
Patientsäkerhetsberättelse

Kvalitetsredovisning

2020



Innehåll

Om patientsäkerhetsberättelsen och kvalitetsredovisningen	4
Från då till nu.....	5
Covid-19 pandemin	6
Sophiahemmets strategier för patientsäkerhetsarbetet	8
Sophiahemmet sjukhus värdegrund	8
Övergripande mål.....	8
Hållbarhetsplan översikt – 2020 (Sophiahemmet ideell förening).....	9
Verksamhetsplan översikt – 2020 (Sophiahemmet ideell förening).....	9
Strategier för att uppnå målen.....	9
Ackreditering – en kvalitetsstämpel.....	10
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet.....	11
Kvalitetsorganisationen på Sophiahemmet	12
Organisation för hjärt- och lungräddning.....	13
Struktur för uppföljning och utvärdering	14
Systematiskt förbättringsarbete.....	14
Positiva iakttagelser från den externa revisionen 2020.....	15
Rutiner för egenkontroll samt vilka egenkontroller som genomförts under året	16
Rutiner för att identifiera risker i verksamheten	17
Rutiner för händelseanalys.....	17
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet/klagomål och synpunkter.....	18
Information till patient vid vårdskada	18
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	19
Samverkan med patienter och närstående.....	19

Informationssäkerhet	20
Personuppgiftsbehandling	20
Dataskyddsombud	20
Resultat.....	21
Avvikelse	21
Klagomål och synpunkter	22
Basala hygienrutiner och klädregler	23
Vårdrelaterade infektioner.....	25
Vårdskademätning	25
Patientsäkerhetsdialoger	27
Patientnöjdhet och patientinvolvering	27
Ett axplock av förbättringar som skett på grund av förslag av patienterna.....	29

Om patientsäkerhetsberättelsen och kvalitetsredovisningen

Sophiahemmets årliga patientsäkerhetsberättelse och kvalitetsredovisning är till för att patienter, närstående, medarbetare eller samarbetspartners ska få en inblick i hur Sophiahemmet sjukhus arbetar för att ständigt höja kvaliteten i våra verksamheter. Patientsäkerhet är en grundsten i vårt kvalitetsarbete, därför har vi kombinerat vår patientsäkerhetsberättelse med vår kvalitetsredovisning. God kvalitet är i sig en förutsättning för säker vård. En annan förutsättning för säker vård är att organisationen genomsyras av en säkerhetskultur och vid senaste patientsäkerhetskulturmätningen¹ hade vi fina resultat som vi kontinuerligt arbetar för att upprätthålla och ytterligare förbättra. Syftet med denna skrift är att presentera en övergripande bild men också ge några konkreta exempel på hur våra verksamheter med medarbetare tar sig an dessa frågor.

Hög patientsäkerhet genom förebyggande och systematiskt arbete är en av sjukhusets viktigaste prioriteringar, vilket ses i våra övergripande långsiktiga mål och ska märkas i allt vi gör. Att ge god och säker vård överallt och alltid kan tyckas var en självklarhet men det sker inte automatiskt utan man måste hela tiden arbeta för att upptäcka risker och arbeta för att minska och/eller eliminera riskerna. Detta gäller såväl i den patientnära vården såsom på systemnivå. Sophiahemmets övergripande målsättning med patientsäkerhetsarbetet är att *"leverera effektiv och säker vård med rätt kvalitet så att ingen patient ska drabbas av en vårdskada"*. För att möta förändringar inom hälso- och sjukvården men också Region Stockholms sjukvårdsstruktur krävs utveckling av innovativa arbetssätt, effektiva processer och förmågan att ligga i framkant såväl inom digitalisering som i att attrahera medarbetare och ge rätt och säker vård med gott bemötande till alla våra patienter.



¹ Senaste mätningen skedde i september 2019 och presenterades i föregående års berättelse. Frågor med svarsvärden över 70 (av 100) visar på bra kultur och vi låg över det på alla 4 dimensioner: Hållbart säkerhetsengagemang (82), Patientsäkerhet (76), Patientbemötande (84) och Personligt ansvar för patientsäkerhetsarbetet (87). Ny mätning planeras i år, 2021.

Från då till nu

Sophiahemmet sjukhus invigdes 1889 på initiativ av Drottning Sophia som redan några år innan startat en sjuksköterskeskola på området, dagens Sophiahemmet högskola. Drottningens vision var att i anslutning till skolan kunna ge god och tidsenlig vård åt alla människor i alla samhällsklasser. Drottningens ord från 1889 är ännu idag en ledstjärna för Sophiahemmet, om vikten av utveckling och förnyelse genom anpassning till tidens krav och omständigheter.



Sjukvården på Sophiahemmet Sjukhus drivs dels i egen regi genom det helägda dotterbolaget Sophiahemmet AB, dels tillsammans med noggrant utvalda vårdgivare som i fristående bolag erbjuder specialistsjukvård inom öppen- och slutenvård för barn, ungdomar och vuxna. Våra egna verksamheter består av Försäkringsmottagningen, Husläkarmottagningen, Hälsocentralen samt Vårdenheten med två slutenvårdsavdelningar för främst kirurgisk eftervård. Sophiahemmet tar emot patienter från offentlig vård men också från försäkringsbolag och även privatbetalande patienter. Vårdgivarna på Sophiahemmet ackrediteras årligen. Ackrediteringen är en kvalitetsstämpel för uppföljning av varje vårdgivares efterlevnad till lagar och krav och deras interna kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.



Sophiahemmet AB ägs av Sophiahemmet ideell förening, och ingår i koncernen tillsammans med Sophiahemmets Högskola och Facility Management (FAM). Sjukhuset har ett nära samarbete med Sophiahemmets Högskola som bedriver utbildning och forskning. Kärnverksamheten utgörs av Sjuksköterskeprogrammet, Barnmorskeprogrammet, ett flertal specialistsjuksköterskeprogram och fristående kurser. Sophiahemmets Högskola bidrar till utveckling av hälso- och sjukvården genom forskning samt utveckling av modeller för lärande och kompetensutveckling. Sophiahemmets tredje affärsområde, Facility Management (FAM) består av stödfunktioner som service, fastighet och IT. Den övergripande uppgiften för FAM är att alltid sätta Sophiahemmets kärnverksamhet, högkvalificerad sjukvård och utbildning i fokus och säkra att alla kringtjänster fungerar och att vi har fräscha och ändamålsenliga lokaler.

Covid-19 pandemin

Våren 2020 drabbades hela världen av en pandemi av ett tidigare okänt coronavirus, SARS-CoV-2. Hälso- och sjukvårdens påverkan av covid-19 pandemin var och är fortfarande stor. Svensk hälso- och sjukvård fick genomgå en snabb och stor omställning och även Sophiahemmet fick tänka nytt. Enligt en rapport från Sveriges kommuner och regioner (SKR) har man kunnat konstatera att de viktigaste framgångsfaktorerna under pandemin är samverkan och förnyelse². Vilket Sophiahemmet har många goda exempel på såsom snabb omorganisering, stärkt samverkan med alla våra intressenter, samordning både internt och externt, förändrade arbetssätt och digitalisering.

Den andra mars 2020 aktiverades krisledningen på Sophiahemmet enligt vår kris- och katastrofplan i vilken VD, chefläkare, chefer och sedan större vårdgivare träffades en till två gånger i veckan. En riskanalys påbörjades direkt och en av de största utmaningarna under pandemins första våg var bristen på skyddsutrustning vilket påverkade framför allt opererande vårdgivare. Ett mobiliseringsförråd upprättades för att möta behoven. Egentillverkning av skyddsförkläden startades och engagerade medarbetare som gjorde insatser i "tillverkningsfabriken". Förutom engagemanget och ökad vi-känsla så kunde vi utrusta våra slutenvårdsavdelningar samt några vårdgivare med skyddsförkläden tills MediCarrier³ åter kunde leverera. I krisledningen som sedan övergick till en samverkansgrupp har det mellan mars 2020 till februari 2021 fattats 140 beslut och 280 åtgärder har vidtagits.

Tidigt i pandemin startades förstärkt hygienstädning i alla allmänna utrymmen. Besöksförbud infördes på våra vårdavdelningar. Noggrann och uppdaterad information publiceras på både den interna och externa hemsidan och anslag med aktuell information sattes upp i alla entréer.

Vi arbetar kontinuerligt med att kunna erbjuda ett smittsäkert besök genom att bedöma var smittriskerna kan uppstå i verksamheterna. Vi har bland annat glesat ut sittplatser i väntrummen och tagit bort alla tidningar. Flera av våra verksamheter har utvecklat sin möjlighet till att utföra digitala videobesök när det är önskvärt och möjligt.

Sophiahemmets Högskola ställde om till distansundervisning och hemarbete för all personal samtidigt som man startade upp en ny utbildning i samarbete med utbildningsföretaget Novare och Wallenberg-stiftelserna, så kallade "Beredskapslyftet". Tanken med Beredskapslyftet var att friställd och korttidspermitterad SAS-personal skulle omskolas för att kunna stödja vårdverksamheter som var akut belastade under våren och försommaren 2020. Redan några veckor efter kursstart hade 300 personer gått utbildningen och målgruppen hade utökats till andra branscher, krav för antagning är en dokumenterad lättare sjukvårdsutbildning vilket t ex kabinpersonal inom flyget har.

² Läs mer i utgiven rapport från SKR – [Samverkan och förnyelse](#)

³ MediCarriers uppgift är att distribuera miljöanpassade sjukvårds- och förbrukningsartiklar samt transport-tjänster till Region Stockholms enheter och entreprenörer.

Både Sophiahemmet AB samt flera vårdgivare skickade personal samt utrustning för att stödja akutsjukvården på regionens akutsjukhus. Större delen av den elektiva⁴ vården ställdes temporärt in och vårdgivare på Sophiahemmet avlastade akutsjukhusen med kirurgi på patientgrupper med diagnoser som inte kunde vänta. Vilket visade stor flexibilitet både hos vårdgivarna och hos medarbetare på bland annat på våra två slutenvårdsavdelningar där patienterna vårdas efter sina operationer. Patientsäkerhet har stått i fokus och inför varje ny patientgrupp har relevant utbildning av all personal skett och riskbedömningar har utförts, exempelvis har medarbetare fått utbildning i stomivård⁵ på grund av ny patientgrupp. Skyddsutrustning har införts för all personal och basala hygien- och klädregler följs noga upp i verksamheterna.

Husläkarmottagningen fick i uppdrag att ta emot misstänkt infekterade patienter från ett antal vårdcentraler i närområdet. Till en början var ett triagetält⁶ uppsatt men för att öka komforten för patienter och medarbetare och för att kunna omhänderta patienterna med samma kvalitet som inne på Husläkarmottagningen har den senare ersatts av en ny uppbyggd träbod.

