

Patientsäkerhetsberättelse och
kvalitetsredovisning 2023





Sammanfattning

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

Att vården är säker och att alla medarbetare handlar utifrån vetenskaplig grund och beprövad erfarenhet är en grundsten i allt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete inom hälso- och sjukvården. Därför har Sophiahemmet valt att kombinera den årliga patientsäkerhetsberättelsen med kvalitetsredovisningen. Vi följer upp och förbättrar flera patientsäkerhets- och kvalitetsindikatorer under åren vilket presenteras i denna redovisning.



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.



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.

Året 2023 på Sophiahemmet Sjukhus

Nya metoder och arbetssätt införs och utvecklas kontinuerligt på Sophiahemmet för att kunna ge patienterna bästa möjliga vård. Under 2023 har Sophiahemmets verksamheter arbetat vidare med att digitalisera flera tjänster. Bland annat så använder Försäkringsmottagningen en digital tjänst, Vårdrummet, där de kan kommunicera krypterat med sina patienter. Detta leder till säkrare hantering av information vilket ökar patientsäkerheten och minskar pappersförbrukningen då ingen utskrift och kuvert behövs. Hälsocentralens patienter kan nu via en länk som skickas ut med digital kallelse i Kivra boka om och avboka sitt besök eller önska återbudstider vilket möjliggör optimering av tidsbokningen så att alla mottagningstider används. Försäkringsmottagningen och Hälsocentralen har tillsammans med Sophiahemmets högskola anordnat event för sina patienter med temat "Varför mår vi så dåligt när vi har det så bra" för att synliggöra aktuella samhällsproblem och utmaningar. Sophiahemmet har introducerat en ny datorbaserad metod för att hos diabetessjuksköterskan diagnostisera perifera nervskador orsakade av diabetes för att kunna sätt in rätt åtgärder i tid. Försäkringsmottagningen har förbättrat sin hemsida med hjälp av förbättringsförslag som kommit in via vår kontinuerliga patientenkät. Vårdenheten har utvecklat ett digitalt verktyg för att effektivisera och kvalitetssäkra sina inskrivningssamtal. Alla patientnära analyser skickas nu digitalt direkt till patientens journal på Vårdenheten vilket eliminerar risken att fel mätvärde förs in i journalen. Flera informationsfilmer har skapats och lagts ut på hemsidorna för att informera patienterna, till exempel en film som visar patienten väg till vårdavdelningen för att förbereda inför inläggning.

2023 besvarade 9263 patienter (jmf med 8055 patienter 2022) på Sophiahemmets patientenkät efter besök på Sophiahemmets fyra egna verksamheter: Vårdenheten, Husläkarmottagningen, Försäkringsmottagningen och Hälsocentralen. 4578 beröm samt 913 förbättringsförslag kom från patienterna. Förbättringsförslagen används i verksamheternas förbättringsarbete. Hela 97 % av patienterna som besvarat enkäten är nöjda med sitt besök.

Sophiahemmet arbetar med hållbar utveckling genom aktivt miljö- och kvalitetsarbete där ständiga förbättringar är en naturlig del. Att uppnå hållbar utveckling kräver att vi minskar vårt ekologiska fotavtryck genom att ändra hur vi producerar och konsumerar varor och resurser. Sverige har som mål att minst 75 procent av matavfallet ska sorteras för att bli biogödsel och biogas. Idag sorteras knappt 30 procent av matavfallet i Stockholm. I biogödsel finns all näring från maten kvar så förutom att biogödseln är miljövänlig så växer vete, potatis och annan gröda bättre. Bilar och bussar kan köra på biogas i stället för bensin. Sophiahemmet har i flera år samlat matavfall och 2023 har alla verksamheter, även vårdgivare, samlat in matavfall enligt nya regler om obligatorisk insamling. Sophiahemmets restaurang har utfört flera åtgärder som har minskat matsvinnet, detta mäts dagligen och resultatet presenteras på våra informationsskärmar.

Under 2023 antog Sophiahemmet en ny strategi som sträcker sig till 2030. **Strategi 2030** består av flera mål:

- Sophiahemmet är en ledande förebild där integrerad utbildning, forskning och hälso- och sjukvård möter samhällets behov
- Personligt och professionellt bemötande med stöd av modern och avancerad teknik bidrar till samhällsnyttan
- Vi erbjuder en flexibel och hållbar modern arbetsmiljö där kompetenta, engagerade och ansvarsfulla medarbetare säkerställer kvalitet och hållbar utveckling i samverkan.
- Vi samverkar på en internationell arena där vårt varumärke och vår verksamhet attraherar framstående samarbetspartners

Under 2023 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, såsom attityder och förhållningssätt till patientsäkerhetsarbete och synliggöra risker och tillsammans identifiera förbättringsförslag och åtgärder som senare följs upp.

Sophiahemmet är hjärtsäker zon och har en HLR-organisation som säkrar att Sophiahemmet uppfyller HLR-rådets kriterier, vilket innebär att det ska finnas beredskap och rutiner för att hantera ett hjärtstopp och att alla medarbetare på Sophiahemmet, inklusive hos vårdgivare, årligen genomgår adekvat HLR-utbildning.

Innehåll

Sammanfattning	3
Året 2023 på Sophiahemmet Sjukhus	4
Om Sophiahemmet Sjukhus	8
Sophiahemmet AB i siffror	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.....	12
Risikanalys av processer	13
Årlig ackreditering – Sophiahemmets kvalitetsstämpel	14
Övergripande mål och strategier	14
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	19
Organisation för hjärt- och lungräddning (HLR).....	20
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.....	22
Mätning av vårdrelaterad infektion, VRI.....	24
Avvikelsehantering	24
Markörbaserad journalgranskning, MJG.....	26
Patientsäkerhetsdialog.....	27
Patientnöjdhet.....	27
Nationella patientenkäten	30
Nationella kvalitetsregister	32

Städkontroller.....	32
Systematiska arbetsmiljöronder	33
Leverantörsuppföljning och lagefterlevnadskontroll.....	33
Öka kunskap om inträffade vårdskador	33
Tillförlitliga och säkra system och processer	34
Säker vård här och nu.....	34
Stärka analys, lärande och utveckling	34
Klagomål och synpunkter	35
Öka riskmedvetenhet och beredskap	36
Mål, strategier och utmaningar för kommande år	36
Fortsatta mål under 2024.....	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 nästan 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

Försäkringsmottagningen

Läkarbesök	35 073
Sjuksköterskebesök	1 645
Hälsokontroller	937

Husläkarmottagningen

Listade patienter	11 889
Läkarbesök	12 929
Sjuksköterskebesök	3 655
Sjuksköterskebesök i hemsjukvård	5 917
Psykosociala besök	2 692

Hälsocentralen

Hälsoundersökningar	8 597
Läkarbesök	816
Sjuksköterskebesök	1 402
Hälsorådet	220
Intyg	130
Psykologbesök	167

Vårdenheten

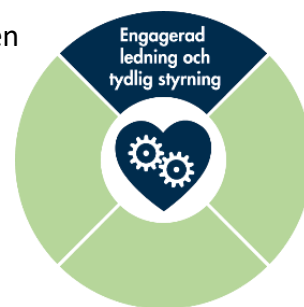
Vårdplatser	40
Vårddygn	4 691
Medelvårdtid	1,1 dygn
Antal operationer som krävde slutenvård	3 974

Grundläggande förutsättningar för säker vård

I hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) står det att hälso- och sjukvården ska bedrivas så att den uppfyller kraven på god vård. Begreppet patientsäkerhet är nära förknippat med begreppet god vård. För att 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 inkluderar **patienten som medskapare**².

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 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 2023 så genomfördes patientsäkerhetsdialoger i våra egna verksamheter och hos vårdgivare för att identifiera förbättringsområden och eventuella risker som är negativa för en hållbar verksamhet.

