

Kvalitetsredovisning



Sophiahemmet
2015

SOPHIA  HEMMET
SJUKHUS

Innehållsförteckning

INLEDNING	1
ORGANISATIONSSTRUKTUR	1
KVALITET OCH UTVECKLING	2
Kvalitetsmål.....	3
Våra policys	4
Kvalitetsavdelning	5
Ledningssystem	7
Processer	8
Dokumenthantering	8
Kommunikation	9
Kunder och kundkrav	10
PATIENTSÄKERHET	10
Avvikelsehantering	10
Anmälningsärenden och patientsynpunkter	12
Klagomålsärenden	13
Läkemedelshantering.....	14
Vårdrelaterade infektioner	15
Nationella hygienmätningar.....	16
VRI.....	16
BHK.....	17
Nationell mätning av trycksår	17
Nationell mätning av Patientsäkerhetskulturen	18
Patientdialoger	19
Patientnöjdhet.....	19
ETIK	19
FORSKNING	20
Forskningsutskottet	20
Vårdskadestudie	21
UTBILDNING	23
GRUNDLÄGGANDE MILJÖUTBILDNING	24
MILJÖ	24
Miljömål	25
UTVÄRDERINGAR	27
PROCESSER	28
Sophiahemmets huvudprocess	29
Ledning.....	29
Vårdenheten.....	29
Operationsavdelningen.....	30
Försäkringsmottagningen	31
Hälsocentralen.....	32
Husläkarmottagningen	33
ARBETSGRUPPER/AKTIVITETER	33
ACKREDITERINGSSYSTEM	36
"NK-modellen" (Entreprenörmodellen)	37
Kvalitetssäkring av vårdgivarnas verksamhet.....	37
Ackrediteringsreglerna	37

Inledning

På Sophiahemmet har kvalitetsmedvetandet alltid varit närvarande. Det starka varumärket är ett uttryck för detta. En bra kvalitet måste vara något som genomsyrar hela organisationen och därför måste också kvalitetsarbetet finnas med i vardagen, på mottagningen, på vårdavdelningen och på operationssalen. Det är i mötet mellan patienten och vårdgivaren som kvaliteten ska manifesteras. I december 2008, blev Sophiahemmet AB kvalitetscertifierat enligt SS-EN ISO 9001:2000. Denna händelse innebar en definitiv etablering av ett kvalitetsledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete med starkt fokus på patientsäkerheten. En målsättning har alltsedan dess varit att kvalitetsarbetet ska vara evidensbaserat och följa en systematik. Denna sammanställning beskriver kvalitetsarbetet vid Sophiahemmet med särskild inriktning på patientsäkerhetsarbetet.

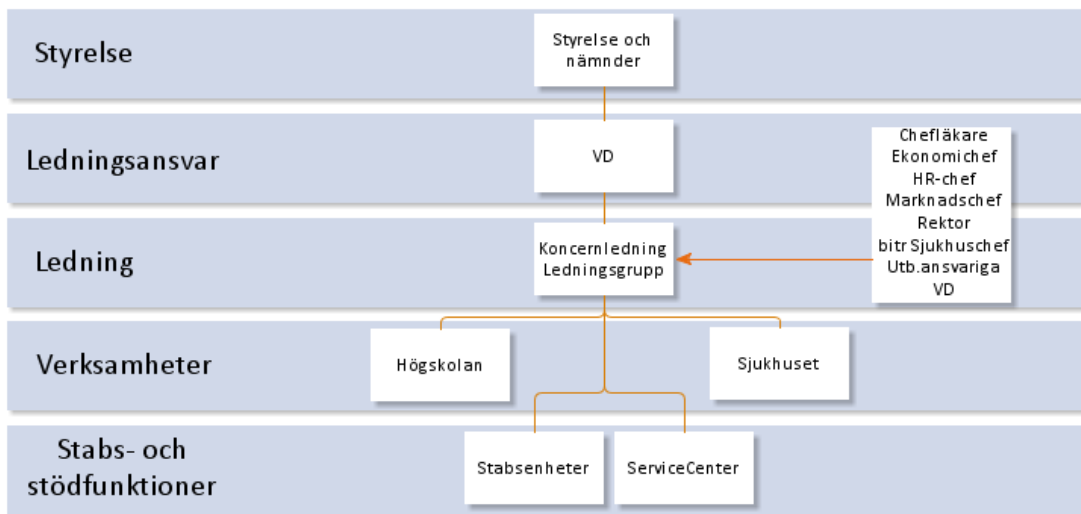
Organisationsstruktur

Sophiahemmet Ideell Förening (SHIF) är en organisatoriskt, verksamhetsmässigt och juridiskt sammanhållen enhet (en koncern). Styrelsen för SHIF utser en VD med ett övergripande ansvar för koncernen. Inom styrelsen finns fyra organ med styrelseledamöter som är utsedda att ansvara för vart och ett av dessa. De fyra organen är Styrelsens Högskole-, Sjukhus-, Forsknings- och Kapitalutskott. Koncernens två huvudverksamheter är att driva Högskolan och Sjukhuset. Till stöd för dessa två verksamheter finns en gemensam administrativ enhet som omfattar Fastighet, Kapitalförvaltning, Ekonomi, IT, Servicecenter, Kvalitet samt Varumärke/Marknad. Dessa kan också beskrivas som koncernövergripande stabsfunktioner. Till stöd för att leda den koncernövergripande verksamheten finns en koncernledningsgrupp som består av 9 personer: VD (tillika sjukhuschef), rektor, biträdande sjukhuschef, studierektor uppdragsutbildning, studierektor grundutbildning, ekonomichef, HR-chef, marknadschef samt chefläkare.

Sjukhuset är en av koncernens två huvudverksamheter. Sjukhuset omfattar samtliga vårdverksamheter som bedrivs på Sophiahemmet oavsett ägarförhållandet. Med begreppet sjukhus ska också förstås den infrastruktur som tillhandahålls genom t ex operations- och vårdavdelningar, kundcenter och andra specifika stödfunktioner för sjukhuset. Verksamhetsområdet Sjukhus driver egna verksamheter såsom operations- och vårdenhet, försäkringsmottagning, hälsocentral och husläkarmottagning, och har affärs- och avtalsmässiga relationer med vårdverksamheter som bedrivs i självständiga bolag. Ledningen för sjukhuset utgörs av en sjukhuschef som lyder under VD (idag samma person). Sjukhuschefen har knutit till sig en mindre operativ ledningsgrupp, benämnd Sjukhusets ledningsgrupp. Denna består av, förutom sjukhuschefen, också biträdande sjukhuschef, chefläkare, ekonomichef, marknadschef, HR-chef, servicechef, de fyra verksamhetscheferna och IT-chef. Ansvarig för kvalitets- och miljöledningssystemet är VD.

Den andra huvudverksamheten är Sophiahemmet Högskola som bedrivs inom ramen för SHIF. Uppdragsutbildningen bedrivs genom det helägda dotterbolaget Sophiahemmet Uppdragsutbildning AB (SHUAB).

Ledningsstruktur Koncernen



Kvalitet och utveckling

Sophiahemmets medarbetare arbetar kontinuerligt med utveckling av kvalitet och patientsäkerhet tillsammans med patientansvariga läkare. Syftet med kvalitetsarbetet är att optimera säkerheten, att utveckla verksamheten och att garantera våra patienter tjänstens innehåll. Sophiahemmets övergripande mål är att tillgodose en hög och jämn kvalitet för patienterna. För att uppnå detta krävs god kännedom om patienternas krav och förväntningar. Alla verksamma vid Sophiahemmet har patientens behov i fokus och gör sitt bästa för att för att dessa ska tillgodoses.

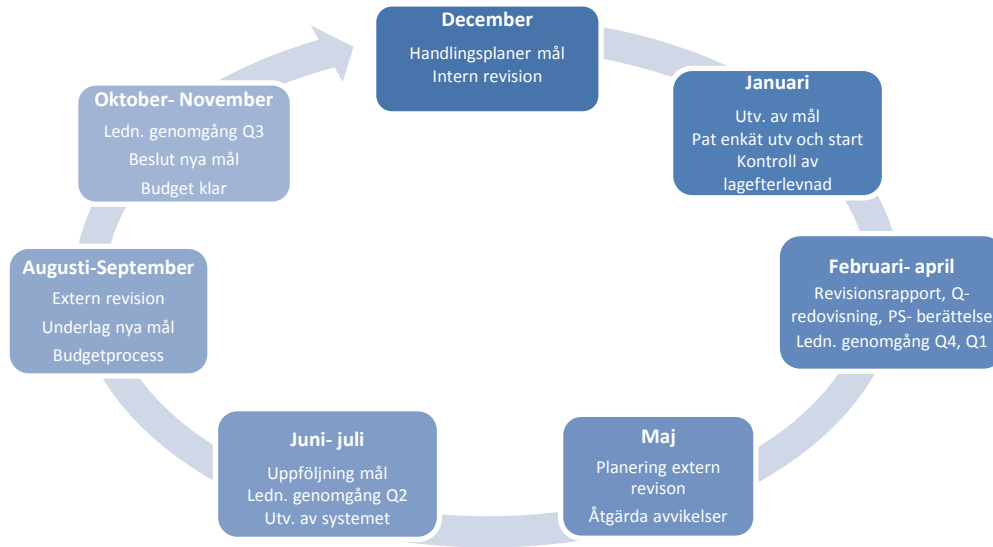
”För god och tidsenlig vård” formulerade Drottning Sofia redan 1889 sin insiktsfulla vision om Sophiahemmet och denna vision kan sägas vara en tidig målsättning för kvalitets-, vård- och omvårdnadsutveckling. Idag, mer än 100 år senare, är kravet på att kvalitetssäkra verksamheten och att utforma ledningssystem lagstadgat. För att säkerställa att lagkraven följs och att patientsäkerhet och kvalitet utvecklas, har Sophiahemmet valt att ISO certifiera verksamheterna. Redan 2004 certifierades Sophiahemmet avseende miljöledningssystemet enligt SS-EN ISO 14001:2004 och i november 2008 certifierades sjukhuset inom kvalitetsledning enligt SS-EN ISO 9001:2000. Våren 2012 omcertifierades kvalitets- och miljöledningssystemet och Sophiahemmet certifierades enligt uppgraderade versioner. Uppföljningsrevisioner sker årligen och fortlöpande granskningar kommer att genomföras kontinuerligt och resultatet tas till vara för att ytterligare förbättra och utveckla vården.

Grundläggande i kvalitetsarbetet är:

- Processer/system/rutiner
- Avvikelsehantering
- Uppföljning/revision
- Förbättringsarbeten

Kvalitetsarbetet har en cyklisk process som följer över året.

Kvalitetsåret



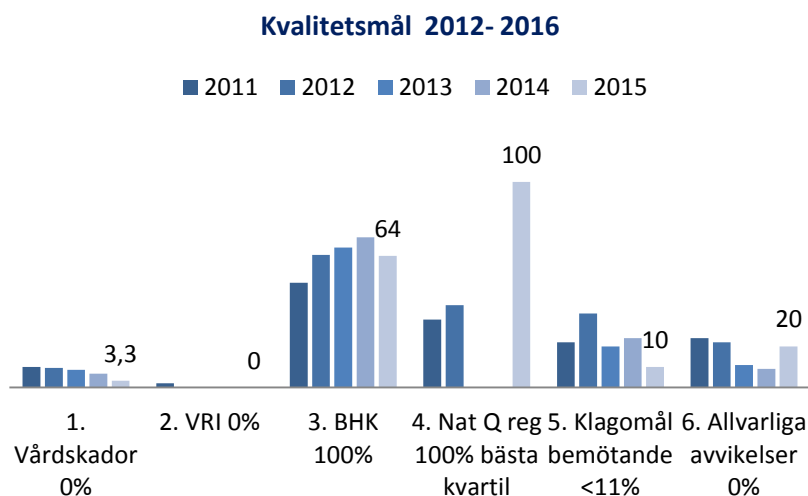
Kvalitetsmål

Sophiahemmets övergripande kvalitetsmål fastställs av ledningen vart femte år och utgår från kvalitetspolicyn samt kundkrav. Verksamhetschef ansvarar för att handlingsplaner för kvalitetsarbetet upprättas inom den egna verksamheten och resurser för arbetet ingår i ordinarie budget.

Sophiahemmets övergripande kvalitetsmål, för perioden 2012- 2016, har inriktning mot ökad patientsäkerhet och tillfredsställelse genom att:

1. Minska antalet vårdskador enligt MJG till 0
2. Minska antalet VRI vid punktprevalensmätningarna till 0
3. Förbättra följsamheten till BHK vid punktprevalensmätningarna till att bli 100 %.
4. Ytterligare förbättra positioneringarna i de Nationella Kvalitetsregister där SH deltar
5. Halvera andelen klagomål som berör bemötandet från ursprungliga 22 %
6. Minska andelen betydande eller katastrofala patientsäkerhetsrisker till 0

Utfall för kvalitetsmålen 2015 presenteras nedan (2011=utgångsvärde):



Kommentarer till kvalitetsmål

Resultaten för de nationella kvalitetsregistren 2011 och 2012 speglar resultat för år 2009 respektive 2010 (ca 2 års fördröjning presenteras i registren).

Förbättringar genomförda/ påbörjade 2015

- Nya scheman som innebär jämn personalfördelning över hela veckan, Operationsavdelningen
- Operationsguide på surfplattor som visar uppläggningar, op-galler mm (ersätter inaktuella pärmar)
- Förbättringstavla som visar då- och nuläge, Operationsavdelningen
- Massiv utbildningsinsats för genomförandet av kompetenta team, Operationsavdelningen
- Tillsättning av funktionsuppdrag som kvalitets- och utvecklingsansvarig sjuksköterska, Operationsavdelningen
- Förenklat dokumenthanteringssystem, färre dokumentkategorier och mallar, Kvalitetsavdelningen
- Morgonmöten dagligen och spegling en gång i veckan för all personal, Vårdenheten
- Årlig HLR- utbildning för all personal inom Högskola och sjukhus
- Förlängda läkartider för bättre patientsäkerhet, 25 min istället för 20 min, Hälsocentralen
- Ny hemsida och förbättrad patientinformation, Hälsocentralen
- Utbildningsfilmer på intranätet inom patientsäkerhet, hygien, miljö, arbetsmiljö och HBT-normer, Kvalitetsavdelningen
- Förbättrad telefonväxel vilket ökat tillgängligheten för patienterna till 100 %, Husläkarmottagningen

Våra policies

Sophiahemmets kvalitets- och miljö policies beskriver visioner och övergripande riktlinjer för patientsäkerhetsarbete och en hållbar utveckling av livsmiljön. Policies fastställs av ledningen och är vägledande vid fastställande av mål. VD ansvarar för fastställandet av policies och för att Sophiahemmet arbetar för att uppnå dessa åtaganden. Alla anställda ska känna till och följa innebörden av Sophiahemmets policies och dessa finns tillgängliga via intranät och i dokumenthanteringssystem. Grunden, i såväl kvalitets- som miljöpolicy, är Sophiahemmets etiska värdegrund som bygger på Professionalism, Engagemang, Tillgänglighet samt Tradition. Värdegrunden beskrivs närmare under avsnittet ETIK, i detta dokument.

Kvalitetspolicy

Sophiahemmet AB:s medarbetare arbetar aktivt för att säkerställa kvaliteten och patientsäkerheten genom att:

- Patienten är i centrum och känner sig respekterad, delaktig, trygg och säker genom personalens bemötande och kompetens
- Den medicinska vården och omvårdnaden bygger på vetenskap och beprövad erfarenhet och bedrivs efter vedertagna och dokumenterade vårdprogram
- Patientens behov och upplevelse av vården fortlöpande mäts och utvärderas samt redovisas i ett Nöjdhetsindex som ligger till grund för fortsatt utveckling
- Övergripande kvalitetsmål är mätbara. Resultaten redovisas och återförs i verksamheterna
- Patientsäkerheten är prioriterad och förslag och klagomål från patienter och personal lyfts fram och tas om hand i varje enskilt fall.
- Avvikelsehantering är en naturlig del av det dagliga arbetet.
- Sophiahemmets läkare är ackrediterade, vilket innebär krav på att följa Sophiahemmets Ackrediteringsregler, som är Sophiahemmets regelverk alla legitimerade yrkesutövare
- Sophiahemmets läkare har personligen ett fullt patientansvar i enlighet med PAL-systemet (patientansvarig läkare)
- Sophiahemmet rapporterar till relevanta Nationella Kvalitetsregister för hälso- och sjukvård
- Sophiahemmet AB öppet redovisar sitt kvalitetsarbete.

