
**Patientsäkerhetsberättelse
och kvalitetsredovisning
2021**



Innehåll

Sophiahemmets patientsäkerhetsberättelse och kvalitetsredovisning.....	4
Detta är Sophiahemmet Sjukhus.....	5
Sophiahemmet AB i siffror 2021	6
Covid-19 pandemin	7
Grundläggande förutsättningar för säker vård	8
Sophiahemmet Sjukhus värdegrund	8
Engagerad ledning och styrning	9
Övergripande mål och strategier	9
Årlig ackreditering – en kvalitetsstämpel.....	11
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet.....	12
Patientsäkerhets- och kvalitetsorganisation	12
Organisation för hjärt- och lungräddning (HLR).....	14
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	15
Informationssäkerhet.....	16
Personuppgiftsbehandling	16
Dataskyddsombud.....	17
Strålskydd	17
En god säkerhetskultur.....	17
Adekvat kunskap och kompetens.....	18
Patienten som medskapare.....	19
Resultat från den digitala enkäten	20
Ett axplock av förbättringar som skett tack vare patientkommentarer	21

Agera för säker vård	21
Öka kunskap om inträffade vårdskador	23
Tillförlitliga och säkra system och processer	24
Basala hygienrutiner och klädregler, BHK	24
Läkemedelshantering och -säkerhet	27
Hög hygienisk standard genom städkontroller	27
Säker vård här och nu	28
Systematiskt förbättringsarbete	29
Positiva iakttagelser från den externa revisionen 2021	29
Risk- och avvikelshantering	30
Stärka analys, lärande och utveckling	31
Avvikelser	31
Klagomål och synpunkter	32
Öka riskmedvetenhet och beredskap	34
Mål, strategier och utmaningar för kommande år	35
Strategier för att uppnå målen	35

Sophiahemmets patientsäkerhetsberättelse och kvalitetsredovisning

Sophiahemmets årliga patientsäkerhetsberättelse och kvalitetsredovisning är till för att patienter, närstående, medarbetare, studenter och samarbetspartners ska få en inblick i hur Sophiahemmet sjukhus arbetar för att ständigt höja kvaliteten och säkerheten i vården. Mallen för patientsäkerhetsberättelsen utgår från lagkrav och följer strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet¹.



Patientsäkerhet är grunden i Sophiahemmets sjukhus kvalitetsarbete, därför är patientsäkerhetsberättelsen kombinerad med kvalitetsredovisningen. God kvalitet är i sig en förutsättning för säker vård och att organisationen genomsyras av en säkerhetskultur. Vid den senaste patientsäkerhetskulturmätningen² nåddes goda resultat som alla inom sjukhuset kontinuerligt arbetar för att upprätthålla och ytterligare förbättra. Syftet med denna rapport är att presentera en

¹ Enligt Patientsäkerhetslagen, SFS 2010:659, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd, SOSFS 2011:9, om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete och Socialstyrelsens Nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020-2024.

² Senaste mätningen skedde i september 2019. 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, 2022.

övergripande bild, men också ge några konkreta exempel på hur Sophiahemmets verksamheter och medarbetare tar sig an dessa frågor.

Hög patientsäkerhet genom förebyggande och systematiskt arbete är en av sjukhusets viktigaste prioriteringar, vilket ses i de övergripande långsiktiga målen och ska märkas i allt som utförs på sjukhuset. Att ge god och säker vård överallt och alltid kan tyckas vara en självklarhet men det sker inte automatiskt, utan man måste hela tiden arbeta med förbättringar och tänka på risker och möjligheter. Detta gäller såväl i den patientnära vården som på övergripande ledningsnivå. 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 sjukvårdsstrukturer 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.

Detta är Sophiahemmet Sjukhus

Sophiahemmet sjukhus invigdes 1889 på initiativ av Drottning Sophia som redan några år tidigare 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.



Sophiahemmet AB som driver sjukvården ägs av Sophiahemmet ideell förening och ingår i en koncern tillsammans med två andra affärsområden, Sophiahemmets Högskola och Facility Management (FAM). Sophiahemmet Sjukhus består dels av egna verksamheter samt noggrant utvalda vårdgivare som i fristående bolag erbjuder specialistsjukvård inom öppen- och slutenvård för barn, ungdomar och vuxna. Sophiahemmet Sjukhus egna verksamheter består av Försäkringsmottagningen, Husläkarmottagningen, Hälsocentralen samt Vårdenheten med två slutenvårdsavdelningar för främst postoperativ vård. Sophiahemmet vårdar och behandlar patienter inom offentlig vård samt patienter som kommer via sitt försäkringsbolag eller som betalar vården själva.

Under 2021 har en digital tjänst utvecklats, Sophia Direkt, som vänder sig till den individ som själv vill betala för sin vård. Sophia Direkt är ett resultat av en ökad efterfrågan och ett behov av en tydligare

gemensam kanal in till Sophiahemmets många verksamheter. I Sophia Direkt kan patienten t ex boka ett läkarbesök, en vårdplats på vårdenheten, en hälsoundersökning eller få ett intyg utfärdat.



Sjukhuset har ett nära samarbete med Sophiahemmet Högskola som bedriver utbildning och forskning. Kärnverksamheten på högskolan utgörs av Sjuksköterskeprogrammet, Barnmorskeprogrammet, ett flertal specialistsjuksköterske-program, fristående kurser samt forskning. 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.

Sophiahemmet AB i siffror 2021

Antal vårdplatser	36
Antal vårddygn	4061
Medelvårdtid	1,2 dygn
Försäkringsmottagningen – antal läkarbesök	20 339
Försäkringsmottagningen – antal sjuksköterskebesök	1 231
Husläkarmottagningen – antal listade patienter	11 482
Husläkarmottagningen – antal läkarbesök	14 969
Husläkarmottagningen – antal sjuksköterskebesök	6 085
Husläkarmottagningen – antal sjuksköterskebesök i hemsjukvård	3 144
Hälsocentralen – antal anslutna företag	699
Hälsocentralen – antal patienter via företag	10 559
Hälsocentralen – antal läkarbesök	9 527
Hälsocentralen – antal sjuksköterskebesök	10 430
Hälsocentralen – antal hälsoundersökningar	8 242
Hälsocentralen – antal besök på Hälsorådet	315

Covid-19 pandemin

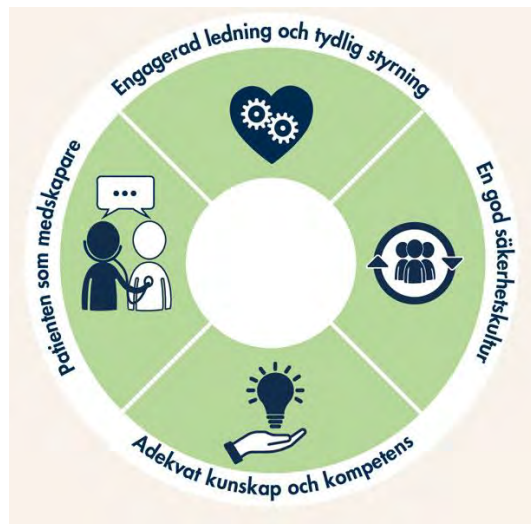
Covid-19 pandemins påverkan på hela hälso- och sjukvården och därmed Sophiahemmets sjukhus har fortsatt varit stor. Under 2020 utfördes färre dagkirurgiska operationer och läkarbesök i öppen specialistvård. Trots viss ökning av dagkirurgi under 2021 så var volymerna lägre än före pandemin. Hälso- och sjukvården har arbetat med en rad åtgärder för att återgå till normal produktion och ta hand om ett uppdämt vårdbehov. Sophiahemmet har många goda exempel på bra åtgärder såsom snabb omorganisering, stärkt samverkan och samordning både internt och externt, förändrade arbetssätt och ökad digitalisering. Sophiahemmet har tagit emot patienter som vanligtvis inte opereras eller vårdas utanför akutsjukhusen för att hjälpa regionen att minska vårdköerna. Inför varje nytt vårdavtal så har riskanalys genomförts och medarbetare fått intern utbildning för att få rätt kunskap för att vårda den aktuella patientkategorin.

Under 2021 inleddes allmän vaccination av befolkningen i Sverige mot covid-19. Folkhälsomyndigheten utformade riktlinjer men regionerna fick själva organisera hur vaccinationerna skulle utföras i praktiken. I Region Stockholm bestämdes att fas 1–3 av vaccinationerna skulle skötas i primärvården vilket involverade Husläkarmottagningen. Först vaccinerades riskgrupper och äldre enligt Folkhälsomyndighetens och regionens beslutade ordning. En projektgrupp bildades på Sophiahemmet för att hantera uppdraget på ett säkert sätt. Vaccineringen skulle innebära stora flöden av patienter samtidigt som processen skulle utformas så smittsäkert och smidigt som möjligt. Många medarbetare på Sophiahemmet deltog i vaccinationen. Nya rutiner och arbetssätt etablerades och verksamheten anpassade sig med stor flexibilitet till olika förutsättningar, till exempel i början otillräcklig vaccintillgång och flera gånger under uppdraget förändrade riktlinjer. I maj 2021 fick Sophiahemmet uppdrag att medverka i vaccineringen av allmänheten, som kunde boka sig via regionens system "Alltid Öppet". Hela vaccinationsprojektet har grundats i det engagemang och vilja att hjälpa till oavsett ordinarie uppdrag eller profession. Sammanlagt gavs cirka 37 000 vaccindoser på Sophiahemmet. Även i slutet av 2021 gavs dos tre till Husläkarmottagningens patienter och medarbetare på Sophiahemmet med samma engagemang och vilja att bidra.



Grundläggande förutsättningar för säker vård

För att kunna nå den nationella visionen "God och säker vård – överallt och alltid" och det nationella målet "ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada", har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet och det är *engagerad ledning och tydlig styrning*, *en god säkerhetskultur*, *adekvat kunskap och kompetens* och att man har med *patienten som medskapare*.



Patientsäkerhetsarbetet på Sophiahemmet sjukhus präglas av en värdegrund. Värdegrundsarbetet handlar om att synliggöra gemensamma och överenskomna värderingar och ha samsyn. Värderingarna visar sig i medarbetarnas sätt att vara och verka gentemot varandra och patienter för att uppnå Sophiahemmets *vision - vård och utbildning i världsklass*.