Struktur för uppföljning och utvärdering

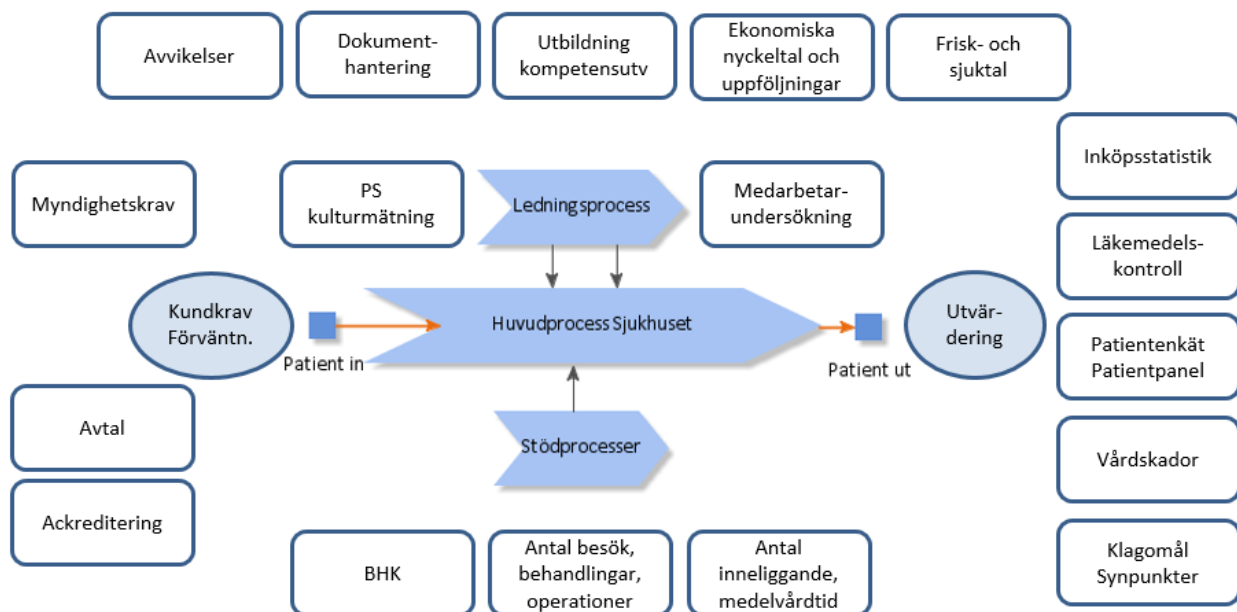
Sophiahemmet använder ett webbaserat ledningssystemstöd i syfte att underlätta inrapportering av data i samband med kvalitetsuppföljningar och egenkontroller. Systemet möjliggör resultatuppföljning över tid och ger förutsättningar för dataanalys. Handlingsplaner upprättas i ledningssystemstödet och ansvarig person samt sluttid utses. Rapporter skapas och resultatet återkopplas och visualiseras, alla medarbetare har tillgång till en läsvy 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.

² Socialstyrelsens [Nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet](#) i hälso- och sjukvården 2020–2024.

Grundläggande i kvalitetsarbetet är:

- Processer/system/rutiner
- Avvikelsehantering
- Egenkontroller
- Uppföljning/revision
- Systematiskt förbättringsarbete

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



Systematiskt förbättringsarbete

Sophiahemmet är ISO-certifierat sedan 2008 i kvalitet, ISO 9001 och sedan 2004 i miljö, ISO 14001. 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 beslutar tillsammans med ledningen 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.



Positiva iakttagelser från den externa revisionen

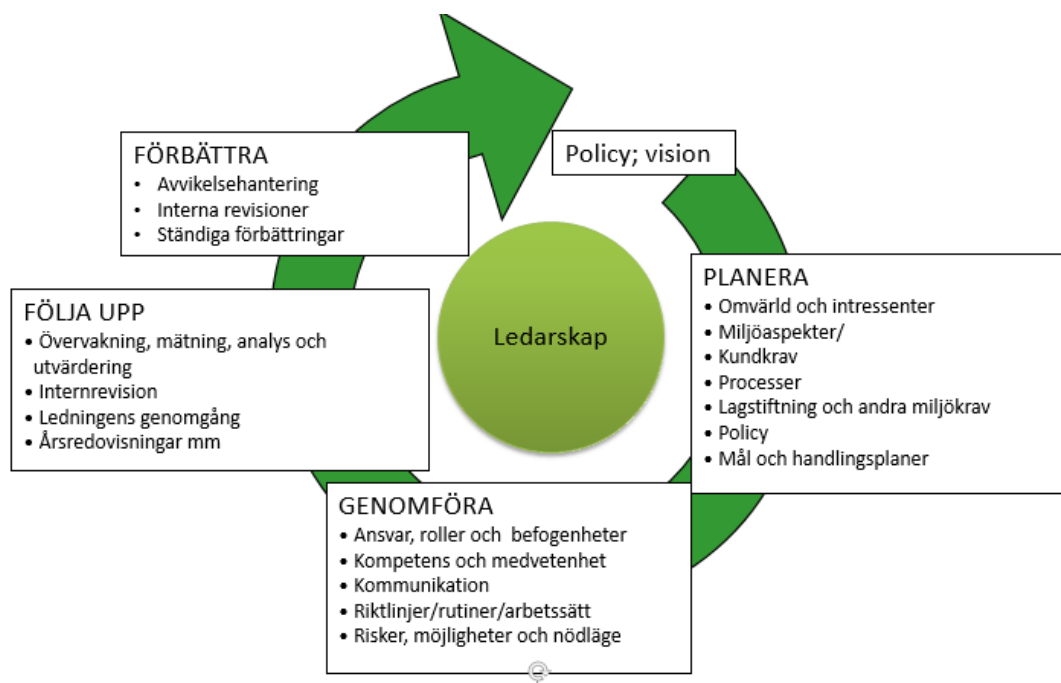
- Ambitiös och engagerad ledning och medarbetare och det finns en strävan att bli ännu bättre
- Starkt varumärke
- Väl genomförda och dokumenterade ledningens genomgångar, där det tydligt framgår vilka underlag som har analyserats och utvärderats
- Ledningssystemet fortsätter att utvecklas positivt. Ständiga förbättringar och kundfokus (patientsäkerhet) är tydlig i verksamheten och i ledningsprocessen
- Processernas samverkan har visat på snabba åtgärder utan dröjsmål
- Imponerade hög patientnöjdhet 97 % och hög Net Promotor score³, NPS 82
- Hanteringen av förbättringsförslagen från patientenkäten och hur förbättringar genomförs praktiskt av dem i verksamheten
- Hög grad av systematik och struktur ses i organisationen
- Förutom de egna verksamheterna som är knutna till Sophiahemmet ideell förening så jobbar man också en hel del med vårdgivarna som bedriver verksamhet på Sophiahemmets område för att säkerställa att Sophiahemmets varumärke och kvalitet upprätthålls. Ackreditering av vårdgivare och patientsäkerhetsdialogerna är bra exempel på det
- Sophiahemmet tar ett relevant samhällsansvar till exempel genomförs utbildning av vårdpersonal från Ukraina på Sophiahemmets Högskola
- För att minska miljöpåverkan vid transporter så har Sophiahemmet investerat i elbilar och erbjuder även subventionerad cykelservice 2 ggr/år för att underlätta för medarbetarna att cykla i stället för att köra bil eller använda andra färdmedel till och från arbetet
- HLR-utbildning genomförs årligen för all personal oavsett roll och funktion och det finns 23 hjärtstartare på området som Sophiahemmet tillhandahåller och underhåller

³ Net promoter score är ett nyckeltal som används i kundundersökningar. Net promoter score bygger på frågan: "Skulle du rekommendera oss till någon i din situation?" Frågan besvaras sedan på en elvgradig skala från 0–10 som sedan ger ett indexvärde från -100 - +100.

- Samtliga besökta enheter har presenterat gediget underlag med resultat avseende respektive enhets kvalitets- och miljöarbete
- Många energibesparande åtgärder har genomförts av Fastighet
- Bra resultat på Kloka val och antibiotikaföreskrivning som ligger väl till i förhållande till regionalt mål och även i genomsnitt i regionen. Viktigt då detta påverkar både miljö, ekonomi och patientsäkerhet i positiv riktning
- Stort fokus har lagts på riskidentifiering i de olika processerna
- Interna revisioner genomförs enligt gällande krav, dvs alla standardkrav granskas årligen. Mycket väl genomförda internrevisioner och bra resultat
- Avvikelse och risker hanteras och läggs in i avvikelsehanteringssystemet

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 som ett verktyg i förbättringsarbetet. 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 risikanalys 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 verksamheternas kvalitet, patientsäkerhet och kompetens hos medarbetare och följer upp vårdgivarens efterlevnad till lagar, föreskrifter och andra krav samt granskar 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.

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

1. Vi skapar värde tillsammans med våra intressenter. En organisations långsiktiga framgång beror på dess förmåga att skapa värde för 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 vara 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 är engagerade i att utveckla en god arbetsmiljö, 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](#).

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

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 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, IT-chef 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

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, IVO⁴. Chefläkaren kan vid allvarliga händelser initiera händelseanalyser. Patientsäkerhetsfrågor hanteras i samverkan med egna verksamheter, vårdgivare, regionen och Patientnämnden⁵ 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 till 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, avveckla 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 alla tre affärsområden med sina olika funktioner och kompetenser systematiskt och efter behov.

