

Sophiahemmet Sjukhus

Kvalitetsredovisning 2017



S O P H I A  H E M M E T
S J U K H U S



Innehåll

Sammanfattning	3
Detta är Sophiahemmet Sjukhus.....	3
Sophiahemmet AB i siffror 2017	4
Sophiahemmets Koncept	4
Sophiahemmets värdegrund	5
Sophiahemmets Ackrediteringsregler.....	6
Kvalitetsorganisationen på Sophiahemmet	7
Kvalitetsavdelningen	7
Ett miljö- och kvalitetscertifierat sjukhus.....	8
Interna och externa revisioner.....	8
Systematiskt förbättringsarbete.....	11
Kvalitetsförbättringar under 2017.....	11
Intern kontroll av lagefterlevnaden	12
Hållbarhet.....	12
Hållbarhetspolicy	12
Hållbarhetsmål	13
Strategier för att uppnå målen.....	14
Patientsäkerhet	14
Avvikelsehantering	14
Klagomål	15
Lex Maria	16
Basala hygienrutiner och klädregler.....	16
Vårdrelaterade infektioner.....	17
Vårdskademätning	18
Patientutvärdering	18

Sammanfattning

Den här rapporten redovisar Sophiahemmets kvalitetsarbete under 2017. Det är i mötet mellan patienten och vårdgivaren som kvaliteten ska manifesteras. Ett gott bemötande och respekt för varje individ är en grundläggande förutsättning för en god och säker vård. Kvalitetsredovisningen är ett sätt för oss att öppet visa vårt kvalitetsarbete och resultat för våra patienter, medarbetare, kunder och övriga intressenter. Sophiahemmet har valt att ISO-certifiera verksamheterna i både miljö (sedan 2004) enligt ISO 14001 och i kvalitet (sedan 2008) enligt ISO 9001. Under 2017 så gick vi över till de nya standarderna, ISO 14001:2015 och 9001:2015, mer om detta kan du läsa i rapporten. För att ständigt förbättra och utveckla verksamheterna och vårt ledningssystem utför vi årligen interna och externa revisioner, med goda resultat. Vi granskar kontinuerligt resultatet av vårt arbete för att säkerställa och utveckla kvaliteten i vården. Vi strävar ständigt mot så patientsäker och god vård som möjligt. Genom rapportering, uppföljning, patientenkäter och studier av patientsäkerhetsindikatorer kan vi löpande följa upp och förbättra våra processer och rutiner. För mer information gällande vårt patientsäkerhetsarbete läs vår [patientsäkerhetsberättelse](#). 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 genom forskning samt utvecklar modeller för lärande och kompetensutveckling som sjukhuset får ta del av.

Detta är Sophiahemmet Sjukhus

Sophiahemmet AB ägs av Sophiahemmet ideell förening, och ingår i koncernen Sophiahemmet tillsammans med Sophiahemmets Högskola. Den sjukvård som ges på Sophiahemmet Sjukhus sker dels i egen regi genom det helägda dotterbolaget Sophiahemmet AB, dels genom noggrant utvalda vårdgivare som i fristående bolag erbjuder specialistsjukvård.

Varje vårdgivare är ackrediterad av Sophiahemmet. Ackreditering på Sophiahemmet innebär en försäkran att följa uppsatta ackrediteringsregler och förhållningssätt. De vårdgivare som är ackrediterade har rätt att använda sig av Sophiahemmets symbol för ackrediterad vårdgivare.



Flera av Sophiahemmets vårdgivare har vårdavtal med Stockholms läns landsting eller ingår i vårdval Stockholm och får majoriteten av patienterna därifrån, men tar också emot försäkrings- och privatbetalande patienter.

Sophiahemmet AB äger tre öppenvårdsmottagningar; Försäkringsmottagningen, Husläkarmottagningen och Hälsocentralen samt en operationsavdelning och vårdenhet med två vårdavdelningar. Försäkringsmottagningen har försäkringspatienter, Hälsocentralen är en helt privat mottagning där företag som har avtal skickar sina medarbetare för hälsoundersökningar, Husläkarmottagningen har avtal med landstinget och är öppen för patienter att lista sig på. Vår operationsavdelning kan tillsammans med vårdgivarna ta emot ett brett spektrum av olika kirurgiska diagnoser. Operationsresurserna regleras genom operationsavtal med vårdgivarna. Operationsavdelningens sterilavdelning kan utöver steriltjänsterna i samband med operationsavtalen även leverera steriltjänster till vårdgivarnas mottagningar. På Sophiahemmets vårdenhet erbjuds över 30 slutenvårdsplatser med dygnetruntverksamhet.

Sophiahemmet AB i siffror 2017

Antal vårdplatser	35
Antal operationssalar	7
Antal operationer inom slutenvården	2 576
Antal vårddygn	4 871
Medelvårdtid	1,5 dygn
Antal operationer inom dagkirurgi	4 386
Försäkringsmottagningen – antal läkarbesök	18 956
Försäkringsmottagningen – antal sjuksköterskebesök	795
Husläkarmottagningen – antal listade patienter	11 945
Husläkarmottagningen – antal läkarbesök	18 351
Husläkarmottagningen – antal sjuksköterskebesök	4 490
Husläkarmottagningen – antal sjuksköterskebesök i hemsjukvården	2 521
Hälsocentralen – antal läkarbesök	14 403
Hälsocentralen – antal sjuksköterskebesök	10 858
Hälsocentralen – antal hälsoundersökningar	8 655