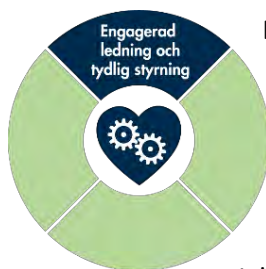
Sophiahemmet Sjukhus värdegrund

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.

Engagerad ledning och styrning



Engagerad ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården är avgörande för säker vård³. God kvalitet och patientsäkerhet utvecklas bäst i organisationer med god arbetsmiljö och faktorer som t ex ekonomistyrning, resursfördelning, kompetensutveckling, schemaläggning och bemanning påverkar patientsäkerheten. Patientsäkerhet utvecklas också bäst i organisationer som har en kultur där medarbetarna är delaktiga och gemensamt med ledningen strävar efter fortlöpande förbättringar och att upprätthålla en hållbar verksamhet med hög säkerhet. Ledningen är en tongivande förebild. På Sophiahemmet ses flera exempel på engagerad ledning och styrning samt medarbetares engagemang, inte minst under pandemin då verksamheterna har visat på stor flexibilitet och att snabbt kunnat ställa om efter behov och till det som efterfrågas av regionen. Patientsäkerhetskulturmätning (PSK) genomfördes i september 2019 på sjukhuset och FAM och planeras att utföras igen hösten 2022. Resultatet 2019 visade på en god säkerhetskultur vilket också är ett kvitto på ledningens engagemang.

Övergripande mål och strategier

VD ansvarar för upprättande av övergripande mål för Sophiahemmet ideell förening och Sjukhusets verksamheter och tillsammans med koncernledning och de tre affärsområdesledningarna beslutas hållbarhetsplan och verksamhetsplan. De övergripande strategierna ska följa de beslut som fattats av styrelsen. Sophiahemmet arbetar i enlighet med SIQ:s managementsmodell 5.0 som är en ledningsmodell som driver resultatförbättring och bidrar till helhetssyn. Den fokuserar på ledarskapets avgörande roll och på vikten av alla medarbetares medverkan. SIQ Managementmodell bygger på tre hörnpelare – Kulturen, Strukturen och Systematiken.

Målsättningen är att kvaliteten och patientsäkerheten alltid ska vara en självklar del i organisationen och i arbetssätten. De övergripande målen är nedbrutna i fyra perspektiv med fokusområden, aktiviteter och mätetal och när de är klara fastställs verksamhetsanpassade mål och handlingsplaner inom respektive affärsområde. Under året följs dessa upp av ansvarig chef i samband med verksamhetsuppföljning. Perspektiven och de övergripande målen sträcker sig över flera år medan fokusområdena och kopplade aktiviteter revideras årligen så att det som följs upp är aktuellt, känns meningsfullt och ökar möjligheter till förbättringar. Perspektiven ses även i vår [policy för hållbar utveckling](#).

Ledningsgrupperna för Sophiahemmets affärsområden har beslutat att i all verksamhetsutveckling beakta FN:s globala hållbarhetsmål formulerade i Agenda 2030. Utvalda fokusområden är mål 3 (hälsa och välbefinnande), mål 4 (god utbildning för alla) och mål 12 (hållbar konsumtion och produktion. Att

³ Källa: Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024

hela tiden beakta dessa mål i kvalitetsarbetet ger goda förutsättningar för att bidra till en hållbar utveckling framöver.



GLOBALA MÅLEN för hållbar utveckling

Hållbarhetsplan översikt – 2021 (Sophiahemmet ideell förening)

Vi är en av de största arbetsgivarna i Sverige	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: - Alvarliga och undvikbara värdsador ska vara noll - Oka Patientsäkerhetskulturer-index vid varje mätning - Våra patienter ska rekommendera Sophiahemmet Sjukhus, årlig ökning - Patienter ska känna delaktighet och möjlighet att påverka vården - 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 - Farliga ämnen vid renovering och ombyggnationer väljs bort

Aktiviteter: Alla medarbetare ska agera utifrån vår Hållbarhetspolicy och sett miljöfilmen Skapa utbildningsmaterial om Agenda 2030 Verksamhetsspecifika miljömål utarbetas	Aktiviteter: Kommunicera vådrutiner och öka följsamheten. Genomföra förebyggande arbete. Verksamhetsspecifika kvalitetsmål utarbetas Lokala verksamhetsaktiviteter ska genomföras för god följsamhet till Kloka listan	Aktiviteter: Identifiera aktiviteter och utbildningsmoment som har relevans för hållbar utveckling Implementera de globala målen i samtliga utbildningsplaner på grundnivå, avancerad nivå och forskarnivå Skapa en nätbaserad introduktionskurs i hållbar utveckling Inventering och kartläggning av forskningsprojekt med relevans för hållbar utveckling Bilda en verksamhetsövergripande hållbarhetsgrupp på Högskolan	Aktiviteter: Genomför Energikartläggning (identifiera genomförbara åtgärder) Installera: Energisnål utrustning. Behovsstyrd utrustning. Ventilation. Ställa in styrsystem till klimatanläggning. Kravställning i RAM-avtal och vid upphandlingar. Uppföljning definieras utifrån kravställan
Mätetal: 100% av medarbetarna ska ha sett Sophiahemmets miljöfilm. 100% av forskrivare ska ha sett SLLs film Läkemedel och miljö Antal inrapporterade avvikelser i Sophiahemmets avvikelssystem, årlig ökning Antal unika kemikalier, årlig minskning Antal hälsovådliga kemikalier med CMR-klassade ämnen (cancerogena, mutagena och reproduktionsstörande ämnen), < 5 - H350: Kan orsaka cancer H340: Kan orsaka genetiska defekter H360: Kan skada fertiliteten eller det ofödda barnet	Mätetal: Resultat av basala hygienrutiner och klädregler (BHK) Resultat av markörbaserad journalgranskning (MJG) i slutenvården Patientsäkerhetskulturmätning (PSK), Index för en välfungerande organisation Net promotor score (NPS), Patienter rekommenderar Sophiahemmet, årlig ökning Delaktighet i vården, 95% av patienterna ska känna delaktighet i sin vård/behandling	Mätetal: Andel utbildningsplaner som inkluderar mål om hållbarhet 100% Andel nybörjade studenter som har genomgått nätbaserad introduktionskurs i hållbar utveckling Andel medarbetare som har genomgått nätbaserad introduktionskurs i hållbar utveckling Andel relevanta kurser som adresserar hållbarhetsmål Andel studenter som upplever att hållbar utveckling och Agenda 2030 integreras i utbildningarna	Mätetal: Värmeförbrukningen skall sänkas med bibehållen eller förbättrat inomhusklimat, med 25% fram till 2025 Elförbrukning skall sänkas i relation till förbrukning och verksamhet, med 15% fram till 2025

Verksamhetsplan översikt – 2021 (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

Årlig ackreditering – en kvalitetsstämpel

Vårdgivarna på Sophiahemmet ackrediteras årligen. Ackrediteringens mål är att säkerställa att alla som verkar inom Sophiahemmets varumärke gör det enligt samma principer om säker och högkvalitativ vård och säkerställer därmed verksamheternas kvalitet, patientsäkerhet och kompetens hos medarbetare och följer upp vårdgivares efterlevnad till lagar och krav och interna kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. Varje vårdgivare har fullt ansvar för sitt eget kvalitetsarbete, inrapportering till relevanta kvalitetsregister och utveckling av verksamheten. Vårdgivarna sammanfattar årligen sitt systematiska patientsäkerhetsarbete i egna patientsäkerhetsberättelser.

Chefläkaren på Sophiahemmet ansvarar för ackrediteringssystemet och godkänner ackrediteringsansökningarna. Återkommande brott mot ackrediteringsreglerna kan efter erinran från chefläkaren leda till avackreditering. Även Sophiahemmet Sjukhus egna verksamheter genomgår ackrediteringsprocessen. 2021 godkändes alla verksamheter, två vårdgivare fick dock inkomma med kompletteringar efter anmärkningar.



Illustrationen beskriver vilka delar som Sophiahemmets ackreditering består av. Samtliga delar måste uppfyllas för godkänd ackreditering.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Koncernledningen består av VD, biträdande sjukhuschef, Högskolans rektor, chefläkare, förvaltningschef Högskolan, chef för FAM, HR-chef, marknadschef, ekonomichef och CIO (Chief Information Officer). Sjukhusledningen består av VD, chefläkare, HR-chef, marknadschef, ekonomichef, CIO och verksamhetschefer för sjukvårdsverksamheterna. VD ger uppdrag till verksamhetscheferna i vilket ingår ansvar för kvalitet och patientsäkerhet.

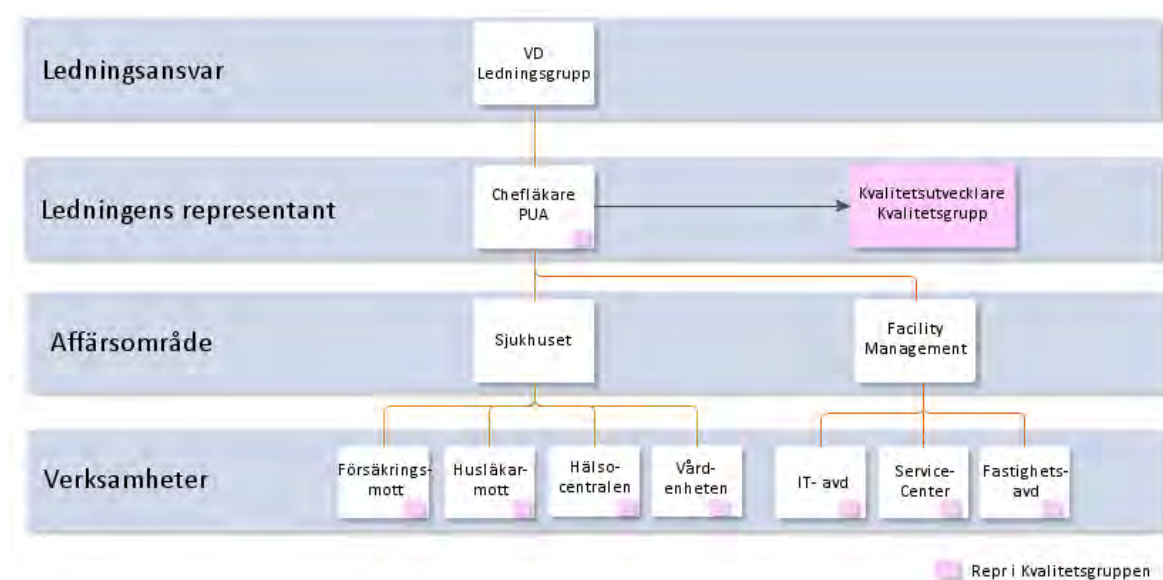
Chefläkaren är ledningens representant i patientsäkerhets-, kvalitets- och miljöfrågor och representerar Sophiahemmet i olika samverkansmöten, t ex regionens chefläkarmöten. I chefläkarens ansvar ingår att bedöma och hantera avvikelser och klagomål och utreda och anmäla allvarliga patientsäkerhetsrisker och vårdskador till Inspektionen för vård och omsorg, IVO. Chefläkaren kan vid allvarliga händelser initiera händelseanalyser. Patientsäkerhetsfrågor hanteras i samverkan med egna verksamheter, vårdgivare, regionen och Patientnämnden⁴ i Stockholm.

