

# Patientsäkerhetsberättelse 2018

Sophiahemmet Sjukhus



# Innehållsförteckning

1	Sammanfattning.....	5
2	Sophiahemmets strategier för patientsäkerhetsarbetet.....	6
2.1	Vision.....	6
2.2	Långsiktiga och övergripande mål .....	6
2.3	Strategier för att uppnå målen .....	7
2.4	Ackreditering, en kvalitetsgaranti .....	8
3	Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet.....	9
4	Struktur för uppföljning och utvärdering .....	10
5	Uppföljning genom egenkontroll.....	11
5.1	Patientsäkerhetsavvikelser .....	11
5.2	Vårdskademätning .....	11
5.3	Anmälningssärenden och patientsynpunkter .....	12
5.4	Patientklagomål .....	12
5.5	Vårdrelaterade infektioner .....	12
5.6	Basala hygienrutiner och klädregler .....	12
5.7	Nationella kvalitetsregister .....	13
5.8	Patientnöjdhet .....	13
5.9	Läkemedelshantering .....	13
5.10	WHO:s checklista.....	13
5.11	SBAR – Situation, Bakgrund, Aktuellt tillstånd och Rekommendation .....	14
5.12	Loggkontroller, patientjournaler .....	14
5.13	Intern revision.....	14
5.14	Intern kontroll av lagefterlevnad.....	15
5.15	Kvalitetskontroller av städningen.....	15
6	Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet.....	15
6.1	Systematiskt förbättringsarbete.....	15
6.2	Patientsäkerhets- och kvalitetsförbättringar under 2018 .....	15
7	Rutiner för att identifiera risker i verksamheten .....	17
8	Rutiner för händelseanalys .....	17
9	Informationssäkerhet .....	17
9.1	Informationssäkerhet .....	18
9.2	Dataskyddsombud.....	18
9.3	Personuppgiftsbehandling .....	18
10	Samverkan för att förebygga vårdskador .....	19
10.1	Sophiahemmets värdegrund .....	19
11	Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet/klagomål och synpunkter.....	19

<b>12</b>	<b>Samverkan med patienter och närstående .....</b>	<b>19</b>
<b>12.1</b>	<b>Information till patient vid vårdskada .....</b>	<b>20</b>
<b>13</b>	<b>Resultat.....</b>	<b>21</b>
<b>13.1</b>	<b>Avvikelser .....</b>	<b>21</b>
<b>13.2</b>	<b>Klagomål .....</b>	<b>21</b>
<b>13.3</b>	<b>Lex Maria .....</b>	<b>22</b>
<b>13.4</b>	<b>Patientenkäter .....</b>	<b>22</b>
<b>13.5</b>	<b>Net promotor Score, NPS .....</b>	<b>23</b>
<b>13.6</b>	<b>Punktprevalensmätning Basala hygienrutiner och klädregler, BHK .....</b>	<b>23</b>
<b>13.7</b>	<b>Punktprevalensmätning Vårdrelaterade infektioner, VRI .....</b>	<b>24</b>
<b>13.8</b>	<b>Markörbaserad journalgranskning, MjG .....</b>	<b>24</b>



# 1 Sammanfattning

Sophiahemmets patientsäkerhetsberättelse är till för dig som är patient, närstående eller medarbetare. Berättelsen ger en inblick i hur vi arbetar med patientsäkerhet, med ständiga förbättringar för att göra vården så bra och säker som möjligt. I berättelsen kan du läsa mer om de särskilda satsningar vi har gjort under året.

En stark säkerhetskultur präglar hela vår organisation. Hög patientsäkerhet är en av sjukhusets viktigaste prioriteringar, vilket syns i våra övergripande långsiktiga mål och märks i allt vi gör. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) ska vårdgivaren ansvara för att det finns ett ledningssystem och med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Sophiahemmet är certifierade enligt SS-EN ISO 9001:2015 och SS-EN ISO 14001:2015, Ledningssystem för kvalitet och miljö sedan länge (år 2008 respektive 2004). Årligen har vi interna och externa revisioner för att säkerställa att vi lever upp till kraven och att vi ständigt förbättrar vår verksamhet.

Sophiahemmet AB ägs av Sophiahemmet, ideell förening och ingår i koncernen Sophiahemmet tillsammans med Sophiahemmets Högskola och Sophiahemmet Uppdragsutbildning. Sophiahemmet driver tre mottagningar i egen regi; Försäkringsmottagningen, Husläkarmottagningen och Hälsocentralen samt en operationsavdelning och en vårdenhet bestående av två vårdavdelningar. Sophiahemmet inhyser dessutom drygt 40 självständiga vårdgivare med olika medicinska specialområden. Varje vårdgivare är ackrediterad av Sophiahemmet enligt en process som finns nedan. Varje enskild vårdgivare ansvarar för sitt interna kvalitetsarbete, kvalitetsredovisning och deltagande i kvalitetsregister och öppna jämförelser.

En del av ledningssystemets grundläggande uppbyggnad är risk- och avvikelsehantering. En god patientsäkerhetskultur kännetecknas av att medarbetarna är medvetna om risker och rapporterar avvikelser. Sophiahemmet arbetar aktivt med att öka inrapporteringen genom att uppmuntra medarbetarna till att rapportera avvikelser. På Sophiahemmet har 415 avvikelser rapporterats in under 2018 varav 132 gällde patientsäkerhetsrisker. Avvikelserna leder till att man systematiskt och fortlöpande utvecklar och kvalitetssäkrar verksamheten. Av de 132 avvikelserna gällande patientsäkerhetsrisker så var 18 stycken av betydande allvarlighetsgrad. Vi har därför utfört fyra stycken händelseanalyser. Sophiahemmet anmälde sju så kallade Lex Maria-ärenden (görs till Inspektionen för vård och omsorg, IVO) varav fyra ärenden inträffat hos våra vårdgivare.

I januari 2018 kom en ny klagomålshanteringslag där det fastställs att det i första hand är vårdgivarens ansvar att bemöta och besvara de klagomål och synpunkter som uppstår i samband med vård och behandling. Patienter och närstående ska därför vända sig direkt till den verksamhet som ansvarat för vården och föra fram sitt klagomål. För att följa den nya lagen på bästa sätt så introducerade vi en e-tjänst på vår externa hemsida där patienter och närstående kan rapportera in klagomål och få direkt respons via e-tjänsten. I e-tjänsten inkom det 15 klagomål varav 4 gällde våra vårdgivare och vidarebefordrades till dem för hantering. Till Patientnämnden inkom 85 klagomål varav 75 klagomål gällde våra vårdgivare. Till chefläkaren kom därutöver 14 klagomål direkt.

Vi fortsätter att mäta patientnöjdheten och under sista kvartalet 2018 bytte vi patientenkät. Huvudsyftet med att vi mäter patientupplevelsen är att vi vill öka värdet och säkerställa kvaliteten genom patientdriven verksamhetsutveckling där patienternas erfarenheter är grunden i vårt förbättringsarbete. Det nya systemet förbättrar våra möjligheter att samverka med våra patienter.

## 2 Sophiahemmets strategier för patientsäkerhetsarbetet

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

### 2.1 Vision

Vård i världsklass

- Vi har högsta ambition i allt vi gör.
- Vi gör vårt bästa för våra patienter.

### 2.2 Långsiktiga och övergripande mål

Sjukhusledningen fastställer de övergripande målen för kvalitet och patientsäkerhet. Målsättningen är att patientsäkerheten alltid ska vara en självklar del av vår organisation och våra arbetssätt. Vi har nollvision gällande vårdskador, därför arbetar vi med att förebygga och minska vårdskador tillsammans med våra vårdgivare. Genom rapportering, uppföljning och studier av patientsäkerhetsindikatorer kan vi löpande följa upp och förbättra våra rutiner. Avsteg från dokumenterade vårdprocesser och rutiner och oväntade händelser i verksamheterna rapporteras till ansvariga chefer och hanteras i vårt avvikelssystem. Åtgärder följs sedan upp och utvärderas av verksamhetschefer och chefläkaren.