Sophiahemmets Koncept

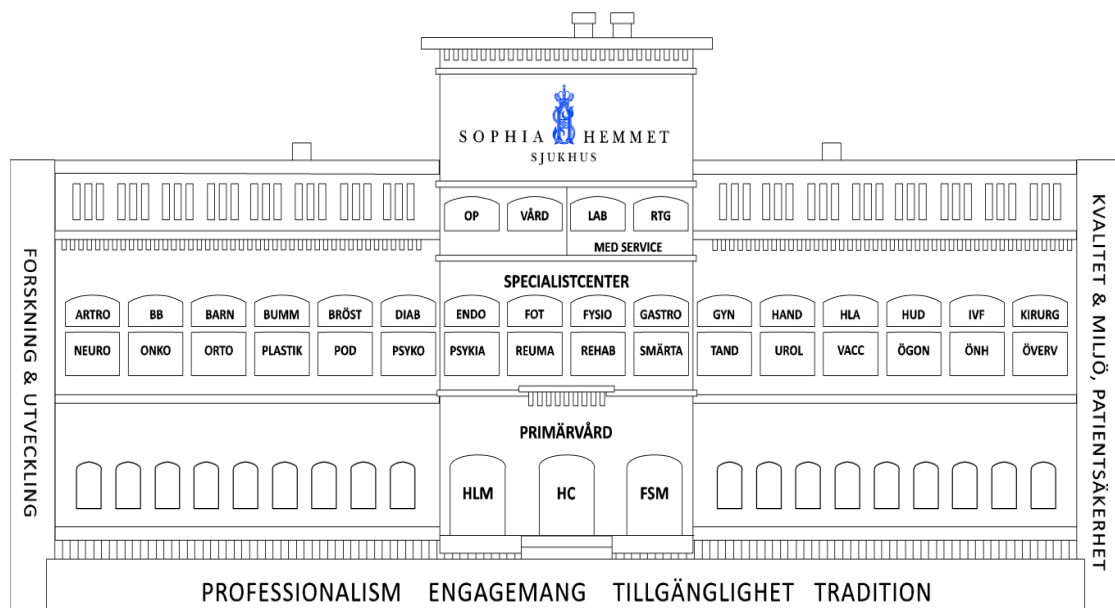
Sophiahemmets koncept bygger på vårdgivare inom olika specialistområden eller samverkande vårdgivare som gentemot patienten, omvärlden agerar som Sophiahemmet Sjukhus. Under 2017 har Sophiahemmet expanderat med fler verksamheter i Lill-Janshuset och två nya verksamhetsområden har tillkommit där, Ryggkirurgiskt Centrum och Neuro Campus Rehab.

Varje vårdgivare har fullt ansvar för sitt eget kvalitetsarbete och utveckling av verksamheten. På varje enhet inom sjukhuset finns representanter inom miljö, kvalitet och hygien samt interna revisorer. Kvalitetsavdelningen, ombuden samt verksamhetens chefer har ett nära samarbete. Vårdgivarna deltar på regelbundna miljö- och hygienmöten som hålls av kvalitetsavdelningen.

För att säkerställa att de självständiga specialistmottagningarna med eget verksamhetsansvar, Sophiahemmets vårdgivare, kvalitetssäkrar den egna verksamheten, publicerar chefläkaren regelbundet Info-brev och sammankallar till Vårdgivarforum minst 4 gånger om året, där 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 Sophiahemmetts uppbyggnad, som vilar på den gemensamma värdegrunden och består av de många olika verksamheterna, sammanhållna av den infrastruktur med stödfunktioner som sjukhuset administrerar.



Sophiahemmetts värdegrund

Sophiahemmetts värdegrund har uttryckts i fyra ord som sammanfattar vad vi står för i relation till våra patienter och till varandra men också till omvärlden, orden är professionalism, engagemang, tillgänglighet och tradition. Värdegrunden är framtagen och har formulerats av medarbetarna på Sophiahemmet sjukhus. Tolkningar av värdeorden uppdateras kontinuerligt.

Professionalism - Med professionalism menar vi:

Omhändertagande: Att erbjuda ett personligt bemötande och god omvårdnad utifrån varje individs behov.

Lyhördhet: Att vara öppen för behov och önskemål.

Affärsmässighet: Att befrämja goda långsiktiga relationer och skapa lönsamhet med ett tydligt kundperspektiv i utbud och tjänster.

Kvalitet: Att ständigt förbättra och säkerställa resultatet i vårt arbete.

Engagemang – Med engagemang menar vi:

Ansvar: Att ta initiativ i sin yrkesutövning i enlighet med Sophiahemmetts värderingar.

Delaktighet: Att stödja öppen dialog och information.

Empati: Att arbeta med inlevelse, förståelse och omtanke.

Respekt: Att värna om alla individers lika värde och integritet

Tillgänglighet – Med tillgänglighet menar vi:

Samverkan: Att utveckla ett effektivt samarbete inom och mellan våra vårdgivare och egna verksamheter.

Flexibilitet: Att stödja öppen dialog och information.

Öppenhet: Att vara tydliga med vår verksamhet och redovisa våra resultat öppet.

Tradition – Med tradition menar vi på Sophiahemmet:

Kontinuitet: Att värna det privata sjukhuset och dess unika historia där vård och utbildning bedrivits i mer än hundra år.

Förnyelse: Att utveckla verksamheten och tjänsterna i takt med tiden.

Bemötande: Att visa respekt och tolerans.

Atmosfär - Att i en anrik och lugn miljö ge förutsättningar för trygg och säker vård.

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.

Sophiahemmets Ackrediteringsregler

Sophiahemmet ska stå för patientsäker vård. För oss är det grunden för kvalitet inom svensk hälso- och sjukvård. 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 (tårten) 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. Vårdgivarna ska även delta i relevanta kvalitetsregister och öppet redovisa sina resultat i bl a en årlig patientsäkerhetsberättelse. Chefläkaren på Sophiahemmet ansvarar för ackrediteringssystemet.



