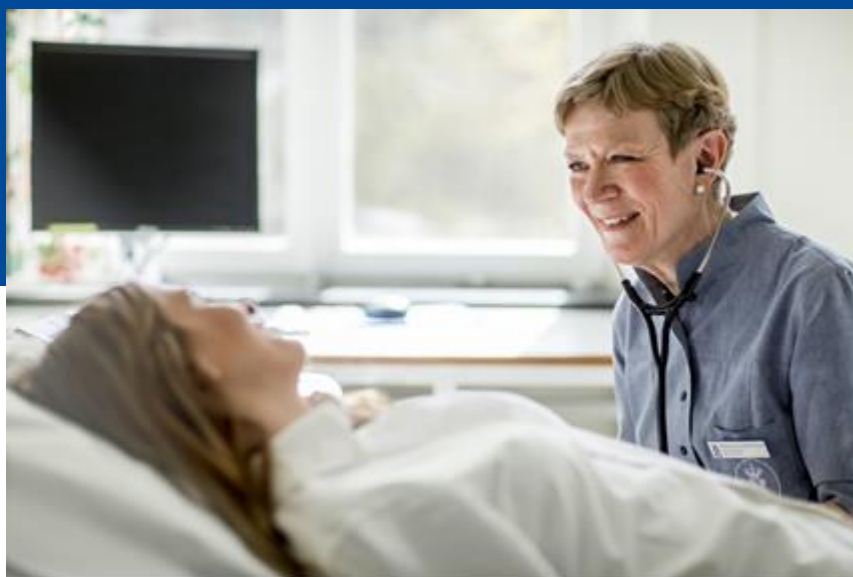


Patientsäkerhetsberättelse

Sophiahemmet AB



2016

SOPHIA  HEMMET
SJUKHUS

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Övergripande mål och strategier för patientsäkerhetsarbetet.....	4
– Sophiahemmetts värdegrund	
– Långsiktiga mål	
– Strategi för att uppnå målen	
– Särskilda satsningar under året	
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet.....	6
– Kvalitetsorganisationen på sjukhuset	
Struktur för uppföljning/utvärdering	7
Rutiner för egenkontroll samt vilka egenkontroller som genomförts under året	8
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts	12
- Systematiskt förbättringsarbete	
- Patientsäkerhets- och kvalitetsförbättringar under året	
Rutiner för att identifiera risker i verksamheten	14
Rutiner för händelseanalyser.....	14
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	14
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet/klagomål och synpunkter.....	15
Samverkan med patienter och närstående.....	15
- Information till patient vid vårdskada	
Resultat.....	17
- Utfallsredovisning, långsiktiga övergripande kvalitetsmål för perioden 2012-2016	

Sammanfattning

Sophiahemmets Patientsäkerhetsberättelse är till för att du som patient, närstående och medarbetare ska få en inblick i hur vi arbetar med ständiga förbättringar för att göra vården så bra som möjligt för våra patienter. Här berättar vi om vårt patientsäkerhetsarbete under året och ger några exempel på vårt omfattande arbete för att förbättra kvaliteten i vården.

En stark säkerhetskultur präglar hela vår organisation. Hög patientsäkerhet är en av sjukhusets viktigaste prioriteringar, vilket bland annat ses i våra övergripande långsiktiga kvalitetsmål och det ska märkas i allt vi gör. I den här rapporten får du en övergripande bild av hur vi arbetar med dessa frågor. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) ska vårdgivaren ansvara för att det finns ett ledningssystem och med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Sophiahemmet är sedan länge också certifierade enligt SS-EN ISO 9001:2008 och 14001:2004, Ledningssystem för kvalitet och miljö.

Sophiahemmet AB ägs av Sophiahemmet, ideell förening och ingår i koncernen Sophiahemmet tillsammans med Sophiahemmets Högskola. Vi driver tre mottagningar, Försäkringsmottagningen, Husläkarmottagningen och Hälsocentralen i egen regi samt en operationsavdelning och två vårdavdelningar. Sophiahemmet har samlat närmare 350 olika specialitäläkare med olika inriktningar hos våra självständiga vårdgivare. Varje vårdgivare är ackrediterad av Sophiahemmet. Varje enskild vårdgivare ansvarar för sitt eget kvalitetsarbete, kvalitetsredovisning och deltagande i kvalitetsregister och öppna jämförelser som därmed redovisas på respektive hemsidor.

En del av ledningssystemets grundläggande uppbyggnad är risk- och avvikelshantering. På Sophiahemmet har 375 avvikelser rapporterats in under 2016 varav 177 gällde patientsäkerhetsrisker. Vi arbetar aktivt med att öka inrapporteringen genom att uppmuntra medarbetarna till att rapportera. En god patientsäkerhetskultur kännetecknas av att medarbetarna är medvetna om risker och rapporterar avvikelser. Istället för att leta syndabockar innebär en bra patientsäkerhetskultur att vara öppen för att ompröva arbetssätt och metoder. Avvikelseerna leder till att man systematiskt och fortlöpande utvecklar och kvalitetssäkrar verksamheterna. Av de 177 avvikelserna gällande patientsäkerhetsrisker så var 16 stycken av betydande allvarlighetsgrad. Vi har under året utfört två stycken händelseanalyser och tre lex Maria-anmälningar som har skickats till Inspektionen för vård och omsorg, IVO. 79 klagomål har kommit in till Patientnämnden där 55 % var gällande vård och behandling och 7 % var gällande bemötande. 14 klagomål har kommit direkt till chefläkaren. Samtidigt mäter vi kundnöjdhet genom patientenkät och där anser 98 % av patienterna att de vill rekommendera Sophiahemmet till anhöriga och närstående. I berättelsen kan du läsa mer om våra särskilda satsningar och vilka patientsäkerhets- och kvalitetsförbättringar vi har gjort under året.



Övergripande mål och strategier för patientsäkerhetsarbetet

SFS 2010:659, 3 kap. 1 § och SOSFS 2011:9, 3 kap. 1 §

På Sophiahemmet kommer alltid patientsäkerheten i första hand. Målsättningen är att patientsäkerheten alltid ska vara en självklar del av vår organisation och våra arbetsätt. Vi erbjuder högspecialiserad vård till alla och har samlat en mängd olika specialisteriktningar på sjukhuset och hos våra olika självständiga vårdgivare. På Sophiahemmet får alla patienter veta vilken läkare som är ansvarig för vården under hela vårdtiden och som kan följa patienten fullt ut; vi är stolta över den kontinuitet vi har att erbjuda våra patienter.

Vi strävar efter absolut högsta kvalitet på vård och omhändertagande genom ett tydligt fokus på patientsäkerhet. Samma synsätt har genomsyrat verksamheten alltsedan Sophiahemmets tillblivelse 1889 då Drottning Sophia formulerade sin insiktsfulla vision för Sophiahemmet "För god och tidsenlig vård". Den vårdvisionen håller fortfarande för dagens kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. Kravet på kvalitetssäkrade verksamheter och ledningssystem är numera inskrivet i lag. För att säkerställa att lagkraven uppfylls och patientsäkerheten och kvaliteten utvecklas och förbättras så har Sophiahemmet valt att ISO-certifiera verksamheterna. Redan 2004 certifierades Sophiahemmet avseende miljöledningssystem enligt SS-EN ISO 14001:2004. Sedan november 2008 är Sophiahemmet kvalitetscertifierade enligt SS-EN ISO 9001:2008 och interna och externa revisioner hålls årligen för att ständigt förbättra och utveckla vårt ledningssystem. Förutom det så granskar vi kontinuerligt resultatet av vårt arbete för att säkerställa och utveckla vårdkvaliteten, vilket är ett led i vår strävan mot en så säker vård som någonsin möjligt. Genom rapportering, uppföljning och studier av patientsäkerhetsindikatorer kan vi löpande följa upp och förbättra våra rutiner. Avsteg från dokumenterade vårdprocesser och rutiner och oväntade händelser i verksamheterna rapporteras till ansvariga chefer och hanteras i vårt avvikelssystem. Åtgärder följs sedan upp och utvärderas av verksamhetschefer och chefläkaren.