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 skickar informationsbrev till samtliga vårdgivare och på intranätet publiceras aktuell information om patientsäkerhet, kvalitet och miljö.

⁴ Inspektionen för vård och omsorg är en myndighet som granskar att vården och omsorgen följer lagar och regler. Myndigheten ansvarar för tillsyn, tillståndsprövningar och prövning av klagomål enligt patientsäkerhetslagen.

⁵ 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.

Mottagningsforum anordnas en gång per termin för vårdgivarnas medarbetare där information om pågående förändringar, resultat och uppföljningar delges och gemensamma frågor diskuteras. Biträdande sjukhuschef och kvalitetsutvecklaren är sammankallande.

Operationsrådet anordnas för alla opererande verksamheter av biträdande sjukhuschef och chefläkare, där diskuteras gemensamma frågor om perioperativ⁶ vård.

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

Miljömöten och hygienmöten hålls regelbundet fyra gånger per år av kvalitetsutvecklaren där även vårdgivarrepresentanter bjuds in. Hygienombuden utför punktprevalensmätning gällande basala hygienrutiner och klädregler två gånger per år.

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.

Hela samhället digitaliseras så det är nödvändigt att utveckla och underlätta kontakt och tillgänglighet för patienterna. Sophiahemmet har därför utvecklat flera digitala tjänster och bytt system efter noggrann kravställning på både leverantören och varan/tjänsten. Beroendet av komplexa tekniska informationssystem innebär dock 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-processen genomförs risk- och konsekvensanalys.

⁶ Perioperativ vård är tiden före, under och efter en operation.

Journalsystemen på Sophiahemmet kommer från olika väletablerade 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 ska ge 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 förhindra upprepning.

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 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 levereras⁷.

Under 2022 skickades en enkät ut till samtliga medarbetare på Sophiahemmet med frågor gällande Hållbart säkerhetsengagemang (HSE). 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 (max 100), patientsäkerhet 82, patientbemötande 87 och personligt ansvar för patientsäkerhetsarbetet 88, ingen dimension hamnade under 70. I samtliga dimensioner förbättrades resultatet jämfört med föregående mätning 2019. Vi är mycket nöjda med resultatet och planerar en ny mätning 2025.



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

⁷ Socialstyrelsen – Samlat stöd för patientsäkerhet, [säkerhetskultur](#)

- 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 vårdgivarföreläsningar, som spelas in så alla medarbetare kan ta del av utbildningen, även efter 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 kräver förutsägbar schemaplanering av bemanning. På vårdenheten utförs riskanalys om bemanning eller schema behöver förändras. Där följs nationella riktlinjer för bemanning vid speciell kirurgi, nattetid eftersträvas att det alltid ska finnas specialistsjuksköterskekompetens inom intensivvård eller anestesi.

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 för hjärtsäker zon. Enligt svensk standard innebär hjärtsäker zon att det ska finnas beredskap och rutiner för att hantera ett hjärtstopp.

HLR-koordinatören och 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. 2023 utbildade HLR-koordinatören och HLR-läkaren 10 nya instruktörer på Sophiahemmet.

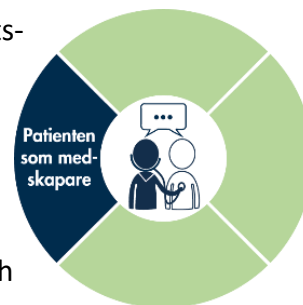
Hjärtstartarna är uppsatta av Sophiahemmet och HLR-koordinatören ser till att de är funktionsdugliga. Ett utbildningsrum med dockor och annan utrustning finns och alla verksamheter på Sophiahemmet har möjlighet att nyttja rummet för HLR-utbildning. Varje

HLR-kurs utvärderas genom en enkät. 2023 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

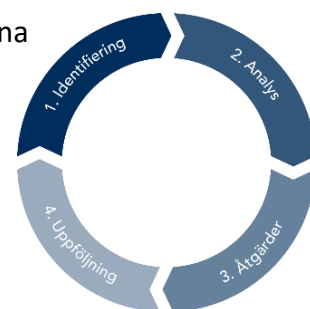
Samverkan med patienter och närstående är viktigt i patientsäkerhetsarbetet. Sophiahemmet lägger stor vikt vid bemötande, delaktighet, information och tillgänglighet, och genom att mäta patientupplevelsen säkerställs god kvalitet och kontinuerligt förbättringsarbete.

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. Det blir 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
- Mätning av vårdrelaterad infektion, VRI
- Avvikelsehantering
- Markörbaserad journalgranskning inom slutenvården
- 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.

Sveriges kommuner och regioner, SKR, genomförde våren 2023 den sista nationella punktprevalensmätning (PPM) av följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler inom vård och omsorg. Från 2024 upphör de nationella mätningarna. Region Stockholm har avbrutit sina regionala mätningar sedan flera år. Sophiahemmet har trots detta utfört egna mätningar varje vår och höst. Även vårdgivare deltar 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 steg.

Resultat våren 2023:

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

Vårdgivarna - 160 personer observerades inom 15 verksamheter. Utfallet blev 80 % följsamhet på alla 8 steg och 95 % följsamhet på klädregler och 84 % på hygienrutiner. Fem vårdgivare hade 100 % följsamhet.

Fjorton regioners resultat vid samma tid låg var 76,9 % följsamhet, 17 109 individer ingick. (Följande regioner deltog inte: Jönköpings län, Stockholm, Sörmland, Uppsala, Västerbotten, Västra Götalandsregionen och Östergötland). Andelen korrekta hygienrutiner i samtliga steg var 81,1 % och andelen korrekta klädregler 93 %. ([SKR, Sveriges Kommuner och Regioner, 2023](#)).

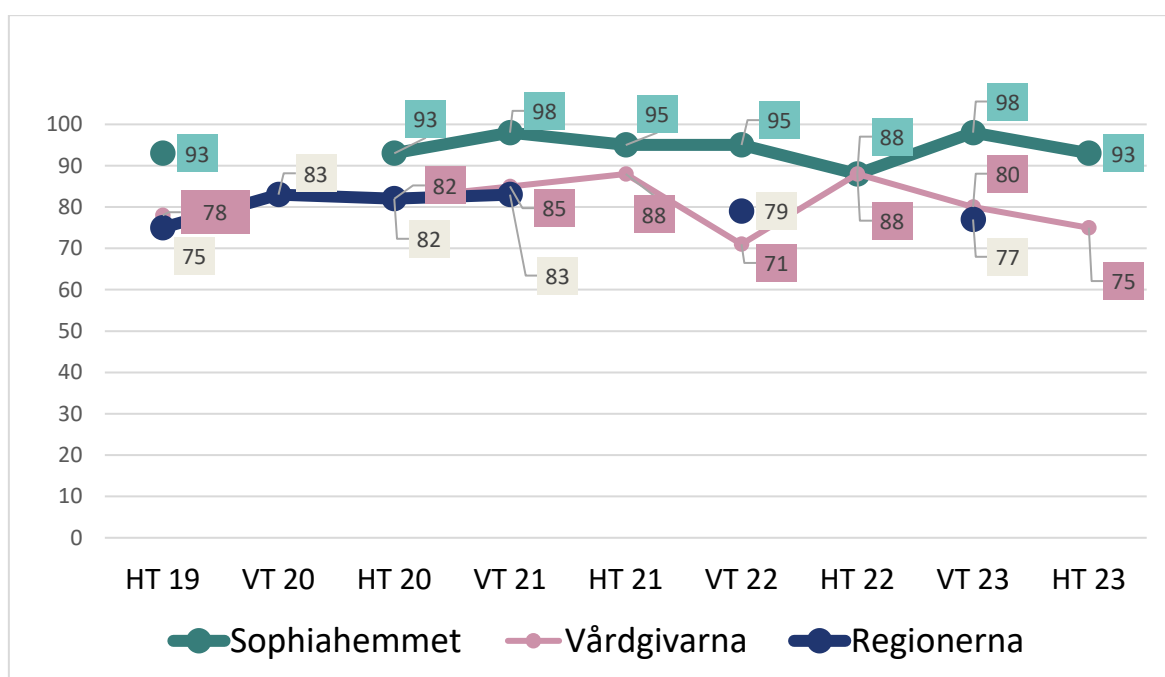


Bild visar procentandel med korrekt i samtliga steg

Resultat hösten 2023:

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

Vårdgivarna - 147 personer observerades inom 13 vårdgivare i sammanlagt 15 verksamheter. Utfallet blev 75 % följsamhet på alla 8 punkter. Uppdelat utfall var 79 % följsamhet i hygienrutiner och 94 % följsamhet i klädregler. Fyra vårdgivare hade 100 % följsamhet.