Policys

Etik och värdegrund

Lagar och
förfordningar

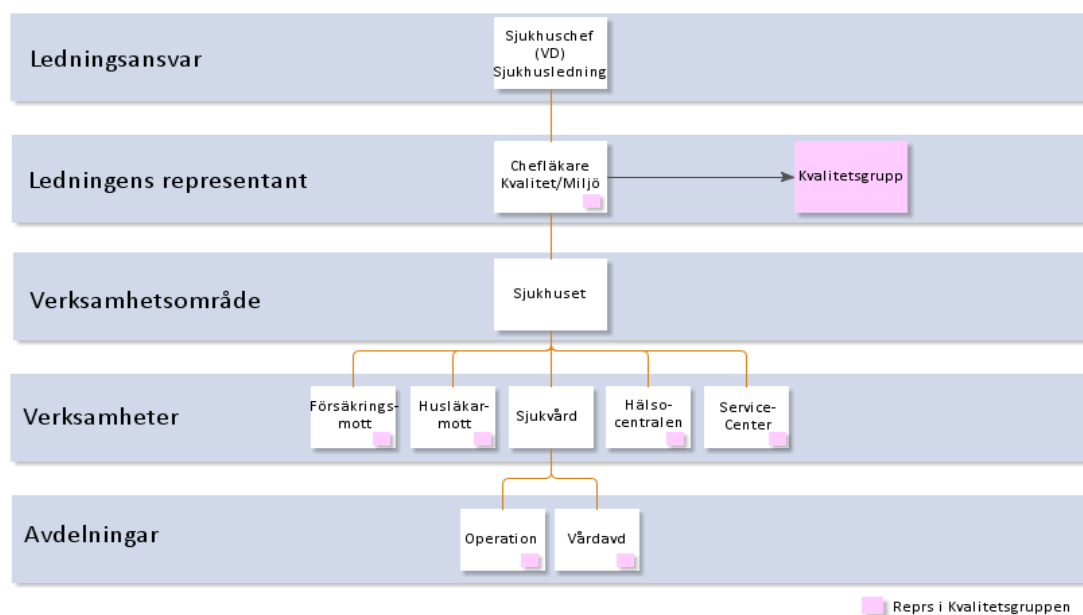
Avtal

Kvalitetsorganisationen på Sophiahemmet

I ständigt utveckling Sophiahemmets medarbetare arbetar kontinuerligt med utveckling av kvalitet och patientsäkerhet i det dagliga arbetet, genom att skriva avvikelser, utveckla arbetet med nya metoder samt innovationer. Alla verksamma vid Sophiahemmet har patientens behov i fokus och gör sitt bästa för att för att dessa behov ska tillgodoses.

Grundläggande i kvalitetsarbetet är:

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

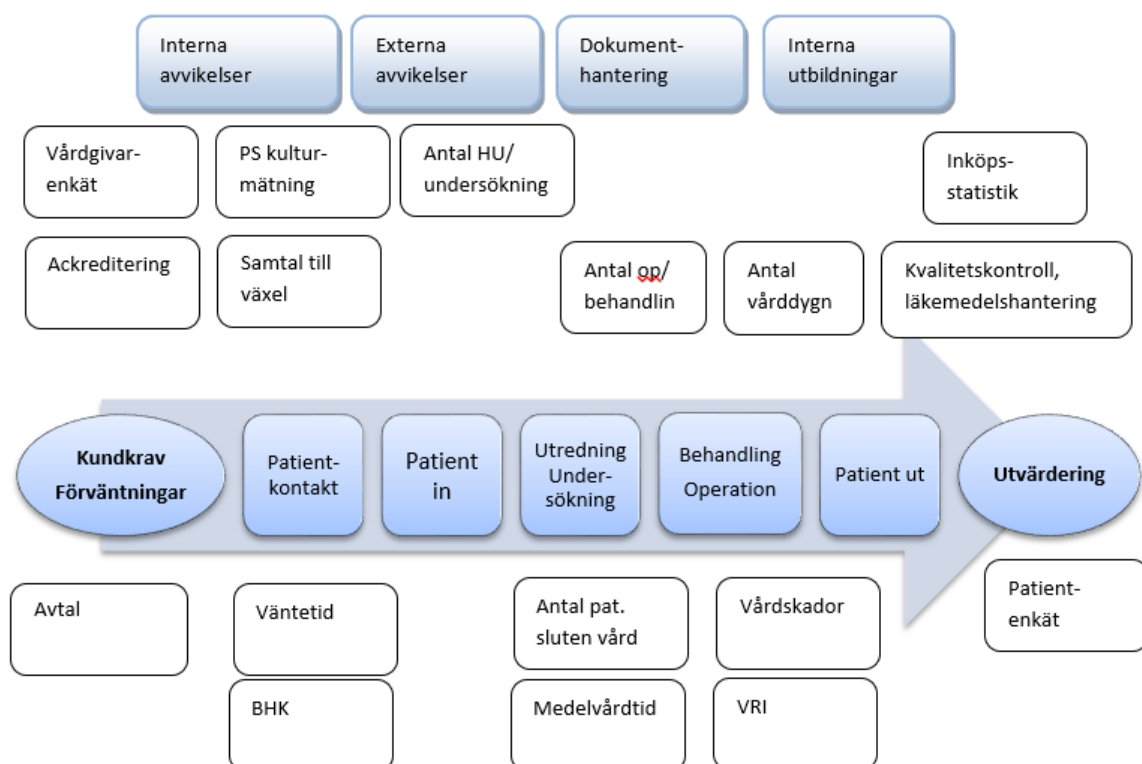


Kvalitetsavdelningen

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, kopplade till huvudprocessen:



Ett miljö- och kvalitetscertifierat sjukhus

Sedan 2004 har Sophiahemmet varit certifierad enligt ISO 14001 och sedan 2008 även i ISO 9001. Under 2017 gick vi in i det nya standarderna, 14001:2015 för miljö och 9001:2015 för kvalitet. Högskolan är miljöcertifierad och vi har numera tre vårdgivare som har hängavtal på vårt miljöcertifikat, Öron-näs-halskliniken, Neurology Clinic och Barnsjukhuset Martina. I god tid startade stort förberedelsearbete inför certifieringsövergången. Ny miljöutredning beställdes under 2016 som även inkluderade högskolan. Arbetet drevs av kvalitetsavdelningen men utan samarbete med verksamheterna i organisationen kan inte ett ledningssystem hållas levande och implementeras. Alla interna revisorer fick kompetenshöjande utbildning i de nya standarderna. En kartläggning av Sophiahemmets gemensamma intressenter har sammanställts tillsammans med vilka krav de indirekt eller direkt ställer på Sophiahemmet och hur dessa följs upp eller övervakas. Samtliga enheter genomförde riskanalys av sina egna processer, samtliga på sina huvudprocesser, och i vissa fall även sina stödprocesser. Resultatet har kvalitetssäkrats och kalibrerats med stöd av en miljökonsult. 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.

Interna och externa revisioner

Intern revision genomförs årligen och syftar till att ständigt förbättra verksamheterna och få bekräftelse på att vi uppfyller de krav som vi själva, lagar och förordningar och certifieringarna i miljö och kvalitet ställer. Interna revisioner är en viktig del av en lärande miljö. Avvikelser som observerats under internrevisionen åtgärdas före den externa revisionen som sker på hösten.

Under januari-mars har intern kvalitets- och miljörevision på utvalda verksamheter genomförts på Sophiahemmet. Revisionen har genomförts av våra interna revisorer tillsammans med kvalitetsutvecklaren på sjukhuset som dessutom har varit revisionsledare.

De utvalda verksamhetsområden som reviderats inom koncernen har varit Ledningen, IT, Ekonomiavdelningen, Fastighet och Husläkarmottagningen (HLM). Vårdgivare som reviderats har varit Öron-näs-halskliniken (ÖNH), Stockholms Fotkirurgi, Neurology Clinic (NC) och GHP Kirurgkliniken.

Positiva iakttagelser som revisorerna rapporterade var bland andra ledningens systematiska arbetssätt där svagheter identifieras och förbättringsmöjligheter tas fram samt starkt engagemang i ledningssystemet som är en viktig del av kulturen och som avspeglar sig i verksamheterna.

Sophiahemmet har många aktiviteter avseenden miljön: En viktig miljöaspekt är resursförbrukning vilket verksamheterna är medvetna om och fokuserar på. Digitalisering på flera områden har glädjande nog minskat pappersförbrukningen. Vår huvudleverantör, MediCarrier, är kvalitets- och miljöcertifierad och samkör beställningarna så att varuleveranser inte ökar vid produktionsökning ute i verksamheterna. Sophiahemmet har väl fungerande avfallshantering med kärl och instruktioner i miljörummen. Personalen informeras regelbundet om miljöaspekter, miljökunskap ingår som obligatorisk del av introduktionen för nyanställda. Miljöutbildning/film finns på Insidan för medarbetare att ta del av. Kemikalieförteckning finns och riskbedömning av kemikaliehantering har gjorts.

Styrkor	• Systematiskt arbetssätt där svagheter identifieras och förbättringsmöjligheter tas fram – Ledning • Stort engagemang och positiv inställning till miljö- och kvalitetsledningssystemet - Ledning • Vid stora ombyggnationer finns miljökrav med i kravspecifikationen - Fastighet • Flera underleverantörer som har anlitats i över 20 år vilket ger en trygghet och god dialog - Fastighet • God kunskap och dokumentation finns kring processer, arbets- och säkerhetsrutiner – Ekonomiavdelning • Aktivt utvecklings- och förbättringsarbete – IT • Matris för ärendeprioritering finns och är känd av all personal – IT • Kontinuerlig bevakning av såväl yttre som lokala störningar och eventuella lagändringar och uppdateringar – IT • Starkt kvalitetsmedvetande i hela organisationen – HLM • Minskad pappersförbrukning i och med digitalisering - HLM • Digitaliseringen har lett till ett ökat patientsäkert arbetssätt t ex vid remisshantering – HLM • Äldremottagning med en geriatriker anställd – HLM • Hållbarhetspolicyn är kommunicerad ut i hela verksamheten – HLM • Flera enheter sorterar sitt matavfall som blir till Biogas
---------	--

Möjligheter	• Digital utveckling med e-hälsa, appar och andra hjälpmedel - Ledning • Utvecklingsmöjligheter med större samverkan med universitetssjukhusen, en del i framtidens hälso- och sjukvård - Ledning • Planer på att införa ramavtal från och med 2017, även till mindre leverantörer vilket kommer ev. höja kvalitet och miljöansvar vid anbudsförfarande – Fastighet • Förbättra energimätningen på de olika fastigheterna på området – Fastighet • Planer på att hitta lösningar för att minska biltrafik inom området – Fastighet • Att i större utsträckning rapportera avvikelser i avvikelssystemet – Ekonomiavdelning • Integrera i verksamheten miljöfrågor som gäller specifikt för IT – IT • Förbättra inrapportering av avvikelser i avvikelssystemet – IT & HLM
-------------	--

Externa revisioner sker också årligen och 2017 gick vi över i de nya standarderna vilket innebar att revisorerna besökte alla delar av vår verksamhet som innefattas av certifikatet, även våra vårdgivare med hängavtal. Barnsjukhuset Martina certifierades för första gången i miljö, genom ett hängavtal på Sophiahemmetts certifikat, deras få avvikelser under revisionen är nu åtgärdade och godkända.