Patientsäkerhets- och kvalitetsorganisation

Patientsäkerhets- och utvecklingsavdelningen (PUA) har en stödjande funktion för verksamheterna vid Sophiahemmet med syfte att skapa helhetssyn avseende verksamhetsutvecklingen samt utveckla och kontrollera patientsäkerhet och kvalitet. Sophiahemmet är miljö- och kvalitetscertifierat inom ISO 14001 och 9001 och PUA genom kvalitetsutvecklaren ansvarar för att revisioner och kontroller

⁴ 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.

genomförs. Resultatet med förbättringsförslag av revisionerna rapporteras till sjukhusets ledningsgrupp och de reviderade verksamheterna. Sammanställningen på den interna revisionen förs ut till alla verksamheter så att alla på så sätt förbättra den egna verksamheten. Detsamma gäller de externa revisionerna. PUA underhåller och uppdaterar ledningssystemet kontinuerligt tillsammans med verksamheterna. I avdelningens uppdrag ingår att sammanställa mätresultat och redovisa dessa för verksamheterna samt att uppdatera lagförteckningen och följa upp lagefterlevnad och andra krav. Kvalitetsutvecklaren är sammankallande för kvalitets-, hygien- och miljögrupperna där varje verksamhet inklusive vårdgivarna representeras med ombud. Regionens Smittskydd och Vårdhygien kontaktas vid behov. Kvalitetsutvecklaren leder och genomför risk- och händelseanalyser på uppdrag av chefläkaren och är lokal administratör på Sophiahemmet för NITHA, Nationellt IT-system för HändelseAnalys och deltar i regionala och nationella möten kring samverkan och utveckling av verktyget. Avdelningen består även av en projektledare som understöder vid behov verksamheterna i alla deras projekt och förbättringsarbeten.



– Patientsäkerhets- och kvalitetsorganisation på Sophiahemmet Sjukhus

I första linjens chefsuppdrag ingår ansvar för förbättringsarbete som innefattar kvalitet och patientsäkerhet. Uppdraget omfattar även att ta fram, fastställa, vidareutveckla, avveckla och dokumentera rutiner och metoder. Medarbetare med patientnära arbete uppmuntras att driva kontinuerligt förbättringsarbete samt rapportera i avvikelssystemet då patientsäkerhetsrisker, tillbud och andra avvikelser uppstår. IT-, HR- och Marknadsavdelningen stödjer hela sjukhuset i förbättrings- och patientsäkerhetsarbetet.

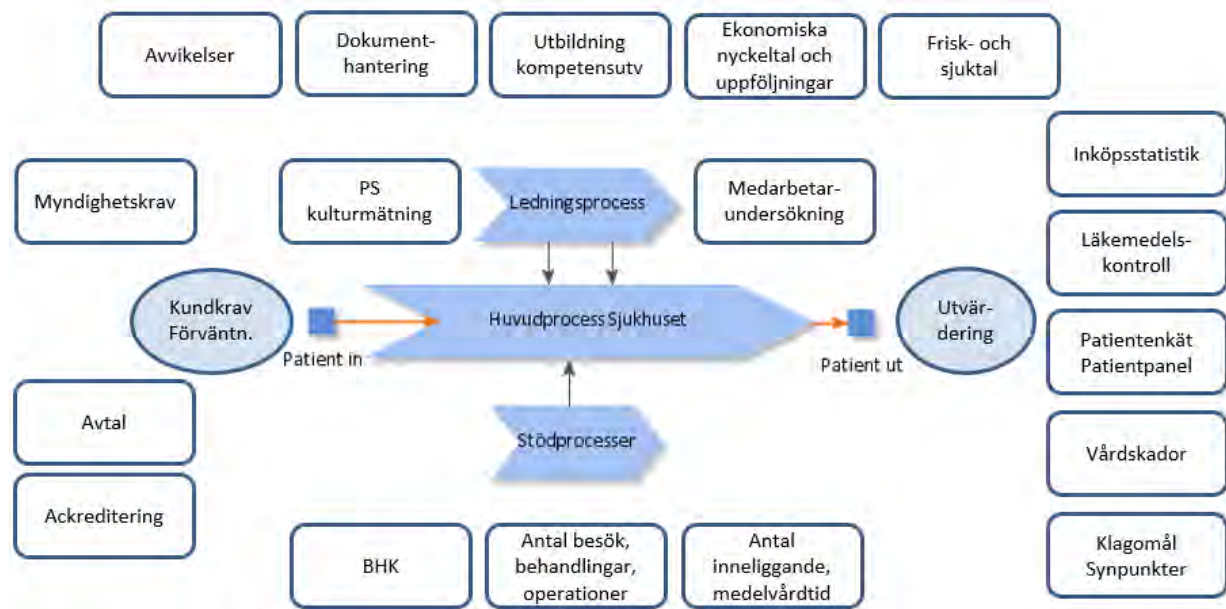
Alla medarbetare verksamma vid Sophiahemmet Sjukhus har patientens behov i fokus och gör sitt bästa för att dessa behov ska tillgodoses.

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 (HLR)

Sophiahemmet följer Svenska Rådet för Hjärt- och lungräddnings behandlingsmål för sjukvården vilket innebär larm inom en minut, start av HLR inom en minut och defibrillering inom tre minuter. På PUA finns 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-koordinatören utbildar instruktörer och sammankallar instruktörerna två gånger om året för HLR-uppdatering och samverkan. Alla verksamheter ansvarar för att samtliga medarbetare utbildas årligen i hjärt- och lungräddning på adekvat nivå beroende på befattning, då alla medarbetare ska kunna HLR och veta var närmaste hjärtstartare inklusive akututrustning finns.

Hjärtstartarna är uppsatta av Sophiahemmet och HLR-koordinatören ser till att de är funktionsdugliga. Ett utbildningsrum med dockor och annan utrustning finns och alla verksamheter på Sophiahemmet har möjlighet att nyttja rummet för HLR-utbildning. Varje HLR-kurs utvärderas genom en enkät. 2021 angav 100 % av de som besvarat enkäten att de var mycket säkra eller säkra på vikten av tidigt larm, tidig HLR och tidig defibrillering.

Hjärtstopp följs upp av chefläkaren, under 2021 hade vi inget hjärtstopp på Sophiahemmets område.



Samverkan för att förebygga vårdskador

Patientsäkerhetsdialoger är ett bra instrument att på ett positivt och effektivt sätt främja patientsäkerheten. För att säkerställa att alla Sophiahemmets vårdgivare kvalitetssäkrar och utvecklar sina verksamheter genomför chefläkaren och kvalitetsutvecklaren patientsäkerhetsdialoger tillsammans med verksamhetschef och kvalitetsansvariga inom verksamheterna. Årligen genomförs dialoger hos:

1. nyetablerade verksamheter
2. verksamheter som fått flera förbättringsförslag eller avvikelser vid tidigare dialog
3. verksamheter där det gått 2–3 år sedan föregående patientsäkerhetsdialog.

I dialogen diskuteras patientsäkerhetsberättelse, organisation för patientsäkerhetsarbete, hygien-och klädregler, HLR, informationssäkerhet och patientdelaktighet. Dialogen avslutas med en fråga om vilka riskområden som verksamheten ser.

2021 genomfördes elva dialoger varav tre för första gången. I minnesanteckningarna ges förbättringsförslag, såsom att förtydliga hemsidan eller patientsäkerhetsberättelsen, utse representant till Sophiahemmets hygiengrupp och medverka i övergripande mätningar avseende följsamhet till basala hygien- och klädregler.

Några vårdgivare har utvecklat sin avvikelshantering till mer systematisk och digitaliserad hantering eller ökat sin datasäkerhet efter förslag från dialogerna.

Två gånger per termin anordnas Vårdgivarforum, där chefläkare, VD och biträdande sjukhuschef bjuder in alla verksamhetschefer för information och diskussion. Chefläkaren skickar regelbundet informationsbrev till samtliga vårdgivare och på intranätet publiceras information om patientsäkerhet, kvalitet och miljö. Mottagningsforum anordnas en gång per termin för vårdgivarnas medarbetare där information om pågående förändringar, resultat och uppföljningar delges och gemensamma frågor diskuteras. Under 2021 på grund av pandemin har Vårdgivarforum delvis gjort uppehåll och Mottagningsforum genomförts digitalt.

I Operationsrådet träffas alla opererande verksamheter, chefläkare och biträdande sjukhuschef för att diskutera gemensamma frågor och driva arbetet kring perioperativ patientsäkerhet⁵.

Intern samverkan sker på olika nivåer med regelbundna möten där patientsäkerhet och kvalitet tas upp, som till exempel sjukhusledningsmöten, kvalitetsmöten och arbetsplatsträffar (APT) som hålls regelbundet i varje verksamhet med alla medarbetare.

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 förlust som obehörig åtkomst.

Beroendet av komplexa tekniska informationssystem innebär ökad sårbarhet. Det är 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. Därför genomförs riskanalyser vid varje förändring i IT-miljön. Allt arbete med informationssäkerhet skall utgå från verksamhetens behov och förutsättningar, och i enlighet med Dataskyddsförordningen/General Data Protection Regulation (GDPR).

Under 2021 har en dataskyddsgrupp bildats för att koncerngemensamt samverka inom dataskyddsfrågor.