Analys av resultat: Liten försämring på hösten, men ändå utmärkt. Enheter med låg följsamhet genomför insatser som att lyfta BHK på personalmöten och verka för en kultur där

medarbetare påminner varandra. Några verksamheter har genomfört egna punktprevalensmätningar mellan halvårsmätningarna.

Åtgärder och strategi:

- Engagera patienten och närstående, det vill säga informera om vikten av hygienrutiner och hur man själv kan bidra. Patienten måste ses som en viktig medskapare i det vårdhygieniska arbetet.
- Säkerställ att hygienriktlinjer ses som självklara för alla medarbetare, patienter och anhöriga.
- Riskbedöm moment/arbetssätt – om de går att förbättra med hygien i fokus.
- Se till att lokalerna är ändamålsenliga, till exempel handfat på varje mottagnings- och vårdrum.
- Konsekvent budskap och återkoppling till medarbetare.
- Se över städningen. Förbättra och följ 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 under patientsäkerhetsdialogerna.

Mätning av vårdrelaterad infektion, VRI

Ett sätt att följa upp vårdrelaterade infektioner, VRI, är punktprevalensmätning. Senaste nationella mätningen genomfördes 2019, men därefter använder fler regioner i stället Infektionsverket⁸. Sophiahemmet slutade att mäta VRI-förekomst med punktprevalensmätning 2022 på grund av korta vårdtider. Vårdgivarna träffar alltid patienten postoperativt och följer då upp eventuell VRI, förekomst rapporteras i relevanta kvalitetsregister och följs upp.

Avvikelsehantering

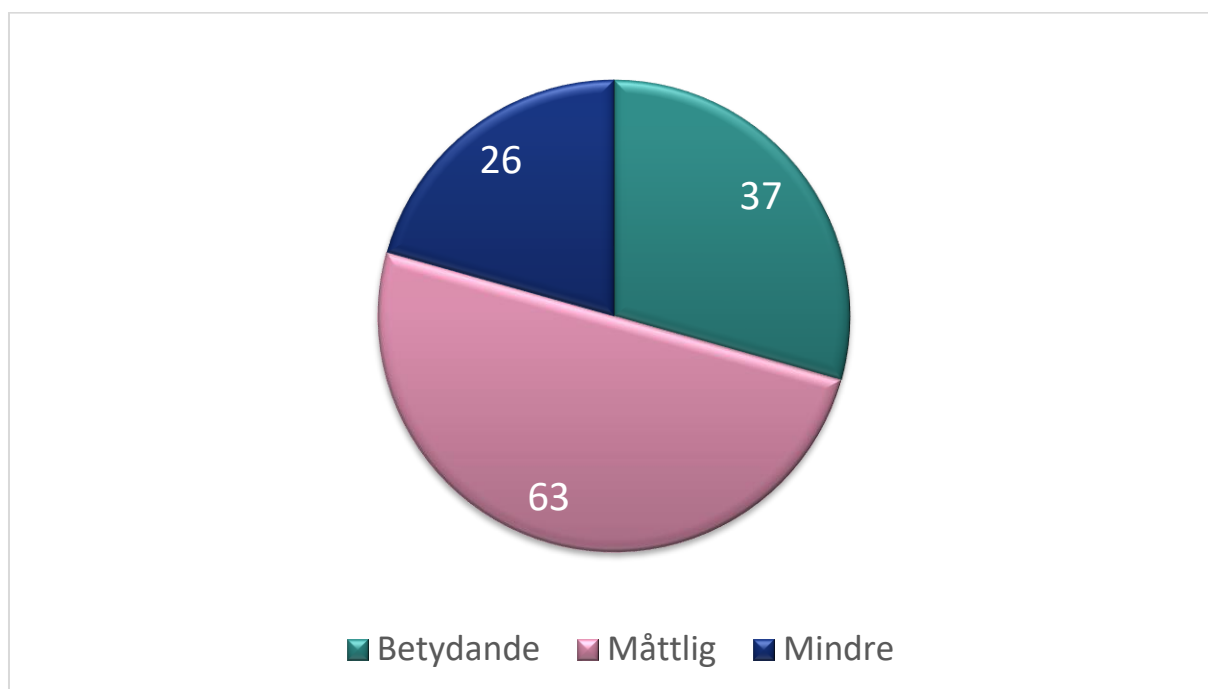
I verksamhetens kvalitetssystem finns det rutiner för hur risker och avvikelser hanteras och hur förebyggande åtgärder tas tillvara och återförs i arbetet som kontinuerlig förbättrings- och verksamhetsutveckling.

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

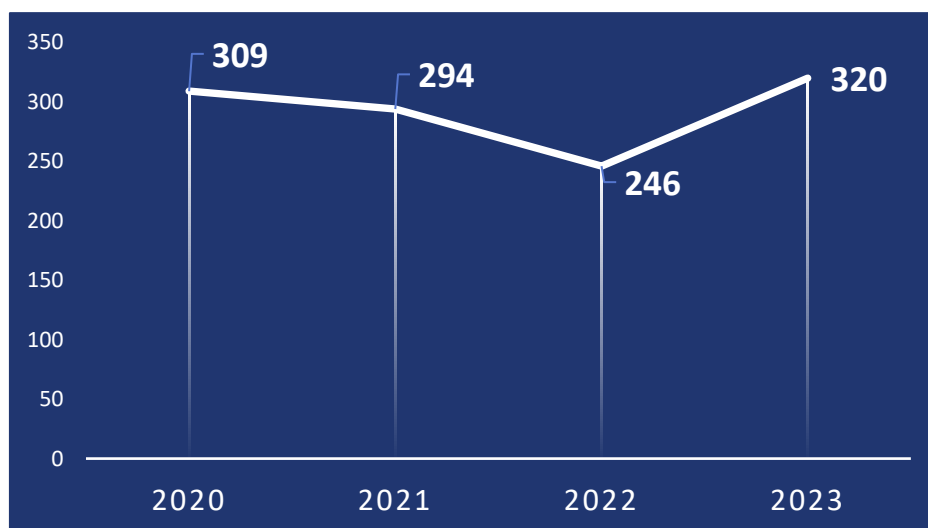
Resultat: 320 inrapporterade avvikelser under 2023 inkl Fastighet och Högskolan, en ökning från 2022. 126 av 320 är patientsäkerhetsrisker/-avvikelser. De av betydande allvarlighetsgrad hanteras skyndsamt lokalt i verksamheten samt redovisas på ledningens genomgång och kvalitetsmöten. Bedömningen av avvikelserna sker gällande allvarlighetsgrad och sannolikhet.

⁸ Infektionsverket är ett nationellt IT-stöd för att dokumentera, lagra och återkoppla information om vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning.

Varje avvikelse bedöms individuellt och bakomliggande orsaker måste alltid hittas och analyseras och åtgärder med uppföljning bestäms. Bedömningen av allvarlighetsgraden utförs av handläggaren. En avvikelse med hög allvarlighetsgrad som kan ha lett till vårdskada eller tillbud kan leda till att en händelseanalys utförs (beslut av chefläkare eller verksamhetschef).



Bilden visar klassificering av allvarlighetsgrade på de avvikelser med patientsäkerhetsrisk 126 av 320 avvikelser.



Bilden visar antal avvikelser sett över flera år, inkl Fastighet och Högsolan.

Analys av resultat: Sophiahemmet arbetar aktivt med att öka inrapporteringen genom att uppmuntra medarbetarna till att rapportera avvikelser samt återkoppla varje avvikelse till rapportören och resultat och större avvikelser till verksamhetens medarbetare. Avvikelsena leder till en systematisk 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. 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 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.

