

Kvalitetsredovisning

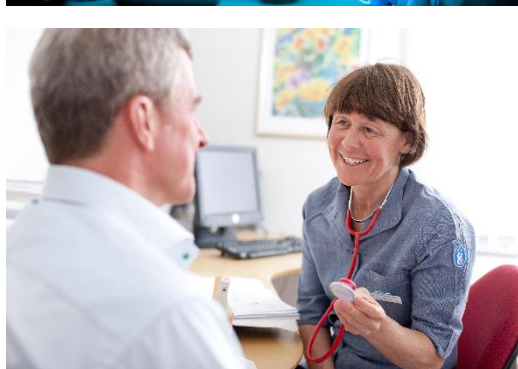


Sophiahemmet

2016

Innehåll

INLEDNING.....	1
DETTA ÄR SOPHIAHEMMETS SJUKHUS.....	1
Sophiahemmet AB i siffror 2016	2
Sophiahemmets Koncept	2
Ackrediteringsreglerna	3
Vår värdegrund.....	4
KVALITET.....	5
Kvalitetsavdelning	5
Systematiskt förbättringsarbete	6
Riskanalys i processerna	7
Avvikelsehantering	7
Lex Maria	8
Klagomålsuppföljning	9
Vårdrelaterade infektioner	10
Markörbaserad journalgranskning, MJG	11
Basala hygienrutiner och klädregler	11
Patientenkät	12
KVALITETSMÅL.....	13
Utfallsredovisning	14
KVALITETSFÖRBÄTTRINGAR UNDER 2016.....	18
LEDNINGSSYSTEM	19
Processer	19
Dokumenthantering	20
Kommunikation	20
Intressenter och krav	20
REVISIONER	21
Intern revision	21
Extern revision	22
Säkerhetsrådgivarens rapport.....	22
FORSKNING	22
UTBILDNING.....	23
Brandutbildning	23
Hjärt- och lungräddning	23
Grundläggande miljöutbildning.....	24
MILJÖ	24
MILJÖMÅL.....	24
Utfallsredovisning	25
MILJÖFÖRBÄTTRINGAR UNDER 2016	29
MILJÖAVVIKELSER	30
PROCESSER	31
Sophiahemmets huvudprocess	31
Lednings process.....	31
Vårdenheten process	31
Operationsavdelningens process	32
Försäkringsmottagningen process.....	32
Husläkarmottagningens process	32
Hälsocentralens process	33
ARBETSGRUPPER/AKTIVITETER.....	33
Kvalitet	33
Miljö	33
Hygien	34
Mottagningsforum.....	34
Info- brev	34
Gaskommitté	34
MTA.....	35



Inledning

Hälso- och sjukvården utvecklas snabbt och Stockholm fortsätter att växa för varje år. Detta ställer krav på oss vårdgivare att utvecklas i takt med de nya framtida utmaningar som vi står inför och samtidigt inte göra avkall på hög kvalitet och patientsäkerhet. Kvalitet kan vara så mycket från det lilla till det stora. Vad vi än gör så gäller det att ha med sig kvalitetstänket hela tiden och att göra rätt från början, alltid. Den inställningen ska genomsyra hela organisationen, på mottagningen, på vårdavdelningen och på operationssalen. Det är i mötet mellan patienten och vårdgivaren som kvaliteten ska manifesteras. Ett gott bemötande och respekt för varje individ är grundläggande förutsättningar för en god och säker vår. Kvalitetsredovisningen är ett sätt för oss att öppet visa kvalitet och resultat för våra patienter, medarbetare, kunder och övriga intressenter.

På Sophiahemmet strävar vi efter absolut högsta kvalitet på vård och omhändertagande genom ett tydligt fokus på kvalitet och patientsäkerhet. Samma synsätt har funnits i verksamheten alltsedan 1889, då Sophiahemmet invigdes och Drottning Sophia formulerade sin insiktsfulla vision "För god och tidsenlig vård". Den vårdvisionen håller fortfarande för dagens kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. Kravet på kvalitetssäkrade verksamheter och ledningssystem är numera inskrivet i lag. För att säkerställa att lagkraven uppfylls och patientsäkerheten och kvaliteten utvecklas och förbättras så har Sophiahemmet valt att ISO-certifiera verksamheterna i både miljö, enligt ISO 14001 sedan 2004 och kvalitet enligt ISO 9001 sedan 2008. Interna och externa revisioner hålls årligen för att ständigt förbättra och utveckla verksamheterna och vårt ledningssystem. Förutom det så granskar vi kontinuerligt resultatet av vårt arbete för att säkerställa och utveckla vårdkvaliteten, vilket är ett led i vår strävan mot en så säker och god vård som någonsin möjligt. Genom rapportering, uppföljning, patientenkäter och studier av patientsäkerhetsindikatorer kan vi löpande följa upp och förbättra våra rutiner. Vi har ett nära samarbete med Sophiahemmets Högskola som bedriver forskning och utbildning och ingår i samma koncern. Sophiahemmets Högskola bidrar till en utveckling av hälso- och sjukvården genom att förbättra metoder för vården samt modeller för lärande och kompetensutveckling som sjukhuset får ta del av.

Detta är Sophiahemmets Sjukhus

Sophiahemmet Sjukhus erbjuder högspecialiserad vård och har samlat flera hundra legitimerade specialister med olika inriktningar hos våra drygt 30 självständiga vårdgivare. Varje vårdgivare är ackrediterad av Sophiahemmet. Ackreditering på Sophiahemmet innebär en förpliktelse att följa uppsatta ackrediteringsregler och förhållningssätt samt anamma Sophiahemmets koncept. Varje enskild vårdgivare ansvarar för sitt eget kvalitetsarbete, kvalitetsredovisning och deltagande i kvalitetsregister och öppna jämförelser som därmed redovisas på respektive hemsidor. Flera av Sophiahemmets vårdgivare har vårdavtal med Stockholms läns landsting eller ingår i vårdval Stockholm och får majoriteten av patienterna därifrån, men vi tar också emot försäkrings- och privatbetalande patienter.

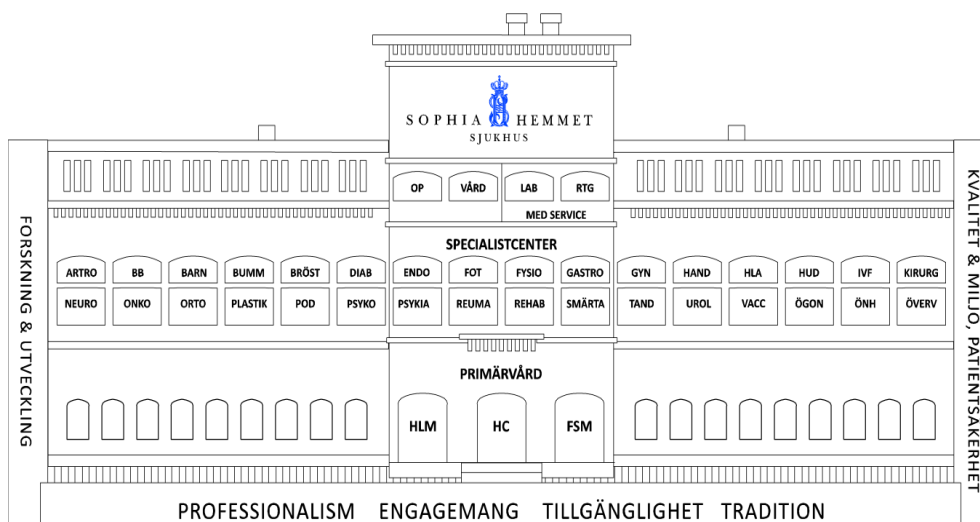
Sophiahemmet AB ägs av Sophiahemmet ideell förening, och ingår i koncernen Sophiahemmet tillsammans med Sophiahemmets Högskola. Vi driver tre mottagningar, Försäkringsmottagningen, Husläkarmottagningen och Hälsocentralen i egen regi samt en operationsavdelning och två vårdavdelningar.

Sophiahemmet AB i siffror 2016

Antal vårdplatser	34
Antal operationssalar	7
Antal operationer inom slutenvården	2412
Antal vårddygn	4174
Medelvårdtid	1,6 dygn
Antal operationer inom dagkirurgi	4370
Försäkringsmottagningen – antal läkarbesök	17456
Försäkringsmottagningen – antal sjuksköterskebesök	655
Husläkarmottagningen – antal listade	11055
Husläkarmottagningen – antal läkarbesök	16932
Husläkarmottagningen – antal sjuksköterskebesök	4299
Husläkarmottagningen – antal sjuksköterskebesök i hemsjukvården	1498
Hälsocentralen – antal läkarbesök	15578
Hälsocentralen – antal sjuksköterskebesök	2396
Hälsocentralen – antal hälsoundersökningar	9486

Sophiahemmets Koncept

Sophiahemmets koncept bygger på principen om en vårdgivare inom respektive specialistområde. Ett specialistcenter kan bestå av flera mindre vårdgivare med olika organisationsformer men gentemot patienten, omvärlden och Sophiahemmet Sjukhus agerar respektive specialistcenter som en verksamhet. Varje vårdgivare tar fullt ansvar för vårdens kvalitet och verksamhetens utveckling. På varje enhet inom sjukhuset finns representanter inom miljö, kvalitet och hygien samt interna revisorer. Kvalitetsavdelningen, ombuden samt verksamhetens chefer har ett nära samarbete. För att säkerställa att de självständiga specialistmottagningarna med eget verksamhetsansvar, Sophiahemmets vårdgivare, kvalitetssäkrar den egna verksamheten, publicerar chefläkaren info-brev och sammankallar till vårdgivarforum minst 4 gånger om året, då bland annat kvalitet och miljö kommuniceras. För att upprätthålla kontakten med specialistmottagningarnas medarbetare anordnas mottagningsforum en gång per termin där information om pågående arbete, förändringar, resultat och uppföljningar delges och gemensamma frågor diskuteras. Kvalitetssäkringen utgör stommen i den symboliska bilden av Sophiahemmets uppbyggnad, som vilar på den gemensamma värdegrunden och består av de många olika verksamheterna, sammanhållna av den infrastruktur som sjukhuset administrerar:



Ackrediteringsreglerna

Sophiahemmets vårdgivare ackrediteras för specifika vårdområden för att bedriva verksamhet på Sophiahemmet efter noggrann genomlysning av respektive verksamhet. Chefläkaren på Sophiahemmet ansvarar för ackrediteringssystemet.

All vård på Sophiahemmet ska hålla en hög kvalitet med högsta möjliga säkerhet. Vårdgivarna ska delta i relevanta kvalitetsregister och öppet redovisa sina resultat.

Ackrediterad vårdgivare vid Sophiahemmet

För att få bedriva vård på Sophiahemmet och använda sig av Sophiahemmets märke för ackrediterade vårdgivare har Sophiahemmet tagit fram en ackrediteringsmodell som beskriver de krav och riktlinjer vårdgivaren behöver följa. Illustrationen nedan (tårtan) beskriver vilka delar som ingår. Samtliga delar måste uppfyllas. Skulle det visa sig att en vårdgivare inte följer eller bryter mot någon eller flera delar i ackrediteringsmodellen kan Sophiahemmet komma att ompröva ackrediteringsbeslutet. Sophiahemmet ska stå för patientsäker vård. För oss är det grunden för kvalitet inom svensk hälso- och sjukvård.

Ackrediteringsmodellen omfattar:

Lagar och förordningar

[Hälso- och sjukvårdslagen 2017:30](#)

[Patientdatalagen 2008:355](#)

[Patientsäkerhetslagen 2010:659](#)

[Patientlagen 2014:821](#)

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete [SOSFS 2011:9](#)

samt övriga relevanta lagar t ex

[Arbetsmiljölagen 1977:1160](#)

[Miljöbalk 1998:808](#)

Avtal

- Hyresavtal med Sophiahemmet
- Samverkansavtal med Sophiahemmet
- Avtal med landsting
- Avtal med försäkringsbolag

- Kollektivavtal
- m.fl.

Etik och värdegrund

- Sophiahemmets värdegrund, se nedan
- [Läkarförbundets etiska regler](#)
- [Sjuksköterskornas etiska kod](#)
- [Vårdförbundets stadgar – etiska koder](#)
- [Fysioterapeuternas stadgar - etiska regler](#)
- [Yrkesetisk kod för biomedicinska analytiker](#)

Sophiahemmets policys inom

- Kvalitet
- Hållbarhet
- Basala hygien- och klädrutiner
- Bemötande
- Varumärke- och mediapolicy
- IT-säkerhet



Vår värdegrund

Sophiahemmets värdegrund har uttryckts i fyra ord som sammanfattar vad vi står för i relation till våra patienter och till varandra men också till omvärlden. Värdegrunden är framtagen och har formulerats av medarbetarna på Sophiahemmet sjukhus och består av fyra ord med ytterligare 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

Det är våra värderingar som gör oss till vilka vi är och hur vi agerar och beter oss i allt vi företar oss.

Värdegrunden är en ledstjärna i den fortsatta utvecklingen av Sophiahemmet Sjukhus. Professionella och engagerade medarbetare är vår viktigaste tillgång och tillsammans med dem så når vi den tillgänglighet vi eftersträvar med traditionen som grund för en god och säker vård.

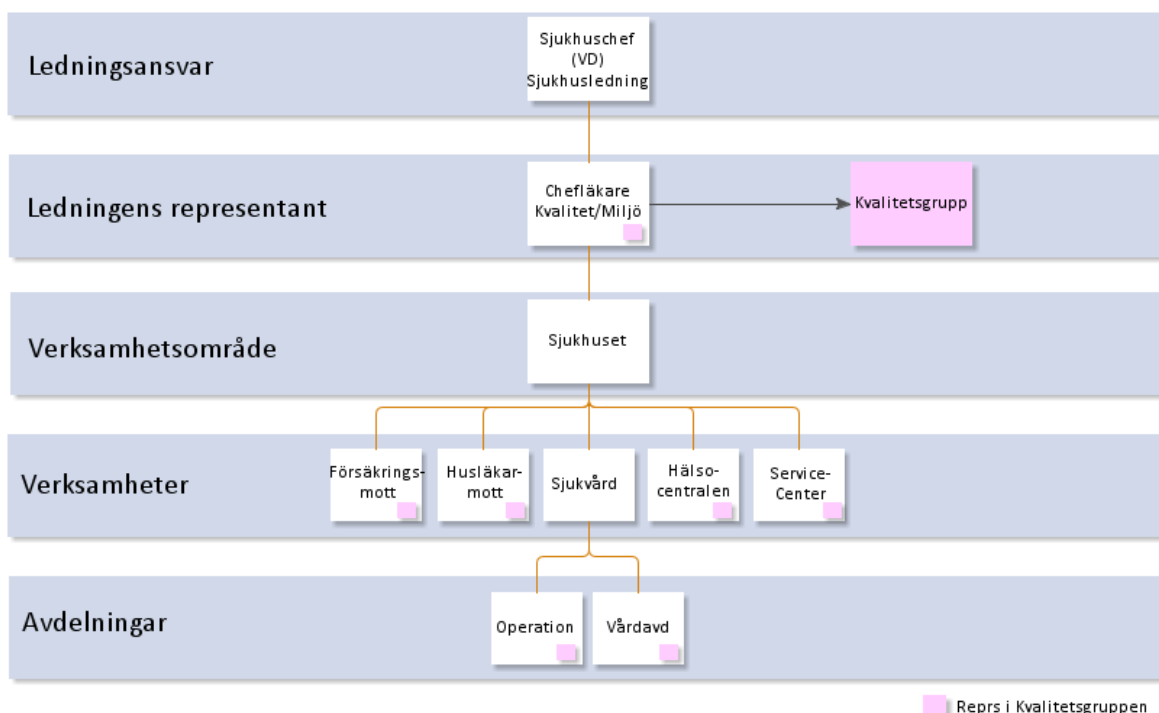
Kvalitet

Sophiahemmets medarbetare arbetar kontinuerligt med utveckling av kvalitet och patientsäkerhet tillsammans med patientansvariga läkare. Syftet med kvalitetsarbetet är att optimera säkerheten, att utveckla verksamheten och att garantera våra patienter tjänstens innehåll. Sophiahemmets övergripande mål är att tillgodose en hög och jämn kvalitet för patienterna. För att uppnå detta krävs god kännedom om patienternas krav och förväntningar. Alla verksamma vid Sophiahemmet har patientens behov i fokus och gör sitt bästa för att för att dessa ska tillgodoses.