Vårdgivarna ska vara väl förtrogna med gällande lagar och regelverk samt fortlöpande följa upp, utvärdera och förbättra kvalitet och patientsäkerhet i den egna verksamheten. Alla medarbetare som arbetar på Sophiahemmet ska säkra att samtliga patienter får en god och säker vård. Vårdgivarna sammanfattar sitt systematiska patientsäkerhetsarbete i egna årliga patientsäkerhetsberättelser.

Sophiahemmet ackrediterar årligen alla vårdgivare för att säkra följsamheten till lagar, förordningar och det egna regelverket, se nedan.

Under 2017 arbetade vi fram en ny Hållbarhetspolicy bestående av fyra övergripande perspektiv som är grunden till de fokusområden, aktiviteter och mätetal som vi därefter arbetat med. 2018 har vi utvärderat och anpassat fokusområdena ytterligare så att det vi följer upp och mäter är aktuellt, känns meningsfullt och ökar möjligheter till förbättringar. Varje verksamhet har skapat verksamhetsspecifika mål utgående från de övergripande perspektiven.

<b>Perspektiv</b>
Vi arbetar patientsäkert
Vi arbetar hälsofrämjande
Vi arbetar klimat- och resurseffektivt
Vi integrerar hållbarhetsfrågor i forskning och utbildning
<b>Långsiktiga mål</b>
Vi säkerställer högsta kvalitet för våra patienter
Vi ser utveckling och förnyelse som en viktig investering i vår framtid
<b>Övergripande mål</b>
Leverera effektiv och säker vård med rätt kvalitet, samt arbeta med förebyggande hälso- och sjukvård

Fokusområden	Aktiviteter
Vi ska skapa digitala och automatiska stöd som främjar kvalitet, säkerhet och tillgänglighet	Införande av klagomålshantering i e-tjänsteverktyg
Vi ska säkerställa att vår nya ackrediteringsmodell följs	Införande av ackrediteringsprocess i e-tjänsteverktyg
	Utveckla den automatiska uppföljningen av efterlevnad till ackrediteringsreglerna
Säkerställa att vi involverar patienter och närstående i vårt förnyelse- och innovationsarbete	Införa patientpaneler Patientenkät

Fokusområden	Aktiviteter
Våra patienter ska rekommendera Sophiahemmet Sjukhus, årlig ökning	Mäta NPS, Net Promotor Score
Allvarliga och undvikbara vårdskador ska vara noll	Kommunicera vårdrutiner och öka följsamheten. Genomföra förebyggande arbete
Öka Patientsäkerhetskultur-index	Genomför Patientsäkerhetskulturmätning (PSK)
Verksamhetsspecifika kvalitetsmål	Unika för respektive verksamhet
Personer som vistas inom Sophiahemmets område och som får ett plötsligt, oväntat hjärtstopp ska ges en optimal behandling enligt Svenska rådet för hjärt- lungräddningsriktlinjer för HLR och Socialstyrelsens nationella riktlinjer för hjärtsjukvård.	Årlig utbildning i HLR av alla medarbetare

### 2.3 Strategier för att uppnå målen

- Att alla patienter på Sophiahemmet ska få veta vilken läkare som är ansvarig för deras vård under hela vårdtiden
- Att utvecklings-/utbildningsplan upprättas och regelbunden kompetensutveckling sker så att den anställda medarbetaren har rätt kompetens för sitt arbete
- Att sjukhuset är en hjärtsäker zon genom att alla medarbetare årligen genomför HLR-utbildning
- Att genom kontinuerlig patientdialog mäta patientens tillfredsställelse med behandling och bemötande och kontinuerligt genomföra förbättringar utifrån dessa resultat
- Att genom olika mätningar se till att tillgänglighet, information och uppföljning är rätt i förhållande till kundens/uppdragsgivarnas krav och behov, att öppet redovisa resultat och återföra dessa till verksamheten samt att vara öppen för nya krav och förbättringsförslag
- Att säkerställa att alla medarbetare oavsett vårdgivare på Sophiahemmet är väl förtrogna med de uppsatta målen
- Att delta i punktprevalensmätningar avseende vårdrelaterade infektioner (VRI) och basala hygienrutiner och klädregler (BHK) varje halvår och sprida och följa upp resultatet



- Att kommunikationsmodeller såsom SBAR (Situation, Bakgrund, Aktuellt tillstånd och Rekommendation) används vid överrapportering av patient från en vårdenhet till en annan för att minska risken för informationsbortfall
- Att kompetens finns i verksamheterna med medarbetare som gått Risk- och händelseanalysutbildning enligt metod av SKL (Sveriges kommuner och landsting)
- Att riskanalyser utförs och att hantera risker är inbyggt i allt vi gör
- Att händelseanalyser, både mindre och omfattande, utförs kontinuerligt och inte bara vid vårdskada utan även då risk för vårdskada uppstår
- Att alla medarbetare uppmuntras till att identifiera risker och rapportera dem i vårt avvikelshanteringssystem
- Att genomföra regelbunden patientsäkerhetskulturmätning bland medarbetarna
- Att använda säker kirurgichecklista i enlighet med WHO för att främja säkerhetsmedvetandet
- Att genomföra strukturerad markörbaserad journalgranskning, MjG, för att identifiera skador i vården och deras orsak

## 2.4 Ackreditering, en kvalitetsgaranti

Ackrediteringens mål är att säkerställa att alla verksamheter inom Sophiahemmet gör det enligt samma principer om säker och högkvalitativ vård. Denna initieras årligen av chefläkaren på uppdrag av sjukhusledningen och genomförs av respektive verksamhetschef.

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

Ackrediteringen innefattar:

- Sophiahemmet Sjukhus värdegrundsfilm
- Sophiahemmets miljöfilm
- SLL:s miljöutbildning för förskrivare
- Sophiahemmet Sjukhus Värdegrund
- Sophiahemmet Sjukhus policy Bemötande av patient
- Sophiahemmet Sjukhus rutin Basala hygienrutiner och klädregler
- Sophiahemmets policy Hållbar utveckling
- Sophiahemmets policy Informationssäkerhet
- Sophiahemmets Varumärkespolicy och regler
- Sophiahemmets Mediepolicy inklusive policy för sociala medier

Utöver Sophiahemmets gemensamma riktlinjer och policys ska vårdgivaren:

- Tillse att medarbetarna årligen genomför relevant HLR-utbildning
- Följa etiska regler för respektive profession
- Utöva verksamheten i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet
- Ha ansvars- och patientskadeförsäkring
- Informera chefläkaren om ärenden som anmälts till Inspektionen för vård och omsorg (IVO)
- Anmäla deltagande i kliniska provningar till chefläkaren
- Delta i relevanta Nationella register



- Minska risken för vårdrelaterade infektioner genom systematiskt och förebyggande arbete
- Rapportera in patientsäkerhetsavvikelser där patient har skadats allvarligt och/eller att risk för allvarlig skada har uppkommit
- Rapportera in miljöavvikelser till Sophiahemmet

