



**PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE
2017**

S O P H I A  H E M M E T
S J U K H U S

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Övergripande mål och strategier för patientsäkerhetsarbetet.....	4
Ackreditering – en kvalitetsgaranti	4
Långsiktiga mål	5
Strategier för att uppnå målen.....	6
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet.....	7
Struktur för uppföljning och utvärdering	8
Uppföljning genom egenkontroll	9
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	14
Systematiskt förbättringsarbete	14
Patientsäkerhets- och kvalitetsförbättringar under året	14
Rutiner för att identifiera risker i verksamheten	16
Rutiner för händelseanalyser	16
Informationssäkerhet.....	16
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	17
Sophiahemmets värdegrund	17
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet/klagomål och synpunkter.....	17
Samverkan med patienter och närstående.....	18
Information till patient vid vårdskada.....	18
Resultat.....	19
Avvikelse	19
Klagomål	19
Lex Maria	19
Patientenkäter.....	19
Net promotor Score, NPS	20
Punktprevalensmätning Basala hygienrutiner och klädregler	20
Vårdrelaterade infektioner på Sophiahemmet	20
Markörbaserad journalgranskning, MjG	21

Sammanfattning

Sophiahemmet AB ägs av Sophiahemmet, ideell förening och ingår i koncernen Sophiahemmet tillsammans med Sophiahemmets Högskola. Vi driver tre mottagningar i egen regi: Försäkringsmottagningen, Husläkarmottagningen och Hälsocentralen. Dessutom driver vi en operationsavdelning med uppvakningsenhet och två vårdavdelningar för postoperativ slutenvård. Sophiahemmet samlar närmare 350 olika specialistläkare med olika inriktningar hos våra cirka 50 självständiga vårdgivare. Varje vårdgivare ackrediteras årligen av Sophiahemmet. Vårdgivaren ansvarar för sitt eget kvalitetsarbete, kvalitetsredovisning och deltagande i kvalitetsregister och öppna jämförelser som redovisas i respektive vårdgivares patientsäkerhetsberättelse och/eller hemsida.

En god patientsäkerhetskultur är en förutsättning för att skapa en säker vård i svensk hälso- och sjukvård. En stark säkerhetskultur präglar hela Sophiahemmet. Att mäta patientsäkerhetskulturen ingår som ett viktigt led i att ständigt förbättra patientsäkerheten i vår organisation och är en av sjukhusets viktigaste prioriteringar. I vår senaste patientsäkerhetskulturmätning hos medarbetarna nådde vi 83 i index. Dimensioner med bedömningen väl fungerande patientsäkerhetskultur av medarbetarna har indexvärden över 70 (max index är 100), vilket innebär att vi nådde ett utmärkt resultat.

I våra övergripande långsiktiga hållbarhetsmål har vi flera aktiviteter och mätetal som handlar om patientsäkerhet och om hur vi kan förbättra den och som vi följer. I berättelsen skriver vi mer om våra särskilda satsningar och vilka patientsäkerhets- och kvalitetsförbättringar vi har gjort under året.

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 certifierade enligt SS-EN ISO 9001 och SS-EN ISO 14001, Ledningssystem för kvalitet och miljö. Under 2017 så certifierades vi i de nya standarderna ISO 9001:2015 och ISO 14001:2015. 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 möjligt.

En del av ledningssystemets grundläggande uppbyggnad är risk- och avvikelshantering. En god patientsäkerhetskultur kännetecknas av att medarbetarna är medvetna om risker och rapporterar avvikelser. Vi arbetar aktivt med att öka inrapporteringen genom att uppmuntra medarbetarna till att rapportera. På Sophiahemmet har 269 avvikelser rapporterats in under 2017 varav 110 avvikelser handlade om patientsäkerhetsrisker. Istället för att leta syndabockar innebär en bra patientsäkerhetskultur att vara öppen för att ompröva arbetssätt och metoder. Avvikelsena leder till att man systematiskt och fortlöpande utvecklar och kvalitetssäkrar verksamheterna. Av de 110 avvikelserna gällande patientsäkerhetsrisker så var 39 stycken av betydande allvarlighetsgrad och 1 katastrofal vilket är mycket ovanligt för Sophiahemmet.

Vi har under året utfört tre stycken händelseanalyser och anmält sex ärenden enligt Lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg, IVO där två fall gäller våra egna verksamheter och fyra våra vårdgivare. 144 klagomål har kommit in till Patientnämnden (en patients klagomål kan generera flera

områden/klagomål) där 87 klagomål rörde våra vårdgivare och 19 klagomål Husläkarmottagningen. 61 % av 144 klagomål handlade om vård och behandling vilket kan jämföras med Patientnämndens årsrapport, där 47 % rörde vård och behandling.

Under 2017 besvarade drygt 660 patienter våra patientenkäter som mejlats ut till de patienter som lämnat sitt godkännande under besöket och 2103 patienter besvarade våra frågor på våra Touch Point – surfplattor utplacerade vid mottagningarnas entréer och 96 % av patienterna är nöjda med bemötandet, 96 % av patienterna är nöjda med helhetsintrycket och 94 % av patienterna är nöjda med informationen. Trots det fina resultatet strävar vi efter ytterligare förbättringar.

Övergripande mål och strategier för patientsäkerhetsarbetet

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

Målsättningen på Sophiahemmet är att patientsäkerheten alltid ska vara en självklar del av vår organisation och våra arbetsätt. Sjukhusets ledning fastställer de övergripande målen för kvalitet och patientsäkerhet. Vi har en nollvision gällande vårdskador. Vi arbetar med att förebygga och minska vårdskador tillsammans med våra vårdgivare. 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.

Alla som arbetar på Sophiahemmet ska säkra att alla patienter får en god och säker vård. I det ingår bland annat att vårdgivarna ska känna till gällande regelverk och riktlinjer samt fortlöpande följa upp, utvärdera och förbättra kvalitet och patientsäkerhet i den egna verksamheten. Vårdgivarna sammanfattar sitt systematiska patientsäkerhetsarbete i egna årliga patientsäkerhetsberättelser.

För att kontrollera processen måste alla vårdgivare ackrediteras.

Ackreditering – en kvalitetsgaranti

Ackrediteringens mål är att säkerställa att alla som verkar inom Sophiahemmets varumärke gör det enligt samma principer om säker och högkvalitativ vård.