Ett samarbete startades upp på försommaren med Kungliga Tekniska högskolan (KTH) och resulterade i en studie kring förekomsten av antikroppar hos medarbetarna. Alla medarbetare på Sophiahemmet inklusive vårdgivare erbjöds antikroppstest. Resultatet visade ungefär samma frekvens på antikroppar hos medarbetarna som i samhället i stort under den tiden. Planer finns för uppföljning av studien under 2021.

Samhällets största omställning gällde behovet av fysisk distansering vilket har öppnat för nya innovativa tekniska lösningar. Videomöten som nämnts tidigare erbjuds numera i större utsträckning vid olika patientbesök. Alla möten som inte berör patienter genomförs digitalt exempelvis sjukhusledningsmöten, hygienmöten med mera. Alla har ställt om där det går till digitala möten. Begränsningar som krävts i lokalerna har skapat nya lösningar, bland annat entrén i O-huset där operation och rehab samt slutenvårdsavdelningarna ligger byggts om och beröringsfria handspritsautomater, tvålbehållare och handdukspappershållare har installerats där. Beröringsfria handspritsautomater har successivt placerats ut i alla entréer.

Redan innan pandemin hade planering påbörjats av att använda digitala informationsskärmar men under pandemin ökade behovet snabbt för att kunna ge tydlig information och aktuella råd exempelvis genom informationsfilmer, så flera digitala skärmar har under året satts upp i entréer och i väntrum.

⁴ Kirurgiska ingrepp som kan senareläggas utan fara för patienten.

⁵ Stomi är en alternativ väg ut ur kroppen för avföring eller urin. Var stomin placeras beror på vilken typ av operation patienten genomgår.

⁶ Triage är en bedömning av en patients medicinska allvarlighetsgrad utifrån anamnes, symtom och ibland även vitalparametrar.

Sophiahemmets strategier för patientsäkerhetsarbetet

Patientsäkerhetsarbetet på Sophiahemmet sjukhus präglas av de grundläggande värderingarna. Värdegrundsarbetet i organisationen handlar om att synliggöra gemensamma och överenskomna värderingar och ha samsyn. Värderingar ger sig i uttryck i medarbetarnas sätt att vara och verka gentemot varandra och mot patienter för att uppnå Sophiahemmets *vision - vård och utbildning i världsklass*.

Sophiahemmet sjukhus värdegrund

Sophiahemmets Sjukhus värdegrund uttrycks i fyra ord med förklaringsord och beskrivningar.

1. *Professionalism* står för omhändertagande, lyhördhet, affärsmässighet och kvalitet
2. *Engagemang* står för ansvar, delaktighet, empati och respekt
3. *Tillgänglighet* står för samverkan, flexibilitet och öppenhet
4. *Tradition* står för kontinuitet, förnyelse, bemötande och atmosfär

Värdegrunden har tagits fram tillsammans med alla medarbetare på sjukhuset.

Övergripande mål

Koncern- och sjukhusledningen fastställer de övergripande målen i en hållbarhetsplan samt i en verksamhetsplan. Målsättningen är att kvaliteten och patientsäkerheten alltid ska vara en självklar del i organisationen och i arbetssätten.

Perspektiven och de övergripande målen sträcker sig över flera år medan fokusområdena och kopplade aktiviteter revideras årligen vid behov så att det vi följer upp och mäter är aktuellt, känns meningsfullt och ökar möjligheter till förbättringar. Perspektiven ses även i vår [policy för hållbar utveckling](#).

Ledningarna för samtliga affärsområden inom Sophiahemmet, ideell förening har beslutat att i all verksamhetsutveckling beakta FN's globala hållbarhetsmål formulerade i Agenda 2030. Våra fokusområden är mål 3 (hälsa och välbefinnande), mål 4 (god utbildning för alla) och mål 12 (hållbar konsumtion och produktion) av de globala målen. Att hela tiden beakta dessa mål i vårt kvalitetsarbete ger oss goda förutsättningar att bidra till en hållbar utveckling framöver.



GLOBALA MÅLEN
för hållbar utveckling

En koncernövergripande hållbarhetsgrupp bildades i slutet av året. Gruppens uppdrag är bland annat att utveckla en nätbaserad introduktionskurs för medarbetarna och studenter samt att följa upp arbetet med hållbar utveckling på Sophiahemmet och medvetandegöra hållbarhetsarbetet och Agenda 2030 på alla nivåer.

Hållbarhetsplan översikt – 2020 (Sophiahemmet ideell förening)

Vi arbetar hälsofrämjande	Vi arbetar patientsäkert	Vi integrerar hållbarhetsfrågor i forskning och utbildning	Vi arbetar klimat- och resurseffektivt
Övergripande mål: Höja medvetande nivån om Agenda 2030 (mål 3 Hälsa och välbefinnande och 12 Hållbar konsumtion och produktion) och hållbar utveckling för våra medarbetare	Övergripande mål: Leverera effektiv och säker vård med rätt kvalitet, samt arbeta med förebyggande hälso- och sjukvård	Övergripande mål: Höja medvetandenivån om Agenda 2030 och hållbar utveckling i forskning och utbildning	Övergripande mål: En hållbar och proaktiv fastighetsförvaltning och fastighetsdrift, med hänsyn till kretsloppet
Fokusområden: - Medarbetarna har kunskap om Agenda 2030 och hållbar utveckling - Vi har god kontroll över den egna verksamheten genom att identifiera, rapportera, åtgärda och följa upp avvikelser och risker - Vi har kontroll på och minskar antal hälsovådliga kemikalier	Fokusområden: - Allvarliga och undvikbara värdeskador ska vara noll - Oka Patientsäkerhetskultur-index vid varje mätning - Våra patienter ska rekommendera Sophiahemmet Sjukhus, årlig ökning - Patienter ska känna delaktighet och möjlighet att påverka värden - Minska miljöpåverkan av läkemedel	Fokusområden: - Hållbar utveckling och Agenda 2030 ska tydliggöras och medvetandegöras i alla utbildningar och forskningsverksamhet - Stärka forskningsanknytningen om hållbar utveckling i utbildningar - Främja samverkan med studenter i arbetet med hållbar utveckling	Fokusområden: - Oka möjligheter till relevanta energimätningar - Installerad kyleffekt för komfortkyla bör ligga under 35 w/m2. - Farliga ämnen vid renovering och ombyggnationer väljs bort.

Verksamhetsplan översikt – 2020 (Sophiahemmet ideell förening)

Skapar värde tillsammans med våra intressenter	Leder för hållbarhet	Involverar motiverade medarbetare	Utvecklar värdeskapande processer
Fokusområden: - Vi utvecklar Sophiahemmet tillsammans med patienter, närstående och studenter - Vi skapar förutsättningar och incitament för samverkan med våra viktigaste intressenter - Vi anpassar vårt utbud av tjänster i takt med omvärldens förändrade krav på hälso- och sjukvård	Fokusområden: - Vårt hållbarhetsarbete bygger på Agenda 2030 - Vi tydliggör vår hälsofrämjande profil - Moderna metoder och teknik genomsyrar vår verksamhetsutveckling	Fokusområden: - Vi uppfattas som en attraktiv arbetsplats - Vi skapar förutsättningar för våra medarbetare att bidra till vår utveckling - Vi drar nytta av våra medarbetares kompetens och styrkor	Fokusområden: - Våra processer har ett tydligt värde för intressenterna - Våra processer bidrar till vårt hållbarhetsarbete - Våra processer säkerställer en uthållig intjäningsförmåga

Strategier för att uppnå målen

- Att sjukhuset är kvalitetscertifierat enligt ISO 9001.
- Att tillämpa SIQ Management som handlar om att leda för hållbarhet med helhetsperspektiv.
- Att alla medarbetare uppmuntras till att identifiera risker och rapportera dem i vårt avvikelshanteringssystem.
- Att vårdgivarna och våra egna verksamheter genomgår årlig ackreditering.
- Att vi utför patientsäkerhetsdialoger med våra verksamheter inklusive vårdgivare.
- Att kompetens finns i verksamheterna med medarbetare som gått risk- och händelseanalysutbildning enligt metod av Sveriges kommuner och regioner, SKR.

- Att riskanalyser utförs och att risker hanteras 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 genomföra regelbundna patientsäkerhetskulturmätningar bland medarbetarna.
- Att ge tid till interna och externa utbildningar.
- Att genomföra strukturerad markörbaserad journalgranskning för att identifiera skador i slutenvården och deras orsak.
- Att alla patienter ska veta vilken läkare som är ansvarig för vården under 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 på Sophiahemmet är väl förtrogna med de uppsatta målen.
- Att delta i punktprevalensmätningar, PPM, avseende vårdrelaterade infektioner, VRI, och följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler, BHK, varje halvår och sprida och följa upp resultatet.
- Att alla läkare följer och ordinerar, där det går, läkemedel som är med på Kloka listan⁷.
- Att kommunikationsmodeller s.k. SBAR (Situation, Bakgrund, Aktuell och Bedömning) används vid överrapportering av patient från en vårdenhets till en annan för att minska risken för informationsbortfall.
- Att årlig förebyggande underhåll av medicinsk teknisk utrustning sker för att säkerställa säkerheten och att utrustningen är i toppskick.

Ackreditering – en kvalitetsstämpel

Vårdgivarna ska vara väl förtrogna med gällande lagar och regelverk samt fortlöpande följa upp, utvärdera och förbättra kvalitet och patientsäkerhet i den egna verksamheten. Varje vårdgivare har fullt ansvar för sitt eget kvalitetsarbete, inrapportering till relevanta kvalitetsregister och utveckling av verksamheten. Vårdgivarna sammanfattar sitt systematiska patientsäkerhetsarbete i egna årliga patientsäkerhetsberättelser.

För att säkra följsamheten till lagar, förordningar och det egna regelverket så ackrediterar Sophiahemmet alla vårdgivare årligen. Ackrediteringens mål är att säkerställa att alla som verkar inom Sophiahemmets varumärke gör det enligt samma principer om säker och högkvalitativ vård. Ackrediteringsförfarandet ska tillgodose och säkra sjukhusets och vårdgivarnas intressen avseende

⁷ Kloka listan är en lista över rekommenderade läkemedel i Stockholms län. Kloka listan tas fram för att patienter ska få behandling med effektiva och säkra läkemedel.

kvalitet, patientsäkerhet och kompetens hos medarbetare. Chefläkaren på Sophiahemmet ansvarar för ackrediteringssystemet och granskar och godkänner ackrediteringsansökan. Återkommande brott mot ackrediteringsreglerna kan efter erinran från chefläkaren leda till avackreditering.

Illustrationen nedan beskriver vilka delar som ingår. Samtliga delar måste uppfyllas och vårdgivarnas egna patientsäkerhetsberättelser bifogas. Nytt för 2020 var även att Sophiahemmets egna verksamheter genomgick ackrediteringsprocessen.