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



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

### 3 Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

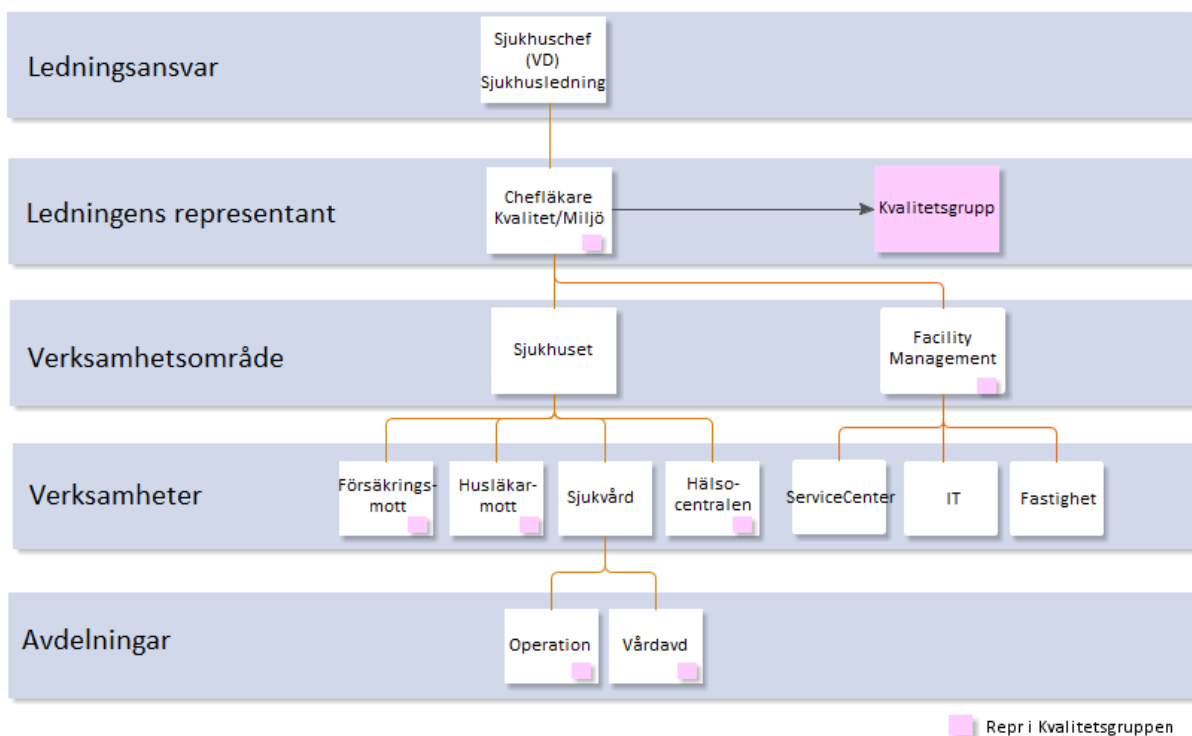
Sjukhusledningen består av VD, chefläkare och verksamhetschefer. VD ger uppdragsbeskrivningar till verksamhetscheferna. I uppdragen ingår direkt ansvar för förbättringsarbete som innefattar kvalitet och patientsäkerhet. Ansvariga för Ekonomi, IT, HR och Marknad sitter med i sjukhusledningen som stöd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

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

Kvalitetsavdelningen har en stödjande funktion för verksamheterna vid Sophiahemmet med syfte att skapa helhetssyn över verksamhetsutvecklingen och dess framdrift. Kvalitetsavdelningen underhåller och uppdaterar ledningssystemet samt ansvarar för obligatoriska revisioner och kontroller.

Kvalitetsavdelningen sammanställer mätresultat och redovisar dessa för verksamheterna samt kontrollerar

lagefterlevnaden. Kvalitetsutvecklaren är sammankallande för kvalitets-, hygien- och miljögruppen där varje verksamhet representeras med lokala ombud. Underlag för de lokala målen och handlingsplanerna tas fram i samarbete med de lokala ombuden och fastställs av verksamhetschef/motsvarande. I första linjens chefsuppdrag, givet av verksamhetschefen, ingår direkt ansvar för förbättringsarbete som innefattar kvalitet och patientsäkerhet. Uppdraget omfattar även att ta fram, fastställa, vidareutveckla, utveckla och dokumentera rutiner och metoder. Medarbetarna som arbetar närmast patienterna uppmuntras att driva kontinuerligt förbättringsarbete. De rapporterar i avvikelssystemet då patientsäkerhetsrisker, tillbud och andra avvikelser uppstår. IT-, HR- och marknadsavdelningen stödjer fortlöpande hela sjukhuset i förbättrings- och patientsäkerhetsarbetet och när nya behov uppstår.



## 4 Struktur för uppföljning och utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

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

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

Kvalitetsutvecklaren sammanställer de övergripande hållbarhetsmålen samt verksamheternas

måluppfyllelse. Resultat av uppföljningen rapporterades på ledningens genomgång där beslut om eventuella åtgärder fattas. Kvalitetsutvecklaren presenterar även resultatet till ombuden på respektive möte.

Exempel på områden som följs upp gällande patientsäkerhet:

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

## 5 Uppföljning genom egenkontroll

SOSFS 2011:9 5 kap. 2 §, 7 kap. 2 §

Egenkontroll är systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem.

### 5.1 Patientsäkerhetsavvikelser

Sophiahemmets avvikelshantering syftar till att identifiera svagheter och risker och på så sätt kunna vidta åtgärder för att förhindra att patientsäkerhetsavvikelser uppkommer eller upprepas. Medarbetarna rapporterar i ett elektroniskt avvikelssystem. Avvikelserna skickas per automatik från rapportör till närmaste chef som ansvarar för bedömning, genomförande av åtgärder och uppföljning. Vårdgivare rapporterar via en e-tjänst betydande miljöavvikelser eller patientsäkerhetsavvikelser där patient har skadats allvarligt och/eller att risk för allvarlig skada har uppkommit. Varje enhet går själva igenom sina avvikelser och föreslår förebyggande åtgärder så att risken för uppkomst minimeras. Avvikelserna följs upp och rapporteras vid varje ledningens genomgång på övergripande nivå och till kvalitetsgruppen.

### 5.2 Vårdskademätning

Sedan 2014 används Markörbaserad journalgranskning, MJG, inom slutenvården. Metoden baseras på att man vid journalgranskning av 20 slumpvis framtagna journaler månatligen identifierar journaluppgifter som indikerar en skada och om den varit undvikbar d.v.s. en vårdskada. Chefläkaren går igenom de kriterier eller "triggers" som journalgranskaren funnit och beslutar om en vårdskada inträffat och om den varit undvikbar. Skadorna kategoriseras då enligt nedanstående gradering:

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

### **5.3 Anmälningsärenden och patientsynpunkter**

Ett fåtal av de interna avvikelserapporterna kan bli ärenden som kräver särskild handläggning av chefläkaren. Ärenden eller händelser som leder till eller som kan leda till uppenbar risk för patientskada eller patientdöd, ska anmälas av vårdgivaren till IVO, Inspektionen för Vård och Omsorg, i enlighet med HSLF-FS 2017:41 lex Maria-anmälan. Chefläkaren beslutar när en lex Maria-anmälan ska göras och ansvarar för att händelseanalys utförs. Chefläkaren erbjuder också stöd och hjälp till den medarbetare som drabbats av en anmälan. En viktig stödsats, förutom den rent personliga, är att bistå vid utformandet av den anmäldes yttrande.

Varje månad får Kvalitetsavdelningen en rapport från Patientnämnden på antal patientanmälningar på sjukhuset som redovisas till sjukhusledningen på ledningens genomgång och i kvalitetsgruppen för ombuden för respektive verksamhet.

### **5.4 Patientklagomål**

Patient eller närstående har alltid rätt att klaga på vården. Det kan bidra till att vården blir bättre och säkrare för alla. Med klagomål menas negativa synpunkter på hälso- och sjukvården. Från och 2018 ska patienter och närstående vända sig i första hand direkt till den vårdgivare som ansvarat för vården och föra fram sitt klagomål, i enlighet med HSLF-FS 2017:40 om vårdgivarens systematiska patientsäkerhetsarbete. Patient eller närstående kan inte göra en lex Maria-anmälan till IVO men de kan göra en enskild anmälan om de inte är nöjd med vårdgivarens handläggning av klagomålet. Patienter och närstående kan också vända sig till patientnämnden för stöd.

Patientnämnden är en fristående och opartisk instans som man som patient eller anhörig kostnadsfritt kan vända sig till för att få stöd och hjälp med frågor, synpunkter eller klagomål som rör hälso- och sjukvård eller tandvård. Patientnämnden kan endast patienter vars vård är landstingsfinansierad vända sig till.

Klagomålsärenden kan anmälas dygnet runt till oss via en ny e-tjänst på vår hemsida och handläggs av respektive verksamhetschef eller av chefläkaren på Sophiahemmet.

