

Patientsäkerhetsberättelse
och kvalitetsredovisning
2022





Sammanfattning

Sophiahemmets patientsäkerhetsberättelse och kvalitetsredovisning är till för att patienter, närstående, medarbetare eller samarbetspartners ska få god inblick i hur Sophiahemmet sjukhus arbetar för att ständigt öka patientsäkerheten och kvaliteten.

Sophiahemmets övergripande målsättning med patientsäkerhetsarbetet är att *"leverera effektiv och säker vård med rätt kvalitet så att ingen patient ska drabbas av en vårdskada"*. Målet är att varje patient och närstående ska känna trygghet, gott bemötande och få rätt behandling och rätt information vid varje möte. Att ge god och säker vård överallt och alltid kan tyckas vara en självklarhet men det kräver systematiskt arbete, att vara proaktiv och tänka risker och möjligheter samt vid behov agera för att minska och/eller eliminera risker, såväl i den patientnära vården som på övergripande systemnivå. Sophiahemmet följer upp patientsäkerheten i linje med Socialstyrelsens Nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet och redovisar arbetet med hjälp av mallen för patientsäkerhetsberättelser som utgår från lagkrav och följer strukturen för den nationella handlingsplanen¹.

Patientsäkerhet är grunden i Sophiahemmets sjukhus kvalitetsarbete, därför har vi valt att kombinera den årliga patientsäkerhetsberättelsen med kvalitetsredovisningen. Vi följer kontinuerligt och förbättrar flera patientsäkerhets- och kvalitetsindikatorer vilket presenteras i denna rapport.



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

2022 vad hände då?

2022 inleddes med ytterligare vaccinationsinsats av Sophiahemmets medarbetare, dos tre. Sophiahemmet har under hela pandemin följt Region Stockholms och Folkhälsomyndighetens rekommendationer och bidragit till att minska smittspridningen på sjukhuset och i samhället, bland annat genom source control², information och vaccinationsinsatser. I 2021 årsberättelse redovisas det mer utförligt om insatserna under covid-19 pandemin.

Covid-19 pandemin satte fokus på riskerna med läkemedel, inte bara i Sverige utan även globalt. Sverige är medlem i Världshälsoorganisationen, WHO, och stödjer WHO:s långsiktiga mål "Ingen ska skadas i vården", där temat för 2022 var "säker läkemedelshantering". Läkemedel kan bota, lindra och förebygga sjukdomar men osäker läkemedelshantering och läkemedelsfel kan leda till att patienter drabbas av allvarliga vårdskador. Enligt Socialstyrelsen så utgör läkemedelsrelaterade skador en stor del av vårdskadorna i Sverige, varför säker läkemedelshantering är en prioriterad patientsäkerhetsfråga på Sophiahemmet. Under 2022 utfördes en översyn av läkemedelshanteringen på Sophiahemmet och den övergripande rutinen uppdaterades tillsammans med verksamheternas lokala rutiner. Följsamheten till rutinerna bevakas genom avvikelser gällande läkemedelshantering som analyseras noggrant för en ännu säkrare läkemedelshantering.

För drygt ett år sedan invaderade Ryssland Ukraina och med gemensamma insatser på Sophiahemmet så samlade verksamheterna snabbt ihop sjukvårdsmaterial som skickades till ett behövande Ukraina. Initiativet till insamlingen kom från ukrainska ambassaden och Sophiahemmet deltog tillsammans med Karolinska Universitetssjukhuset och Capio S:t Görans Sjukhus.

Sophiahemmets högskola startade en introduktionsutbildning för ukrainska läkare och sjuksköterskor för att ge dem en inblick i det svenska sjukvårdssystemet. Målet med utbildningen är att ge större förståelse för vårt system och förbereda dem för kunskapsprovet som legitimerad sjukvårdspersonal utanför EU behöver göra för att få svensk legitimation för att kunna utöva sitt yrke här.

Under 2022 har Sophiahemmets tre egna öppenvårdsmottagningar startat noggrann inrapportering till Nationella diabetesregistret, NDR, som är ett kvalitetsregister som finns för att utveckla och säkra vårdens kvalitet och göra det möjligt att jämföra given diabetesvård på nationell och regional nivå. Målet är att följa antal diabetespatienter inrapporterade i NDR, över tid och strävan är 100 % täckningsgrad.

² Source control innebär att man minskar risken att virus i luftvägarna hos symtomfri personal förs över till patient genom att t ex använda munskydd och/eller visir.

På Sophiahemmet säkerställs kvaliteten genom patientdriven verksamhetsutveckling, där patienternas erfarenheter är grunden i förbättringsarbetet. Detta görs genom en kontinuerlig patientenkät där patienter ger feedback i realtid. Under 2022 erhöles 8055 svar, vilket är flest inkommande svar sedan starten 2019. Sophiahemmet kommunicerar enkätresultaten på hemsidan och på digitala skärmar uppsatta i verksamheterna.

Husläkarmottagningen deltog i den nationella patientenkäten under 2022, med goda resultat och definierade förbättringsområden att arbeta vidare med.

Under 2022 genomfördes patientsäkerhetsdialoger hos egna verksamheter och vårdgivare. Dialogerna är ett verktyg för att bidra till god säkerhetskultur och förbättrad patientsäkerhet. Målet är att öka medvetenheten om betydelsen av patientsäkerhetskultur, det vill säga attityder och förhållningssätt till patientsäkerhetsarbete och synliggöra risker och tillsammans identifiera förbättringsförslag och åtgärder som senare följs upp.

För att skapa en hög patientsäkerhet behöver säkerhetsarbetet genomsyra verksamhetens alla delar. Under 2022 genomfördes en patientsäkerhetskulturmätning och medarbetarnas svarsfrekvens var 83,6 % och utfallet visade på väldigt goda resultat.

HLR-organisationen har under året förstärkts med en HLR-läkare som tillsammans med HLR-koordinatören säkerställer att Sophiahemmet uppfyller HLR-rådets kriterier för en hjärtsäker zon, vilket innebär att det ska finnas beredskap och rutiner för att hantera ett hjärtstopp och att alla medarbetare på Sophiahemmet årligen genomgår adekvat HLR-utbildning, inklusive hos vårdgivare.

Innehåll

Sammanfattning	3
2022 vad hände då?	4
Om Sophiahemmet Sjukhus	8
Sophiahemmet AB i siffror 2022	9
Grundläggande förutsättningar för säker vård	10
Engagerad ledning och tydlig styrning	10
Struktur för uppföljning och utvärdering	10
Systematiskt förbättringsarbete	11
Positiva iakttagelser från den externa revisionen 2022	12
Riskanalys av processer	12
Årlig ackreditering – Sophiahemmets kvalitetsstämpel	13
Övergripande mål och strategier	13
Organisation och ansvar	15
Samverkan för att förebygga vårdskador	16
Informationssäkerhet	17
Strålskydd	18
En god säkerhetskultur	18
Rutiner för avvikelser	18
Rutiner för händelseanalys	18
Patientsäkerhetskulturmätning	19
Adekvat kunskap och kompetens	20
Organisation för hjärt- och lungräddning (HLR)	21
Patienten som medskapare	21
Agera för säker vård	22
Egenkontroller och kvalitetsindikatorer med kopplingar till patientsäkerhet	22
Punktprevalensmätning avseende basala hygienrutiner och klädregler, PPM BHK	23
Punktprevalensmätning VRI	24
Avvikelsehantering	24
Markörbaserad journalgranskning	25
Patientsäkerhetsdialog	27
Patientnöjdhet	27
Nationella patientenkäten	31
Nationella kvalitetsregister	32
Städkontroller	32

Systematiska arbetsmiljöronder	33
Leverantörsuppföljning och lagefterlevnadskontroll.....	33
Öka kunskap om inträffade vårdskador	34
Tillförlitliga och säkra system och processer	34
Säker vård här och nu.....	35
Stärka analys, lärande och utveckling	35
Klagomål och synpunkter	35
Öka riskmedvetenhet och beredskap	36
Mål, strategier och utmaningar för kommande år	37
Strategier för att uppnå målen.....	37

Om Sophiahemmet Sjukhus

Sophiahemmet AB som driver sjukvårdsverksamheterna ägs av Sophiahemmet ideell förening och ingår i en koncern tillsammans med två andra affärsområden, Sophiahemmets Högskola och Fastighet. Sophiahemmet Sjukhus består av egna verksamheter och av ackrediterade vårdgivare som erbjuder specialistsjukvård inom öppen- och slutenvård för barn, ungdomar och vuxna. Sophiahemmet Sjukhus verksamheter, i egen regi, består av Försäkringsmottagningen, Husläkarmottagningen, Hälsocentralen samt Vårdenheten med två slutenvårdsavdelningar för postoperativ eftervård.

Sophiahemmet vårdar och behandlar patienter på uppdrag av regioner och försäkringsbolag samt även privatbetalande patienter. Sjukhuset har nära samarbete med Sophiahemmet Högskola som bedriver utbildning och forskning. Fastighets övergripande uppgift är att sätta Sophiahemmets kärnverksamhet, högkvalificerad sjukvård och utbildning, i fokus och säkra att alla kringtjänster fungerar och att verksamheterna har fräscha och ändamålsenliga lokaler. Sophiahemmet har stabsfunktioner såsom Ekonomiavdelning, IT-funktion, HR-funktion, Marknadsavdelning och Patientsäkerhets- och utvecklingsavdelning som understödjer affärsområdena.



Försäkringsmottagningen utför allmän- och internmedicinsk specialistvård, hälsoundersökningar, vaccinationer och rådgivning till försäkrade patienter.

Husläkarmottagningen är en primärvårdsenhet med läkarmottagning, specialist-sjuksköterskemottagning och hemsjukvård och har avtal med Region Stockholm. Mottagningen har drygt 12 000 listade patienter.

Hälsocentralen utför läkarbaserade hälsoundersökningar med fokus på riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom, medicinska konsultationer, kostrådgivning och vaccinationer. Mottagningen tar emot patienter som enskilt eller genom företag har avtal med mottagningen.

Vårdenheten består av två vårdavdelningar med 40 vårdplatser som bistår vårdgivarna som opererar med den eftervård som krävs inom slutenvård.

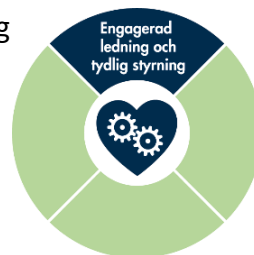
Sophiahemmet AB i siffror 2022	
<u>Försäkringsmottagningen</u>	
Läkarbesök	33 426
Sjuksköterskebesök	1 107
Hälsokontroller	990
<u>Husläkarmottagningen</u>	
Listade patienter	11 495
Läkarbesök	14 907
Sjuksköterskebesök	2 854
Sjuksköterskebesök i hemsjukvård	6 410
<u>Hälsocentralen</u>	
Läkarbesök	1 233
Hälsoundersökningar hos läkare	8 252
Sjuksköterskebesök	1 655
Hälsoundersökningar hos sjuksköterska	8 593
Hälsorådsbesök	269
<u>Vårdenheten</u>	
Vårdplatser	40
Vårddygn	4 412
Medelvårdtid	1,1 dygn
Antal operationer inom slutenvården	5 221
Antal reoperationer under vårdtiden	10
Antal patienter som förflyttats till akutsjukhus under vårdtiden	8

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 Nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet och de är **engagerad ledning och tydlig styrning, en god säkerhetskultur, adekvat kunskap och kompetens** och att verksamheten har med **patienten som medskapare**³.

