

# Kvalitetsredovisning 2018





## Innehåll

Detta är Sophiahemmet Sjukhus.....	3
Sophiahemmet AB i siffror 2018 .....	4
Sophiahemmets Koncept .....	5
Sophiahemmets värdegrund .....	5
Sophiahemmets Ackrediteringsregler .....	7
Kvalitetsorganisationen på Sophiahemmet .....	8
Kvalitetsavdelningen .....	8
Ett miljö- och kvalitetscertifierat sjukhus.....	9
Interna och externa revisioner .....	9
Systematiskt förbättringsarbete.....	12
Kvalitetsförbättringar under 2018.....	12
Intern kontroll av lagefterlevnaden .....	13
Hållbarhet .....	14
Hållbarhetspolicy .....	14
Hållbarhetsmål .....	14
Strategier för att uppnå målen.....	15
Patientsäkerhet .....	17
Avvikelsehantering .....	17
Klagomål .....	18
Lex Maria .....	18
Basala hygienrutiner och klädregler.....	18
Vårdrelaterade infektioner.....	19
Vårdskademätning .....	20
Patientutvärdering .....	20

## Detta är Sophiahemmet Sjukhus

I den här rapporten redovisar Sophiahemmets Sjukhus sitt kvalitetsarbete under 2018. Kvalitetsredovisningen är ett sätt för oss att öppet visa vårt kvalitetsarbete och resultat för våra patienter, medarbetare, kunder och övriga intressenter.

1889 öppnade Sophiahemmet sjukhus på initiativ av Drottning Sophia som redan några år innan startat en sjuksköterskeskola på området, numera Sophiahemmets högskola. Drottningens vision var att i anslutning till skolan kunna ge god och tidsenlig vård åt alla människor i olika samhällsklasser. Drottningens ord från 1889 fungerar än idag som en ledstjärna för Sophiahemmet, om vikten av utveckling och förnyelse genom anpassning till tidens krav och omständigheter.

Sophiahemmet är ett sjukhus som samlar olika vårdgivare inom många olika specialiteter. Vi erbjuder kvalificerad vård inom öppen- och slutenvård för barn, ungdomar och vuxna.

Sophiahemmet AB ägs av Sophiahemmet ideell förening, och ingår i koncernen Sophiahemmet tillsammans med Sophiahemmets Högskola. Sjukhuset har ett nära samarbete med Sophiahemmets Högskola som bedriver forskning och utbildning. Sophiahemmets Högskola bidrar till utveckling av hälso- och sjukvården genom att förbättra vårdens metoder genom forskning samt utvecklar modeller för lärande och kompetensutveckling som sjukhuset får ta del av.

Sjukvården 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 ackrediteras årligen av Sophiahemmet. Ackreditering på Sophiahemmet innebär en försäkran att förutom lagar och förordningar följa av Sophiahemmet uppsatta ackrediteringsregler. 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 för majoriteten av patienterna, men tar också emot försäkrings- och privatbetalande patienter.

Sophiahemmet AB driver i egen regi tre öppenvårdsmottagningar: Försäkringsmottagningen, Husläkarmottagningen och Hälsocentralen samt en operationsavdelning och vårdenhet med två vårdavdelningar.

**Försäkringsmottagningen** tar emot försäkringspatienter som har en privat sjukvårdsförsäkring. Mottagningen har avtal med de flesta försäkringbolag och patienterna garanteras tid till läkarbesök inom två dagar även om de flesta får tid redan samma dag.

**Husläkarmottagningen** har avtal med landstinget och är öppen för alla i mån av listningsutrymme. Idag har mottagningen cirka 12 000 patienter listade. Husläkarmottagningen driver även en äldremottagning och erbjuder hemsjukvård vid behov.

**Hälsocentralen** är en helt privat mottagning och en av Sophiahemmets äldsta. Företag har avtal med mottagningen och skickar sina medarbetare för hälsoundersökningar. Hälsocentralen tar även emot helprivata kunder med en helhetssyn som grund bedrivs förebyggande sjukvård. Hälsocentralen har ett sjuksköterskebemannat Hälsoråd som följer upp och hjälper patienter att vid behov göra de livsstilsförändringar som krävs efter ny diagnos eller är när patienten är i riskzonen för en diagnos som t ex typ 2-diabetes.

**Vårdenheten och operationsavdelningen** tar tillsammans med vårdgivarna emot ett brett spektrum av olika kirurgiska diagnoser. På Sophiahemmets operationsavdelning genomförs årligen cirka 7 000 operationer, både dagkirurgiska operationer och slutenvårdskirurgi. Operationsresurserna regleras genom avtal med vårdgivarna. Operationsavdelningens har en sterilavdelning med stor kapacitet. På Sophiahemmets vårdenhet erbjuds 35 slutenvårdsplatser med dygnet-runt verksamhet.