En positiv utveckling är att allt fler av våra vårdgivare satsar på kvalitet- och miljöledningssystem vilket gynnar hela sjukhuset och våra intressenter bl a våra patienter.

Sammanfattning

Styrkor	Moget och välfungerande ledningssystem. Ledningens engagemang på alla nivåer. Anpassning av ledningssystemet till nya och ändrade standardkrav (omvärldsanalys, intressentanalys, ledningssystemets omfattning, risker och möjligheter). Hållbarhetsfokus med integrering av kvalitets- och miljöperspektiven. Hållbarhetsperspektivet väl integrerat i Högskolans processer. Stort fokus på förbättringsarbete. Flera exempel kan visas i verksamheterna och på ledningsnivå. Hög kompetens hos medarbetare.
Svagheter	I några verksamheter skrivs relativt få avvikelser. I standardernas krav uttrycker man att verksamheten ska identifiera både risker och möjligheter. "Möjligheterna" kan förtydligas.
Möjligheter	Fortsatt utveckling av Hållbarhetsarbetet. Ökad digitalisering.
Hot	Lagförteckning kan inte återfinnas (Martina). Lagefterlevnadskontroll kan inte återfinnas (Martina). Bristar i kemikaliehantering (Martina). Bristande dokumenthantering (Fastighet).

Systematiskt förbättringsarbete

Inom alla våra verksamheter pågår ett ständigt arbete för att förbättra vården. PDCA-cykeln (Plan, Do, Check, Act) används i förbättringsarbetet som ett verktyg. Standarden SS-EN ISO 9001:2015 uppmuntrar att man använder modellen på alla processer och på kvalitetsledningssystemet som helhet. Under 2016 startade vi ett stort journalsystembyte på Sophiahemmet till TakeCare, först ut var vår Husläkarmottagning redan i slutet av 2016 och i början av 2017 så gick även Hälsocentralen in i journalsystemet och på hösten operationsavdelningen och vårdenheten. TakeCare är ett fullskaligt journalsystem, utvecklat för svensk sjukvårds behov av e-hälsa. Systemet uppfyller mycket högt ställda krav på integritet, struktur och säkerhet. Patientsäkerheten är kanske den viktigaste nyttan TakeCare medför, utöver en strukturering och effektivisering av arbetet.



Kvalitetsförbättringar under 2017

Ny hållbarhetspolicy och patientsäkerhetsfrämjande aktiviteter enligt nya hållbarhetsmål. Gemensam patientsäkerhetskulturmätning och medarbetarenkät med gott resultat.

Certifiering enligt nya standards, ISO 14001:2015 och ISO 9001:2015. Extern hemsida som lanserades 2016 har under 2017 fått en engelsk version.

Husläkarmottagningen fortsätter att utveckla sin äldremottagning med att anordna gruppträffar med egenvårdsutbildning för deras äldre patienter.

Inför TakeCare-införandet har varje verksamhet utfört riskanalyser och man har startat projektgrupper som arbetat med implementeringen av systemet. Elektronisk provsvarshantering är en kvalitets- och patientsäkerhetsförbättring som journalbytet medför.

På vårdenheten och operation har personalen haft regelbundna träffar kring TakeCare frågor så kallade TakeCare caféer, detta för att involvera alla medarbetare i journalsystembytet. Vårdenheten har förändrat sina processer och arbetssätt för att kunna ta emot fler patienter från Capio Artro Clinic (ffa höfter och knäplastik). Till exempel har de sett över och effektiviserat röntgenrutinen för dessa patienter och patientgruppen placeras på samma avdelning. Vårdtiden har förkortats på alla ortopedpatienter till följd av att man har sett över rutiner gällande mobilisering av patient. Till exempel har dagrummet möblerats om vilket har medfört att patienterna umgås utanför sina rum, vilket är ett led i rehabiliteringen. Samtliga medarbetare har genomgått S-HLR på vårdenheten genom sina egna

instruktörer. Nya flödesmonitorer uppsatta på expeditionerna på vårdavdelningarna ger en bättre översikt och en hjälp att prioritera vilken patient som ska förberedas först. Det finns en samarbetsgrupp mellan operationsavdelningen och vårdenheten som träffas regelbundet. Deras möten dokumenteras så att samtliga kan ta del av vad som sagts och beslutats. Flera medarbetare på vårdavdelningen studerar till specialistsjuksköterska i akutvård på Sophiahemmets Högskola.

På Försäkringsmottagningen har de öppnat en tidsbokning direkt till diabetessjuksköterskans mottagning, vilket ökar tillgängligheten för patienten och ger snabbar kontakt. Diabetes-sjuksköterskans kompetensutveckling har riktat sig på nya generationens diabetesläkemedel under 2017. Försäkringsmottagningen började under 2017 att skicka sin remisser elektroniskt i Boka doktorn vilket underlättar arbetet och säkerställer att remissen kommer fram. Försäkringsmottagningen når 100 % följsamhet i basala hygienrutiner och klädregler både i vårens och höstens mätningar 2017.

Hälsocentralen har haft HLR för samtliga sjuksköterskor och läkare genom deras egna instruktörer. 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. Hälsorådet arbetar två sjuksköterskor som kan ge hjälp om behov finns med livsstilsfrågor, coaching, kostråd och diabeteshjälpmedel.