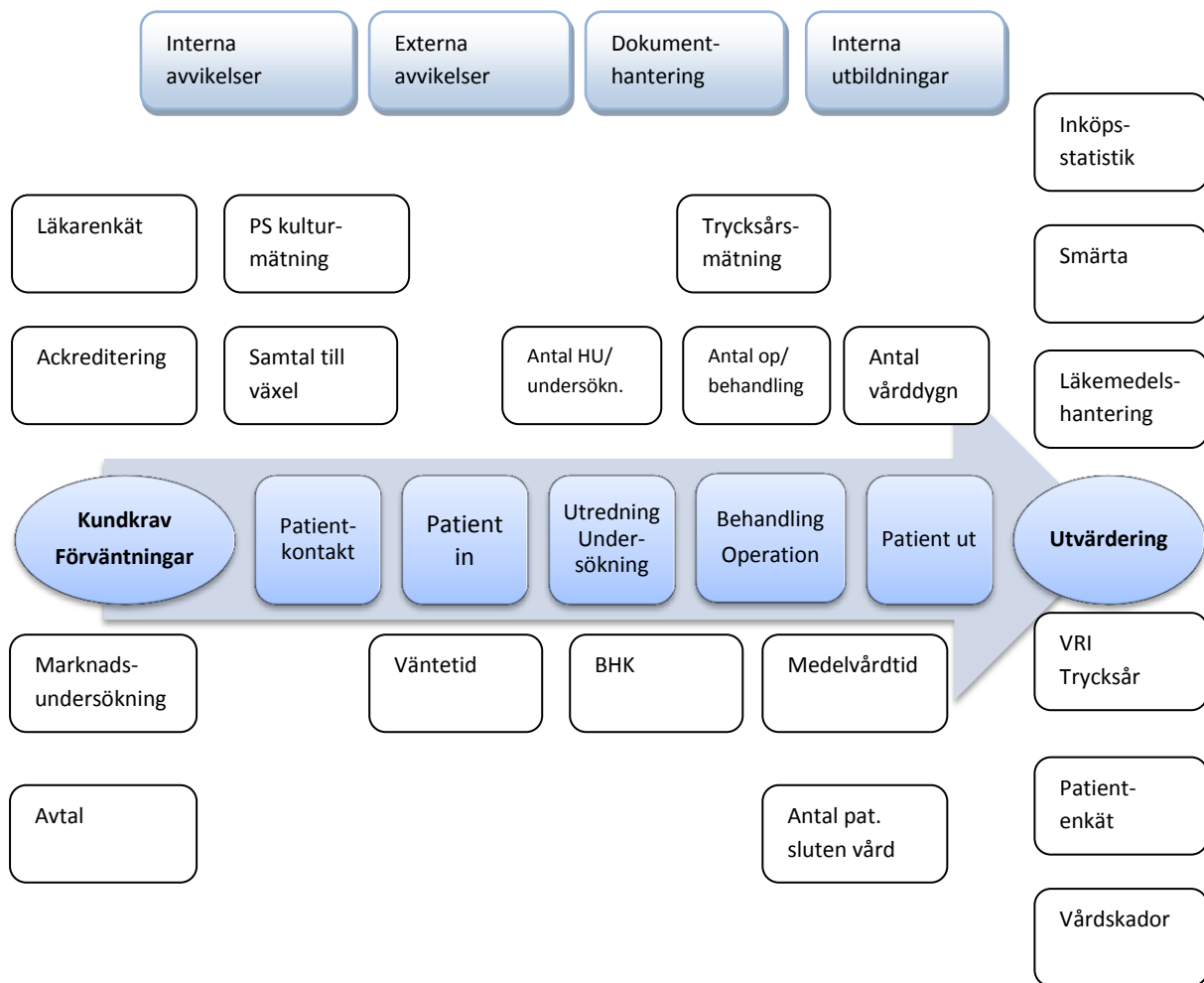
Miljöpolicy

Sophiahemmets medarbetare arbetar aktivt för att minska miljöförstörelsen genom att:

- Ta miljöhänsyn i handlingar och beslut så att vi minskar miljöpåverkan och förebygger förorening i vår verksamhet.
- Ständigt utveckla och förbättra vårt miljöarbete så att koldioxidutsläpp och resursanvändning minskar
- Övergripande miljömål är mätbara. Resultaten redovisas och återförs i verksamheterna
- Miljökrav ställs på leverantörerna vid val av material, produkter, metoder och tjänster
- Informera och engagera medarbetare och samarbetspartners för att nå bättre miljöresultat
- Avvikelsehantering är en naturlig del av det dagliga arbetet
- Öppet redovisa miljöarbetet

Kvalitetsavdelning

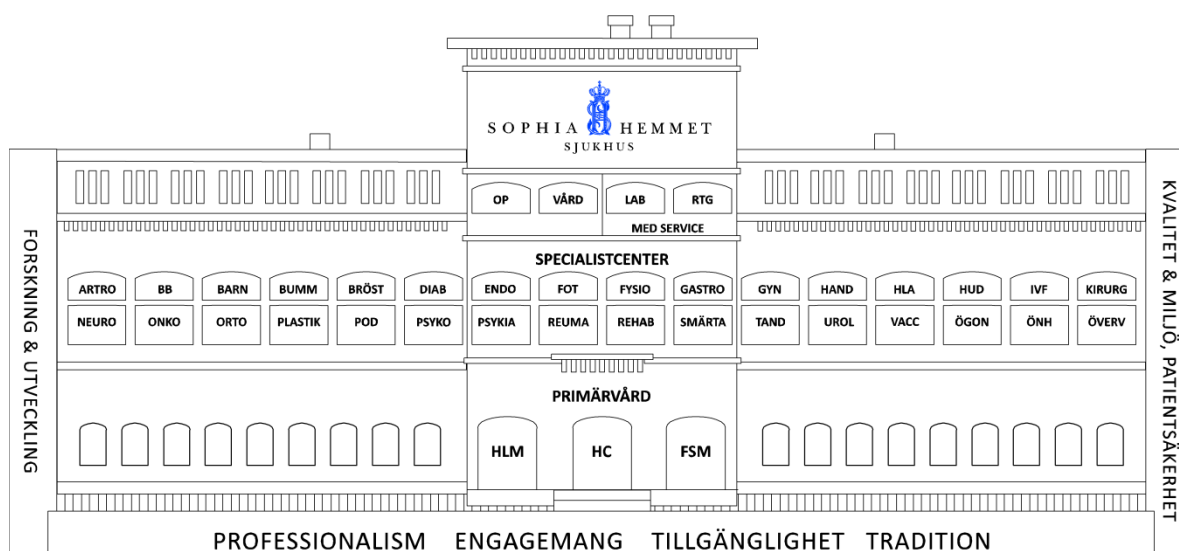
Chefläkaren är ledningens representant i kvalitets- och miljöfrågor. Sophiahemmets kvalitetsavdelning består av chefläkare, kvalitetssamordnare och projektledare. Avdelningen är en stödfunktion som arbetar på uppdrag av Sophiahemmets ledning och har en rådgivande och stödjande funktion för verksamheterna vid Sophiahemmet. Ursprungligen bildades avdelningen, redan 2001, i syfte att skapa en helhetssyn över verksamhetsutvecklingen och för att övergripande verka för att föra utvecklingen framåt. Detta bl.a. genom omvärldsbevakning, inventering av verksamheternas behov och kompetensutveckling. En ständig strävan att göra allt lite bättre, är alltjämt en ledstjärna. Exempel på uppdrag de senaste åren har varit införande av kvalitets- och miljöledningssystem, och arbete mot certifiering inom båda dessa områden, införande av datoriserat dokumenthanterings- och avvikelssystem samt införande av intranät. Kvalitetsavdelningen underhåller och uppdaterar ledningssystemet samt ansvarar för att de revisioner och kontroller som krävs genomförs. I kvalitetsavdelningens uppdrag ingår också att sammanställa resultat och att redovisa dessa för verksamheterna, samt att uppdatera lagar och kontrollera efterlevnad av dessa. Mätningar, som redovisas i detta dokument, kopplade till huvudprocessen:



På varje enhet inom sjukhuset finns representanter inom miljö, kvalitet och hygien samt interna revisorer. Kvalitetssamordnaren, ombuden samt verksamhetens chefer har ett nära samarbete. För att säkerställa att de självständiga specialistmottagningarna med eget verksamhetsansvar, Sophiahemmets vårdgivare, kvalitetssäkrar den egna verksamheten, publicerar chefläkaren månatliga info-brev och sammankallar till chefläkarmöten ett par gånger om året, då kvalitet och miljö kommuniceras.

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 entreprenörsdrivna verksamheterna, sammanhållna av den infrastruktur som sjukhuset administrerar:



Ny kunskap

Kvalitetsavdelningen bevakar såväl nationella som internationella konferenser samt kvalitetsmässor för att följa utvecklingen och för att hämta ny kunskap och hålla sig à jour inom området patientsäkerhet. Den internationella patientsäkerhetskonferensen, som hölls i London våren 2015, har besökts. Till den internationella bevakningen hör även prenumeration på nyheter från WHO, IHI, Institute for Healthcare Improvement, och BMJ, British Medical Journal, med möjlighet att hämta material och mallar för eget kvalitetsarbete. Chefläkare och kvalitetssamordnare har utbildats i händelse- och riskanalys, enligt Socialstyrelsens modell, samt MTO, Människa Teknik Organisation, om det komplexa samspelet mellan dessa komponenter som sjukvården består av.

Kvalitetssamordnare har genomgått utbildning vid KTH i patientsäkerhet och generell omvårdnadsvetenskap på magisternivå, vid Sophiahemmets Högskola. Senaste nytt inom miljöområdet bevakas med prenumerationer på nyheter samt kontakter med Stockholms läns landsting, i vilkas utbildningsprogram kvalitetssamordnare deltar, de senaste om mätning av säkerhetskultur, vårdrelaterade infektioner och följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler. Kvalitetssamordnare och projektledare även deltagit i utbildning av processverktyg som implementerades under 2013 för att vidareutveckla och förenkla processarbetet.

Erfarenhetsvärden från patientdialoger, utvärderingar och avvikelser tas till vara, analyseras och återkopplas till verksamheterna, dessa ligger sedan till grund för nya utvecklingsarbeten där ständiga förbättringar eftersträvas.

Ny kunskap, som inhämtas, rapporteras till ledningen av chefläkare samt delges medarbetare vid miljö-, kvalitets- och hygienmöten, mottagningsforum och Info- brev samt dokumenteras i gemensamt dokumenthanteringssystem.

Ledningssystem

Sophiahemmets ledningssystem för kvalitet och miljö omfattar policies, rutiner, processer, checklistor, handböcker, mallar och blanketter men även länkar till externa styrdokument som till exempel lagar, vårdprogram och hygienregler. Ledningssystemet syftar till att tydliggöra hur policies och regelverk ska praktiseras för att säkerställa patientsäkerhet, patientnöjdhet och miljö.

Till hjälp i det dagliga arbetet har en verksamhetshandbok för kvalitet och miljö tagits fram och finns tillgänglig via Sophiahemmets intranät och dokumenthanteringssystem. Även lokala styrande dokument finns inlagda i systemet, där de är lätt tillgängliga för alla berörda.

Ledningssystemet har granskats och godkänts enligt de internationella standarderna ISO 9001:2008 och ISO 14001:2004. Ledningssystemet uppfyller även de krav som ställs i Socialstyrelsens författning om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9).

Processer

Sophiahemmets huvud-, lednings- och verksamhetsprocesser identifierades, beskrevs och dokumenterades inför kvalitetscertifieringen under 2007-2008. Samtliga processer presenteras i flödeskartor. Huvudprocess och ledningens process fastställs av VD och revideras årligen, och vid förändring, i samråd med ledningsgrupp. Verksamhetschef är processägare i verksamhetsprocesserna och dessa utvärderas kontinuerligt och uppdateras vid behov. Till processerna ligger de viktigaste rutinerna kopplade och processkartorna kan med fördel användas som startsidor vid inloggning för att tydliggöra rutinernas koppling till den egna processen och för att underlätta tillgängligheten. Verksamheternas processer finns tillgängliga via intranätet där alla kan ta del av dessa och beskrivs närmare under rubriken PROCESSER.

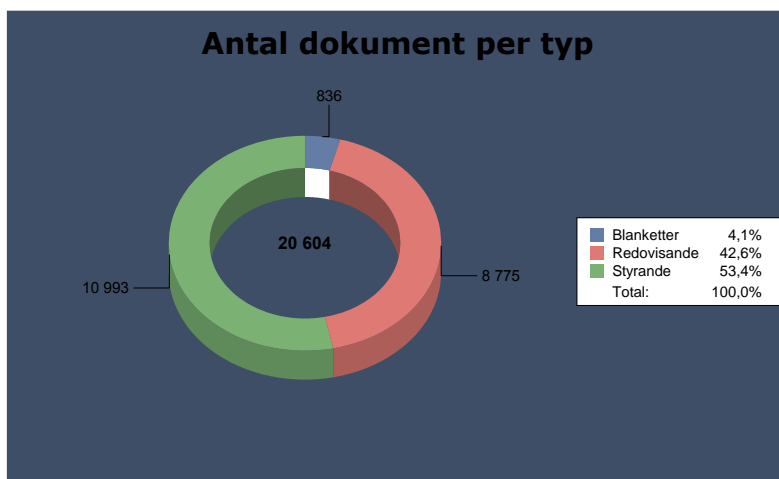
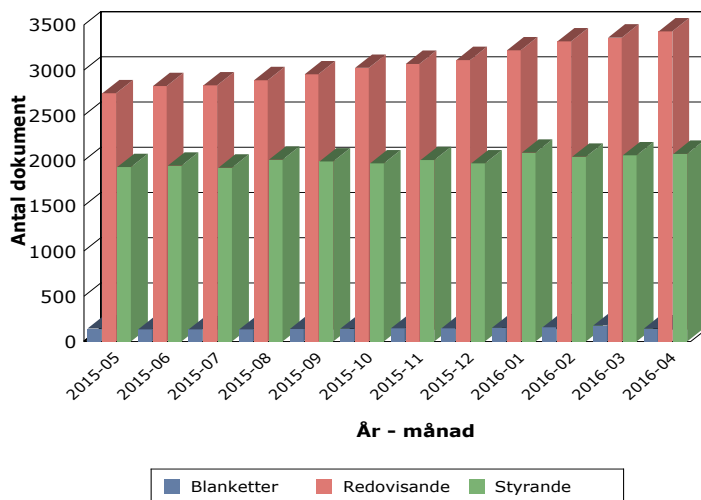
Dokumenthantering

För att säkerställa processen dokumenthantering använder Sophiahemmet sedan 2007 ett datoriserat dokumenthanteringssystem. Systemet garanterar spårbarhet och versionshantering och ger möjligheter att koppla dokument till olika behörighetsroller. Varje dokument förses med ett unikt nummer och har en tidsbegränsning varefter dokumentet måste revideras och godkännas på nytt. Dokumenten kan göras öppna eller konfidentiella. Vid ny version av ett dokument arkiveras den föregående automatiskt men även direkt arkivering är möjlig. Arkiveringstid bestäms av organisationens arkiveringsregler och myndigheters krav på spårbarhet. Systemet rymmer idag drygt 20 000 dokument inklusive arkiverade. Projektledare är systemägare.