Grundläggande i kvalitetsarbetet är:

- Processer/system/rutiner
- Avvikelsehantering
- Uppföljning/revision
- Förbättringsarbeten
-

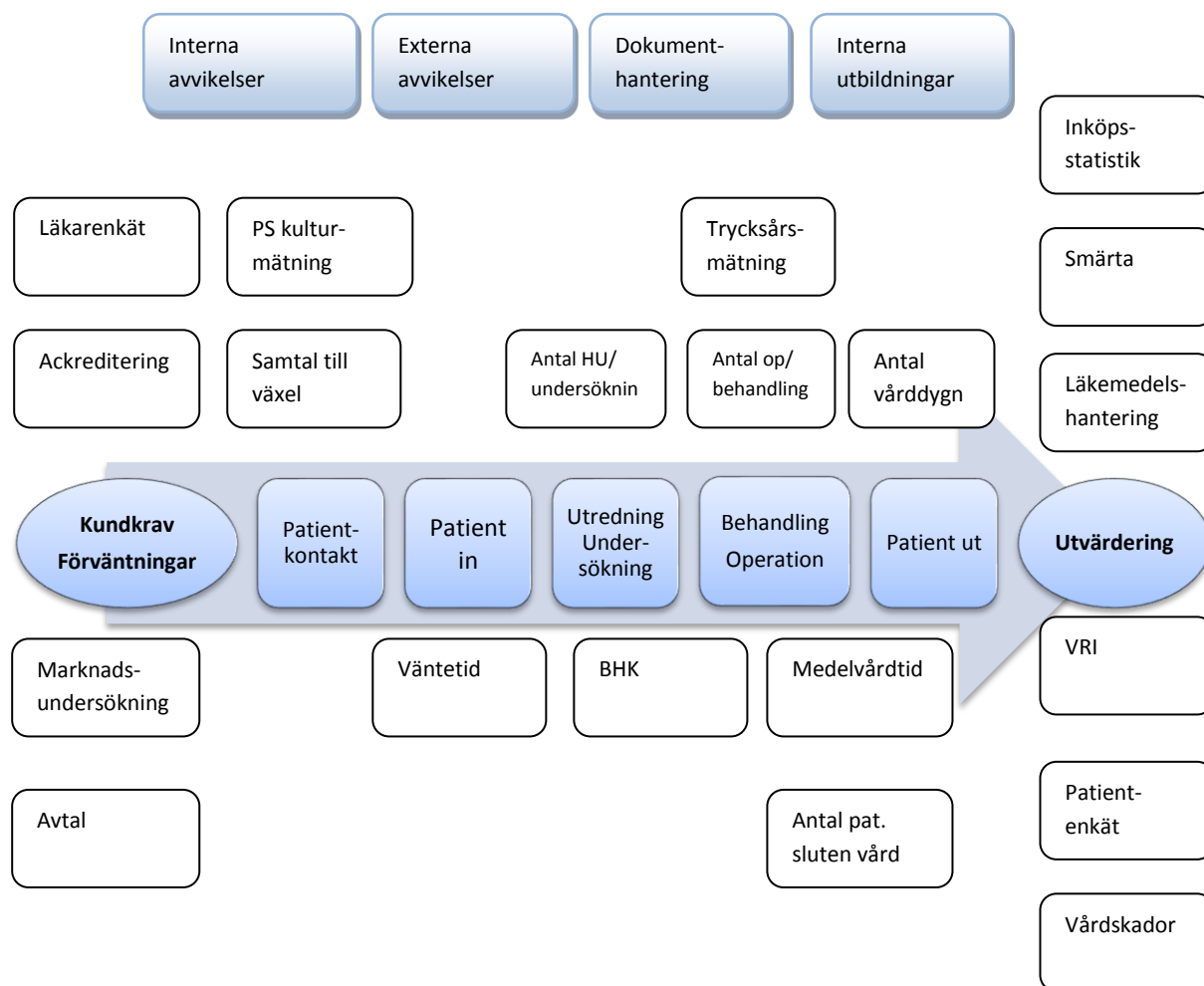
Kvalitetsorganisationen



Kvalitetsavdelning

Chefläkaren är ledningens representant i kvalitets- och miljöfrågor. Sophiahemmets kvalitetsavdelning består av chefläkare, kvalitetsutvecklare och projektledare. Avdelningen är en stödfunktion som arbetar på uppdrag av Sophiahemmets ledning och har en rådgivande och stödjande funktion för verksamheterna vid Sophiahemmet. Kvalitetsavdelningen underhåller och uppdaterar ledningssystemet samt ansvarar för att de revisioner och kontroller som krävs

genomförs. I kvalitetsavdelningens uppdrag ingår också att sammanställa resultat och att redovisa dessa för verksamheterna, samt att uppdatera lagar och kontrollera efterlevnad av dessa. Mätningar, som redovisas i detta dokument, kopplade till huvudprocessen:



Systematiskt förbättringsarbete

Inom alla verksamheter pågår ett ständigt arbete för att förbättra vården. Många av våra enheter använder idag förbättringstavlor där medarbetarna uppmuntras att skriva upp sina förbättringsidéer vilka man sedan regelbundet går igenom vid APT eller personalmöten och ansvariga för vidare arbete utses. Exempel på detta är överrapportering mellan operation och vårdenheten där man infört SBAR för att säkerställa att det blir struktur och systematik i överrapporteringen. PDCA-cykeln (Plan, Do, Check, Act) används i förbättringsarbetet som ett verktyg. Standarden SS-EN ISO 9001:2008, vilket vi är certifierade i, uppmuntrar att man använder modellen på alla processer och på kvalitetsledningssystemet som helhet.



Risikanalys i processerna

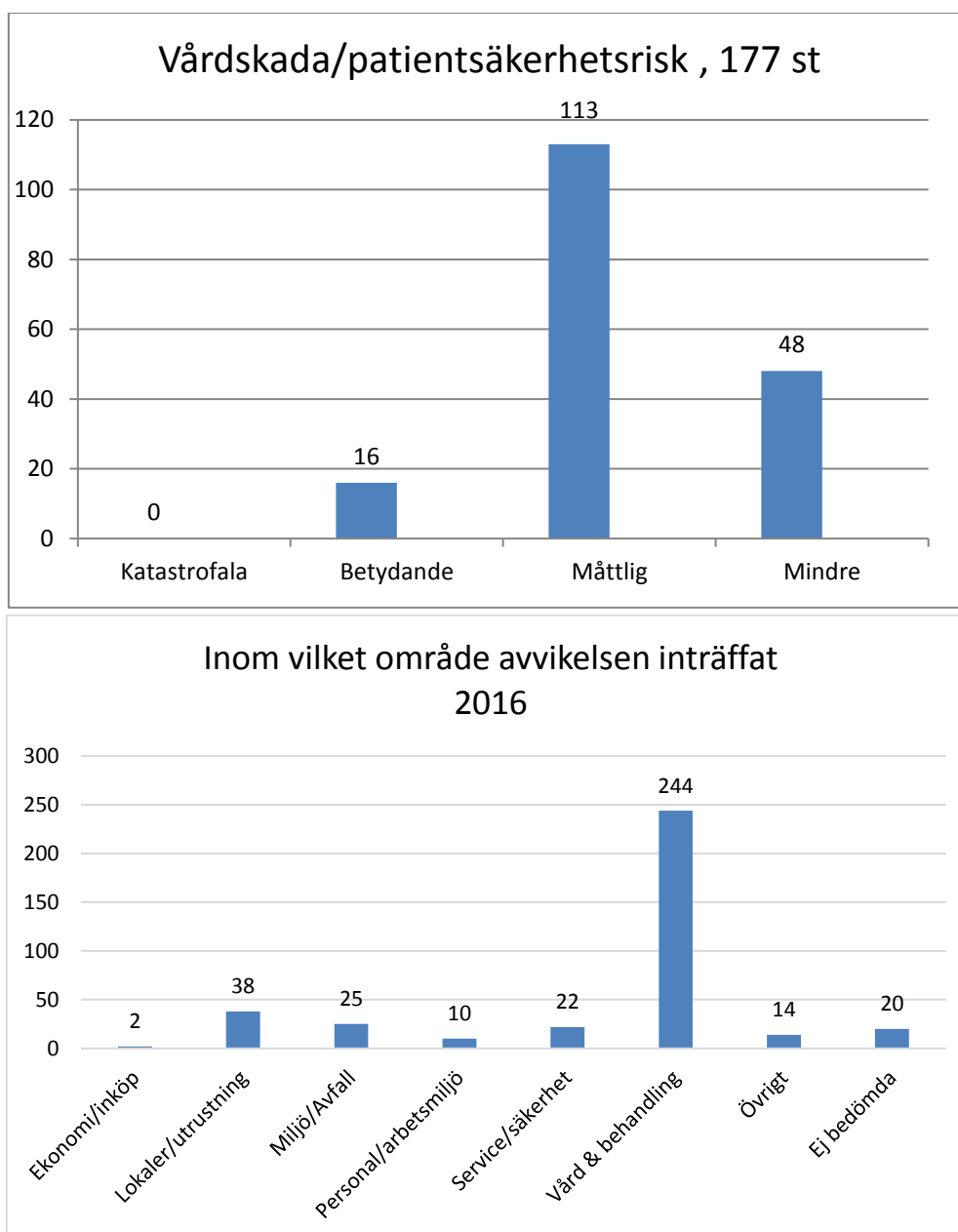
I år har samtliga verksamheter startat ett arbete där de har gått igenom sina huvudprocesser, i vissa fall både huvud- och stödprocesser och utfört riskanalyser i alla steg i processen. Detta arbetssätt planeras att utföras kontinuerligt och inte bara vid större verksamhetsförändringar. Enligt ISO 9000 och 14001 standarderna är detta ett krav för att säkerställa kvalitets- och miljöledningssystemet. 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.

Avvikelsehantering

Sophiahemmets avvikelsehantering syftar till att identifiera svagheter och risker och på så sätt kunna vidta åtgärder för att förhindra att patientsäkerhetsavvikelser uppkommer eller upprepas. Vi har ett elektroniskt avvikelssystem där alla medarbetare kan rapportera in direkt via Intranätet.

Avvikelserna skickas per automatik från rapportör till närmaste chef eller motsvarande som ansvarar för bedömning, genomförande av åtgärder och uppföljning. Vårdgivare rapporterar in i systemet via pappersblankett till kvalitetsutvecklaren som lägger in avvikelserna i systemet och vidarebefordrar till närmaste ansvarig. Avvikelserna följs upp och sammanställs kontinuerligt och rapporteras vid varje ledningens genomgång och till kvalitetsgruppen varje kvartal.

2016 rapporterades det in 375 avvikelser varav 177 stycken var gällande patientsäkerhetsavvikelser 16 stycken hade betydande i allvarlighetsgrad.



Lex Maria

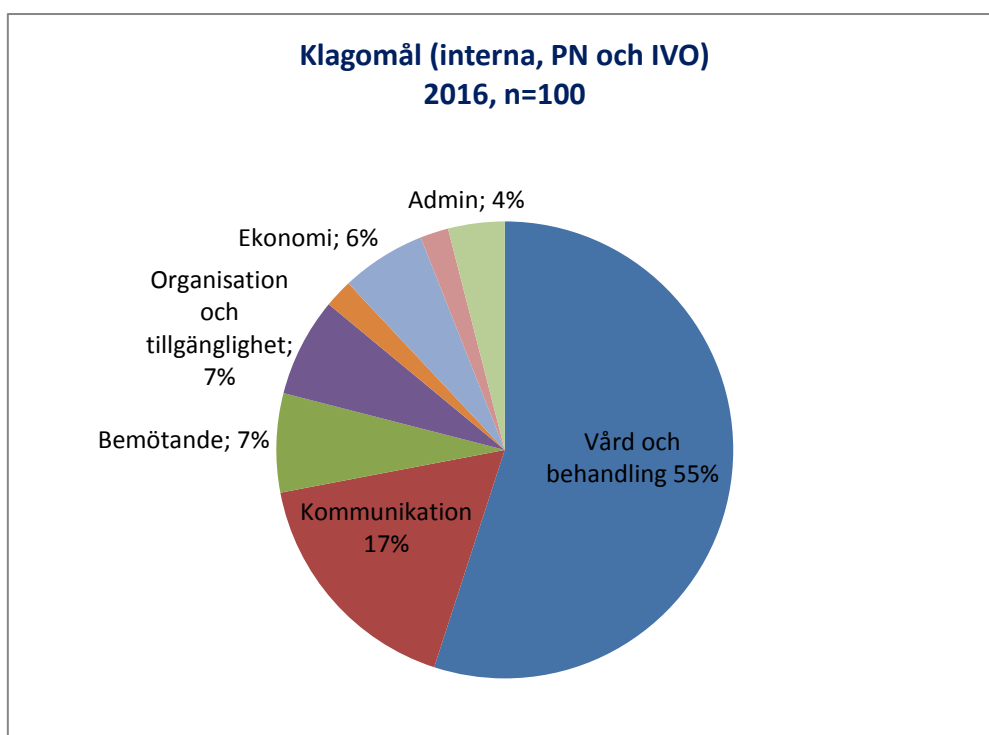
Ärenden eller händelser som leder till eller som kan leda till uppenbar risk för patientskada eller patientdöd, ska anmälas av vårdgivaren själv till IVO, i enlighet med SOSFS 2005:28, och kallas lex Maria-anmälan. Respektive verksamhetschef samt chefläkaren äger beslutet om när en Lex Maria-anmälan ska göras och ansvarar för att en händelseanalys utförs. Chefläkaren erbjuder också stöd och hjälp till den som drabbats av en anmälan. En viktig stödsats, förutom den rent personliga, är att bistå vid utformandet av den anmäldes yttrande.

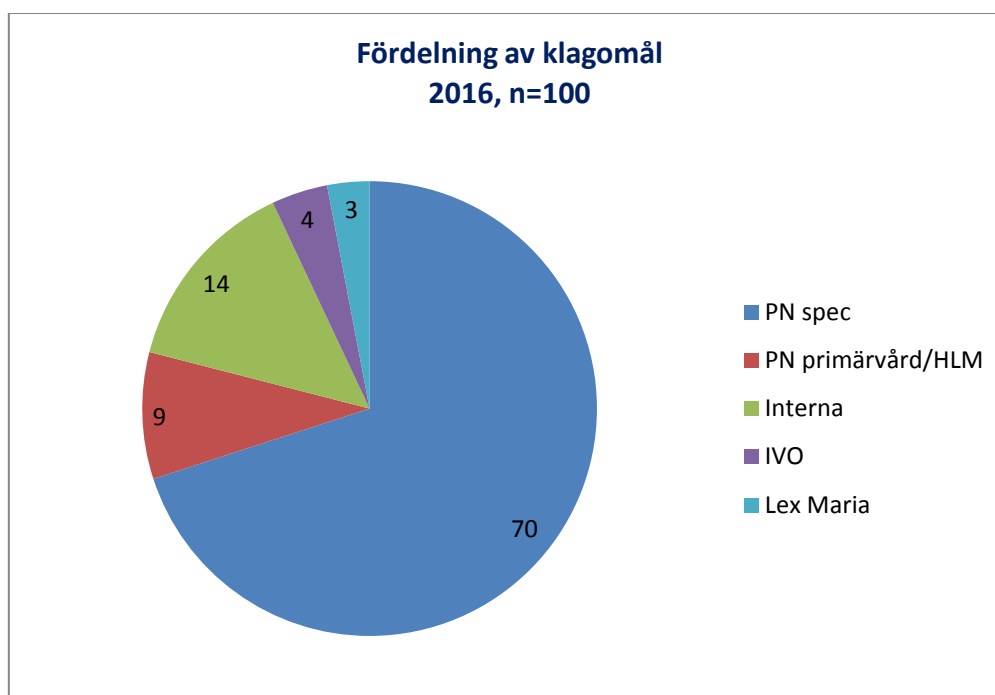
Under 2016 hade vi totalt, på hela sjukhuset, 3 Lex Maria anmälningar. De anmälda händelserna under 2016 handlade i ett fall av bristande utredning av makroskopisk hematuri. Ett misstag av enskild läkare. Utredning tillfyllest och läkaren bedöms inte utgöra fara i vården och ärendet avslutas. Ett fall av ett CT-svar som visar på malignitet men som ej nått remittenten. Rutiner för elektroniskt röntgensvar har ändrats, inga ytterligare åtgärder krävs och ärendet avslutas. Ett fall av insulin tillsatt i glukosdropp till en diabetiker. Patienten sjönk i b-glukos och då höjde man takten på

droppet då man inte noterat insulintillsatsen. Patienten drabbades inte av vårdskada men risk för sådan fanns. Utredning pågår fortfarande.