Sophiahemmets värdegrund

Sophiahemmets värdegrund har uttryckts i fyra ord med förklaringsord och beskrivningar.

Professionalism

står för omhändertagande, lyhördhet, affärsmässighet och kvalitet

Engagemang

står för ansvar, delaktighet, empati och respekt

Tillgänglighet

står för samverkan, flexibilitet och öppenhet

Tradition

står för kontinuitet, förnyelse, bemötande och atmosfär.

Värdegrunden sammanfattar vad vi står för i relation till våra patienter och till varandra men också till omvärlden med betoning på patientsäkerhet. Värdegrunden togs fram 2005 av och med medarbetarna på Sophiahemmet.



Långsiktiga mål

Sophiahemmets övergripande kvalitetsmål fastställs av ledningen vart femte år och perioden 2012-2016, har inriktning varit mot ökad patientsäkerhet genom att:

1. Minska antalet vårdskador vid markörbaserad journalgranskning till 0.
2. Minska antalet VRI vid punktprevalensmätningarna till 0.
3. Förbättra följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler (BHK) vid punktprevalensmätningarna till att bli 100 %.
4. Förbättra positioneringarna i de Nationella Kvalitetsregister där Sophiahemmet deltar.
5. Minska andelen klagomål som berör bemötandet till mindre än 11 % av samtliga klagomål.
6. Minska andelen patientsäkerhetsavvikelse med betydande eller katastrofal patientsäkerhetsrisk till 0.

Detaljerade lokala mål (delmål) utgår främst från de övergripande målen och bidrar till att Sophiahemmet kan uppfylla sina mål. Detaljerade mål fastställs årligen.

Strategi för att uppnå målen

- Att den medicinska behandlingen utförs i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet av specialister, med ansvar dygnet runt.
- Att den anställda medarbetaren har rätt kompetens för sitt arbete och vid förändring av arbetet tillförs ny kompetens.
- Utvecklings/utbildningsplan upprättas och regelbunden kompetensutveckling sker.
- Att genom kontinuerlig patientdialog mäta kundens/patientens tillfredsställelse med behandling och bemötande och kontinuerligt genomföra förbättringar utifrån dessa resultat.
- Att genom olika mätningar se till att tillgänglighet, information och uppföljning är rätt i förhållande till kundens/uppdragsgivarnas krav och behov, att öppet redovisa resultat och återföra dessa till verksamheten samt att vara öppen för nya krav och förbättringsförslag.
- Att ha en bra yttre och inre arbetsmiljö med ändamålsenlig utrustning.
- Att tydliggöra verksamhetens huvudprocess, de respektive verksamhetsprocesserna, stödfunktioner och miljöpåverkan och att ständigt förbättra verksamheten utifrån dessa.
- Att säkerställa att även den indirekt bedrivna verksamheten genom samverkande vårdgivare på Sophiahemmet är väl förtrogna med de uppsatta målen.
- Att delta i alla de punktprevalensmätningar avseende VRI och BHK som initieras varje halvår av landstinget.

Särskilda satsningar under året

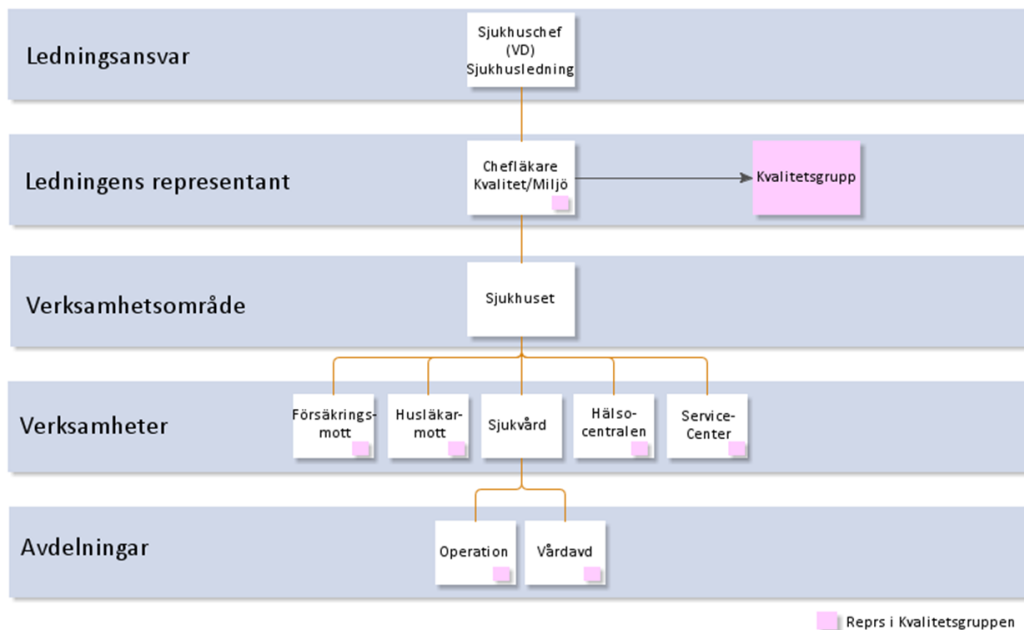
- Att införa Take Care på Sophiahemmet med start på vår Husläkarmottagning och på så sätt öka patientsäkerheten med en sammanhållen journalföring, elektronisk remiss och provsvarshantering.
- Implementera Stratsys, ett verktyg för vårt ledningssystem med ökad kvalitet på uppföljning genom verksamhetsplanering, rapportering, analys och uppföljning.
- Införandet av RYM (Run Your Meeting), en del i Stratsys för att kunna effektivisera möten och på ett lätt sätt följa upp åtgärder och beslut som tas under mötena.
- Riskanalysera våra processer ur patientsäkerhets-, kvalitets- och miljöperspektiv som ett led i omcertifiering i de nya standarderna; 9001:2015 och 14001:2015.
- Framtagande av nya övergripande mål för perioden 2017-2021.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

SFS 2010:659,3 kap. 9 § och SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 §, p 1

De övergripande kvalitets- och miljömålen samt övergripande handlingsplaner fastställs av sjukhusledningen. Sophiahemmet har en kvalitetsavdelning som består av chefläkare, kvalitetsutvecklare och projektledare. Chefläkaren är ledningens representant i kvalitets- och miljöfrågor och ingår i sjukhusledningen. I chefläkarens ansvar ingår bland annat att bedöma avvikelser och klagomål, utreda och anmäla allvarliga patientsäkerhetsrisker och vårdskador till Inspektionen för vård och omsorg. Arbetet sker i samarbete med verksamheterna, ledningen och patientnämnden. Kvalitetsavdelningen har en stödjande funktion för verksamheterna vid Sophiahemmet med syfte att skapa en helhetssyn över verksamhetsutvecklingen och för att övergripande verka för att föra utvecklingen framåt. Kvalitetsavdelningen underhåller och uppdaterar ledningssystemet samt ansvarar för de revisioner och kontroller som krävs att de genomförs. Kvalitetsavdelningen sammanställer resultat och redovisar dessa för verksamheterna samt kontrollerar lagefterlevnaden. Kvalitetsutvecklaren på sjukhuset är sammankallande för kvalitets-, hygien- och miljögruppen där varje verksamhet representeras med ett lokalt ombud. Underlag för de lokala målen och handlingsplanerna tas fram i samarbete med de lokala ombuden och fastställs av verksamhetschef eller motsvarande. I första linjens chefs uppdrag av verksamhetschefen ingår direkt ansvar för förbättringsarbete som innefattar kvalitet och patientsäkerhet. Uppdraget omfattar även att ta fram, fastställa, vidareutveckla, avveckla och dokumentera rutiner och metoder. Medarbetarna själva, som arbetar närmast patienterna, uppmuntras att driva det kontinuerliga förbättringsarbetet. De rapporterar i avvikelssystemet då patientsäkerhetsrisker uppstår. IT, HR och marknadsavdelningen stödjer hela sjukhuset i förbättrings- och patientsäkerhetsarbetet kontinuerligt och särskilt då nya behov uppstår.