Sophiahemmet har skapat ett nytt affärsområde under 2018; FAM – Facility Management, där alla stödfunktioner har samlats såsom IT, fastighet med underhåll och drift och service med vaktmästeri, avfallshantering, städ och tvätt. Syftet är att skapa en effektivare, tydligare och mer ändamålsenlig organisation.

#### Sophiahemmet AB i siffror 2018

Antal vårdplatser	35
Antal operationssalar	7
Antal operationer inom slutenvården	2 745
Antal vårddygn	5 173
Medelvårdtid	1,4 dygn
Antal operationer inom dagkirurgi	4 082
Försäkringsmottagningen – antal läkarbesök	19 777
Försäkringsmottagningen – antal sjuksköterskebesök	715
Husläkarmottagningen – antal listade patienter	12 225
Husläkarmottagningen – antal läkarbesök	19 553
Husläkarmottagningen – antal sjuksköterskebesök	6 034
Husläkarmottagningen – antal sjuksköterskebesök i hemsjukvården	3 501
Hälsocentralen – antal läkarbesök	11 645
Hälsocentralen – antal sjuksköterskebesök	10 926
Hälsocentralen – antal hälsoundersökningar	8 728
Hälsocentralen – antal besök på Hälsorådet	162

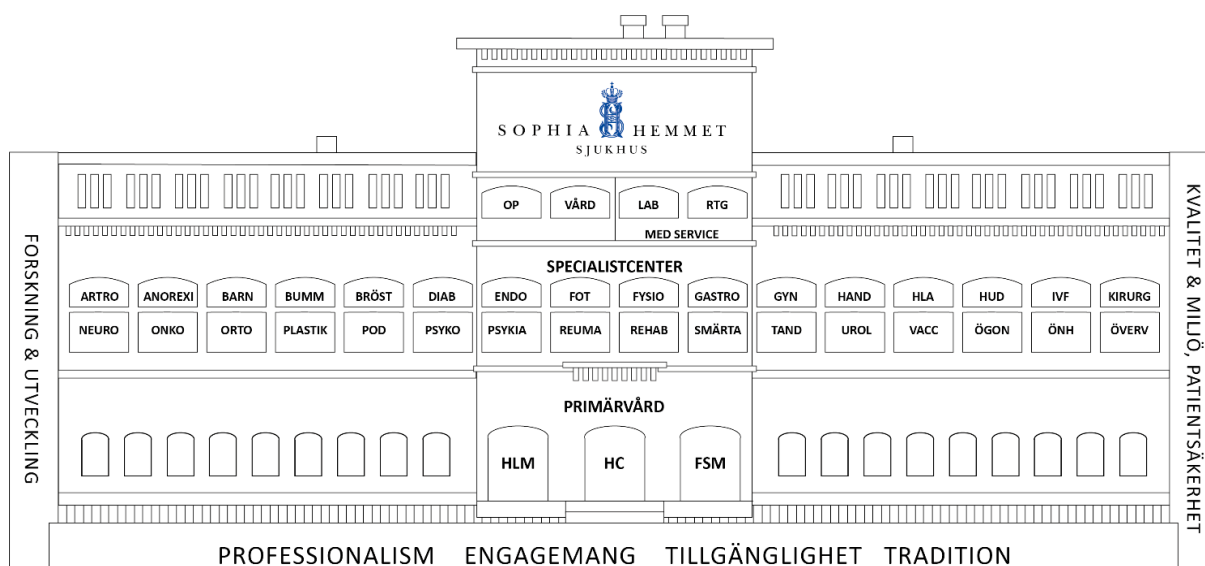
## Sophiahemmets Koncept

Sophiahemmets koncept bygger på vårdgivare inom olika specialistområden som genom samverkan gentemot patienten, omvärlden agerar som Sophiahemmet Sjukhus. Under 2018 har Sophiahemmet expanderat med två nya verksamheter, Camp Pro i Lill-Janshuset och Arcademy.

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

Chefläkaren publicerar regelbundet Info-brev och sammankallar till Vårdgivarforum minst 4 gånger om året, där bland annat kvalitet, patientsäkerhet 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 sjukhusets infrastruktur med stödfunktioner.



## Sophiahemmets värdegrund

Värdegrundsarbetet i organisationen handlar om att synliggöra gemensamma och överenskomna värderingar och ha samsyn. När medarbetare löpande tolkar och omsätter värdegrunden i vardagen så kan den genomsyra verksamheten och uppfylla våra satta mål. Värderingar ska ge sig i uttryck i medarbetarnas sätt att vara och verka.

Sophiahemmets värdegrund uttrycks i fyra ord som sammanfattar vad vi står för i relation till våra patienter och till varandra men också till omvärlden: *professionalism, engagemang, tillgänglighet* och *tradition*.

Värdegrunden är framtagen och har formulerats av medarbetarna på Sophiahemmet sjukhus. Tolkningar av värdeorden uppdateras regelbundet.