Alla medarbetare har tillgång till systemet via inloggning och vårdgivare har möjlighet att hitta gemensam information såsom rutiner, blanketter och minnesanteckningar via Sophiahemmets intranät, Insidan. Behörighetsroller i systemet är samordnare, godkännare, utfärdare och läsare. Dokumenten uppdateras kontinuerligt och arkiveras när de blir inaktuella.

I dokumenthanteringssystemet förvaras styrande dokument som rutiner, policies och mål och redovisande dokument som minnesanteckningar, resultat och förteckningar. Varje verksamhet har sin egen del och delar gemensamt på övergripande dokument. Systemet innefattar även avtalsuppföljning och elektroniskt avvikelshantering.

Antalet styrande dokument och de redovisande dokumenten har de senaste tolv månaderna ökat:



Kommunikation

Till stöd vid extern och intern kommunikation har Sophiahemmet **dokumenthanteringssystem**, intranätet Insidan och hemsidan. Intranätet "Insidan" lanserades vid årsskiftet 2007-2008 för att underlätta den interna kommunikationen. Alla medarbetare och vårdgivare kan här lägga in nyheter, anslag och punkter till kalendariet, som är av intresse för alla.

Via intranätet ligger också direktlänkar till gemensamma system för avvikelshantering och beställningar. Intranätet är länkat till de dokument som berör alla och har direktlänkar till gemensamma system.

Den externa hemsidan är avsedd för extern kommunikation och delas av sjukhus, högskola och forskning. Här har alla enheter bidragit med eget material och ansvarar gemensamt för att informationen är aktuell och hålls levande. Även bloggar och twitter ingår i den externa kommunikationen och omvärldsbevakningen.

Tidningen SophiaNytt är den äldsta, av nuvarande kommunikationskanaler, och grundades redan 1989 som en interntidning. Redaktörer var från början anställda inom Sophiahemmet, men sedan hösten 2009 har ett externt företag anlitats för det redaktionella innehållet. Ansvarig utgivare är,

som tidigare, VD. SophiaNytt utges två gånger per år och distribueras internt till medarbetare samt externt till medlemmar i den Ideella föreningen. Tidningens artiklar publiceras fristående på hemsidan under respektive ämnesområde. Både hemsidan och SophiaNytt är varumärkesbyggande dokument som ingår i utvecklingsarbetet med den strategiska plattformen för marknadsföring.

Kunder och kundkrav

Sophiahemmets kundgrupper kan indelas i beställare, partners och patienter. Till beställargruppen hör försäkringsbolag, företag och landsting. Till partners räknas verksamma vårdgivare vid Sophiahemmet och remittenter. Patienterna utgör både direkt och indirekt kundgrupp till Sophiahemmet. Relationen till de olika kundgrupperna styrs av lagkrav och avtal. Identifiering av kundkrav och förväntningar görs vid upprättande av avtal men även vid kontroll av lagefterlevnad och genom kundundersökningar. Uppföljning av lagefterlevnad och mätning av kundupplevelsen genomförs årligen, med hjälp av datoriserat frågeverktyg, för att få kännedom om och mäta kundupplevelsen i verksamheterna. Dessa uppföljningar har visat att lagefterlevnaden är god och att Sophiahemmet väl lever upp till kundernas krav och förväntningar. Ett förbättringsområde är dock information och arbetet med att utveckla och samordna informationen på ett mer kundanpassat sätt pågår ständigt. Kunder och kundkrav har också följts upp internt med hjälp av frågeverktyg till vårdgivarna/läkargruppen under 2010 och upprepades under 2012.

Kommunikationen med kunder sker med hjälp av hemsidan, intranät, mail, telefon, brev och personlig kontakt.

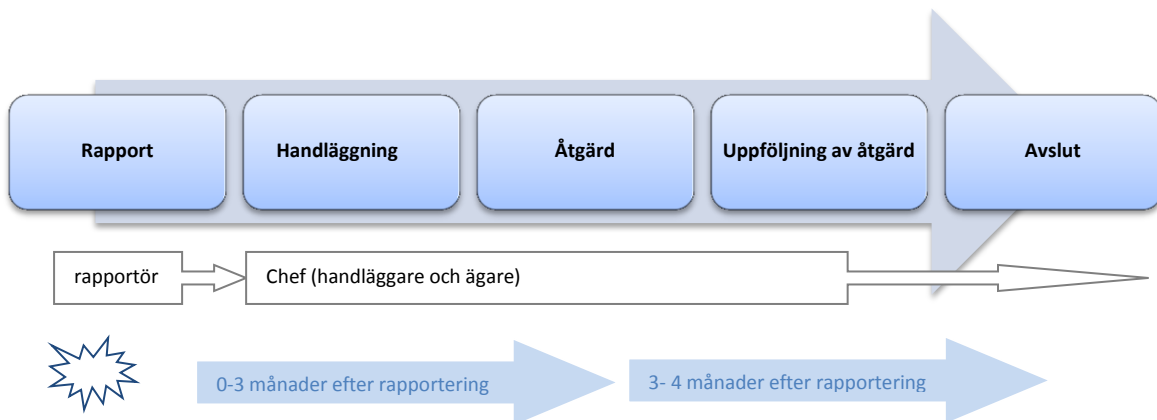
Patientsäkerhet

Avvikelsehantering

Sophiahemmets avvikelsehantering syftar till att identifiera svagheter i systemet för att kunna vidta åtgärder för att förhindra att avvikelser upprepas och för att stärka och förbättra patientsäkerheten och kvalitet i utförd tjänst. Ett system för hantering av avvikelser är också krav i Socialstyrelsens föreskrifter, SOSFS 2011:9, samt är ett krav för ackreditering enligt ISO standarderna 14001 (miljö) och 9001 (kvalitet) i vilka båda Sophiahemmet är certifierad.

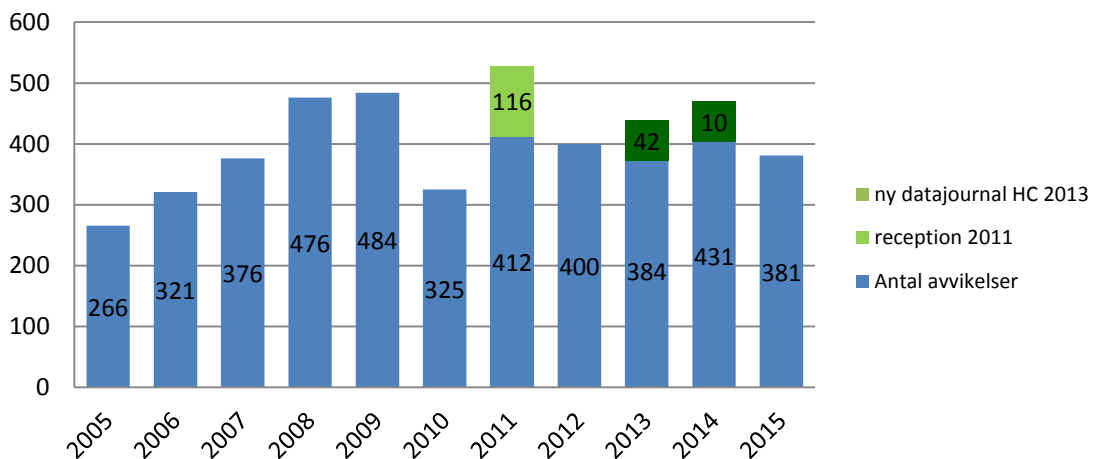
Vid årsskiftet 2009 implementerades ett elektroniskt avvikelssystem där alla medarbetare kan rapportera in direkt via Intranätet. Avvikelserna skickas med automatik från rapportör till närmaste chef som ansvarar för bedömning, genomförande av åtgärder och uppföljning. Övriga vårdgivare vid Sophiahemmet rapporterar in i systemet via pappersblankett till kvalitetssamordnare som vidarebefordrar till närmaste ansvarig. Nedan beskrivs flöde, roller och tid i avvikelsehanterings process:

Avvikelsehantering process



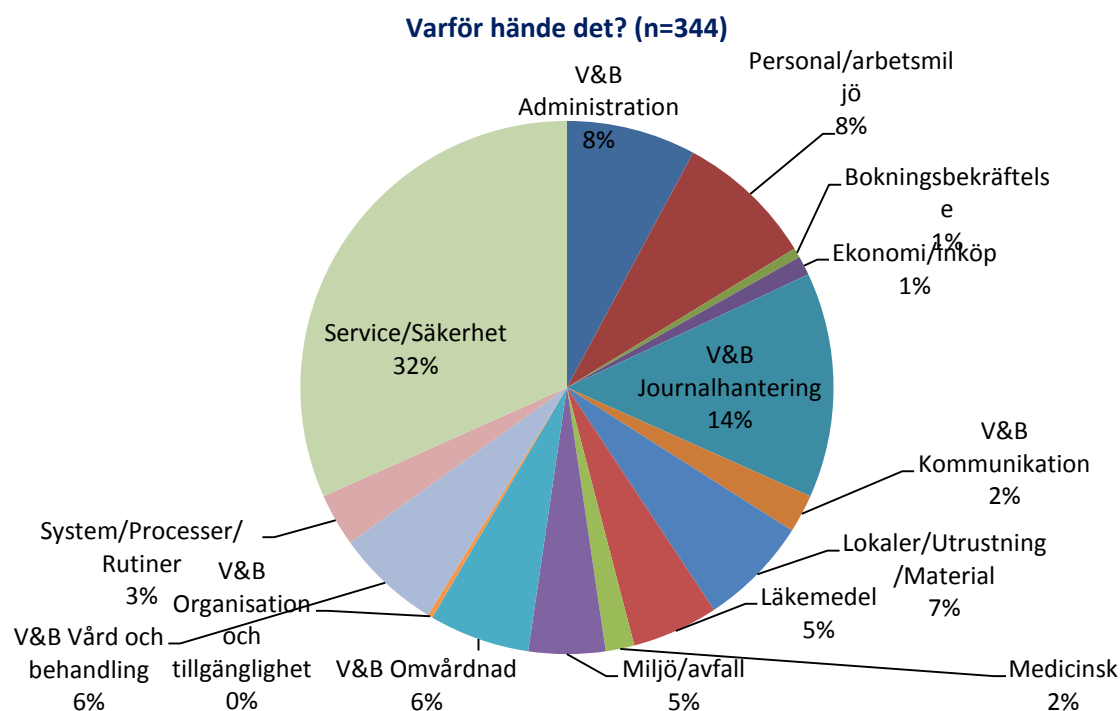
Sedan införandet av det elektroniska avvikelssystemet har rapporterna stadigt ökat, med undantag för 2010, se diagram nedan. En ökning av antalet rapporter har varit en målsättning för att medvetandegöra avvikelserapporteringen som ett viktigt verktyg för ökad kvalitet och patientsäkerhet och det är också ett av kvalitetsmålen. Dominerande orsak till avvikelserna kategoriseras som kommunikation och därefter kommer system-process-rutiner och journalhantering.

Antal avvikelser 2005- 2015



Vid utvecklingen av receptionen i huvudentrén 2011 rapporterades 116 avvikelser från intilliggande vårdgivare. Vid införandet av datajournalssystem på Hälsocentralen har 42 avvikelser rapporterats. Dessa avvikelser har inte kunnat läggas in i datoriserat avvikelseprogram utan redovisas separat.

Nedan visas resultat jan- dec 2015 av 344 bedömda avvikelser:



Anmälningssärenden och patientsynpunkter

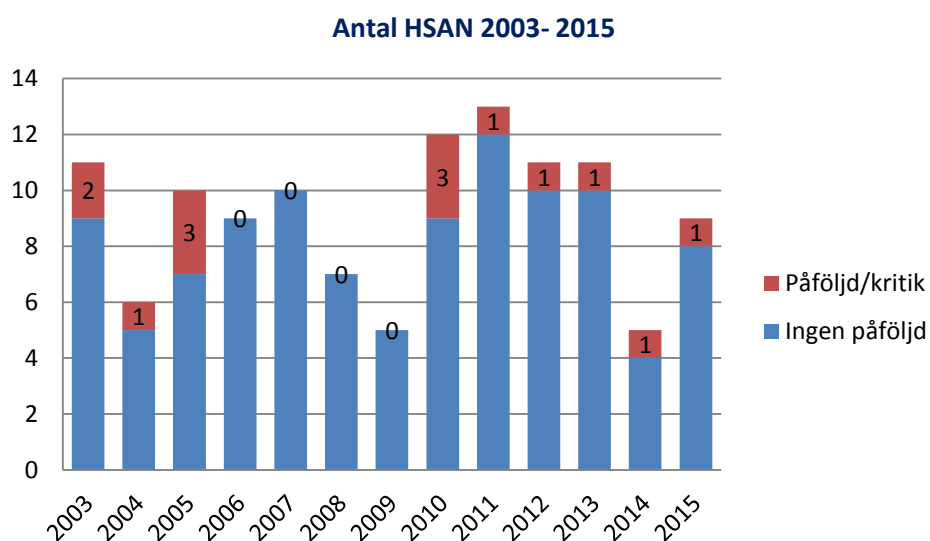
Anmälningar från patienter eller anhöriga kan ske på olika sätt, antingen från patienten eller dennes anhörig eller från någon organisation/myndighet. Patient eller anhörig kan lämna anmälan till Patientnämnden (PN), IVO (tidigare HSAN, hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd och Socialstyrelsen) eller direkt till sjukhusledningen eller chefläkaren. Chefläkaren handlägger även ärenden från Patientskaderegleringar AB (PSRAB) som utreder patientskadeärenden åt försäkringsbolagen.

Nedan följer anmälningssärenden 2007- 2015:

Ärende	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Skriftliga klagomål	50	48	55	54	62	58	44	24	21
HSAN/Socialstyrelsen/IVO	10	7	5	12	11	11	11	5	9
Lex Maria	7	0	2	3	3	3	1	5	0
Patientnämnden, specialist och primärvård	9	17	22	*	29	33	-	-	-
PN Specialistvård							44	57	74
PN Primärvård							10	15	10

* uppgiften ej tillgänglig

HSAN/SoS/IVO- ärenden under perioden 2003- 2015, totalt 119 stycken varav 14 föranlett påföljd:



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, Inspektionen för vård och omsorg, 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 del av de anmälda utvecklar försvarsreaktioner, andra depressiva reaktioner. En viktig stödinsats, förutom den rent personliga, är att bistå vid utformandet av den anmäldes yttrande.

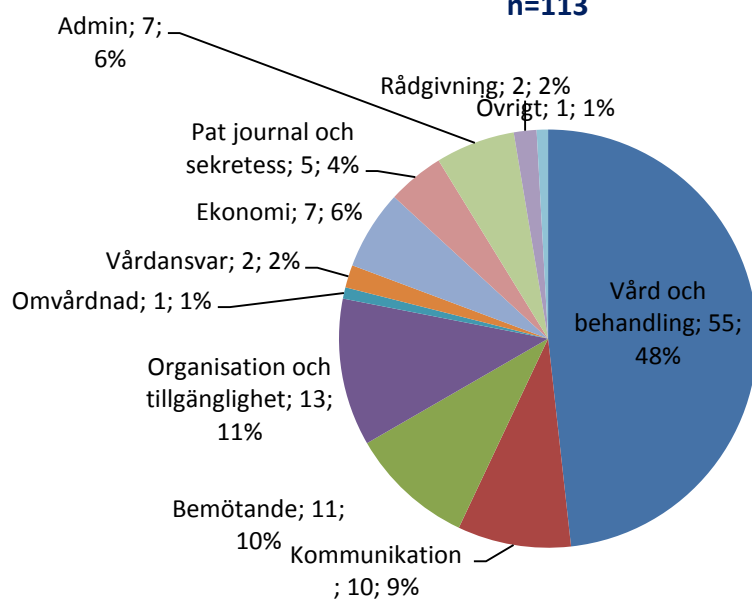
Klagomålsärenden

Klagomålsärenden handläggs av chefläkaren som ansvarar för bedömning, analys och åtgärd samt återkoppling till den som lämnat klagomålet. En noggrannare genomgång och analys av klagomålsärenden under åren, 2006- 2010, genomfördes under hösten 2010. Genomgången visade att 250 klagomålsärenden lämnats in till chefläkaren under perioden samt att den största gruppen av klagomål, mer än vart femte klagomål, berörde bemötandet.