### **5.5 Vårdrelaterade infektioner**

Sophiahemmet utför punktprevalensmätningar (PPM) av vårdrelaterade infektioner (VRI) två gånger per år, vår och höst, i slutenvården. Dessa mätningar initierades av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) som ett led i den nationella satsningen för ökad patientsäkerhet. Hösten 2010 deltog Sophiahemmet första gången i mätningen. I och med att vi har korta vårdtider och mycket dagkirurgi så följer vi de vårdrelaterade infektionerna via patientenkäter och återbesök. Patienterna tillfrågas om de drabbats av infektion efter vårdtillfället, om de behandlats för denna infektion och vem som har behandlat infektionen. Även här sker ett nära samarbete med vårdgivarna där de återkopplar postoperativ VRI-frekvens. VRI redovisning ska även ingå i vårdgivarens egen patientsäkerhetsberättelse.

### **5.6 Basala hygienrutiner och klädregler**

Syftet med basala hygienrutiner och klädregler (BHK) är att förhindra smittöverföring inom vård och omsorg. Basala hygienrutiner ska tillämpas av all vård- och omsorgspersonal vid vård, undersökning och behandling eller annan direktkontakt med person där vård och omsorg bedrivs. Detta oberoende av vårdgivare och vårdform och om det finns känd smitta eller inte (SOSFS 2015:10 namn).

Punktprevalensmätning av följsamhet till BHK genomfördes för första gången nationellt hösten 2010 och Sophiahemmet deltog med samtliga sjukvårdsverksamheter. Även denna mätning är initierad av SKL och är

en observationsstudie som under en given mätperiod. Personalen informeras om att mätningen kommer att genomföras men inte när eller av vem. 10 personer per enhet observeras efter åtta olika kriterier. Ett icke uppfyllt kriterium drar ned slutresultatet och visar att alla rutiner ej är följda. Mätningen genomförs, som VRI, kontinuerligt vår och höst, och sammanställningen redovisas på ledningens genomgång samt i kvalitets- och hygiengrupperna. Varje enhet får en sammanställning på sitt egna resultat i relation till resten av sjukhuset och Stockholms läns landsting.

Under året har vi uppmärksammat Handhygienens dag som är en kampanj initierad av World Health Organization (WHO) för att förbättra handhygien i vården i världen. På Handhygienens dag 5 maj fick personalen sprita sina händer med fluorescerande handsprit för att sedan kontrollera resultatet under en UV-lampa. Detta förebyggande arbete har fortsatt under året då verksamheterna har lånat lampan för att genomföra egen kvalitetssäkring av handspritning.

### **5.7 Nationella kvalitetsregister**

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

### **5.8 Patientnöjdhet**

Uppföljning av patientnöjdhet genomförs kontinuerligt på varje enhet. Generella frågor för att mäta gemensamma mål ställs. Kvalitetsindikatorer med särskilt fokus är väntetid, bemötande, helhet, information och om man kan tänka sig att rekommendera enheten. Varje enhet ansvarar för de frågor som ställs till patienterna och kan, förutom övergripande frågor, välja specifika frågor och problemområden som önskas mätas och som är av intresse för enheten. Patienternas upplevelse av vården och bemötandet är värdefull och lärorik kunskap som återkopplas till verksamheterna. Vi har under slutet av 2018 bytt system och cheferna får nu resultat i realtid under hela året.

### **5.9 Läkemedelshantering**

Läkemedelshantering ska enligt SOSFS 2011:9, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, genomgå en kvalitetsgranskning på respektive enhet som en egenkontroll av lagefterlevnaden. Kvalitetsutvecklaren ansvarar för att detta sker årligen med hjälp av Apoteket. Läkemedelshantering inom Sophiahemmet följer de lagar och föreskrifter som gäller generellt och regleras av lokala rutiner och instruktioner. Chefläkare och verksamhetschefer är ytterst ansvariga för läkemedelshantering. Läkemedelsansvariga sjuksköterskor finns på varje enhet och har erhållit delegering från verksamhetschef att rekvirera läkemedel från Apoteket, huvudsakligen via nätet och webbbeställningar. Läkemedelshantering är en viktig patientsäkerhetsfaktor och avvikelser ska rapporteras i avvikelssystemet.

### **5.10 WHO:s checklista**

Som ett led i utvecklingen av säkrare kirurgi har WHO tagit fram en internationell checklista. Checklistan har internationellt visat sig kunna reducera postoperativa komplikationer och dödsfall med mer än en tredjedel. På Sophiahemmet används checklistan sedan 2009. Avvikelse, som uppmärksammas i samband med genomgång av checklistan, åtgärdas direkt om det är möjligt. Avvikelse, som inte kan eller behöver åtgärdas i realtid, rapporteras, analyseras och utreds i sjukhusets avvikelssystem.

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

## 5.11 SBAR – Situation, Bakgrund, Aktuellt tillstånd och Rekommendation

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

## 5.12 Loggkontroller, patientjournaler

Inre sekretess innebär att det endast är personal som är delaktig i vården och behandlingen av patienten, eller av annat skäl behöver uppgifterna för att fullgöra sitt arbete inom hälso- och sjukvården, som får ta del av uppgifter om patienten. Vi som vårdgivare ansvarar för att behörigheten för åtkomst till patientuppgifter begränsas till vad som behövs för att vårdpersonalen ska kunna utföra sina arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvården. Den inre sekretessen upprätthålls genom tekniska lösningar för behörighetstilldelning och regelbunden åtkomstkontroll s.k. loggkontroll för att säkerställa att ingen obehörig har varit inne i de granskade journalerna.

## 5.13 Intern revision

De interna revisionerna syftar till att hitta förbättringsmöjligheter och studera vilka processer som fungerar i praktiken och hur enheterna arbetar med att förbättra sina arbetssätt. Interna revisioner genomförs med hjälp av egna revisorer på Sophiahemmet. Kvalitetsutvecklaren är sammankallande, revisionsledare och sammanställer alla rapporter. Resultatet av revisionerna rapporteras till sjukhusets ledningsgrupp och till

de reviderade verksamheterna. En sammanställning av resultatet på den interna revisionen förs ut till alla verksamheter så att alla kan ta del av styrkor/svagheter samt möjligheter/hot och på så sätt förbättra den egna verksamheten även om verksamheten ej deltog i revisionen.

#### **5.14 Intern kontroll av lagefterlevnad**

Kvalitetsavdelningen ansvarar för bevakning av nyheter inom lagområden för hälso- och sjukvård samt miljö. Nyheter och ändringar rapporteras till och/eller via chefläkaren och berörda arbetsgrupper som vidarebefordrar informationen internt för att säkra patientsäkerheten. Lagefterlevnaden följs årligen upp i samband med interna revisioner och vid externa revisioner som säkerhetsrådgivarens rond, läkemedelsrevisioner, driftskontroller av anläggningar och med hjälp av en årlig lagefterlevnadsenkät till chefer och arbetsledare.

#### **5.15 Kvalitetskontroller av städningen**

Under året har vi utfört upprepade städkontroller tillsammans med vårt städföretag på operationsavdelningen. Kontrollerna utförs av en extern konsult som utvärderar städningen visuellt utifrån principerna i standarderna SS-INSTA800 – del 1 och DS 2451-10 SV (hygienstandard). Daglig avstämning sker också och även ute på de andra verksamheterna sker månatliga genomgångar/avstämningar. Ses brister så skrivs avvikelser som städföretaget åtgärdar och följer upp.

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

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2*

### **6.1 Systematiskt förbättringsarbete**

Inom alla verksamheter pågår ett ständigt arbete för att förbättra vården. Under 2018 har fokus varit att implementera ett för oss nytt journalsystem - Take Care. Även flera av våra vårdgivare har bytt till Take Care, för att öka patientsäkerheten genom sammanhållen journalföring med elektronisk provsvar- och remisshantering samt läkemedelslista.