Intern kontroll av lagefterlevnaden

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 med hjälp av en enkät som skickas ut till berörda chefer och arbetsledare.

Hållbarhet

Hållbarhetspolicy

I mars 2017 publicerade vi en ny Hållbarhetspolicy, som ersätter miljö- och kvalitetspolicyn. Hållbarhet har blivit en allt viktigare fråga i samhället och kraven på att företagen bidrar till en hållbar utveckling ökar vilket Sophiahemmet tar fasta på och vill vara ett föredöme. Vi alla måste ställa om och värna om vår miljö, vår planet, genom att göra medvetna och väl genomtänkta val på alla nivåer. Sophiahemmet har som högskola och sjukhus ett särskilt ansvar.

Vår Hållbarhetspolicy har fyra perspektiv:

1. Vi arbetar patientsäkert.

Bemötande, delaktighet, information, mätningar, uppföljningar, återkoppling, kompetensutveckling.

2. Vi arbetar hälsofrämjande.

Minskad belastning från kemikalier, luftföroreningar, buller, läkemedelsrester inklusive antibiotika. Hälsosam arbetsmiljö. Leverera rätt hälso- och sjukvård samt rätt utbildning.

3. Vi arbetar klimat- och resurseffektivt.

Minskad energiförbrukning, kloka transporter, minskning av medicinska och medicintekniska gaser, utveckling av drift och förvaltning av fastigheterna, hänsyn till kretsloppet, återvinning, avfallshantering.

4. Vi integrerar hållbarhetsfrågor i forskning och utbildning.

Studenter och medarbetare bidrar genom kunskap och engagemang till en framtida hållbar samhällsutveckling.

Förutsättningar för framgångsrikt arbete med hållbar utveckling på Sophiahemmet är:

- Ledningens engagemang
- Medvetna och kompetenta medarbetare
- Samverkan med verksamheternas olika intressenter, inklusive interdisciplinär samverkan
- En kultur där avvikelshantering är naturlig och utnyttjas effektivt
- En ackrediteringsprocess som säkerställer kvaliteten på samtliga vårdgivare
- Riskanalyser som identifierar och minimerar risker för patienter, medarbetare och studenter, men också för samhället i övrigt
- En hållbar ekonomi som tillåter kloka investeringar
- Uppföljning och säkerställande av efterlevnad av lagar och andra bindande krav
- Mål som är mätbara och driver hållbar utveckling
- Transparens kring hur vi arbetar och vilka resultat vi uppnår

Hållbarhetsmål

Under 2017 har vi bytt ut våra tidigare kvalitetsmål, som vi haft i en femårsperiod, och arbetat fram nya övergripande mål för nästa femårsperiod med aktiviteter och mätetal. Aktiviteterna och mätetalen kan komma att anpassas under perioden 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 målen. Perspektiven i Hållbarhetspolicyn har legat som grund.

Första perspektivet - *Vi arbetar patientsäkert* – Det övergripande målet är att leverera effektiv och säker vård med rätt kvalitet samt att vi ska arbeta med förebyggande hälso- och sjukvård.

- Allvarliga och undvikbara vårdskador ska vara noll
- Vi ska öka i index vid mätning av patientsäkerhetskultur hos medarbetarna
- Våra patienter ska rekommendera Sophiahemmet Sjukhus

Andra perspektivet – *Vi arbetar hälsofrämjande* - Det första övergripande målet är att minska miljöpåverkan vid fastighetsförvaltning och – drift. Det andra är att minska miljöpåverkan av läkemedel.

Tredje perspektivet – *Vi arbetar klimat och resurseffektivt* - Det första övergripande målet är att förvalta, utveckla och sköta fastigheten på ett optimalt sätt. Det andra att minska utsläpp av klimatpåverkande anestesigas. Det tredje övergripande målet är att höja medvetandenivån om transporters inverkan på miljön.

Fjärde perspektivet – *Vi integrerar hållbarhetsfrågor i forskning och utbildning* - Det övergripande målet är att höja medvetandenivån om miljö och hållbar utveckling.

Strategier för att uppnå målen

- Att alla patienter på Sophiahemmet ska få veta vilken läkare som är ansvarig för vården under hela vårdtiden
- Att utvecklings/utbildningsplan upprättas och regelbunden kompetensutveckling sker så att den anställda medarbetaren har rätt kompetens för sitt arbete
- Att hjärtsäkra sjukhuset genom att alla medarbetare årligen genomför HLR-utbildning
- Att genom kontinuerlig patientdialog mäta kundens/patientens tillfredsställelse med behandling och bemötande och kontinuerligt genomföra förbättringar utifrån dessa resultat
- Att genom olika mätningar se till att tillgänglighet, information och uppföljning är rätt i förhållande till kundens/uppdragsgivarnas krav och behov, att öppet redovisa resultat och återföra dessa till verksamheten samt att vara öppen för nya krav och förbättringsförslag
- Att säkerställa att alla medarbetare på Sophiahemmet AB är väl förtrogna med de uppsatta målen
- Att delta i punktprevalensmätningar avseende VRI och BHK varje halvår och sprida och följa upp resultatet
- Att kommunikationsmodeller, s.k. SBAR, används vid överrapportering av patient från en vårdenhets till en annan för att minska risken för informationsbortfall
- Att kompetens finns i verksamheterna med medarbetare som gått Risk- och händelseanalysutbildning enligt metod av Sveriges kommuner och landsting, SKL
- 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 uppkommit
- Att alla medarbetare uppmuntras till att identifiera risker och rapportera dem i vårt avvikelshanteringssystem
- Att genomföra årlig patientsäkerhetskulturmätning bland medarbetarna
- Att använda säker kirurgichecklista i enlighet med WHO för att främja säkerhetsmedvetandet
- Att genomföra strukturerad markörbaserad journalgranskning för att identifiera skador i vården och deras orsak