Fördelning av kategorier av klagomål 2015 i graf, nedan:

Klagomål (interna, PN och IVO) 2015

n=113



Bemötandet är basalt för relationen mellan patient och läkare. Bemötandet är ett internationellt vårdproblem och bemötandebriter är föremål för forskning. Exempel på vad patienterna klagat på i bemötandet är att:

- Doktorn inte lyssnade
- Doktorn var nonchalant
- Patienten blev misstrodd
- Patienten blev inte respekterad
- Patienten blev inte sedd
- Patienten kände sig kränkt

Bemötandet är en patientsäkerhetsfråga: ett dåligt bemötande leder till att patienten inte lyssnar och inte vill öppna sig, patientens compliance försämras och kommunikationen mellan läkare och patient blir störd eller avbruten vilket kan försämra eller omöjliggöra god och säker vård. Ett dåligt bemötande kan också leda till fler vårdbesök då patienten söker second opinion, andra bedömningar, om förtroendet rubbats.

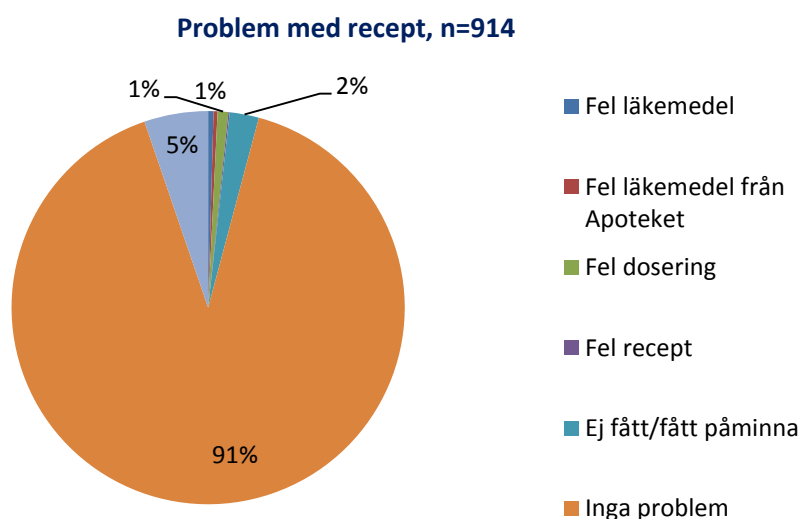
Förtydligad vägledning, av patienters och anhörigas klagomål och synpunkter på vården, finns publicerat på hemsidan.

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 erhåller delegering från chefläkare/verksamhetschef att rekvirera läkemedel från Apoteket. Huvudsakligen rekvireras läkemedlen via nätet och webbbeställningar. Läkemedelshantering är en viktig patientsäkerhetsfaktor och avvikelser rapporteras i avvikelssystemet. Under 2015 har 18 läkemedelsavvikelser rapporterats i avvikelssystemet, kategoriserade enligt nedan.

Läkemedelsavvikelse 2015	Antal
Ordination otydlig	1
Ordination saknas	1
Ordination ej utförd/felaktigt utförd	9
Övrigt	7

Läkemedelshantering är av Socialstyrelsen identifierad som en av de största riskerna i sjukvården. Ett problem i detta sammanhang är den uppenbara förväxlingsrisk som föreligger p.g.a. snarlika förpackningar. Sophiahemmet har vid ett par tillfällen under tidigare år haft fall med läkemedelsförväxling. Ökad uppmärksamhet och utbildning är ett sätt att försöka minimera detta. Resultatet av antalet läkemedelsavvikelser 2015 kan antas bero på underrapportering och är därför ett prioriterat område i patientsäkerhetsarbetet. Även lokala flödesmätningar av t.ex. ordinationer inom slutenvården genomförs. Resultaten av dessa undersökningar visar många otydligheter i skrivna ordinationer samt att dessa avvikelser varierar efter förskrivare. Uppföljning av recept och läkemedel görs även via patientdialog till slutna vård- och dagkirurgipatienter. Resultatet av 2015 års mätning visar att 75 % (715/953) fick recept vid utskrivning och att 91 % av dessa inte haft några problem med recepten efter utskrivning. Nedan visas fördelningen av problem med recept av 914 respondenter:



Avvikelser och resultat av lokala mätningar rapporteras av chefläkaren i info-brev och i denna rapport. Som exempel på förbättringar som vidtagits i läkemedelshantering kan nämnas att signering alltid krävs av behörig personal vid mottagande av leverans och att ID-etiketter används på läkemedelslistorna inom vården.

Läkemedel är också en betydande miljöaspekt och statistik förs över inköp och mängd läkemedelsavfall sedan 2003. Statistiken visar att mängden inköp av antibiotika minskat något i inköp under 2015.

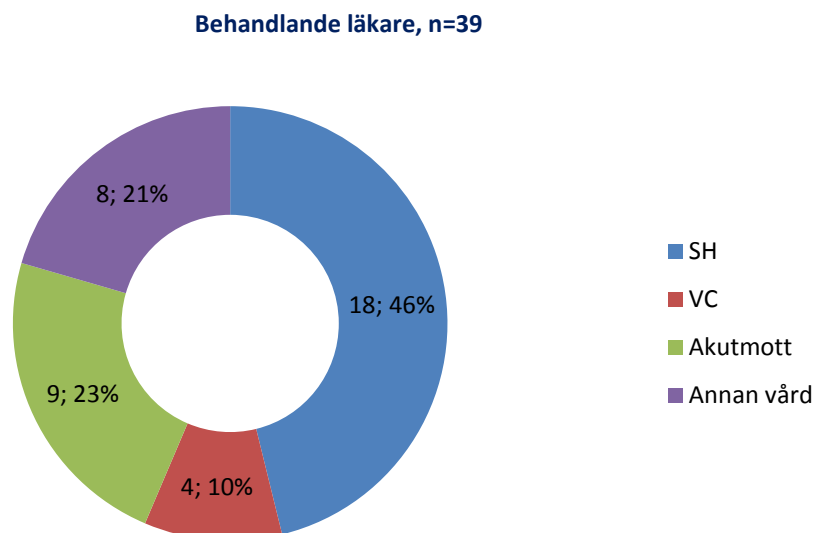
Vårdrelaterade infektioner

Samtliga vårdrelaterade infektioner ska i första hand rapporteras av patientansvarig läkare till chefläkaren. Rapporteringen har följts sedan 2001 och registreras av kvalitetssamordnare. Antalet har under åren varierat från 5 till 35 rapporterade infektioner. Under 2015 har 21 sårinfektioner rapporterats. Vårdrelaterade infektioner är av Socialstyrelsen identifierad som en av de största

riskerna i sjukvården. Resultatet av antalet rapporterade infektioner 2015 kan antas bero på underrapportering och är därför ett prioriterat område i patientsäkerhetsarbetet. Infektioner följs också upp via patientdialogen som skickas till patienter som besökt slutenvård och dagkirurgi. Resultatet av 2015 års mätning visar att 13 % (86/654) av patienterna drabbats av infektion efter ingreppet/vårdtiden. Av de som drabbats av infektion uppgav 39% (35/90) att de fått behandling mot infektionen. Fördelning av behandlade infektioner:

Typ av infektion	Antal
Sårinfektion	12
Urinvägsinfektion	12
Annan infektion	11

I 46 % (18/39) av fallen behandlades infektionen av patientens läkare på Sophiahemmet (här kan patienten markera flera svarsalternativ):

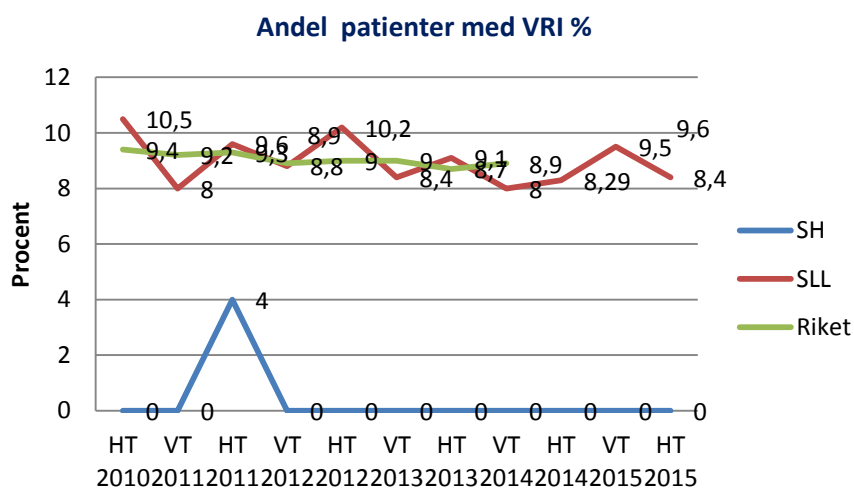


Nationella hygienmätningar

Sophiahemmet deltar sedan hösten 2010 i de nationella punktprevalensmätningarna av vårdrelaterade infektioner, VRI, och följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler, BHK. Vid mätningarna av hygienrutiner och klädregler deltog samtliga vårdverksamheter. Mätningen av vårdrelaterade infektioner berör endast slutenvården.

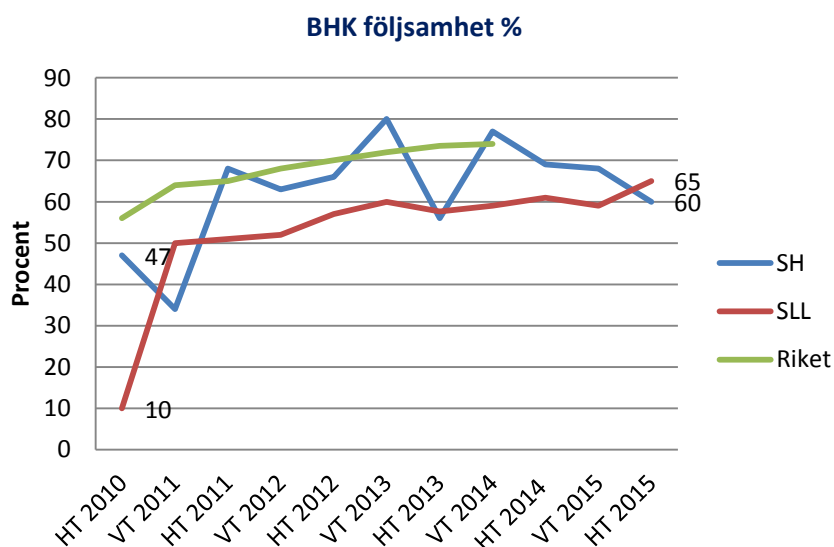
VRI

Punktprevalensstudier av vårdrelaterade infektioner, VRI, initierades av SKL som ett led i den nationella satsningen för ökad patientsäkerhet, som lanserades i oktober 2007. Hösten 2010 var första gången som Sophiahemmet deltog i mätningen och denna mätning genomförs kontinuerligt två gånger per år, under vår och höst. Resultatet av den nationella förekomsten av VRI, punktprevalensmätning, 2015 visar att Sophiahemmet hade 0 % VRI vid mättillfällena:



BHK

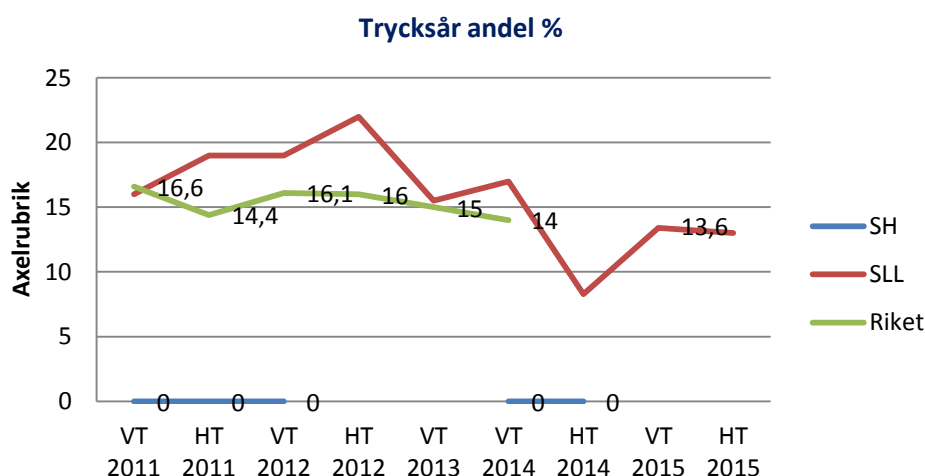
Punktprevalens mätning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler genomfördes för första gången nationellt hösten 2010 och Sophiahemmet deltog med samtliga sjukvårdsverksamheter. Även denna mätning är initierad av SKL och är en observationsstudie som sker en angiven dag under en given mätperiod. Personalen informeras om att mätningen kommer att genomföras men inte när eller av vem. 10 personer per enhet observeras efter sju olika kriterier. Ett icke uppfyllt kriterie drar ned slutresultatet och visar att rutin eller regler inte är följda. Resultatet av BHK mätningen visar generellt ett positivt resultat och att förbättringsområden finns. Vid senaste mätning hösten 2015 var följsamheten till BHK 60 % för Sophiahemmet. Mätningen genomförs, som med VRI, kontinuerligt vår och höst.



Nationell mätning av trycksår

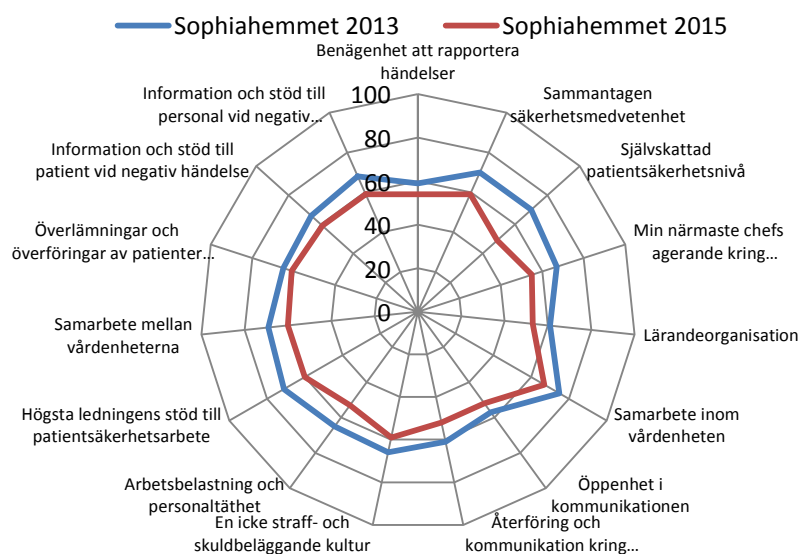
Punktprevalensmätning av förekomst av trycksår sker två gånger årligen nationellt sedan 2011. Trycksår är en av de vanligaste vårdskadorna och för att förhindra dessa så vidtas ett flertal förebyggande åtgärder bl.a. hud- och riskbedömning samt att tryckavlastande utrustning så som madrasser och hälskydd används då risk för skada föreligger. Resultat av de tre senaste mätningarna

presenteras nedan. Sophiahemmet har inte haft någon förekomst av trycksår eller tryckskador och mätningarna har visat att hud- och riskbedömning görs på samtliga patienter.