Verksamhetschefen är skyldig att ha kännedom, följa gällande lagar och författningar och hålla sig uppdaterad om ändringar. Verksamhetschefen ansvarar för att alla inom den egna verksamheten (inklusive specialister, konsulter, vikarier och deltidsanställda) känner till Sophiahemmets gemensamma riktlinjer och policys och försäkrar detta årligen till Sophiahemmet.

Nedan beskrivs vad som innefattas:

- Sophiahemmet Sjukhus värdegrundsfilm
- Sophiahemmets miljöfilm - om ackrediteringen gäller Sophiahemmet ABs egna verksamheter eller vårdgivare med hängavtal av vår miljöcertifiering SS-EN ISO 14001, ska även examination utföras enligt rutin: SLL:s miljöutbildning för förskrivare
- Sophiahemmet Sjukhus Värdegrund
- Sophiahemmet Sjukhus policy Bemötande av patient
- Sophiahemmet Sjukhus rutin Basala hygienrutiner och klädregler
- Sophiahemmets policy Hållbar utveckling
- Sophiahemmets policy Informationssäkerhet

- Sophiahemmets Varumärkespolicy och regler
- Sophiahemmets Mediepolicy inklusive policy för sociala medier

Utöver Sophiahemmets gemensamma riktlinjer och policys ska vårdgivaren:

- Tillse att medarbetarna årligen genomför relevant HLR-utbildning
- Följa etiska regler för respektive profession
- Utöva verksamheten i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet
- Ha ansvars- och patientskadeförsäkring
- Informera Chefläkaren om ärenden som anmälts till Inspektionen för vård och omsorg (IVO)
- Anmäla deltagande i kliniska prövningar till Chefläkaren
- Delta i relevanta Nationella register
- Minska risken för vårdrelaterade infektioner genom systematiskt och förebyggande arbete
- Rapportera in patientsäkerhetsavvikelser där patient har skadats allvarligt och/eller att en patient kunde ha skadats allvarligt har skett
- Rapportera in betydande miljöavvikelser till Sophiahemmet

Ackrediteringsförfarandet ska tillgodose och säkra sjukhusets och vårdgivarnas intressen avseende kvalitet, patientsäkerhet och kompetens.



Illustrationen "tårtan", beskriver vilka delar som Sophiahemmets ackreditering består av. Målet är att säkerställa att alla som verkar inom Sophiahemmet gör det enligt samma principer, regelverk och förhållningssätt.

Långsiktiga mål

Under 2017 har vi bytt ut våra tidigare kvalitetsmål, som vi haft i en femårsperiod, och arbetat fram nya övergripande mål för nästa femårsperiod med aktiviteter och mätetal. De kan komma att anpassas under perioden så att det vi följer upp och mäter är aktuellt, känns meningsfullt och ökar möjligheter till förbättringar. Varje verksamhet har skapat verksamhets specifika mål utgående från de övergripande målen.

Vår Hållbarhetspolicy består av fyra perspektiv där vi ständigt strävar efter att bli bättre.

Första perspektivet - *Vi arbetar patientsäkert* - där bemötande, delaktighet, information, mätningar, uppföljningar, återkoppling och kompetensutveckling ryms. Det övergripande målet är att leverera

effektiv och säker vård med rätt kvalitet samt att vi ska arbeta med förebyggande hälso- och sjukvård.

- Allvarliga och undvikbara vårdskador ska vara noll
- Vi ska öka i index vid mätning av patientsäkerhetskultur hos medarbetarna
- Våra patienter ska rekommendera Sophiahemmet Sjukhus

Övriga tre perspektiv:

Vi arbetar hälsofrämjande. Vi strävar mot minskad belastning från kemikalier, luftföroreningar, buller, läkemedelsrester inklusive antibiotika. Vi har en hälsosam arbetsmiljö. Vi levererar rätt hälso- och sjukvård samt rätt utbildning.

Vi arbetar klimat- och resurseffektivt. Vi har minskad energiförbrukning, kloka transporter, minskning av medicinska och medicintekniska gaser, utvecklar drift och förvaltning av fastigheterna, tar hänsyn till kretsloppet, återvinning och avfallshantering.

Vi integrerar hållbarhetsfrågor i forskning och utbildning. Studenter och medarbetare bidrar genom kunskap och engagemang till en framtida hållbar samhällsutveckling.

Förutsättningar för framgångsrikt arbete med hållbar utveckling på Sophiahemmet är:

- Ledningens engagemang
- Medvetna och kompetenta medarbetare
- Samverkan med verksamheternas olika intressenter, inklusive interdisciplinär samverkan
- En kultur där avvikelsehantering är naturlig och utnyttjas effektivt
- En ackrediteringsprocess som säkerställer kvaliteten på samtliga vårdgivare
- Riskanalyser som identifierar och minimerar risker för patienter, medarbetare och studenter, men också för samhället i övrigt
- En hållbar ekonomi som tillåter kloka investeringar
- Uppföljning och säkerställande av efterlevnad av lagar och andra bindande krav
- Mål som är mätbara och driver hållbar utveckling
- Transparens kring hur vi arbetar och vilka resultat vi uppnår

Strategier för att uppnå målen

- Att alla patienter på Sophiahemmet ska få veta vilken läkare som är ansvarig för vården under hela vårdtiden
- Att utvecklings/utbildningsplan upprättas och regelbunden kompetensutveckling sker så att den anställda medarbetaren har rätt kompetens för sitt arbete
- Att hjärtsäkra sjukhuset genom att alla medarbetare årligen genomför HLR-utbildning
- 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 säkerställa att alla medarbetare oavsett vårdgivare på Sophiahemmet är väl förtrogna med de uppsatta målen

- Att delta i punktprevalensmätningar avseende VRI och BHK varje halvår och sprida och följa upp resultatet
- Att kommunikationsmodeller, s.k. SBAR, används vid överrapportering av patient från en vårdenhet till en annan för att minska risken för informationsbortfall
- Att kompetens finns i verksamheterna med medarbetare som gått Risk- och händelseanalysutbildning enligt metod av Sveriges kommuner och landsting, SKL
- Att riskanalyser utförs och att hantera risker är inbyggt i allt vi gör
- Att händelseanalyser, både mindre och omfattande, utförs kontinuerligt och inte bara vid vårdskada utan även då risk för vårdskada uppkommit
- Att alla medarbetare uppmuntras till att identifiera risker och rapportera dem i vårt avvikelshanteringssystem
- Att genomföra årlig patientsäkerhetskulturmätning bland medarbetarna
- Att använda säker kirurgichecklista i enlighet med WHO för att främja säkerhetsmedvetandet
- Att genomföra strukturerad markörbaserad journalgranskning för att identifiera skador i vården och deras orsak