Många av våra enheter använder förbättringstavlor där medarbetarna uppmuntras att skriva upp sina förbättringsidéer vilka sedan regelbundet går igenom vid arbetsplatsträffar då ansvariga för vidare arbete utses. PDCA-cykeln (Plan, Do, Check, Act) används i förbättringsarbetet som ett verktyg. Standarden SS-EN ISO 9001:2015, vilken vi är certifierade i, uppmuntrar att man använder modellen på alla processer och även på kvalitetsledningssystemet som helhet. Om organisationen förstår och hanterar samverkande processer som ett system, bidrar det till att den blir effektiv men också mer patientsäker då riskbaserat tänkande står i fokus.

### **6.2 Patientsäkerhets- och kvalitetsförbättringar under 2018**

- Ny e-tjänst på hemsidan för uppfyllande av den nya lagen gällande klagomålshantering
- Ny e-tjänst där våra vårdgivare kan rapportera in patientsäkerhetsavvikelser som berör Sophiahemmet AB eller kräver kännedom
- Ny patientenkät där vi arbetar och genomför förbättringsförslag från patienter i våra verksamheter
- Hela sjukhuset har rustats för att möta kravet i den nya dataskyddsförordningen, GDPR
- Vid införandet av Take Care har rutiner setts över och uppdaterats på alla verksamheter



- Fortsatt arbete med hjärtsäker zon, där regelbunden hjärt-lungräddning (HLR) utbildning ges till alla medarbetare i alla verksamheter. Vår Husläkarmottagningen fick diplom från Sophiahemmet för utmärkta HLR-utbildningsinsatser under året
- Alla våra mottagningar har digitaliserat den externa kommunikationen och remisserna skickas elektroniskt istället för på papper
- Omcertifiering genomfördes enligt nya standards, SS-EN ISO 9001:2015 och SS-EN ISO 14001:2015, resultatet visar ett implementerat ledningssystem gällande både kvalitet och miljö
- Fortsatt nära samarbete med Sophiahemmets högskola så forskning och klinisk verksamhet samverkar
- Vårdenheten nådde 100 % följsamhet av basala hygienrutiner och klädregler, BHK, i vårens mätning och höstens mätning. Försäkringsmottagningen nådde 100 % följsamhet i höstens mätning
- Elektronisk provsvarshantering används där Take Care införts vilket medför en säkrare provsvarshantering
- Hälsocentralen har utvecklat och breddat sitt Hälsoråd där det arbetar med livsstilsförändringar för patienter inom riskzon för hjärt- och kärlsjukdomar och patienter med debuterad diabetes typ 2
- Hälsocentralen har startat en mottagning där de själva mäter 24 timmars blodtryck på de patienter som behöver istället för att remittera patienten vidare till lång väntetid
- Hälsocentralen har infört digitala nyhetsbrev till alla sina kunder
- Försäkringsmottagningen erbjuder Coala Heart Monitor en unik medicinteknisk lösning för att dagligen kunna följa och analysera patienters hjärta i vardagsmiljö till de patienter där 24 timmars blodtryck inte är tillräckligt
- Husläkarmottagningen fortsätter att utveckla sin äldremottagning med att anordna gruppträffar med egenvårdsutbildning för äldre patienter
- Husläkarmottagningen har deltagit i ett projekt med Sophiahemmet Rehabcenter som är SKL-finansierat: Tidig arbetsplatsintervention vid psykisk ohälsa (Aktivitetshälsa), ett projekt som resulterade i ett fördjupat samarbete med Sophiahemmet Rehabcenter
- Husläkarmottagningen var första vårdcentral att använda ett digitalt beslutsstöd som utvecklats av Cambio på uppdrag av Regionalt Cancercentrum och som är integrerat i Take Care vilket ska främja patientsäkerheten
- Husläkarmottagningen fick diplom för excellent handledning av läkarstudenter under 2018
- Äldremottagningen utvecklas vidare och under våren har patientträffar ägt rum, en mycket uppskattad aktivitet där husläkarmottagningen samverkar och utbildar sina äldsta patienter i egenvård
- Husläkarmottagningen har satsat mycket resurser på den nya lagen: Samverkan vid utskrivning från slutenvården. Syftet med lagen är att skapa en trygg, säker och smidig övergång från slutenvård till öppen vård och omsorg
- Ett nytt forskningsprojekt kring arbetssättet på Äldremottagningen som Sophiahemmets Högskola håller i kom igång under hösten, resultat väntas senast hösten 2019
- Vårdenheten har infört National Early Warning Score (NEWS) fullt ut. NEWS, används för att snabbt bedöma och hantera akuta tillstånd
- Vårdenheten gör journalgranskningar månatligen för att hitta undvikbara vårdskador
- Vårdenheten har under året satsat på workshops så att all personal är uppdaterad på den medicinska apparaturen
- Fortbildning av all personal på operationsavdelningen sker kontinuerligt och i år har man

- implementerat studiecirkel där man t ex har föreläsningar eller genomgång av patientfall
- En ny tjänst har införts till köket för att frigöra tid för övrig personal till patienterna
  - Operationsavdelningen har utökat bemanningen på sin postoperativa verksamhet
  - Laparoskopisk utbildning har genomförts för operationssjuksköterskor
  - Ny digital personaltavla har installerats
  - Videolaryngoskop har inköpts vilket medför säkrare hantering av luftvägen vid sövning på operation
  - Tydligare akutrutiner har införts
  - Påbörjat arbete med vårdtyngdsmätning på operation så att rätt resurser finns på rätt plats
  - Nya infusionspumpar på operationssalarna vilket möjliggör sövning på läkemedel istället för gas

## 7 Rutiner för att identifiera risker i verksamheten

*SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §*

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

Genom vårt avvikelssystem fångar vi upp risker som kräver rutinförändringar eller annan åtgärd för att risken ej ska upprepas. Varje verksamhet ansvarar för att analysera sina avvikelser och Kvalitetsavdelningen analyserar avvikelserna på övergripande nivå; hur de har bedömts, har rätt åtgärd satts in och hur många är av betydande eller katastrofal art? Chefläkaren beslutar om händelseanalys ska utföras på avvikelser med allvarliga patientsäkerhetsrisker.

## 8 Rutiner för händelseanalys

*SFS 2010:659, 3 kap. 3 §*

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. Analysen bör starta snarast efter att händelsen har inträffat. Chefläkare och/eller verksamhetschef beslutar när en händelseanalys ska genomföras. Därefter utses personerna, analysteamet, som ska genomföra den och en uppdragsbeskrivning skrivs.

En händelseanalys omfattar följande:

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

## 9 Informationssäkerhet

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§*

## 9.1 Informationssäkerhet

Information är en viktig strategisk resurs för Sophiahemmet. Den totala mängden information samt utbytet av information ökar i omfattning. Det sker inom och mellan olika verksamheter, med externa organisationer, patienter och andra intressenter. Det är därför mycket betydelsefullt att informationshanteringen skyddas från såväl avsiktliga som oavsiktliga störningar. Sophiahemmets Informationssäkerhetspolicy definierar de övergripande principerna som gäller för informationssäkerheten inom Sophiahemmet.

## 9.2 Dataskyddsombud

Kärnverksamheten för Sophiahemmets Sjukhus är att bedriva hälso- och sjukvård, med tillhörande personuppgiftsbehandling, varför Sophiahemmet omfattas av kravet om att tillsätta ett dataskyddsombud. Sophiahemmet har ingått avtal med Institutet för Medicinsk Rätt AB, IMR, om funktionen. Dataskyddsombudet anmäldes till Datainspektionen 2018-05-23. Patienter, kunder och studenter har möjlighet att kontakta dataskyddsombudet direkt, kontaktinformation är publicerad på våra hemsidor.