Kvalitetsorganisationen på sjukhuset



Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Alla detaljerade mål följs av en handlingsplan där det framgår vilka åtgärder som ska vidtas för att uppnå målen. Handlingsplanerna anger även ansvarsfördelning, tidplan och vid behov resurser för genomförandet. Varje verksamhet utarbetar handlingsplaner för de mål som är relevanta. Om ett mål uppnås genom att gällande rutiner följs behöver inte handlingsplan upprättas. Detta medför att alla verksamheter inte behöver ha handlingsplaner till samtliga mål. Handlingsplanerna inkluderas i budgetprocessen på samma sätt som annan planerad verksamhet, dvs. att resurser för genomförandet finns i den ordinarie budgeten. Under året följs målen och handlingsplanerna upp av verksamhetschef eller motsvarande i samband med verksamhetsuppföljning. Kvalitetsutvecklaren sammanställer de övergripande kvalitetsmålen samt verksamheternas måloppfyllelse och redovisar till ledningens representant. Resultat av uppföljningen rapporteras till ledningens genomgång vid tertial- och helårsbokslut för att se om eventuella åtgärder behöver vidtas.

Exempel på områden som följs upp:

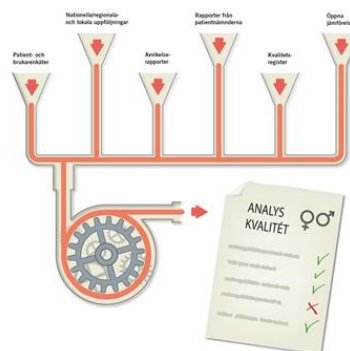
- Andel patientsäkerhetsavvikelser
- Andel patienter som drabbas av vårdskador
- Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler
- Andel patienter som drabbats av vårdrelaterade infektioner
- Andel klagomål gällande bemötande

Uppföljningarna initieras från kvalitetsavdelningen som också sammanställer resultaten och återkopplar dem, genom ledningens representant på ledningens genomgång och till ombuden på respektive möte. Resultaten presenteras alltid tillsammans med tidigare resultat för att varje enhet ska kunna följa sin utveckling över tid.

Rutiner för egenkontroll samt vilka egenkontroller som genomförts under året

SOSFS 2011:9 5 kap. 2 §, 7 kap. 2 § p2

Egenkontroll är systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem.



- Patientsäkerhetsavvikelser

Sophiahemmets avvikelshantering syftar till att identifiera svagheter och risker och på så sätt kunna vidta åtgärder för att förhindra att patientsäkerhetsavvikelser uppkommer eller upprepas. Vi har ett elektroniskt avvikelssystem där alla medarbetare kan rapportera in direkt via Intranätet. Avvikelsena skickas per automatik från rapportör till närmaste chef eller motsvarande som ansvarar för bedömning, genomförande av åtgärder och uppföljning. Vårdgivare rapporterar in i systemet via pappersblankett till kvalitetsutvecklaren som lägger in avvikelserna i systemet och vidarebefordrar till närmaste ansvarig. Avvikelsena följs upp och sammanställs kontinuerligt och rapporteras vid varje ledningens genomgång och till kvalitetsgruppen varje kvartal. Mätningen av betydande och katastrofala avvikelser ingår i våra övergripande långsiktiga mål där andelen patientsäkerhetsavvikelser med betydande eller katastrofal patientsäkerhetsrisk ska minskas till 0.

- Vårdskademätning

Sedan 2014 används Markörbaserad journalgranskning, MJG, på Sophiahemmet (innan använde man GTT som är en internationell metod medan MJG är anpassad för svensk sjukvård). Metoden baseras på att man vid journalgranskning identifierar journaluppgifter, som kan indikera en skada och därefter bedömer man om en skada inträffat och om den i så fall var undvikbar, det vill säga en vårdskada. 20 slumpvist uttagna journaler granskas av två erfarna sjuksköterskor en gång per månad. Sedan går chefläkaren igenom de kriterier eller "triggers" som journalgranskarna funnit och beslutar om en vårdskada inträffat. Skadorna kategoriseras enligt nedanstående gradering:

- Kategori E* Bidrog till eller resulterade i temporär skada som krävde åtgärd.
Kategori F Bidrog till eller resulterade i temporär skada som krävde sjukhusvård eller förlängd sjukhusvistelsen
Kategori G Bidrog till eller orsakade permanent skada.
Kategori H Krävde livsuppehållande åtgärder.
Kategori I Bidrog till patientens död.

Data presenteras i två variabler:

Skador/1000 vårddagar
Procentuell andel av vårdtillfällena med skada

Vårdskador funna enligt MJG ingår i våra långsiktiga övergripande mål och även där har vi en nollvision.

- Anmälningsärenden och patientsynpunkter

Patientnämnden är en fristående och opartisk instans som man kostnadsfritt kan vända sig till med frågor, synpunkter eller klagomål som rör hälso- och sjukvård eller tandvård. Enskilda personer kan inte göra en lex Maria-anmälan till IVO; istället kan man anmäla ett enskilt klagomål. De interna avvikelserapporterna kan ibland utvecklas till att bli ärenden som kräver särskild handläggning av chefläkaren. Ärenden eller händelser som leder till eller som kan leda till uppenbar risk för patientskada eller patientdöd, ska anmälas av vårdgivaren själv till IVO, i enlighet med SOSFS 2005:28, och kallas lex Maria-anmälan. Chefläkaren äger beslutet om när en lex Maria-anmälan ska göras och ansvarar för att händelseanalys utförs. Chefläkaren erbjuder också stöd och hjälp till den som drabbats av en anmälan. En viktig stödsats, förutom den rent personliga, är att bistå vid utformandet av den anmäldes yttrande. Varje månad får kvalitetsavdelningen en rapport av patientnämnden på antal anmälningar av patienter på sjukhuset som sammanställs och redovisas till sjukhusledningen på ledningens genomgång och i kvalitetsgruppen för ombuden för respektive verksamhet.

- Klagomål

Patient eller närstående har alltid rätt att klaga på vården. Det kan bidra till att vården blir bättre och säkrare för alla. Med klagomål menas negativa synpunkter på hälso- och sjukvården. Eftersom det finns flera myndigheter att vända sig till för klagomål mot hälso- och sjukvården kan det vara bra att först rådgöra med patientnämnden om vad som är lämpligt i det enskilda fallet. Patientnämnden kan endast patienter vars vård är landstingsfinansierad vända sig till. Klagomålsärenden handläggs av respektive verksamhetschef, eller av chefläkaren på Sophiahemmet som ansvarar för bedömning, analys och åtgärd samt återkoppling till den som lämnat klagomålet. Efter en genomgång av klagomål tidigare på Sophiahemmet så visade det sig att den största gruppen av klagomål, mer än vart femte klagomål, berörde bemötandet. På grund av detta så sattes klagomål gällande bemötande som ett övergripande långsiktigt mål under 2012-2016 där andelen klagomål gällande bemötande ska minskas till att vara lägre än 11 %.