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

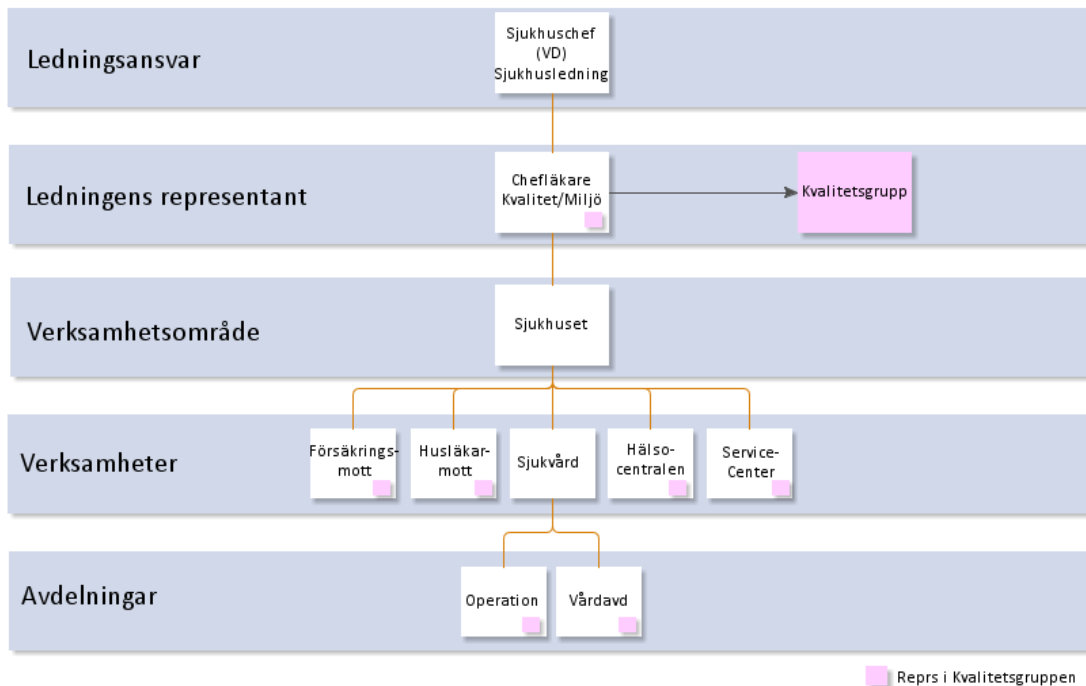
Sjukhusledningen består av VD, chefläkare och verksamhetschefer. VD ger uppdragsbeskrivningar till verksamhetscheferna. I uppdragen ingår direkt ansvar för förbättringsarbete som innefattar kvalitet och patientsäkerhet. Ansvariga för Ekonomi, IT, HR och Marknad sitter också med i sjukhusledningen som stöd för förbättringsarbetet. De övergripande målen fastställs av sjukhusledningen som följer upp och utvärderar dem.

Sophiahemmet har en Kvalitetsavdelning som består av chefläkare, kvalitetsutvecklare och projektledare. Chefläkaren är ledningens representant i kvalitets- och miljöfrågor. I chefläkarens ansvar ingår bland annat att bedöma avvikelser och klagomål, utreda och anmäla allvarliga patientsäkerhetsrisker och vårdskador till Inspektionen för vård och omsorg, IVO. Chefläkaren kan initiera att en händelseanalys ska utföras. Patientsäkerhetsfrågor hanteras i samverkan med verksamheterna, ledningen och Patientnämnden i Stockholm.

Kvalitetsavdelningen har en stödjande funktion för verksamheterna vid Sophiahemmet med syfte att skapa helhetssyn över verksamhetsutvecklingen och övergripande verka för att driva utveckling. Kvalitetsavdelningen underhåller och uppdaterar ledningssystemet samt ansvarar för de obligatoriska revisionerna och kontrollerna. Kvalitetsavdelningen sammanställer mätresultat och redovisar dessa för verksamheterna samt kontrollerar lagefterlevnaden. Kvalitetsutvecklaren är sammankallande för kvalitets-, hygien- och miljögruppen där varje verksamhet representeras med lokala ombud. Underlag för de lokala målen och handlingsplanerna tas fram i samarbete med de lokala ombuden och fastställs av verksamhetschef/motsvarande. I första linjens chefsuppdrag, givet 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 som arbetar närmast patienterna uppmuntras att driva det kontinuerliga förbättringsarbetet. De rapporterar i avvikelssystemet då patientsäkerhetsrisker, tillbud och andra avvikelser uppstår. IT-, HR- och marknadsavdelningen

stödjer kontinuerligt hela sjukhuset i förbättrings- och patientsäkerhetsarbetet och när nya behov uppstår.

Kvalitetsorganisationen på Sophiahemmet sjukhus



Struktur för uppföljning och utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Sophiahemmet använder ett webbaserat ledningssystemstöd i syfte att underlätta inrapportering av data i samband med kvalitetsuppföljningar och egenkontroller. Systemet möjliggör en uppföljning av resultat över tid och ger förutsättningar för dataanalys. Handlingsplan upprättas i ledningssystemstödet och ansvarig utses. Rapporter kan skapas vilket ger en överblick och man kan återkoppla och visualisera resultatet. Det pågår arbete att implementera systemstödet på flera nivåer ute i verksamheterna för att det ska användas vid t ex förbättringsarbete.

Under året följs målen upp av verksamhetschef i samband med verksamhetsuppföljning. Vi använder ett elektroniskt avvikelshanteringssystem som ligger lättillgängligt för alla på vårt intranät. På Sophiahemmet ska alla former av avvikelser, avsteg från dokumenterade vårdprocesser, rutiner och oväntade händelser, miljöavvikelser, hanteras. Att uppmärksamma, åtgärda, följa upp och rapportera är en viktig del i det ständiga förbättringsarbetet.