Nationell mätning av Patientsäkerhetskulturen

Sophiahemmet deltog första gången 2011 i den nationella mätningen av patientsäkerhetskultur. Metoden är en mail enkät som skickas ut till all personal inom vårdverksamheterna (vårdavdelning, mottagningar och operation) 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 SoS Handbok för patientsäkerhetsarbete: Att mäta patientsäkerhetskulturen. Genomförandet är en del i kvalitetsarbetet och egenkontrollen och ger en möjlighet att dels se de egna resultaten men även att jämföra med andra kliniker och landet i stort. Undersökningen kommer nationellt att upprepas vart annat till vart tredje år och resultaten kommer att kunna följas över tid. Vid mätningen 2015 deltog samtliga vårdverksamheter och svarsfrekvensen blev ca 77 %, 142 personer svarade. Resultatet var något lägre än vid föregående mätning och visade på förbättringsområden såsom avvikelshanteringsprocessen, öppenhet i kommunikation och återföring och kommunikation kring avvikelser, se diagram nedan:

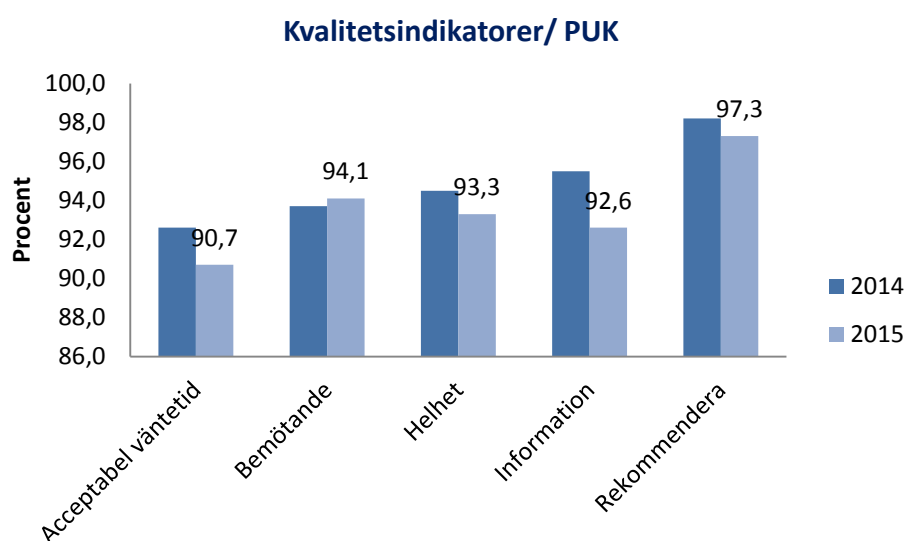


Patientdialoger

Sophiahemmet följer sedan 2003 upp patienternas upplevelse av vården med hjälp av ett datoriserat verktyg för patientdialoger. Under 2014 har ca 1052 personer deltagit i 5 olika patientenkäter.

Patientnöjdhet

Uppföljning av patientnöjdhet genomförs kontinuerligt sedan 2003. Frågor för att mäta gemensamma kvalitetsindikatorer ingår i samtliga enkäter. Exempel på kvalitetsindikatorer som mäts är acceptabel väntetid, bemötande, helhet, information och rekommendera. Varje enhet ansvarar för de frågor som ställs till patienterna och kan, förutom gemensamma kvalitetsindikatorer, välja de frågor och problemområden som önskas mätas. Patienternas upplevelse av vården och bemötandet är värdefull och lärorik kunskap som återkopplas till verksamheterna via de ombud som ansvarar för undersökningarna lokalt. Nedan följer patientnöjdhetsindex över utvalda kvalitetsindikatorer, under perioden 2014 till 2015:



Etik

Hälso- och sjukvårdsarbete förutsätter ett etiskt förhållningssätt. Etik står för den systematiska reflexionen över mänskliga värderingar och handlingar och motiven för dessa.

Redan vid Sophiahemmets tillblivelse 1889 uttryckte Drottning Sophia sin etiska vision att Sophiahemmet skulle vara "ett sjukhus för god och tidsenlig vård åt patienter ur alla samhällsklasser".

Arbetet med en gemensam värdegrund för Sophiahemmet inleddes 2005 i projektform med representanter från alla verksamheter. Det gemensamma arbetet mynnade sedan ut i fyra värdeord som med sina förklaringsord speglar den gemensamma värdegrunden av idag:

Professionalism- som står för omhändertagande, lyhördhet, affärsmässighet och kvalitet

Engagemang- som står för ansvar, delaktighet, empati och respekt

Tillgänglighet- som står för samverkan, flexibilitet och öppenhet

Tradition- som står för kontinuitet, förnyelse, bemötande och atmosfär

Forskning

Forskningsutskottet

Styrelsens forskningsutskott, FU, är ett av Ideella Föreningens fyra styrelseorgan, såsom beskrivet i kapitlet "Organisation". Ordförande och sammankallande för FU är styrelsemedlemmen Professor Peter Aspelin, nyinvald 2009 i Ideella Föreningens styrelse och tidigare ordförande för Svenska Läkaresällskapet. I FU ingår ytterligare en ledamot från Ideella Föreningens styrelse samt högskolans professor i omvårdnadsforskning, rektor, chefläkare, studierektor för forskning och forskarutbildning samt ett antal forskningsaktiva vårdgivare.

Sophiahemmet Högskola har en aktiv forskningstradition inom området omvårdnadsvetenskap och en professur inom detta område. För närvarande finns ett 30-tal forskare och doktorander vid Högskolan. Forskarutbildningen finansieras huvudsakligen av Ideella Föreningen i avvaktan på att Högskolan får statliga forskningsanslag.

Vid Sophiahemmet Sjukhus bedrivs forskning främst om cancersjukdomar, diabetes, fotkirurgi, inflammatorisk tarmsjukdom (IBD), gynekologi, provrörsbefruktning och ögonsjukdomar. Utöver dessa områden stödjer Sophiahemmet ideell förening forskning vid Artrokliniken genom dess Centrum för idrottsskadeforskning och utbildning.

FU har till uppgift att fördela forskningsanslagen från ideella föreningen och för denna grannliga uppgift använder man sig av en extern beredningsgrupp. I samband med anslagsutdelningen anordnar FU också en årlig högtidsföreläsning.

Årtal	Föreläsare	Titel
2004	Doc. K-G Nygren	<i>IVF</i>
2005	Prof. Robert Löfberg	<i>IBD</i>
2006	Prof. Per Renström	<i>Vad vore svensk idrott utan idrottsmedicinsk forskning?</i>
2007	Prof. Bo Philipson	<i>Ögonkirurgi- en fantastisk utveckling</i>
2008	Doc. Göran Lundegårdh	<i>Obesitasoperationer</i>
2009	Prof. Kerstin Brismar	<i>Diabetes- en folksjukdom</i>
2010	Prof. Peter Aspelin	<i>Imaging, en resa från en 2D skugga till en 3D verklighet</i>
2011	Prof. Ingela Rådestad	<i>Barn som dör före födelsen - möjligheter att förhindra barns död och förebygga psykisk ohälsa</i>
2012	Suzanne Werner	<i>Att förebygga idrottsskador, en lyckad satsning ur många perspektiv</i>
2013	Prof. Robert Löfberg	<i>Avancerad diagnostik och behandling vid inflammatoriska tarmsjukdomar</i>
2014	Prof. Ulrika Kreicberg	<i>Vården av det döende barnet påverkar familjens psykiska hälsa på lång sikt</i>
2015	Prof. Unn-Britt Johansson	<i>Fysisk aktivitet och personcentrerad vård för bättre hälsa vid diabetes</i>
2016	Prof. Johanna Adami	<i>Orsak och verkan - en epidemiologisk exposé</i>

Ett annat stort projekt var etableringen av ett forskningslaboratorium 2010. Etableringen var möjlig tack vare ett bidrag från Ruth och Rickard Julins stiftelse. Förhoppningen är att etablering av forskningslaboratoriet ytterligare ska stimulera till nya forskningsaktiviteter.

Vid senaste enkät till verksamma läkare, juni- augusti 2012, ställdes frågor om forskning i verksamheterna och resultatet presenteras nedan.

Läkarenkät 2012, 121 respondenter:

Index	Ja	Nej
Forskningsprojekt under 2011	17	104
Vetenskaplig artikel publ. 2009 (utg. från forskning på SH)	7	114
Sökt bidrag från FU	17	104
Använt SH:s forskningslab	2	119

Vårdskadestudie

Socialstyrelsen presenterade hösten 2008 resultatet av den nationella granskningen av vårdskador där man fann att 8,6 procent av vårdtillfällena föranledde skador. Studier har visat att endast 10- 20% av skadorna fångas med frivillig avvikelserapportering. Som ett komplement till avvikelshanteringen pågår en vårdskadestudie, enligt en amerikansk modell, Global Trigger Tool, GTT. Sedan 2014 används Markör baserad journalgranskning, MJG, enligt Socialstyrelsens handbok. 20 journaler per månad granskas av två erfarna sjuksköterskor. En gång per månad går chefläkaren igenom de kriterier eller "triggers" som journalgranskarna funnit och beslutar om 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 förlängde sjukhusvistelsen
- Kategori G* Bidrog till eller orsakade permanent skada.
- Kategori H* Krävde livsuppehållande åtgärder.
- Kategori I* Bidrog till patientens död.

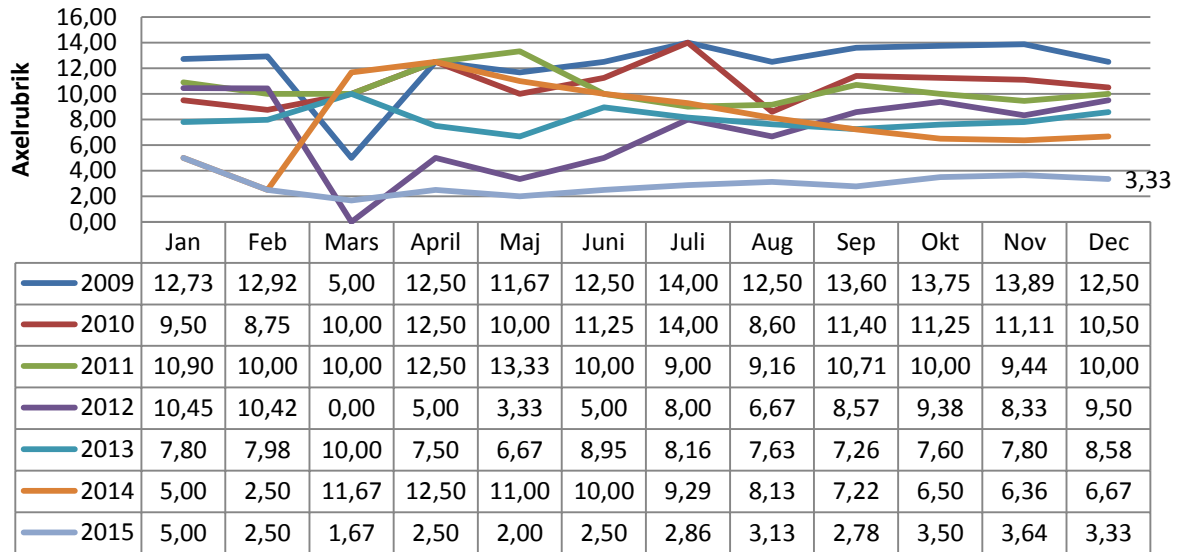
Data presenteras i tre variabler:

- Skador/ 1000 vårddagar
- Skador/100 vårdtillfällen
- Procentuell andel av vårdtillfällen med skada

Den första studien påbörjades i mars 2009 och avslutades i februari 2010. Studien är nu inne på sitt sjätte år och ska fortsätta även under 2016.

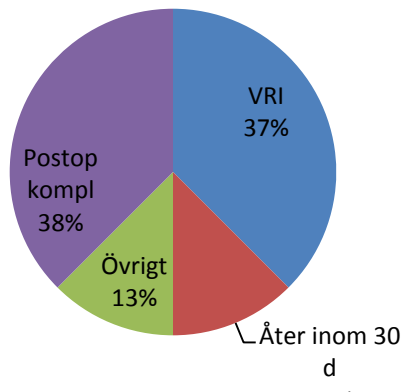
Basnivå uppnås efter 12 granskningsomgångar och nedan visas resultaten 2009- 2015:

**Genomsnitt av av andel skador i % 2009- 2015
(GTT ersatt av MJG from 2014)**

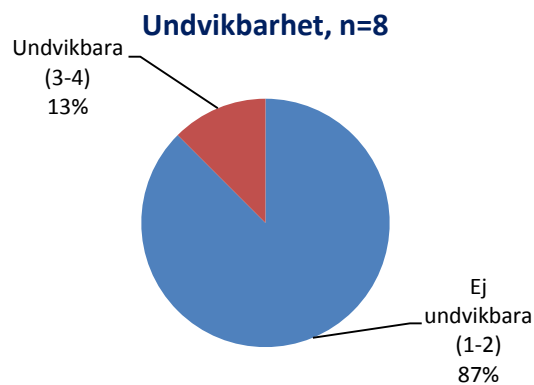


Typ av skador 2015

Typ av skador 2015, n=8



Undvikbarhet 2015



Gradering av undvikbarhet:

- 1 Skadan var inte undvikbar
- 2 Skadan var sannolikt inte undvikbar
- 3 Skadan var sannolikt undvikbar
- 4 Skadan var undvikbar

Utbildning

Ledarskapsutbildning

Under 2011/2012 påbörjades och genomfördes ett gemensamt ledarprogram för sjukhusets och högskolans chefer. Sophiahemmets ledarprogram har omfattat såväl perspektiv på organisationsutveckling, grupputveckling och personligt ledarskap. Målet med Sophiahemmets Ledarprogram har varit att skapa ett gemensamt synsätt vad som är ett gott ledarskap och en gemensam plattform som säkerställer att cheferna vid Sophiahemmet driver Sophiahemmets grundläggande värderingar. Målet har också varit att ytterligare stärka cheferna, och att utveckla nätverket mellan Sophiahemmets olika verksamheter för att skapa synergier och best practice. Målsättningen att skapa en gemensam plattform för hur man ser på ett gott ledarskap har resulterat i en ledaridé. I ledaridén definieras ledarens roll, medarbetarens roll och det gemensamma ansvaret man har för att tillsammans skapa en god och inspirerande arbetsmiljö. En gemensam medarbetardag genomfördes i september 2015, för alla medarbetare på sjukhuset.

Läkemedel och miljö

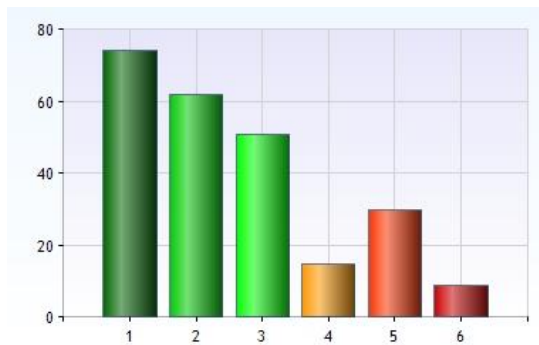
Läkemedel är en betydande miljöaspekt och hantering av läkemedel på minsta miljöpåverkande sätt är ett av Sophiahemmets miljömål. För att öka kunskapen om läkemedlens miljöpåverkan har utbildning genomförts vid ett flertal tillfällen. Föredragande vid utbildningarna har varit Åke Wennmalm, professor, läkare och landstingets tidigare miljödirektör. Vid senaste utbildning deltog ca 50 läkemedelsförskrivare, läkemedelsansvariga och andra intresserade i utbildningen. Föreläsningen filmades och visas internt på Intranätet för de som inte kunde närvara vid de tillfällen utbildningen erbjöds. Läkemedelsrester finns redan idag i vårt dricksvatten och för att minska utsläppen föreslår SLL förskrivare att:

- Följa Kloka listan
- Skriva ut startförpackningar
- Informera patienterna att lämna överbliven medicin till Apoteket, även förpackningar med läkemedelsrester kvar
- Inte skriva ut mer än vad som går åt
- Byta ut till mindre miljöpåverkande läkemedel om det går

Läkemedelsavfall vid Sophiahemmet lämnas till förbränning i mycket hög temperatur där restprodukter har låg giftighet.