- Vårdrelaterade infektioner

Samtliga vårdrelaterade infektioner, VRI, ska i första hand rapporteras av patientansvarig läkare till chefläkaren. Rapporteringen har följts sedan 2001 och registreras av kvalitetsutvecklaren. Detta är ett sätt att följa upp de vårdrelaterade infektionerna. Ett annat sätt är punktprevalensmätningar (PPM) av vårdrelaterade infektioner (VRI) som initierades av SKL som ett led i den nationella satsningen för ökad patientsäkerhet. Hösten 2010 var första gången som Sophiahemmet deltog i mätningen och denna mätning genomförs kontinuerligt två gånger per år, under vår och höst i slutenvården. Ytterligare ett sätt att följa upp de vårdrelaterade infektionerna är via svaren i den kontinuerliga patientenkäten på Sophiahemmet, där patienterna tillfrågas om de drabbats av infektion efter vårdtillfället, om de behandlats för denna infektion och vem som har behandlat infektionen. Vi har även med VRI i våra övergripande långsiktiga mål där vi har en nollvision.

- Basala hygienrutiner och klädregler

Basala hygienrutiner ska tillämpas av all vård- och omsorgspersonal vid vård, undersökning och behandling eller annan direktkontakt med person där vård och omsorg bedrivs. Detta oberoende av vårdgivare och

vårdform och om det finns känd smitta eller inte (SOSFS 2015:10). Syftet med basala hygienrutiner och klädregler är att förhindra smittöverföring inom vård och omsorg. Punktprevalens-mätning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (BHK) genomfördes för första gången nationellt hösten 2010 och Sophiahemmet deltog redan då med samtliga sjukvårdsverksamheter. Även denna mätning är initierad av SKL och är en observationsstudie som sker en angiven dag under en given mätperiod. Personalen informeras om att mätningen kommer att genomföras men inte när eller av vem. 10 personer per enhet observeras efter åtta olika kriterier. Ett icke uppfyllt kriterium drar ned slutresultatet och visar att rutin eller regler ej är följda. Mätningen genomförs, som med VRI, kontinuerligt vår och höst och sammanställningen redovisas på ledningens genomgång samt i kvalitetsgruppen till ombuden. Varje enhet får dessutom en sammanställning på sitt egna resultat i jämförelse med resten av Sjukhuset och Stockholms läns landsting. Sophiahemmet har satt BHK som övergripande långsiktigt mål med 100 % följsamhet.

- Nationella kvalitetsregister

I Sverige finns flera nationella kvalitetsregister med personbundna uppgifter inom specifika områden i hälso- och sjukvården. De används bland annat för förbättringsarbete och uppföljning samt för forskning. Sophiahemmets verksamheter deltar i flera register, totalt 22 olika, som är relevanta och ett av våra övergripande långsiktiga mål är att förbättra positioneringen i de årliga resultatrapporterna.

- Patientnöjdhet

Uppföljning av patientnöjdhet genomförs kontinuerligt på varje enhet. Frågor för att mäta gemensamma mål ställs generellt. Kvalitetsindikatorer med särskilt fokus är väntetid, bemötande, helhet, information och om man kan tänka sig att rekommendera. Varje enhet ansvarar för de frågor som ställs till patienterna och kan, förutom övergripande frågor, välja de frågor och problemområden som önskas mätas och är av intresse för enheten. Patienternas upplevelse av vården och bemötandet är värdefull och lärorik kunskap som återkopplas till verksamheterna via de ombud som ansvarar för undersökningarna lokalt. Nytt för i år är att våra mottagningar har rustats med en så kallad Touch Point. Det innebär att patienten får svara på hur sjukhusupplevelsen varit genom att trycka på olika alternativ på en display i respektive mottagningsentré. Genom att patienten i direkt anslutning till besöket får möjlighet att svara, och tekniken dessutom är sådan att det är mycket enkelt att medverka, så har man ökat svarsfrekvensen markant.

- Läkemedelshantering

Läkemedelshantering inom Sophiahemmet följer de lagar och föreskrifter som gäller generellt och regleras internt av rutiner och instruktioner. Chefläkare och verksamhetschefer är ytterst ansvariga för läkemedelshantering. Läkemedelsansvariga sjuksköterskor finns på varje enhet erhåller delegering från verksamhetschef att rekvirera läkemedel från Apoteket. Huvudsakligen rekvireras läkemedlen via nätet och webbeställningar. Läkemedelshantering är en viktig patientsäkerhetsfaktor och avvikelser rapporteras i avvikelssystemet. Vi följer även upp hanteringen med frågor gällande recept och läkemedel i våra patientenkäter. Sedan 2012 har obligatoriska skriftliga läkemedelsgenomgångar för alla patienter införts. Läkemedelshantering ska enligt (SOSFS 2012:9) genomgå en kvalitetsgranskning på respektive enhet som en egenkontroll av lagefterlevnaden. Kvalitetsutvecklaren ansvarar för att detta ska ske årligen med hjälp av apoteket.

- Nationell mätning av Patientsäkerhetskulturen

Sophiahemmet deltar vartannat år i den nationella mätningen av patientsäkerhetskultur, nu senast 2015. Metoden är en enkät som skickas ut till all personal inom vårdverksamheterna och bygger på en amerikansk modell: Hospital Survey On Patient Safety, HSOPS, utarbetad av Agency for Healthcare research and Quality, AHRQ. Metoden finns översatt till svenska i Socialstyrelsens Handbok för patientsäkerhetsarbete: Att mäta patientsäkerhetskulturen. Genomförandet är en del i kvalitetsarbetet och egenkontrollen och ger en möjlighet att dels se de egna resultatet men även att jämföra med andra enheter och landet i stort. Undersökningen kommer nationellt att upprepas vart annat till vart tredje år och resultaten kommer att kunna följas över tid. Varje enhet går igenom svaren från sin egen enhet på respektive APT eller personalmöte. Diskussion och handlingsplan upprättas vid de svar som har låga siffror gällande patientsäkerhet, allt för att förbättra och utveckla patientsäkerheten. Ny mätning görs på Sophiahemmet under 2017, och kommer från dess att göras årligen i samband med medarbetarenkäten.

- WHO:s checklista

Som ett led i utvecklingen av säkrare kirurgi har WHO tagit fram en internationell checklista. Checklistan har visats sig reducera postoperativa komplikationer och dödsfall med mer än en tredjedel. På Sophiahemmet används checklistan sedan 2009. Avvikelse, som uppmärksammas i samband med genomgång av checklistan, åtgärdas direkt om det är möjligt. Avvikelse, som inte kan eller behöver åtgärdas i realtid, rapporteras, analyseras och utreds i sjukhusets avvikelssystem.

- SBAR

SBAR är ett verktyg för förbättrad och säkrad kommunikationsöverföring och står för Situation, Bakgrund, Aktuellt tillstånd och Rekommendation. Sedan 2011 används verktyget i syfte att skapa standardiserad kommunikation för ökad patientsäkerhet. Kommunikationsbrister vid överrapportering mellan vårdpersonal har nationellt visat sig vara en av de vanligaste orsakerna till negativa händelser och är en patientsäkerhetsrisk. En strukturerad modell anpassad för överrapportering mellan arbetspassen på vårdavdelningen har därför tagits fram. Införandet av SBAR är ett led i upprätthållandet av en god säkerhetskultur på Sophiahemmet.