Kvalitetsutvecklaren sammanställer de övergripande hållbarhetsmålen samt verksamheternas måluppfyllelse och redovisar till ledningens representant. Resultat av uppföljningen rapporteras på ledningens genomgång 4 gånger per år för att se om eventuella åtgärder behöver vidtas. Kvalitetsutvecklaren presenterar resultatet till ombuden på respektive möte.

Exempel på områden som följs upp:

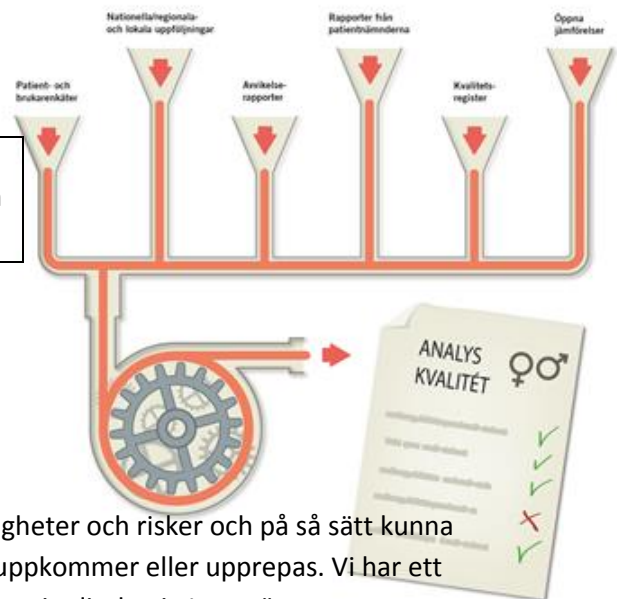
- Andel patientsäkerhetsavvikelser
- Andel patienter som drabbas av vårdskador

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

Uppföljning genom egenkontroll

SOSFS 2011:9 5 kap. 2 §, 7 kap. 2 §

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 via blankett till kvalitetsutvecklaren som lägger in avvikelsen i systemet och vidarebefordrar till närmaste ansvarig. Avvikelsena följs upp och sammanställs kontinuerligt och rapporteras vid varje ledningsgenomgång och till kvalitetsgruppen varje kvartal.

- Vårdskademätning

Sedan 2014 används Markörbaserad journalgranskning, MJG, inom vår slutenvård. Tidigare användes Global trigger tool, GTT, som är en internationell metod medan MJG är anpassad för svensk sjukvård. 20 slumpvis framtagna journaler granskas av en erfaren sjuksköterska en gång per månad. 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. Oundvikbara skador identifieras också men i och med att de är undvikbara är det svårt att förändra/förbättra en process för att förhindra att något sådan ska hända igen. Chefläkaren går igenom de kriterier eller "triggers" som journalgranskarna funnit och beslutar om en vårdskada inträffat. Skadorna kategoriseras enligt nedanstående gradering;

<i>Kategori E</i>	Bidrog till eller resulterade i temporär skada som krävde åtgärd.
<i>Kategori F</i>	Bidrog till eller resulterade i temporär skada som krävde sjukhusvård eller förlängde sjukhusvistelsen
<i>Kategori G</i>	Bidrog till eller orsakade permanent skada
<i>Kategori H</i>	Krävde livsuppehållande åtgärder
<i>Kategori I</i>	Bidrog till patientens död

Data presenteras i två variabler:

Skador/1000 vårddagar

Procentuell andel av vårdtillfällena med skada

- Anmälningsärenden och patientsynpunkter

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 till IVO, Inspektionen för Vård och Omsorg, i enlighet med HSLF-FS 2017:40 (SOSFS 2005:28 upphör i och med den nya föreskriften), och kallas för lex Maria-anmälan. Från och med 1 september 2017 ska patienter och närstående vända sig i första hand direkt till den verksamhet som ansvarat för vården och föra fram sitt klagomål. De kan inte göra en så kallad lex Maria-anmälan till IVO. 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 medarbetare som drabbats av en anmälan. En viktig stödinsats, förutom den rent personliga, är att bistå vid utformandet av den anmäldes yttrande. Varje månad får Kvalitetsavdelningen en rapport från Patientnämnden på antal patientanmälningar på sjukhuset som 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 är en fristående och opartisk instans som man som patient eller anhörig kostnadsfritt kan vända sig till för att få stöd och hjälp med frågor, synpunkter eller klagomål som rör hälso- och sjukvård eller tandvård. 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 på Sophiahemmet visade det sig att den största gruppen av klagomål, mer än vart femte klagomål, berörde bemötandet. På grund av detta sattes ett övergripande långsiktigt mål 2012-2016 där andelen klagomål gällande bemötande skulle minska till lägre än 11 % och arbete initierades för att nå målet. 2017 handlade endast 10 % av klagomålen om bemötande.

- Vårdrelaterade infektioner

Sophiahemmet utför punktprevalensmätningar (PPM) av vårdrelaterade infektioner (VRI) två gånger per år, under vår och höst i slutenvården. Dessa mätningar initierades av SKL som ett led i den nationella satsningen för ökad patientsäkerhet. Hösten 2010 var första gången som Sophiahemmet deltog i mätningen. I och med att vi har korta vårdtider och att de flesta kirurgiska ingreppen sker dagkirurgiskt så följer vi de vårdrelaterade infektionerna via patientenkäteerna. Patienterna tillfrågas om de drabbats av infektion efter vårdtillfället, om de behandlats för denna infektion och vem som har behandlat infektionen. Även här sker ett nära samarbete med vårdgivarna där de återkopplar ifall VRI uppkommer frekvent postoperativt. VRI redovisning ska ingå i vårdgivarens egen patientsäkerhetsberättelse.

- Basala hygienrutiner och klädregler

Syftet med basala hygienrutiner och klädregler är att förhindra smittöverföring inom vård och omsorg. 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). Punktprevalensmätning 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 VRI, kontinuerligt vår och höst, och sammanställningen redovisas på ledningens genomgång samt i kvalitets- och hygiengruppen till ombuden. Varje enhet får dessutom en sammanställning på sitt egna resultat i jämförelse med resten av sjukhuset och Stockholms läns landsting. Under året har vi uppmärksammat Handhygienens dag som är en kampanj initierad av WHO för att förbättra handhygien i vården i världen. På dagen, 5 maj, så fick personalen sprita sina händer med fluorescerande handsprit för att sedan kontrollera resultatet under en UV-lampa. Detta förebyggande arbete har vi fortsatt med under året då verksamheterna har lånat lampan för att genomföra egen kvalitetssäkring av handspritning under t ex ett personalmöte.