Personuppgiftsbehandling

Dataskyddsförordningen/General Data Protection Regulation (GDPR) innehåller bestämmelser om säkerhet vid personuppgiftsbehandling. För hälso- och sjukvårdsområdet finns kompletterande regler i Patientdatalagen (PDL), [SFS 2008:355](#) och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården, [HSLF-FS 2016:40](#).

Ett sätt att förhindra obehörig åtkomst till patienters personuppgifter är att tilldela specifika, individuella behörigheter och därigenom begränsa åtkomsten. Tilldelning föregås av en behovs- och riskanalys vars syfte är att redogöra för det behov av åtkomst som finns inom respektive verksamhet. Utifrån den analysen utförs behörighetstilldelningen. Sophiahemmet utför regelbundet systematiska loggkontroller för att tillse att rätt person läser rätt journal. Utgångspunkten för åtkomst till journal är att uppgifter om patienter endast får läsas av medarbetare som deltar i vården av patienten och andra

⁵ Perioperativ vård är tiden före, under och efter en operation.

som uttryckligen behöver åtkomst för att kunna utföra sina arbetsuppgifter som t ex vid en händelseanalys.

Dataskyddsombud

Eftersom kärnverksamheten i Sophiahemmet Sjukhus är att bedriva hälso- och sjukvård, med tillhörande personuppgiftsbehandling, omfattas Sophiahemmet av kravet att ha ett dataskyddsombud. Patienter, kunder och studenter kan kontakta dataskyddsombudet direkt, kontaktinformation finns på Sophiahemmet Sjukhus hemsida.

Strålskydd

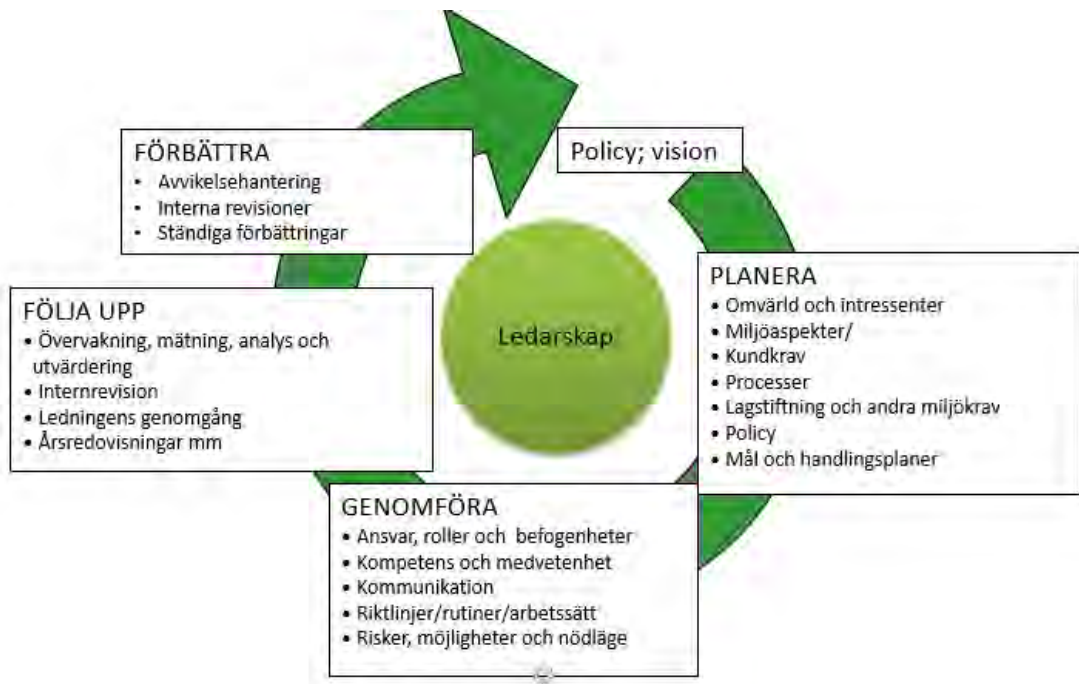
Sophiahemmet sjukhus avvecklade sin operationsavdelning 2019 och lämnade över driften till Capio Artro Clinic. Capio Artro har ett eget strålsäkerhetstillstånd och har avtal avseende sjukhusfysikalisk service via Unilabs Röntgen på Sophiahemmet.

En god säkerhetskultur



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. Sophiahemmet hanterar samverkande processer som ett system, vilket bidrar till ökad effektivitet och patientsäkerhet där riskbaserat tänkande står i fokus.

Årligen genomförs riskanalys av processer som har en betydande påverkan på patientsäkerhet, kvalitet, miljö och/eller informationssäkerhet. Målet är att identifiera möjligheter och accepterade risker, eliminera risker, hantera/minimera risker samt identifiera förbättringsmöjligheter. Respektive processägare/chef beslutar om vilka som ska delta i riskanalysen och ser till att förebyggande åtgärd och uppföljning av förebyggande åtgärd utförs.



– Schematisk bild på systematisk kvalitets- och miljöarbete.

Den upplevda patientsäkerhetskulturen som är temperaturmätning på upplevelser kring säkerheten på arbetsplatsen mäts regelbundet hos medarbetarna, senast 2019 med goda resultat. Värden under index 70 är att förbättra den goda kulturen, 70–100 är att bevara kulturen - där hamnade de flesta svaren.

Resultat vid senaste mätningen (dimensionen patientsäkerhet):

- Inga vårdskador inträffar hos patienterna, index 69
- Bra rutiner och system för att förhindra att vårdskador inträffar, index 84
- Patienter delaktiga i patientsäkerhetsarbetet, index 70 (sedan mätningen har vi infört digitala patientdialoger)

Adekvat kunskap och kompetens



För en säker vård behövs medarbetare med adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete. Då kan de fatta beslut, bedöma risker samt föreslå och vidta åtgärder som bidrar till en god och säker vård.

Sophiahemmet säkrar kunskap och kompetens genom att:

- implementera sjukhusets övergripande systematiska patientsäkerhetsarbete
- följa gemensamma och lokala rutiner som berör patientsäkerhet
- implementera relevanta delar av kompetensutveckling och fortbildning av regionens patientsäkerhetsarbete

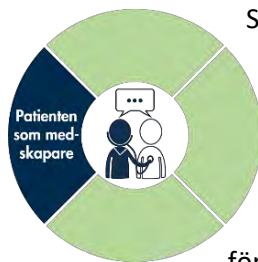
- ha regelbunden genomgång av inrapporterade patientsäkerhetsrisker och avvikelser på interna möten (arbetsplatsträffar, läkarmöten mm)
- kommunicera och implementera patientsäkerhetsfrågor som kommer upp vid ledningens genomgång och på koncernnivå
- ge föreläsningar till medarbetarna på vårdenheten om nya patientgrupper och deras omvårdnad vid behov
- genomföra inspelade vårdgivarföreläsningar för vårdenhetens medarbetare, så att alla medarbetare kan ta del av utbildningen även vid frånvaro
- följa interna vårdprogram utifrån diagnos/operation
- budgetera utbildningsplaner för medarbetare
- erbjuda inskolning på minst två veckor till nya medarbetare
- alltid ha minst en specialistläkare i tjänst på Husläkarmottagningen
- ha sjuksköterskor som utför hälsoundersökningar på Hälsocentralen och Försäkringsmottagningen

Bemanning tillämpas utifrån kunskap om medarbetarnas erfarenhet och kompetens med planering för att ha rätt bemanning på plats för patientsäker vård. Elektiv öppenvårdsverksamhet tillåter en förutsägbar schemaplanering av bemanning. På vårdenheten utförs riskanalys om bemanning eller schema behöver förändras och man följer nationella riktlinjer för bemanning vid speciell kirurgi.

På Sophiahemmet Sjukhus skapas systemförståelse och kunskap om förbättrings- och implementeringsarbete genom att:

- återkoppla resultat från interna och externa revisioner
- anordna medarbetardagar
- ha regelbundna arbetsplatsträffar där kvalitet och patientsäkerhet är en stående punkt
- genomföra olika uppföljningar, såsom patientnöjdhet, basala hygienrutiner och klädregler

Patienten som medskapare



Samverkan med patienter och närstående är viktigt i patientsäkerhetsarbetet. Sophiahemmet lägger stor vikt vid bemötande, delaktighet, information och tillgänglighet, och genom att mäta patientupplevelsen säkerställs god kvalitet och kontinuerligt förbättringsarbete.

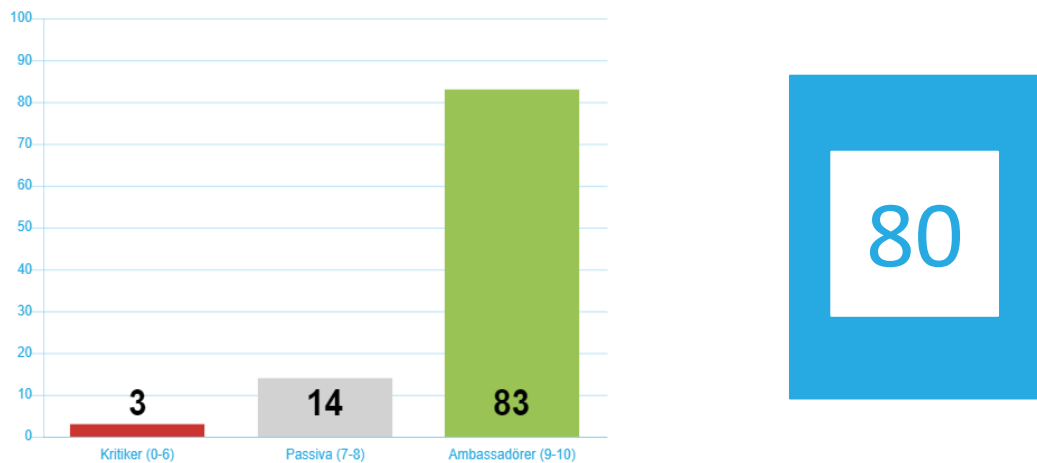
En digital patientenkät används där patienter i realtid ger feedback. Utmaningen för att få många patienter att svara är rätt ställda frågor och att deras synpunkter hanteras. Om engagerade medarbetare påminner om enkäten ökar svarsfrekvensen och fler förbättringsförslag och beröm lämnas in, vilket i sin tur ökar engagemanget hos medarbetarna - en god cirkel. Under 2021 fick vi 7970 svar (1000 fler än 2020), 441 förbättringsområden och 2864 beröm. 728 patienter ville delta i vårt förbättringsarbete (133 st 2020).