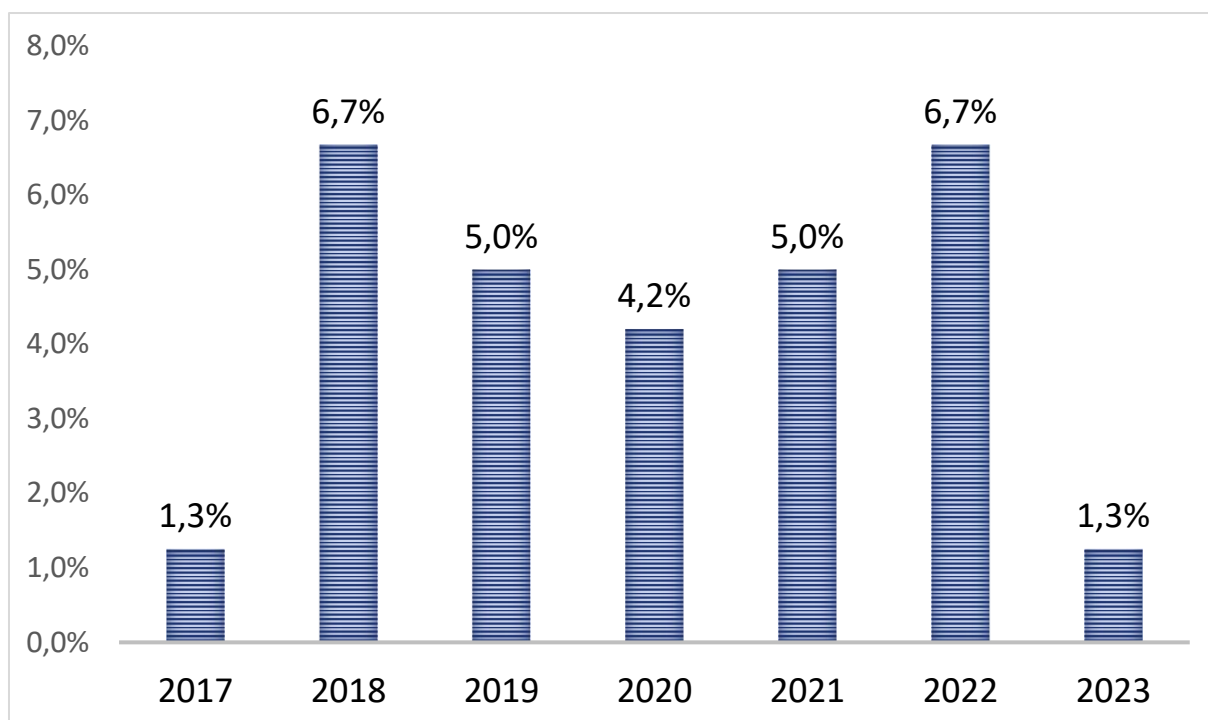
Markörbaserad journalgranskning, MJG

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 innebär att journaler granskas från ett slumpvist urval avslutade vårdtillfällen på sjukhus. Granskningsteamet, som består av en erfaren sjuksköterska på vårdenheten samt chefläkaren, 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) redovisas resultat från en omfattande nationell journalgranskning vid nästan alla akutsjukhus 2013–2022 (ej Sophiahemmet sjukhus). Redovisningen bygger på granskning av 126 000 vårdtillfällen av patienter över 18 år. 2022 deltog 19 av 21 regioner och totalt granskades 8 249 vårdtillfällen. Andelen vårdtillfällen med skador och vårdskador hade ökat något jämfört med 2021. Totalt sågs vid 11,6 procent av vårdtillfällena minst en skada och i 6,8 procent av vårdtillfällena sågs minst en vårdskada (undvikbar skada). Den vanligaste skadetyper var vårdrelaterad infektion (VRI) som utgör en tredjedel av alla skador. 2022 var medelvårdtiden 6,2 vård dygn för vårdtillfällen utan skador och 10,9 vård dygn vid med minst en skada. Den nationella samverkansgruppen för patientsäkerhet har fått i uppdrag att, i samråd med SKR ta fram en avvecklingsplan för markörbaserad journalgranskning (MJG) under 2024, då ingen nationell datainsamling kommer att ske.

Resultat: På Sophiahemmet granskades 240 journaler på Vårdenheten och 3 skador noterades varav 1 var undvikbar, d.v.s. vårdskada: postoperativ blodtransfusion pga lågt Hb (blodvärde). Övriga 2 skador var ej undvikbara.



Procentuell andel av vårdtillfällen med skada: antal journaler med funnen skada/antalet granskade journaler x 100 = 1,3 %

Analys av resultat: En stor minskning jämfört med föregående år. Även med en nollvision att ingen ska drabbas av skada i vården så finns det oundvikbara skador. Det viktiga är att kontinuerligt fokusera på de undvikbara vårdskadorna, detta år endast en skada.

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 patientsäkerhetsberättelsen, organisation för patientsäkerhetsarbete, hygien- och klädregler, HLR, informationssäkerhet och patientdelaktighet. Dialogen avslutas med en fråga om vilka speciella riskområden som verksamheten ser. 2023 var fokusområdet säkerhetsfrågor som ligger i takt med den ökade osäkerheten i omvärlden.

Resultat: 2023 genomfördes 9 dialoger, (16 st 2022, 8 st 2021, 13 st 2020, 20 st 2019), därmed har alla vårdgivare och egna verksamheter genomfört minst en dialog senaste fyra åren.

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

Uppföljning av åtgärd: Fortsatt planering för återkommande patientsäkerhetsdialoger.

Patientnöjdhet

Huvudsyftet med att mäta patientupplevelsen är att öka värdet och säkerställa kvaliteten

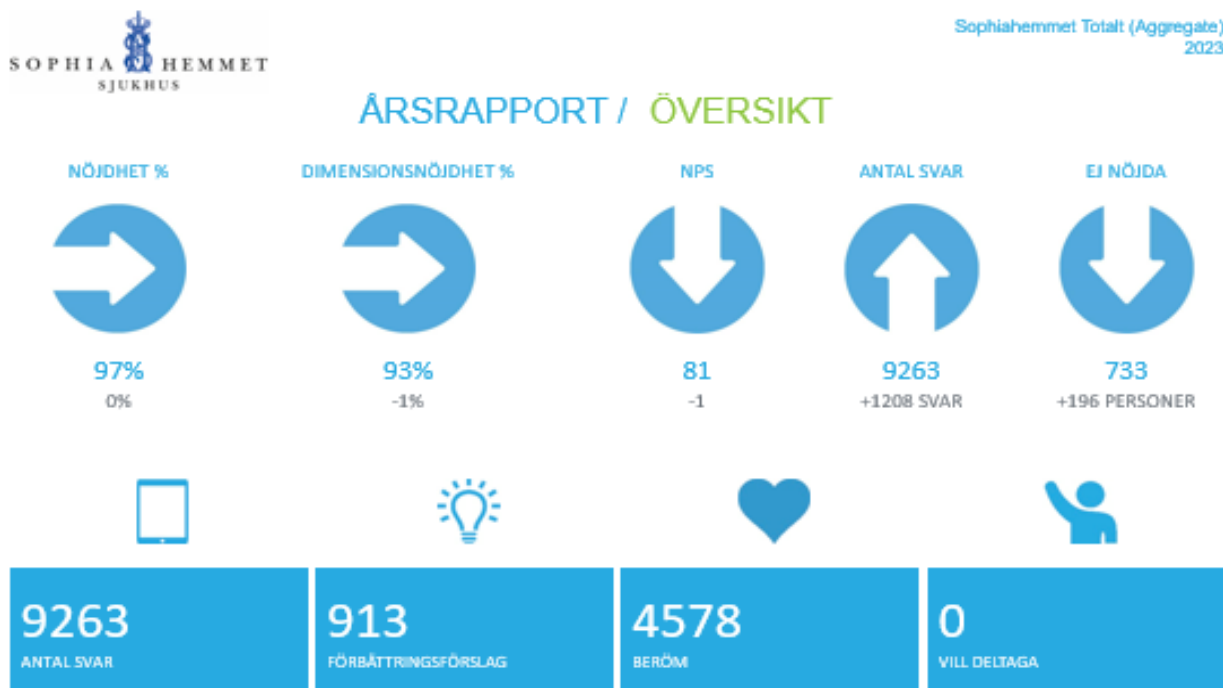
genom patientdriven verksamhetsutveckling, där patienternas erfarenheter är grunden i Sophiahemmetets förbättringsarbete. Patienter ger feedback i realtid och resultaten används i verksamheternas förbättringsarbeten. För att få patienterna att svara på en enkät måste frågorna vara adekvata och verksamheten måste visa att man agerar på lämnade synpunkter. Sophiahemmetet kommunicerar resultaten via hemsidan och via digitala skärmar i verksamheterna. 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 med årlig ökning.