Engagerad ledning och tydlig styrning

Ledningen har en avgörande roll i arbetet att stärka och upprätthålla en hög säkerhet. Utan ledningens engagemang och samarbete med verksamheterna i organisationen kan inte ett ledningssystem hållas levande och implementerat. För att bidra till att utveckla verksamheten så har ledningen på Sophiahemmet sedan länge beslutat att våra verksamheter ska vara ISO-certifierade i både kvalitet och miljö.



God kvalitet och patientsäkerhet utvecklas bäst i organisationer med god arbetsmiljö, psykologisk trygghet och en kultur där medarbetarna är delaktiga och gemensamt med ledningen strävar efter att fortlöpande förbättra för att upprätthålla en hållbar verksamhet. Under 2022 så genomfördes en patientsäkerhetskulturmätning för att identifiera förbättringsområden och eventuella risker som är negativa för en hållbar verksamhet.

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 person samt sluttid utses. Rapporter skapas och resultatet återkopplas och visualiseras, alla medarbetare har tillgång till en läsnytt av ledningssystemet. Under året följs målen upp av verksamhetschef och/eller annan chef. Resultat av de övergripande hållbarhetsmålen rapporteras på ledningens genomgång två gånger per år och då bedöms om eventuella övergripande åtgärder behöver vidtas. Kvalitetsutvecklaren presenterar uppföljningen till kvalitets- och miljöombuden på respektive möte. Verksamheterna följer upp egna mål och aktiviteter månads-, kvartals-, halvårs- och helårsvis.

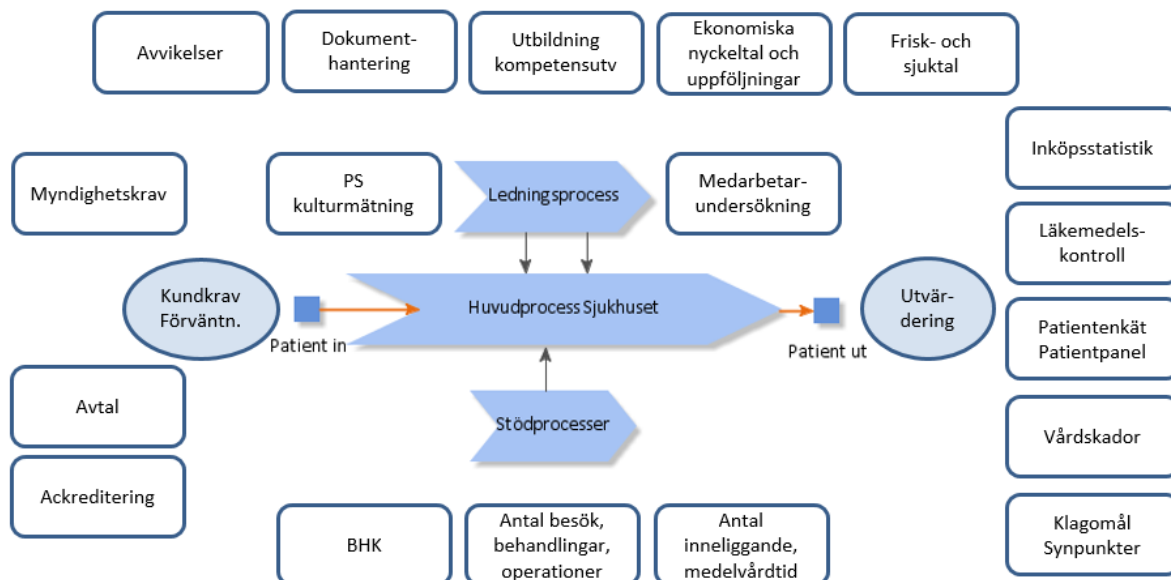
Grundläggande i kvalitetsarbetet är:

- Processer/system/rutiner
- Avvikelsehantering
- Egenkontroller

³ Socialstyrelsens [Nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet](#) i hälso- och sjukvården 2020–2024.

- Uppföljning/revision
- Systematiskt förbättringsarbete

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



Systematiskt förbättringsarbete

Sophiahemmet är ISO-certifierat i både kvalitet, ISO 9001 och miljö, ISO 14001 sedan 2008 respektive 2004. Sophiahemmet har en intern revisorsgrupp som årligen utför interna revisioner med syfte att ständigt förbättra verksamheterna och bekräfta att lagar, förordningar och andra ställda krav uppfylls. Kvalitetsutvecklaren är sammankallande, planerar revisionen och tillsammans med ledningen beslutar om relevanta fokusområden under det aktuella året. Interna revisioner är en viktig del av en lärande miljö och undersöker bland annat om beslutade arbetssätt efterlevs. Resultatet med förbättringsförslag rapporteras till sjukhusets ledningsgrupp och de reviderade verksamheterna. Sammanställningen på den interna revisionen sprids till alla verksamheter så att alla kan förbättra den egna verksamheten genom att ta lärdom av förbättringsförslagen och eventuella avvikelser. Avvikelser som observerats under internrevisionerna åtgärdas direkt eller senast före den externa revisionen beroende på allvarlighetsgraden av avvikelsen. Den externa revisionen utförs av revisorer från certifieringsorganet. Vid 2022 års externa revision fann revisorerna ingen avvikelse i verksamheten och Sophiahemmet rekommenderades bibehållen certifiering.

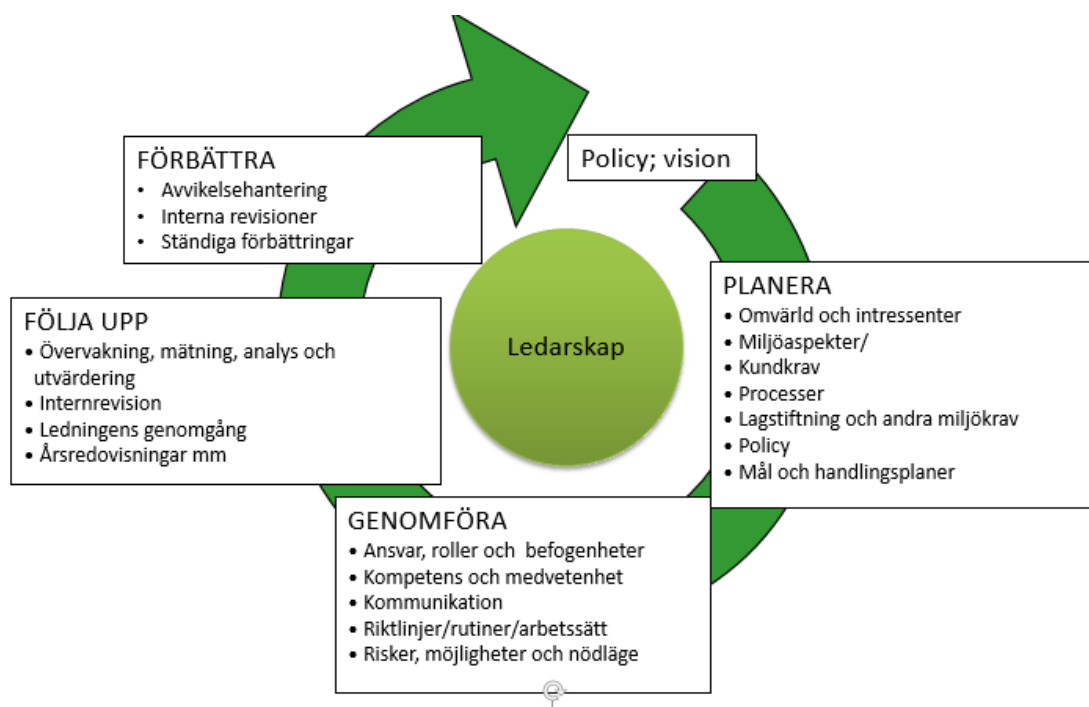


Positiva iakttagelser från den externa revisionen 2022

- Ambitiös och engagerad ledning och medarbetare
- Starkt varumärke
- Processernas samverkan har visat på snabba åtgärder utan dröjsmål
- Ledningssystemet utvecklas kontinuerligt och den digitala utvecklingen har varit i fokus som blandat annat har resulterat i en digitaltjänst, Sophia Direkt
- Genom uppföljning i form av patientenkät kan man verifiera att patientnöjdheten är väldigt hög
- Hög grad av systematik och struktur ses i organisationen
- Ackreditering av vårdgivare och patientsäkerhetsdialogerna är bra exempel på säkerställande av patientsäkerhets- och kvalitetsarbete.
- Generellt goda resultat bland annat vid årets patientsäkerhetskulturmätning
- Samtliga besökta enheter har presenterat gediget underlag med resultat avseende respektive enhets kvalitets- och miljöarbete
- Stort fokus har lagts på riskidentifiering i de olika processerna

Risikanalys av processer

Inom alla verksamheter pågår 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 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 betydande påverkan på patientsäkerhet, kvalitet, miljö, arbetsmiljö och informationssäkerhet. Målet är att identifiera möjligheter och risker och eliminera risker, hantera accepterade risker samt identifiera förbättringsmöjligheter.



Schematisk bild på systematisk kvalitets- och miljöarbete på Sophiahemmet.

Årlig ackreditering – Sophiahemmets 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. Ackrediteringen säkerställer därmed verksamheternas kvalitet, patientsäkerhet och kompetens hos medarbetare och följer upp vårdgivarens efterlevnad till lagar, föreskrifter och andra krav samt det interna kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet. Varje vårdgivare har fullt ansvar för kvalitetsarbetet 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.

Övergripande mål och strategier

VD ansvarar för upprättande av övergripande mål för Sophiahemmet ideell förening och sjukhusets verksamheter och tillsammans med koncernledning och affärsområdesledningarna beslutas verksamhetsplan och hållbarhetsplan. De övergripande strategierna ska följa styrelsens beslut. De övergripande målen är nedbrutna i fyra perspektiv i respektive plan med fokusområden, aktiviteter och mätetal och därefter verksamhetsanpassade mål och handlingsplaner inom respektive affärsområde. Sophiahemmet arbetar i enlighet med SIQ:s managementsmodell, en ledningsmodell som driver resultatförbättring och bidrar till

helhetssyn. Den fokuserar på ledarskapets avgörande roll och vikten av alla medarbetares medverkan.