– Illustrationen ovan beskriver vilka delar som Sophiahemmets ackreditering består av.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

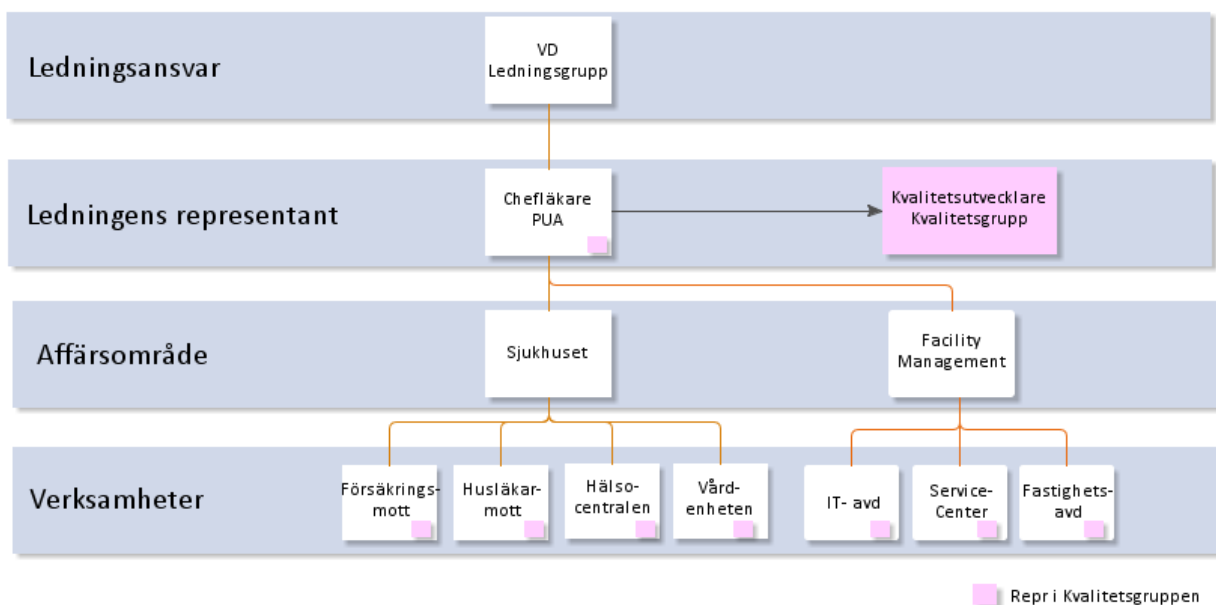
Koncernledningen består av VD, biträdande sjukhuschef, Högskolans rektor, chefläkare, samverkansstrateg Högskolan, chef från FAM, HR-chef, marknadschef, ekonomichef, och CIO (Chief Information Officer). Sjukhusledningen består av VD, chefläkare och verksamhetschefer för våra sjukvårdsverksamheter. VD ger uppdrag till verksamhetscheferna i vilket ingår ansvar för förbättringsarbete inom kvalitet och patientsäkerhet. Ansvariga för Ekonomi, HR, Marknad och CIO ingår även i sjukhusledningen. De övergripande målen fastställs av koncernledningen och sjukhusledningen och följs upp och utvärderas kontinuerligt och systematiskt i verksamheten.

Chefläkaren är ledningens representant i kvalitets- och miljöfrågor. I chefläkarens ansvar ingår bland annat att bedöma och hantera avvikelser och klagomål, utreda och anmäla allvarliga patientsäkerhetsrisker och vårdskador till Inspektionen för vård och omsorg, IVO. Chefläkaren kan initiera händelseanalyser. Patientsäkerhetsfrågor hanteras i samverkan med våra egna verksamheter, vårdgivare, regionen och Patientnämnden⁸ i Stockholm.

⁸ Patientnämnden är vårdens fristående och opartiska instans dit patienter, anhöriga och personal kan vända sig när det uppstått problem i kontakterna med den offentligt finansierade vården och tandvården.

Kvalitetsorganisationen på Sophiahemmet

Patientsäkerhets- och utvecklingsavdelningen (PUA) har en stödjande funktion för verksamheterna vid Sophiahemmet med syfte att skapa helhetssyn över verksamhetsutvecklingen samt utveckla och kontrollera kvalitet och patientsäkerhet. Sophiahemmet är miljö- och kvalitetscertifierat inom ISO 14001 och 9001 och PUA och kvalitetsutvecklaren ansvarar för att de revisioner och kontroller som krävs genomförs. PUA underhåller och uppdaterar ledningssystemet kontinuerligt tillsammans med verksamheterna. I avdelningens uppdrag ingår även att sammanställa mätresultat och redovisa dessa för verksamheterna samt att uppdatera lagförteckningen och kontrollera efterlevnaden av den och andra krav. Kvalitetsutvecklaren är sammankallande för kvalitets-, hygien- och miljögruppen där varje verksamhet inklusive vårdgivarna representeras med ombud i respektive grupp.



– Ovan beskrivs kvalitetsorganisationen på Sophiahemmet Sjukhus.

I första linjens chefsuppdrag 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 med patientnära arbete uppmuntras att driva kontinuerligt förbättringsarbete samt rapportera i avvikelssystemet då patientsäkerhetsrisker, tillbud och andra avvikelser uppstår. IT-, HR- och Marknadsavdelningen stödjer kontinuerligt hela sjukhuset i förbättrings- och patientsäkerhetsarbetet.

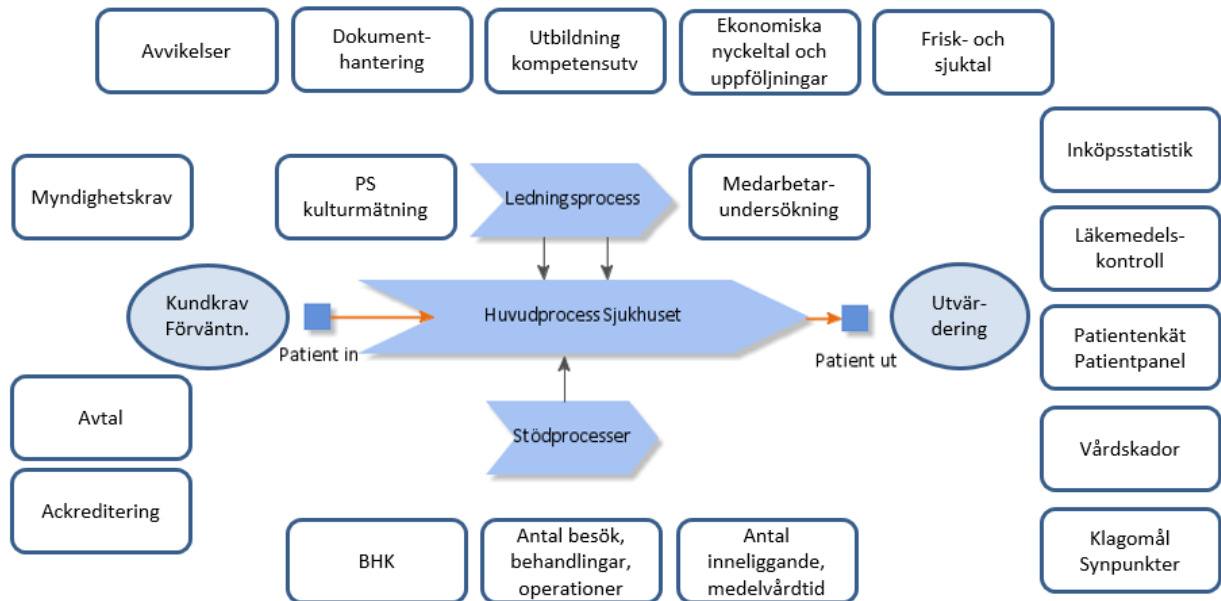
Alla medarbetare verksamma vid Sophiahemmet har patientens behov i fokus och gör sitt bästa för att dessa behov ska tillgodoses.

Grundläggande i kvalitetsarbetet är:

- Processer/system/rutiner
- Avvikelsehantering
- Egenkontroller

- Uppföljning/revision
- Systematiskt förbättringsarbete

Mätningar, som redovisas, kopplade till huvudprocessen:

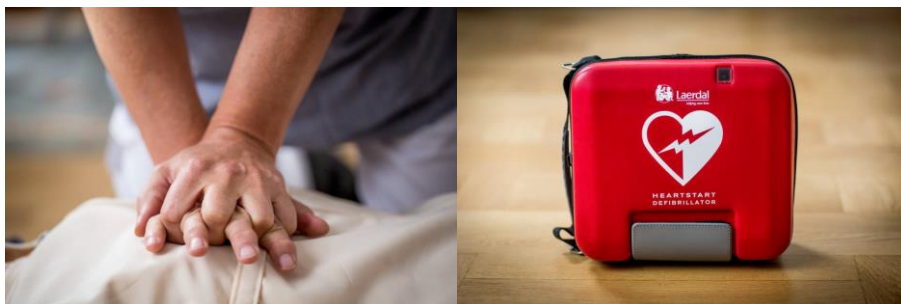


– Exempel på mätningar och aktiviteter som regelbundet utförs för att övervaka processens prestanda.

Organisation för hjärt- och lungräddning

På patientsäkerhets- och utvecklingsavdelningen ingår även en HLR-koordinator i syfte att underhålla och bibehålla organisationen kring hjärtsäker zon. Enligt svensk standard innebär hjärtsäker zon att det ska finnas beredskap och rutiner för att hantera ett hjärtstopp.

HLR-koordinatoren utbildar nya instruktörer och sammankallar instruktörerna två gånger om året för HLR-uppdatering. Alla verksamheter ansvarar för att samtliga medarbetare utbildas årligen i hjärt- och lungräddning på adekvat nivå beroende på befattning, då alla ska kunna HLR och veta var närmaste hjärtstartare inklusive akututrustning finns. Hjärtstartarna är uppsatta av Sophiahemmet och HLR-koordinatoren ser till att de alltid är funktionsdugliga. Ett utbildningsrum med dockor och annan adekvat utrustning finns och alla verksamheter på Sophiahemmet har möjlighet att nyttja rummet för HLR-utbildning.



Struktur för uppföljning och utvärdering

Sophiahemmet använder ett webbaserat ledningssystemstöd i syfte att underlätta inrapportering av data i samband med kvalitetsuppföljningar och egenkontroller. Systemet möjliggör resultatuppföljning över tid och ger förutsättningar för dataanalys. Handlingsplaner upprättas i ledningssystemstödet och ansvarig samt sluttid utses. Rapporter kan skapas och resultatet återkopplas och visualiseras. Under året följs målen upp av verksamhetschef i samband med verksamhetsuppföljning. Kvalitetsutvecklaren sammanställer de övergripande hållbarhetsmålen, verksamheterna har även egna mål som följs upp. Resultat av uppföljningarna rapporteras på ledningens genomgång två gånger per år och då bedöms om eventuella åtgärder behöver vidtas. Kvalitetsutvecklaren presenterar uppföljningen till ombuden på deras respektive möten.