Enkätresultaten och följande aktiviteter kommuniceras på hemsidan och digitala skärmar i Sophiahemmets lokaler.

Resultat från den digitala enkäten

I övergripande mål önskas en årlig ökning av patienter som vill rekommendera Sophiahemmet och som känner sig delaktiga. Viljan att rekommendera mäts med Net Promotor Score, NPS, vilket är ett index för kundlojalitet. NPS går från -100 till 100, där ett värde över 60 anses som bra.

Skulle du rekommendera oss till någon i din situation?



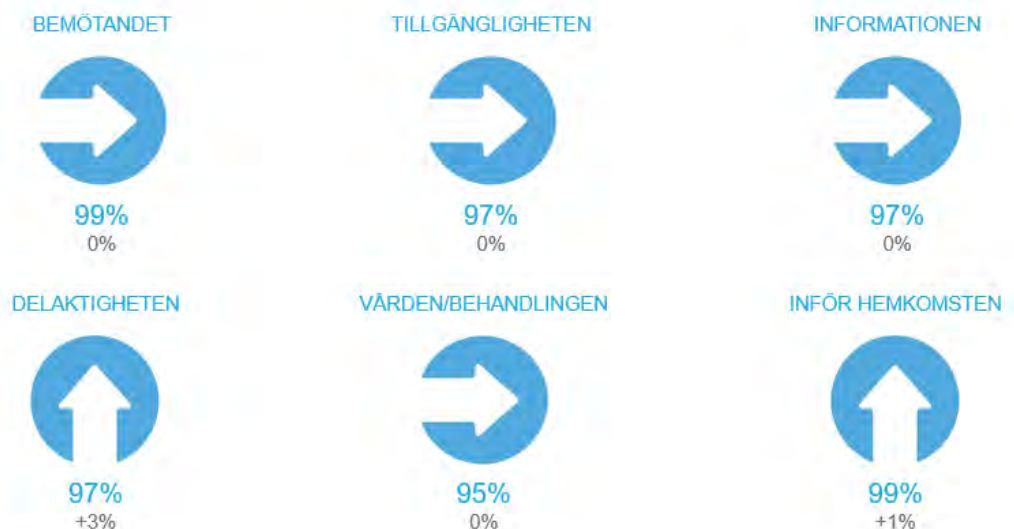
- 2020 blev NPS 80. 7970 svarande patienter. 2019 var NPS 81.

Delaktigheten ökade från 94 % (2020) till 97 % och 93 % av patienterna uppgav att de var nöjda med sin kontakt med Sophiahemmet.



Sophiahemmet totalt
2021

ÅRSRAPPORT / DIMENSIONER



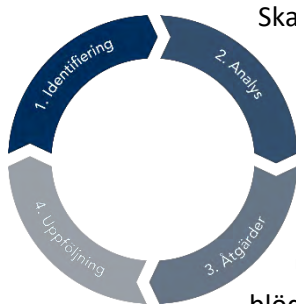
- De olika dimensioner som mättes i vår patientenkät 2021, under varje aktuellt värde står förändringen av värdet från 2020

Ett axplock av förbättringar som skett tack vare patientkommentarer

- Vårdenheten har på börjat att byta ut sina sängar då flera klagat på dålig sömnkvalitet
- Vårdenheten kommer att bygga om sina få 4-bäddsrums till 2-bäddsrums
- Vårdenheten har förnyat sitt välkomstbrev vid ankomst till avdelningen
- Vårdenheten arbetar tillsammans vårdgivare för att skapa en app där patienten kan läsa vanligaste frågor och svar inför och efter operation
- Hälsocentralen ska digitalisera sina kallelser och ska kunna bifoga digital hälsodeklaration
- Hälsocentralen har rekryterat fler läkare vilket ska korta väntetider till besök
- Hälsocentralen har renoverat sitt patientväntrum
- Försäkringsmottagningen arbetar på online-bokning av återbesök för smidigare process
- Husläkarmottagningen har efter feedback gällande läkartillgängligheten fokuserat på att lista patienterna på namngivna specialister för förbättrad kontinuitet. 2021 listades fler än 94 % av patienterna (utgångsvärde under 70 %).
- Husläkarmottagningen har ökat sin sjukskötersketillgänglighet med utökade mottagningstider, t ex till diabetessjuksköterska.
- Husläkarmottagningens väntrum har moderniserats till mer ändamålsenliga och tillgänglighetsanpassade

Husläkarmottagningen medverkar även i den årliga Nationella Patientenkäten. Vårdenheten bjöd in till digitala patientpaneler där patienter fick ha synpunkter på verksamheten. Vårdgivare samverkar med patient- och anhörigföreningar gällande specifika diagnoser. Patienters och anhörigas klagomål och synpunkter på vården kan lämnas på Sophiahemmets hemsida.

Agera för säker vård



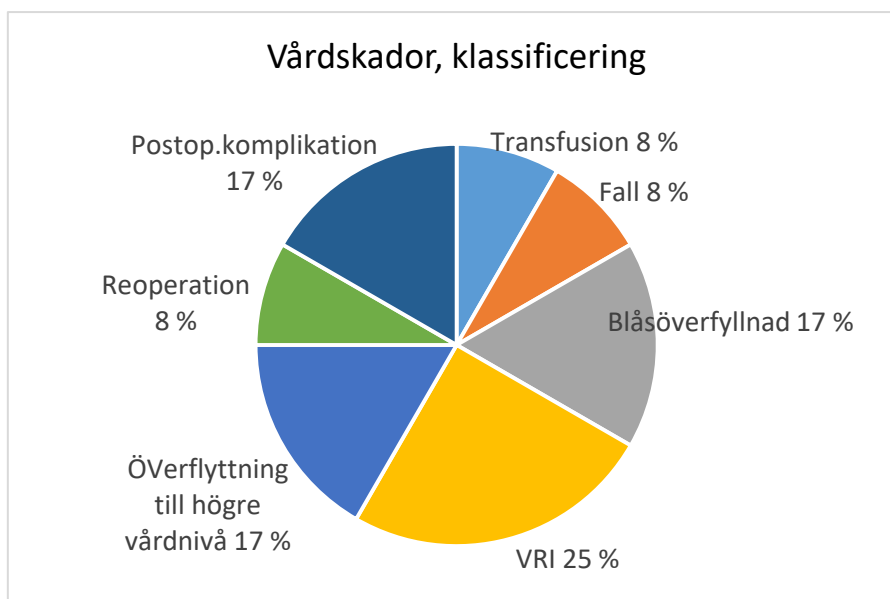
Skador till följd av kirurgi eller andra ingrepp kan drabba patienter, enligt Socialstyrelsen står sådana skador för drygt 10–20 % av totala antalet skador i hälso- och sjukvården. Sköra patienter löper särskilt hög risk, till exempel äldre personer och små barn. Olika typer av skador kan inträffa i samband med kirurgi– både före, under och efter själva ingreppet. Vanligt förekommande skador är vårdrelaterade infektioner (sårinfektioner, urinvägsinfektioner, lunginflammationer), urinblåsöversvullnad, trycksår eller blödningar. Flera rapporter visar att det är stor risk för en patient att drabbas av vårdskada vid patientövergång mellan olika enheter, då kommunikationsbrister vid överrapportering mellan vårdpersonal är en risk. Sophiahemmet använder en anpassad modell av SBAR (situation, bakgrund, aktuellt tillstånd och rekommendation) för överrapportering mellan arbetspassen och vårdgivarna. Införandet av SBAR är ett led i upprätthållandet av en god säkerhetskultur på Sophiahemmet.

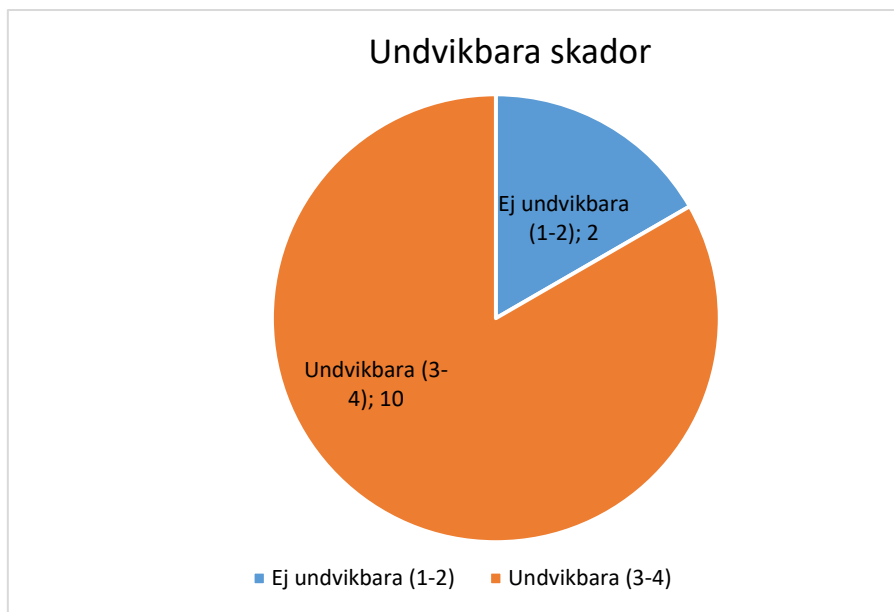
För att följa upp vårdrelaterade infektioner (VRI) deltar Sophiahemmet i punktprevalensmätning (PPM) två gånger per år, där under en dag registreras alla inneliggande patienter, deras riskfaktorer och om en vårdrelaterad infektion har uppstått. Vid senaste mätningen var resultatet 0 antal VRI i PPM-mätningen, precis som 2020. Vårdtiderna är korta och ibland hinner inte infektionen utvecklas förrän efter hemkomst, men inget indikerar på ökad prevalens av VRI. Som komplement följer varje vårdgivare upp förekomst av postoperativa VRI i öppenvården och rapporterar till nationella kvalitetsregister.

I förebyggande patientsäkerhetsarbete är det väsentligt att identifiera händelser som innebär risk för patienter att komma till skada även om någon skada inte inträffat, så kallade tillbud.