Verksamhetsplan översikt - 2022 (Sophiahemmet ideell förening)

Skapar värde tillsammans med våra intressenter	Leder för hållbarhet	Involverar motiverade medarbetare	Utvecklar värdeskapande processer
Fokusområden 1 Vi utvecklar Sophiahemmet tillsammans med patienter, närstående och studenter 2 Vi skapar förutsättningar och incitament för samverkan med våra viktigaste intressenter 3 Vi anpassar vårt utbud av tjänster i takt med omvärldens förändrade krav på hälso- och sjukvård	Fokusområden 1 Vårt hållbarhetsarbete bygger på Agenda 2030 2 Vi tydliggör vår hälsofrämjande profil 3 Moderna metoder och teknik genomsyrar vår verksamhetsutveckling	Fokusområden 1 Vi uppfattas som en attraktiv arbetsplats 2 Vi skapar förutsättningar för våra medarbetare att bidra till vår utveckling 3 Vi drar nytta av våra medarbetares kompetens och styrkor	Fokusområden 1 Våra processer har ett tydligt värde för intressenterna 2 Våra processer bidrar till vårt hållbarhetsarbete 3 Våra processer säkerställer en uthållig intjäningsförmåga

Sophiahemmet strävar efter att ständigt bli bättre inom följande fyra perspektiv:

1. Vi skapar värde tillsammans med våra intressenter. En organisations långsiktiga framgång beror på dess förmåga att skapa värde med dem som den finns till för.
2. Leder för hållbarhet. Med engagerade ledare som utgår från kund- och intressentbehov förstärks en kultur som skapar förutsättning för hållbar utveckling. Ledningen ser verksamheten som delar i en större helhet och verkar aktivt för att förbättra samhälle, miljö och ekonomi. Man tar tillvara på medarbetares samlade kompetens och mångfald.
3. Involverar motiverade medarbetare. En förutsättning för en framgångsrik organisation är motiverade medarbetare som känner sig uppskattade och respekterade. Alla i organisationen är engagerade i att utveckla en god arbetsmiljö. Alla ser sin roll i helheten och har ett tydligt mandat att bidra till verksamhetens utveckling.
4. Utvecklar värdeskapande processer. Organisationens verksamhet ses som processer som skapar värde med kunder och intressenter. Processorientering stimulerar förebyggande arbete, att grundorsaker till problem identifieras och att faktabaserade beslut tas fram. Förmåga finns för att snabbt kunna ställa om med hänsyn till förändrade behov från kunder och intressenter.

Målsättningen är att kvaliteten och patientsäkerheten alltid ska vara en självklar del i organisationen och i arbetssätten. Under året följs mål, aktiviteter och mätetal upp av ansvariga chefer. Perspektiven och de övergripande målen sträcker sig över flera år medan fokusområdena och kopplade aktiviteter revideras årligen så att uppföljningen är aktuell, känns meningsfull och ökar möjligheter till förbättringar. Hållbarhetsperspektiven ses även i vår [policy för hållbar utveckling](#).

Hållbarhetsplan översikt - 2022 (Sophiahemmet ideell förening)

Vi arbetar hälsofrämjande	Vi arbetar patientsäkert	Vi integrerar hållbarhetsfrågor i forskning och utbildning	Vi arbetar klimat- och resurseffektivt
Overgripande mål 1 Höja medvetande nivån om Agenda 2030 (mål 3 Hälsa och välbefinnande och 12 Hållbar konsumtion och produktion) och hållbar utveckling för våra medarbetare Fokusområden 1 Medarbetarna har kunskap om Agenda 2030 och hållbar utveckling 2 Vi har god kontroll över den egna verksamheten genom att identifiera, rapportera, åtgärda och följa upp avvikelser och risker 3 Vi har kontroll på och minskar antal hälsovärdiga kemikalier	Overgripande mål 1 Leverera effektiv och säker vård med rätt kvalitet, samt arbeta med förebyggande hälso- och sjukvård Fokusområden 1 Allvarliga och undvikbara vårdskador ska vara noll 2 Oka Patientsäkerhetskultur-index vid varje mätning 3 Våra patienter ska rekommendera Sophiahemmet Sjukhus, årlig ökning 4 Patienter ska känna delaktighet och möjlighet att påverka vården 5 Minska miljöpåverkan av läkemedel	Overgripande mål 1 Höja medvetandenivån om Agenda 2030 och hållbar utveckling i forskning och utbildning Fokusområden 1 Hållbar utveckling och Agenda 2030 ska tydliggöras och medvetandegöras i alla utbildningar och forskningsverksamhet 2 Stärka forskningsanknytningen om hållbar utveckling i utbildningar 3 Främja samverkan med studenter i arbetet med hållbar utveckling	Overgripande mål 1 En hållbar och proaktiv fastighetsförvaltning och fastighetsdrift, med hänsyn till kretsloppet Fokusområden 1 Oka möjligheter till relevanta energimätningar 2 Farliga ämnen vid renovering och ombyggnationer väljs bort

Sophiahemmet strävar efter att ständigt bli bättre inom följande fyra perspektiv:

1. Vi arbetar hälsofrämjande. Höja medvetandenivån om Agenda 2030 (mål 3 Hälsa och välbefinnande, mål 4 God utbildning för alla och 12 Hållbar konsumtion och produktion) och hållbar utveckling för våra medarbetare.
2. Vi arbetar patientsäkert. Leverera effektiv och säker vård med rätt kvalitet samt arbeta med förebyggande hälso- och sjukvård.
3. Vi integrerar hållbarhetsfrågor i forskning och utbildning. Höja medvetandenivån om Agenda 2030 och hållbar utveckling i forskning och utbildning.
4. Vi arbetar klimat- och resurseffektivt. Hållbar och proaktiv fastighetsförvaltning och – drift, med hänsyn till kretsloppet.



Organisation och ansvar

Tydliga roller och ansvar är förutsättningar för att ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete säkerställs. Sjukhusets VD har det yttersta ansvaret tilldelat av styrelsen. VD har utsett tre affärsområdesledningsgrupper och en koncernledning som består av VD, biträdande sjukhuschef, chefläkare, Högskolans rektor, förvaltningschef Högskolan, chef för Fastighet, HR-chef, marknadschef, ekonomichef och CIO (Chief Information Officer).

Sjukhusets verksamhetschefer ingår i sjukhusledningen. Verksamhetschefen har det övergripande ansvaret för sin verksamhet men kan delegera ansvar och befogenheter inom patientsäkerhets- och kvalitetsområdet.

Chefläkaren är ledningens representant i patientsäkerhets-, kvalitets- och miljöfrågor och representerar Sophiahemmet i olika samverkansmöten, som till exempel regionens chefläkarmöte. 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 utvecklingsavdelningen, PUA, har en stödjande funktion för verksamheterna med syfte att skapa helhetssyn avseende verksamhetsutvecklingen samt utveckla och kontrollera patientsäkerhet och kvalitet. PUA underhåller och uppdaterar ledningssystemet kontinuerligt tillsammans med verksamheterna. I avdelningens uppdrag ingår att sammanställa och redovisa mätresultat 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. Ombuden är en länk mellan PUA och sjukhusets alla medarbetare.

I första linjens chefsuppdrag ingår ansvar för förbättringsarbete avseende kvalitet och patientsäkerhet. Uppdraget omfattar även att ta fram, fastställa, vidareutveckla, utveckla och dokumentera rutiner och metoder.

Alla medarbetare verksamma vid Sophiahemmet Sjukhus har patientens behov i fokus och gör sitt bästa för att dessa behov ska tillgodoses. Detta kräver rätt kompetensnivå för arbetet i enlighet med yrkeskrav och uppdragsbeskrivning. Medarbetare med patientnära arbete uppmuntras att driva kontinuerligt förbättringsarbete samt rapportera i avvikelssystemet då patientsäkerhetsrisker, tillbud och andra avvikelser uppstår.

IT-, Ekonomi, HR- och Marknadsavdelningen stödjer hela sjukhuset i förbättrings- och kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet.

Samverkan för att förebygga vårdskador

Patientsäkerhetsdialoger genomförs regelbundet som uppföljning av ackrediteringen hos egna verksamheter och ackrediterade vårdgivare.

Vårdgivarforum anordnas två gånger per termin, där chefläkare, VD och biträdande sjukhuschef bjuder in alla verksamhetschefer för information och diskussion. Chefläkaren

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.

skickar regelbundet informationsbrev till samtliga vårdgivare och på intranätet publiceras aktuell 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.

Operationsrådet anordnas för alla opererande verksamheter av biträdande sjukhuschef och chefläkare, där diskuteras gemensamma frågor och perioperativ patientsäkerhet⁵.

Sjukhusledningsmöten, kvalitetsmöten och arbetsplatsträffar (APT) hålls regelbundet i respektive verksamhet med alla medarbetare för intern samverkan inom patientsäkerhet och kvalitet.

Husläkarmottagningen ansvarar för samordnad individuell plan, SIP, enligt lagen om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård (2017:612) vilket sker om patienten har behov av insatser från både kommun och primärvård. Tillsammans med patient/anhörig, husläkarmottagning och kommun planeras vård-, rehabiliterings- och omsorgsinsatser i hemmet. En samordnad individuell plan ska alltid upprättas tillsammans med den person som har behov av insatserna. SIP tydliggör vem som gör vad, hur och när.

Informationssäkerhet

Den totala mängden information samt utbytet av information inom och mellan våra olika verksamheter, med externa organisationer, studenter, patienter och andra intressenter ökar. Det är därför betydelsefullt att informationshanteringen skyddas från såväl avsiktliga som oavsiktliga störningar. Detta gäller också information som rör ekonomiska och andra verksamhetsspecifika uppgifter. Känslig information som rör enskilda personers medicinska uppgifter måste skyddas extra noga. För att förhindra obehörig åtkomst till patienters personuppgifter tilldelas specifika, individuella behörigheter och därigenom begränsas åtkomsten. Tilldelning föregås av en årlig behovs- och riskanalys vars syfte är att redogöra för det behov av journalåtkomst som finns inom respektive verksamhet på individnivå. Utifrån analysen utförs behörighetstilldelningen.

Sophiahemmet har det senaste årtiondet utvecklat flera digitala tjänster och bytt flera system efter noggrann kravställan. Hela samhället digitaliseras så det är nödvändigt att utveckla och underlätta kontakt och tillgänglighet för patienterna. Beroendet av komplexa tekniska informationssystem innebär också 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. Vid varje förändring i IT-miljön genomförs riskanalyser. Under 2022 har Sophiahemmet bland annat av säkerhetsskäl outsourcat IT-driften och kopplat bort alla vårdgivare från Sophiahemmets IT-miljö.

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

Journalsystemen på Sophiahemmet kommer från flera olika leverantörer. 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 som behöver åtkomst för att kunna utföra sina arbetsuppgifter, till exempel vid en händelseanalys.

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

Strålskydd

De opererande vårdgivarna på Sophiahemmet med strålkälla i operationssalen, till exempel C-båge, ansvarar för att medarbetare genomgått handhavandebildning för utrustningen samt teoretisk och praktisk strålskyddsutbildning. Reglerna ska finnas tillgängliga vid operationssalarna och all berörd personal skall ha tagit del av dem. Strålsäkerhetstillstånd och avtal avseende sjukhusfysikalisk service finns via Unilabs Röntgen på Sophiahemmet.

En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för säker vård är en god säkerhetskultur. Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet.



Rutiner för avvikelser

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 avvikelsehantering är att identifiera svagheter och risker som kan kräva rutinförändringar eller åtgärder så att risken ej upprepas. Varje medarbetare har skyldighet att rapportera risker, tillbud och negativa händelser. Vi har dokumenterade rutiner som säkerställer att medarbetarna fullgör skyldigheten att rapportera risker och avvikelser. Varje verksamhet går igenom sina ärenden och kvalitetsutvecklaren analyserar tillsammans med chefläkaren avvikelserna på en övergripande nivå.

Rutiner för händelseanalys

I samband med utredning av allvarigare avvikelser, där en patient har skadats allvarligt och/eller kunde ha skadats allvarligt, görs en händelseanalys. Analysen startas snarast efter att händelsen har inträffat. Chefläkare och/eller verksamhetschef beslutar om och när en händelseanalys ska genomföras och utser ett analysteam. 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 åtgärder för att det inte ska hända igen.