Systematiskt förbättringsarbete

Sedan 2004 har Sophiahemmet varit certifierat enligt ISO 14001 (miljöstandard) och sedan 2008 även enligt ISO 9001 (kvalitetsstandard). Certifieringarna gäller egna verksamheter inom Sophiahemmet sjukhuset samt FAM. Högsolan är miljöcertifierad. Arbetet kring kvalitets- och miljöledningssystemet drivs av PUA men utan ledningens engagemang och samarbete med verksamheterna i organisationen kan inte ett ledningssystem hållas levande och implementerat. Sophiahemmet har en intern revisorsgrupp som kvalitetsutvecklaren sammankallar och som planerar och utför årliga interna revisioner med syfte att ständigt förbättra verksamheterna och få bekräftelse på att ställda krav, lagar och förordningar och certifieringarna i miljö och kvalitet uppfylls. Interna revisioner är en viktig del av en lärande miljö och undersöker bl a om beslutade arbetssätt efterlevs. Avvikelser som observerats under internrevisionerna åtgärdas före den årliga externa revisionen. På 2020 års externa revision fann de externa revisorerna ingen avvikelse och Sophiahemmet rekommenderades för bibehållen certifiering.

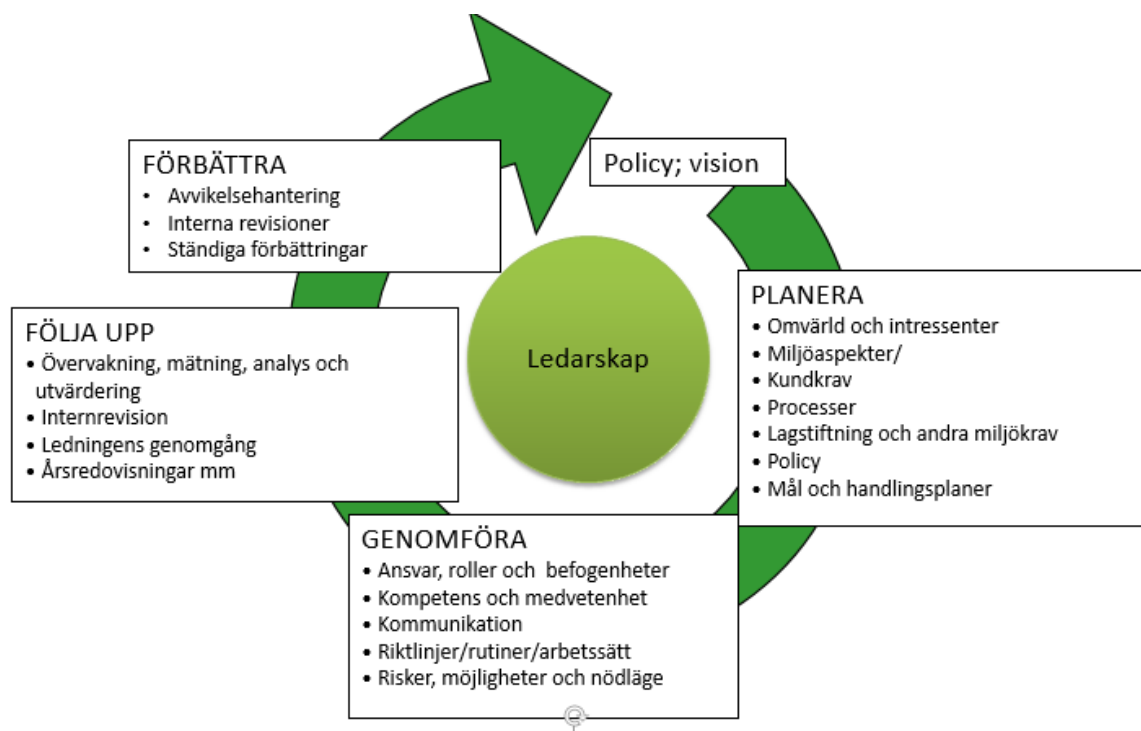


Positiva iakttagelser från den externa revisionen 2020

- Engagerad ledning och medarbetare - det finns en stor tillit till ledningen.
- Stabilt ledningssystem vilket ger trygghet i krissituationer och har varit till god hjälp under året och i hanteringen av pandemin.
- Flexibilitet i organisationen med anpassning till rådande omständigheter (personal, resursfördelning). Som goda exempel ses beredskapslyftet - utbildningen på Högskolan och tillverkning av skyddsutrustning.
- Hög grad av systematik och struktur. Krishanteringsplanen som fått verkställas och har gett prov på verksamhetens handlingskraft och resurser.
- Flera medarbetare beskriver ökad samverkan med vårdgivare/vårdgrannar.
- Sophiahemmet visar på många möjligheter.
- Positivt hur arbetet med "Smittsäkert sjukhus" fortskridit. Ledningen har haft stor fokus på det.
- Starkt arbetsgivarvarumärke ses ute i verksamheterna.
- Ökad digitalisering men möjlighet till samordnad dokumentation och uppföljning, t ex verktyget för ledningssystemet (med egenkontroller, processernas riskbedömning, processernas prestanda och ledningens genomgång).
- Ackrediteringsreglerna av vårdgivare och patientsäkerhetsdialogerna är bra exempel på säkerställande av patientsäkerhets- och kvalitetsarbete.
- Väl genomförda interna revisioner som fångar upp flertalet förbättringsmöjligheter och avvikelser.
- Tydlig utveckling av avvikelserapportering (vilja till rapportering) under senaste åren, bra grund till identifiering av brister och möjlighet till förbättringsarbeten.
- Flera exempel på initiativ till samverkan med patienter och närstående, t ex patientenkäter på respektive enhet med möjlighet att meddela intresse om deltagande i förbättringsarbete. 2019 inbjöds patienter till fysiska patientpaneler för dialog om verksamhetsutveckling, även digitala patientpaneler där patienter får lämna sina synpunkter som pausats under pandemin.
- Sophiahemmet bedriver ett gediget hållbarhetsarbete med positiv trend som baseras på Agenda 2030.
- Högskolans medverkan i kompetenshöjande insatser för kännedom om Agenda 2030 för hela Sophiahemmet.
- Generellt goda resultat t ex nöjda patienter och nöjda medarbetare (ses i senaste patientsäkerhetskulturmätning). Det verifieras vid revisionen att intern kommunikation fungerar väl.
- Få IVO-ärende och få eller ingen Lex Mari-anmälan generellt och över tid.
- Det har byggts ett låsbart cykelförråd för medarbetarna vilket är ett exempel på hur man arbetar för att främja miljö men också hälsan. Detta är även exempel på samverkan då detta förslag kom från ett miljöombud i miljögruppen.
- Vid nya byggprojekt görs alltid en byggvarubedömning avseende byggmaterial vid ombyggnation där det går. En miljöplan planeras vara klar vid årsskiftet.
- Bland lärarna på högskolan finns 60 % med doktorsexamen. Granskning av kvalitetsledningssystemet görs kontinuerligt av UKÄ (universitetskanslersämbetet) med gott resultat. Starkt fokus på hållbarhetsarbete i samtliga program.

- Det finns en koncernövergripande Agenda 2030-grupp där alla enheter är representerade och deltar.
- Högskolan som haft 100 % distansarbete har skickat ut en arbetsmiljöenkät om arbete på distans för de anställda för att säkerställa måendet hos de anställda, med positivt utfall.
- Pandemin har bidragit till att studenterna har fler valmöjligheter som kommer att utvärderas för att överväga att vilka möjligheter som ska vara kvar även framöver.
- Samtliga besökta enheter har presenterat gediget underlag med resultat avseende respektive enhets kvalitets- och miljöarbete. Revisionen har genomförts i en positiv anda med stort engagemang från både ledningen och medarbetare.

Inom alla verksamheter pågår ett ständigt arbete för att förbättra processer, metoder, rutiner och arbetssätt. PDCA-cykeln (Plan/planera, Do/genomföra, Check/Följa upp, Act/Förbättra) används i förbättringsarbetet som ett verktyg. Standarden SS-EN ISO 9001:2015, kvalitetsledningssystem, uppmuntrar att man använder modellen på alla processer och på kvalitetsledningssystemet som helhet. Om en organisation förstår och hanterar samverkande processer som ett system, bidrar det till ökad effektivitet och patientsäkerhet där riskbaserat tänkande står i fokus. Detta stämmer väl in på Sophiahemmet och om hur vi arbetar.



– Schematisk bild på systematisk kvalitets- och miljöarbete och hur vi arbetar med det.

Rutiner för egenkontroll samt vilka egenkontroller som genomförts under året

Egenkontroll är systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem. Årligen genomförs flera egenkontroller som vi systematiskt går igenom för att säkerställa efterlevnad av processer och se över risker. Nedan listas de egenkontroller som vi utför med kopplingar till patientsäkerhet:

- Punktprevalensmätning avseende basala hygienrutiner och klädregler
- Markörbaserad journalgranskning
- Ackreditering av samtliga verksamheter
- Patientsäkerhetsdialoger
- Patientnöjdhet
- Nationella kvalitetsregister (för verksamheten relevanta kvalitetsregister)
- Städkontroller tillsammans med vår städleverantör
- Arbetsmiljöromd, per verksamhet
- Leverantörsuppföljning av våra kvalitetspåverkande leverantörer
- Lagefterlevnadskontroller (enkät där våra chefer samt miljöombud får svara på frågor gällande följsamheten till lagar, rutiner och krav)

Rutiner för att identifiera risker i verksamheten

En del av ledningssystemets grundläggande uppbyggnad är risk- och avvikelshantering. En god patientsäkerhetskultur kännetecknas av att medarbetarna är medvetna om risker och rapporterar avvikelser. Avvikelsehantering samt riskanalys ingår som en del av det systematiska förbättringsarbetet. Syftet med avvikelshantering är att identifiera svagheter och risker som kan kräva rutinförändringar eller åtgärd så att risken ej upprepas. Varje verksamhet går igenom sina avvikelser och kvalitetsutvecklaren analyserar tillsammans med chefläkaren avvikelserna på övergripande nivå. Hur har de bedömts, har rätt åtgärd satts in och hur många är av betydande eller katastrofal art? Syftet med en riskanalys är att värdera risker, identifiera de bakomliggande orsakerna och föreslå åtgärder som minskar riskerna. Riskanalyser genomförs inför förändrade arbetssätt, vid genomlysning av nuvarande arbetssätt, vid införande av nya metoder samt vid frekventa liknande avvikelser. Riskanalys görs på verksamhetsnivå eller övergripande nivå.

Rutiner för händelseanalys

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, utser analysteamet som ska genomföra analysen och uppdragsbeskrivning skrivs till analysledaren.