I den enkät som skickades till förskrivarna, läkarenkäten 2012, framkom att 91 % av förskrivarna följer en eller flera av föreslagna åtgärder för att minska läkemedlens miljöpåverkan:

1	Följer Kloka listan	78 (74 %)
2	Skriver ut startförpackningar	65 (62 %)
3	Uppmanar patienterna att lämna överblivna läkemedel till Apotek	54 (51 %)
4	Informerar patienten om att även förbrukade hormonplåster och inhalatorer ska lämnas in till Apotek	16 (15 %)
5	Känner till "mina" läkemedels miljöpåverkan och byter om möjligt ut mot miljövänligare alternativ	32 (30 %)
6	Inget av ovanstående	9 (9 %)



Brandutbildning

Utbildning genomförs kontinuerligt. Alla medarbetare på Sophiahemmet ska ha en grundläggande brandutbildning. Brandpärm finns på Intranätet och all personal delges aktuell information.

Hjärt- och lungräddning, HLR

På Sophiahemmet pågår projektet "Hjärtsäkert sjukhus", sedan 2015. Målet är att om någon, patient eller personal, drabbas av hjärtstopp så ska räddningsinsatser sättas in inom några få minuter. För att uppnå målet krävs en sjukhusövergripande organisation och adekvat utrustning såsom tillgängliga hjärtstartare inom området. Under 2015 har antalet publika hjärtstartare utökats och utbildning till av samtliga medarbetare i hjärt-lungräddning pågår. Ansvarig för projektet är specialistutbildad HLR-koordinator och chefläkare.

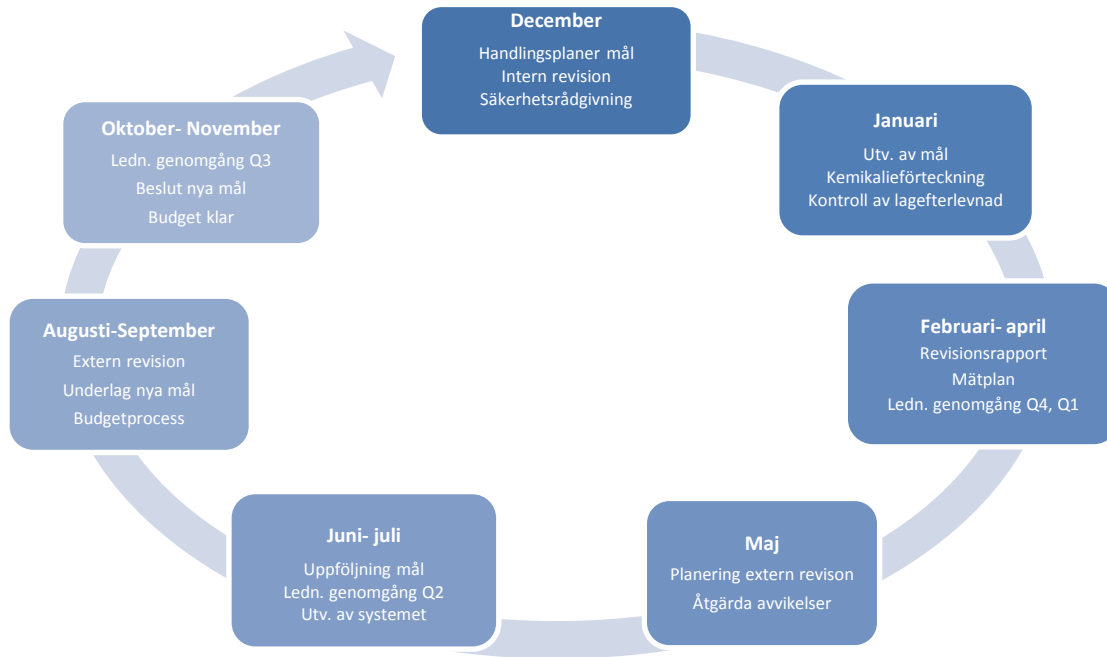
Grundläggande miljöutbildning

Sophiahemmet har tagit fram en ny grundläggande Miljöutbildning under 2015. Utbildningen består av film och kunskapsprov. Målet är att alla anställda vid Sophiahemmet ska få en grundläggande kunskap i miljöfrågor. Miljöutbildningen är i två steg; först en film som visar hur Sophiahemmet kan bidra till en bättre miljö. Nästa steg är ett miljötest för att följa upp kunskaper från filmen men också för att erbjuda ett vidare och mer globalt perspektiv på miljöfrågorna. Efter godkänt miljötest och film utdelas ett personligt Miljödiplom.

Miljö

Sophiahemmet är miljöcertifierat sedan 2004, enligt SS-EN ISO 14001:2004, och har ett väl implementerat ledningssystem som årligen revideras internt av egna revisorer och av externt revisionsföretag. VD är ytterst ansvarig för miljöarbetet. Uppgiften är delegerad till chefläkaren. Kvalitetssamordnare samordnar och leder arbetsgruppsmöten i vilka representanter för de olika verksamheterna deltar aktivt. Årligen hålls fyra arbetsgruppsmöten och vid ledningens genomgång, kvartalsvis, föredrar chefläkaren miljöfrågorna. Dessa möten dokumenteras och finns tillgängliga för alla i dokumenthanteringssystem samt via Insidan. Miljöarbetet har en cyklisk process som följer över året.

Miljöåret



Miljömål

Sophiahemmets miljömål fastställs av ledningen vart femte år och utgår från miljöpolicy samt de betydande miljöaspekterna. För Sophiahemmet är de betydande miljöaspekterna utsläpp av koldioxid, resursanvändning och utsläpp till vatten. De miljöaspekter som prioriterats i miljömålsättningen, för perioden 2012- 2016, är utsläpp av klimatpåverkande gaser, läkemedlens miljöpåverkan, resursförbrukning av papper och användning av miljöfarliga kemikalier läkemedel. Verksamhetschef ansvarar för att handlingsplaner för miljöarbetet upprättas inom den egna verksamheten och resurser för arbetet ingår i ordinarie budget.

Sophiahemmets övergripande miljömål, för perioden 2012- 2016, har inriktning mot minskad miljöpåverkan genom att:

1. Minska utsläpp av utsläpp av klimatpåverkande gaser
2. Minska energianvändningen för värme, kyla och el med 10 %
3. Minska antalet engångsprodukter med 10 %
4. Minska pappersförbrukningen med 10 %
5. Minska förskrivningen av antibiotika
6. Minska antalet produkter som innehåller PVC-plast

Utfall för miljömålen presenteras nedan:

Miljömål, utfall 2012- 2016, tom 2015

	2012	2013	2014	2015
1. Anestesigaser, minskas %	5%	5%	195%	95%
2a Energianvändning minska 10%, el BTA (BRA from 2014)	3%	6%		0,71%
2b Energianvändning minska 10%, fjärrvärme	10%	17%	55%	16%
2c Energianvändning minska 10%, kyla endast jfr 2013			169%	166%
3. Engångsprodukter minska 10%	13%	-17%	-48%	-58%
4. Pappersförbrukning/medarbetare minska 10%	-3%	-22%	9%	9%
5. Pappersförbrukning/student minska 10%	0%	-44%	-4%	-40%
6. Antibiotikarecept/ förskrivare/infektionsdiagnos		-1%	-9%	-6%
7. PVC produkter, minska antal	8%	75%	-42%	-25%

Kommentarer till miljömål

Miljömål 1) Målet ej uppnått, vilket beror på ökad produktion jmf med utgångsåret 2011

Miljömål 2) Energianvändningen har inte minskat med de 10% som tänkt, utredning pågår

Miljömål 3) Målet är uppnått

Miljömål 4) Målet ej uppnått av sjukhuset däremot av högskolan

Miljömål 5) Målet är svårvärderat då ingen utgångssiffra finns. Inte minskat från 2014 till 2015.

Miljömål 6) Målet är uppnått, men PVC- produkter kan inte helt utfasas

Miljöförbättringar 2015

- **Husläkarmottagning– Hemsjukvård** har rensat sitt förråd: 4 rullvagnar för att skänkas vidare
- **Forskningslaboratorium** återvinner frigolitkartonger i samarbete med Servicecenter de väljer också elektronisk fakturering där det är möjligt
- **Vårdavdelning:** mottagningarna scannar journaler till elektroniskt journalsystem, säkrare och sparar papper
- **Servicecenter:** frankering ersatt med streckkod, minskad elförbrukning och transporter samt inga kemiska tillbehör
- **Ekonomiavdelning:** beräknar att spara ca 1500 st utskrifter per år genom att scanna fakturaunderlag. Totala besparingen troligen något större då vissa enheter även gjort egna utskrifter av underlagen.
- **Försäkringsmottagning:** matavfallsinsamling infört. Utökad hårdplastinsamling då matlådorna från matsalen diskas och samlas in. Riskbedömningar av kemikalier och läkemedel genomfört.
- **Alla:** egen grundläggande Miljöutbildning producerad och lanserad. Till filmen hör ett kunskapstest och vid genomgång av både Miljöfilm och miljötest erhålles ett personligt Miljödiplom.
- **Alla:** Rutin och blankett för riskbedömning av kemikalier och läkemedel har implementerats, vilket ger ökad säkerhet vid hantering.
- **Alla:** förbättrad lagförteckning och uppföljning av lagefterlevnad.
- **Alla:** webbaserade utbildningar publicerade på Insidan, förutom grundläggande miljö även hantering av farligt avfall, hygienrutiner och arbetsmiljöutbildningar.

Utvärderingar

Intern revision

Intern revision genomförs årligen och syftar till att uppfylla de krav vi själva och certifieringarna i miljö och kvalitet ställer samt till att vara underlag för förbättringar av verksamheternas processer. Avvikelse som observerades under internrevisionen åtgärdas före den externa revisionen. Intern revision genomfördes under januari till mars 2016. Sophiahemmet har tio stycken utbildade internrevisorer och dessa reviderade tio verksamheter varav tre hos de större vårdgivarna. Internrevisorernas slutsats var att:

- Kvalitets- och miljöarbetet är väl integrerat i den dagliga verksamheten.
- Medarbetarna har god kompetens och ett stort engagemang
- Sophiahemmet har en stabil grund för ett effektivt verksamhetssystem och fortsatt förbättringsarbete

Extern revision Intertek

Extern omrevision inom miljö och kvalitet genomfördes i september 2015 av revisorer från Intertek. Tolv enheter granskades och tre mindre avvikelser rapporterades. Sophiahemmet rekommenderades fortsatt innehav av kvalitets- och miljöcertifikat.

Styrkor som identifierades var omfattande omvärldsbevakning, drivande och engagerad ledning både på övergripande och lokal nivå, kompetenta, stolta och professionella medarbetare, hög grad av patientnöjdhet, systematisk bevakning av avvikelser, öppenhet och transparens i hela organisationen och att riskanalyser och riskhantering har utvecklats sedan föregående revision.

Svagheter var att protokoll vid intern revision kan förtydligas avseende vilka krav som revideras samt hur lagefterlevnaden följs upp och att förteckning över och bedömning av leverantörer, inte fungerar helt optimalt när "egna" leverantörer används.

Möjligheter var att dokumentera förbättringsarbeten enkelt t ex i "rullande handlingsplan", vid behov komplettera övergripande riktlinjer med egna rutiner anpassade till aktuell verksamhet, att protokoll skrivs så att vem som helst kan förstå, för att bevara röda tråden, historiken och att använda ny teknik för t.ex. digitala övervakningssystem.

Säkerhetsrådgivarens rapport 2015

Avtal med säkerhetsrådgivare är ett lagkrav för verksamheter som hanterar farligt gods. Med farligt avfall avses avfall som kan ha skadlig inverkan på hälsa och miljö (ex. stickande/skärande, smittförande, kemiskt avfall). Säkerhetsrådgivaren genomför årligen en säkerhetsrund för att tillse att farligt avfall hanteras enligt gällande lagar och föreskrifter. Vid ronden besöks representativa delar av Sophiahemmets och vårdgivarnas verksamhet. Efter ronden sammanställer säkerhetsrådgivaren en rapport som publiceras i det gemensamma dokumenthanteringssystemet. I rapporten från senaste rond ger säkerhetsrådgivaren en mycket positiv syn på Sophiahemmets arbete kring farligt avfall. Sex verksamhetsområden besöktes och exempel på det som granskats var typer av farligt avfall, skyltning av lager/ förvaringsplatser samt etikettering av emballage, berörd personals kompetens, identifiering av särskilda faror vid hantering samt hantering av gaser. Inga avvikelser rapporterades men fyra förbättringsförslag presenterades:

- Skyddsutrustning och instruktioner skall finnas vid spolo/diskdesinfektorer för rätt hantering av maskindiskmedel (frätande)- *viktigt att alla vet och kan!*
- Öva på ögonsköljning: bra att veta hur man gör och hur man reagerar innan olycka

- Incidenter med felvända lock på kanylburkar. SC för statistik på var, när och vilket antal burkar det gäller. Underlag för riktad information.
- Gemensamma nödlägesrutiner: ronden gav intryck av att alla strävar åt samma håll men med olika och lokalt anpassade rutiner.

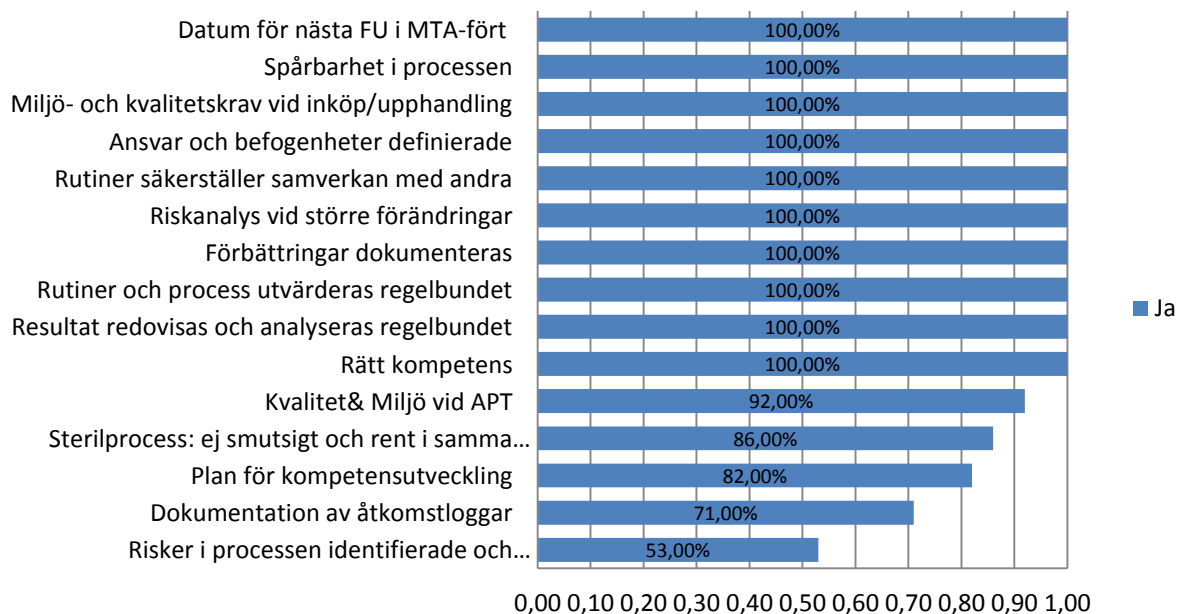
Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering 2014

Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering vid Sophiahemmet sker, enligt överenskommelse, med farmaceut från Apoteket Farmaci AB. Granskningar genomförs regelbundet för att tillse att läkemedelshantering utförs enligt gällande författningar och övriga riktlinjer. Senaste granskning genomfördes i december 2014 då samtliga vårdverksamheter granskades. Rapport med förbättringsförslag lämnades övergripande och till enheterna lokalt.