## 9.3 Personuppgiftsbehandling

Sophiahemmet Sjukhus är journalpliktigt och lyder under s.k. sektorspecifik lagstiftning som Hälso- och Sjukvårdslagen och Patientdatalagen (PDL). Med anledning av Dataskyddsförordningens införande (GDPR) har Sophiahemmet Sjukhus inventerat och dokumenterat samtliga verksamheters personuppgiftsregister. Vid registerinventeringen har verksamheterna besvarat frågorna:

- Vem är Personuppgiftsansvarig?
- Vilket ändamål finns för behandling av personuppgifter?
- Vad för typ av personuppgifter behandlas?
- Vilka grupper berörs av behandlingen av personuppgifter?
- Behandlas känsliga personuppgifter? Om ja, inhämtas samtycke? Om känsliga uppgifter ska behandlas utan att samtycke inhämtas, ange skälen till behandlingen
- Behandlas personuppgifter i ostrukturerat material?
- Till vilka mottagare kan personuppgifter komma att lämnas ut?
- Kommer uppgifterna att överföras till land utanför EU eller EES?
- Vilka åtgärder finns för att trygga behandlingen av personuppgifter?
- Vad finns det för laglig grund för behandling av personuppgifter?
- Behandlas uppgifter om lagöverträdelse?
- Har den registrerade informerats om registreringen?
- Vilka skriftliga rutiner finns kopplat till radering, ändring och gallring av personuppgifter?
- Kan ni på ett enkelt sätt se till att den registrerade får tillgång till sina personuppgifter i ett strukturerat format?
- Hur ser incidentrapporteringsprocessen ut?
- Vilka lagstiftningar (legala krav) påverkar behandlingen av personuppgifter?
- Vilka andra bindande krav påverkar behandlingen av personuppgifter?
- Övriga uppgifter

## 10 Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS: 2011:9, 4 kap. 6 §

För att säkerställa att Sophiahemmets vårdgivare kvalitetssäkrar den egna verksamheten så anordnas två gånger per termin Vårdgivarforum, där chefläkare, sjukhuschef, biträdande sjukhuschef och kommunikationschef bjuder in alla verksamhetschefer för att informera och diskutera aktuella händelser. Chefläkaren publicerar regelbundet informationsbrev till samtliga vårdgivare där patientsäkerhet, kvalitet och miljö är stående punkter. För att upprätthålla kontakten med vårdgivarnas vårdpersonal anordnas Mottagningsforum en gång per termin där information om pågående arbete, förändringar, resultat och uppföljningar delges och gemensamma frågor diskuteras.

### 10.1 Sophiahemmets värdegrund

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

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

Värdegrunden togs fram 2005 av och med medarbetarna och är fortfarande aktuell. Den sammanfattar vad vi står för i relation till våra patienter och till varandra men också till omvärlden med betoning på patientsäkerhet.

## 11 Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet/klagomål och synpunkter

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

Varje medarbetare har skyldighet att rapportera risker, tillbud och negativa händelser som sker. Rapporteringen av vårdavvikelser, inklusive arbetsmiljöavvikelser och miljöavvikelser, sker i ett gemensamt avvikelssystem. Den medarbetare som rapporterat vårdavvikelsen får automatiskt återkoppling via systemet. Verksamhetschefen har övergripande ansvar för hanteringen av vårdavvikelser inom sitt verksamhetsområde. Första linjens chefer är mottagare av alla inrapporterade avvikelser och är ansvarig för analys, åtgärd, beslut om förbättringsåtgärd samt uppföljning inom sin verksamhet. Vid allvarliga händelser eller risk för allvarlig vårdskada involveras chefläkaren.

Varje medarbetare är skyldig att framföra klagomål eller synpunkter till sin närmaste chef alternativt verksamhetschef samt vägleda patienten ifall hon/han vill rapportera vidare. Det är viktigt att vara lyhörd, empatisk, öppen och bemöta var och en efter sitt behov, precis enligt våra värdeord.

## 12 Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Samverkan med patienter och närstående är viktigt i patientsäkerhetsarbetet. För att säkra denna samverkan lägger Sophiahemmet stor vikt vid bemötande, information och tillgänglighet och detta har varit ett av kvalitetsmålen de senaste åren. Förtydligad vägledning, av patienters och anhörigas klagomål och

synpunkter på vården, har publicerats på hemsidan. Patientenkäterna för respektive enhet utgör en grund där patientens åsikter kan vävas in i förbättringsarbetet.

### **12.1 Information till patient vid vårdskada**

En vårdskada definieras som lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården. Vårdgivaren är då skyldig att snarast informera patienten om det inträffade, enligt Patientsäkerhetslagen, SFS 2010:659.

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

Till stöd vid information och bemötande då en patient skadats i vården har Sophiahemmet en rutin som bygger på de råd som Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag, LÖF, tagit fram till vårdgivare:

- Förklara vad som hänt
- Lyssna på patientens upplevelse av det inträffade
- Säg förlåt, beklaga det som inträffat och visa medkänsla med patienten
- Förklara hur vi kommer att arbeta med att förhindra att liknande händer igen och inte drabbar fler patienter
- Hjälptill att minska den medicinska skadan och visa medkänsla, så kan också risken för psykiska trauman minska
- Informera om hur patienten kan lämna klagomål eller synpunkter på vården: till verksamhetschef, chefläkare, Patientnämnden eller Socialstyrelsen
- Informera, vid behov, om patientens rätt till patientskadeersättning, gäller allvarligare personskador
- Dokumentera samtalen med patienten i journalen
- Analysera vad vi kan lära av händelsen
- Ge stöd till den personal som varit med vid skadetillfället
- Utvärdera åtgärdernas effekt och redovisa vad som gjorts, efter en tid, både till patient och personal.

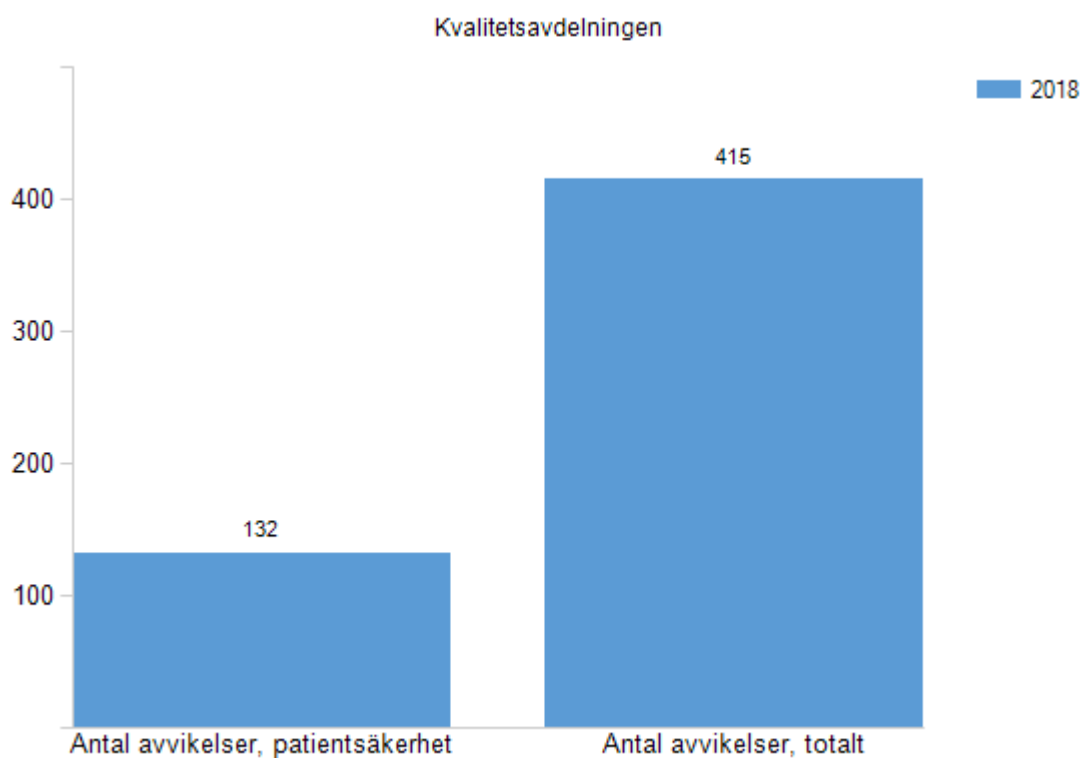
## 13 Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

### 13.1 Avvikelser

Totalt 415 avvikelser rapporterades under 2018. 132 st av alla avvikelser gäller risker i patientsäkerheten. Av 132 bestod 26 avvikelser av mindre patientsäkerhetsavvikelser och 88 måttlig och 18 av betydande art.