En händelseanalys omfattar följande:

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

Vid en händelseanalys använder vi oss av det nationella IT-stödet för händelseanalyser, Nitha. Nithas standardiserade och kvalitetssäkrade arbetsmetod följer den nationella metodhandboken för riskanalys och händelseanalys och ökar möjligheterna att fånga systemberoende orsaker och att ge stöd till analysteamet. Under 2020 gjordes en händelseanalys, där Sophiahemmet bistod en vårdgivare

med analysen och det beslutades utifrån händelseanalysen att ingen Lex Maria-anmälan skulle göras.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet/klagomål och synpunkter

Varje medarbetare har skyldighet att rapportera risker, tillbud och negativa händelser. Vi har dokumenterade rutiner som säkerställer att medarbetarna fullgör sin skyldighet att rapportera risker och händelser som har medfört eller kunnat medföra en vårdskada enligt HSLF-FS 2017:40. Chefläkaren beslutar om händelseanalys skall utföras på avvikelser med allvarliga patient-säkerhetsrisker eller vid vårdskada.

På Sophiahemmet ska alla former av avvikelser, avsteg från dokumenterade vårdprocesser, rutiner och oväntade händelser, miljöavvikelser och arbetsmiljöavvikelser rapporteras. Att uppmärksamma, åtgärda, följa upp och rapportera är en viktig del i det ständiga förbättringsarbetet. Vi har ett elektroniskt avvikelshanteringssystem på vårt intranät som är lättillgängligt. Den medarbetare som rapporterat vårdavvikelsen får automatiskt återkoppling via systemet. Första linjens chefer är mottagare av alla inrapporterade avvikelser och är ansvarig för analys, åtgärd, beslut om förbättringsåtgärd samt uppföljning inom sin verksamhet. Verksamhetschefen har övergripande ansvar för hanteringen av vårdavvikelser inom sitt verksamhetsområde. Vid allvarliga händelser eller risk för allvarlig vårdskada involveras chefläkaren.

Vårdgivare ska ha egen avvikelshantering men kan rapportera in avvikelser till oss via en e-tjänst. Kvalitetsutvecklaren lägger in avvikelserna i Sophiahemmets avvikelssystem och vidarebefordrar till närmaste ansvarig, så den aktuella avvikelserna hanteras och kommer med i statistiken. Svar på åtgärden kommuniceras till vårdgivaren via e-tjänsten vilket underlättar återkoppling och uppföljning då man kan kommunicera direkt med rapportören.

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

Vårdgivaren bör upprätta rutiner för hur personalen ska bemöta patienter och närstående vid tillbud eller skada. Sophiahemmets rutin bygger på de råd som Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag, LÖF, tagit fram till vårdgivare:

1. Förklara vad som hänt
2. Lyssna på patientens upplevelse av det inträffade
3. Säg förlåt, beklaga det som inträffat och visa medkänsla med patienten
4. Förklara hur vi kommer att arbeta med att förhindra att liknande händelser igen och inte drabbar fler patienter
5. Hjälpa till att minska den medicinska skadan och visa medkänsla, så kan också risken för psykiska trauman minska
6. Informera om hur patienten kan lämna klagomål eller synpunkter på vården: till verksamhetschef, chefläkare, Patientnämnden eller Socialstyrelsen

7. Informera, vid behov, om patientens rätt till patientskadeersättning, gäller allvarligare personskador
8. Dokumentera samtalen med patienten i journalen
9. Analysera vad vi kan lära av händelsen
10. Ge stöd till den personal som varit med vid skadetillfället
11. Utvärdera åtgärdernas effekt och redovisa vad som gjorts, efter en tid, både till patient och personal.

Samverkan för att förebygga vårdskador

För att säkerställa att Sophiahemmets vårdgivare kvalitetssäkrar den egna verksamheten och för att upprätthålla en god dialog genomför chefläkaren och kvalitetsutvecklaren patientsäkerhetsdialoger med vårdgivarna och egna verksamheter. Första året detta gjordes, 2019, besöktes flera vårdgivare och samtliga egna verksamheter. I år förnyades dialogen och följdes upp hos de verksamheter som fått flera förbättringsförslag eller eventuella avvikelser året innan. Dessutom besöktes två nya verksamheter som etablerat sig på Sophiahemmet under året, Art Clinic och Carlakliniken.

Två gånger per termin anordnas s.k. Vårdgivarforum, där chefläkare, VD (sjukhuschef) och biträdande sjukhuschef bjuder in alla verksamhetschefer för information och diskussion. Chefläkaren publicerar även regelbundet informationsbrev till samtliga vårdgivare och på den interna hemsidan där patientsäkerhet, kvalitet och miljö är stående punkter. Mottagningsforum anordnas en gång per termin för att upprätthålla kontakten med vårdgivarnas vårdpersonal där information om pågående arbete, förändringar, resultat och uppföljningar delges och gemensamma frågor diskuteras. Under 2020 på grund av pandemin har Vårdgivarforum skett digitalt och Mottagningsforum ställts in.

Intern samverkan sker på flera olika nivåer med regelbundna möten där patientsäkerhet och kvalitet tas upp som till exempel kvalitetsmöten, sjukhusledningsmöten och arbetsplatsträffar (APT) som hålls regelbundet i varje verksamhet med alla medarbetare. Under 2020 upprättades ett nytt forum - Operationsrådet där alla opererande verksamheter träffas tillsammans med chefläkare och biträdande sjukhuschef för att diskutera gemensamma frågor.

Samverkan med patienter och närstående

Samverkan med patienter och närstående är viktigt i patientsäkerhetsarbetet. För att säkra samverkan lägger Sophiahemmet stor vikt vid bemötande, delaktighet, information och tillgänglighet. Patientenkäterna på respektive enhet utgör en möjlighet där patientens åsikter tas tillvara i förbättringsarbetet. I vår kontinuerliga patientenkät kan patienter notera sin mejladress om de vill delta i vårt förbättringsarbete. Under 2019 så bjöd verksamheterna in till fysiska patientpaneler där intresserade patienter bjöds in till dialog om verksamhetsutveckling. Under 2020 ställdes alla patientdialoger in på grund av pandemin. Husläkarmottagningen medverkar även i den årliga Nationella Patientenkäten. Vissa av vårdgivarna samverkar med patient- och anhörigföreningar gällande specifika diagnoser. Vägledning hur patienters och anhörigas klagomål och synpunkter på vården kan lämnas finns på hemsidan.

Informationssäkerhet

Information är en viktig strategisk resurs för Sophiahemmet. Den totala mängden information samt utbytet av information inom och mellan våra olika verksamheter, med externa organisationer, studenter, patienter och andra intressenter, ökar. Krav gällande hantering av personuppgifter som regleras via dataskyddslagar och patientdatalagar påverkar informationsutbytet. Känslig information som rör enskilda personers sociala, medicinska och andra personliga förhållanden, måste skyddas noga mot såväl oönskad förändring som förlust och obehörig åtkomst. Detta gäller också den information som rör ekonomiska och andra verksamhetsspecifika uppgifter. Beroendet av komplexa tekniska informationssystem innebär också ökad sårbarhet. Det är därför nödvändigt att utifrån ett verksamhetsperspektiv ställa rätt krav på säkerhetslösningar vid upphandling, utveckling och användning av informationssystem och att fortlöpande kontrollera att dessa krav efterlevs. Allt arbete med informationssäkerhet skall utgå från verksamhetens behov och förutsättningar, och i enlighet med Dataskyddsförordningen/General Data Protection Regulation (GDPR). Under 2020 utförde Sophiahemmets dataskyddsombud en granskning på fokusområden för att kunna identifiera eventuella brister gällande informationssäkerheten, identifierade förbättringsåtgärder som vi arbetar aktivt med för lagefterlevnad.

Personuppgiftsbehandling

Det finns en rad olika åtgärder som behöver göras för att säkerställa lämplig säkerhetsnivå när personuppgifter behandlas. Åtgärderna gäller bland annat teknisk utveckling, genomförande, kostnader, behandlingens art, omfattning, sammanhang, ändamål och risker. Inom hälso- och sjukvården finns bestämmelserna om säkerhet vid personuppgiftsbehandling i dataskyddsförordningen. På hälso- och sjukvårdsområdet finns kompletterande bestämmelser i patientdatalagen (SFS 2008:355) och Socialstyrelsens föreskrifter på området (HSLF-FS 2016:40).

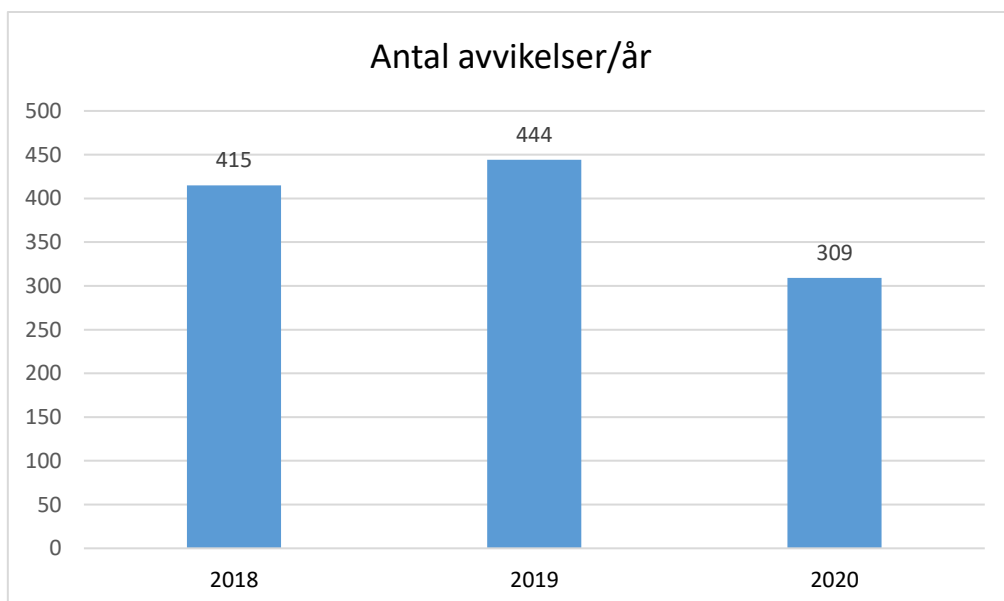
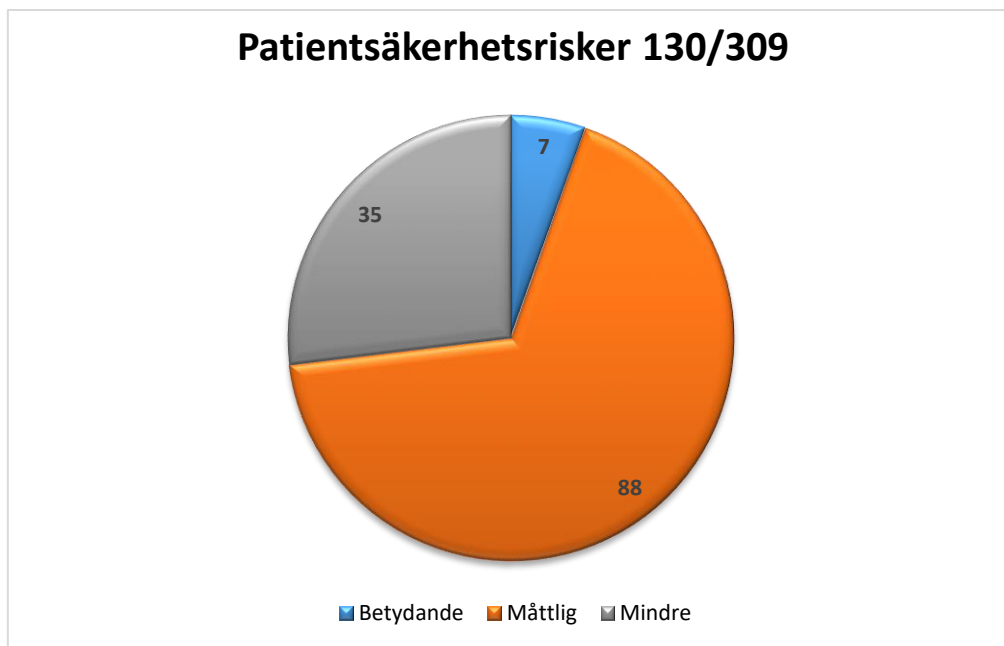
Dataskyddsombud

Kärnverksamheten för Sophiahemmet Sjukhus är att bedriva hälso- och sjukvård, med tillhörande personuppgiftsbehandling, varför Sophiahemmet omfattas av kravet att ha ett dataskyddsombud. Patienter, kunder och studenter kan kontakta dataskyddsombudet direkt, kontaktinformation finns på hemsidan.