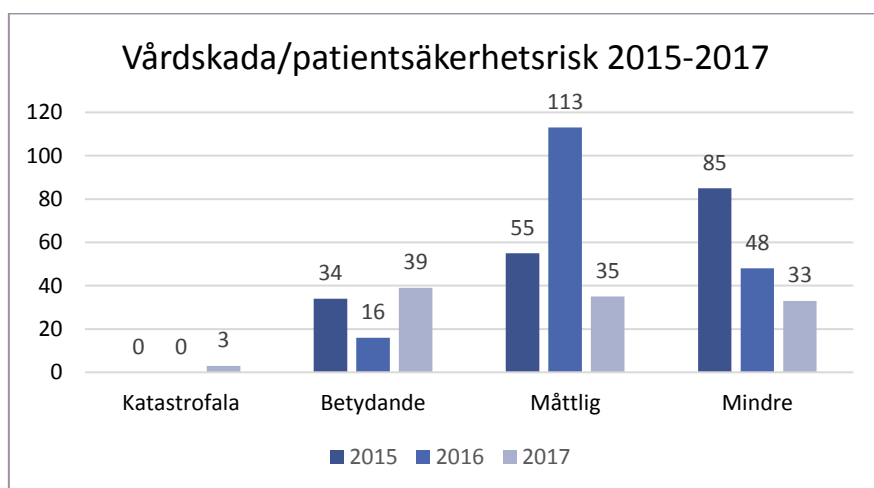
Patientsäkerhet

Avvikelsehantering

Sophiahemmets avvikelshantering 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. Avvikelseerna följs upp och sammanställs kontinuerligt och rapporteras vid varje ledningens genomgång och till kvalitetsgruppen varje kvartal

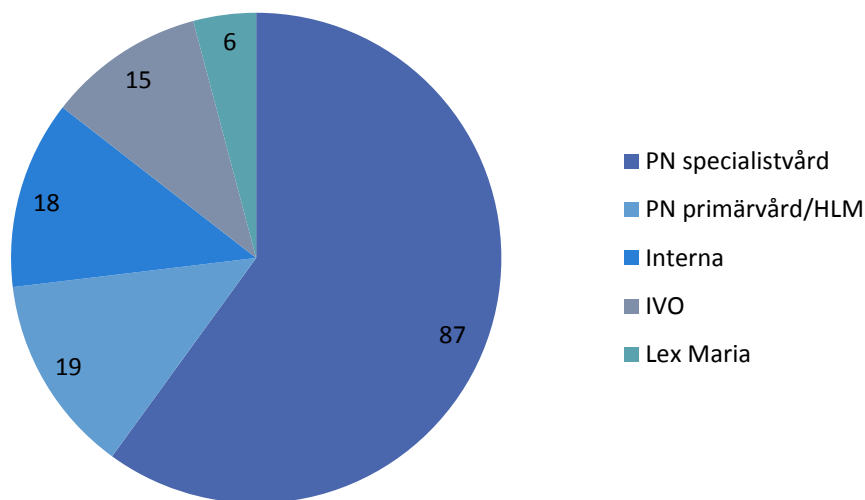
Totalt 269 avvikelser rapporterades under 2017. 110 stycken av 269 avvikelser gäller risker i patientsäkerhet, 37 %. Vi hade 1 katastrofal avvikelse i egen verksamhet och 2 katastrofala hos våra vårdgivare, vilket är mycket ovanligt; suicid i hemmet samtliga tre. Dessa tre återfinns bland våra anmälda Lex Maria anmälningar nedan. 39 patientsäkerhetsriskavvikelse var av betydande art.



Klagomål

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. Totalt 144 klagomål är inrapporterade under 2017 från patientnämnden (106st, en patients klagomål kan generera flera områden/klagomål), till chefläkaren (18 st), från IVO (15 st) och 6 st Lex Maria. Största klagan gäller vård och behandling (61 %) därefter brister i kommunikation (17 %).

Fördelning av klagomål
2017, totalt 144



Lex Maria

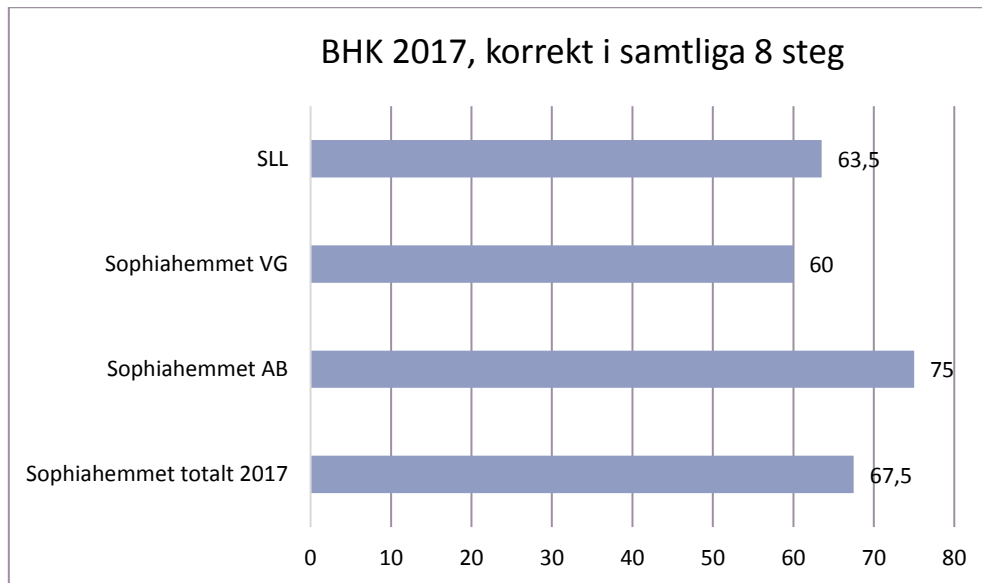
Ärenden eller händelser som leder till eller som kan leda till uppenbar risk för patientskada eller patientdöd, ska anmälas av vårdgivaren själv till IVO, i enlighet med SOSFS 2005:28, och kallas lex Maria-anmälan. Respektive verksamhetschef samt chefläkaren äger beslutet om när en Lex Maria-anmälan ska göras och ansvarar för att en händelseanalys utförs. Chefläkaren erbjuder också stöd och hjälp till den som drabbats av en anmälan. En viktig stödinsats, förutom den rent personliga, är att bistå vid utformandet av den anmäldes yttrande. Under 2017 hade vi totalt 6 Lex Maria anmälningar på hela sjukhuset, inkl vårdgivarna. Händelseanalys utförd på samtliga. Tre suicider i hemmet, en uretraskada efter urinkateter, en vävnadsskada i en subkutanvenport efter läkemedelsreaktion och en spridd bröstcancer som ej behandlats enligt vårdprogram.