- Intern revision

Interna revisioner genomförs med hjälp av egna revisorer på Sophiahemmet. Den interna revisionen syftar till att hitta förbättringsmöjligheter och gå till botten med vilka processer som fungerar i praktiken och hur enheten arbetar med att förbättra sitt arbetssätt. Kvalitetsutvecklaren är sammankallande och sammanställer alla rapporter. Resultatet av revisionerna rapporteras till sjukhusets ledningsgrupp och till de reviderade verksamheterna. En sammanställning på den interna revisionen förs ut till alla verksamheter så att alla kan ta del av styrkor/svagheter samt möjligheter/hot och på så sätt förbättra den egna verksamheten trots att de ej reviderats.

- Intern kontroll av lagefterlevnad

Kvalitetsutvecklaren ansvarar för bevakning av nyheter inom lagområden för hälso- och sjukvård samt miljö. Nyheter och ändringar rapporteras till chefläkaren och berörda arbetsgrupper som vidarebefordrar informationen internt för att säkra patientsäkerheten optimalt. Lagefterlevnaden följs årligen upp med hjälp av en enkät som skickas ut till berörda chefer och arbetsledare.

Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Systematiskt förbättringsarbete

Inom alla verksamheter pågår ett ständigt arbete för att förbättra vården. Många av våra enheter använder idag förbättringstavlor där medarbetarna uppmuntras att skriva upp sina förbättringsidéer vilka man sedan regelbundet går igenom vid APT eller personalmöten och ansvariga för vidare arbete utses. PDCA-cykeln (Plan, Do, Check, Act) används i förbättringsarbetet som ett verktyg. Standarden SS-EN ISO 9001:2008, vilket vi är certifierade i, uppmuntrar att man använder modellen på alla processer och på kvalitetsledningssystemet som helhet.



I år har samtliga verksamheter startat ett arbete där de har gått igenom sina huvudprocesser, i vissa fall både huvud- och stödprocesser och utfört riskanalyser i alla steg i processen. Detta arbetssätt planeras att utföras kontinuerligt och inte bara vid större verksamhetsförändringar. Enligt ISO 9000 standarderna är detta ett krav för att säkerställa ledningssystemet. Om organisationen förstår och hanterar samverkande processer som ett system, bidrar det till att den blir effektiv men också mer patientsäker då riskbaserat tänkande står i fokus.

Patientsäkerhets- och kvalitetsförbättringar under året

- Ny extern hemsida lanserades för Sophiahemmets Sjukhus.
- I samband med lanseringen av hemsidan lanserade Hälsocentralen en helt ny hemsida, med aktuell och utökad information till deras patienter, bland annat kan patienterna skriva ut ett hälso- och sjukvårdsformulär som krävs vid det uppföljande läkarbesöket efter provtagningen.
- Ny rutin gällande våra patientinformationer. Alla patientinformationer godkänns i vårt dokumenthanteringssystem av chefläkare och biträdande sjukhuschef innan de tas i bruk för att säkerställa att den mest aktuella informationen når ut till våra patienter.

- Ändring av kategorisering av avvikelser i enlighet av patientnämnden och nytt avvikelseflöde i systemet i enlighet med nya krav (SOSFS 20151:12) för allvarliga avvikelser.
- Införandet av journalsystemet Take Care på Husläkarmottagningen och ett påbörjat planeringsarbetet för Hälsocentralen, för en säker och sammanhållen journalföring.
- Flera medarbetare från Sophiahemmet har deltagit på den nationella konferensen om patientsäkerhet för att nätverka men också för att få ta del av det senaste inom patientsäkerhet.
- Fortsatt arbete med ett hjärtsäkert sjukhus, där kontinuerlig HLR-utbildning ges till alla medarbetare.
- Samtliga medarbetare på vår operationsavdelning har genomfört HLR-utbildning under 2016 och även utsatts för akutlarmsövningar under året för att upprätthålla kompetensen.
- Vår operationsavdelning har infört kontaktpersoner till vårdgivarna (kirurgerna) för att få ett ännu bättre samarbete och för att säkerställa att rutinförändringar når ut i alla led.
- Flera olika studier har pågått under året på vår operationsavdelning bl a en temperaturstudie, för att motverka nedkylning av patient under operation och illamåendestudie för att utvärdera behandling mot postoperativt illamående.
- En flödesmonitor är uppsatt på preoperation för att få till ett bättre flöde där personalen kan förbereda patienten i tid så man slipper onödiga väntetid.
- Vår operationsavdelning har haft workshop med Stockholms fotkirurgklinik för att säkerställa kompetens och för att få till en god teamkänsla vilket i sin tur gynnar patienterna.
- Fortbildning av all personal på operationsavdelningen har skett under året på olika nivåer och i olika former bland annat regionala studiedagar, utbildning på nya sprutpumpar och flera av personalen har deltagit på ANIVA-dagarna (anordnas av Riksföreningen för anestesi och intensivvård) och sterildagarna (anordnas av steriltekniska föreningen).
- Nya rutiner och arbetssätt på sterilenheten för att optimera verksamheten då operation har ökat sin produktion.
- Vår Husläkarmottagning har startat en Astma/Kol mottagning för att på så sätt förbättra omhändertagandet för den patientgruppen.
- Vår Husläkarmottagningen har startat en ny äldremottagning med en nyanställd geriatriker som specialist för den patientgruppen.
- Vårdavdelningen har under sommaren haft stambyte och utförde en omfattande riskanalys inför det arbetet som fortlöpte fint och enligt planeringen.
- Vårdavdelningen har ett nytt arbetssätt där de delar patienterna efter vårdtyngd inför varje arbetspass för att motverka sned fördelning av arbetsuppgifter hos personalen och öka risken för sämre omvårdnad för patienterna.
- Nya rutiner vid inskrivning av ny patient på vårdavdelningen gör det enklare och effektivare och mer tid kan läggas på omvårdnaden.
- Kontinuerliga föreläsningar ges av vårdgivarna till vårdenheten för att säkerställa att rätt eftervård ges för specifika ingrepp.
- Vår Försäkringsmottagning når 100 % följsamhet i basala hygienrutiner och klädregler både i vårens och höstens mätningar 2016.

Rutiner för att identifiera risker i verksamheten

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Risicanalys ingår som en del av det systematiska förbättringsarbetet. Syftet med en riskanalys är att identifiera och värdera risker, identifiera de bakomliggande orsakerna och att föreslå åtgärder som minskar riskerna eller dess konsekvenser. Riskanalys görs på verksamhetsnivå eller på övergripandenivå. Genom vårt avvikelssystem fångar vi upp risker som kräver rutinförändringar eller en annan åtgärd för att den ej ska upprepas. Varje verksamhet går igenom sina egna avvikelser och kvalitetsavdelningen ser på avvikelserna på en övergripande nivå, hur de har bedömts, har rätt åtgärd satts in och hur många är av betydande eller katastrofal art? Chefläkaren beslutar om händelseanalys skall utföras på avvikelser med allvarliga patientsäkerhetsrisker.

Rutiner för händelseanalyser

SFS 2010:659, 3 kap. 3§

I samband med utredning av allvarligare avvikelser, där en patient har skadats allvarligt och/eller att en patient kunde ha skadats allvarligt, görs en händelseanalys. Analysen bör starta snarast efter att händelsen har inträffat. Chefläkare och/eller verksamhetschef beslutar när en händelseanalys ska genomföras. Därefter utses personerna, analysteamet, som ska genomföra den och en uppdragsbeskrivning skrivs.