- Nationella kvalitetsregister

Sverige har många nationella kvalitetsregister med personbundna uppgifter inom specifika områden i hälso- och sjukvård. De används bland annat för förbättringsarbete och uppföljning samt för forskning. Sophiahemmets verksamheter inklusive vårdgivarna deltar i mer än 20 kvalitetsregister.

- Patientnöjdhet

Uppföljning av patientnöjdhet genomförs kontinuerligt på varje enhet. Generella frågor för att mäta gemensamma mål ställs. Kvalitetsindikatorer med särskilt fokus är väntetid, bemötande, helhet, information och om man kan tänka sig att rekommendera enheten. Varje enhet ansvarar för de frågor som ställs till patienterna och kan, förutom övergripande frågor, välja specifika frågor och problemområden som önskas mätas och som 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. Vi mäter via ett webbaserat system och skickar ut enkäten via mejl eller sms. Våra mottagningar har en Touch Point, surfplatta, vid respektive mottagningsentré så att patienten kan svara på hur upplevelsen av besöket varit genom att markera olika alternativ. Genom att patienten får möjlighet att svara i direkt anslutning till besöket, och tekniken gör det mycket enkelt att medverka, så har svarsfrekvensen ökat markant.

- Läkemedelshantering

Läkemedelshanteringen ska enligt (SOSFS 2011:9) genomgå en kvalitetsgranskning på respektive enhet som en egenkontroll av lagefterlevnaden. Läkemedelshanteringen inom Sophiahemmet följer

de lagar och föreskrifter som gäller generellt och regleras av lokala rutiner och instruktioner. Chefläkare och verksamhetschefer är ytterst ansvariga för läkemedelshandlingen. Läkemedelsansvariga sjuksköterskor finns på varje enhet och har erhållit delegering från verksamhetschef att rekvirera läkemedel från Apoteket, huvudsakligen via nätet och webbbeställningar. Då läkemedelshandlingen är en viktig patientsäkerhetsfaktor ska avvikelser rapporteras i avvikelssystemet. Sedan 2012 har obligatoriska skriftliga läkemedelsgenomgångar för alla patienter införts. Kvalitetsutvecklaren ansvarar för att detta sker årligen med hjälp av Apoteket. Vi följer även upp handlingen med frågor gällande recept och läkemedel i våra patientenkäter.

- Mätning av Patientsäkerhetskulturen

Nytt i år är att Sophiahemmet mäter patientsäkerhetskulturen tillsammans med medarbetarenkäten, för att på så sätt nå ökad svarsfrekvens. Genomförandet är en del i kvalitetsarbetet och egenkontrollen och ger möjlighet att se de egna resultatet men även jämföra med andra enheter. Varje enhet går igenom svaren från sin egen enhet på respektive arbetsplatsträff. Diskussion och handlingsplan upprättas vid svar som har låga siffror gällande patientsäkerhet, allt för att förbättra och utveckla patientsäkerheten.

- WHO:s checklista

Som ett led i utvecklingen av säkrare kirurgi har WHO tagit fram en internationell checklista. Checklistan har visat sig reducera postoperativa komplikationer och dödsfall med mer än en tredjedel. På Sophiahemmet används checklistan sedan 2009. Avvikelser, 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.



Checklista

Förberedelse	Timeout	Avslutning
<p>Patienten bekräftar:</p> <input type="checkbox"/> Identitet <input type="checkbox"/> Plats för incision / markering <input type="checkbox"/> Informerad och införstådd operation	<input type="checkbox"/> Operatören startar genomgång och alla i temaet presenterar sig med namn och roll <input type="checkbox"/> Anestesiolog/anestesisjuksköterska, operationsjuksköterska och operatör bekräftar patientens ID	<input type="checkbox"/> Vilket ingrepp har utförts <input type="checkbox"/> Postoperativa ordinationer <input type="checkbox"/> Mobilisering ev sjukgymnastik
<p>Kontrollera om patienten har:</p> <input type="checkbox"/> Fastat enligt ordination <input type="checkbox"/> Allergi <input type="checkbox"/> Erhållit ordinerade läkemedel samt antibiotika / har en antibiotikaordination <input type="checkbox"/> Aktuella provsvar samt blodgruppering och BAS-test <input type="checkbox"/> Tömt urinblåsan <input type="checkbox"/> Risk för svår intubation / aspiration <input type="checkbox"/> Implantat / proteser eller andra faktorer som försvårar uppläggning	<input type="checkbox"/> Operatör redogör kortfattat för planerad operation; plats för incision, kritiska moment eller förväntade problem, operationens längd, förväntad blodförlust <input type="checkbox"/> Operationsjuksköterskans bedömning; plan för behov av utrustning och preparathantering klar <input type="checkbox"/> Sterilitet bekräftas	<input type="checkbox"/> Drän, sårkateter <input type="checkbox"/> Antal instrument, torkar och nålar stämmer <input type="checkbox"/> Preparat korrekt hanterade och att remiss finns <input type="checkbox"/> Urinblåsa scannad och ev tömd. <input type="checkbox"/> Ev KAD, hur länge?
<input type="checkbox"/> Säkerhetskontroll av anesthesiutrustning genomförd	<input type="checkbox"/> Anestesipersonalens bedömning; finns några patientspecifika problem eller sjukdom som kan komplicera <input type="checkbox"/> Allergier <input type="checkbox"/> Anestesimetod ev blockad	<input type="checkbox"/> Operationsteamet går igenom huvudpunkterna för det initiala postoperativa omhändertagandet inkl liggtid, drän och ev postoperativ dryck
<input type="checkbox"/> Rätt instrument för planerad operation finns och operationsgaller sterila <input type="checkbox"/> Rätt bildinformation visas	<p>Har ordinerade läkemedel givits</p> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ej tillämpligt	<input type="checkbox"/> Vad kan vi lära? Vad kan vi göra bättre nästa gång?