Klagomålsuppföljning

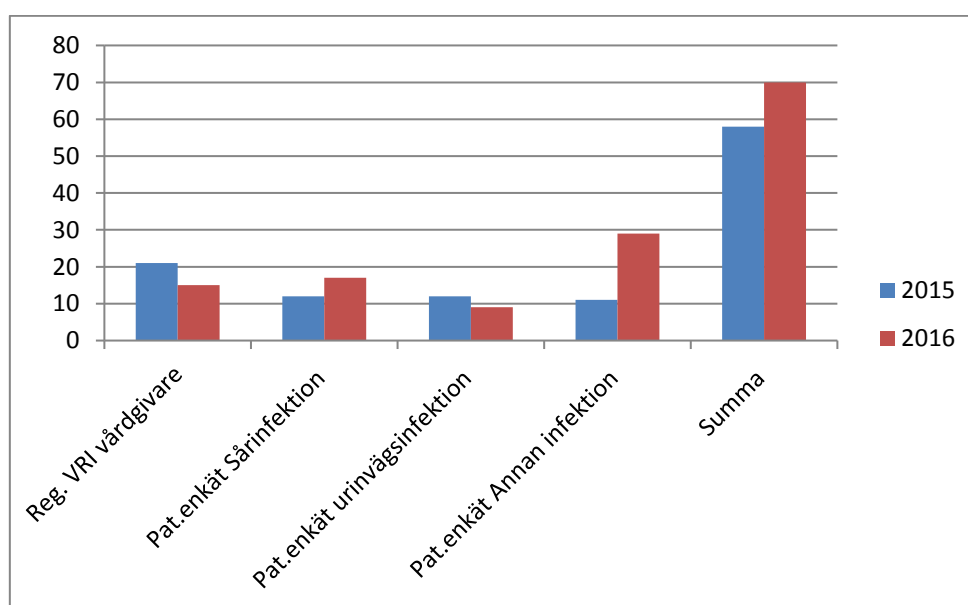
Patientnämnden, PN, är en fristående och opartisk instans som man kostnadsfritt kan vända sig till med frågor, synpunkter eller klagomål som rör landstingsfinansierad hälso- och sjukvård eller tandvård. Enskilda personer kan inte göra en lex Maria-anmälan till IVO, däremot kan man anmäla ett enskilt klagomål via IVO eller internt direkt till chefläkaren. Varje månad får kvalitetsavdelningen en rapport av patientnämnden på antal anmälningar av patienter på sjukhuset som sammanställs och redovisas till sjukhusledningen på ledningens genomgång och i kvalitetsgruppen för ombuden för respektive verksamhet. Rapporten är uppdelad på specialistvård och primärvård. 2016 rapporterades 100 klagomål, internt, genom patientnämnden och till IVO. Nedan ses fördelningen inom vilka områden och hur de har rapporterats in.





Vårdrelaterade infektioner

Samtliga vårdrelaterade infektioner, VRI, ska i första hand rapporteras av patientansvarig läkare till chefläkaren. Rapporteringen har följts sedan 2001 och registreras av kvalitetsutvecklaren. Detta är ett sätt att följa upp de vårdrelaterade infektionerna. Ett annat sätt är punktprevalensmätningar (PPM) av vårdrelaterade infektioner (VRI) som initierades av SKL som ett led i den nationella satsningen för ökad patientsäkerhet. Hösten 2010 var första gången som Sophiahemmet deltog i mätningen och denna mätning genomförs kontinuerligt två gånger per år, under vår och höst i slutenvården. Ytterligare ett sätt att följa upp de vårdrelaterade infektionerna är via svaren i den kontinuerliga patientenkäten på Sophiahemmet, där patienterna tillfrågas om de drabbats av infektion efter vårdtillfället, om de behandlats för denna infektion och vem som har behandlat infektionen.



Markörbaserad journalgranskning, MJG

Socialstyrelsen presenterade hösten 2008 resultatet av den nationella granskningen av vårdskador där man fann att 8,6 procent av vårdtillfällen föranledde skador. Studier har visat att endast 10-20% av skadorna fångas med frivillig avvikelserapportering. Sedan 2014 används Markörbaserad journalgranskning, MJG, på Sophiahemmet enligt Socialstyrelsens handbok. 20 journaler per månad granskas av två erfarna sjuksköterskor. Metoden baseras på att man vid journalgranskning identifierar journaluppgifter, som kan indikera en skada och därefter bedömer man om en skada inträffat och om den i så fall var undvikbar, det vill säga en vårdskada. En gång per månad går chefläkaren igenom de kriterier eller ”triggers” som journalgranskarna funnit och beslutar om vårdskada inträffat. Studien har bland annat lett till att operation och vårdenheten har ändrat sitt arbetssätt för att minska komplikationer med urinretention postoperativt.

Skadorna kategoriseras enligt nedanstående gradering:

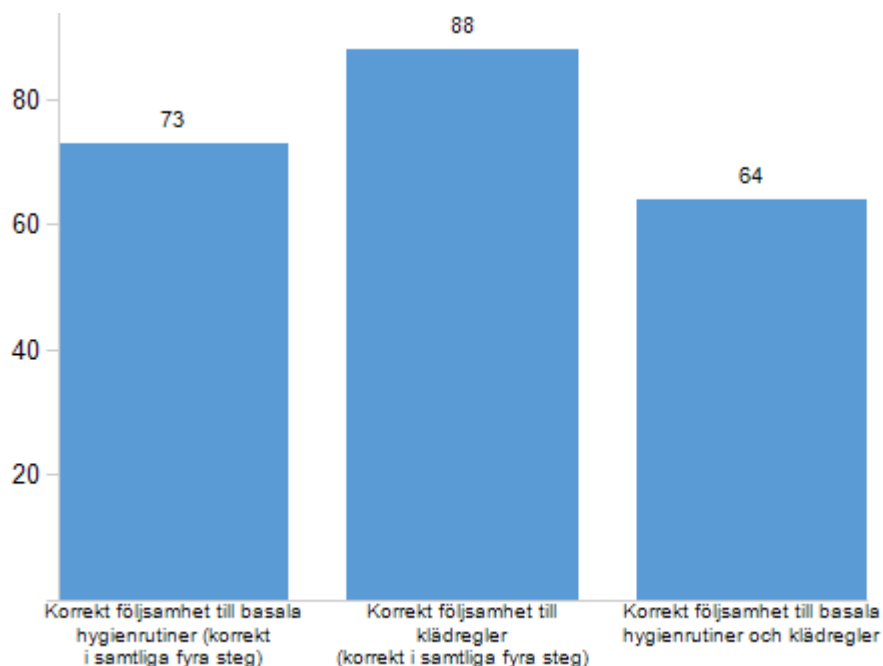
<i>Kategori E</i>	Bidrog till eller resulterade i temporär skada som krävde åtgärd.
<i>Kategori F</i>	Bidrog till eller resulterade i temporär skada som krävde sjukhusvård eller förlängde sjukhusvistelsen
<i>Kategori G</i>	Bidrog till eller orsakade permanent skada.
<i>Kategori H</i>	Krävde livsuppehållande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

Data presenteras i två variabler:

- Skador/ 1000 vård dagar
- Procentuell andel av vårdtillfällen med skada

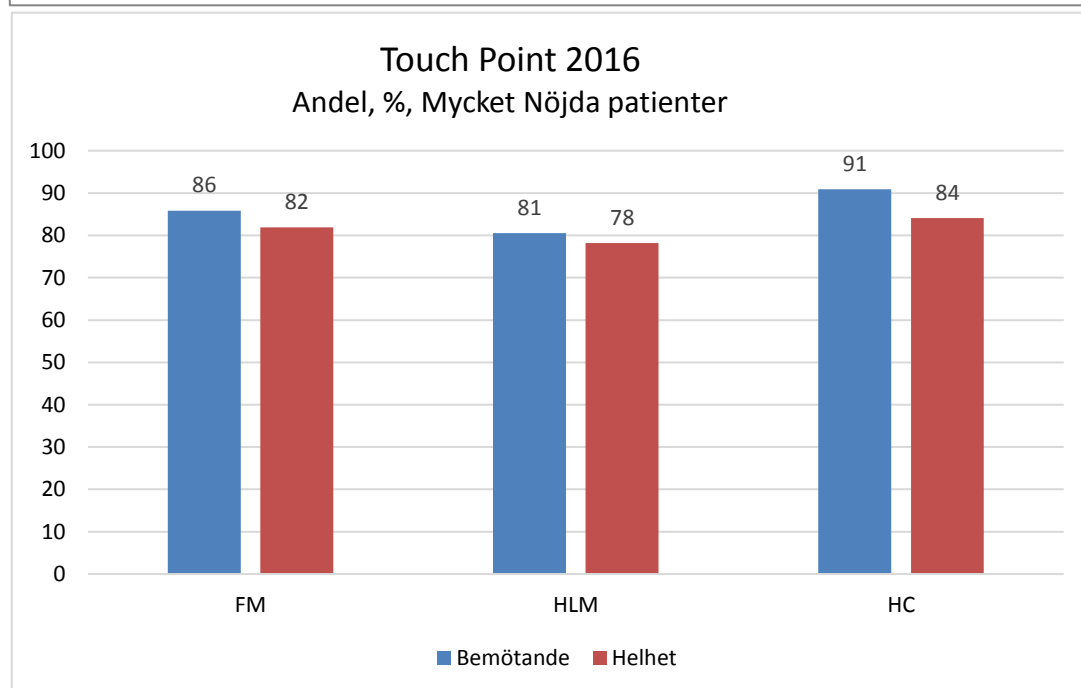
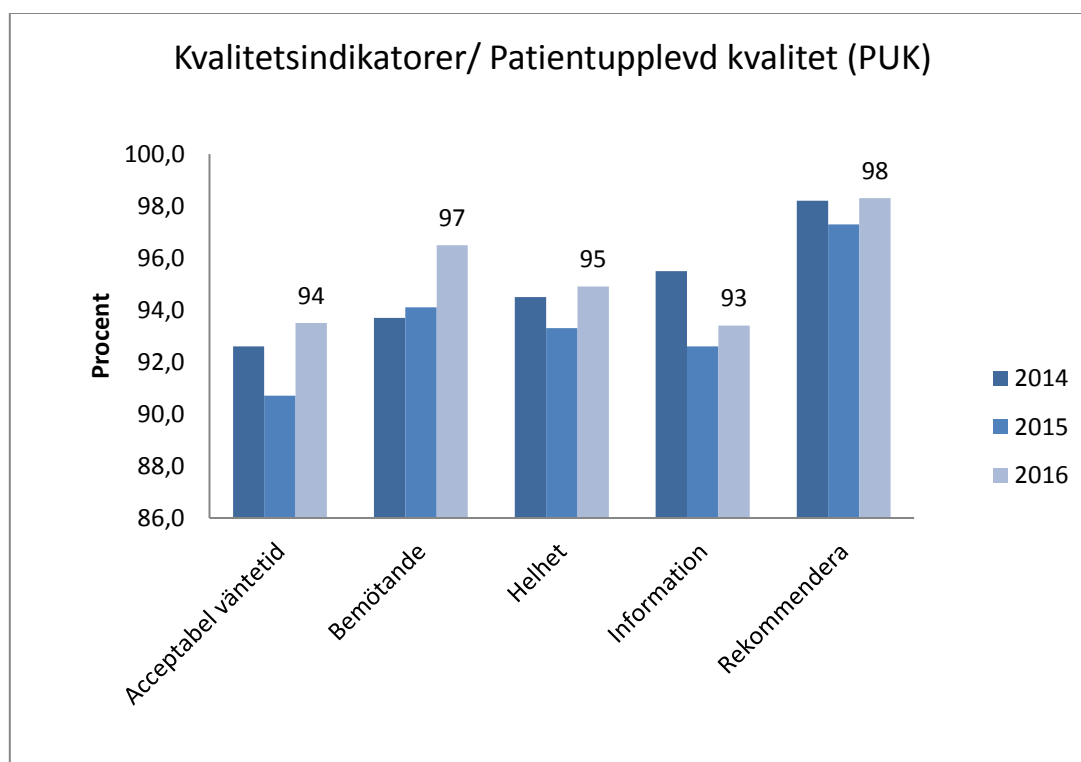
Basala hygienrutiner och klädregler

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). Syftet med basala hygienrutiner och klädregler är att förhindra smittöverföring inom vård och omsorg. Punktprevalensmätning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (BHK) genomfördes för första gången nationellt hösten 2010 och Sophiahemmet deltog redan då med samtliga sjukvårdsverksamheter. Även denna mätning är initierad av SKL och är en observationsstudie som sker en angiven dag 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 rutin eller regler ej är följda. Mätningen genomförs, som med VRI, kontinuerligt vår och höst och sammanställningen redovisas på ledningens genomgång samt i kvalitetsgruppen till ombuden. Varje enhet får dessutom en sammanställning på sitt egna resultat i jämförelse med resten av Sjukhuset och Stockholms läns landsting.



Patientenkät

Uppföljning av patientnöjdhet genomförs kontinuerligt på varje enhet. Frågor för att mäta gemensamma mål ställs generellt. Kvalitetsindikatorer med särskilt fokus är väntetid, bemötande, helhet, information och om man kan tänka sig att rekommendera. Varje enhet ansvarar för de frågor som ställs till patienterna och kan, förutom övergripande frågor, välja de frågor och problemområden som önskas mätas och är av intresse för enheten. Patienternas upplevelse av vården och bemötandet är värdefull och lärorik kunskap som återkopplas till verksamheterna via de ombud som ansvarar för undersökningarna lokalt. Nytt för i år är att våra mottagningar har rustats med en så kallad Touch Point. Det innebär att patienten får svara på hur sjukhusupplevelsen varit genom att trycka på olika alternativ på en display i respektive mottagningsentré. Genom att patienten i direkt anslutning till besöket får möjlighet att svara, och tekniken dessutom är sådan att det är mycket enkelt att medverka, så har man ökat svarsfrekvensen markant.



Kvalitetsmål

Sophiahemmets övergripande kvalitetsmål fastställs av ledningen vart femte år och utgår från kvalitetspolicyn samt kundkrav. Verksamhetschef ansvarar för att handlingsplaner för kvalitetsarbetet upprättas inom den egna verksamheten och resurser för arbetet ingår i ordinarie budget.