Resultat

Avvikelser

Sophiahemmet arbetar aktivt med att öka inrapporteringen genom att uppmuntra medarbetarna till att rapportera avvikelser och återkoppla varje avvikelse till rapportören samt återkoppla resultat och större avvikelser till verksamhetens medarbetare. Avvikelserna leder till att man systematiskt och fortlöpande utvecklar och kvalitetssäkrar verksamheten. På Sophiahemmet rapporterades 309 avvikelser 2020 varav 130 gällde patientsäkerhetsrisker. Av dessa var sju stycken av betydande, 88 stycken av måttlig och 35 av mindre allvarlighetsgrad. 207 av avvikelserna gällde vård och behandling.



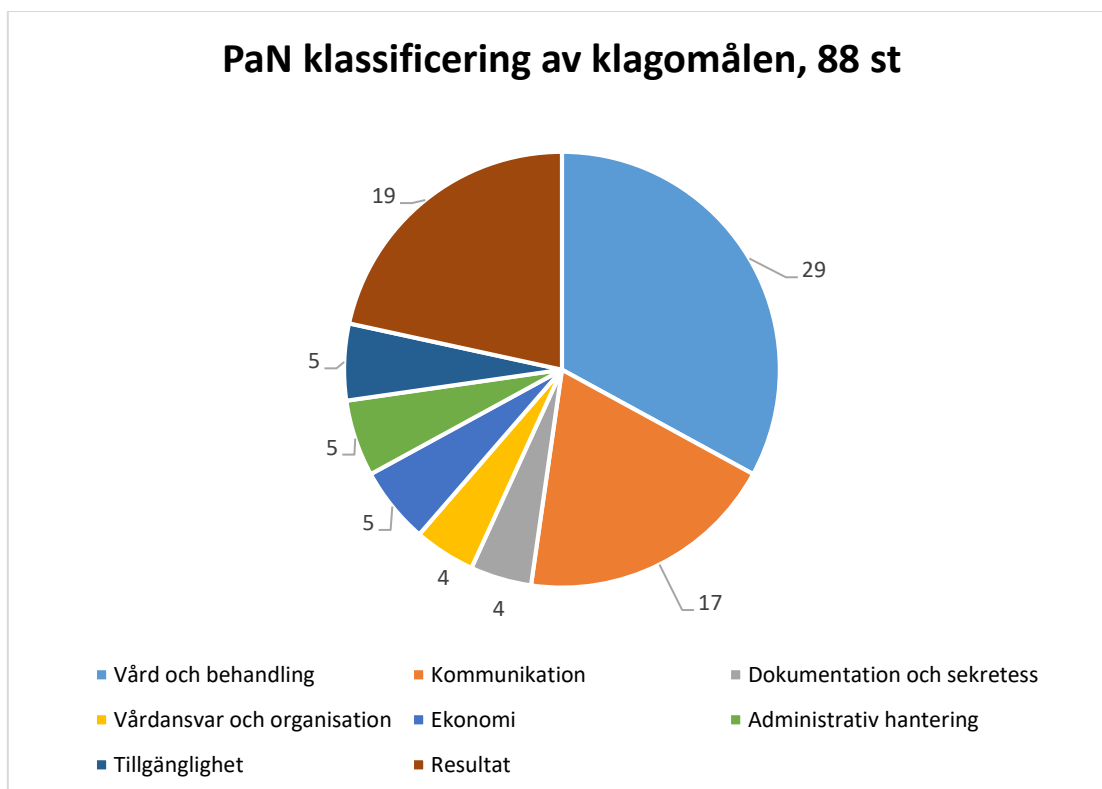
Analys: Viktigt att tänka att en risk kan ha uppmärksamats utan att det har blivit någon konsekvens för patientsäkerheten. Vi har något färre avvikelser än föregående år på grund av pandemin.

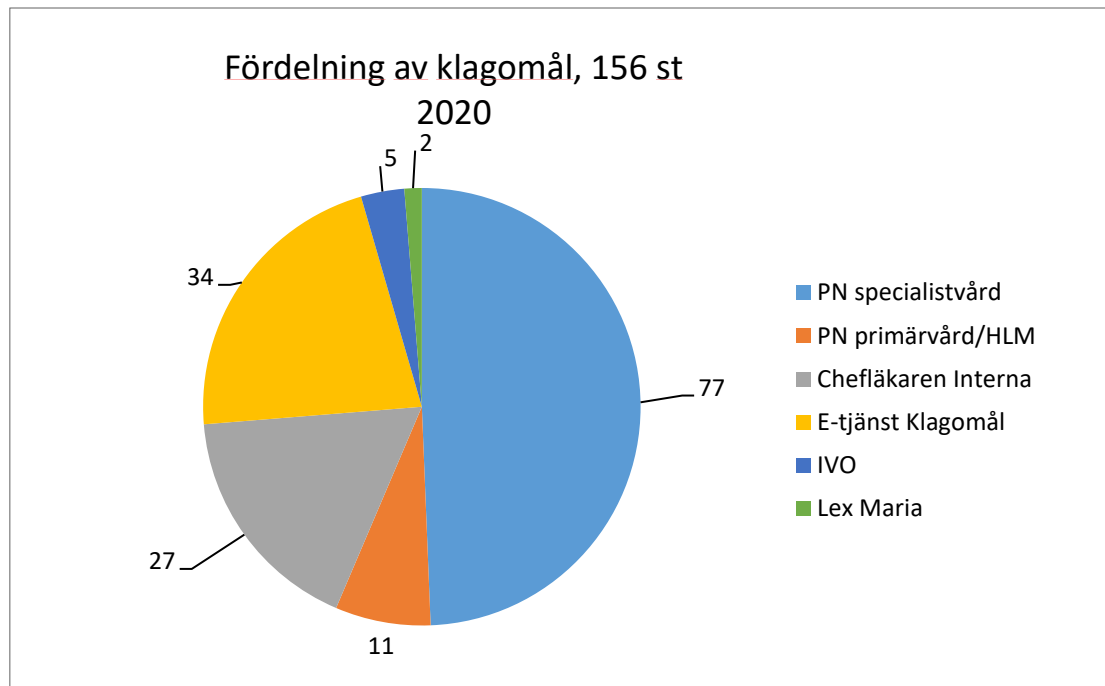
Operationsavdelningen övertogs av en vårdgivare i september 2019 vilket även det förklarar nedgången. Sju avvikelser som klassificerats som betydande gällande patientsäkerheten avser två brister i hantering av prover/provsvär, en i bokning/kallelser, en saknad journalanteckning, två utredningar då provsvär antingen försvunnit eller inte rapporterats och en gäller IT. Även flera mindre avvikelser handlar om labb-tjänster, och därför har dialog skett med laboratorierna för att säkerställa säker hantering och minimera risker.

Klagomål och synpunkter

Patientnämnden Varje vårdgivare får sina egna ärenden direkt från patientnämnden. Verksamhetschefen är skyldig att svara på ärendet, chefläkaren deltar i handläggningen vid behov. Varje månad får Patientsäkerhets- och utvecklingsavdelningen en rapport på antal ärenden anmälda till Patientnämnden av patienter som varit på hela Sophiahemmet inklusive vårdgivarna. Kvalitetsutvecklaren sammanställer och redovisar till sjukhusledningen på ledningens genomgång och i Kvalitetsgruppen till ombuden. Rapporten är uppdelad på specialistvård och primärvård. Ett patientärende hos patientnämnden kan generera flera ärenden beroende på klassificering som Patientnämnden gjort.

2020 fick Patientnämnden in 88 ärenden som rörde Sophiahemmet: 77 gällde vårdgivare och 11 Husläkarmottagningen, vilket kan bedömas som ett väldigt lågt antal för ett sjukhus av Sophiahemmets storlek. 29 ärenden gällde vård & behandling, 19 gällde resultat och 17 gällde kommunikation.





Enskilda ärenden Dessa inkommer främst i vår e-tjänst eller direkt till chefläkaren. E-tjänsten nås via hemsidan och kan bara nyttjas av våra egna verksamheter på grund av GDPR, så när det inkommer klagomål gällande vårdgivarna så hjälper vi patienten med kontakt med rätt verksamhet - det är verksamheten som i första hand ska hantera sina klagomål. Chefläkaren erhöll 27 större ärenden som krävde åtgärder.

E-tjänst I vår e-tjänst inkom 34 klagomål gällande Sophiahemmet Sjukhus och våra vårdgivare.

IVO Fem IVO-ärenden under 2020.

Lex Maria Ett Lex Maria-ärende under 2020.

Analys: Klagomål består av Sophiahemmets egna och även vårdgivares som kommit till vår kännedom. Ungefär samma volym som föregående år vilket bedöms som ett lågt antal med tanke på Sophiahemmets storlek.