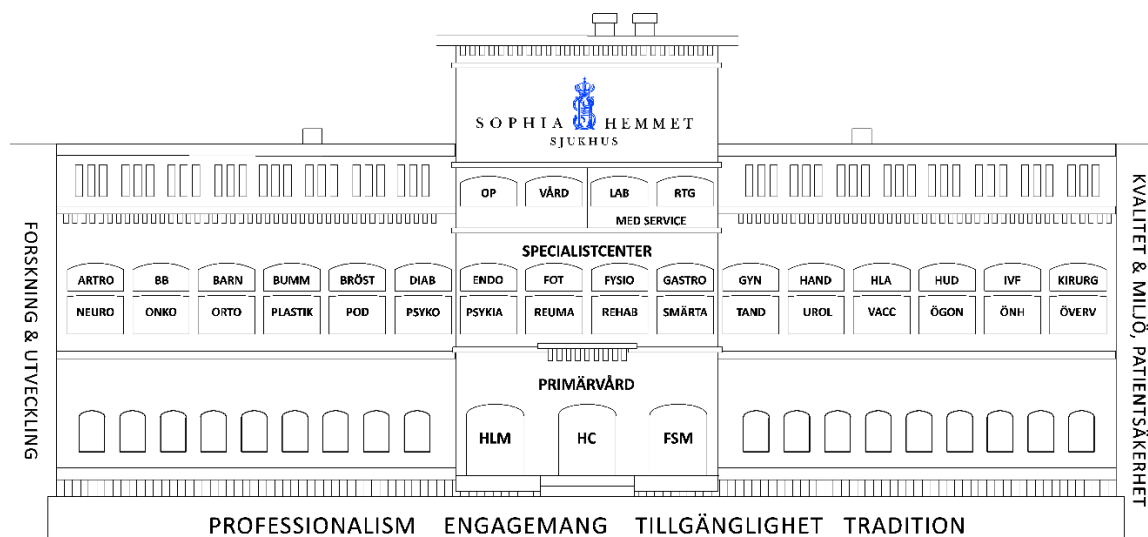
En händelseanalys omfattar följande:

- tidplan för genomförandet
- faktainsamling om händelsen inklusive intervjuer av berörda personer
- beskrivning av händelseförloppet
- identifiering och analys av orsaker
- analysera förhinder, barriärer
- åtgärdsförslag till förbättringar

Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS: 2011:9,4 kap. 6 §

För att säkerställa att de självständiga specialistmottagningarna med eget verksamhetsansvar, Sophiahemmets vårdgivare, kvalitetssäkrar den egna verksamheten så skickar chefläkaren ett informationsbrev en gång i månaden till samtliga vårdgivare där patientsäkerhet, kvalitet och miljö är en stående punkt. Två gånger per termin så träffar chefläkare, sjukhuschef, biträdande sjukhuschef och kommunikationschef alla verksamhetschefer eller motsvarande på ett vårdgivarforum där viktiga gemensamma punkter tas upp gällande bland annat patientsäkerhet. För att upprätthålla kontakten med specialistmottagningarnas vårdpersonal anordnas mottagningsforum en gång per termin där information om pågående arbete, förändringar, resultat och uppföljningar delges och gemensamma frågor diskuteras. Kvalitetssäkringen utgör stommen i den symboliska bilden av Sophiahemmets uppbyggnad, som vilar på den gemensamma värdegrunden och består av de många olika vårdgivarnas verksamheter, sammanhållna av den infrastruktur som sjukhuset administrerar:



På varje enhet inom sjukhuset finns representanter inom kvalitet/ patientsäkerhet och hygien samt interna revisorer. Kvalitetsavdelningen, ombuden samt verksamhetens chefer har ett nära samarbete.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet/klagomål och synpunkter

SFS 2010:659, 6 kap. 4 §, SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §

Varje medarbetare har en skyldighet att rapportera risker, tillbud och negativa händelser som sker. Rapporteringen av vårdavvikelser, inklusive arbetsmiljöavvikelser och miljöavvikelser, sker i ett gemensamt avvikelssystem. Den medarbetare som rapporterat vårdavvikelsen får automatiskt återkoppling via systemet. Verksamhetschefen har övergripande ansvar för hanteringen av vårdavvikelser inom sitt verksamhetsområde. Första linjens chefer är mottagare av alla inrapporterade avvikelser och är ansvarig för analys, åtgärd, beslut om förbättringsåtgärd samt uppföljning inom sin verksamhet. Vid allvarliga händelser eller risk för allvarlig vårdskada involveras chefläkaren. Varje medarbetare är skyldig att framföra klagomål eller synpunkter till sin närmaste chef alternativt verksamhetschef samt vägleda patienten ifall hon/han vill rapportera vidare. Det är viktigt att vara lyhörd, empatisk, öppen och bemöta var och en efter sitt behov precis så som våra värdeord uttrycker det.

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Samverkan med patienter och närstående är viktigt i patientsäkerhetsarbetet. För att säkra denna samverkan lägger Sophiahemmet stor vikt vid bemötande, information och tillgänglighet och detta har varit en del av kvalitetsmålsättningen de senaste åren. Förtydligad vägledning, av patienters och anhörigas klagomål och synpunkter på vården, har publicerats på hemsidan. Patientenkäten för respektive enhet utgör en grund där patientens åsikter kan vävas in i förbättringsarbetet.

Information till patient vid vårdskada

När en patient har skadats vid vård eller behandling, eller har upplevt en negativ vårdhändelse som kunde ha medfört en skada, är vårdgivaren är skyldig att snarast informera patienten om det inträffade, SFS 2010:659.

Vårdgivaren bör också upprätta rutiner för hur personalen ska bemöta patienter och närstående vid tillbud eller skada, enligt SOSFS 2005:28.

En vårdskada definieras som lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården, enligt Patientsäkerhetslagen, SFS 2010:659.

Patienten har rätt att få veta vad som faktiskt inträffat, det som gjort att händelseförloppet inte varit det förväntade eller det normala.

Till stöd vid information och bemötande då en patient skadats i vården har Sophiahemmet en rutin som bygger på de råd som LÖF tagit fram till vårdgivare:

- Förklara vad som hänt
- Lyssna på patientens upplevelse av det inträffade
- Säg förlåt, beklaga det som inträffat och visa medkänsla med patienten
- Förklara hur vi kommer att arbeta med att förhindra att liknande händer igen och inte drabbar fler patienter
- Hjälptill att minska den medicinska skadan och visa medkänsla, så kan också risken för psykiska trauman minska
- Informera om hur patienten kan lämna klagomål eller synpunkter på vården: till verksamhetschef, chefläkare, patientnämnd eller till Socialstyrelsen
- Informera, vid behov, om patientens rätt till patientskadeersättning, gäller allvarligare personskador
- Dokumentera samtalen med patienten i journalen
- Analysera vad vi kan lära av händelsen
- Ge stöd till den personal som varit med vid skadetillfället
- Utvärdera åtgärdernas effekt och redovisa vad som gjorts, efter en tid, både till patient och personal.