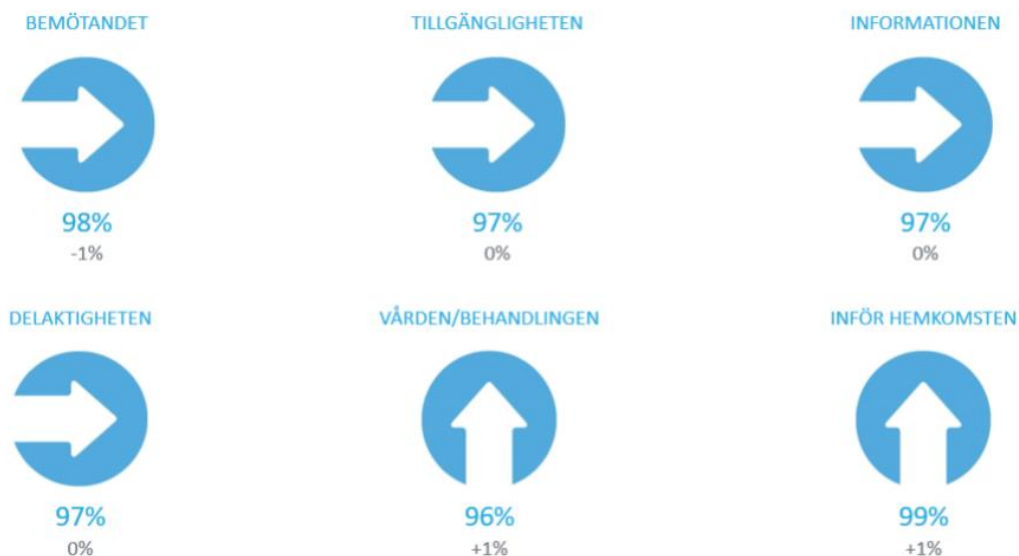
Resultat: I övergripande mål önskas en årlig ökning av patienter som vill rekommendera Sophiahemmetet och av patienter som känner sig delaktiga. NPS skalan är från -100 till 100, där ett värde över 60 anses som bra. 2023 nådde Sophiahemmetet ett NPS-värde på 81, en marginell minskning från 82 2022.

Under 2023 svarade 9 263 patienter, de gav 913 förbättringsförslag och 4578 beröm. 97 % av alla svarande angav att de var nöjda med sitt besök, lika som föregående år. 733 personer av 9263 (7,9 % jämfört med 6,6 % 2022) var ej nöjda med någon eller flera av dimensionerna. Varje verksamhet får specificerat inom vilket område patienten ej är nöjd, till exempel bemötande - i telefon eller hos läkare, vilket man sedan arbetar med i verksamheten.

Gällande förbättringsförslagen så beskriver verksamhetscheferna vilken aktivitet som har utförts med koppling till patienternas förslag och redovisar på ledningens genomgång och i vissa fall på väntrum-tv. Förbättringsförslagen är ett nyckeltal som redovisas kvartalsvis.



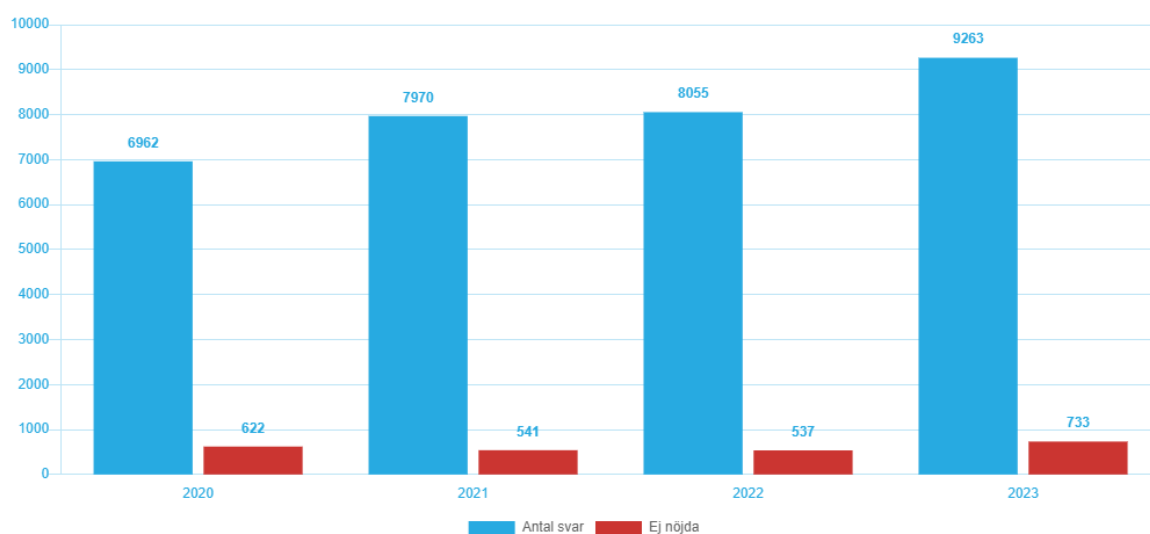
ÅRSRAPPORT / DIMENSIONER



Ovan ses resultatet på de olika dimensionerna. Samtliga är minst 96 % 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?"

ÅRSRAPPORT / TRENDER

Antal svar och ej nöjda



Tabellen visar andel svar och andel ej nöjda 2020–2023

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

Exempel på förbättringsförslag som genererat aktivitet på Vårdenheten:

- Infört informations TV vid samtliga sängplatser, där vi informerar om SH historia och nuvarande verksamhet samt vad som förväntas hända under patientens vistelse på vårdavdelningen.
- Försökt att förbättra hänvisning i O-husets entré. Vi har skapat en informationsfilm om vägen till vårdavdelningen som finns på Hemsidan.
- Beställt separata usb-uttag i patientrummen (sängborden)
- Renoverat patientrum och platsbyggt garderober intill flerbäddsrumsrummen för bättre tillgänglighet
- Erbjuder frysta maträtter som kan serveras efter behov under hela dygnet
- Erbjuder fysioterapi för patienter även på lördagar
- Justerat krok för infusionspåse vid patienttoaletterna

Exempel på förbättringsförslag som genererat aktivitet på mottagningarna:

- Ändrat arbetssätt vilket ökat svarsfrekvensen på enkäten
- Förbättrad patientinformation i flera dokument
- Nya hemsidor med förbättrad information bland annat med frågor och svar
- Byggt om receptionen på Försäkringsmottagningen
- Rekryterat fler läkare för att minska på väntetiderna
- Ändrat innehållet på smörgåsar och frukt på Hälsocentralens patientcafé
- Infört digitala hälsorapporter
- Infört digitala ombokningslänkar

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 - en god cirkel.