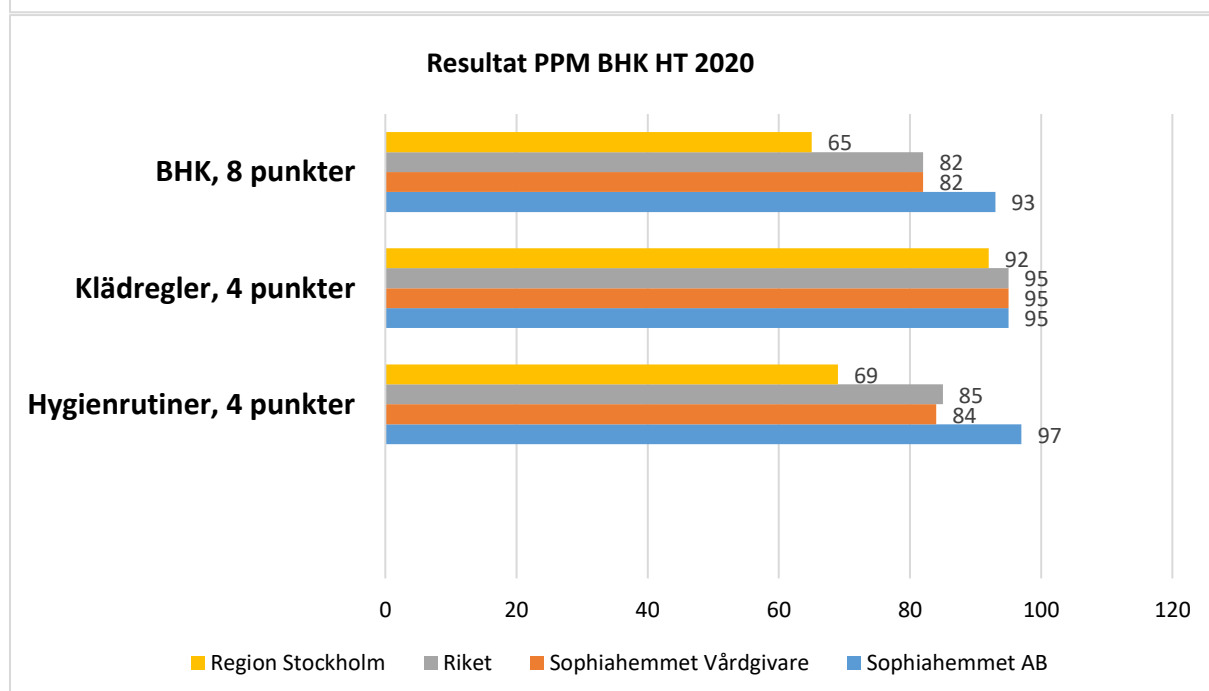
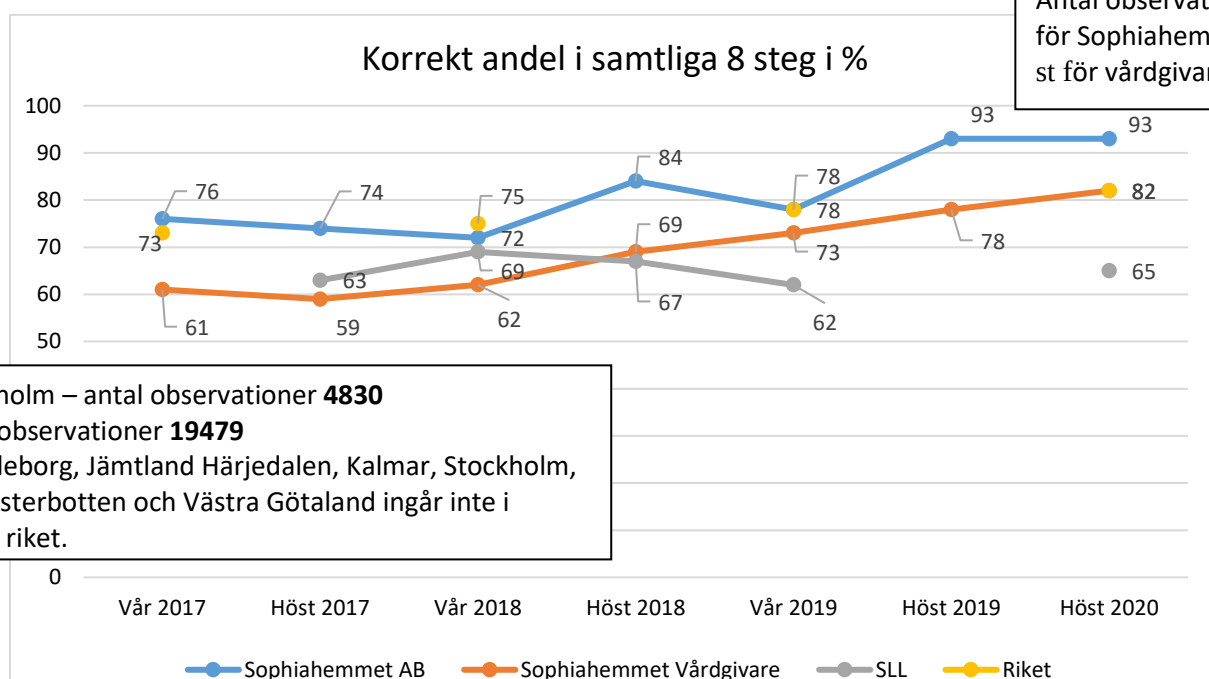
Basala hygienrutiner och klädregler

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 oberoende av vårdgivare och vårdform och om det finns känd smitta eller inte (SOSFS 2015:10). Punktprevalensmätning (PPM) av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (BHK) genomfördes första gången nationellt hösten 2010 och Sophiahemmet deltog redan då med samtliga sjukvårdsverksamheter. Mätningen är initierad av Sveriges kommuner och regioner (SKR) och är en observationsstudie som sker en angiven dag under en given mätperiod en gång per år. Region Stockholm har alltid haft en mätning det andra halvåret trots att SKR inte mäter då. Sophiahemmet har alltid deltagit både i de nationella och de regionala mätningarna.

10 personer per enhet observeras efter åtta olika kriterier. Ett icke uppfyllt kriterium drar ned totalresultatet och visar att alla rutiner ej är följda. Mätningen genomförs regelbundet vår och höst på Sophiahemmet. Sammanställningen redovisas på ledningens genomgång samt i kvalitets- och hygiengruppen. Varje enhet får en sammanställning av sitt resultat i jämförelse med resten av sjukhuset.

Våren 2020 ställdes mätningen in på grund av pandemin.

Hösten 2020 nådde Sophiahemmet 93 % följsamhet på 40 observationer (samma resultat som 2019) vilket är utmärkt. Vårdgivarna nådde 82 % på 103 observationer. Sju verksamheter varav tre egna verksamheter: Vårdenheten, Husläkarmottagningen och Försäkringsmottagningen nådde 100 %.



Analys: Sophiahemmet AB som inkluderar fyra verksamheter har stadigt förbättrat sig och ligger numera på 93 % följsamhet på alla 8 punkter, jämfört med Region Stockholm (tidigare SLL), där vi ingår, som hamnar på 65 % (deras bästa resultat). Våra vårdgivare med 103 observationer har ökat till 82 % följsamhet vilket talar för goda insatser i verksamheterna. Fler vårdgivare mäter och BHK är en ständig punkt på hygienmöten. Verksamheter med 100 % följsamhet delar med sig av framgångsrecepten till övriga. I patientsäkerhetsdialogerna lyfts frågan och Sophiahemmet uppmärksammar Handhygienens dag årligen (en kampanj initierad av WHO för att förbättra handhygien i vården i världen) med information och kommunikation kring BHK och medarbetare får sprita händerna med fluorescerande sprit och kontrollera effektiviteten av spritningen med hjälp av en UV-lampa.

Vårdrelaterade infektioner

Vårdrelaterade infektioner (VRI) är globalt den vanligaste vårdskadan. VRI är även vanligaste vårdskadan 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 stort lidande för patienten utgör vårdskador en stor vårdkostnad. WHO bedömer att en stor del av VRI är möjliga att förebygga genom effektiva förebyggande åtgärder.

Sophiahemmet och en vårdgivare, Ryggkirurgiskt centrum, mäter VRI varje halvår genom punktprevalensmätning, PPM VRI, som endast mäts på slutenvårdspatienter. Båda hamnar årligen på noll i förekomst av VRI.

Analys: Vi har korta vårdtider och ibland hinner inte infektionen utvecklas förrän efter hemkomst. Som komplement så följer varje vårdgivare upp sina patienters förekomst av postoperativa VRI. Dessutom följs VRI upp via nationella kvalitetsregister som berör kirurgiska diagnoser.

Vårdskademätning

Markörbaserad journalgranskning (MJG) kan mätas inom slutenvård. 20 slumpvis framtagna journaler granskas av en erfaren och tränad sjuksköterska en gång per månad. Vid journalgranskningen identifierar man journaluppgifter som kan indikera en skada och därefter bedöms det om en skada inträffat och om den var undvikbar, om man kan förhindra att den händer igen. I förebyggande patientsäkerhetsarbete är det väsentligt att identifiera händelser som innebär risk för patienter att komma till skada även om någon skada inte inträffat, det vill säga tillbud.

Kategori A och B Varken tillbud eller skada

Kategori C eller D När tillbud identifierats

Chefläkaren går igenom de kriterier eller "triggers" som journalgranskaren funnit och beslutar om en vårdskada inträffat enligt nedanstående gradering:

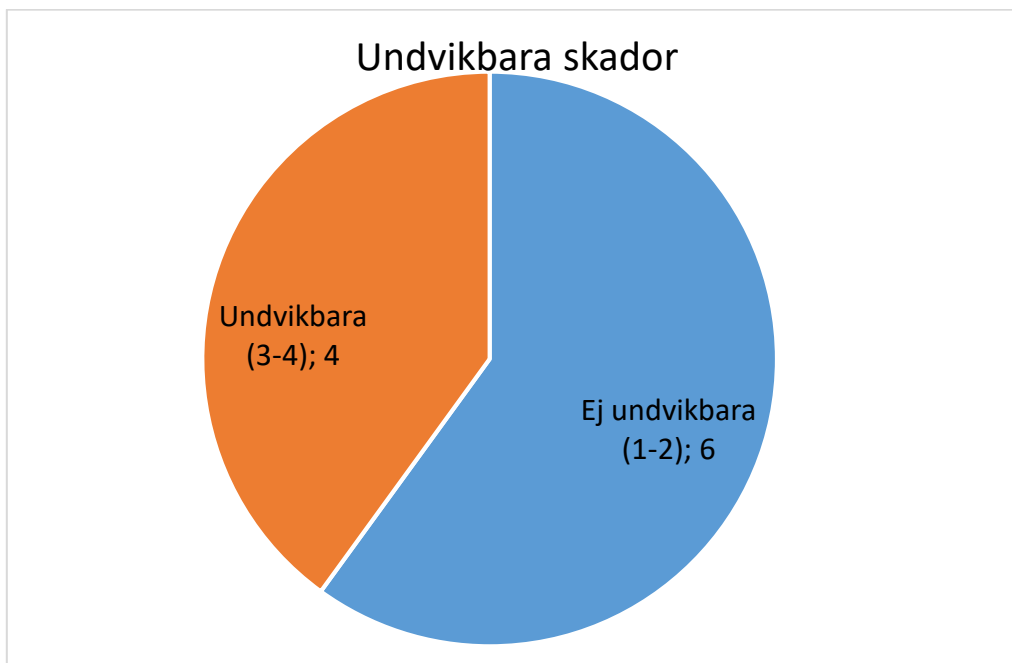
Kategori E Bidrog till eller resulterade i temporär skada som krävde åtgärd