Patientsäkerhetskulturmätning

Säkerhetskultur handlar om allas individuella förhållningssätt, attityder till varandra och gemensam uppmärksamhet kring risker i hälso- och sjukvården. Medarbetares värderingar och antaganden är en grund som formar gruppens förståelse och visar sig i olika beteenden och handlingar. Hur alla beter sig mot varandra och samarbetar påverkar hur man hanterar risker och lär sig av både positiva och negativa händelser. Chefer i sjukvården har ett avgörande ansvar för att skapa förutsättningar för ett gott säkerhetsklimat. Forskning visar att rådande säkerhetskultur i en organisation påverkar kvaliteten och säkerheten i den vård som levereras⁶.

Under 2022 skickades en enkät ut till samtliga medarbetare på Sophiahemmet med frågor gällande bland annat Hållbart säkerhetsengagemang (HSE). Frågorna är framtagna av en expertgrupp inom SKR:s nätverk för patientsäkerhetskultur och förankrats med forskare, representanter för regioner samt kommuner.

Frågor Hållbart Säkerhetsengagemang:

1. Min chefs chef ger förutsättningar för att bedriva en säker vård. (Säker vård innebär låg förekomst av skador som kan undvikas)
2. På min arbetsplats lär vi oss av det som fungerar bra
3. På min arbetsplats agerar vi alltid utifrån de risker vi ser
4. På min arbetsplats genomförs alltid förbättringar efter negativa händelser. (negativ händelse = händelse som medför något oönskat)
5. Jag påtalar när jag tror något är på väg att gå fel
6. Jag vågar prata om mina misstag
7. Jag blir alltid bra bemött på min arbetsplats när jag behöver hjälp
8. På min arbetsplats har vi ett väl fungerande samarbete med andra verksamheter
9. På min arbetsplats anpassar vi arbetet så att säkerheten bevaras när förutsättningarna förändras
10. Jag skulle känna mig trygg om en närstående vårdades på min arbetsplats.
11. På min arbetsplats erbjuder vi patienter att vara delaktiga i vårt patientsäkerhetsarbete

I enkäten används en femgradig svarsskala med svarsalternativ mellan ”Stämmer mycket bra – Stämmer mycket dåligt. I resultatet räknas sjukhusets medelvärde för varje fråga om till ett index mellan 0–100. Ett medelvärde på 1,0 ger värdet 0 och ett medelvärde på 5,0 (vilket är det mest positiva svaret) ger värdet 100. Det enklaste sättet att bedöma om ett resultat på en fråga är bra eller mindre bra är stoppljuset nedan. Generellt bör gula värden under 50 åtgärdas

⁶ Sveriges kommuner och regioner, SKR – [Att mäta patientsäkerhetskultur. Handbok för patientsäkerhetsarbete](#).

direkt. Värden mellan 50 och 69 är en gråzon och kan förbättras men är inte lika akuta som de gula. Frågor med värden över 70 är gröna, fungerar bra och ska bevaras.



Förutom HSE så bestod enkäten av tre olika dimensioner som redovisades separat: patientsäkerhet, patientbemötande och personligt ansvar för patientsäkerhetsarbetet. Resultat - Svarsfrekvens var 83,6 %. HSE fick indexvärde 86, patientsäkerhet fick indexvärde 82, patientbemötande fick indexvärde 87 och personligt ansvar för patientsäkerhetsarbetet fick indexvärde 88, ingen dimension hamnade under 70. I samtliga dimensioner förbättrades resultatet jämfört med föregående mätning 2019. Vi är mycket nöjda med resultatet.

Adekvat kunskap och kompetens

En grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete. Då kan medarbetaren 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
- utforma gemensamma och lokala rutiner och följa upp efterlevnaden
- implementera relevanta delar av kompetensutveckling och fortbildning av regionens patientsäkerhetsarbete
- genomföra regelbundna genomgångar av inrapporterade patientsäkerhetsrisker och avvikelser på interna möten (arbetsplatsträffar, läkarmöten mm)
- kommunicera och implementera patientsäkerhetsfrågor som kommer upp vid ledningens genomgång och på koncernnivå
- anordna medarbetar-/planeringsdagar med kompetenshöjande föreläsningar
- ge föreläsningar till medarbetarna på vårdenheten om nya patientgrupper och deras omvårdnad vid behov
- genomföra inspelade vårdgivarföreläsningar för vårdenhetsens 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
- det är 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 de följer nationella riktlinjer för bemanning vid speciell kirurgi.

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 och en HLR-läkare 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 tillsammans med HLR-läkaren utbildar instruktörer och sammankallar instruktörerna från hela Sophiahemmet två gånger/år 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.

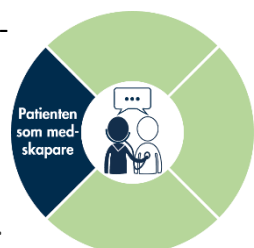
Hjärtstartarna är uppsatta av Sophiahemmet och HLR-koordinatören ser till att de är funktionsdugliga. Ett utbildningsrum med dockor och annan utrustning finns och alla verksamheter på Sophiahemmet har möjlighet att nyttja rummet för HLR-utbildning. Varje HLR-kurs utvärderas genom en enkät. 2022 angav 100 % av de som besvarat enkäten att de var mycket säkra eller säkra på vikten av tidigt larm, tidig HLR och tidig defibrillering.

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 ger feedback i realtid.

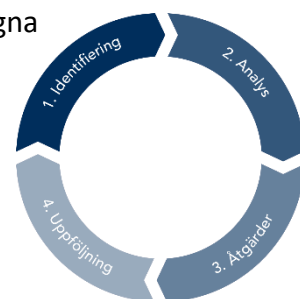
Utmaningen att få många patienter att svara är att ställa rätt frågor och få patienterna att förstå att deras synpunkter är viktiga och beaktas. Om medarbetarna i verksamheten påminner om enkäten ökar svarsfrekvensen och därmed lämnas fler förbättringsförslag och beröm, vilket i sin tur ökar engagemanget hos medarbetarna = en god cirkel.





Agera för säker vård

Egenkontroll är en del av 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 analyseras för att säkerställa efterlevnad av processer och hantera risker.



Egenkontroller och kvalitetsindikatorer med kopplingar till patientsäkerhet

- Punktprevalensmätning avseende basala hygienrutiner och klädregler, PPM BHK
- Punktprevalensmätning avseende vårdrelaterade infektion, PPM VRI
- Avvikelsehantering
- Markörbaserad journalgranskning
- Ackreditering av samtliga verksamheter
- Patientsäkerhetsdialoger
- Patientnöjdhet
- Nationella patientenkäten
- Nationella kvalitetsregister (för verksamheten relevanta kvalitetsregister)
- Städkontroller tillsammans med städentreprenör
- Systematiska arbetsmiljöronder

- Leverantörsuppföljning av kvalitetspåverkande leverantörer
- Lagefterlevnadskontroll och kartläggning av intressenter

Punktprevalensmätning avseende basala hygienrutiner och klädregler, PPM BHK

Följsamhet till BHK är den mest grundläggande åtgärden för att förebygga vårdrelaterade infektioner. För att hålla god hygienisk standard ska lokaler, utrustning och hela verksamheten utformas så att risken för infektioner och smittspridning minimeras. Basal hygien omfattar handhygien och användning av arbetskläder, skyddshandskar och skyddskläder – åtgärder som ska tillämpas i patientnära vård och omsorg för att förebygga vårdrelaterade infektioner.

Mål: Fortsatt förbättrad följsamhet och halvårsvismätning. Årlig ökning.

Sveriges kommuner och regioner, SKR, genomför varje vår, förutom under pandemin, en nationell punktprevalensmätning, PPM, av följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler inom vård och omsorg. Region Stockholm ska mäta följsamheten varje halvår, men de senaste åren har regionens mätningar uteblivit. Sophiahemmet har trots inställda regionala mätningar utfört egna mätningar. Även vårdgivare deltar i Sophiahemmets PPM och mäter följsamheten varje halvår tillsammans med Sophiahemmet. Observationerna utförs vid patientnära arbete såsom i en omvårdnadssituation, undersökning eller behandling. De olika yrkeskategorier som finns på avdelningen/enheten ingår i observationsstudien. Varje person observeras med avseende på både basala hygienrutiner och klädregler, totalt åtta punkter.

Resultat våren 2022:

Sophiahemmet - 40 personer (10 personer på varje enhet) observerades gällande följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler. Utfallet blev 95 % på alla åtta punkter, och 98 % följsamhet på klädregler och 98 % på hygienrutiner. Hälsocentralen och Vårdenheten hade 100 % följsamhet.

Vårdgivarna - 130 personer observerades inom 14 verksamheter. Utfallet blev 71 % följsamhet på alla 8 punkter. Fyra verksamheter hade 100 % följsamhet.

Regionernas resultat under samma mätning (18 831 individer från 15 regioner, Stockholm deltog ej) visade att regionerna ligger på en hög nivå, 79,1 % vad gäller följsamheten till alla åtta stegen i mätningen. Andelen korrekta hygienrutiner i samtliga steg var 82,6 % och andelen korrekta klädregler 94,1 % ([SKR, Sveriges Kommuner och Regioner, 2022](#)).

Resultat hösten 2022:

Sophiahemmet – 40 personer observerades gällande följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler. Utfallet blev 88 % på alla åtta punkter, och 95 % följsamhet på klädregler och 93 % på hygienrutiner. Försäkringsmottagningen, Hälsocentralen, Vårdenheten hade 100 % följsamhet.

Vårdgivarna - 119 personer observerades inom 12 verksamheter. Utfallet blev 88 % följsamhet på alla 8 punkter, vilket var samma nivå som Sophiahemmets egna verksamheter (jämfört med våren 2022 då följsamheten på Sophiahemmet var 95 % och hos vårdgivarna 71 %). Uppdelat utfall var 85 % följsamhet i hygienrutiner och 98 % följsamhet i klädregler. Fem vårdgivare hade 100 % följsamhet.

Analys av resultat: Under pandemin ökade följsamheten, en förklaring kan vara de utökade hygienrutiner och source control som rekommenderades under pandemin. Enheter med låg följsamhet har genomfört insatser som att lyfta BHK på personalmöten och verka för en kultur där medarbetare påminner varandra. Några verksamheter har genomfört egna punktprevalensmätningar mellan halvårsmätningarna.

Åtgärd och strategi:

- Engagera patienten, det vill säga informera om vikten av hygienrutiner och hur man själv kan bidra. Patienten måste ses som en viktig medskapare.
- Se till att hygienriktlinjer ses som självklara.
- Riskbedöm moment/arbetssätt - går det att förbättra med hygien i fokus.
- Se till att lokalerna är ändamålsenliga, t ex handfat i varje mottagnings- och vårdrum.
- Konsekvent budskap och återkoppling till medarbetare.
- Se över städningen, går det att förbättra, följs den upp?
- Konsultera Vårdhygien och samarbeta med andra verksamheter för samsyn.
- Ha engagerad ledning som agerar vid brister.

Uppföljning: BHK följs upp halvårsvis och det förebyggande arbetet följs upp och diskuteras på hygienmöten, kvalitetsmöten och patientsäkerhetsdialoger.