Markörbaserad journalgranskning (MJG) mäts bara inom slutenvård. På Vårdenheten genomförs MJG på inneliggande patienter, 20 slumpvis valda journaler granskas en gång per månad av en erfaren sjuksköterska. Vid granskningen identifierar sjuksköterskan journaluppgifter som kan indikera en skada och därefter bedöms det om en skada inträffat, om skadan var undvikbar, och om man kan förhindra att den händer igen. Chefläkaren går igenom de kriterier eller "triggers" som identifierats och beslutar om en vårdskada inträffat enligt SKR:s gradering.

2021 registrerades totalt 4061 vårdtillfällen. Journalgranskningen noterade 12 vårdskador på 240 slumpvis granskade journaler (2020 noterades 10 vårdskador). Två skador bedömdes vara ej undvikbara (en överflyttning till högre vårdnivå samt en postoperativ komplikation). Tio skador bedömdes som undvikbara (en blodtransfusion, en fallskada, två blåsöverfyllnader, tre VRI, en överflyttning till högre vårdnivå, en reoperation och en postoperativ komplikation). Fyra av de tio undvikbara skadorna gällde samma patient. Fördelningen av vårdskador följer SKR:s analys där vårdrelaterade infektioner är största andelen vårdskador. Andelen patienter med skador ökar med stigande ålder vilket är känt från tidigare MJG-rapporter och är ett observandum för vården att ta hänsyn till och göra riskanalys vid inläggning gällande riskprevention.





1. Skadan var inte undvikbar

2. Skadan var sannolikt inte undvikbar

3. Skadan var sannolikt undvikbar

4. Skadan var undvikbar

Ej undvikbara:

2 skador: en postoperativ komplikation och en överflyttning till högre vårdnivå

Öka kunskap om inträffade vårdskador



I samband med utredning av allvarigare avvikelser, där en patient har skadats allvarligt och/eller att en patient kunde ha skadats allvarligt, görs en händelseanalys. Chefläkare och/eller verksamhetschef beslutar när en händelseanalys ska genomföras, utser analysteam som ska genomföra analysen och skriver en uppdragsbeskrivning 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

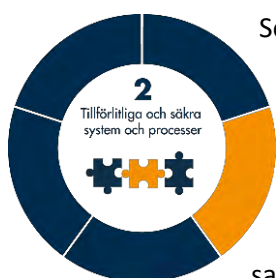
Vid en händelseanalys används det nationella IT-stödet för händelseanalyser, Nitha. Nithas standardiserade och kvalitetssäkrade arbetsmetod följer den nationella metodhandboken för händelseanalys och ökar möjligheterna att fånga systemberoende orsaker och ger stöd till

analysteamet. Vid händelseanalys ges alltid återkoppling till berörda, både medarbetare och patient med närstående. Under 2021 gjordes tre händelseanalyser där en genererade en Lex Maria anmälan medan övriga två fungerade som återkoppling med förbättringsförslag till de två berörda verksamheterna. Händelseanalyserna presenteras på ledningens genomgång i form av generella förbättringsförslag så sekretessen inte bryts.

Följande förbättringsförslag identifierades och har spridits i verksamheterna:

- avvikelserapportering ska alltid ske vid allvarliga händelser oavsett om händelsen hanterats snabbt eller ej
- journalgranskning ska ske regelbundet enligt Patientdatalagen, PDL (ej att förväxla med MJG). Syfte är att systematiskt och fortlöpande utveckla och kvalitetssäkra verksamheten
- vid medicinjusteringar ska medicinlistan alltid uppdateras och patienten få ta del av den
- inför varje projektstart ska en projektplan utformas. På Sophiahemmet används en projektmodell för att bli definiera behörighet och ansvar i projektet
- en riskanalys ska alltid utföras vid projektstart med alla kompetenser som krävs. Riskanalys ska alltid utföras vid verksamhetsförändring och inkludera alla delar: kvalitet, patientsäkerhet, miljö och informationssäkerhet
- resurstilldelning bör ses vid projektstart så att involverade får tid som krävs för ett lyckat projekt

Tillförlitliga och säkra system och processer



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 bestäms. 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 följer upp sina egna mål. Resultat av uppföljningarna rapporteras på ledningens genomgång två gånger per år och då bedöms om åtgärder behöver vidtas. Kvalitetsutvecklaren presenterar uppföljningen till ombuden för kvalitet, miljö och hygien på respektive möten.

Basala hygienrutiner och klädregler, BHK

Vi följer upp följsamheten av basala hygienrutiner och klädregler, BHK. Syftet med BHK är att förhindra smittöverföring. Basala hygienrutiner ska tillämpas av all vårdpersonal vid vård, undersökning och behandling eller annan direktkontakt med person där vård 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 genomfördes första gången nationellt hösten 2010 och Sophiahemmet deltog 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 årligen. Region Stockholm har en mätning det andra halvåret trots att SKR inte

mäter då. Sophiahemmet har alltid deltagit i båda mätningarna. Allt fler av Sophiahemmets vårdgivare är med på mätningarna och BHK är en stående punkt på hygienmöten. Verksamheter med 100 % följsamhet delar med sig av framgångsrecepten till övriga. I patientsäkerhetsdialogerna lyfts frågan och Sophiahemmet uppmärksammar årligen Handhygienens dag 5 maj (initierad av WHO för att förbättra handhygien i vården i världen) med information om BHK på vår interna hemsida. Medarbetare kan då även få sprita händerna med fluorescerande sprit och kontrollera effektiviteten med hjälp av en UV-lampa (ej under pandemin).

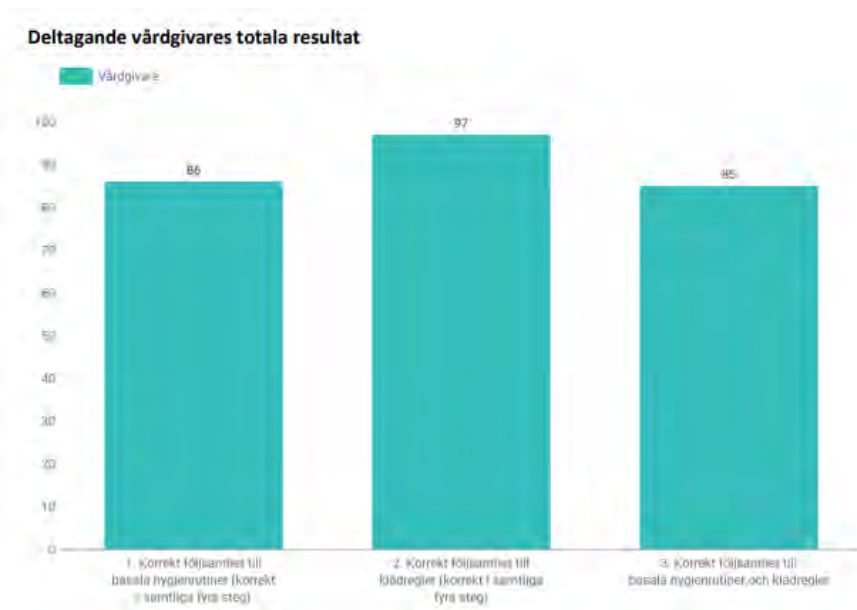
Vid punktprevalensmätning observeras 10 personer per enhet efter åtta olika kriterier. Ett icke uppfyllt kriterium drar ned totalresultatet då alla rutiner ej är följda. Mätningen genomförs vår och höst. Sammanställningen redovisas på ledningens genomgång samt i kvalitets- och hygiengruppen. Varje enhet får en sammanställning av sitt resultat och jämförelse med resten av sjukhuset. Sophiahemmet har genomfört flera punktinsatser för att förbättra följsamheten. I ackrediteringen ingår försäkran om att följa Socialstyrelsens föreskrifter Sophiahemmets rutiner om basal hygien i vård och omsorg.

Våren 2021 - resultat

39 personer observerades och bedömdes gällande följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler. Sophiahemmet egna verksamheter nådde 98 % följsamhet på alla 8 punkter, 98 % följsamhet på klädregler och 100 % på hygienrutiner, bästa resultatet någonsin.

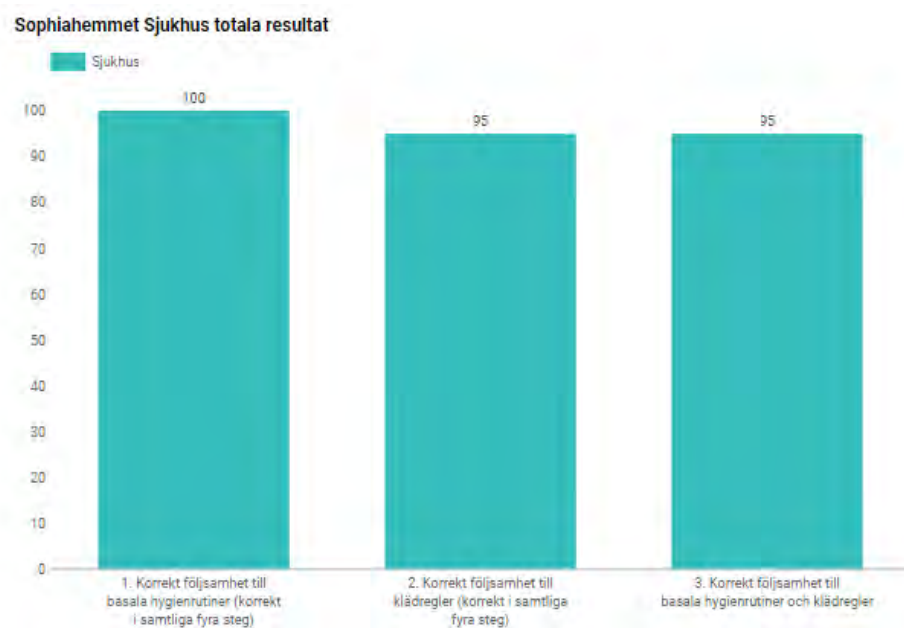


Elva av Sophiahemmets vårdgivare medverkade och 101 medarbetare observerades, med ett utmärkt resultat med sammanlagt 85 % följsamhet på alla 8 punkter, varav 86 % korrekt följsamhet till basala hygienrutiner och 97 % till klädregler.