Intern kontroll av lagefterlevnad

Kvalitetssamordnare ansvarar för bevakning av nyheter inom lagområden för hälso- och sjukvård samt miljö. Nyheter och ändringar rapporteras till chefläkaren som vidarebefordrar informationen internt. Lagefterlevnaden följs årligen upp internt med hjälp av en mailenkät som skickas ut till berörda chefer och arbetsledare. Resultat av senaste mätning vintern 2015/2016 visar att lagefterlevnaden är mycket god och att möjliga förbättringsområden är rutiner för samverkan med andra enheter och identifiering av risker i processerna.

Lagefterlevnad Kvalitet, SHAB 2016

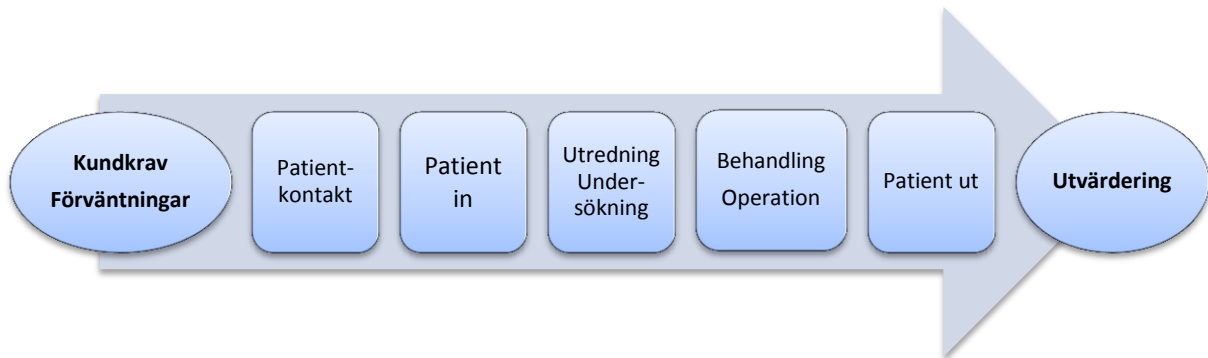


Processer

Sophiahemmets verksamhetsprocesser identifierades och dokumenterades inför kvalitetscertifieringen under 2007-2008. Processägare är verksamhetschef och processerna utvärderas årligen och ändras vid behov. Till processerna ligger viktiga rutiner länkade och

processkartan kan med fördel användas som startsida vid inloggning för att lätt hitta och se rutinerna i sitt sammanhang.

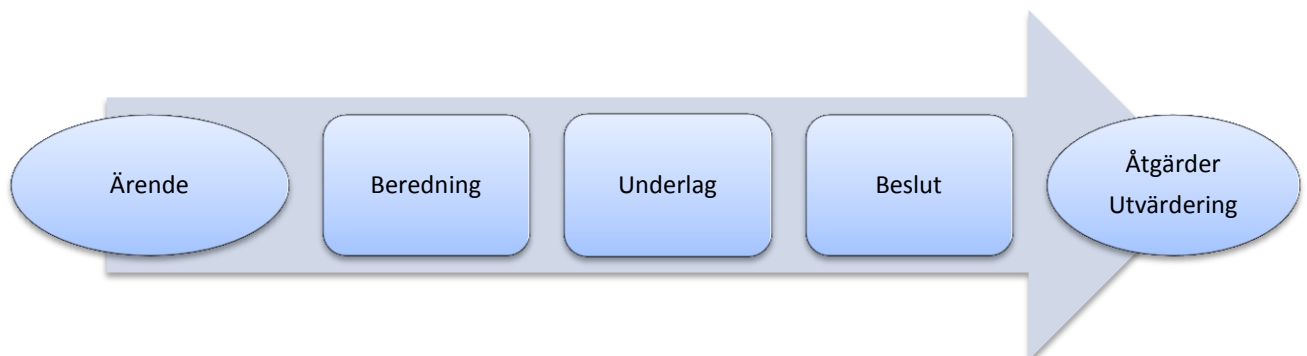
Sophiahemmets huvudprocess



Ledning

Ledningsgruppens sammansättning har förändrats i och med att en ny organisation infördes 2009, se kapitlet ORGANISATIONSSTRUKTUR, som tidigare beskrivits.

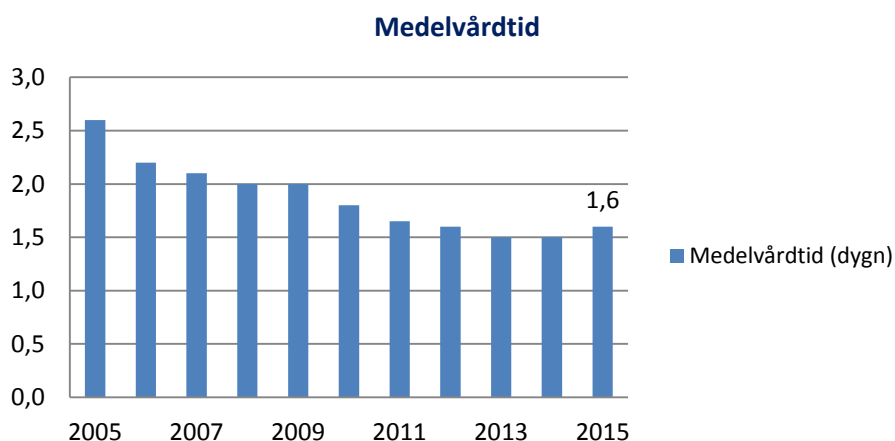
Ledningens process



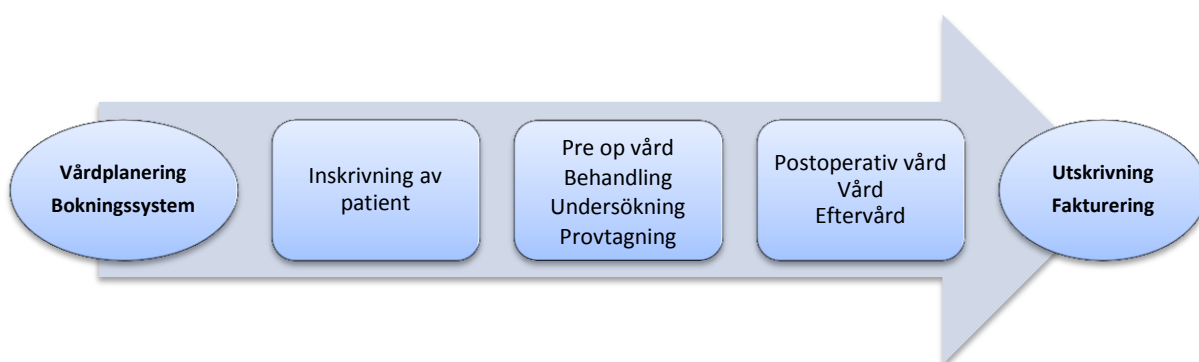
Vårdenheten

Vårdenheten består av två vårdavdelningar med 34 vårdplatser och ligger i anslutning till det nya huset med operationsavdelning i bottenplanet. Avdelningen bemannas med ett fyrtiotal sjuk- och undersköterskor under ledning av verksamhetschef, vårdchef och biträdande chefsjuksköterska. Medicinskt ansvarig för verksamheten är chefläkare. Patientansvarig läkare ansvarar för diagnostik, vård och behandling för de egna patienterna. Vid enheten vårdas kirurg- och medicinpatienter inom slutenvård. Antalet vårddygn 2015 har varit 4664, antalet operationer inom slutenvård 2727 och medelvårdtiden 1,6 dygn. Medelvårdtiden har stadigt minskat men visar en svag uppgång under föregående år:

Medelvårdtid 2005- 2015



Vårdenhetens process



Utvärdering av kvalitetsmål Vårdenheten

Vårdenheten mäter kundupplevelsen sedan 2003 med hjälp av ett frågeverktyg. Undersökningen är en maildialog där resultatet kontinuerligt och direkt kan följas under året. Genomgående under denna period är en mycket hög kundtillfredsställelse där förbättringsområdet främst har varit information. Ungefär 500 respondenter per år har deltagit de senaste åren.

Resultat 2015

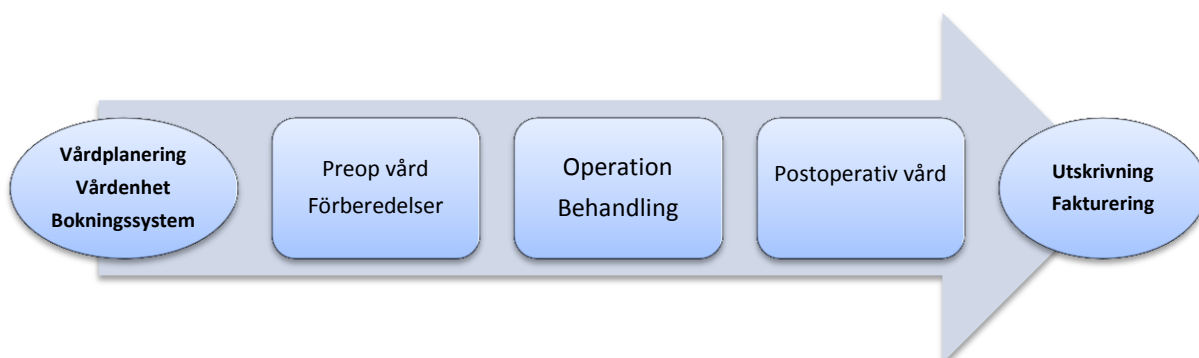
Mätområde	Mycket nöjd/ Nöjd (%)
Bemötande	97
Helhet	97
Information	96
Acceptabel väntetid	96
Rekommendera	99

Operationsavdelningen

Sophiahemmets operationsavdelning återinvigdes, efter om- och tillbyggnad, i januari 2008. Operationsavdelningen har sju operationssalar varav 3 disponeras av Capio Artro Clinic. Till avdelningen hör två uppvakningsavdelningar för inläggande respektive dagkirurgiska patienter. Avdelningen bemannas med ett trettiotal operationssjuksköterskor, anestesijsjuksköterskor och undersköterskor under ledning av verksamhetschef, chefsjuksköterska och biträdande chefsjuksköterska. Medicinskt ansvarig för verksamheten är anestesiläkare och patientansvarig

läkare ansvarar för behandling/operation av de egna patienterna. Under 2015 har totalt 2727 operationer inom slutenvård och 3930 operationer inom dagkirurgi utförts.

Operationsavdelningens process



Utvärdering av kvalitetsmål Operationsavdelningen

Den dagkirurgiska enheten mäter kundupplevelsen sedan 2003 med hjälp av ett frågeverktyg. Undersökningen är en maildialog där resultatet kontinuerligt och direkt kan följas under året. Genomgående under denna period är en mycket hög kundtillfredsställelse där förbättringsområdet främst har varit information. Ungefär 300 respondenter per år har deltagit i undersökningen.

Resultat 2015

Mätområde	Mycket nöjd/ Nöjd (%)
Bemötande	93
Helhet	93
Information	91
Acceptabel väntetid	88
Rekommendera	99

Försäkringsmottagningen

Försäkringsmottagningen utför allmän- och invärtes medicinsk specialistvård, hälsoundersökningar, vaccinationer och rådgivning till försäkrade patienter. Mottagningen har ett tjugotal anställda sjuksköterskor och medicinska sekreterare under ledning av verksamhetschef och chefsjuksköterska. Medicinskt ansvar har verksamhetschef. Mottagningen har 20 läkare, varav medeltal tjänster är 10. Under 2015 har 18618 läkarbesök, 786 sjuksköterskebesök och 1400 hälsokontroller utförts.

Försäkringsmottagningens process



Utvärdering av kvalitetsmål Försäkringsmottagningen

Försäkringsmottagningen mäter kundupplevelsen sedan 2003 med hjälp av ett frågeverktyg. Undersökningen är en maildialog där resultatet kontinuerligt och direkt kan följas under året. Genomgående är en mycket hög kundtillfredsställelse där förbättringsområdet främst har varit information och acceptabel väntetid. Ungefär 100 respondenter per år har deltagit i undersökningen.

Resultat 2015

Mätområde	Mycket nöjd/ Nöjd (%)
Bemötande	95
Helhet	94
Information	94
Acceptabel väntetid	82
Rekommendera	99

Hälsocentralen

Hälsocentralen utför läkarbaserade hälsoundersökningar med fokus på riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom, medicinska konsultationer, kostrådgivning och vaccinationer. Mottagningen tar emot patienter som enskilt eller genom företag har avtal med mottagningen. Hälsocentralen har ett femtiotal anställda sjuksköterskor och läkarsekreterare under ledning av verksamhetschef, chefsjuksköterska och biträdande chefsjuksköterska. Medicinskt ansvarig är verksamhetschef. 13 verksamma läkare varav medeltal tjänster är 9. Under 2015 har 16761 läkarbesök, 12239 sjuksköterskebesök och 9686 hälsoundersökningar genomförts.

Hälsocentralens process



Utvärdering av kvalitetsmål Hälsocentralen

Hälsocentralen mäter kundupplevelsen sedan 2003 med hjälp av ett frågeverktyg. Undersökningen är en maildialog där resultatet kontinuerligt och direkt kan följas under året. Genomgående är en mycket hög kundtillfredsställelse där förbättringsområdet främst har varit information. Ungefär 200 respondenter per år har deltagit i undersökningen.

Resultat 2015

Mätområde	Mycket nöjd/ Nöjd (%)
Bemötande	94

Helhet	93
Information	94
Acceptabel väntetid	100
Rekommendera	98

Husläkarmottagningen

Husläkarmottagningen invigdes den 2 maj 2011. Mottagningen är en primärvårdsenhet och har läkarmottagning, specialistsköterskemottagning och hemsjukvård. Verksamheten har avtal med landstinget enligt vårdval Stockholm. Husläkarmottagningen har ett tjugotal anställda under ledning av verksamhetschef. Mottagningen har idag ca 11 000 listade patienter. Under 2015 har 16675 läkarbesök, 3549 sköterskebesök och 1659 hemsjukvårdsbesök utförts.

Husläkarmottagningens process



Utvärdering av kvalitetsmål Husläkarmottagningen

Husläkarmottagningen mäter kundupplevelsen med hjälp av ett frågeverktyg. Undersökningen är en maildialog där resultatet kontinuerligt och direkt kan följas under året. Ungefär 300 respondenter per år har deltagit i undersökningen.

Resultat 2015

Mätområde	Mycket nöjd/ Nöjd (%)
Bemötande	90
Helhet	89
Information	89
Acceptabel väntetid	80
Rekommendera	93

Arbetsgrupper/aktiviteter

Kvalitet

Sophiahemmets kvalitetsgrupp har utvecklats från en liten grupp inom den slutna vården till att omfatta hela Sophiahemmets verksamhet. Verksamheterna representeras av ombud och kvalitetssamordnare är sammankallande och leder gruppens arbete. Chefläkaren ingår. Gruppen har i denna sammansättning fungerat sedan 2005 och målet var initialt att förbättra och utveckla vården och tjänsterna, som Sophiahemmet tillhandahåller externt och internt samt genom detta bli certifierad enligt ISO 9001.

Gruppen arbetar med förbättringar och utveckling och träffas ca fyra gånger/år samt är en stödjande funktion för egen verksamhet och vårdgivare. Minnesanteckningar finns tillgängliga för alla i dokumenthanteringssystem och via Insidan. Agenda skickas ut till berörda en vecka före arbetsgruppsmöte och finns även den tillgänglig i dokumenthanteringssystem.