Punktprevalensmätning VRI

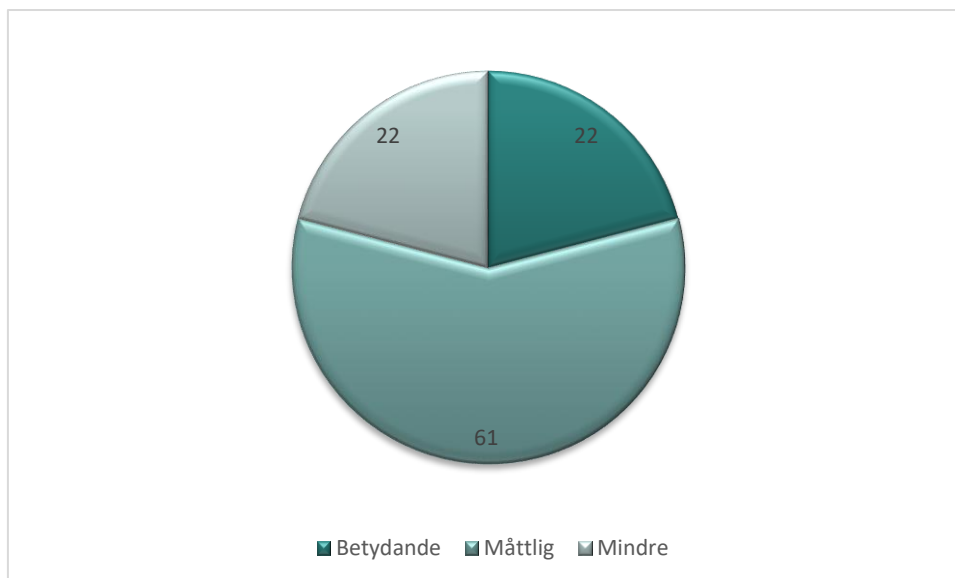
Ett sätt att följa upp vårdrelaterade infektioner, VRI, är punktprevalensmätning två gånger per år. Under en dag registreras alla inlagda patienter, deras riskfaktorer och om en vårdrelaterad infektion har uppstått. Våra mätresultat har historiskt alltid varit noll förekomst av VRI. Vårdtiderna är korta, 1,1 dag och då hinner inte infektionen utvecklas förrän efter hemkomst, så Sophiahemmet har slutat mäta VRI-förekomst som en punktprevalensmätning under 2022. Vårdgivarna träffar alltid patienten postoperativt och följer upp eventuell VRI.

Avvikelsehantering

I verksamhetens kvalitetssystem finns det rutiner för hur avvikelser hanteras och hur erfarenheter tas tillvara och återförs i arbetet med kontinuerlig verksamhetsutveckling.

Mål: Antal inrapporterade avvikelser i Sophiahemmets avvikelsesystem, årlig ökning.

Resultat: 246 inrapporterade avvikelser under 2022. 105 av 246 bedöms som patientsäkerhetsavvikelser. 22 mindre, 61 måttliga och 22 av betydande allvarlighetsgrad. De av betydande allvarlighetsgrad hanteras skyndsamt lokalt i verksamheten samt redovisas på ledningens genomgång och kvalitetsmöte. Bedömningen av allvarlighetsgraden sätts i relation till sannolikheten och hanteras och bedöms därefter. En avvikelse med hög allvarlighetsgrad och låg sannolikhet kan ha lett till ett tillbud och leda till en händelseanalys. Varje avvikelse bedöms därför individuellt och bakomliggande orsaker måste alltid hittas och analyseras. Bedömningen av allvarlighetsgraden utförs av handläggaren och på ovanstående möten sker diskussion kring om bedömningen var riktig.



Analys av resultat: Sophiahemmet arbetar aktivt med att öka inrapporteringen genom att uppmuntra medarbetarna till att rapportera avvikelser, återkoppla varje avvikelse till rapportören samt återkoppla resultat och större avvikelser till verksamhetens medarbetare. Avvikelserna leder till en systematiskt och fortlöpande utveckling och kvalitetssäkring av verksamheten.

Åtgärd: Alla medarbetare har skyldighet att rapportera risker, tillbud och negativa händelser, 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). Varje verksamhet har en stående punkt på personalmöten där avvikelser tas upp och diskuteras. En avvikelse kan innebära en risk och behöver inte alltid innebära ett tillbud eller vårdskada. Chefläkaren beslutar om händelseanalys skall utföras på avvikelser med allvarliga patientsäkerhetsrisker eller vårdskada. Första linjens chefer är mottagare av alla inrapporterade avvikelser och är ansvarig för analys, åtgärd, beslut om förbättringsåtgärd samt uppföljning inom sin verksamhet. Alla handläggare får en introduktion i avvikelshantering av kvalitetsutvecklaren för att säkerställa likvärdig bedömning av avvikelser.

Uppföljning av åtgärd: Fortsatt mätning av antal avvikelser på lokal och övergripande nivå.

Markörbaserad journalgranskning

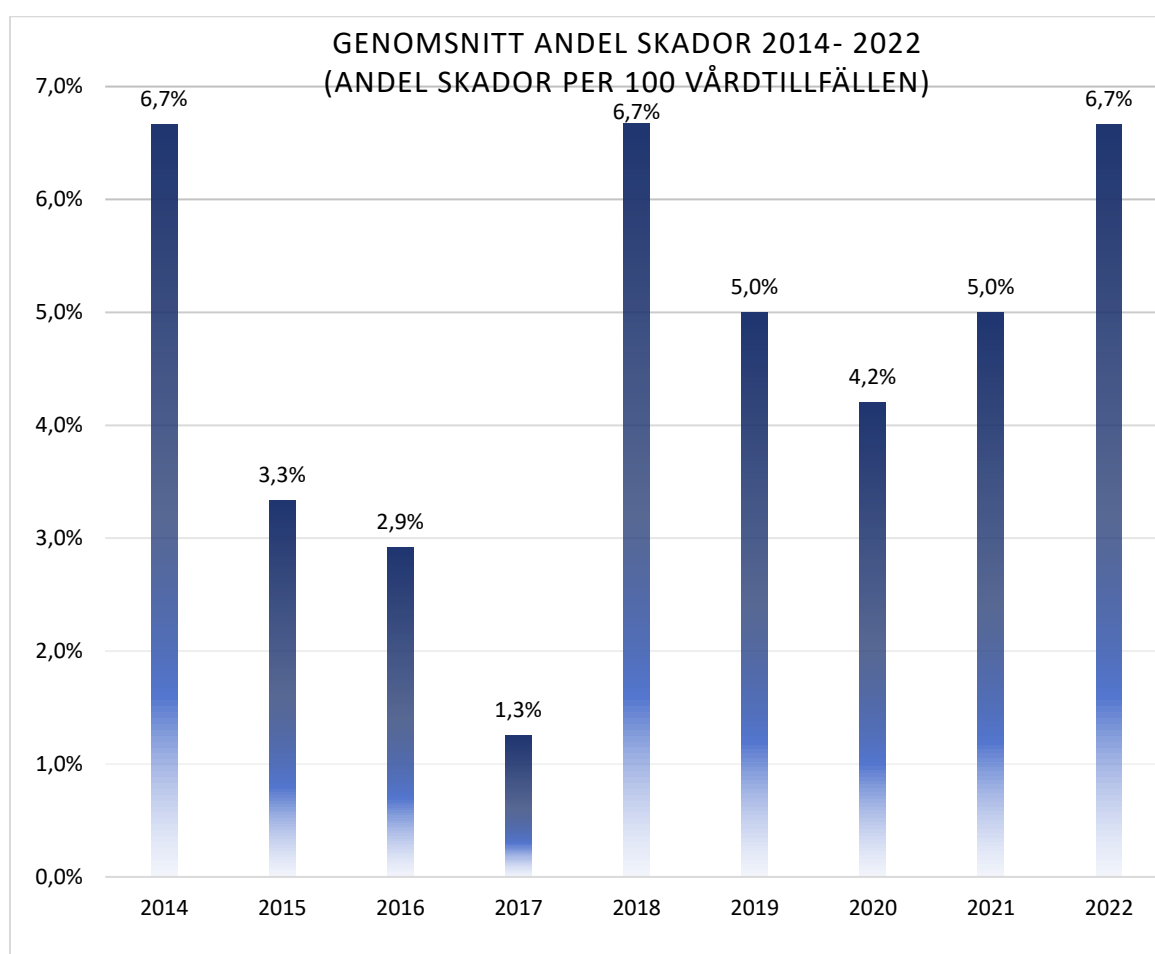
Brister i omvårdnad och medicinsk behandling kan leda till vårdskador. Strukturerad journalgranskning används för att mäta förekomsten av skador i vården i Sverige. Markörbaserad journalgranskning (MJG) innebär att journaler granskas från ett slumpvist urval av avslutade vårdtillfällen på sjukhus. Granskningsteamet bedömer om en skada inträffat och beskriver typ, konsekvenser och allvarlighetsgrad. Om skadan hade kunnat undvikas betecknas den som en vårdskada.

Mål: Att identifiera risker för att förebygga skador. Att mäta skador i vården.

I en rapport från Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) september 2020 redovisas nationella resultat från en omfattande journalgranskning vid nästan alla akutsjukhus 2013 – 2019.

Redovisningen av skador och vårdskador bygger på granskning av 98 679 vårdtillfällen på sjukhus av patienter över 18 år. Andelen vårdtillfällen med skador och vårdskador sjönk mellan 2013 och 2015 för att sedan stiga fram till 2017 och därefter minska under 2018. För 2019 försvåras jämförelsen med 2018 och tidigare år beroende på att två regioner inte granskat under året. Om endast de 10 040 granskade vårdtillfällena ingår i analysen minskar andelen vårdtillfällen med skador från 11,6 till 11,0 % och andelen vårdskadorna från 7,1 till 6,7 %. Om de två regionerna som inte granskat under 2019 ingår med 2018 års resultat ses ingen minskning av vare sig skador eller vårdskador (SKR, Sveriges Kommuner och Regioner, 2023).

Resultat: 2022 granskades 240 journaler på Vårdenheten och 16 skador noterades varav tre var undvikbara, d.v.s. vårdskador: en postoperativ blåsöverfyllnad, ett fall och en reoperation. Övriga 13 skador var ej undvikbara.



Procentuell andel av vårdtillfällen med skada: $\text{antal journaler med funnen skada} / \text{antalet granskade journaler} \times 100 = 6,67 \%$

Analys av resultat: Även om man har en nollvision att ingen ska drabbas av skada i vården så finns det oundvikbara skador, detta år tretton stycken. Det viktiga är att kontinuerligt riskbedöma verksamheten och fokusera på de undvikbara vårdskadorna, detta år tre stycken. Vid denna mätning noterades en blåsöverfyllnad åtgärder har vidtagits för att förhindra upprepning.

Åtgärder: Se över introduktionen för nyanställda, se över rutinen vid övertagandet från postoperativa avdelningen. Utforma/Förbättra checklista. Förtydliga ansvar. Lyfta avvikelshanteringen och se till att det skrivs avvikelse vid avsteg från gällande rutiner.

Uppföljning av åtgärd: Följ upp avvikelser, samtal efter introduktion. Diskutera på personalmöten om vikten av att följa rutiner och lyfta vad konsekvensen blir av brister i följsamhet av rutiner.

Åtgärder: Se över introduktionen för nyanställda, se över rutinen vid övertagandet från postoperativa avdelningen. Utforma/Förbättra checklista. Förtydliga ansvar. Lyfta avvikelshanteringen och se till att det skrivs avvikelse vid avsteg från gällande rutiner.

Uppföljning av åtgärd: Följ upp avvikelser, samtal efter introduktion. Diskutera på personalmöten om vikten av att följa rutiner och lyfta vad konsekvensen blir av brister i följsamhet av rutiner.

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. Under 2022 var fokusområdet läkemedelshantering.

Resultat: 2022 genomfördes 16 dialoger, därmed har alla vårdgivare och egna verksamheter genomfört minst en dialog senaste tre åren.