Basala hygienrutiner och klädregler

Syftet med basala hygienrutiner och klädregler 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). 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 VRI, kontinuerligt vår och höst, och sammanställningen redovisas på ledningens genomgång samt i kvalitets- och hygiengruppen till ombuden. Varje enhet får en sammanställning på sitt egna resultat i jämförelse med resten av sjukhuset och Stockholms läns landsting. Under året har vi uppmärksammat Handhygienens

dag som är en kampanj initierad av WHO för att förbättra handhygien i vården i världen. På dagen, 5 maj, så fick personalen sprita sina händer med fluorescerande handsprit för att sedan kontrollera resultatet under en UV-lampa. Detta förebyggande arbete har vi fortsatt med under året då verksamheterna har lånat lampan för att genomföra egen kvalitetssäkring av handspriting under t ex ett personalmöte.

2017 nådde vi 75 % korrekthet i samtliga åtta steg och tillsammans med våra vårdgivare hamnade vi på 67.5%. Stockholmsläns landsting, SLL hade ett resultat på 63.5 % och hela Sverige hamnade på 72.2 %.



Vårdrelaterade infektioner

Vårdrelaterade infektioner, VRI är den vanligaste typen av vårdskada globalt. VRI är även den vanligaste typen av vårdskada i Sverige och utgör ca en tredjedel av alla vårdskador. VRI har stor negativ inverkan på folkhälsan med påverkan på mortalitet, morbiditet och livskvalitet. Förutom ett stort lidande och konsekvens för patienten utgör vårdskador en stor vårdkostnad för Sverige. WHO bedömer att en stor del av VRI är möjliga att förebygga genom effektiva förebyggande åtgärder.

Sophiahemmet mäter VRI varje halvår genom punktprevalensmätning, PPM VRI, som endast kan mätas på slutenvårdspatienter. Vi hamnar årligen på noll i förekomst av VRI. I beaktande tas att vi har korta vårdtider och ibland hinner inte patienten få någon infektion förrän efter hemkomst. Varje vårdgivare följer själva upp sina patienter och förekomsten av VRI postoperativt. Vi kan fånga upp eventuella infektioner postoperativt i vår patientenkät, av 660 svar hos våra slutenvårdspatienter uppgav 26 patienter att de haft infektion i operationssåret, 20 patienter uppgav att de drabbats av urinvägsinfektion och 15 patienter att de haft någon annan infektion än i såret och urinvägarna. För djupare analys så granskar vi sedan flera år journalerna enligt metoden Markörbaserad journalgranskning.

Vårdskademätning

Sedan 2014 används Markörbaserad journalgranskning, MJG, inom vår slutenvård. Tidigare användes Global trigger tool, GTT, som är en internationell metod medan MJG är anpassad för svensk sjukvård. 20 slumpvis framtagna journaler granskas av en erfaren sjuksköterska en gång per månad. 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. Oundvikbara skador identifieras också men i och med att de är oundvikbara är det svårt att förändra/förbättra en process för att förhindra att något sådan ska hända igen. Chefläkaren går igenom de kriterier eller "triggers" som journalgranskarna funnit och beslutar om en vårdskada inträffat. 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.

Totalt för året har 240st journaler granskats och tre st skador upptäcktes, varav två av dem var ej undvikbara.

Patientutvärdering

Under 2017 besvarade drygt 660 patienter våra patientenkäter som mejlats ut till de patienter som lämnat sitt godkännande under besöket. Vi använder även Touch Point – surfplattor utplacerade vid mottagningarnas entréer där 2103 patienter utvärderade vården.

- 96 % av patienterna är nöjda med bemötandet
- 96 % av patienterna är nöjda med helhetsintrycket
- 94 % av patienterna är nöjda med informationen

Nytt för 2017 är att vi använder NPS – Net Promote Score som bygger på frågan: Skulle du rekommendera Sophiahemmet till en vän eller kollega? Du som patient svarar då på en skala mellan 0-10, där 0 innebär inte alls sannolikt och 10 innebär högst sannolikt. Det sammanlagda resultatet går från -100 till +100, där värden över +50 anses som utomordentliga.

Vårt totala NPS resultat från patientenkäten och Touch Point surfplattorna hamnar på 76, ett utmärkt resultat.

Kvalitetsindikatorer över 3 år, totalt sett (%)