- SBAR

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

- Intern revision

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. Interna revisioner genomförs med hjälp av egna revisorer på Sophiahemmet. Kvalitetsutvecklaren är sammankallande, revisionsledare och sammanställer alla rapporter. Resultatet av revisionerna rapporteras till sjukhusets ledningsgrupp och till de reviderade verksamheterna. En sammanställning av resultatet 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 även om verksamheten ej deltog i revisionen.

- Intern kontroll av lagefterlevnad

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



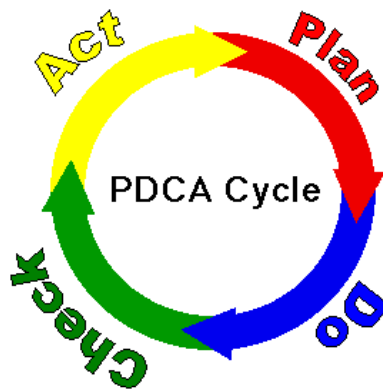
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Systematiskt förbättringsarbete

Inom alla verksamheter pågår ett ständigt arbete för att förbättra vården. I år har fokus varit att implementera ett nytt journalsystem, Take Care, även ute hos flera av våra vårdgivare, för att öka patientsäkerheten genom sammanhållen journalföring med elektronisk provsvar- och remisshantering samt läkemedelslista.

Många av våra enheter använder förbättringstavlor där medarbetarna uppmanas att skriva upp sina förbättringsidéer vilka sedan regelbundet går igenom vid arbetsplatsträffar då ansvariga för vidare arbete utses. PDCA-cykeln (Plan, Do, Check, Act) används i förbättringsarbetet som ett verktyg. Standarden SS-EN ISO 9001:2015, vilken vi är certifierade i, uppmanar att man använder modellen på alla processer och även på kvalitetsledningssystemet som helhet. 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

- Införandet av Take Care på våra egna enheter, Försäkringsmottagningen avvaktar tills vidare.
- Vid införandet av Take Care har rutiner setts över och uppdaterats för att förbättra dokumenteringen.
- Fortsatt arbete med ett hjärtsäkert sjukhus, där regelbunden HLR-utbildning ges till alla medarbetare i alla verksamheter.
- Försäkringsmottagningen når 100 % följsamhet i basala hygienrutiner och klädregler både i vårens och höstens mätningar 2017.
- Hälsocentralen har utvecklat och breddat sitt Hälsoråd där det arbetar med livsstilsförändringar för patienter inom riskzon för hjärt- och kärlsjukdomar och patienter med debuterad diabetes typ 2.
- Ny hållbarhetspolicy och patientsäkerhetsfrämjande aktiviteter enligt nya hållbarhetsmål.
- Gemensam patientsäkerhetskulturmätning och medarbetarenkät med gott resultat.
- Certifiering enligt nya standards, ISO 14001:2015 och ISO 9001:2015.
- Försäkringsmottagningen har öppnat en diabetessköterskemottagning för direktbokning vilket främjar tillgängligheten för den patientgruppen.

- Försäkringsmottagningen har särskilt riktat sig på nya generationens diabetesläkemedel.
- Alla våra mottagningar har digitaliserat den externa kommunikationen och remisserna skickas elektroniskt istället för på papper.
- Elektronisk provsvarshantering används.
- Extern hemsida som lanserades 2016 har under 2017 fått en engelsk version.
- Fortbildning av all personal på operationsavdelningen har skett under året på olika nivåer och i olika former, bland annat regionala studiedagar.
- Nya rutiner och arbetssätt på sterilenheten för att optimera verksamheten då operation har ökat sin produktion.
- Husläkarmottagningen fortsätter att utveckla sin äldremottagning med att anordna gruppträffar med egenvårdsutbildning för deras äldre patienter.
- Nära samarbete med Sophiahemmets högskola så forskning kan knytas till klinisk verksamhet och tvärtom.
- Vårdavdelningen har fokuserat på mobilisering av en viss grupp ortopedpatienter och fått kortare vårdtider och bättre resultat.
- Vårdavdelningen har möblerat om i dagrummet vilket har medfört att patienterna umgås utanför sina rum, som ett led i rehabiliteringen.
- Vid riskanalyseringen av processerna har vårdavdelningen arbetat med de möjligheter och förbättringar, under året, som framkommit där.
- Flödesmonitorer på expeditionerna på vårdavdelningarna 2 & 3, ger bättre översikt och hjälp att prioritera vilken patient som ska förberedas först inför operation.



Rutiner för att identifiera risker i verksamheten

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Risikanalys ingår som en del av det systematiska förbättringsarbetet. Syftet med en risikanalys är att identifiera och värdera risker, identifiera de bakomliggande orsakerna och att föreslå åtgärder som minskar riskerna eller dess konsekvenser. Riskanalyser för att identifiera patientsäkerhetsrisker genomförs inför förändrade arbetssätt, genomlysning av nuvarande arbetssätt och vid införande av nya metoder samt vid frekventa avvikelser inom samma område. Riskanalys görs på verksamhetsnivå eller på övergripandenivå.

Genom vårt avvikelssystem fångar vi upp risker som kräver rutinförändringar eller annan åtgärd för att risken ej ska upprepas. Varje verksamhet går igenom sina egna avvikelser och Kvalitetsavdelningen analyserar avvikelserna på 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.

Inför certifieringen av de nya standarderna och numera årligen gick varje verksamhet igenom sina processer och gjorde en risikanalys av varje steg i processerna. På grund av kravet från standarden har vi etablerat denna systematiska genomgång av processerna och deras risker. Handlingsplan upprättas på de risker som kan och måste elimineras. Övriga risker har vi synliggjort och kan därigenom ha kontroll på dem.

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

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Vår informationssäkerhetspolicy revideras årligen. Området är omfattande och inriktas på hur information som hanteras med informationsteknik ska vara tillgänglig, konfidentiell, riktig och spårbar. Tillsyn och arbete med informationssäkerheten ingår i ledningsarbetet och rapporteras vid kvalitetsgenomgångar i sjukhusledningen samt på ledningens genomgång. Arbetet utförs genom

samarbete mellan IT-avdelningen, Kvalitetsavdelningen och de egna verksamheterna på sjukhuset. Riskanalyser utförs enligt vår generella modell vid t ex byte av IT-system sett ur ett verksamhetsperspektiv och anpassas för informationssäkerheten. IT-avdelningen jobbar fortlöpande med informationssäkerhet ur ett IT-tekniskt perspektiv. Kontroller utförs på verksamheterna kring hälso- och sjukvårdspersonalens journalföring, t ex loggkontroll och stickprov på att sekretessregler följs och att ingen obehörig är inne i fel journal. Respektive verksamhet har utformat rutiner kring detta och verksamhetscheferna är ansvariga för dessa rutiner. Under 2017 påbörjades ett arbete för anpassning till den nya Dataskyddsförordningen, GDPR.