Analys av resultat: Dialogen har medverkat till att synliggöra risker i vardagen och ökat kunskapsutbytet. Flera förbättringsförslag som har givits under dialogerna har verksamheterna åtgärdat.

Uppföljning av åtgärd: Fortsatt planering för återkommande patientsäkerhetsdialoger.

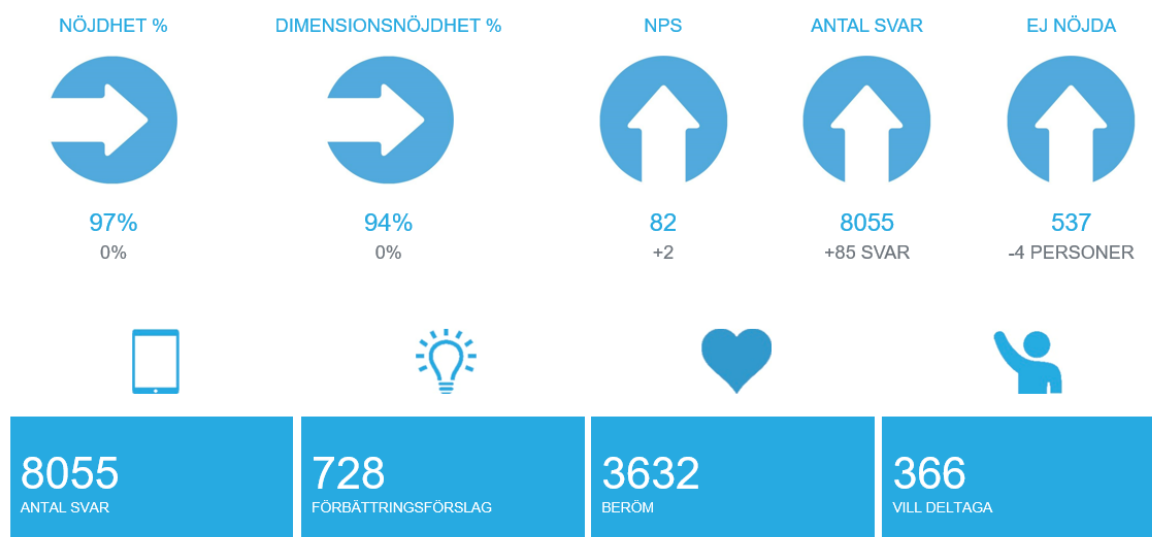
Patientnöjdhet

Huvudsyftet med att mäta patientupplevelsen är att öka värdet och säkerställa kvaliteten genom patientdriven verksamhetsutveckling, där patienternas erfarenheter är grunden i Sophiahemmets förbättringsarbete. Patienter ger feedback i realtid och resultaten används i verksamheternas förbättringsarbeten. För att patienterna ska svara på en enkät måste frågorna vara adekvata och verksamheten måste visa att dom agerar på lämnade synpunkter. Sophiahemmet kommunicerar resultaten via hemsidan och via digitala skärmar i verksamheterna och nedan finns exempel på förbättringsförslag som lett till en åtgärd.

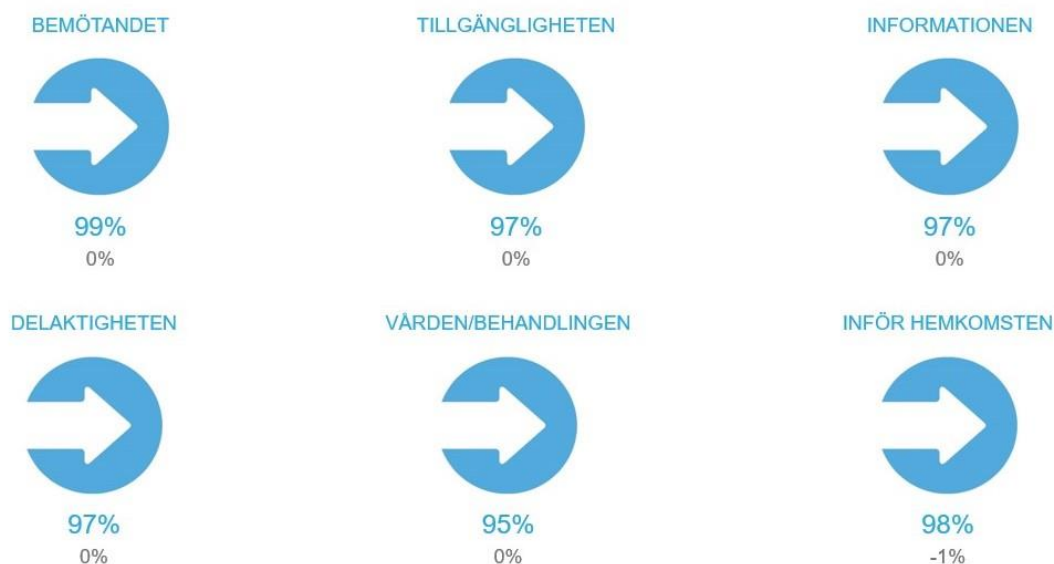
Mål: Öka svarsfrekvensen varje år och öka eller bibehålla NPS, Net Promotor Score som är ett index för kundlojalitet och mäta och följa upp de olika dimensionerna.

Resultat: I övergripande mål önskas en årlig ökning av patienter som vill rekommendera Sophiahemmet och av patienter som känner sig delaktiga. NPS skalan är från -100 till 100, där ett värde över 60 anses som bra. 2022 nådde Sophiahemmet ett NPS-värde på 82, en ökning från 80 år 2021.

Under 2022 svarade 8055 st patienter, de gav 728 st förbättringsförslag och 3632 st beröm. 97 % av alla svarande angav att de var nöjda med sitt besök. 537 personer av 8055 (6,6 %) var ej nöjda med någon eller flera av de dimensioner och specificerar inom vilket område av dimensionen, till exempel bemötande - i telefon eller hos sjuksköterskan som missnöje fanns.

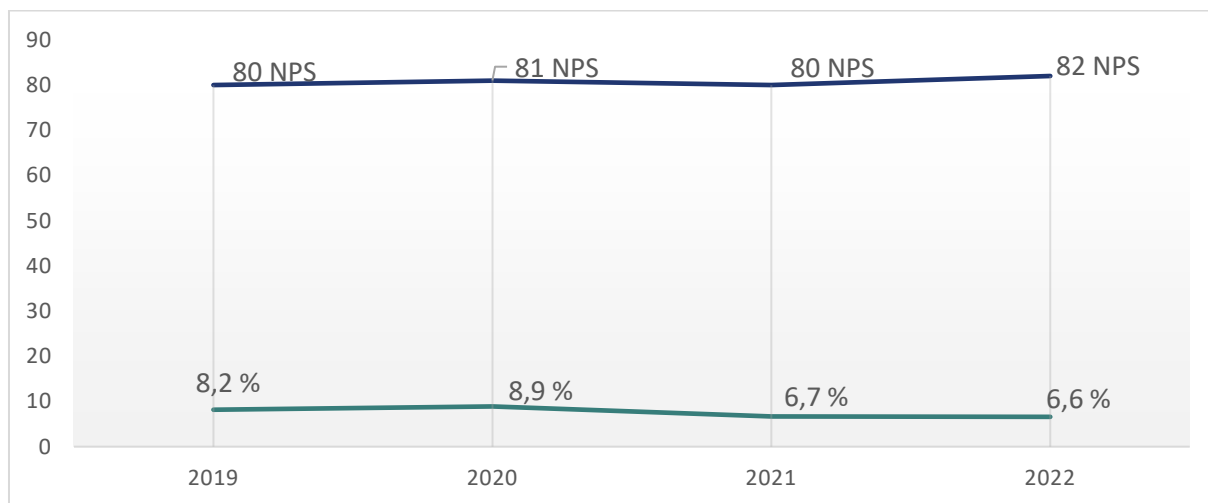


ÅRSRAPPORT / DIMENSIONER

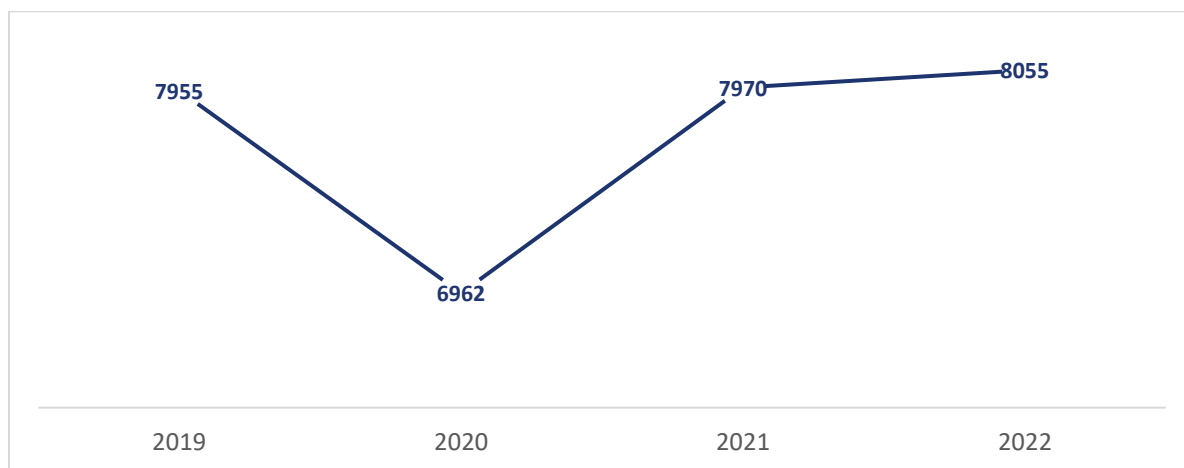


Ovan ses resultatet på de olika dimensionerna. Samtliga resultat är minst 95 % nöjda patienter, ett utmärkt resultat. Dimensionen "vården/behandlingen" är svar på frågan – "om

det aktuella behovet av vård och behandling blivit tillgodosett?” Den sistnämnda ”inför hemkomsten” mäts i slutenvården och baseras på frågan – ”har vi gett dig goda förutsättningar inför hemkomsten?”



Tabellen visar andel ej nöjda % över åren jämfört med NPS.



Tabellen visar svarsfrekvensen under åren.

Enkätresultaten och följande aktiviteter kommuniceras på den externa hemsidan och digitala skärmar inom sjukhuset.

