, ortopedi-avdelningen, kirurgi-avdelningen, på hjärtavdelningarna för pacemaker samt PCI.

Hur det systematiska strålsäkerhetsarbetet har bedrivits

Under år 2025 har arbetet med strålsäkerhet fortlöpt genom flera moment.

Strålsäkerhetsmöten enligt fastslagen agenda har utförts vid flertalet tillfällen. På mötena deltar strålskyddsexpert, strålningsfysikalisk ledningsfunktion, Verksamhetschef samt i vissa fall radiologiska ledningsfunktioner.

Redovisning av strålsäkerhetsarbetet samt lagkrav med mera hölls för sjukhusledningen i september. Under mötet redovisades bland annat nya lagkrav från SSM gällande insamling av patientdoser samt antal tillfällen. Den så kallade årsstatistiken.

Nya mammografisystem har installerats där samtliga har kontrollerats, nya anpassade metoder har tagits fram.

Dessa åtgärder har utförts

Utbildning

Dedikerad utbildning inom röntgenteknik, bildbearbetning samt exponeringsmetodik hölls för röntgenpersonal i oktober.

Dedikerad utbildning för personal som arbetar med mammografi hölls i omgångar under året. Utbildningen var anpassad efter de nya metoderna och utrustningen som installerades under året. Innehållet var bland annat angående stråldosnivåer, prestandakontroller mm.

I samband med initieringen av nukleärmedicinska verksamheten inom radiologin utförde strålskyddsexpert dedikerad nukleärmedicinutbildning av personalen.

Omfattande teoretisk samt praktisk strålsäkerhetsutbildning av personal på operation utfördes i omgångar under året. Samtlig personal som på något sätt är delaktig vid C-båge verksamhet erhöll utbildning, som utfördes av strålskyddsexpert.

Kontroller

Prestandan för all röntgenutrustning inom sjukhuset kontrollerades enligt plan under året.

Statistik

Diagnostiska standarddoser samt årsstatistik rapporterades till SSM inom 1 april 2025.

Erfarenhetsåterföring

Avvikelser relaterade till strålning följdes upp i Jira med åtgärd- och analys. Ny rutin initierad vilken innebär att de interna avvikelserna även rapporteras till strålsäkerhetsmyndigheten.

Strålsäkerhetsmöten med handlingsplan utförda.

Optimering

Optimering av konventionell röntgen har utförts i samråd mellan strålningsfysikalisk ledningsfunktion, modalitetsansvarig röntgensjuksköterska samt radiologisk ledningsfunktion.

Detta är resultatet

Sjukhusets utrustning kontrollerades enligt tillämpliga intervall samt resultatet återkopplades till klinikerna. Utrustningen ligger inom tolerans och inga allvarliga avvikelser framkom.

Personalen har adekvat utbildning och rutin för utbildning efterlevs.

Registrering av stråldoser- och övrig statistik enligt strålsäkerhetsmyndighetens krav rapporterades för år 2024.

Avvikelse omhändertagna samt sjukhusledningen informerad om strålsäkerhetsarbetet, lagkrav mm.

Röntgenundersökningarna optimerade i högre omfattning än tidigare.