Sophiahemmets övergripande kvalitetsmål, för perioden 2012- 2016, har inriktning mot ökad patientsäkerhet och tillfredsställelse genom att:

1. Minska antalet vårdskador enligt MJG till 0
2. Minska antalet VRI vid punktprevalensmätningarna till 0

3. Förbättra följsamheten till BHK vid punktprevalensmätningarna till att bli 100 %.
4. Ytterligare förbättra positioneringarna i de Nationella Kvalitetsregister där SH deltar
5. Halvera andelen klagomål som berör bemötandet från ursprungliga 22 %
6. Minska andelen betydande eller katastrofala patientsäkerhetsrisker till 0

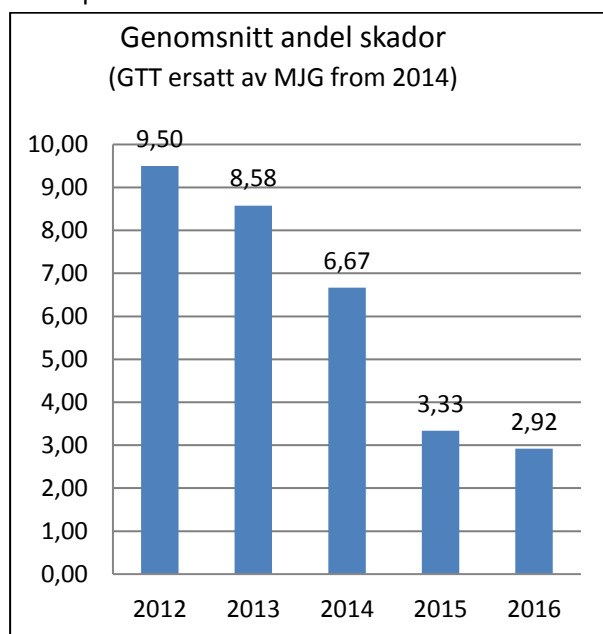
Utfallsredovisning

Kvalitetsmål 1, Vårdskador

Att minska andelen vårdskador till 0 under perioden 2012- 2016 inom slutenvården

Resultat: Ej Uppnått.

Avvikande mätmetod jämfört med ursprunglig definition 2012. Mätmetod har bytts under perioden, från Global Trigger Tool, GTT till Markörbaserad Journalgranskning, MJG. Även om resultatet inte blivit 0 visar mätningen att antalet och andelen funna vårdskador har minskat under perioden, vilket är ett positivt resultat.



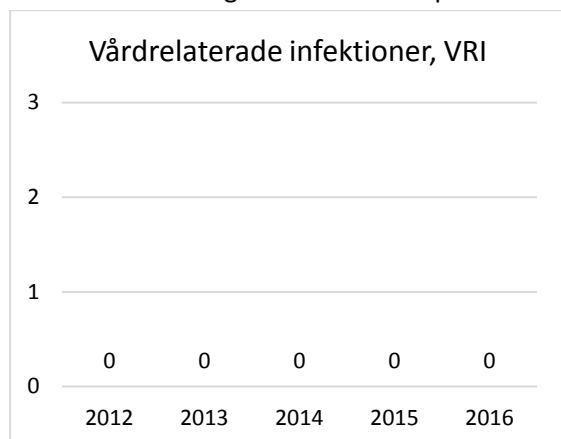
	2012	2013	2014	2015	2016
Genomsnitt av andel skador i procent	9,50	8,58	6,67	3,33	2,92
Antal funna skador/1000 vårddagar	38	28	26	13	11

Kvalitetsmål 2, Vårdrelaterade infektioner

Att minska antalet vårdrelaterade infektioner, VRI, till 0 under perioden 2012- 2016 inom slutenvården.

Resultat: Uppnått

Sophiahemmet har deltagit i SKL/SLL:s ppm-mätning två ggr per år, våren under v 12-13 och på hösten v 42-43. Ingen infektion har påvisats under något av mättillfällena.



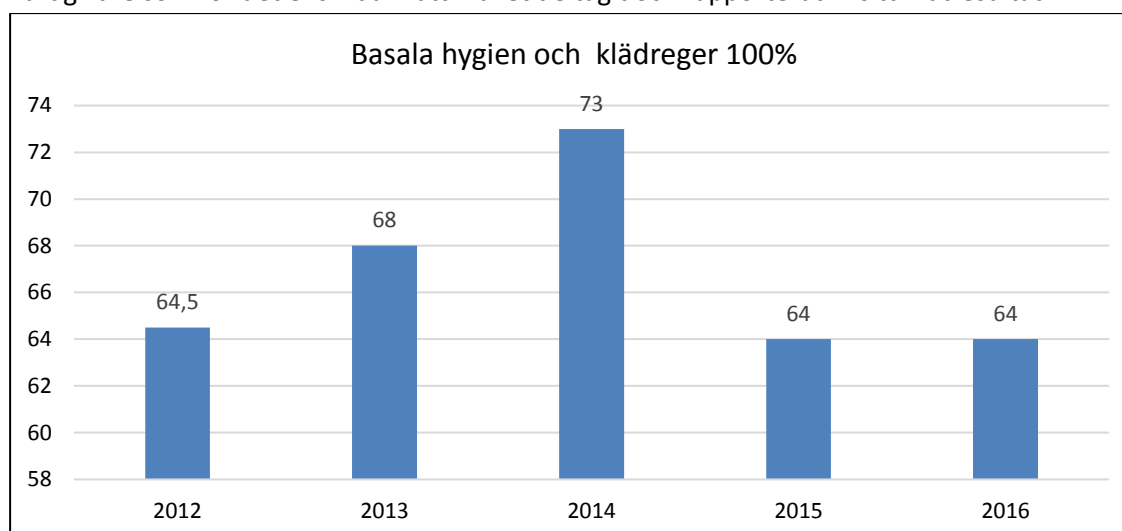
	2012	2013	2014	2015	2016
Vårdrelaterade infektioner VRI	0	0	0	0	0

Kvalitetsmål 3, Basala hygienrutiner och klädregler

Att öka följsamheten till Basala hygienrutiner och Klädregler, BHK, till 100 % under perioden 2012- 2016 inom samtliga vårdverksamheter.

Resultat: Ej uppnått

Avvikande mätmetod jämfört med ursprunglig definition 2012. Resultatet inkluderar även de vårdgivare som för det enskilda mättillfället deltagit och rapporterat in sitt mätresultat.

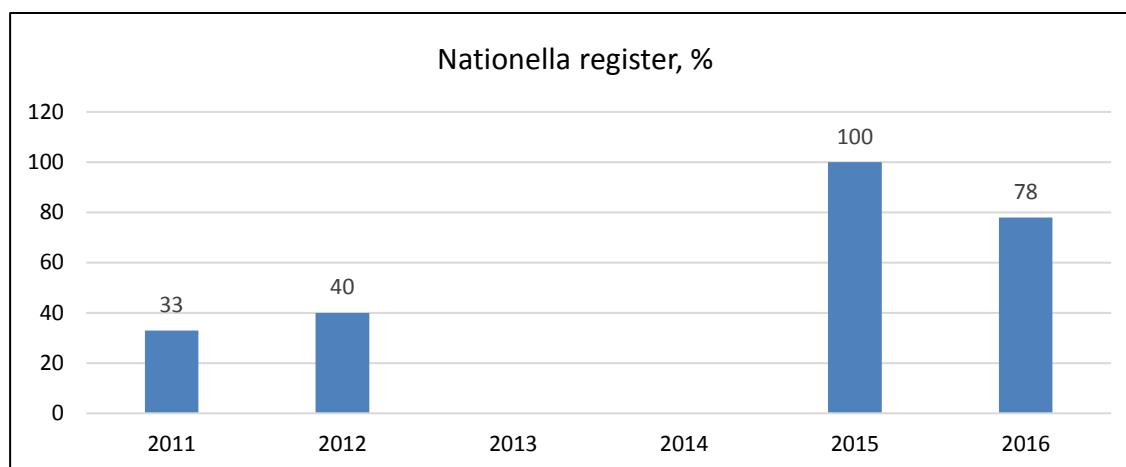


	2012	2013	2014	2015	2016
Basala hygien och klädregler, BHK 100 %	64,5	68	73	64	64

Kvalitetsmål 4, Nationella kvalitetsregister

Att redovisade resultat från, de för Sophiahemmets verksamheter, relevanta kvalitetsregister innebär en positionering i den bästa kvartilen i de årliga resultatrapporterna. Resultat: Uppnått

Avvikande mätmetod jämfört med ursprunglig definition 2012. Resultat för 2013 och 2014 saknas.



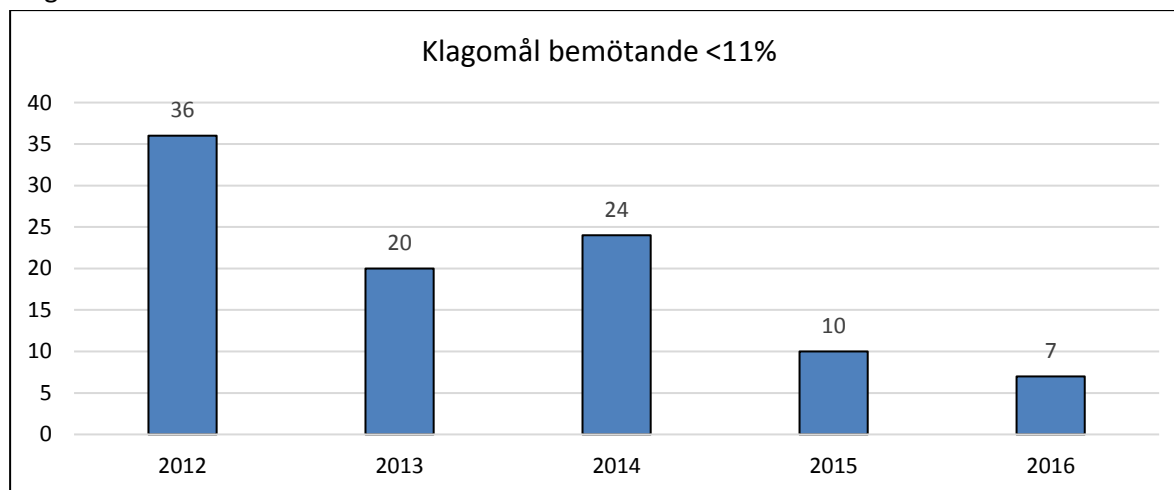
	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Nat Q reg 100% bästa kvartil	33	40			100	78

Kvalitetsmål 5, Bemötande

Att minska andelen klagomål som berör bemötandet till 11 % under perioden 2012- 2016.

Resultat: Uppnått

Avvikande mätmetod jämfört med ursprunglig definition 2012. Mätmetod ändrades i samband med att ny chefläkare tillträdde 2014. Mätningen inkluderar både Sophiahemmets egna verksamheter och vårdgivare. Under perioden har patientnämnden ändrat sin återkoppling av rapportering av klagomål.



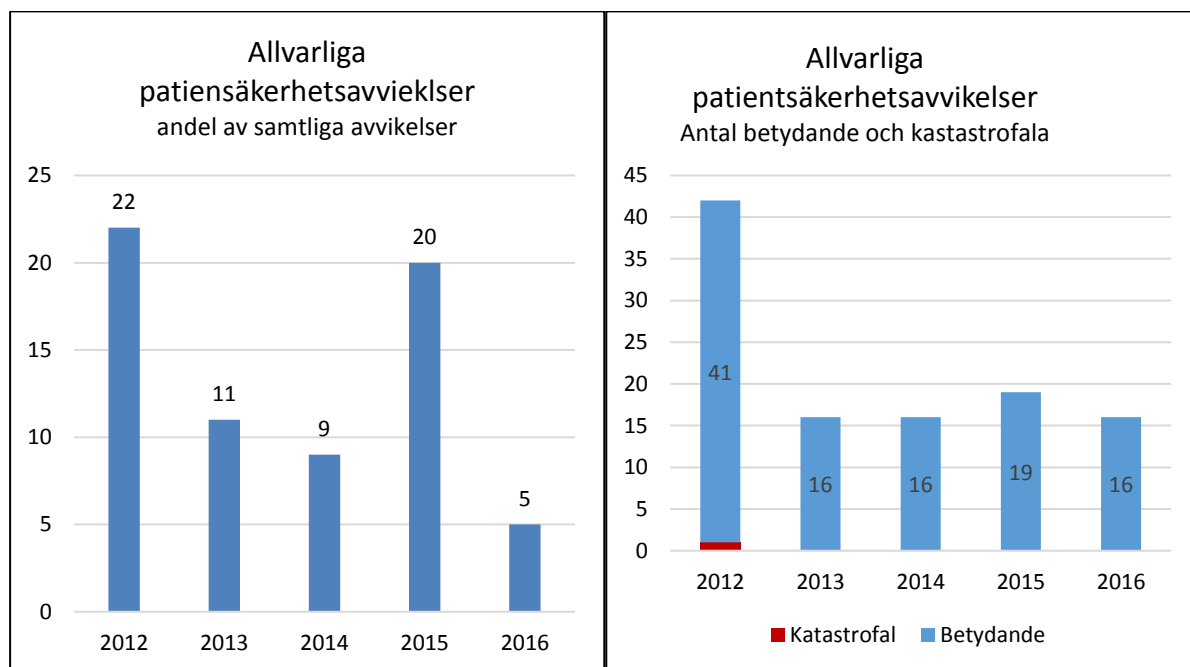
	2012	2013	2014	2015	2016
Klagomål bemötande <11%	36	20	24	10	9

Kvalitetsmål 6, Allvarliga patientavvikelser

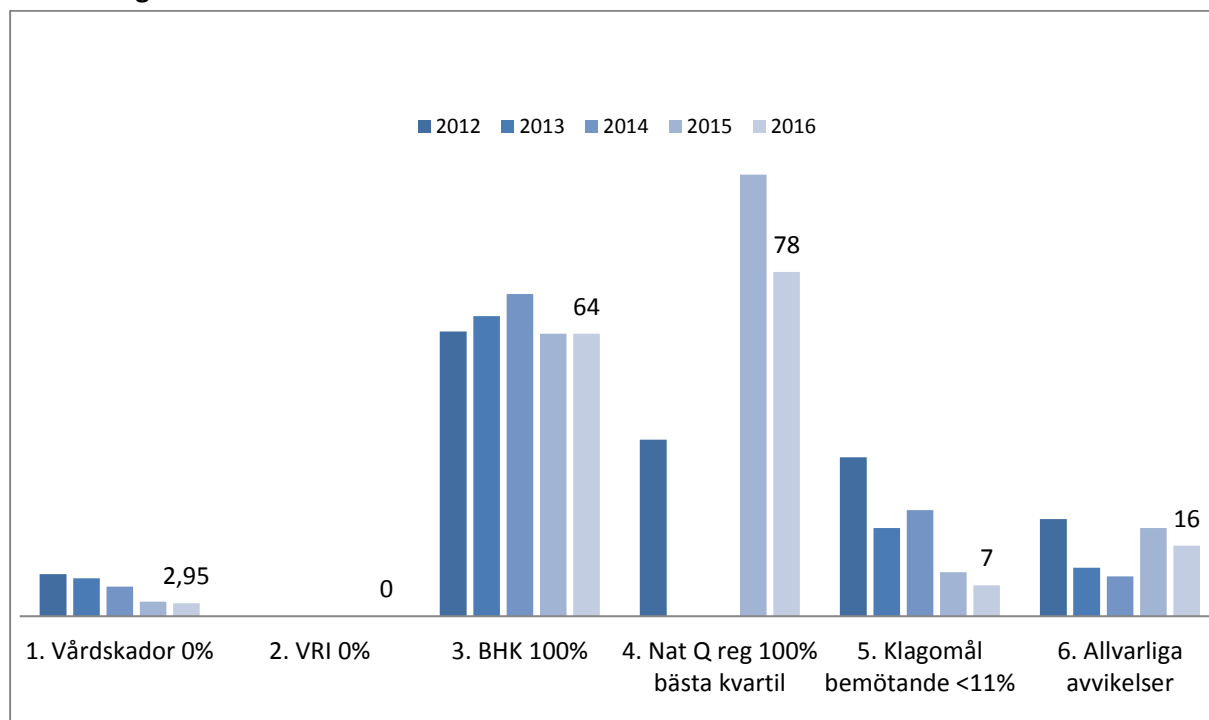
Att antalet allvarliga patientsäkerhetsavvikelser, med betydande eller katastrofal risk, minskar till 0 under perioden 2012- 2016.

Resultat: Ej uppnått

Avvikande mätmetod jämfört med ursprunglig definition 2012. Klassificeringen av avvikelser förändrades 2016, oklart dock om det nämnvärt har påverkat mätmetoden.