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 regelbundna informationsbrev till samtliga vårdgivare där patientsäkerhet, kvalitet och miljö är stående punkter. Två gånger per termin så träffar chefläkare, sjukhuschef, biträdande sjukhuschef och kommunikationschef alla verksamhetschefer eller motsvarande på Vårdgivarforum där viktiga gemensamma punkter tas upp, 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 tillhandahåller.

Sophiahemmets värdegrund

Sophiahemmets värdegrund uttrycks 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.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet/klagomål och synpunkter

SFS 2010:659, 6 kap. 4 §, SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 §

Varje medarbetare har skyldighet att rapportera risker, tillbud och negativa händelser som sker. Rapporteringen av vårdavvikelse, inklusive arbetsmiljöavvikelse och miljöavvikelse, sker i ett gemensamt avvikelssystem. Den medarbetare som rapporterat vårdavvikelsen får automatisk återkoppling via systemet. Verksamhetschefen har övergripande ansvar för hanteringen av vårdavvikelse 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 enligt våra värdeord.

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 ett av kvalitetsmålen de senaste åren. Förtydligad vägledning, av patienters och anhörigas klagomål och synpunkter på vården, har publicerats på hemsidan. Patientenkäterna för respektive enhet utgör en grund där patientens åsikter kan vävas in i förbättringsarbetet.

Information till patient vid vårdskada

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. Vårdgivaren är då skyldig att snarast informera patienten om det inträffade, enligt Patientsäkerhetslagen, SFS 2010:659.

Vårdgivaren bör också upprätta rutiner för hur personalen ska bemöta patienter och närstående vid tillbud eller skada, enligt HSLF-FS 2017:40.

Till stöd vid information och bemötande då en patient skadats i vården har Sophiahemmet en rutin som bygger på de råd som Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag, 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
- Hjälpa till 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, Patientnämnden eller 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

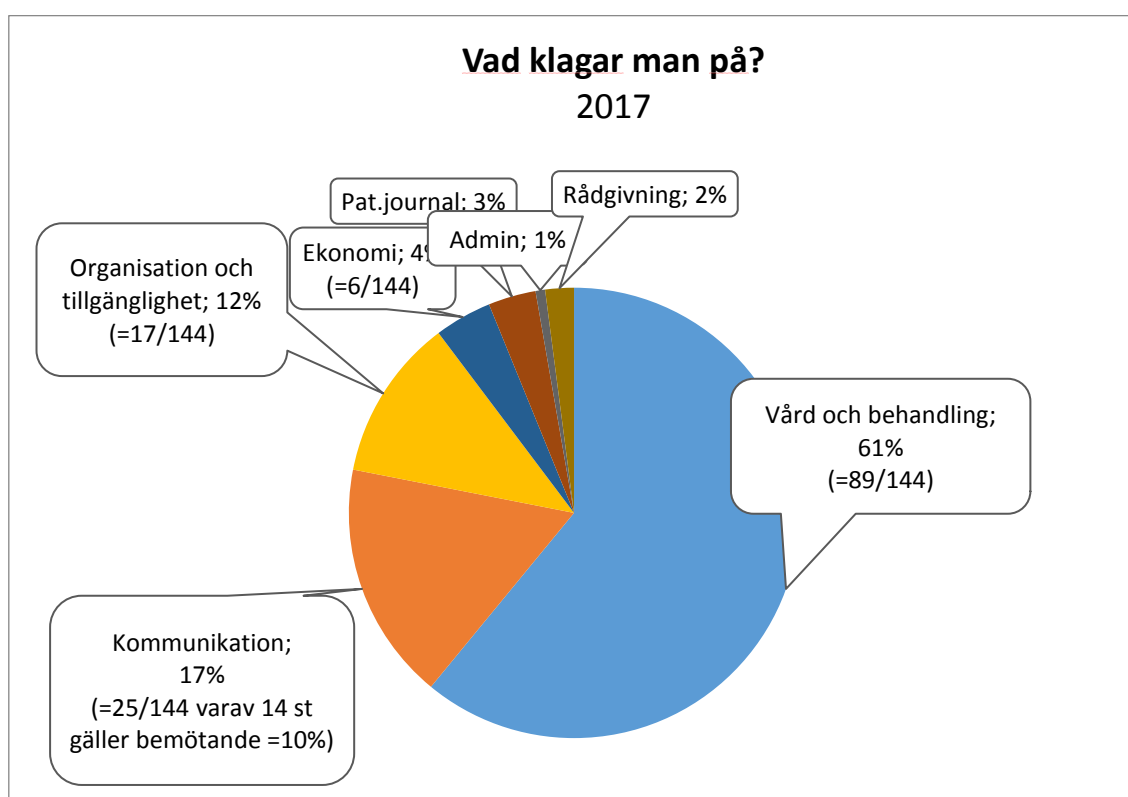
SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Avvikelser

Totalt 269 avvikelser rapporterades under 2017. 110 st av alla avvikelser gäller risker i patientsäkerhet. Vi hade 1 katastrofal avvikelse i egen verksamhet och 2 katastrofala hos våra vårdgivare, vilket är mer än vi brukar; suicid i hemmet. 39 patientsäkerhetsriskavvikelser var av betydande art. 166 av avvikelserna kategoriserades under vård och behandling.

Klagomål

Totalt 144 klagomål, gällande Sophiahemmet plus vårdgivare, är inrapporterade under 2017 från Patientnämnden (106 st), till chefläkaren (18 st), från IVO (15 st) och 6 st Lex Maria-anmälningar. Största andelen gäller vård och behandling (61 %), därefter brister i kommunikationen (17 %) varav 10 % består av klagomål kring bemötande (14 st/144 st)



Lex Maria

Sex Lex Maria ärenden inklusive tre katastrofala avvikelser, fyra ärenden gäller vårdgivare. Händelseanalys utfördes på samtliga ärenden.