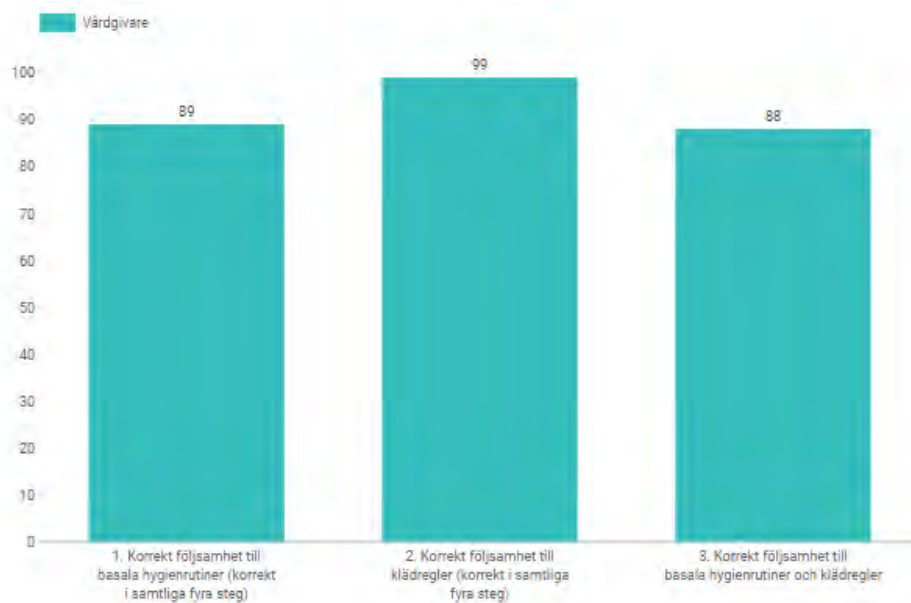


Hösten 2021 – resultat

40 personer observerades inom våra egna verksamheter och basala hygienrutiner och klädregler visade på 95 % följsamhet på alla 8 punkter; 95 % följsamhet på klädregler och 100 % på hygienrutiner.



Elva av Sophiahemmets vårdgivare medverkade igen, 105 personer observerades. Resultatet sammanlagt var 88 % följsamhet på alla 8 punkter; 89 % korrekt följsamhet till basala hygienrutiner och 99 % till klädregler, bästa resultatet någonsin.



Läkemedelshantering och -säkerhet

Inom hälso- och sjukvården finns områden där arbetet med säkerhet är centralt såsom läkemedelssäkerhet. Felaktig läkemedelsanvändning är en av de vanligaste orsakerna till att patienter skadas i vården. Förutom det mänskliga lidandet leder felaktig läkemedelsanvändning till betydande samhällskostnader. Sophiahemmet Sjukhus kvalitetsgranskar systematiskt sina egna verksamheter genom att en farmaceut går igenom övergripande och lokal läkemedelshantering. Granskningen utmynnar i förbättringsförslag som sedan hanteras. Uppföljning sker vid nästkommande granskning. Däremellan utförs egenkontroller bl a i en lagefterlevnadsenkät där verksamheten får svara på frågor kring läkemedelshantering. Resultatet av lagefterlevnaden redovisas på ledningens genomgång.

2021 påbörjades en större översyn av läkemedelshantering med en ny övergripande rutin som tydliggöra vilka lokala instruktioner som ska finnas i verksamheterna för att främja säker läkemedelshantering. På Sophiahemmet så följer och ordinerar alla läkare, där det går, läkemedel som är med på Kloka listan⁶.

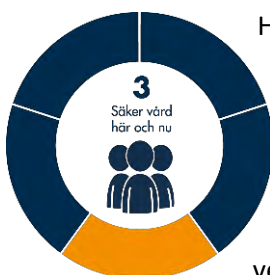
Hög hygienisk standard genom städkontroller

För säker vård är det viktigt att städningen är noggrann, framför allt på operationssalar och på vårdenheter med inlagda patienter där vårdrelaterad infektion eller farlig smittspridning ej får hända. Städuppföljning sker därför kontinuerligt med 30–40 kontroller/mån. Respektive verksamhet är ansvarig för uppföljning tillsammans med städföretagets arbetsledare. Städningen granskas utifrån vissa markörer och max är 4 poäng. Gott samarbete gör att granskningarna visar att kvalitetsnivån upprätthålls.

⁶ 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.



Säker vård här och nu



Hälso- och sjukvården präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation. Förutsättningarna för säkerhet förändras snabbt och det är viktigt att agera snabbt på störningar.

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 systematiskt går igenom för att säkerställa efterlevnad av processer och se över risker. Nedan listas de egenkontroller som utförs med kopplingar till patientsäkerhet:

- Ackreditering av samtliga verksamheter
- Patientsäkerhetsdialoger
- Patientnöjdhet
- Punktprevalensmätning avseende basala hygienrutiner och klädregler
- Markörbaserad journalgranskning
- Regelbundna journalgranskningar för att säkerställa kvalitet i journalerna
- Medverkan i relevanta nationella kvalitetsregister
- Städkontroller tillsammans med vår städleverantör
- Arbetsmiljöronder
- Leverantörsuppföljning av kvalitetspåverkande leverantörer
- Lagefterlevnadskontroller (enkät där chefer samt miljöombud får svara på frågor gällande följsamheten till lagar, rutiner och krav)

Systematiskt förbättringsarbete

Sophiahemmet Sjukhus och FAM är kvalitets- och miljöcertifierade enligt ISO 9001 & 14001. Högskolan är miljöcertifierad. Arbetet med kvalitets- och miljöledningssystemet drivs av PUA och genom ledningens engagemang och samarbete med verksamheterna i organisationen hålls ledningssystemet levande och implementerat. Interna revisioner är en viktig del av en lärande miljö. Sophiahemmet har en intern revisorsgrupp som kvalitetsutvecklaren sammankallar och som 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. Avvikelse som observerats under internrevisionerna åtgärdas inför den årliga externa revisionen. Vid 2021 års externa revision fann den externa revisorn bara två avvikelser och Sophiahemmet rekommenderades bibehållen certifiering efter utförda åtgärder.



Positiva iakttagelser från den externa revisionen 2021

- En positiv anda med en ambitiös och engagerad ledning och personal identifieras.
- Pandemin har haft fortsatt påverkan på verksamheten och tack vare en platt organisation, tydlig krisplan, kontinuerlig tydlig kommunikation samt korta beslutsvägar har det dagliga arbetet flutit på utan större störningar.
- Processernas samverkan har visat på snabba åtgärder utan dröjsmål.
- Stor fokus har varit på vaccinationsuppdraget där högskolan var involverad i utbildning i vaccinationsrutiner och högsta ledningen medverkade aktivt med den övriga personalen i vaccinationsprocessen.
- Högsta ledningen är aktiv och engagerad i branschen och varumärket är väldigt starkt. Personalgruppen är stabil och drivande.
- Ledningssystemet utvecklas kontinuerligt och den digitala utvecklingen har varit i fokus som har resulterat bl a i en ny tjänst, Sophia Direkt. Tjänsten har gett bra respons direkt från början.
- Det verifieras att ledningssystemet styrs väl genom bl a reviderade miljöaspekter, nytt telefonisystem, implementering av nytt rapporteringssystem ServiceDesk.
- Kris och katastrofplan ses över och uppdateras för att ytterligare stärka rätt agerande.
- Ansvar och befogenheter är tydligt beskrivna hos samtliga besökta enheter.
- När det gäller extern kommunikation driver Marknadsavdelningen det sociala mediaflödet och

presenterar ämnen som gäller hela Sophiahemmet och vårdgivare även via Sophianytt (digital nyhetstidning) på Sophiahemmets externa hemsidor, finns även som en app för omvärlden att följa Sophiahemmet.

- Sophia Direkt, som ger patienten en väg in, har utvalda vårdlotsar som dirigerar patienter till rätt vård efter patientens behov.
- Patientnöjdheten är väldigt hög.
- Sophiahemmet och vårdgivare har under pandemin avlastat akutsjukhusen och tagit andra patientkategorier som antingen opererats eller haft sin eftervård på Vårdenheten, vilket bidragit till kompetenshöjning hos personalen genom utbildningsinsatser för olika patientkategorier.
- Överlag har vårdtiderna blivit kortare tack vare bättre behandlingsmetoder och effektivisering.
- Utbildning som vårdenheten ger sina medarbetare spelas in så att den är tillgänglig för all personal. Det har varit fokus på ett aktivt arbete med att samordna rutiner som är gemensamma.
- Stabilt ledningssystem – vilket ger trygghet i krissituationer - varit till god hjälp under året och i fortsatt hantering av pandemin.
- Flexibilitet i organisationen med anpassning till rådande omständigheter (personal och resursmässigt). Hög grad av systematik och struktur.
- Ackrediteringsreglerna av vårdgivare och patientsäkerhetsdialogerna är bra exempel på säkerställande av patientsäkerhets- och kvalitetsarbete. Generellt goda resultat ex Nöjda patienter, Patientsäkerhetskulturmätning.
- Samtliga besökta enheter har presenterat gediget underlag med resultat avseende respektive enhets kvalitets- och miljöarbete.

Risk- och avvikelsehantering

En av ledningssystemets grundläggande byggstenar är risk- och avvikelsehantering. En god patientsäkerhetskultur kännetecknas av att medarbetarna är medvetna om risker och rapporterar avvikelser. Avvikelsehantering samt riskanalys ingår i det systematiska förbättringsarbetet.

Syftet med avvikelsehantering är att identifiera svagheter och risker som kan kräva rutinförändringar eller åtgärd så att risken ej upprepas. Varje verksamhet hanterar sina avvikelser och kvalitetsutvecklaren och chefläkaren analyserar 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.

Stärka analys, lärande och utveckling



I samband med utredning av allvarigare avvikelser, där en patient har skadats allvarligt och/eller att en patient kunde ha skadats allvarligt, görs en händelseanalys där metoden beskrivits tidigare i berättelsen.

En händelseanalys ska ge beskrivning av händelseförloppet och identifiera bakomliggande orsaker och ge åtgärdsförslag till förbättringar som sedan sprids i verksamheten och till de inblandade för att minska risken för

återupprepning.

Avvikelse

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. Det finns ett lättillgängligt elektroniskt avvikelshanteringssystem på intranätet. 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. Vid allvarliga händelser eller risk för allvarlig vårdskada involveras chefläkaren.