	2012	2013	2014	2015	2016
Allvarliga avvikelser 0%	22	11	9	20	5
Allvarliga avvikelser antal	42	16	16	19	16

Summering

Kvalitetsförbättringar under 2016

- Implementering av elektroniskt mötesverktyg, RunYourMeeting.
- Implementering, för Sophiahemmet ett nytt sätt att arbeta med, fastställande och uppföljning av verksamhetsplanering i ett nytt ledningssystemverktyg, Stratsys.
- Översiktlig tillgänglighetsbesiktning av Sophiahemmets lokaler.
- Definierat och påbörjat arbetet med övergång till nya ISO standarder
- Ändrat kategoriseringen och värderingen av avvikelser, följer patientnämndens nya (?) kategorisering
- Arbetat fram en hållbarhetspolicy, koncerngemensam som ersätter tidigare Kvalitets- och Miljöpolicy
- Definierat och påbörjat arbetet med att införa ett nytt ackrediteringssystem för vårdgivarna.
- Ny extern hemsida lanserades för Sophiahemmets Sjukhus.
- Under 2016 påbörjade Sophiahemmet arbetet med att införa e-faktura för våra leverantörer.
- I samband med lanseringen av hemsidan lanserade Hälsocentralen en helt ny hemsida, med aktuell och utökad information till deras patienter, bland annat kan patienterna skriva ut ett hälso- och sjukvårdsformulär som krävs vid det uppföljande läkarbesöket efter provtagningen.
- Ny rutin gällande våra patientinformationer. Alla patientinformationer godkänns i vårt dokumenthanteringssystem av chefläkare och biträdande sjukhuschef innan de tas i bruk för att säkerställa att den mest aktuella informationen når ut till våra patienter.
- Ändring av kategorisering av avvikelser i enlighet av patientnämnden och nytt avvikelseflöde i systemet i enlighet med nya krav (SOSFS 20151:12) för allvarliga avvikelser.
- Införandet av journalsystemet Take Care på Husläkarmottagningen och ett påbörjat planeringsarbetet för Hälsocentralen, för en säker och sammanhållen digital journalföring.
- Flera medarbetare från Sophiahemmet har deltagit på den nationella konferensen om patientsäkerhet för att nätverka men också för att få ta del av det senaste inom patientsäkerhet.
- Fortsatt arbete med ett hjärtsäkert sjukhus, där kontinuerlig HLR-utbildning ges till alla medarbetare.
- Samtliga medarbetare på vår operationsavdelning har genomfört HLR-utbildning under 2016 och även utsatts för akutlarmsövningar under året för att upprätthålla kompetensen.
- Vår operationsavdelning har infört kontaktpersoner till vårdgivarna (kirurgerna) för att få ett ännu bättre samarbete och för att säkerställa att rutinförändringar når ut i alla led.
- Flera olika studier har pågått under året på vår operationsavdelning bl a en temperaturstudie, för att motverka nedkylning av patient under operation och illamåendestudie för att utvärdera behandling mot postoperativt illamående.
- En flödesmonitor är uppsatt på preoperation för att få till ett bättre flöde där personalen kan förbereda patienten i tid så man slipper onödiga väntetid.
- Vår operationsavdelning har haft workshop med Stockholms fotkirurgiklinik för att säkerställa kompetens och för att få till en god teamkänsla vilket i sin tur gynnar patienterna.
- Fortbildning av all personal på operationsavdelningen har skett under året på olika nivåer och i olika former bland annat regionala studiedagar, utbildning på nya sprutpumpar och flera av personalen har deltagit på ANIVA-dagarna (anordnas av Riksföreningen för anestesi och intensivvård) och sterildagarna (anordnas av steriltekniska föreningen).

- Nya rutiner och arbetssätt på sterilenheten för att optimera verksamheten då operation har ökat sin produktion.
- Vår Husläkarmottagning har startat en Astma/Kol mottagning för att på så sätt förbättra omhändertagandet och öka tillgängligheten för den patientgruppen.
- Distriktsköterska har utbildats i ett rådgivningsstöd för telefoni- och sjukvårdsrådgivning.
- Vår Husläkarmottagningen har startat en ny äldremottagning med en nyanställd geriatriker som specialist för den patientgruppen.
- Vårdavdelningen har under sommaren haft stambyte och utförde en omfattande riskanalys inför det arbetet som fortlöpte fint och enligt planeringen.
- Vårdavdelningen har under 2016 förberett sig för start av vårdval höfter och knä genom att skriva nya vårdprogram, köpa in material samt utbilda personalen i omhändertagandet av den här nya patientgruppen.
- Vårdavdelningen fortsätter och satsar på att arbeta med LEAN för att utveckla verksamheten på rätt sätt.
- Nya effektiva rutiner har vårdavdelningen arbetat fram vid inskrivning av ny patient.
- Vårdavdelningen har ett nytt arbetssätt där de delar patienterna efter vårdtyngd inför varje arbetspass för att motverka sned fördelning av arbetsuppgifter hos personalen och öka risken för sämre omvårdnad för patienterna.
- Nya rutiner vid inskrivning av ny patient på vårdavdelningen gör det enklare och effektivare och mer tid kan läggas på omvårdnaden.
- Kontinuerliga föreläsningar ges av vårdgivarna till vårdenheten för att säkerställa att rätt eftervård ges för specifika ingrepp.
- Vår Försäkringsmottagning når 100 % följsamhet i basala hygienrutiner och klädregler både i vårens och höstens mätningar 2016.

Ledningssystem

Sophiahemmets ledningssystem för kvalitet och miljö omfattar policys, rutiner, processer, checklistor, handböcker, mallar och blanketter men även länkar till externa styrdokument som till exempel lagar, vårdprogram och hygienregler. Ledningssystemet syftar till att tydliggöra hur policys och regelverk ska praktiseras för att säkerställa patientsäkerhet, patientnöjdhet och miljö.

Till hjälp i det dagliga arbetet har en verksamhetshandbok för kvalitet och miljö tagits fram och finns tillgänglig via Sophiahemmets intranät och dokumenthanteringssystem. Även lokala styrande dokument finns inlagda i systemet, där de är lätt tillgängliga för alla berörda.

Ledningssystemet har granskats och godkänts enligt de internationella standarderna ISO 9001:2008 och ISO 14001:2004. Ledningssystemet uppfyller även de krav som ställs i Socialstyrelsens författning om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9).

Processer

Sophiahemmets huvud-, lednings- och verksamhetsprocesser identifierades, beskrevs och dokumenterades inför kvalitetscertifieringen under 2007-2008. Samtliga processer presenteras i flödeskartor. Huvudprocess och ledningens process fastställs av VD och revideras årligen, och vid förändring, i samråd med ledningsgrupp. Verksamhetschef är processägare i verksamhetsprocesserna och dessa utvärderas kontinuerligt och uppdateras vid behov.

Dokumenthantering

För att säkerställa processen dokumenthantering använder Sophiahemmet sedan 2007 ett datoriserat dokumenthanteringssystem, Centuri. Systemet garanterar spårbarhet och versionshantering och ger möjligheter att koppla dokument till olika behörighetsroller. Varje dokument förses med ett unikt nummer och har en tidsbegränsning varefter dokumentet måste revideras och godkännas på nytt. Dokumenten kan göras öppna eller konfidentiella. Vid ny version av ett dokument arkiveras den föregående automatiskt men även direktarkivering är möjlig. Arkiveringstid bestäms av organisationens arkiveringsregler och myndigheters krav på spårbarhet. Systemet rymmer idag drygt 20 000 dokument inklusive arkiverade. Projektledare är systemägare. Alla medarbetare har tillgång till systemet och vårdgivare har åtkomst till möjlighet att hitta gemensam information såsom rutiner, blanketter och minnesanteckningar via Sophiahemmets intranät, Insidan. Behörighetsroller i systemet är samordnare, delsamordnare, godkännare, utfärdare och läsare. I dokumenthanteringssystemet förvaras styrande dokument som rutiner, policys och mål och redovisande dokument som minnesanteckningar, resultat och förteckningar. Varje verksamhet har sin egen del och delar gemensamt på övergripande dokument. Systemet innefattar även avtalsuppföljning och elektroniskt avvikelshantering.

Kommunikation

Till stöd vid extern och intern kommunikation har Sophiahemmet förutom dokumenthanteringssystemet, intranätet Insidan och hemsidan. Alla medarbetare och vårdgivare kan lägga in nyheter, anslag och punkter till kalendariet, som är av intresse för alla, på Insidan. Via intranätet ligger också direktlänkar till gemensamma system t.ex. för avvikelshantering och beställningar. Den externa hemsidan är avsedd för extern kommunikation och delas av sjukhus, högskola och forskning. Här har alla enheter bidragit med eget material och ansvarar gemensamt för att informationen är aktuell och hålls levande. Tidningen SophiaNytt är den äldsta, av nuvarande kommunikationskanaler, och grundades redan 1989 som en interntidning, SophiaNytt utges två gånger per år och distribueras internt till medarbetare samt externt till medlemmar i den Ideella föreningen. Tidningens artiklar publiceras fristående på hemsidan under respektive ämnesområde. Både hemsidan och SophiaNytt är varumärkesbyggande dokument som ingår i utvecklingsarbetet med den strategiska plattformen för marknadsföring.

Intressenter och krav

Sophiahemmets kundgrupper kan indelas i beställare, partners och patienter. Till beställargruppen hör försäkringsbolag, företag och landsting. Till partners räknas verksamma vårdgivare vid Sophiahemmet och remittenter. Patienterna utgör både direkt och indirekt kundgrupp till Sophiahemmet. Relationen till de olika kundgrupperna styrs av lagkrav och avtal. Identifiering av kundkrav och förväntningar görs vid upprättande av avtal men även vid kontroll av lagefterlevnad och genom kundundersökningar. Uppföljning av lagefterlevnad och mätning av kundupplevelsen genomförs årligen, med hjälp av datoriserat frågeverktyg, för att få kännedom om och mäta kundupplevelsen i verksamheterna. Dessa uppföljningar har visat att lagefterlevnaden är god och att Sophiahemmet väl lever upp till kundernas krav och förväntningar. Ett förbättringsområde är dock information och arbetet med att utveckla och samordna informationen på ett mer kundanpassat sätt pågår ständigt. Kommunikationen med kunder sker med hjälp av hemsidan, intranät, mail, telefon, brev och personlig kontakt.

Revisioner

Intern revision

Intern revision genomförs årligen och syftar till att ständigt förbättra verksamheterna och få en bekräftelse på att vi uppfyller de krav som vi själva, lagar och förordningar och certifieringarna i miljö och kvalitet ställer. 4 avvikelser rapporterades från intern revisorerna. Avvikelsena som observerades under internrevisionen åtgärdas före den externa revisionen som sker på hösten.

Styrkor	• Kompetent och sammansvetsad personal • Sophiahemmets rutiner och rekommendationer följs gällande avfall och samarbete med Service Center fungerar bra • Sammanhållen, liten organisation, med korta beslutsvägar • Engagerad och kunnig ledning • Ansvar och befogenheter väl definierade • God avvikelsehantering, systematiska arbetssätt och god ordning • Hög kundnöjdhet, högt förtroende hos patienterna • Starkt varumärke och attraktiv arbetsplats • God tillgänglighet, specialistkompetens
Svagheter	• Otydligt när personalen senast deltagit i någon typ av miljöutbildning • Kompetensutveckling inom miljö/hållbarhet kan förbättras • Personalomsättning • Avsaknad av definierad modell för ledningssystem • Lokalerna behöver rustas upp • Brister i kommunikationskanaler kan hindra sammanhållen utveckling • Digital mognadsgrad följer inte alltid utveckling av metoder och arbetssätt • Bristande uppföljning av avvikelser
Möjligheter	• införa/testa återvinning av matavfall • omvärldskrav på redovisning och utvärdering av hållbarhetsarbete • Nya verksamheter i Lill-Janshuset • Tillgång till dokumenthanteringssystem • Sprida och dela med sig av kompetensutveckling till varandra • Utvecklat samarbete mellan vårdenheter • Riskbedömning av arbetsprocesser • Framtidens hälso- och sjukvård, vårdval och samverkan med andra vårdgivare
Hot	• Bristande tillgång till Insidan • Olika journalsystem för vårdgivare och SH:s verksamheter, ej kompatibla • Digitaliseringen: svårt för viss och lätt för andra • Telefonhot kan inte längre spelas in efter uppgraderingen av telesystem • Branddörr saknas till journalarkiv • Prispress och ökade administrativa krav • Säkerhetsrisker i digital utveckling och sociala media • Bristande uppföljning av utfall

Extern revision

Extern revision inom miljö och kvalitet genomfördes i september 2016 av revisorer från Intertek. Åtta enheter granskades och en mindre avvikelse rapporterades. Sophiahemmet rekommenderades fortsatt innehav av kvalitets- och miljöcertifikat.

Styrkor	Ledningens engagemang på alla nivåer. Hög kompetens på medarbetare. Stort fokus på förbättringsarbete - både kvalitet och miljö.
Svagheter	Dokument som rör leverantörsbedömningar och miljökrav i ledningssystemet är inte kända i samtliga verksamheter (gäller vårdgivare). Gå igenom utrymmen där kemikalier förvaras, dessa måste förvaras utan risk för läckage (invalade) om det finns golvsbrunn (i regel äldre byggnader).
Möjligheter	Koppla miljöpåverkan tydligare till verksamhetens processer. Genomför riskinventering och riskhantering i samtliga processer. Beakta miljöpåverkan även i avvikelser som inte är direkt kategoriserade som miljöavvikelser.
Hot	Implementering av CLP-förordningen brister, vilket skulle kunna utgöra en risk för medarbetare (och patienter/besökare) i hanteringen av kemikalier.

Säkerhetsrådgivarens rapport

Avtal med säkerhetsrådgivare är ett lagkrav för verksamheter som hanterar farligt gods. Med farligt avfall avses avfall som kan ha skadlig inverkan på hälsa och miljö (ex. stickande/skärande, smittförande, kemiskt avfall). Säkerhetsrådgivaren genomför årligen en säkerhetsrond för att tillse att farligt avfall hanteras enligt gällande lagar och föreskrifter. I rapporten från senaste rond ger säkerhetsrådgivaren en mycket positiv syn på Sophiahemmets arbete och har bara små problem att anmärka på i verksamheten.

- Felaktigt förslutna kanylburkar är ett ständigt återkommande problem vilket medför ökad risk för stick- och skärskador.
- Skyltning. Främst skyltning på dörrar där avfall förvaras i väntan på intern transport till miljöcentralen. Enligt AFS 2014:40 trädde lagstiftningen om användandet av nya piktogram i kraft fr.o.m. 1 juni 2015. Fram till den 1 juni 2019 får dock varningsskyltar enligt den äldre lydelsen användas.
- Hantering och förvaring av kemikalier i sköljar, ex flytande diskmedel. Skall hanteras försiktigt av personal iklädd personlig skyddsutrustning (skyddsglasögon av heltäckande typ, kemikalieresistent handskar samt heltäckande kläder.) Diskmedelsdunkar som förvaras fritt på golv, ska stå i back liknande annat kärl så att möjligheten till oavsiktligt utsläpp begränsas. Diskmedelsdunkar som förvaras så att de av oaksamhet inte kan vältras (ex bakom en dörr/lucka) anses inte behöva förvaras i back el liknande kärl.
- Det måste säkerställas att ny personal får en korrekt dokumenterad introduktion avseende rutiner och instruktioner gällande främst avfall som klassas som farligt gods.

Forskning

Styrelsens forskningsutskott, FU, är ett av Ideella Föreningens fyra styrelseorgan, såsom beskrivet i kapitlet "Organisation". Ordförande och sammankallande för FU är styrelsemedlemmen Professor Peter Aspelin, nyinvald 2009 i Ideella Föreningens styrelse och tidigare ordförande för Svenska Läkaresällskapet. I FU ingår ytterligare en ledamot från Ideella Föreningens styrelse samt högskolans

professor i omvårdnadsforskning, rektor, chefläkare, studierektor för forskning och forskarutbildning samt ett antal forskningsaktiva vårdgivare.

Sophiahemmet Högskola har en aktiv forskningstradition inom området omvårdnadsvetenskap och en professur inom detta område. För närvarande finns ett 30-tal forskare och doktorander vid Högskolan. Forskarutbildningen finansieras huvudsakligen av Ideella Föreningen i avvaktan på att Högskolan får statliga forskningsanslag.