Patientenkäter

Under 2017 besvarade drygt 660 patienter våra patientenkäter och 2103 patienter utvärderade vården via surfplattor utplacerad vid mottagningarnas entréer. Nedan följer resultatet av patientutvärderingen inom våra fokusområden: bemötande, helhet och information:

- 96 % av patienterna är nöjda med bemötandet
- 96 % av patienterna är nöjda med helhetsintrycket

- 94 % av patienterna är nöjda med informationen

Net promotor Score, NPS

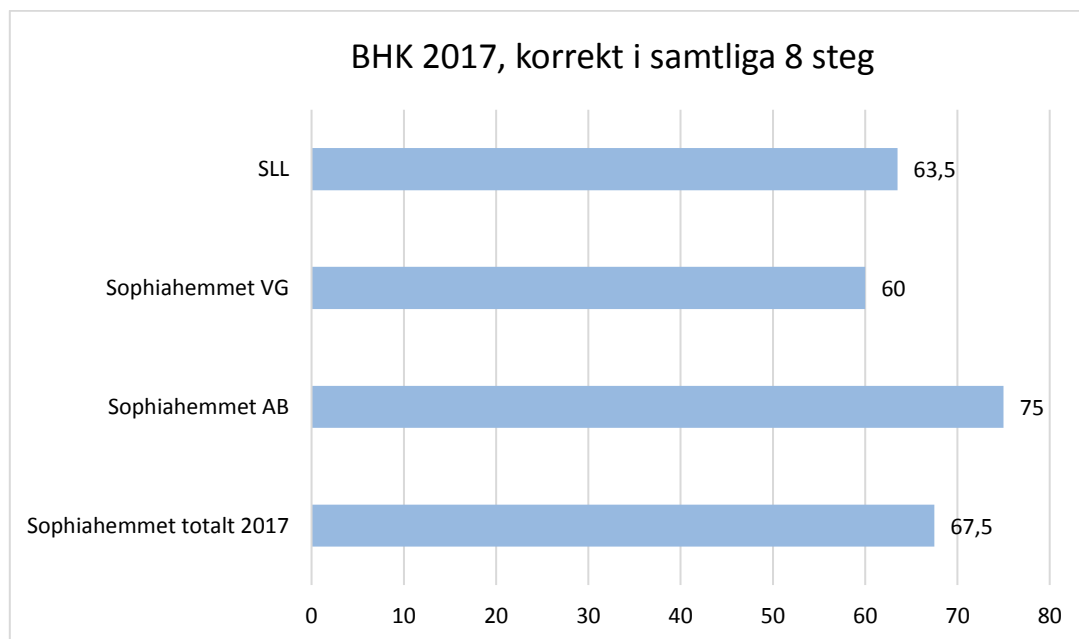
Nytt för i år är att vi använder NPS – Net Promotor Score som bygger på frågan: Skulle du rekommendera Sophiahemmet till en vän eller kollega? Patienterna svarar på en skala mellan 0-10, där 0 innebär inte alls sannolikt och 10 innebär högst sannolikt. Det sammanlagda resultatet går från -100 till +100, där värden över +50 anses som utomordentliga.

Vårt totala NPS resultat från patientenkäterna och surfplattorna blev 76, vilket är ett utmärkt resultat.

Punktprevalensmätning Basala hygienrutiner och klädregler

Vi utför en mätning på våren och en på hösten. Observationerna ska utföras vid patientnära arbete vid omvårdnad, undersökning och/eller behandling. En eller flera personer som är utsedda av ledningen genomför iakttagelser på sin egen verksamhet. De olika yrkeskategorier som är representerade på enheten bör ingå i observationsstudien, 10 personer per enhet observeras per observationstillfälle. Varje person observeras med avseende på både basala hygienrutiner och klädregler, respektive 4 punkter vardera.

2017 nådde vi 75 % korrekthet i samtliga åtta steg och tillsammans med våra vårdgivare hamnade vi på 67.5%. Stockholmsläns landsting, SLL hade ett resultat på 63.5 % och hela Sverige hamnade på 72.2 %.



Vårdrelaterade infektioner på Sophiahemmet

Vårdrelaterade infektioner, VRI är den vanligaste typen av vårdskada globalt. VRI är även den vanligaste typen av vårdskada i Sverige och utgör ca en tredjedel av alla vårdskador. VRI har stor negativ inverkan på folkhälsan med påverkan på mortalitet, morbiditet och livskvalitet. Förutom ett stort lidande och konsekvens för patienten utgör vårdskador en stor vårdkostnad för Sverige. WHO bedömer att en stor del av VRI är möjliga att förebygga genom effektiva förebyggande åtgärder. Sophiahemmet mäter VRI varje halvår genom punktprevalensmätning, PPM VRI, som endast kan mätas på slutenvårdspatienter. Vi hamnar årligen på noll i förekomst av VRI. I beaktande tas att vi har korta vårdtider och ibland hinner inte patienten få någon infektion förrän efter hemkomst. Varje

vårdgivare följer själva upp sina patienter och förekomsten av VRI postoperativt. Vi kan fånga upp eventuella infektioner postoperativt i vår patientenkät, av 660 svar hos våra slutenvårdspatienter uppgav 26 patienter att de haft infektion i operationssåret, 20 patienter uppgav att de drabbats av urinvägsinfektion och 15 patienter att de haft någon annan infektion än i såret och urinvägarna. För djupare analys så granskar vi sedan flera år journalerna enligt metoden Markörbaserad journalgranskning.

Markörbaserad journalgranskning, MjG

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. En patient kan skadas trots att vården har satt in lämpliga åtgärder. En sådan skada kallas för icke undvikbar skada och är inte en vårdskada i patientsäkerhetslagens mening. Sophiahemmet identifierade tre skador i 240 granskade journaler, omfattande 605 vårddagar, vilket är ett lågt värde. Vårt målvärde är noll vårdskador i de granskade journalerna.

Alla skador som uppstår inom hälso- och sjukvården är inte undvikbara, men utfallet för patienterna går att påverka med ett ökat lärande om risker, en allt mognare säkerhetskultur och ännu säkrare arbetsätt. Sophiahemmet har som målsättning att vara en organisation där patientsäkerheten genomsyrar hela verksamheten och vår strävan är även framöver att alltid bli ännu bättre.