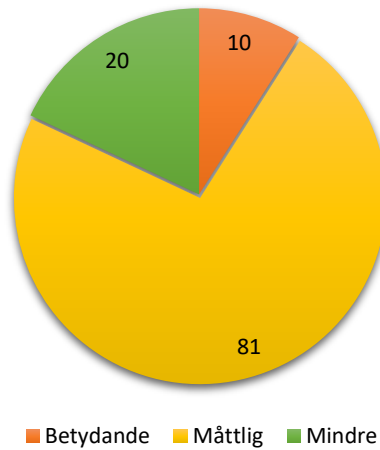
Sophiahemmet arbetar aktivt med att öka inrapporteringen genom att uppmuntra medarbetarna till att rapportera avvikelser och återkoppla varje avvikelse till rapportören samt återkoppla resultat och större avvikelser till verksamhetens medarbetare. Avvikelserna leder till att man systematiskt och fortlöpande utvecklar och kvalitetssäkrar verksamheten. Varje medarbetare har skyldighet att rapportera risker, tillbud och negativa händelser, så dokumenterade rutiner finns som säkerställer att medarbetarna fullgör sin skyldighet att rapportera enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om vårdgivare systematiska patientsäkerhetsarbete (HSLF-FS 2017:40). Chefläkaren beslutar om händelseanalys skall utföras på avvikelser med allvarliga patientsäkerhetsrisker eller vårdskada.

Vårdgivare har egen avvikelshantering men rapporterar in avvikelser som berör Sophiahemmet via e-tjänsten. Kvalitetsutvecklaren lägger in avvikelsen i Sophiahemmets avvikelssystem och vidarebefordrar till närmaste ansvarig. Svar på åtgärden kommuniceras till vårdgivaren via e-tjänsten vilket underlättar återkoppling och uppföljning.

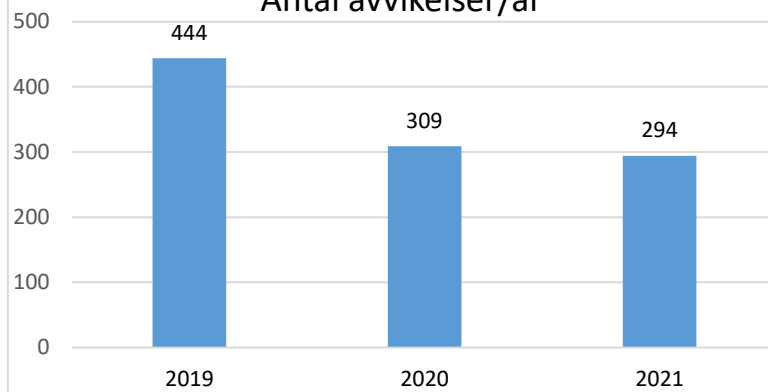
2021 rapporterades 294 avvikelser varav 111 gällde patientsäkerhetsrisker, färre avvikelser än föregående år, troligtvis på grund av pandemin. Av dessa var tio av betydande allvarlighetsgrad, 81 av måttlig och 20 av mindre allvarlighetsgrad. 173 av avvikelserna gällde vård och behandling.

De tio avvikelser som klassificerats betydande gällande patientsäkerheten avser en händelse vid vaccinering, tre brister i hantering av prover/provsvar, två brister i bokning/kallelser, tre i brister vid implementering av nytt telefonsystem/växel, en fel diagnostisering (hos annan vårdgivare).

Patientsäkerhetsrisk 111/294

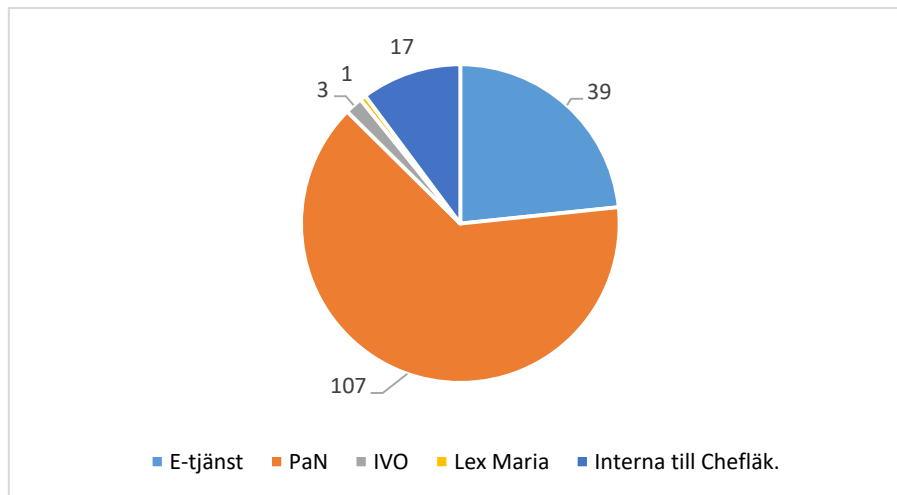


Antal avvikelser/år



Klagomål och synpunkter

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.



Klagomål, Lex Maria och dess fördelning, 167 ärenden (jmf 2020 156 ärenden)

Enskilda ärenden Dessa inkommer direkt till chefläkaren via brev, mejl eller telefon. Chefläkaren erhöll 17 större ärenden som krävde åtgärder.

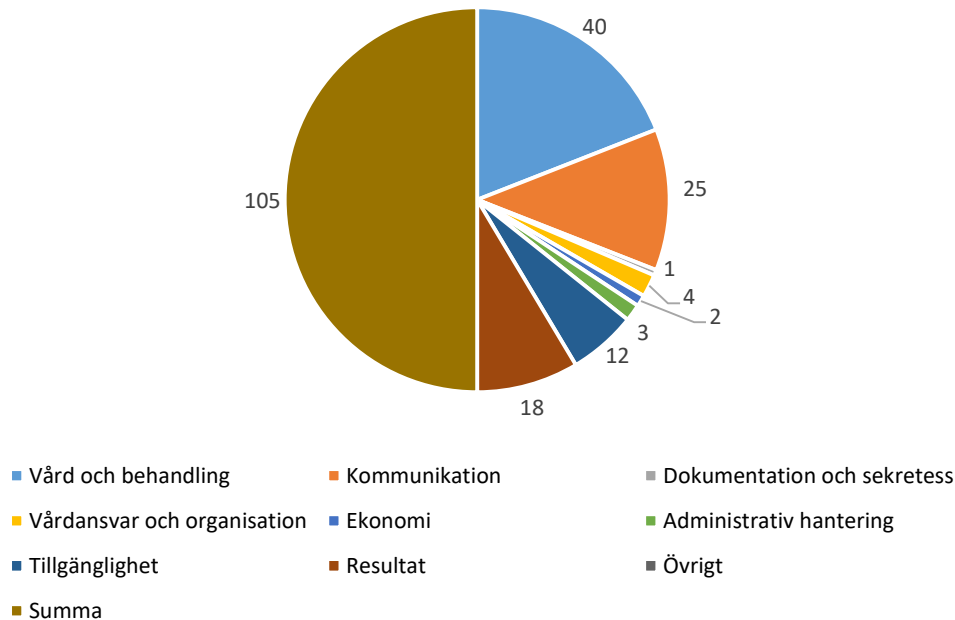
E-tjänst I vår e-tjänst inkom 39 klagomål gällande Sophiahemmet Sjukhus och våra vårdgivare.

IVO & Lex Maria Tre IVO-ärenden och ett avslutat Lex Maria-ärende

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 PUA en rapport på antal ärenden anmälda till Patientnämnden av patienter som varit på hela Sophiahemmet inklusive vårdgivarna. Kvalitetsutvecklaren redovisar till sjukhusledningen på ledningens genomgång och i kvalitetsgruppen. Rapporten är uppdelad på specialistvård och primärvård. Ett patientärende hos Patientnämnden kan generera flera ärenden beroende på klassificering.

2021 fick Patientnämnden in 107 ärenden som rörde Sophiahemmet, varav 77 gällde vårdgivare. 29 ärenden gällde vård & behandling, 19 gällde resultat och 17 gällde kommunikation.

Patientnämnden och deras klassificeringen,
107 st ärenden
(jmf 2020 88 st)



Öka riskmedvetenhet och beredskap



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 händer igen
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

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 både till patient och personal

Mål, strategier och utmaningar för kommande år

Att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet genom att bland annat revidera och fortsatt utveckla ledningssystemet. Kontinuerligt utveckla rutiner och förbättra rapportering av avvikelser, klagomål och åsikter som uppkommer/framförs.

Strategier för att uppnå målen

- Att sjukhuset är fortsatt kvalitetscertifierat enligt ISO 9001.
- Att vårt ledningssystem granskas internt med interna revisioner samt med extern revision.
- Att tillämpa SIQ Management som handlar om att leda för hållbarhet med helhetsperspektiv.
- Att alla medarbetare identifierar risker och rapporterar dem i avvikelshanteringssystemet.
- Att vårdgivarna och våra egna verksamheter genomgår årlig ackreditering.
- Att utföra patientsäkerhetsdialoger med egna verksamheter samt 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 när så behövs.
- Att händelseanalyser utförs kontinuerligt både vid vårdskada och risk för vårdskada.
- 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 allvarliga och undvikbara vårdskador ska vara noll.
- Att alla patienter ska veta vilken läkare som är ansvarig för vården under vårdtiden.
- Att utvecklings/utbildningsplan upprättas och regelbunden kompetensutveckling sker för rätt kompetens.
- Att hjärtsäkra sjukhuset genom att alla medarbetare årligen genomför HLR-utbildning.
- Att kvalitetsgranska vår läkemedelshantering årligen med farmaceut från apoteket.
- Att genom patientdialoger 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 uppsatta mål.
- 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 listan.

- Att kommunikationsmodeller, SBAR (Situation, Bakgrund, Aktuell och Bedömning) används vid överskrifning av patient från en vårdenhet till en annan för att minska risken för informationsbortfall.
- Att årligt förebyggande underhåll av medicinteknisk utrustning sker för att säkerställa säkerheten och att utrustningen är i fullgott skick.

Sammanfattningsvis konstateras att 2021 fortsatt innebar stora utmaningar på grund av pandemin, men att Sophiahemmet under dessa speciella omständigheter levererade hälso- och sjukvård av god kvalitet och patientsäkerhet och med stor patientnöjdhet.

Februari 2022

Marie Wickman Chanterreau
Chefläkare

Caroline Lagerman
Kvalitetsutvecklare