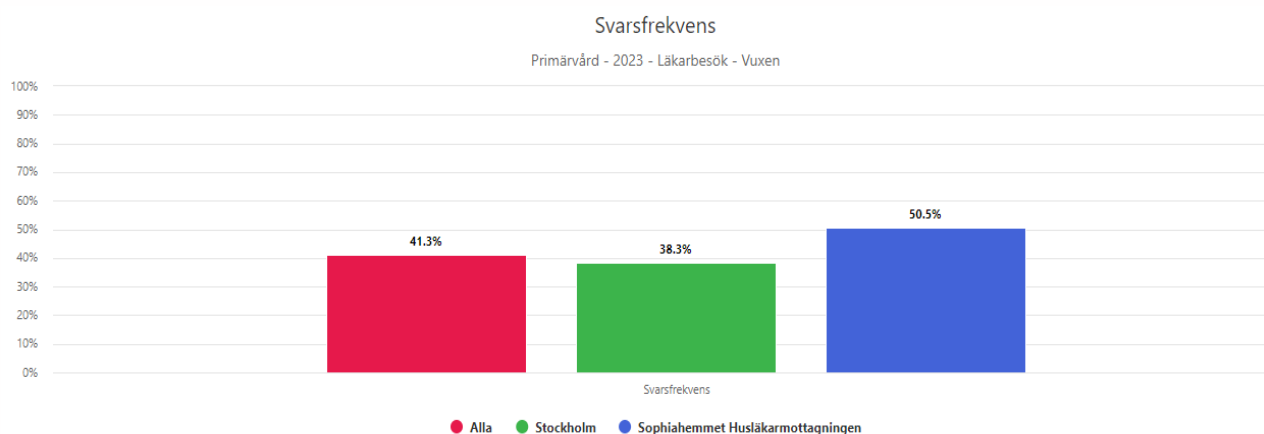
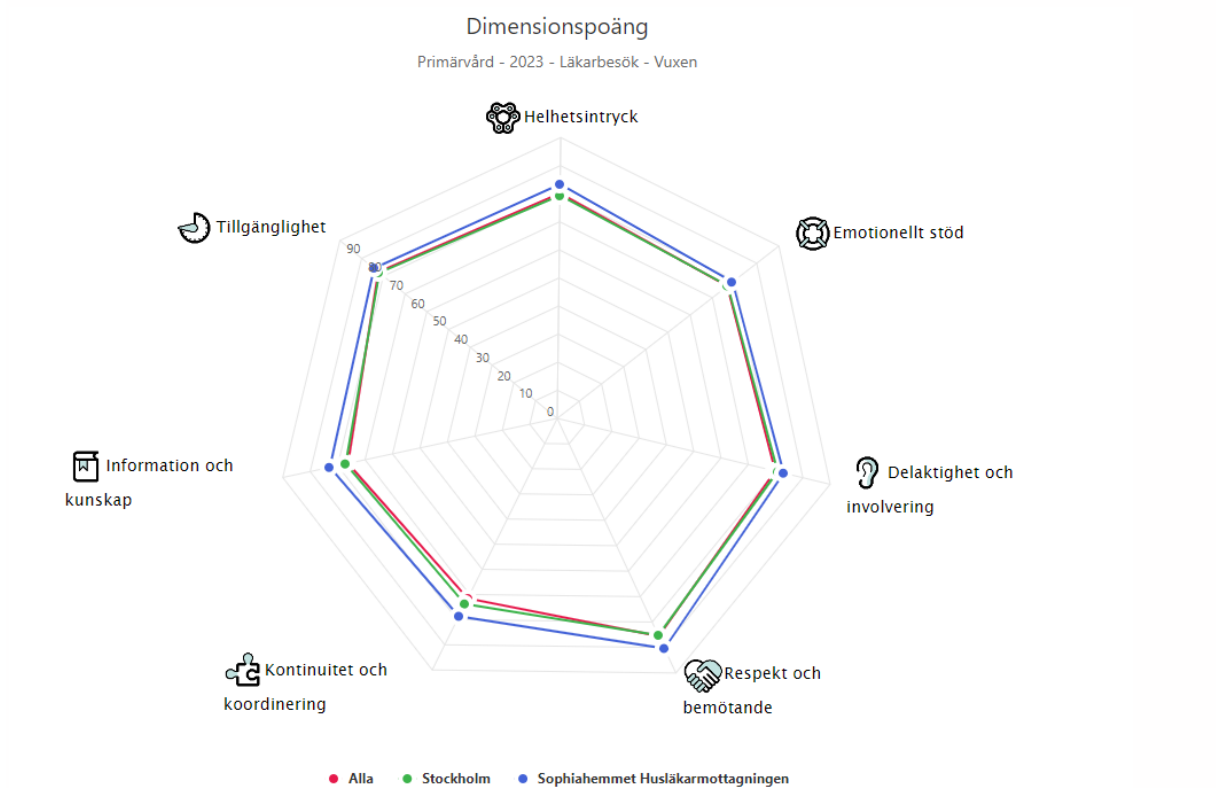
Åtgärd: Varje vecka presenterar respektive chef resultatet för medarbetarna. Respektive verksamhetschef kommenterar eller agerar på varje förbättringsförslag.

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 och rapporteras som nyckeltal.

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 på Sophiahemmet i blått, Stockholm i grönt och primärvårdsenheter i hela Sverige i rött. Svaren visar att Husläkarmottagningen ligger högt i alla dimensioner (ingen dimension är lägre än resultatet för Stockholm och Sverige)



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: även med ett högt resultat så gäller det att fortsatt arbeta för att bevara det som är bra. Verksamhetschefen på Husläkarmottagningen tar del av resultaten och analyserar vad som kan förbättras 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 patienterna.

Socialstyrelsen har satt upp riktlinjer för diabetesvård i Sverige och Sophiahemmet registrerar sina resultat i Nationella diabetesregistret. Informationen används för forskning för att förbättra diabetesvården och ger möjlighet till jämförelser med andra vårdgivare och identifiering av förbättringar av vården. Det finns två olika sorters diabetes: typ 1 och typ 2, och på öppenvårdsmottagningarna följs främst patienter med diabetes typ 2, vilket är den vanligaste formen.

Resultat: Under 2023 har Sophiahemmets tre öppenvårdsmottagningar rapporterat patienter med diagnoskod diabetes i Nationella diabetesregistret.

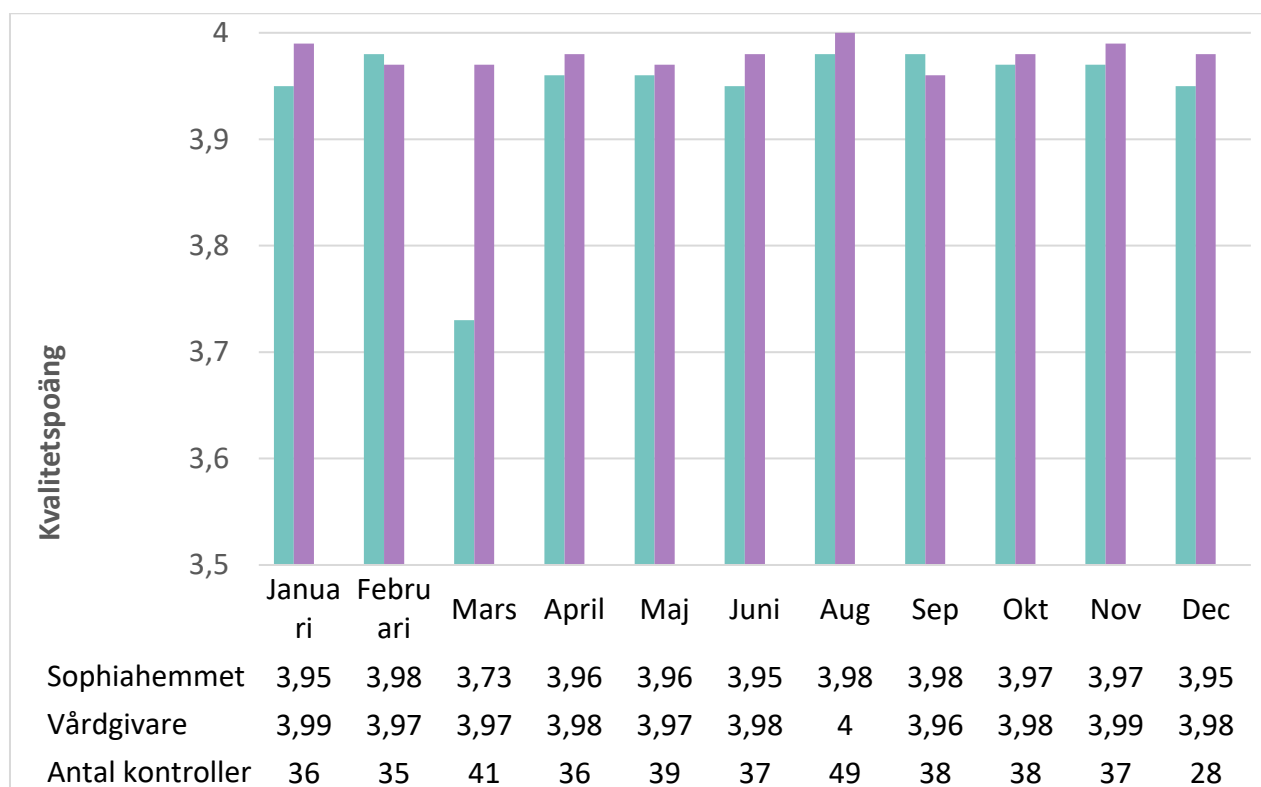
Mål: 100 % täckningsgrad av patienter med diabetesdiagnos.

Uppföljning av åtgärd: Fortsatt uppföljning av täckningsgraden.

Städkontroller

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

Resultat: Under 2023 så genomfördes drygt 30 kontroller/månad (förutom juli). Maxpoäng per kontroll är fyra. Sophiahemmets egna verksamheter anges i turkos och vårdgivarna i lila.



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 av 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 kontrollerar den fysiska arbetsmiljön och 2023 infördes en egenkontroll som stöd till det systematiska arbetsmiljöarbetet. Respektive enhet 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 ledningssystem 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 analyssteam som ska genomföra analysen och skriver uppdragsbeskrivning till analysledaren.



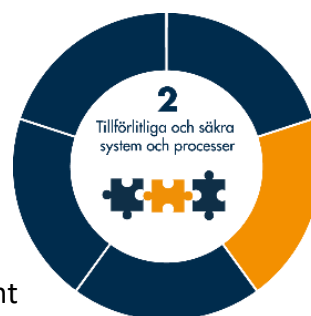
En händelseanalys omfattar följande:

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

Under 2023 utfördes tre händelseanalyser, Sophiahemmet bistod en vårdgivare med en analys som ledde till en Lex Maria-anmälan (svar från IVO som anser att utförda åtgärder och förbättringar är tillräckliga) och två händelseanalyser gjordes inom egna verksamheter varav en ledde till en Lex Maria-anmälan (svar ej anlänt).

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.



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.