Exempel på förbättringsförslag från patienterna som genererat aktiviteter under 2022

På Försäkringsmottagningen:

- Förbättrat informationen inför besöket angående parkeringen och om att komma i tid
- Förbättrat sin information på hemsidan
- Förbättrat utformningen av väntrummen
- På planeringsdag haft tema om bemötande vid stress
- Förbättrat anmälning i receptionen med en ankomstterminal

På Husläkarmottagningen:

- Bytt till papperskoppar i stället för plastmuggar
- Bytt till SMS meddelande i stället för telefonmeddelande vid sena avbokningar
- Förbättrat utsmyckningen av väntrummen
- Förbättrat information till patienter som ska till röntgen
- Arbetat för att alla patienter som har behov ska få en kopia på läkemedelslistan
- Förbättrat schemat på mottagningen med t ex fler akuttider till varje läkare så att patienten ska kunna få komma till sin husläkare
- Öppnat en lättakut för ökad tillgänglighet
- Infört en digital kontaktväg där ett ärende kan startas när helst under dygnet, för att öka upp tillgängligheten till mottagningen

På Hälsocentralen:

- Infört digitala kallelser
- Satt upp en klocka i patientcaféet
- Tydlig innehållsdeklaration på smörgåsar i patientcaféet
- Infört swish vid betalning

På Vårdenheten:

- Kompletterat och förbättrat skyltningen för patienter som kommer kl 06:00 för inskrivning
- Förbättrat sitt TV-utbud
- Bytt ut alla tv-apparater och fjärrkontroller
- Förbättrat wi-fi tillgängligheten på båda avdelningarna
- Patientmåltidsförbättringar efter önskemål av patienterna
- Bytt ut värmevagnar då de tidigare brände maten
- Utökat sitt matutbud med frysta rätter
- Haft arbetsgrupper för ökad samverkan med vårdgivare t ex har man sett över informationen inför hemgång för varje specialitet och diagnos
- Förbättrat informationen om hemresa och utskrivningstider
- Förbättrad den preoperativa informationen⁷
- Ny layout på all patientinformation
- Samverkat med vårdgivare för att kunna erbjuda fysioterapi även på lördagar
- Planerar att installera USB-kontakter på sängborden

Analys av resultat: När medarbetare påminner om enkäten så ökar svarsfrekvensen och fler förbättringsförslag och beröm lämnas vilket i sin tur ökar engagemanget hos medarbetarna - det blir en god cirkel.

Åtgärd: Varje vecka presenterar respektive chef resultatet för medarbetarna. Förbättringsförslagen samlas och respektive verksamhetschef kommenterar eller agerar på varje förbättringsförslag.

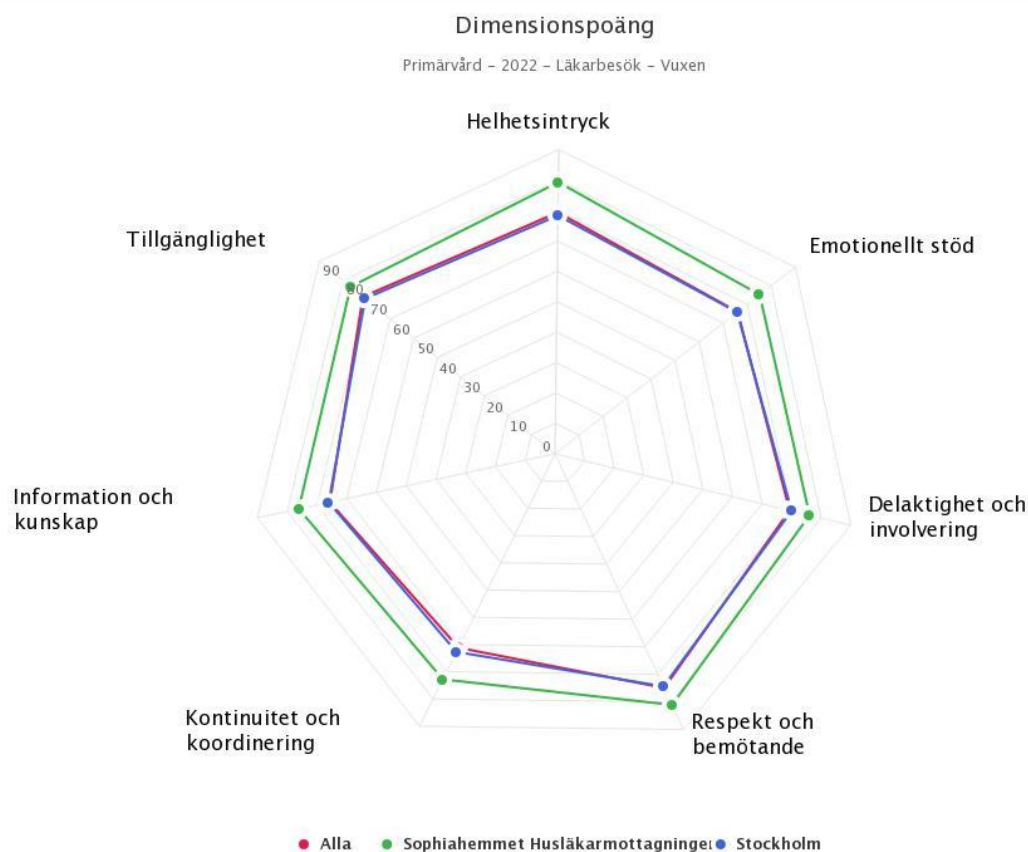
⁷ Preoperativt är tiden före kirurgiska behandlingen, d.v.s. före operationen eller undersökningen.

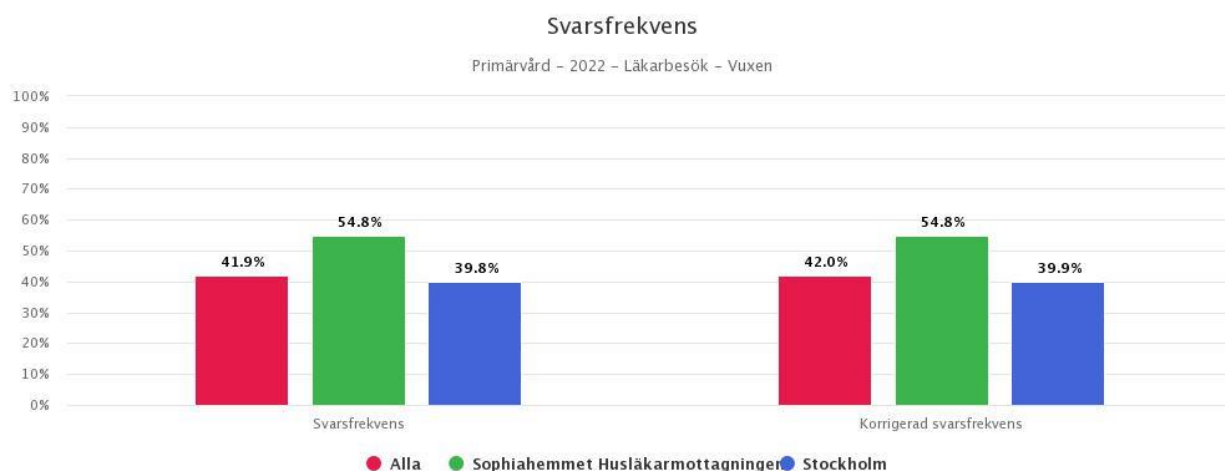
Uppföljning av åtgärd: Svarsfrekvens, NPS och dimensionernas resultat följs upp veckovis och ageras på direkt. Varje kvartal följs antal förbättringsförslag som genererat en aktivitet upp på respektive enhet.

Nationella patientenkäten

Nationella Patientenkäten, NPE, är samlingsnamn för nationella undersökningar av patientupplevelser inom hälso- och sjukvården och mäts årligen på Husläkarmottagningen. Enkätfrågorna är indelade i sju dimensioner. Varje dimension består av delkomponenter som visar vilka aspekter patienter anser viktiga. På så vis fastställs vilka frågor som ska mätas i respektive dimension.

Resultat: Spindeldiagrammet visar Husläkarmottagningen med grön färg, Stockholm i blått och primärvårdsenheter i hela Sverige i rött. Svaren visar att vi ligger högt i alla dimensioner och uppskattas av våra patienter.





Analys av resultat: En hög svarsfrekvens speglar att patienterna är engagerade och vill bidra till den fortsatta utvecklingen av verksamheten. En låg svarsfrekvens kan däremot ses som en varningsklocka, som bör leda till reflektion.

Åtgärd: Verksamhetschefen på Husläkarmottagningen tar del av resultaten och analyserar vad som kan förbättras, även med ett högt resultat så gäller det att fortsatt arbeta för att bevara det som är bra. Verksamhetschefen delar resultatet med medarbetarna och tillsammans diskuteras vad som kan förbättras.

Uppföljning av åtgärd: Följa resultat av NPE över tid och vara uppmärksam på avvikelser och klagomål i verksamheten.

Nationella kvalitetsregister

De nationella kvalitetsregistren utvecklar och säkrar vårdens kvalitet. Syftet är att bidra till löpande förbättringar som gör vården ännu bättre för patienter inom hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen har satt upp riktlinjer för diabetesvård i Sverige och Sophiahemmet registrerar sina resultat till Nationella diabetesregistret. Informationen används till forskning för att förbättra diabetesvården. Det innebär också en möjlighet till jämförelser med andra vårdgivare och identifiering av förbättringar av vården för Sophiahemmets patienter. Det finns två olika sorters diabetes: typ 1 och typ 2. På öppenvårdsmottagningarna följs främst de patienter med diabetes typ 2, vilket är den vanligaste formen.

Resultat: Under 2022 har Sophiahemmets tre öppenvårdsmottagningar noggrant rapporterat patienter med diagnoskod diabetes i det Nationella diabetesregistret, NDR.

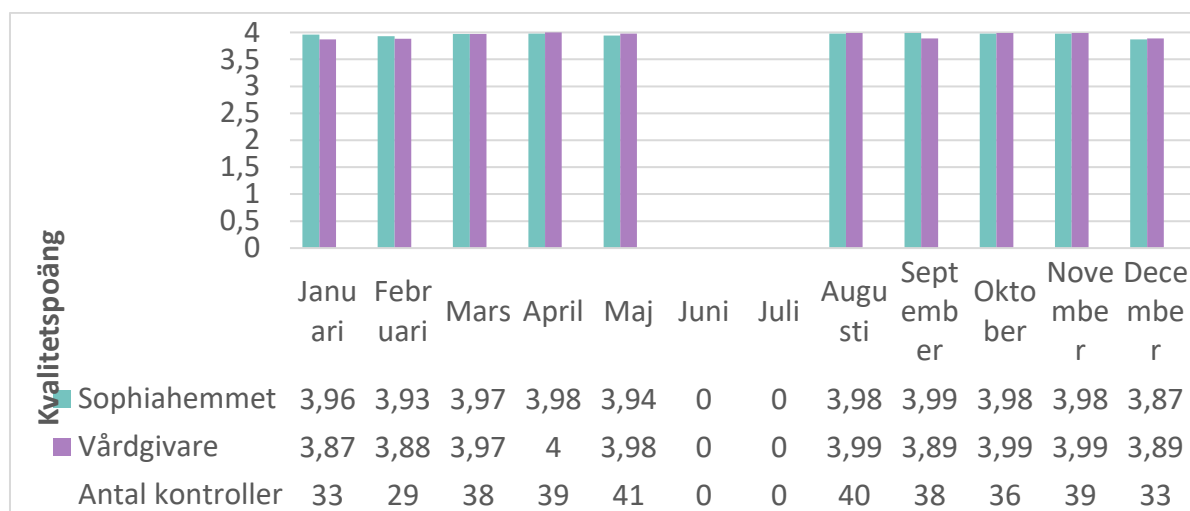
Mål: 100 % täckningsgrad av inrapporterade med diagnos diabetes.

Uppföljning av åtgärd: För att möjliggöra uppföljning av täckningsgraden ska mätetalet införas i Sophiahemmets hållbarhetsplan för 2023 för systematisk rapportering och utvärdering.

Städkontroller

Flera gånger i månaden utför städentreprenören kvalitetskontroller genom att granska städningen genom utvalda kontrollpunkter i verksamheterna och genom att fråga medarbetarna i verksamheten gällande deras upplevelse av städningen.

Resultat: Under 2022 så genomfördes drygt 30 kontroller/månad (förutom juni-juli). Maxpoäng per kontroll är fyra.