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

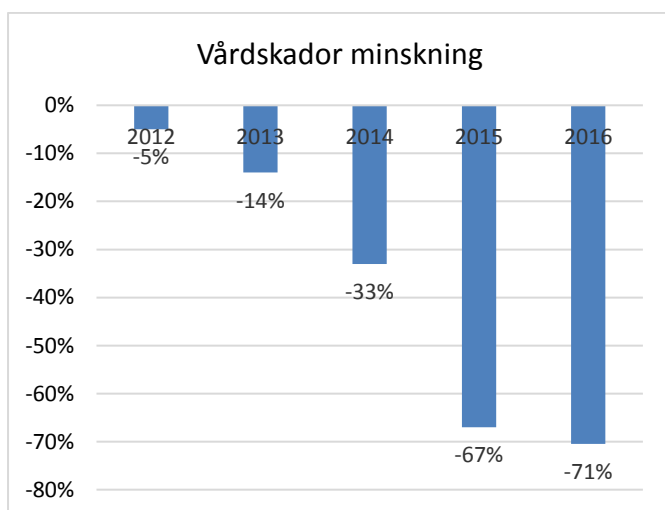
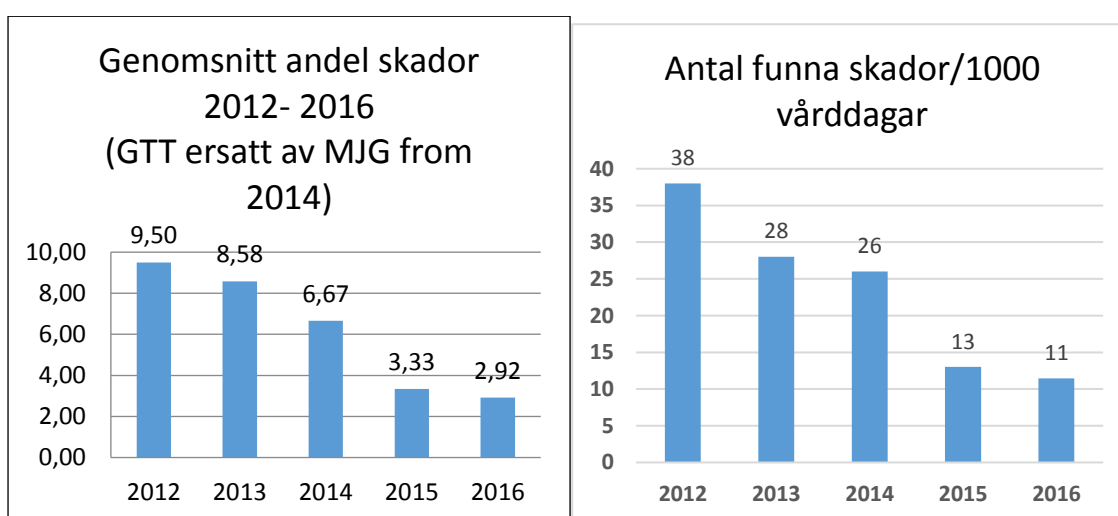
Utfallsredovisning, långsiktiga övergripande kvalitetsmål för perioden 2012-2016

Kvalitetsmål 1, Vårdskador

Att minska andelen vårdskador till 0 under perioden 2012- 2016 inom slutenvården

Resultat: Ej uppnått.

Avvikande mätmetod jämfört med ursprunglig definition 2012. Mätmetod har bytts under perioden, från Global Trigger Tool, GTT till Markörbaserad Journalgranskning, MJG. Även om resultatet inte blivit 0 visar mätningen att antalet och andelen funna vårdskador har minskat under perioden, vilket är ett positivt resultat.



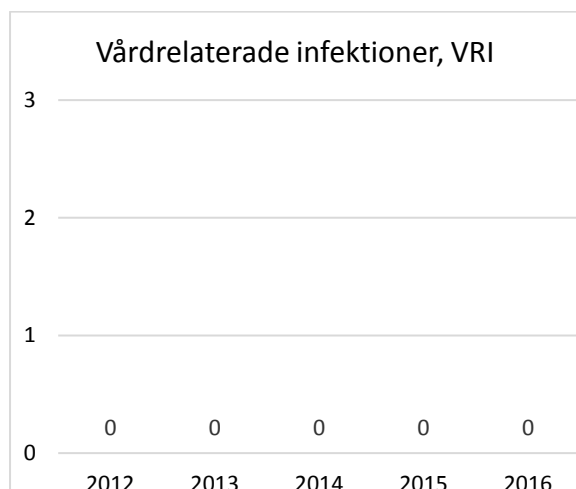
Genomsnitt av andel skador i procent	2012	2013	2014	2015	2016
Antal funna skador/1000 vårddagar	38	28	26	13	11

Kvalitetsmål 2, Vårdrelaterade infektioner

Att minska antalet vårdrelaterade infektioner, VRI, till 0 under perioden 2012- 2016 inom slutenvården.

Resultat: Uppnått

Sophiahemmet har deltagit i SKL/SLL:s ppm-mätning två ggr per år, våren under v 12-13 och på hösten v 42-43. Ingen infektion har påvisats under något av mättillfällena.



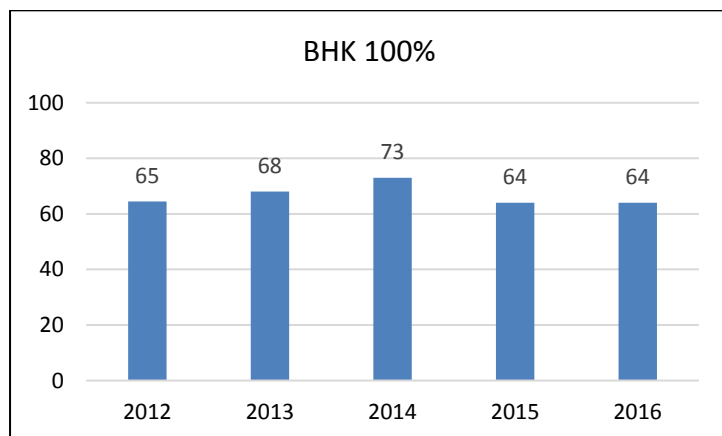
	2012	2013	2014	2015	2016
Vårdrelaterade infektioner VRI	0	0	0	0	0

Kvalitetsmål 3, Basala hygienrutiner och klädregler

Att öka följsamheten till Basala hygienrutiner och Klädregler, BHK, till 100 % under perioden 2012- 2016 inom samtliga vårdverksamheter.

Resultat: Ej uppnått

Avvikande mätmetod jämfört med ursprunglig definition 2012. Resultatet inkluderar även de vårdgivare som för det enskilda mättillfället deltagit och rapporterat in sitt mätresultat.



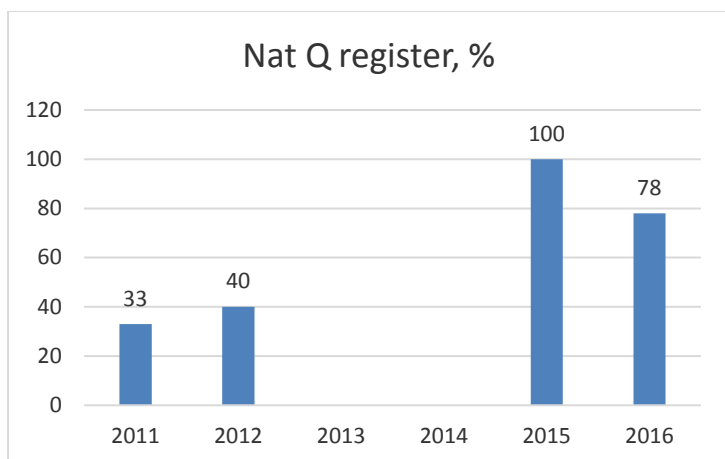
	2012	2013	2014	2015	2016
Basala hygien och klädregler	64,5	68	73	64	64

Kvalitetsmål 4, Nationella kvalitetsregister

Att redovisade resultat från, de för Sophiahemmets verksamheter, relevanta kvalitetsregister innebär en positionering i den bästa kvartilen i de årliga resultatrapporterna.

Resultat: Uppnått

Avvikande mätmetod jämfört med ursprunglig definition 2012. Resultat för 2013 och 2014 saknas.