Vid Sophiahemmet Sjukhus bedrivs forskning främst om cancersjukdomar, diabetes, fotkirurgi, inflammatorisk tarmsjukdom (IBD), gynekologi, provrörsbefruktning och ögonsjukdomar. Utöver dessa områden stödjer Sophiahemmet ideell förening forskning vid Artrokliniken genom dess Centrum för idrottsskadeforskning och utbildning.

FU har till uppgift att fördela forskningsanslagen från ideella föreningen och för denna grannlaga uppgift använder man sig av en extern beredningsgrupp. I samband med anslagsutdelningen anordnar FU också en årlig högtidsföreläsning.

Årtal	Föreläsare	Titel
2004	Doc. K-G Nygren	<i>IVF</i>
2005	Prof. Robert Löfberg	<i>IBD</i>
2006	Prof. Per Renström	<i>Vad vore svensk idrott utan idrottsmedicinsk forskning?</i>
2007	Prof. Bo Philipson	<i>Ögonkirurgi- en fantastisk utveckling</i>
2008	Doc. Göran Lundegårdh	<i>Obesitasoperationer</i>
2009	Prof. Kerstin Brismar	<i>Diabetes- en folksjukdom</i>
2010	Prof. Peter Aspelin	<i>Imaging, en resa från en 2D skugga till en 3D verklighet</i>
2011	Prof. Ingela Rådestad	<i>Barn som dör före födelsen - möjligheter att förhindra barns död och förebygga psykisk ohälsa</i>
2012	Suzanne Werner	<i>Att förebygga idrottsskador, en lyckad satsning ur många perspektiv</i>
2013	Prof. Robert Löfberg	<i>Avancerad diagnostik och behandling vid inflammatoriska tarmsjukdomar</i>
2014	Prof. Ulrika Kreicberg	<i>Vården av det döende barnet påverkar familjens psykiska hälsa på lång sikt</i>
2015	Prof. Unn-Britt Johansson	<i>Fysisk aktivitet och personcentrerad vård för bättre hälsa vid diabetes</i>
2016	Prof. Johanna Adami	<i>Orsak och verkan - en epidemiologisk exposé</i>

Ett annat stort projekt var etableringen av ett forskningslaboratorium 2010. Etableringen var möjlig tack vare ett bidrag från Ruth och Rickard Julins stiftelse. Förhoppningen är att etablering av forskningslaboratoriet ytterligare ska stimulera till nya forskningsaktiviteter.

Utbildning

Brandutbildning

Alla medarbetare på Sophiahemmet ska ha en grundläggande brandutbildning. Brandpärm finns på Intranätet och all personal delges aktuell information.

Hjärt- och lungräddning

På Sophiahemmet pågår projektet "Hjärtsäkert sjukhus", sedan 2015. Målet är att om någon, patient eller personal, drabbas av hjärtstopp så ska räddningsinsatser sättas in. För att kunna förbättra utfallet för patienter som drabbas av hjärtstopp är det viktigt att följa riktlinjerna från Svenska rådet

för hjärt-lungräddning (HLR-rådet). Detta innebär att HLR ska påbörjas inom en minut för de som drabbas av plötsligt oväntat hjärtstopp och defibrillering ska ske inom tre minuter för de som drabbas av ventrikelflimmer eller ventrikeltakykardi på sjukhuset. All personal ska minst en gång per år utbildas i hjärt-lungräddning. För att uppnå målet krävs en sjukhusövergripande organisation och adekvat utrustning såsom tillgängliga hjärtstartare inom området vilket har köpts in sedan 2015. Utbildningsrum med dockor och annan adekvat utrustning har köpts in och alla kan antingen hyra rummet eller anmäla sig till en kurs. Ansvarig för projektet är chefläkaren och en specialistutbildad sjuksköterska inom anesthesiologi tillika vår HLR-koordinator.

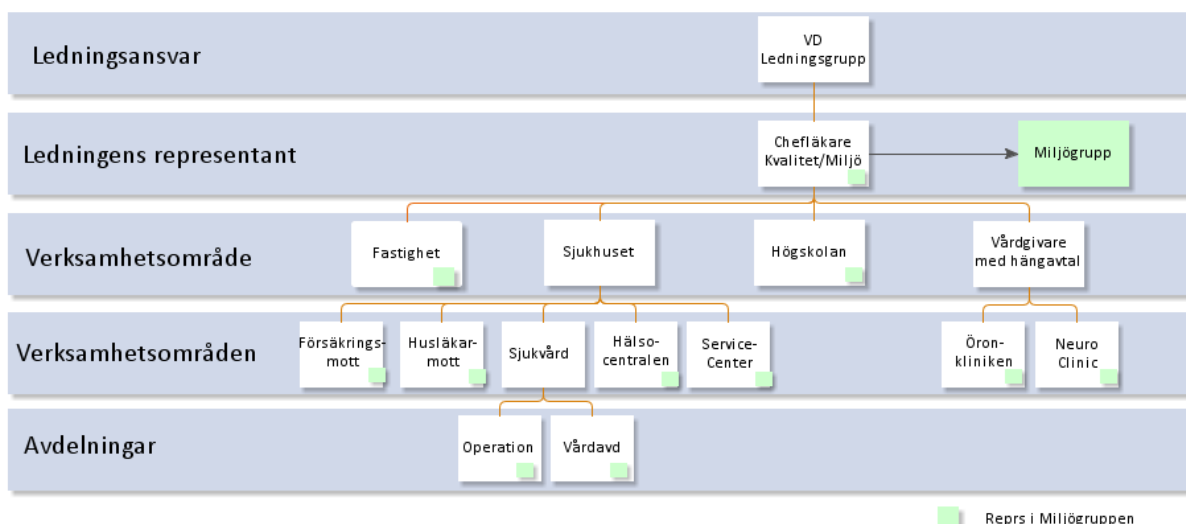
Grundläggande miljöutbildning

Sophiahemmet har tagit fram en ny grundläggande Miljöutbildning under 2015. Utbildningen består av film och kunskapsprov. Målet är att alla anställda vid Sophiahemmet ska få en grundläggande kunskap i miljöfrågor. Miljöutbildningen är i två steg; först en film som visar hur Sophiahemmet kan bidra till en bättre miljö. Nästa steg är ett miljötest för att följa upp kunskaper från filmen men också för att erbjuda ett vidare och mer globalt perspektiv på miljöfrågorna. Efter godkänt miljötest och film utdelas ett personligt Miljödiplom.

Miljö

Sophiahemmet är miljöcertifierat sedan 2004, enligt SS-EN ISO 14001:2004, och har ett väl implementerat ledningssystem som årligen revideras internt av egna revisorer och av externt revisionsföretag. VD är ytterst ansvarig för miljöarbetet. Uppgiften är delegerad till chefläkaren. Kvalitetsutvecklaren samordnar och leder miljögruppsmöten i vilka representanter för de olika verksamheterna deltar aktivt. Årligen hålls fyra arbetsgruppsmöten och vid ledningens genomgång, kvartalsvis, föredrar chefläkaren miljöfrågorna. Dessa möten dokumenteras och finns tillgängliga för alla i dokumenthanteringssystem samt via Insidan.

Miljöorganisationen



Miljömål

Sophiahemmets miljömål fastställs av ledningen vart femte år och utgår från miljöpolicy samt de betydande miljöaspekterna. För Sophiahemmet är de betydande miljöaspekterna utsläpp av koldioxid, resursanvändning och utsläpp till vatten. De miljöaspekter som prioriterats i

miljömålsättningen, för perioden 2012- 2016, är utsläpp av klimatpåverkande gaser, läkemedlens miljöpåverkan, resursförbrukning av papper och användning av miljöfarliga kemikalier läkemedel. Verksamhetschef ansvarar för att handlingsplaner för miljöarbetet upprättas inom den egna verksamheten och resurser för arbetet ingår i ordinarie budget
Sophiahemmets övergripande miljömål, för perioden 2012- 2016, har inriktning mot minskad miljöpåverkan genom att:

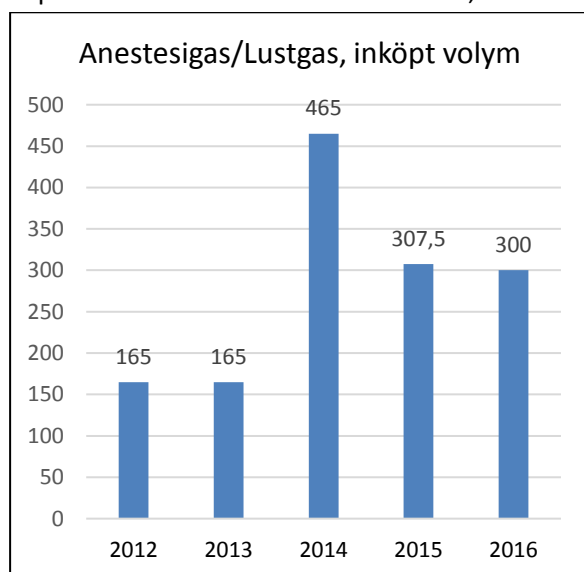
1. Minska utsläpp av utsläpp av klimatpåverkande gaser
2. Minska energianvändningen för värme, kyla och el med 10 %
3. Minska antalet engångsprodukter med 10 %
4. Minska pappersförbrukningen med 10 %
5. Minska förskrivningen av antibiotika
6. Minska antalet produkter som innehåller PVC-plast

Utfallsredovisning

Miljömål 1, Anestesigaser, Att minska utsläpp av klimatpåverkande anestesigaser. Minska inköpsvolym.

Resultat: Ej uppnått.

Avvikande mätmetod jämfört med ursprunglig definition 2012. Under målperioden har ÖNH-kliniken expanderat och utökat sin verksamhet, vilket innebär att inköpsvolymen av lustgas ökat.



	2012	2013	2014	2015	2016
Anestesigas/Lustgas, inköpt volym	165	165	465	307,5	300

Miljömål 2, Att minska energianvändningen för värme, kyla och el med 10 % till år 2016 uttryckt i antal kilowattimmar/kvm lokalyta/år.

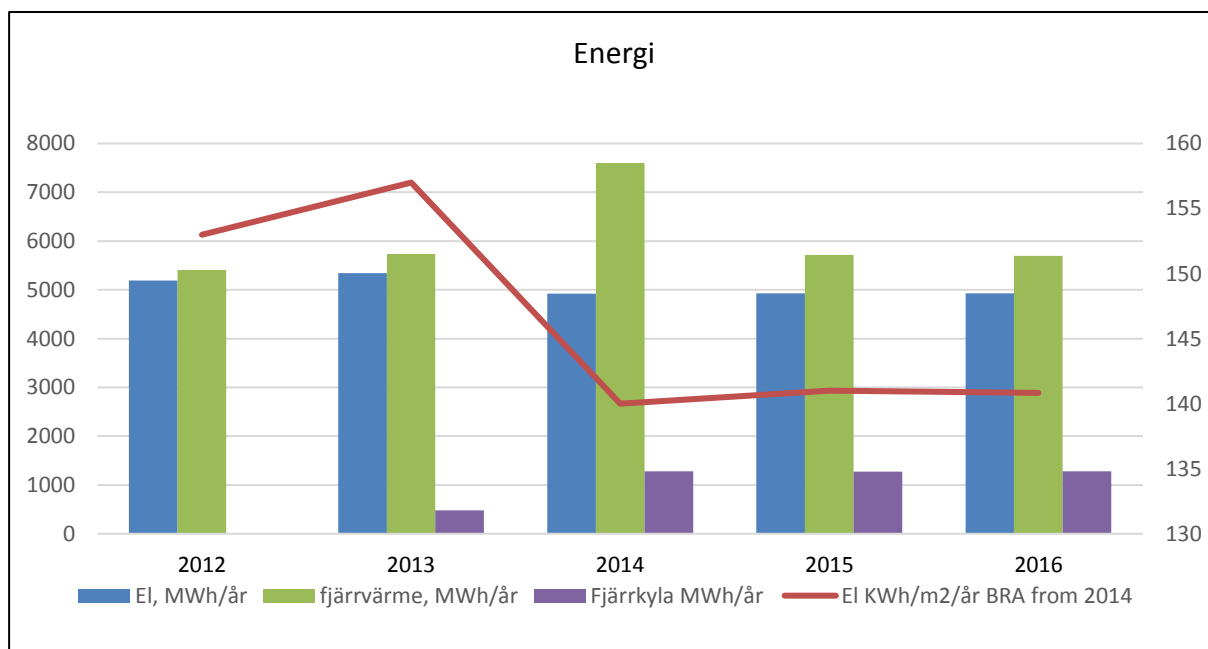
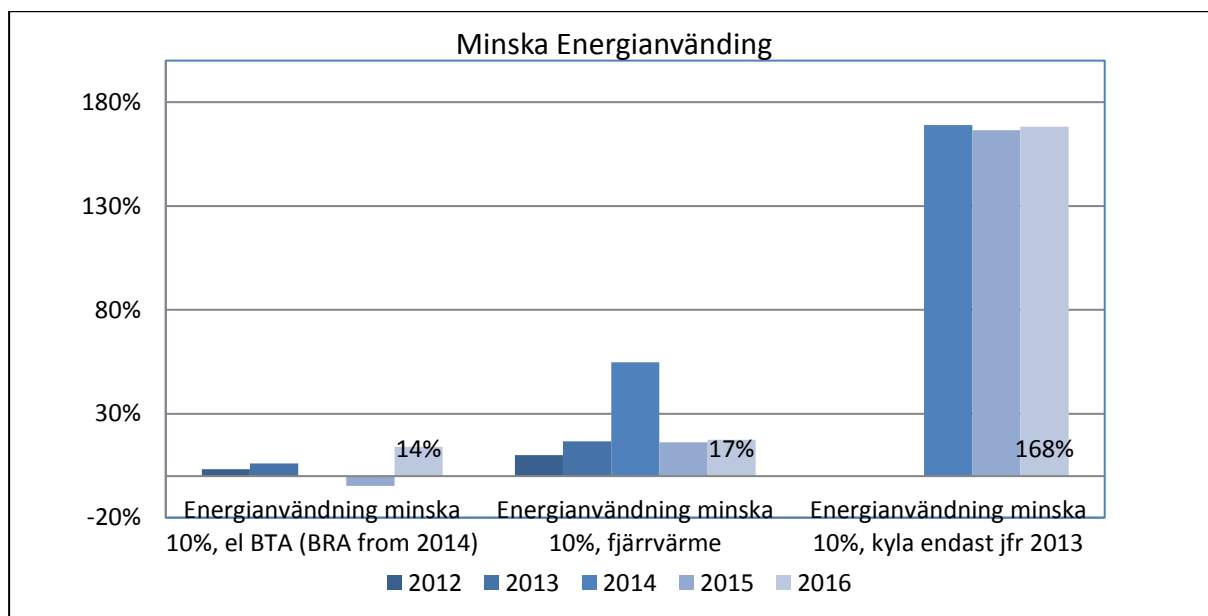
Energianvändning minska 10%, el BTA (BRA from 2014)

Energianvändning minska 10%, fjärrvärme

Energianvändning minska 10%, kyla endast jfr 2013

Resultat: Ej uppnått enligt mätmetod. Delaktiviteter genomförda.

Avvikande mätmetod jämfört med ursprunglig definition 2012. Investeringar och större nyombyggnationer har skett under perioden vilket innebär att mätmetod och nyckeltal har förändrats sedan 2012. Sophiahemmet planerar fler aktiviteter med målsättningen att fortsatt minska energiförbrukningen under nästkommande målperiod.