Analys av resultat: Det är städentreprenörens egen kontroll som ligger till grund för poängsättningen, tillsammans med feedback från verksamheten. Kontrollen utförs i allmänna utrymmen, i patientnära miljö städar vårdpersonalen. Granskningarna visar att kvalitetsnivån upprätthålls tack vare gott samarbete.

Åtgärd: Fortsatt uppföljning och kontroller och att följa avvikelser gällande städningen.

Uppföljning av åtgärd: Varje månad får servicechefen ett utdrag på kontrollerna och kan på så sätt agera på resultatet. Verksamheten är med under själva kontrollen och kan ge direkt feedback till städentreprenören.

Systematiska arbetsmiljöronder

Sophiahemmet använder ett webbaserat ledningssystemstöd i syfte att underlätta inrapportering av data i samband med kvalitetsuppföljningar och egenkontroller. En egenkontroll handlar om arbetsmiljö. Respektive avdelning går igenom utvalda frågor kopplat till arbetsmiljön, till exempel arbetsplatsens utformning och inomhusklimat.

Resultat: Samtliga enheter har under året svarat på frågorna i egenkontrollen.

Åtgärd: HR-chefen sammanställer resultat och tar upp i ledningsgruppen om övergripande avvikelser finns, annars åtgärdar respektive chef brister och risker inom sin verksamhet.

Uppföljning av åtgärd: Ronden utförs årligen och utförda åtgärder följs upp av namngiven ansvarig.

Leverantörsuppföljning och lagefterlevnadskontroll

Leverantörsuppföljning av kvalitetspåverkande leverantörer är en årlig egenkontroll. Lagefterlevnadskontroll och kartläggning av våra intressenter genomförs genom en enkät där chefer, miljöombud samt interna revisorer får svara på frågor gällande följsamheten till lagar, rutiner och krav samt vilka deras mest prioriterade intressenter är. Kartläggningen av intressenter syftar till att identifiera och prioritera intressenter som kan påverka

Sophiahemmets ledningssystems utformning, hur dialog förs och vilka krav, behov och förväntningar de har på Sophiahemmet.

Öka kunskap om inträffade vårdskador

Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när vårdresultatet inte blivit det avsedda. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.



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 resultatet sprids i verksamheten av verksamhetschefen. Chefläkare och/eller verksamhetschef beslutar när en händelseanalys ska genomföras, utser analysteam som ska genomföra analysen och skriver en uppdragsbeskrivning till analysledaren.

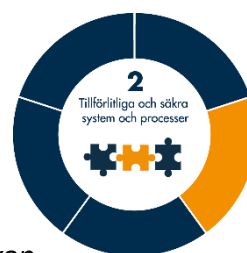
En händelseanalys omfattar följande:

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

Under 2022 gjordes en händelseanalys, där Sophiahemmet bistod en vårdgivare med analysen och det beslutades utifrån händelseanalysen att ingen Lex Maria-anmälan skulle göras.

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.



Säker vård här och nu

En del av ledningssystemets grundläggande uppbyggnad är risk- och avvikelshantering.

Syftet med avvikelshantering är att identifiera svagheter och risker som kan kräva rutinförändringar eller åtgärd så att risken ej upprepas.



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

Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvården. När resultaten används för att förstå vad som bidrar till säkerhet, hållbarhet, önskvärd flexibilitet och goda resultat, kan verksamheten utvecklas så att kvaliteten och säkerheten ökar och risken för vårdskador minskar.



Klagomål och synpunkter

2022 erhölls totalt ungefär samma volym av Sophiahemmets och vårdgivares klagomål som föregående år, ett lågt antal med tanke på Sophiahemmets storlek.

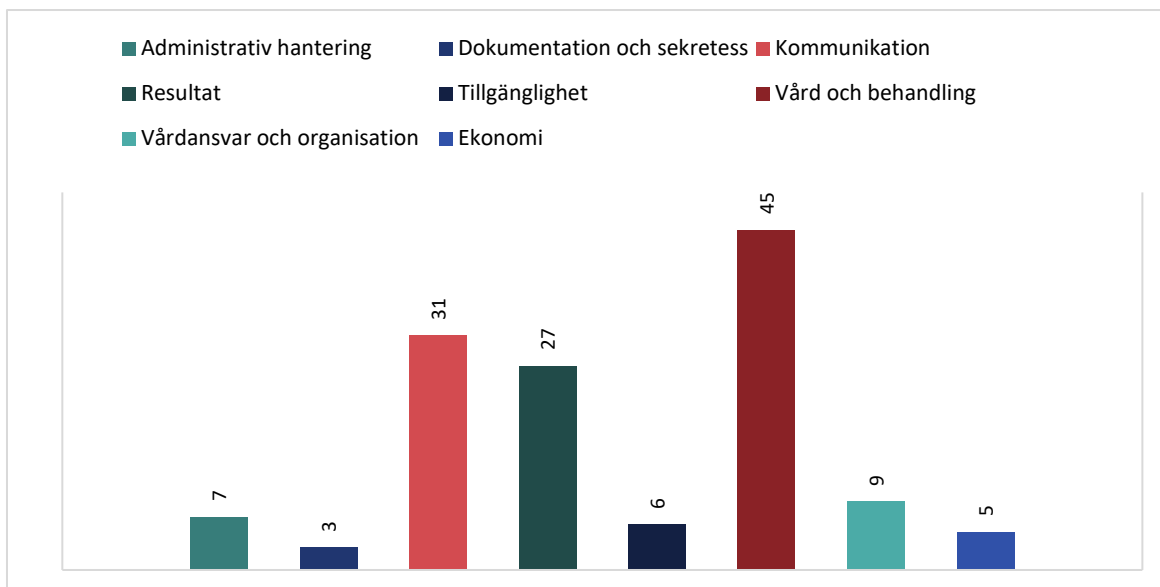
E-tjänst - 22 st klagomål inkom varav en tillhör en vårdgivare.

IVO & Lex Maria - Ett IVO-ärende och två avslutade Lex Maria-ärenden hanterades.

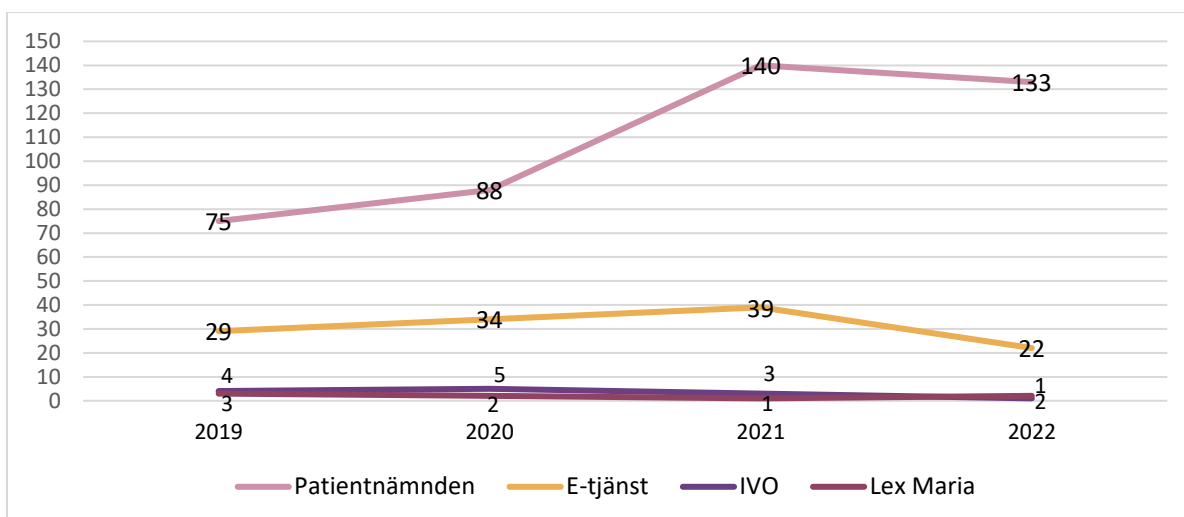
Patientnämnden - Varje vårdgivare får sina egna ärenden direkt från Patientnämnden. Verksamhetschefen är skyldig att svara på ärendet, chefläkaren deltar i handläggningen vid behov. Rapporten är uppdelad på specialistvård och primärvård. Ett patientärende hos Patientnämnden kan generera flera ärenden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

2022 fick Patientnämnden in 63 st ärenden som genererade 133 klagomål (jämför 101 st 2021), varav 116 gällde vårdgivare och 17 Husläkarmottagningen. 45 klagomål gällde vård & behandling, 31 kommunikation och 27 resultat. Klassificering och indelning sker hos Patientnämnden där ett ärende, d.v.s. ett patientfall genererar flera klagomål.

Nedan ses indelningen av områden klassificerat av Patientnämnden.

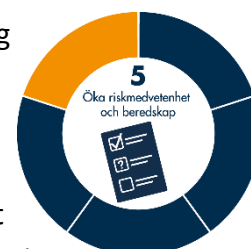


Trender, antal klagomål från Patientnämnden, E-tjänsten, IVO och Lex Maria 2019–2022



Öka riskmedvetenhet och beredskap

Risikanalyser 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. Risker och möjligheter kan antingen i negativ eller i positiv riktning påverka ledningssystemets förmåga att åstadkomma önskat resultat. Chefläkare ansvarar i samråd med ansvarig verksamhetschef för att riskanalys och/eller händelseanalys genomförs på övergripande nivå och verksamhetschef för genomförandet på lokalnivå gällande patientsäkerhet.



Mål, strategier och utmaningar för kommande år

Sophiahemmet började under 2022 förberedandet av en ny strategi som ska färdigställas under 2023 "Sophiahemmet strategi 2030".

Tillsammans med strategin är målet att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet genom att revidera och fortsätta att utveckla ledningssystemet. Att 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 med interna revisioner samt 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 egna verksamheter genomgår årlig ackreditering
- Att utföra patientsäkerhetsdialoger med vårdgivare och egna verksamheter
- 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 sträva mot 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 läkemedelshanteringen årligen med farmaceut från apoteket.
- Att genom patientdialoger mäta kundens/patientens tillfredsställelse med behandling och bemötande och kontinuerligt genomföra förbättringar utifrån dessa
- 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 vara öppen för nya krav och förbättringsförslag
- Att säkerställa att alla medarbetare på Sophiahemmet är väl förtroga med uppsatta mål
- Att mäta följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler, BHK, varje halvår och

sprida och följa upp resultatet

- Att alla läkare följer och företrädelsevis ordinerar läkemedel på Kloka listan
- Att kommunikationsmodeller, SBAR (Situation, Bakgrund, Aktuell och Bedömning) används vid överrapportering av patient från en vårdenhet till en annan för att minska risken för informationsbortfall
- Att årligt utföra förebyggande underhåll av medicinteknisk utrustning för att säkerställa säkerheten och att utrustningen är i fullgott skick

Utmaningen för Sophiahemmet är som för alla vårdgivare, regionala och nationella inriktningar och beslut som ändras över tid och ibland snabbt. Genom sin drygt 140-åriga historia har Sophiahemmet visat stor förmåga att i det rörliga vårdlandskapet anpassa sig till givna förutsättningar och leverera vård och utbildning av högsta kvalitet utan att ge avkall på patientsäkerheten.

Februari 2023

Marie Wickman Chantereau
Chefläkare

Caroline Lagerman
Kvalitetsutvecklare