#### Avvikelser



	2018
Antal avvikelser, patientsäkerhet	132
Antal avvikelser, totalt	415

### 13.2 Klagomål

Totalt 121 klagomål har kommit in till kvalitetsavdelningen och chefläkaren, gällande både Sophiahemmet och våra vårdgivare. Patientnämnden redovisar 85 ärenden där 75 stycken gäller vårdgivare och 10 stycken Husläkarmottagningen. Upp till tre klagomål kan registreras i samma ärende hos Patientnämnden, vilket medför att antalet klagomål kan överstiga antalet ärenden. Chefläkaren har fått in 14 enskilda ärenden direkt och 15 klagomål i e-tjänsten gällande Sophiahemmet Sjukhus och våra vårdgivare.

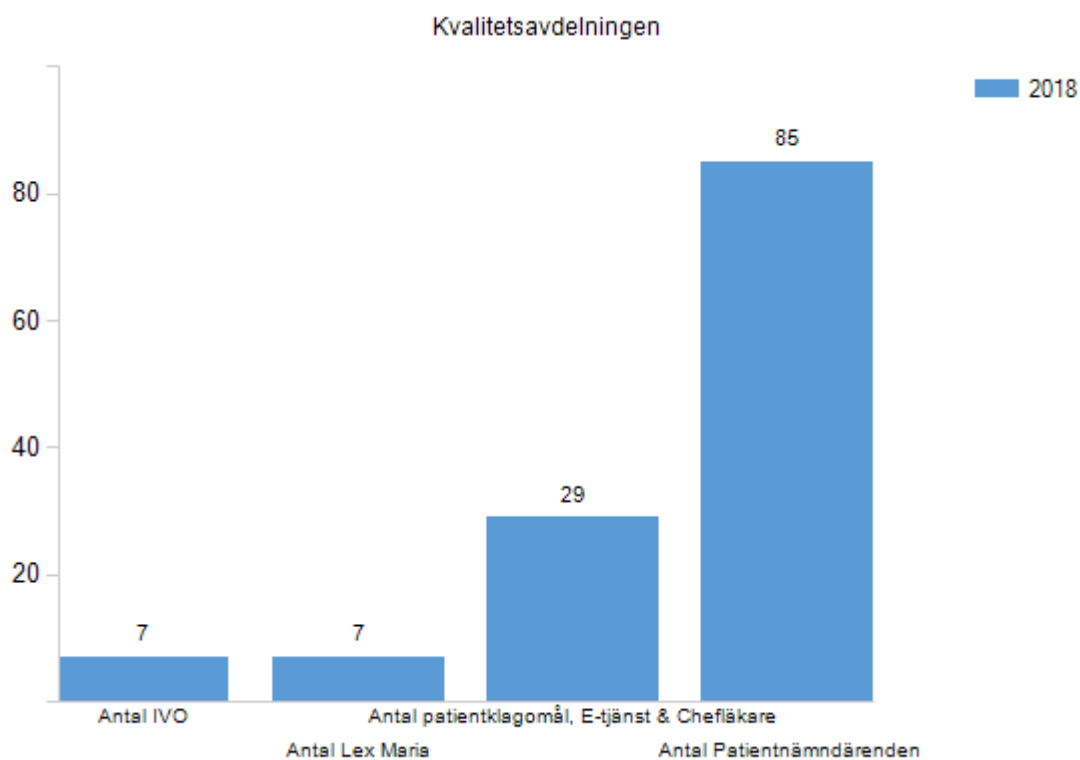
Totalt 121 klagomål har kommit in till kvalitetsavdelningen och chefläkaren, gällande både Sophiahemmet och våra vårdgivare. Patientnämnden redovisar 85 ärenden där 75 stycken gäller våra vårdgivare och 10 stycken vår husläkarmottagning. Notera att upp till tre klagomål kan registreras i samma ärende hos

patientnämnden, vilket medför att antalet klagomål kan överstiga antalet ärenden. Chefläkaren har fått in 14 enskilda ärenden, 15 st klagomål i vår e-tjänst gällande Sophiahemmet AB och våra vårdgivare.

### 13.3 Lex Maria

Sju Lex Maria ärenden, fyra ärenden gäller vårdgivare. Händelseanalys utfördes på samtliga ärenden och är inskickade till IVO.

#### Klagomål



	2018
Antal IVO	7
Antal Lex Maria	7
Antal patientklagomål, E-tjänst & Chefläkare	29
Antal Patientnämndärenden	85

### 13.4 Patientenkäter

Resultatet av patientutvärderingen från vår tidigare enkät (jan-okt 2018) inom våra fokusområden: bemötande, helhet och information.

- 94 % av patienterna är nöjda eller mycket nöjda med bemötandet
- 96 % av patienterna är nöjda eller mycket nöjda med helhetsintrycket



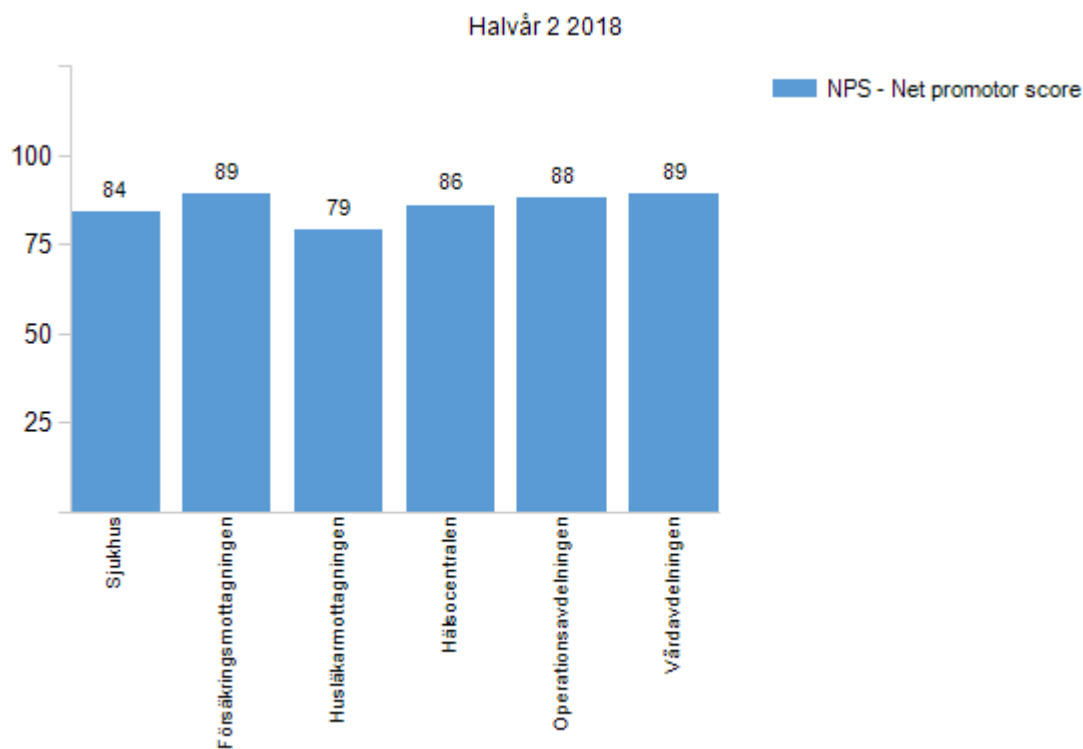
- 92 % av patienterna är nöjda eller mycket nöjda med informationen

I slutet av 2018 bytte till en ny enkät för att mäta patientupplevelsen och ytterligare öka involveringen av våra patienter. Enkäten ger oss snabb återkoppling på resultatet.