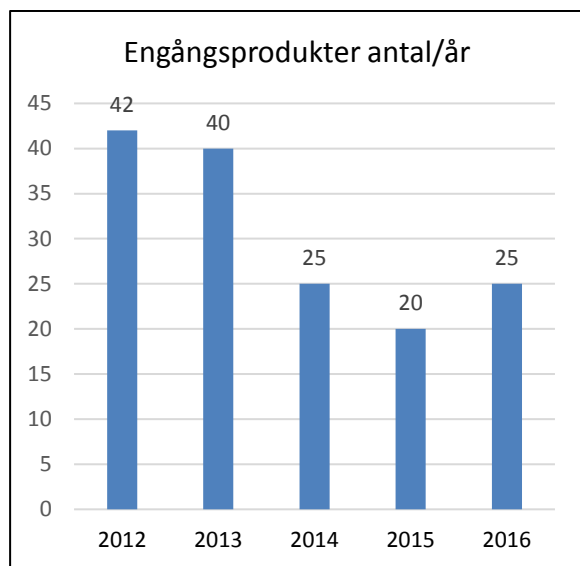


	2012	2013	2014	2015	2016
El, MWh/år	5195	5341	4920	4929	4929
El KWh/m2/år BRA from 2014	153	157	140	141	141
fjärrvärme, MWh/år	5407	5735	7603	5716	5700
Fjärrkyla MWh/år		477	1283	1271	1280

Miljömål 3, Att minska antalet engångsprodukter med 10 % till år 2016 uttryckt i antal/år.

Resultat: Uppnått. Minskning från 42 produkter till 25 st

Avvikande mätmetod jämfört med ursprunglig definition 2012. Resultatet baseras på inköpta sjukvårdsprodukter från Medicarrier, kontorsprodukter från OfficeDepot ej inkluderat.



	2012	2013	2014	2015	2016
Engångsprodukter antal/år	42	40	25	20	25

Miljömål 4, Att minska pappersförbrukningen genom att minska inköpen av papper med 10 % till år 2016 uttryckt i ton/ antal studenter/ medarbetare och år.

Förbrukning/medarbetare minska 10%

Resultat: Ej uppnått. Minskning med 4%

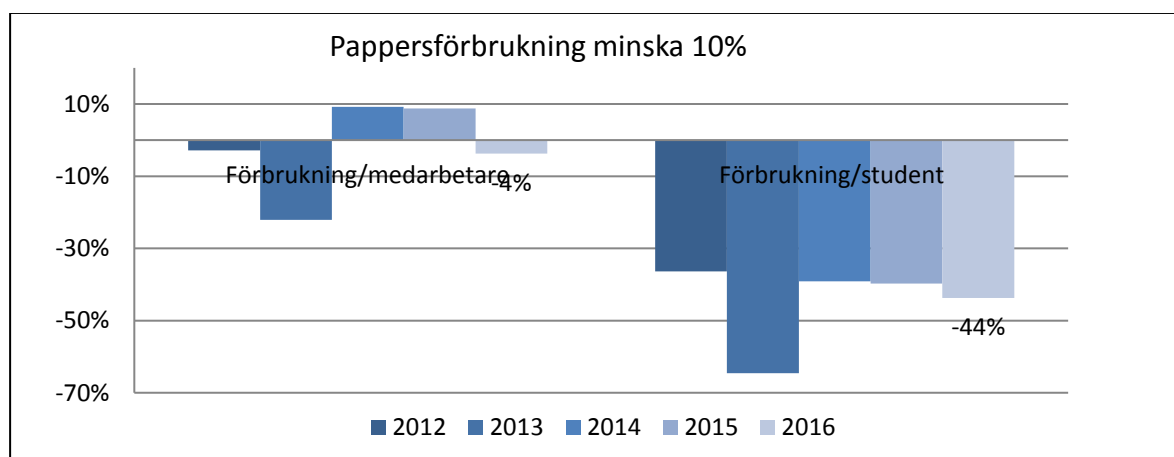
Avvikande mätmetod jämfört med ursprunglig definition 2012. Mätning av Sjukhusets inköp har inte beaktat beställningar av kopierade (trycksaker) till vårdgivare. Fast nyckling: 200 st medarbetare.

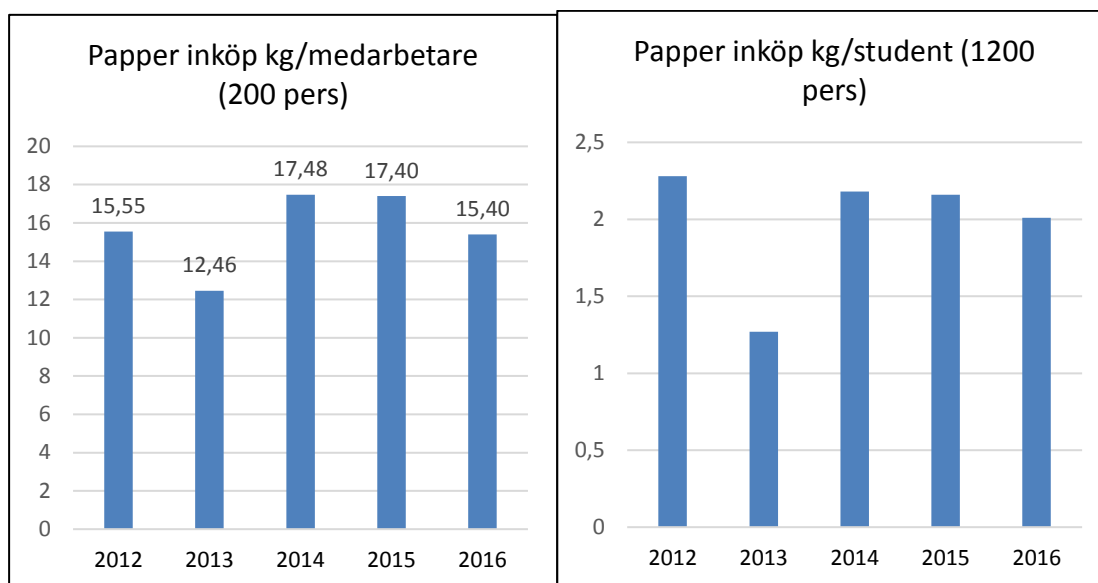
Beställda externa trycksaker ej inräknat.

Pappersförbrukning/student minska 10%

Resultat: Uppnått. Minskning med 44%

Avvikande mätmetod jämfört med ursprunglig definition 2012. Mätning av Högskolans och Uppdragsutbildningens inköp har inte beaktat personalens förbrukning eller förändring av studentantal/år. Fast nyckling: 1200 st studenter. Beställda externa trycksaker ej inräknat.



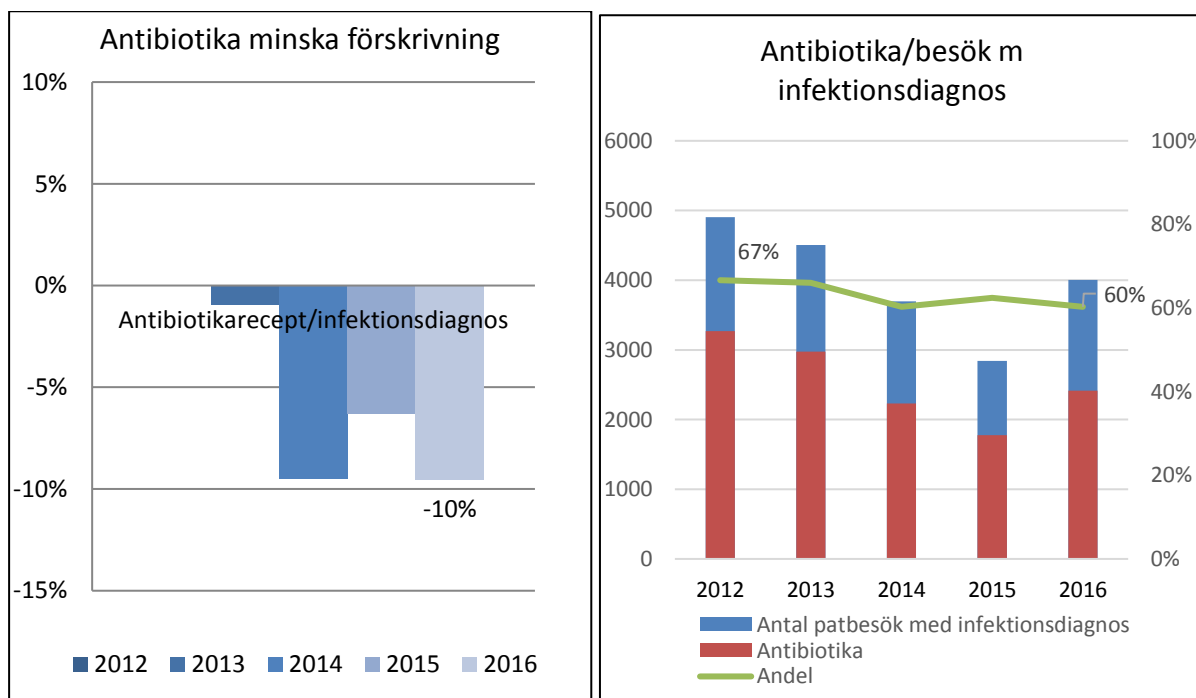


	2012	2013	2014	2015	2016
Papper inköp kg/medarbetare (200 st)	15,55	12,46	17,48	17,40	15,40
Papper inköp kg/student (1200 st)	2,28	1,27	2,18	2,16	2,01

Miljömål 5, Att minska förskrivningen av antibiotika fram till 2016 uttryckt i antal antibiotikarecept/antal doktorer

Resultat: Uppnått. Minskning från 67% till 60% = 10% minskning

Avvikande mätmetod jämfört med ursprunglig definition 2012. Antal recept per förskrivare ej mätt, antal recept/infektionsdiagnos anses mer relevant än att mäta per förskrivare. Metod för mätning 2012, 2013 gick inte att återskapa 2014. Resultaten 2014, 2015 och 2016 utförd på lika sätt, baserad på utdrag från RAVE. Målet bedöms trots mätmetodbytet vara uppnått.



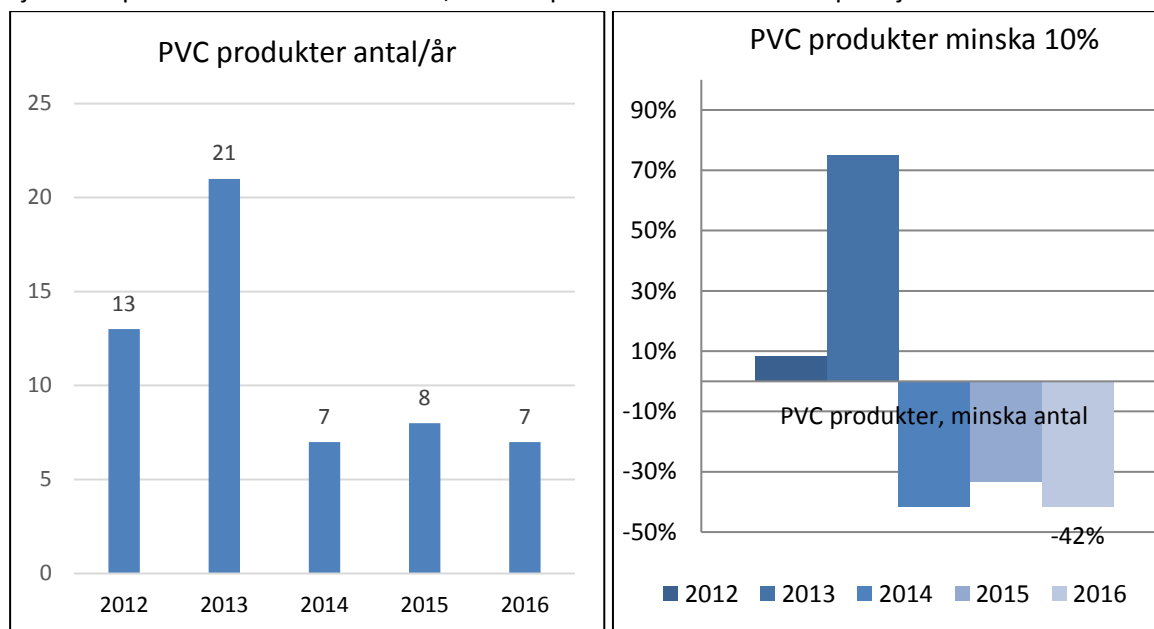
Antibiotika/Husläkarmottagningen	2012	2013	2014	2015	2016
Antal patbesök med infektionsdiagnos	4904	4505	3698	2843	4002

Antibiotikarecept	3269	2975	2231	1776	2413
Andel	67%	66%	60%	62%	60%

Miljömål 6, Att minska antalet produkter som innehåller PVC-plast till år 2016 PVC produkter, minska med 10%

Resultat: Uppnått. Minskning från 13 produkter till 7 st

Avvikande mätmetod jämfört med ursprunglig definition 2012. Resultatet baseras på inköpta sjukvårdsprodukter från Medicarrier, kontorsprodukter från OfficeDepot ej inkluderat.



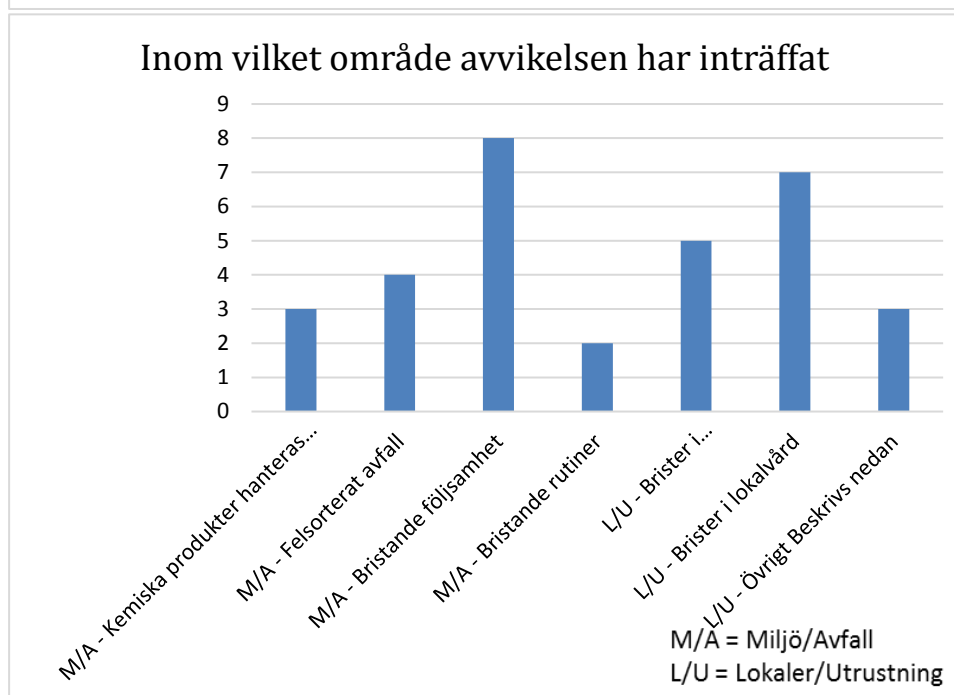
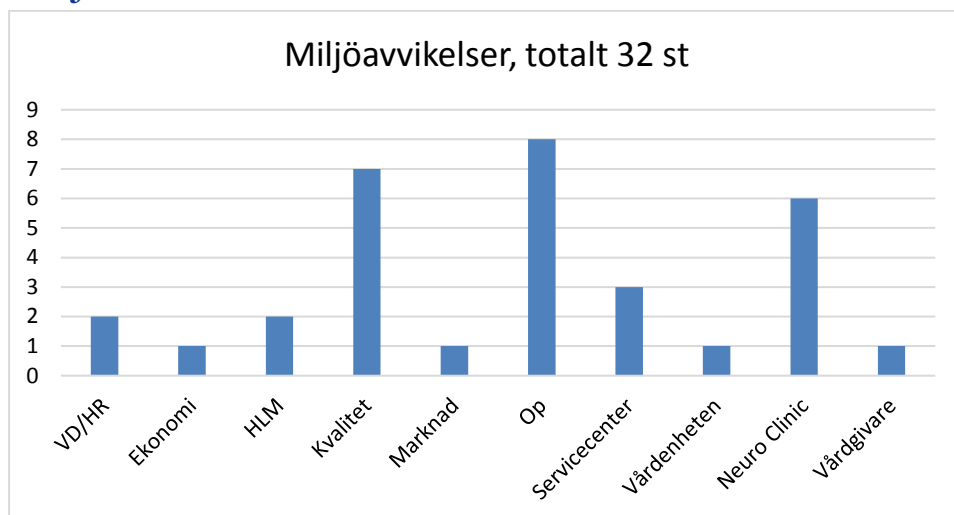
	2012	2013	2014	2015	2016
PVC produkter antal/år	13	21	7	8	7

Miljöförbättringar under 2016

Flera av de miljöförbättringar som har skett under året går i digitaliseringens fotspår och med det minskar pappersförbrukningen, resursslöseri.