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

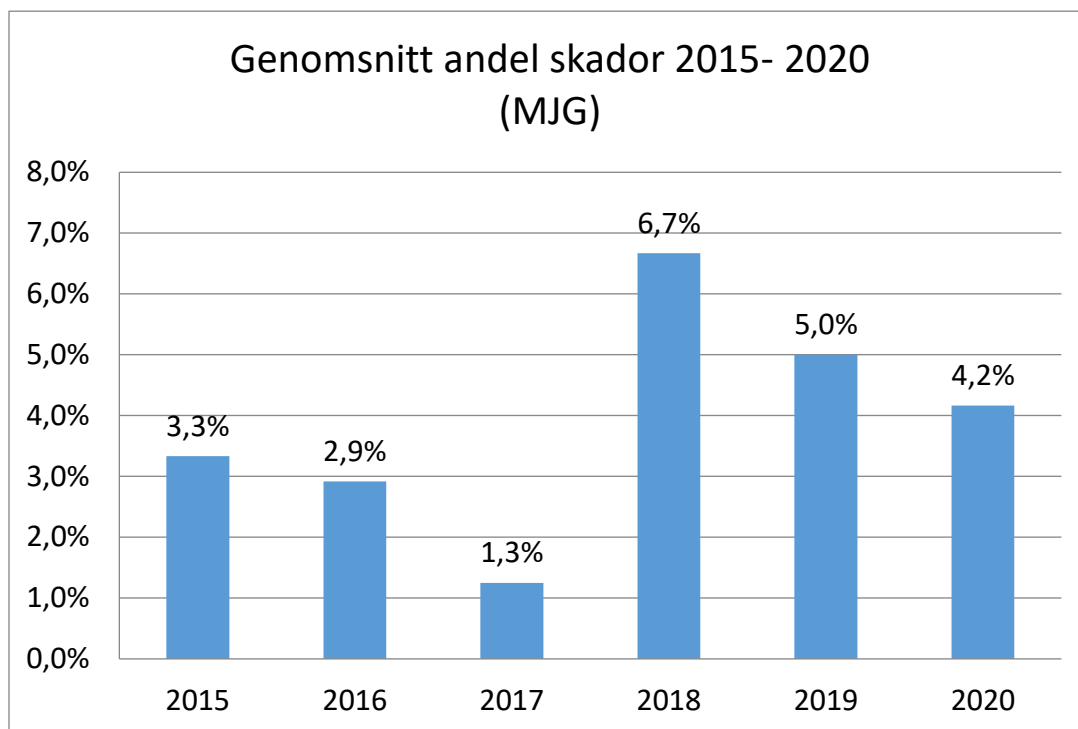
Årets resultat visade 10 vårdskador på 240 granskade journaler. Sex skador var ej undvikbara och fyra var undvikbara. De fyra undvikbara skadorna bestod av två stycken blåsöverfyllnad⁹, en vårdrelaterad infektion och en postoperativ komplikation.



- | |
|--|
| 1. Skadan var inte undvikbar |
| 2. Skadan var sannolikt inte undvikbar |
| 3. Skadan var sannolikt undvikbar |
| 4. Skadan var undvikbar |
| Ej undvikbara (1-2): |
| 2 st A1, Transfusion, 1 st K1 Reoperation, 1 st Fall |

Analys: Ett resultat som känns korrekt med den bild som vi ser. Att jämföras med hur riket låg 2019 där andelen patienter i slutenvård med vårdrelaterad infektion hamnade på 9,2 %. Blåsöverfyllnad var vanligare tidigare då patienterna kommit upp från operation men med nya rutiner och kontroller så är det idag ovanligt.

⁹ Patienter som genomgår operation har en ökad risk för blåsöverfyllnad och urinretention.

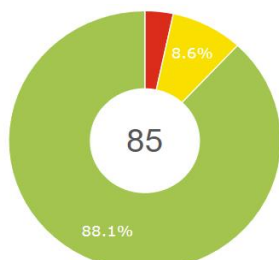


Patientsäkerhetsdialoger

2020 genomfördes 11 patientsäkerhetsdialoger (20 dialoger genomfördes 2019) med chefer och kvalitetsansvariga hos vårdgivare, varav sex dialoger var uppföljning från föregående år. Hos dessa vårdgivare kunde konstateras förbättringar, såsom att mer utförliga patientsäkerhetsberättelser, fler verksamheter hade valt att anslut sig till Sophiahemmets hygienrupp och därmed medverka i övergripande mätningar avseende följsamhet till basala hygien- och klädregler. Några vårdgivare hade utvecklat sin avvikelshantering till mer systematisk och även digitaliserat hanteringen. Flera vårdgivare anger även numera tydligt på sina hemsidor hur patienter kan ge klagomål och synpunkter. Två av övriga fem vårdgivare som vi inte besökt 2019 är nyetablerade verksamheter på Sophiahemmet.

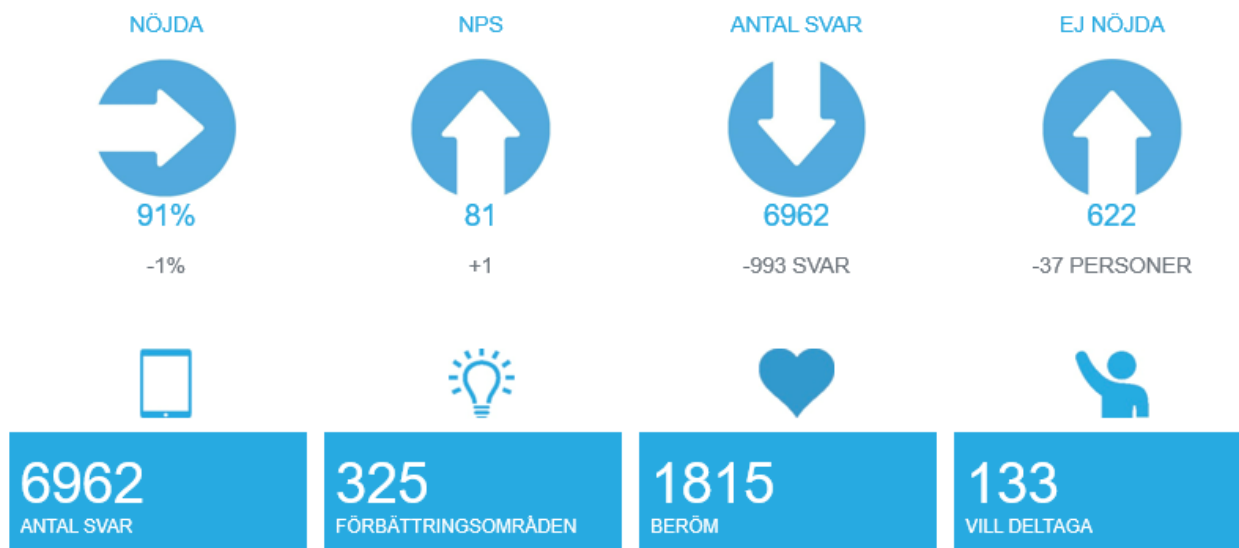
Patientnöjdhet och patientinvolvering

Huvudsyftet med att mäta patientupplevelsen är att öka värdet och säkerställa kvaliteten genom patientdriven verksamhetsutveckling, där patienternas erfarenheter är grunden i vårt förbättringsarbete. Patientenkäten används i verksamheternas förbättringsarbeten då patienter i realtid ger mycket och användbar feedback. Utmaningar för att det ska vara mödan värt för patienterna att svara på en enkät är rätt ställda frågor och att vi agerar på resultatet och kommunicerar ut det. Sophiahemmet kommunicerar resultaten via hemsidan och nu också via digitala skärmar. I enkäten ges patienterna möjlighet att ange om de vill delta i vårt förbättringsarbete framöver. I de övergripande målen vill vi se en årlig ökning av patienter som vill rekommendera Sophiahemmet och som känner sig delaktiga. Viljan att rekommendera oss mäts med Net Promotor Score, NPS.



Analys: Så fort engagerade medarbetare påminner om enkäten så ökar svarsfrekvensen och fler förbättringsförslag och beröm lämnas in vilket i sin tur ökar engagemanget hos medarbetarna - det blir en god cirkel. Under 2020 fick vi 6962 svar, 325 förbättringsområden, 1815 beröm och 133 patienter som vill delta i vårt förbättringsarbete. Det är cirka 1000 färre svar än 2019, vilket beror på pandemin. Sophiahemmet's totala NPS blev 81 vilket är en ökning från 80 (2019). Delaktigheten ligger stadigt på 94 %. Se nedan alla svar per dimension.

ÅRSRAPPORT / ÖVERSIKT



ÅRSRAPPORT / DIMENSIONER

BEMÖTANDET



99%
0%

TILLGÄNGLIGHETEN



97%
0%

INFORMATIONEN



97%
0%

DELAKTIGHETEN



94%
0%

VÅRDEN/BEHANDLINGEN



95%
-1%

FÖRUTSÄTTNINGAR



98%
+7%

Ett axplock av förbättringar som skett på grund av förslag av patienterna

- Vårdavdelningen tänder ljuset i korridoren tidigare på morgonen så patienter som anländer känner sig mer välkomna utan att störa de inlagda patienterna
- Vårdavdelningen har kompletterat med vegetarisk lunch efter önskemål och för att agera klimatsmart
- Vårdenheten har fått en egen hemsida, tidigare fanns informationen på våra huvudsidor och hos vårdgivare men behovet har ändrats vilket patienterna påpekade
- Hälsocentralen har digitaliserats med fler e-tjänster (säker kommunikationsväg med sina patienter) och patienter som besöker deras hälsoråd kan nu nå informationen digitalt, t ex egenvårdsbroschyrer
- Hälsocentralen har rekryterat en hälsocoach för att tydliggöra sin hälsoprofil och enligt efterfrågan från deras patienter
- Försäkringsmottagningen har infört digitala besök för läkare inom alla specialiteter och sjuksköterskor
- Försäkringsmottagningen har infört elektroniska intyg bl a körkortsintyg
- Husläkarmottagningen har efter återkommande feedback i enkäten gällande tillgängligheten till läkare arbetar med att lista på så många patienter som möjligt på namngivna specialister för förbättrad kontinuitet.
- Husläkarmottagningen har även ökat sin tillgänglighet med att använda 1177, mina vårdkontakter, fullt ut och dessutom utvecklat en app för videomöten.

Sammanfattningsvis kan vi konstatera att 2020 innehöll stora utmaningar, särskilt på grund av pandemin, men att Sophiahemmet även under dessa speciella omständigheter levererade hälso- och sjukvård av god kvalitet och patientsäkerhet och med stor patientnöjdhet.

Februari, 2021

Marie Wickman Chantereau
Chefläkare

Caroline Lagerman
Kvalitetsutvecklare