### 13.5 Net promotor Score, NPS

Vårt totala NPS-resultat blev 84, ett utmärkt resultat. 2017 låg samma siffra på 76 vilket visar på ett ytterligare ökat förtroende från våra patienter.

#### NPS



	NPS - Net promotor score
Sjukhus	84
Försäkringsmottagningen	89
Husläkarmottagningen	79
Hälsocentralen	86
Operationsavdelningen	88
Vårdavdelningen	89

### 13.6 Punktprevalensmätning Basala hygienrutiner och klädregler, BHK

Sophiahemmet AB nådde 72 % följsamhet i BHK på våren och 84 % på hösten. 50 personer observerades vid båda tillfällena. Vårdenheten hade 100 % följsamhet vid båda mätningarna och Försäkringsmottagningen hade 100 % följsamhet på höstens mätning, ett mycket bra resultat. SLL nådde 62

% på våren och 64 % på hösten och hela riket nådde 74 % följsamhet på våren (i riket sker endast en mätning/år).

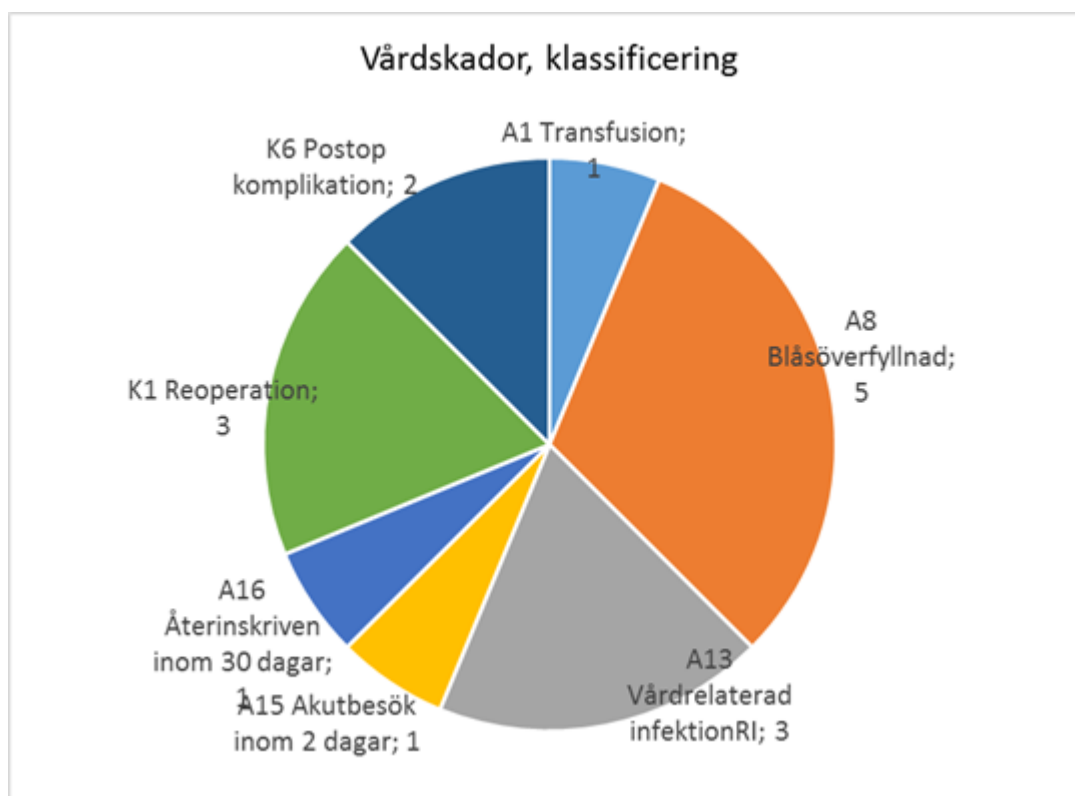
### 13.7 Punktprevalensmätning Vårdrelaterade infektioner, VRI

Resultat PPM VRI, 13 patienter var ineliggande och ingen VRI noterades, vilket främst beror på att vi har korta vårdtider och patienten hinner oftast inte få någon infektion förrän efter utskrivning. Varje vårdgivare följer själva upp sina patienter och förekomsten av VRI postoperativt.

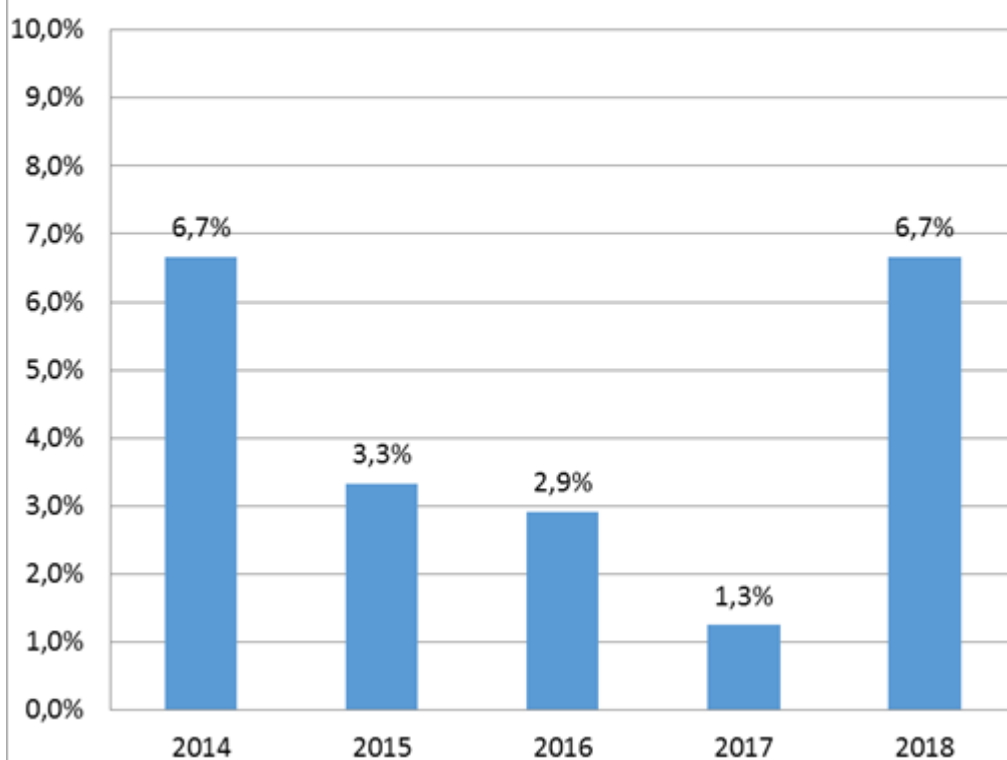
Vi kunde även fånga upp eventuella infektioner postoperativt i patientenkäten jan-okt 2018, där 747 av våra slutenvårdspatienter svarade, och 95 patienter (ca 13 %) uppgav att de efter hemgång haft tecken på infektion, t.ex. rodnad, vätskande operationssår, feber eller urinvägsinfektion. 64 (8,5 %) av dem fick behandling för sin infektion.

### 13.8 Markörbaserad journalgranskning, MjG

Totalt för året har 240 stycken journaler granskats och 16 stycken skador upptäcktes. Sex av dem var ej undvikbara och 10 stycken var undvikbara. Av de undvikbara skadorna är hälften kategoriserade som postoperativ blåsöverfullnad, patienterna kom från fyra olika vårdgivare. Fyndet har föranlett oss att uppdatera rutinerna gällande våra kontroller av urinblåsans fyllnad före utskrivning från avdelningen.



Genomsnitt andel skador 2009- 2018  
(Andel skador per 100 vårdtillfällen)



ÅR	Antal ej undvikbara skador (1-2)	Antal undvikbara skador (3-4)	Antal vård dagar
2018	6	10	601
2017	2		605
2016	2		612
2015	7		615
2014	11		686