- Införandet av E-faktura på bredare front.
- Införandet av nytt journalsystem där remiss och provsvarshanteringen sker digitalt.
- Fler verksamheter har anslutit sig till uppsamling av matavfall som sedan blir biogas och bränsle till våra innerstadsbussar.
- Miljöutbildning ingår i introduktionsprogrammet och är obligatoriskt för alla anställda.

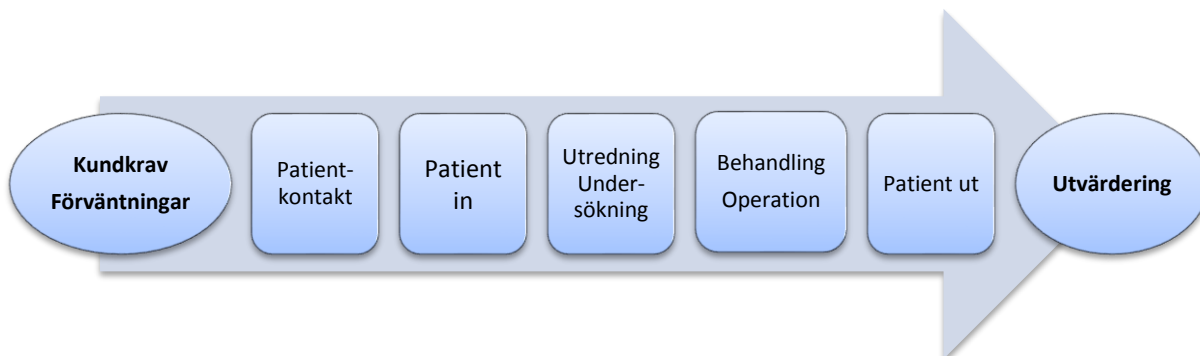
Miljöavvikelser



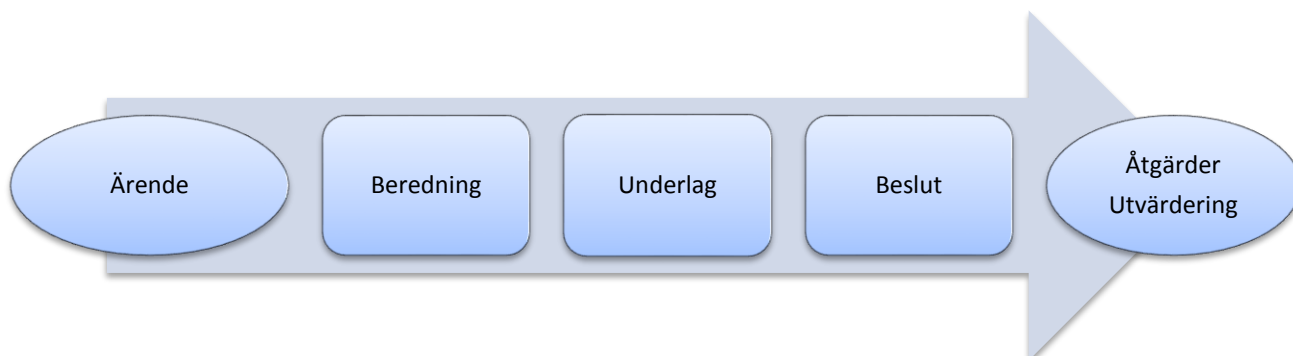
Processer

Sophiahemmets verksamhetsprocesser identifierades och dokumenterades inför kvalitetscertifieringen under 2007-2008. Processägare är verksamhetschef och processerna utvärderas årligen och ändras vid behov. Till processerna ligger viktiga rutiner länkade och processkartan kan med fördel användas som startsida vid inloggning för att lätt hitta och se rutinerna i sitt sammanhang.

Sophiahemmets huvudprocess

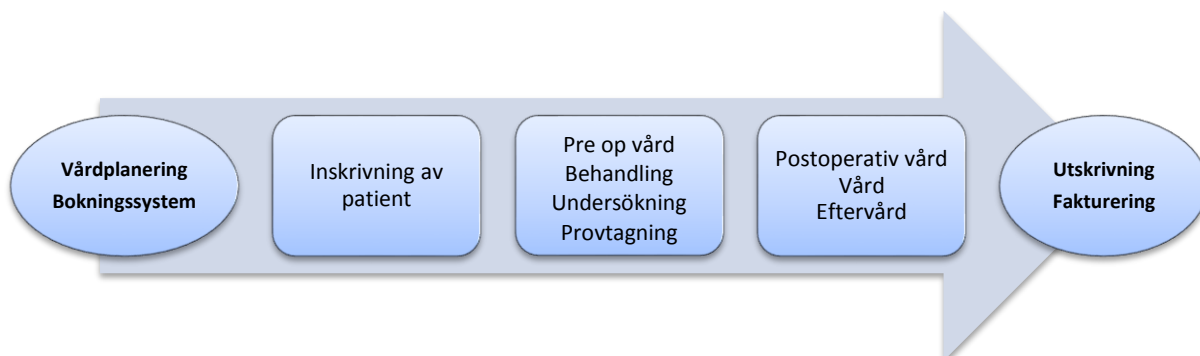


Lednings process



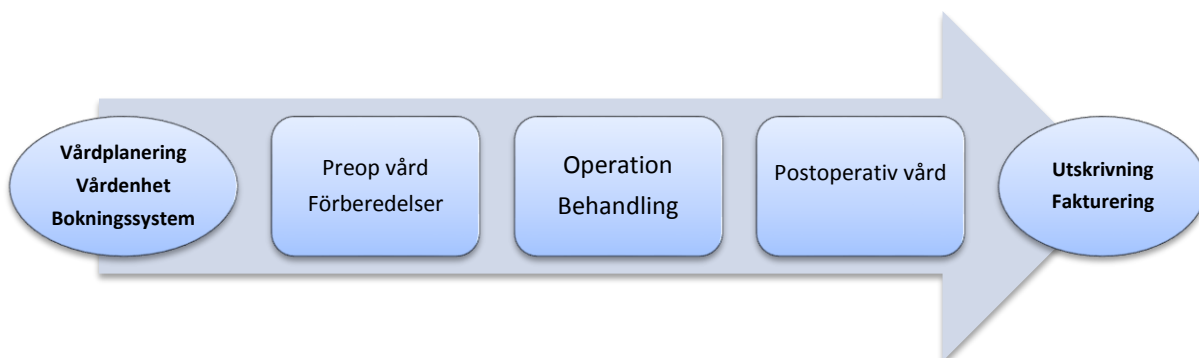
Vårdenheten process

Vårdenheten består av två vårdavdelningar med 34 vårdplatser. Avdelningen bemannas med ett fyrtiotal sjuk- och undersköterskor under ledning av verksamhetschef, vårdchef och biträdande chefsjuksköterska. Medicinskt ansvarig för verksamheten är chefläkare. Patientansvarig läkare ansvarar för diagnostik, vård och behandling för de egna patienterna. Vid enheten vårdas kirurg- och medicinpatienter inom slutenvård.



Operationsavdelningens process

Operationsavdelningen har sju operationssalar. Till avdelningen hör två uppvakningsavdelningar för slutenvårds- respektive dagkirurgiska patienter. Avdelningen bemannas med ett trettiootal operationssjuksköterskor, anestesijuksköterskor och undersköterskor under ledning av verksamhetschef, chefsjuksköterska och biträdande chefsjuksköterska. Medicinskt ansvarig för verksamheten är anestesiläkare och patientansvarig läkare ansvarar för behandling/operation av de egna patienterna.



Försäkringsmottagningen process

Försäkringsmottagningen utför allmän- och invärtes medicinsk specialistvård, hälsoundersökningar, vaccinationer och rådgivning till försäkrade patienter. Mottagningen har ett tjugotal anställda sjuksköterskor och medicinska sekreterare under ledning av verksamhetschef och chefsjuksköterska. Medicinskt ansvar har verksamhetschef.



Husläkarmottagningens process

Husläkarmottagningen invigdes den 2 maj 2011. Mottagningen är en primärvårdsenhet och har läkarmottagning, specialistsköterskemottagning och hemsjukvård. Verksamheten har avtal med landstinget enligt vårdval Stockholm. Husläkarmottagningen har ett tjugotal anställda under ledning av verksamhetschef. Mottagningen har idag ca 11 000 listade patienter.



Hälsocentralens process

Hälsocentralen utför läkarbaserade hälsoundersökningar med fokus på riskfaktorer för hjärtsjukdom, medicinska konsultationer, kostrådgivning och vaccinationer. Mottagningen tar emot patienter som enskilt eller genom företag har avtal med mottagningen. Hälsocentralen har ett femtiotal anställda sjuksköterskor och läkarsekreterare under ledning av verksamhetschef, chefsjuksköterska och biträdande chefsjuksköterska. Medicinskt ansvarig är verksamhetschef.



Arbetsgrupper/aktiviteter

Kvalitet

Sophiahemmets kvalitetsgrupp har utvecklats från en liten grupp inom den slutna vården till att omfatta hela Sophiahemmets verksamhet. Verksamheterna representeras av ombud och kvalitetssamordnare är sammankallande och leder gruppens arbete. Chefläkaren ingår. Gruppen har i denna sammansättning fungerat sedan 2005 och målet var initialt att förbättra och utveckla vården och tjänsterna som Sophiahemmet tillhandahåller externt och internt samt genom detta bli certifierad enligt ISO 9001.

Gruppen arbetar med förbättringar och utveckling och träffas ca fyra gånger/år samt är en stödjande funktion för egen verksamhet och vårdgivare. Minnesanteckningar finns tillgängliga för alla i dokumenthanteringssystem och via Insidan. Agenda skickas ut till berörda en vecka före arbetsgruppsmöte och finns även den tillgänglig i dokumenthanteringssystem.

Miljö

Sophiahemmets miljögrupp bildades redan 2002 då miljöutredning och arbetet mot en miljöcertifiering påbörjades. Gruppens uppdrag har sedan dess utvecklats och idag arbetar gruppen mer proaktivt för att stödja, förbättra och upprätthålla miljöledningssystemet. Gruppen består av kvalitetssamordnare (sammankallande) samt miljöombud för Försäkringsmottagningen, Hälsocentralen, Operationsavdelningen, Vårdenheten, Husläkarmottagningen, Servicecenter och chefläkare. Två vårdgivare ingår i Sophiahemmets miljöcertifiering, 2014 miljöcertifierades Öron-

näs-halsmottagningen och 2015 miljöcertifierades Neurology Clinic 2015 och representanter för dessa verksamheter ingår också i miljögruppen. Gruppen har möten fyra gånger om året och minnesanteckningar finns tillgängliga för alla i dokumenthanteringssystem och via Insidan. Agenda skickas ut till berörda en vecka före arbetsgruppsmöte och finns även den tillgänglig i dokumenthanteringssystem.

Hygien

Sophiahemmet har tidigare haft avtal med Vårdhygien men nu hör hygienfrågorna till området Kvalitet/ Patientsäkerhet. Hygien är därmed en del av kvalitetsledningssystemet och är en del vid kvartalsgenomgångarna med verksamhetsansvariga. Verksamhetschef ansvarar för hygien inom sitt område. Chefläkaren ansvarar för samordning och spridning av information kring hygienfrågor. Kvalitetsutvecklaren har delegerad arbetsuppgift att bevaka nya lagar, lagförändringar och nya dokument inom området samt är sammankallande för hygiengruppen. Gruppen har möten fyra gånger per år och deltagare är hygienombud från Sophiahemmets verksamheter och representanter från de större vårdgivarna. Sophiahemmets hygienombud ser till att de nationella mätningarna utförs på respektive enhet, två gånger per år av VRI samt BHK och skickar rapporterna till kvalitetsutvecklaren som matar in i nationell databas.

Mottagningsforum

Mottagningsforum är en av Sophiahemmets interna kommunikationsvägar. Forumet startade i liten skala redan år 2000 som ett nätverksmöte och kallas idag för Mottagningsforum. I dessa möten deltar representanter för vård, operation och dagkirurgi samt mottagningssköterskor. Syftet är att ta fram enhetliga rutiner för operations- och vårdplanering och att lära av varandra. Möten hålls 1 gång/termin och är ett lunchmöte. Kvalitetsutvecklaren är sammankallande och föredragande för kvalitets- hygien- och miljöinformation. Biträdande sjukhuschef informerar om nyheter och förändringar i organisationen, marknadschef om varumärket, servicechef om service- och driftnyheter. Mötet filmas och läggs ut på Insidan.

Info- brev

En gemensam informationskanal för att nå ut till samtliga legitimerade vårdgivare som är ackrediterade till Sophiahemmet, är det Info-brev som utges av Chefläkaren. Denna form av informationsaktivitet har ersatt det tidigare Medicinska Samrådsmötet. I brevet informeras fortloppande om ackrediteringsärenden och om olika kvalitets- och miljöaktiviteter samt om interna förändringar som är av betydelse för vårdgivarna vid Sophiahemmet. Här presenteras och påminns också om olika myndighetskrav samt informeras om nya och/eller förändrade lagar av betydelse för hälso- och sjukvården. Brevet läggs ut på Insidan.

Gaskommitté

Sophiahemmet har, sedan våren 2008, en lokal gaskommitté i enlighet med de myndighetskrav som föreligger för en verksamhet som handhar medicinska gaser. Gruppen träffas två gånger per år och går då igenom avvikelser, uppdaterar lokal gashandbok, får återkoppling från landstingets centrala gaskommitté samt ansvarar för uppföljning av underhållsavtal och utbildning av medicinskt gasansvarigpersonal. Biträdande sjukhuschef är sammankallande, chefläkare, kvalitetsutvecklare, chef fastighetsdrift, drifttekniker, representanter för anestesiloger, MTA samt sjukhusapotek ingår. Ansvarig sjuksköterska är utsedd för den medicinska gashantering på respektive enhet. Ett program finns för att säkerställa hanteringen av gasflaskor som ansvaras av drifttekniker.

MTA

Sophiahemmet har avtal med MTA, Capio S:t Görans sjukhus för att registrera och bevaka att all den medicintekniska utrustning som finns i Sophiahemmets verksamheter och används inom vården, blir föremål för en systematisk kvalitetskontroll.

Representant för denna verksamhet deltar i möten på Sophiahemmet, som hålls en gång/år eller vid behov, tillsammans med biträdande sjukhuschef, MTA- ansvariga sjuksköterskor, chefläkare och gasansvarig maskinist. Samtliga verksamheter, med medicinskteknisk apparatur, har ansvariga sjuksköterskor utsedda. All apparatur finns i registrerat i Medusa ett MTA-system där respektive enhet kan felanmäla eller beställa förebyggande underhåll, FU.

Kris- och beredskapsgrupp

Sophiahemmet har en kris- och beredningsgrupp som har kapacitet att akut kalla samman de specifika funktioner, som krävs vid oväntade händelser. En kris- och katastrofplan är framtagen för och omfattar alla medarbetare som tjänstgör under Sophiahemmets varumärke.

Kris och katastrofplanen består av två delar, en del som definierar vad en kris och katastrof kan vara och en del som sammanfattar Sophiahemmets beredskapsplaner (kontinuitetsplanering) vid olika typer av kriser eller driftavbrott. Dokumentet skall ses som ett arbetsverktyg, då det är svårt att i förväg identifiera alla eventuella krissituationer som kan uppstå. Servicechefen är ytterst ansvarig för att rutiner finns för att förebygga risk för brand, hot och våld, stöld eller annan skaderisk/skadegörelse.

För att säkerställa att varumärket Sophiahemmet inte används på ett felaktigt sätt finns en tydlig mediepolicy. I mediepolicyen framgår vilka budskap som Sophiahemmet står för samt vem som har ansvar för att företräda Sophiahemmet i olika externa sammanhang.

Caroline Lagerman
Kvalitetsutvecklare, Sophiahemmet AB

Jan Zedenius
Chefläkare, Sophiahemmet AB