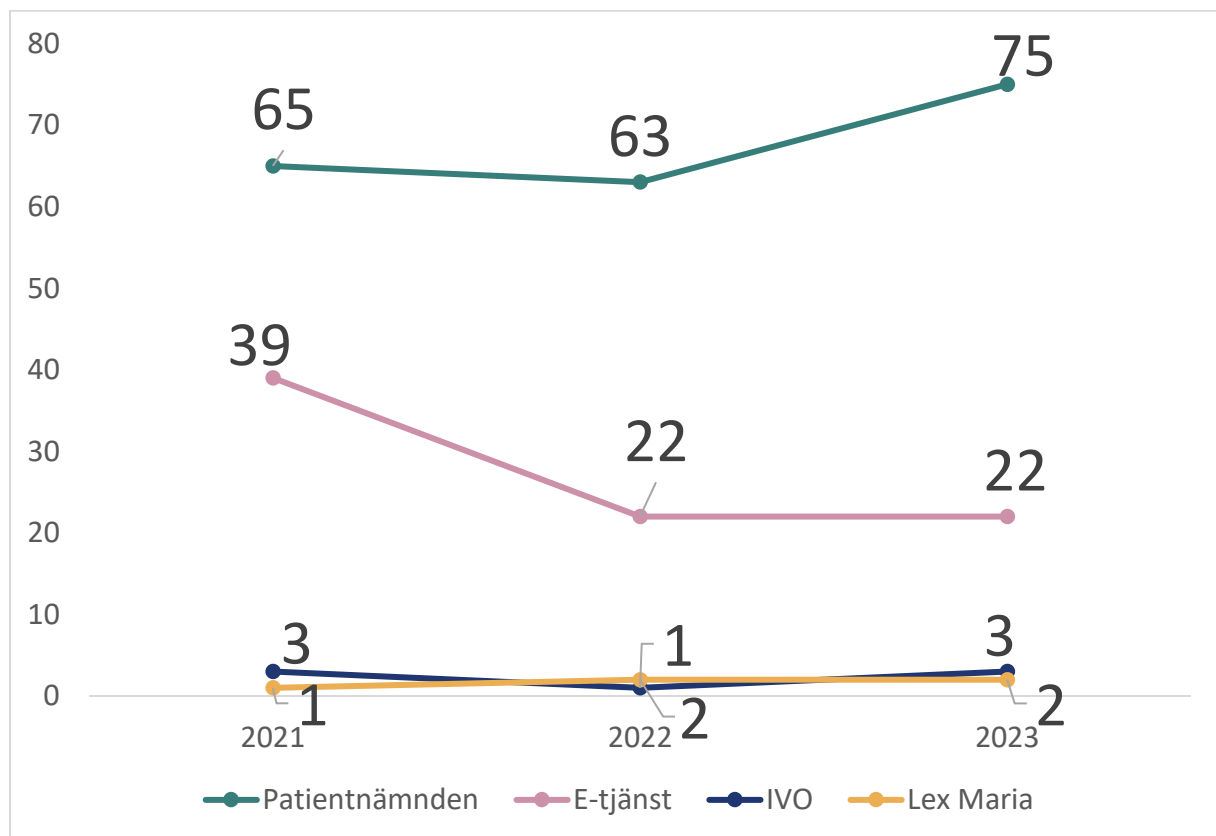


Klagomål och synpunkter

2023 erhölls få antal klagomål och synpunkter på Sophiahemmet och vårdgivarna med tanke på Sophiahemmets storlek.

- 75 Patientnämndsärenden varav 7 på Husläkarmottagningen
- 22 ärenden inkom via Sophiahemmets klagomåls E-tjänsten, 15 till Husläkarmottagningen, två till Hälsocentralen och en till Försäkringsmottagningen
Vårdgivarna rapporterar ej alla sina klagomål till Sophiahemmet utan de redovisas i respektive verksamhets patientsäkerhetsberättelse
- Tre IVO-anmälningar hos tre olika vårdgivare

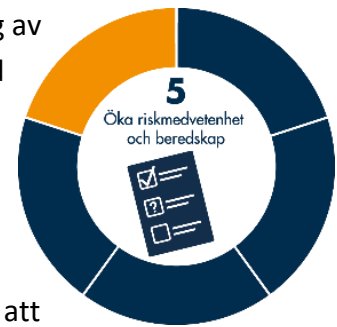
Patientnämnden - Varje vårdgivare får sina egna ärenden direkt från Patientnämnden. Verksamhetschefen är skyldig att svara på ärendet, chefläkaren deltar i handläggningen vid behov. Rapporten är uppdelad på specialistvård och primärvård. Varje månad får PUA en rapport på ärenden anmälda till Patientnämnden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



Bilden visar trender, antal klagomål från Patientnämnden, E-tjänsten, IVO (i överkant på grafen) och Lex Maria (i underkant på grafen) 2021–2023.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Risikanalys 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. Ny vy har upprättats i ledningssystemverktyget för riskanalys, därmed har cheferna allt samlat och kan tilldela ansvariga uppgifter med tidplan, aktiviteter och förebyggande åtgärder. Modellen kommer att användas till exempel som förberedelse inför verksamhetsförändring.

Årlig HLR-utbildning är en del i beredskapsträningen som Sophiahemmet satsar på och varje verksamhet uppmuntras att utföra regelbundna korta teamträningsscenario för att höja patientsäkerheten, kvaliteten och beredskapen. Hygiensatsningar utförs årligen, förutom via hygienmötena, så uppmärksammar Sophiahemmet handhygienens dag då personal får sprita händerna med fluorescerande medel och se resultatet i en UV-lampa.

Mål, strategier och utmaningar för kommande år

Under 2023 antog Sophiahemmet en ny strategi som sträcker sig till 2030 och införlivas under 2024. Strategin består av flera mål:

- Sophiahemmet är en ledande förebild där integrerad utbildning, forskning och hälso- och sjukvård möter samhällets behov.
- Personligt och professionellt bemötande med stöd av modern och avancerad teknik bidrar till samhällsnyttan.
- Vi erbjuder en flexibel och hållbar modern arbetsmiljö där kompetenta, engagerade och ansvarsfulla medarbetare säkerställer kvalitet och hållbar utveckling i samverkan.
- Vi samverkar på en internationell arena där vårt varumärke och vår verksamhet attraherar framstående samarbetspartners.

Tillsammans med strategin är målet att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet genom att revidera och fortsätta att utveckla ledningssystemet samt kontinuerligt utveckla rutiner och förbättra rapportering av avvikelser, klagomål och åsikter som uppkommer/framförs.

Ny modell för hållbarhetsarbete har införts i ledningssystemsverktyget, modell som är förberedd för anpassning till CSRD-direktivet⁹ trots att Sophiahemmet inte omfattas av kravet. 2024 ska beslut tas på vilken nivå rapportering och redovisning ska ske gällande hållbarhet. Ingen förändring på befintliga nyckeltal som rör kvalitet och patientsäkerhet planeras.

Fortsatta mål under 2024

- Att sjukhuset är fortsatt kvalitetscertifierat enligt ISO 9001
- Att vårt ledningssystem granskas med interna revisioner samt extern revision
- Att tillämpa strategin 2030 som är beslutad av styrelsen
- Att alla medarbetare identifierar risker och rapporterar dem i avvikelshanteringssystemet
- Att vårdgivarna och egna verksamheter genomgår årlig ackreditering
- Att genomföra patientsäkerhetsdialoger med vårdgivare och egna verksamheter
- Att medarbetare med kompetens finns i verksamheterna 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 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 och deras orsak i slutenvården
- 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 med egenkontroller samt 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 förtrogna med uppsatta mål
- Att mäta följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler, BHK, varje halvår och

⁹ CSRD (Corporate Sustainability Reporting Directive) är ett nytt EU direktiv som ska säkerställa att företag rapporterar effekten av verksamhetens sociala och miljömässiga aktiviteter. Ett tydligare ramverk för hållbarhetsredovisning.

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 NEWS-bedömningar¹⁰ utförs på vårdenheten på inneliggande patienter efter operation
- 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, att regionala och nationella inriktningar och beslut ändras över tid. Genom sin drygt 140-åriga historia har Sophiahemmet visat stor förmåga att anpassa sig till givna förutsättningar och leverera vård och utbildning av högsta kvalitet utan att ge avkall på patientsäkerheten.

Februari 2024

Caroline Lagerman
Kvalitetsutvecklare

Marie Wickman Chantereau
Chefläkare

¹⁰ NEWS-bedömningarna följer patientens dynamiska vårdförlopp med tätare bedömningar när patienten försämras och glesare bedömningar när patienten förbättras