	2012	2013	2014	2015	2016
Nat Q reg 100% bästa kvartil	40			100	78

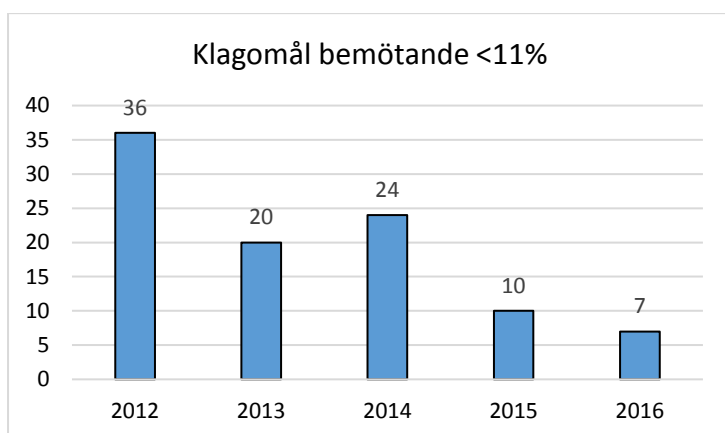
Kvalitetsmål 5, Bemötande

Att minska andelen klagomål som berör bemötandet till 11 % under perioden 2012- 2016.

Resultat: Uppnått

Avvikande mätmetod jämfört med ursprunglig definition 2012. Mätmetod ändrades i samband med att ny chefläkare tillträdde 2014. Mätningen inkluderar både Sophiahemmets egna verksamheter och vårdgivare.

Under perioden har patientnämnden ändrat sin återkoppling av rapportering av klagomål.



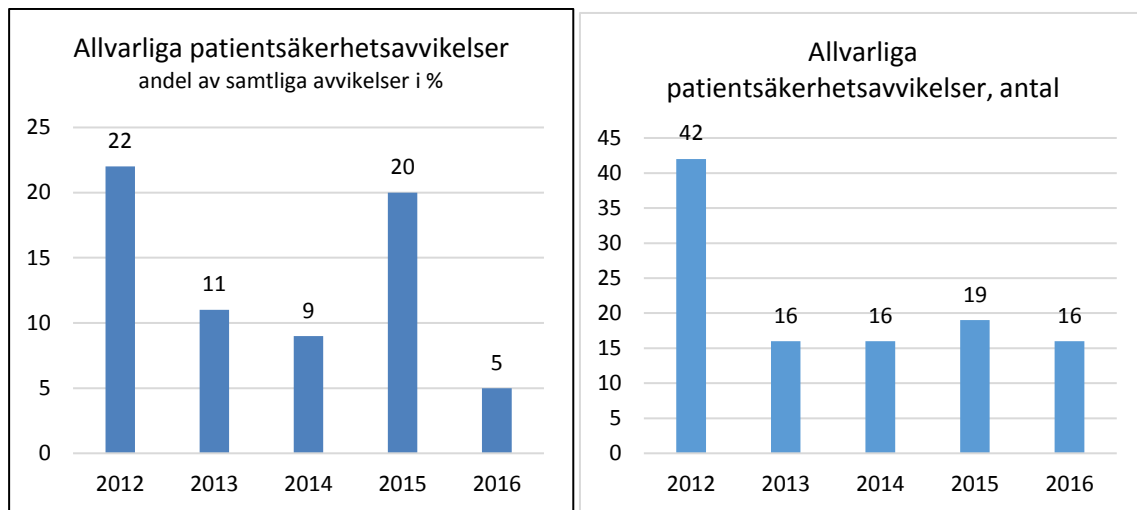
	2012	2013	2014	2015	2016
Klagomål bemötande <11%	36	20	24	10	7

Kvalitetsmål 6, Allvarliga patientavvikelser

Att antalet allvarliga patientsäkerhetsavvikelser, med betydande eller katastrofal risk, minskar till 0 under perioden 2012- 2016.

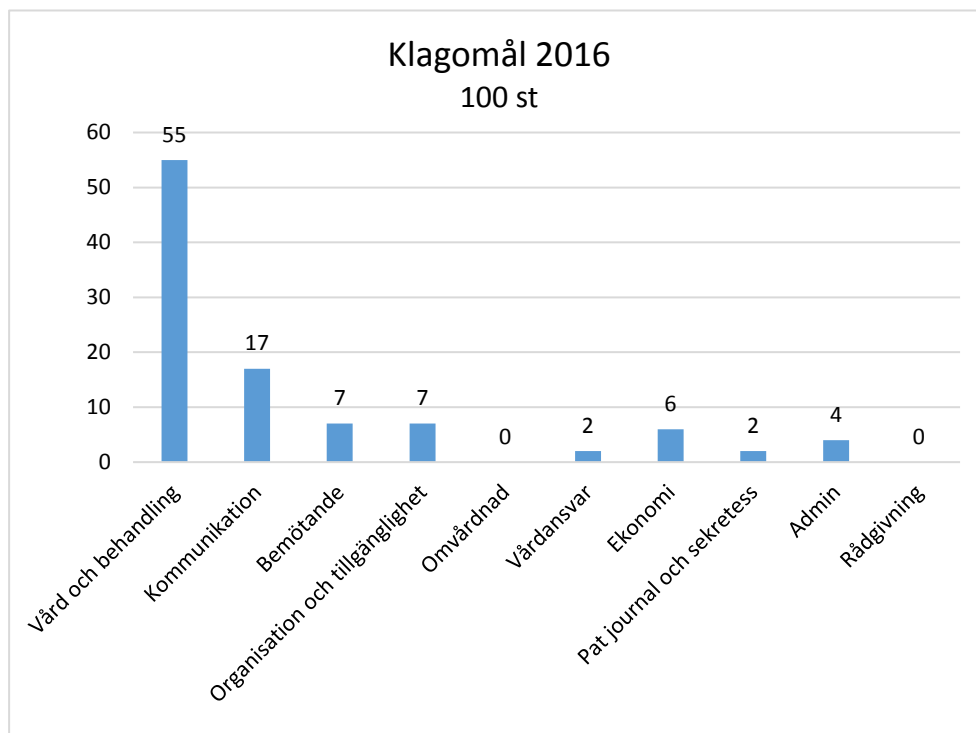
Resultat: Ej uppnått

Avvikande mätmetod jämfört med ursprunglig definition 2012. Klassificeringen av avvikelser förändrades 2016, oklart dock om det nämnvärt har påverkat mätmetoden.

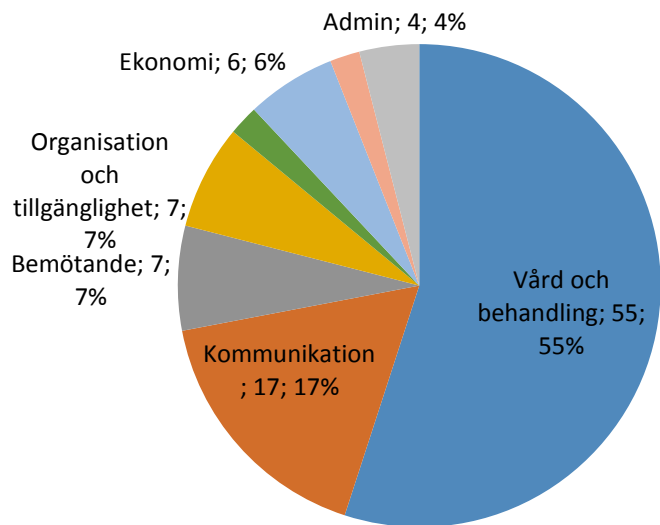


	2012	2013	2014	2015	2016
Allvarliga avvikelser 0%	22	11	9	20	5
Allvarliga avvikelser antal	42	16	16	19	16

Utfallsredovisning, övriga resultat



Klagomål (interna, PN och IVO) 2016, n=100



Fördelning av klagomål 2016, n=100