Miljö

Sophiahemmets miljögrupp bildades redan 2002 då miljöutredning och arbetet mot en miljöcertifiering påbörjades. Gruppens uppdrag har sedan dess utvecklats och idag arbetar gruppen mer proaktivt för att stödja, förbättra och upprätthålla miljöledningssystemet. Gruppen består av kvalitetssamordnare (sammankallande) samt miljöombud för Försäkringsmottagningen, Hälsocentralen, Operationsavdelningen, Vårdenheten, Husläkarmottagningen, Servicecenter och chefläkare. Två vårdgivare ingår i Sophiahemmets miljöcertifiering, 2014 miljöcertifierades Öron-näs-halsmottagningen och 2015 miljöcertifierades Neurology Clinic 2015 och representanter för dessa verksamheter ingår också i miljögruppen. Gruppen har möten fyra gånger om året och minnesanteckningar finns tillgängliga för alla i dokumenthanteringssystem och via Insidan. Agenda skickas ut till berörda en vecka före arbetsgruppsmöte och finns även den tillgänglig i dokumenthanteringssystem.

Hygien

Sophiahemmet har tidigare haft avtal med Vårdhygien men nu hör hygienfrågorna till området Kvalitet/ Patientsäkerhet. Hygien är därmed en del av kvalitetsledningssystemet och är en del vid kvartalsgenomgångarna med verksamhetsansvariga. Verksamhetschef ansvarar för hygien inom sitt område. Chefläkaren ansvarar för samordning och spridning av information kring hygienfrågor. Kvalitetssamordnaren har delegerad arbetsuppgift att bevaka nya lagar, lagförändringar och nya dokument inom området samt är sammankallande för hygiengruppen. Gruppen har möten fyra gånger per år och deltagare är hygienombud från Sophiahemmets verksamheter och representanter från de större vårdgivarna. Sophiahemmets hygienombud genomför de nationella mätningarna två gånger per år av VRI samt BHK och skickar rapporterna till kvalitetssamordnare som matar in i nationell databas.

Mottagningsforum

Mottagningsforum är en av Sophiahemmets interna kommunikationsvägar. Forumet startade i liten skala redan år 2000 som ett nätverksmöte och kallas idag för Mottagningsforum. I dessa möten deltar representanter för vård, operation och dagkirurgi samt mottagningsköterskor. Syftet är att ta fram enhetliga rutiner för operations- och vårdplanering och att lära av varandra. Möten hålls 1 gång/termin och är ett lunchmöte. Kvalitetssamordnare är sammankallande och föredragande för kvalitets- hygien- och miljöinformation. Verksamhetschef Sjukvård informerar om nyheter och förändringar i organisationen, marknadschef om varumärket. Minnesanteckningar förs och delges via Insidan.

Info- brev

En gemensam informationskanal för att nå ut till samtliga legitimerade vårdgivare som är ackrediterade till Sophiahemmet, är det Info-brev som utges av Chefläkaren. Denna form av informationsaktivitet har ersatt det tidigare Medicinska Samrådsmötet. I brevet informeras fortlöpande om ackrediteringsärenden och om olika kvalitets- och miljöaktiviteter samt om interna

förändringar som är av betydelse för vårdgivarna vid Sophiahemmet. Här presenteras och påminns också om olika myndighetskrav samt informeras om nya och/eller förändrade lagar av betydelse för hälso- och sjukvården.

Smärta

Hur patienterna upplever sin smärta och hur de svarar på behandlingen följs upp inom slutenvård och dagkirurgi i den kontinuerliga utvärderingen som skickas ut. Resultaten för utvärderingen 2015, visas nedan (656 respondenter).

Index	Resultat 2015
Fått/tagit smärtstillande behandling	96 %
Nöjd med smärtstillande behandling	93 %
Smärtlindring inom acceptabel tid	98 %

Gaskommitté

Sophiahemmet har, sedan våren 2008, en lokal gaskommitté i enlighet med de myndighetskrav som föreligger för en verksamhet som handhar medicinska gaser. Gruppen träffas två gånger per år och går då igenom avvikelser, uppdaterar lokal gashandbok, får återkoppling från landstingets centrala gaskommitté samt ansvarar för uppföljning av underhållsavtal och utbildning av medicinskt gasansvarigpersonal. Verksamhetschef sjukvård är sammankallande, chefläkare, chef fastighetsdrift, drifttekniker, representanter för anestesiologer, MTA samt sjukhusapotek ingår. Adjungerad är kvalitetsamordnare. Ansvarig sjuksköterska är utsedd för den medicinsk gashantering inom varje verksamhetsområde. Ett program finns för att säkerställa hanteringen av gasflaskor som ansvaras av drifttekniker.

Patientsäkerhetsgrupp

För att vidareutveckla patientsäkerhetsarbetet bildades under 2012 en särskild arbetsgrupp med fokus på projektarbeten inom patientsäkerhetsområdet. Pågående projekt är kartläggning av relevanta nationella kvalitetsregister och hur resultat tas till vara i verksamheterna: Kvalitetsregister- vad har vi dem till?

Posters 2013-2014:

Författare	Titel	Publicerad
Christina Jansson, leg.SSK Peter Möller, leg.läk. MD PhD Anders Rüter, leg.läk. MD PhD	Det du inte ser- ökad förståelse och kunskap om negativa vårdhändelser med hjälp av GTT	7:e Nationella Patientsäkerhetskonferensen, januari 2013. Nominerad till bästa poster.
Christina Jansson, leg.SSK Peter Möller, leg.läk. MD PhD Anders Rüter, leg.läk. MD PhD	To See The Unseen- using Global Trigger Tool in Risk Management	International Forum on Quality and Safety in Healthcare, London, 17- 19 april 2013
Anders Rüter, leg.läk. MD PhD Peter Möller, leg.läk. MD PhD Christina Jansson, leg.SSK	Hur ser vi ut? Ett sjukhus speglat genom nationella kvalitetsregister	Nationella Kvalitetsregisterkonferensen 2013, Stockholm
Christina Jansson, leg. SSK Anders Rüter, leg.läk. MD PhD	Vad händer på vägen- avvikelser inte bara vad utan även var?	8:e Nationella Patientsäkerhetskonferensen 2014

MTA

Sophiahemmet har avtal med MTA, Capio S:t Görans sjukhus för att registrera och bevaka att all den medicintekniska utrustning som finns i Sophiahemmets verksamheter och används inom vården, blir föremål för en systematisk kvalitetskontroll.

Representant för denna verksamhet deltar i möten på Sophiahemmet, som hålls en gång/år eller vid behov, tillsammans med sjukvårdens verksamhetschef, MTA- ansvariga sjuksköterskor, chefläkare och gasansvarig maskinist. Samtliga verksamheter, med medicinskt teknisk apparatur, har ansvariga sjuksköterskor utsedda. Ett eget utarbetat excelprogram finns för att säkerställa hanteringen av medicinsk/tekniska produkter.

Kris- och beredskapsgrupp

Under hösten 2009 bildades en grupp för kris- och beredskapsfrågor på Sophiahemmet. Bakgrunden var att svininfluensan upphöjdes till en pandemi. Inför hotet om massinsjuknande och eventuella driftstörningar tillskapades en arbetsgrupp för att organisera en beredskapsplan och för att organisera den interna kommunikationen. Sammankallande för gruppen var marknadschef och chefläkaren, rektor, verksamhetschef sjukvård, representant för HR, administrativ assistent och kvalitetssamordnare ingick. Efter att svininfluensan ebbade utarbetades en generell kris och katastrofgruppskonstellation fram för att aktiveras vid andra kriser än pandemier. Kris- och beredningsgruppen har kapacitet att akut kalla samman de specifika funktioner, som krävs vid oväntade händelser. En kris- och katastrofplan är framtagen för och omfattar alla medarbetare som tjänstgör under Sophiahemmets varumärke.

Kris och katastrofplanen består av två delar, en definiering av vad en kris och katastrof kan vara och en del som sammanfattar Sophiahemmets beredskapsplaner (kontinuitetsplanering) vid olika typer av kriser eller driftavbrott.

Dokumentet ska ses som ett arbetsverktyg, då det är svårt att i förväg identifiera alla ev krissituationer som kan uppstå och förvaras i dokumenthanteringssystem.

Ackrediteringssystem

Sophiahemmet är ett företag som kännetecknas av professionalitet, engagemang, tillgänglighet och tradition, vilket är den värdegrund som alla verksamma vid Sophiahemmet ska identifiera sig med. Sophiahemmet är ett starkt varumärke som skapar förväntningar på kvalitet och kompetens vilket ställer höga krav på alla verksamma vid Sophiahemmet. Ackrediteringsförfarandet och ackrediteringsreglerna är verktyg för att tillgodose Sophiahemmets och dess vårdgivares intresse att möta dessa krav. Alla verksamma vårdgivare ackrediteras för att få bedriva verksamhet inom Sophiahemmet. Ackrediteringsansökan beslutas av Chefläkaren, förutom för de tolv största företagen som har delegerats att själva administrera ackrediteringsförfarandet och att fortlöpande anmäla förändringar till Chefläkaren. Godkänd ackreditering gäller för den verksamhet som beskrivits i ansökan och vid förändrad verksamhet ska prövning göras. Chefläkaren beslutar också om upphörande av ackreditering. Efter det att ackreditering upphör, upphör också rätten att bedriva verksamhet och att utnyttja Sophiahemmets tjänster och varumärke.

Senaste sammanställning visar 282 ackrediterade specialister. Under 2015 har 26 nya verksamma läkare ansökt och erhållit ackreditering och 46 verksamma läkare har avslutat sin verksamhet och därmed avackrediterats.

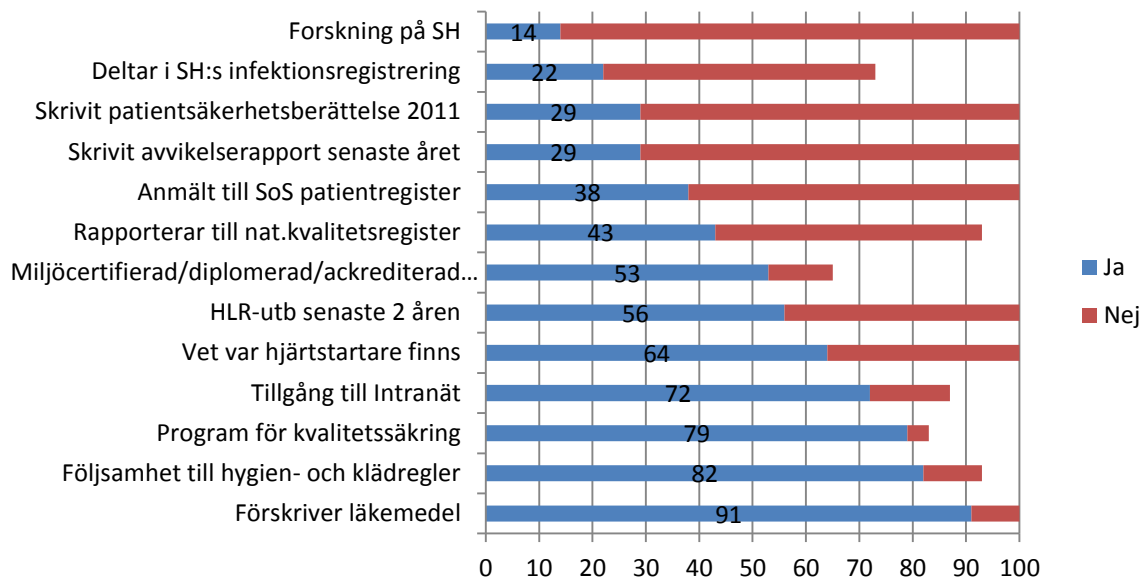
”NK-modellen” (Entreprenörmodellen)

Sophiahemmets patientansvariga läkare är inte anställda av Sophiahemmet AB utan arbetar som konsultläkare under eget ansvar eller som egna vårdgivare eller som anställda i annat vårdbolag. Inom Sophiahemmet finns ett åttiotal olika bolag, inom ett sextiotal verksamheter, från mindre enmans-företag till större verksamheter med upp till ett sextiotal anställda. Samtliga vårdgivare förbinder sig att följa ackrediteringsreglerna och det samverkansavtal som är kopplat till hyresavtalet. I det fall läkaren inte är hyresgäst upprättas ett konsultavtal med den organisation som har hyresavtalet. Organisationsmodellen kan liknas vid varuhuset NK, ett starkt varumärke för omvärlden med olika ”specialistverksamheter” som delar en gemensam värdegrund, regler och policies.

Kvalitetssäkring av vårdgivarnas verksamhet

Enligt Socialstyrelsens nya författning, SOSFS 2011:9, är det alltid vårdgivaren som har ansvar för att ett ledningssystem finns implementerat i verksamheten. Vårdgivarnas mottagningar vid Sophiahemmet är juridiskt att likställa med självständiga verksamheter med eget verksamhetsansvar, vilket innebär att mottagningarna vid Sophiahemmet har kravet att kvalitetssäkra sin verksamhet. Detta står också inskrivet i Ackrediteringsreglerna. Följsamheten av detta krav har efterfrågats i ”läkarenkäten” och har visat sig vara god, även om det finns några enstaka mottagningar som inte redovisat detta. Vanligaste och enklaste kvalitetssäkringsprogrammet är KVALPRAK, som godkänts av såväl Landstinget som Socialstyrelsen, och som har framtagits av Stockholms Privatläkarförening i samarbete med ett kommersiellt företag.

Nedan visas resultat från senaste läkarenkät 2012:



Ackrediteringsreglerna

Syftet med att ha gemensamma värderingar, regler och rutiner (Ackrediteringsreglerna) är att värna om Sophiahemmets höga kvalitetskrav, att upprätthålla en hög patientsäkerhet samt att ha kunskap om hur vi påverkar och värnar om miljön. Grunden till detta regelverk är professionens etiska regler, gällande lagar och författningar, lokala föreskrifter och rutiner samt individuella hyres-, konsult- och samverkansavtal, vilket varje läkare är skyldig att känna till och följa. Förändringar och nyheter

introduceras och handläggs i det medicinska samrådet och protokollen från dessa finns tillgängligt för alla på Sophiahemmets intranät "Insidan". Skriftligt samtycke av ackrediteringsreglerna ligger till grund för upprättande av en lista över samtliga ackrediterade läkare vid Sophiahemmet.

Ackrediteringsreglerna består av 18 huvudpunkter:

1. Att utöva sitt yrke i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet
2. Att delta i program för kvalitetssäkring av den egna verksamheten.
3. Att lämna en kopia av den årliga till SLL obligatoriska verksamhetsredovisningen till chefläkaren
4. Att årligen rapportera till Socialstyrelsens patientregister
5. Att anmäla förändringar av verksamheten eller ny verksamhet med hjälp av annan personal, införandet av nya metoder och ny teknik till chefläkaren, som ska godkänna detta
6. Att samråda med Marknadschefen gällande all marknadsföring, skyltning och annonsering, även via Internet, som ska godkännas
7. Att följa Sophiahemmets regler för varumärket, designmanualen samt regler för hemsidan
8. Att delta i Sophiahemmet AB:s avvikelse rapportering
9. Att ha ansvars- och patientskadeförsäkring
10. Att informera chefläkaren om ärenden som anmälts till Socialstyrelsen
11. Att inte parallellt bedriva konkurrerande verksamhet utanför Sophiahemmet utan särskild godkännande av chefläkaren
12. Att delta i den bakjournlinje, som utgör en beredskap bakom PAL-systemet
13. Att anmäla deltagande i kliniska provningar till chefläkaren
14. Att följa Sophiahemmets kvalitets- och miljöpolicy och bidra till att Sophiahemmets AB:s verksamhetsmål kan uppfyllas
15. Att följa de regler och rutiner, som Sophiahemmet AB ställer krav på, t ex hygienrutiner och klädregler
16. Att delta i infektionsregistreringen, avseende alla vårdrelaterade infektioner
17. Att delta i relevanta Nationella register
18. Att årligen upprätta en Patientsäkerhetsberättelse

FÖRFATTARE:

Jan Zedenius	Chefläkare
Christina Jansson	Kvalitetssamordnare

SOPHIAHEMMET 2016