*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 Sophiahemmets 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 med 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.

## Sophiahemmets Ackrediteringsregler

Sophiahemmet är det privata sjukhuset för personlig och professionell medicinsk vård och omvårdnad och har ett starkt varumärke som ska borga för kvalitet och kompetens. Detta innebär att stora krav ställs på vårdgivare och medarbetare som är verksamma vid Sophiahemmet. För att få bedriva vård på Sophiahemmet och använda sig av Sophiahemmets varumärke för ackrediterade vårdgivare har Sophiahemmet tagit fram en ackrediteringsmodell som beskriver de krav och riktlinjer vårdgivaren behöver följa förutom lagar och av samhället satta krav.

Illustrationen nedan (tårtan) beskriver vilka delar som ingår. Samtliga delar måste uppfyllas. Vårdgivarna ska även delta i relevanta kvalitetsregister och öppet redovisa sina resultat i bl a en årlig patientsäkerhetsberättelse. Chefläkaren på Sophiahemmet ansvarar för ackrediteringssystemet. Under 2018 utformades en e-tjänst där vårdgivaren får logga in via bankID och försäkra, årligen, att de har gått igenom de moment som krävs för att bli ackrediterad. Därefter godkänns ackrediteringsansökan av chefläkaren och verksamheten får ett ackrediteringsdiplom som bevis. Återkommande avvikelser mot ackrediteringsreglerna kan efter erinran från Chefläkaren leda till avackreditering.

Tre typer av ackrediteringsärenden av vårdgivare görs i e-tjänsteverktyget

- Ackreditering av nya vårdgivare (ska göras innan start av ny verksamhet).
- Reackreditering av vårdgivarna årligen (1 mars- 30 april).
- Avackreditering av vårdgivare (när verksamheten upphör eller när vårdgivaren ej följer Sophiahemmets regler för ackreditering).

Under 2018 var 90 % av våra vårdgivare ackrediterade.



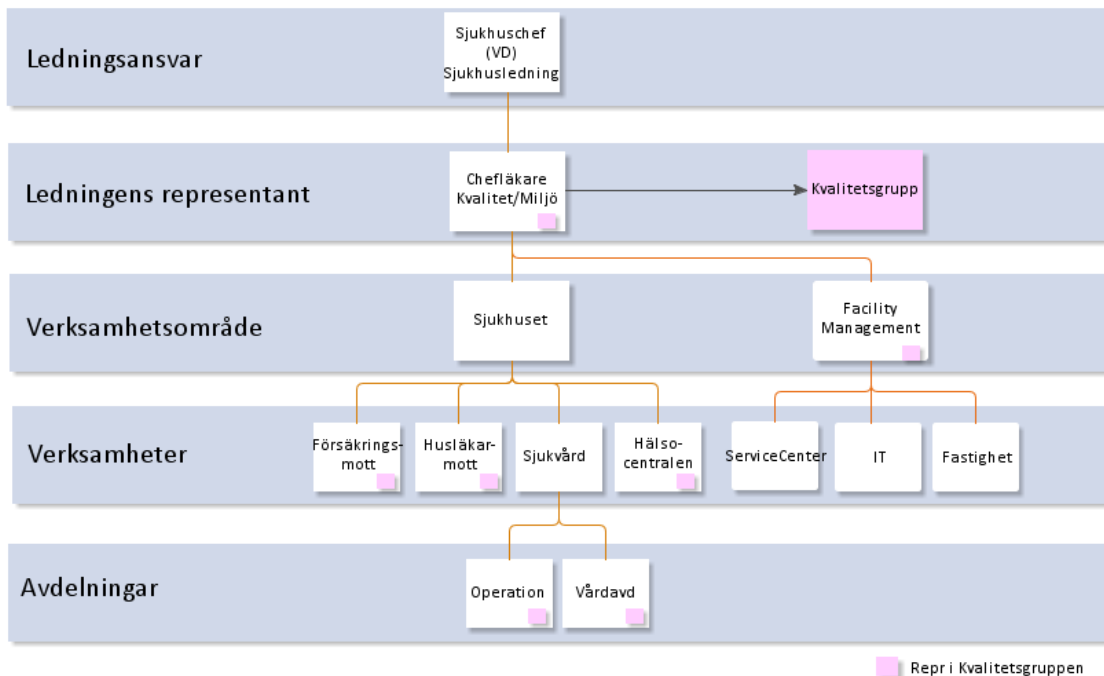


## Kvalitetsorganisationen på Sophiahemmet

Sophiahemmets medarbetare arbetar kontinuerligt med utveckling av kvalitet och patientsäkerhet i det dagliga arbetet, genom att skriva avvikelser, utveckla arbetet med nya metoder samt avveckling av gamla metoder. Alla medarbetare 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
- Egenkontroller
- Uppföljning/revision
- Systematiskt förbättringsarbete

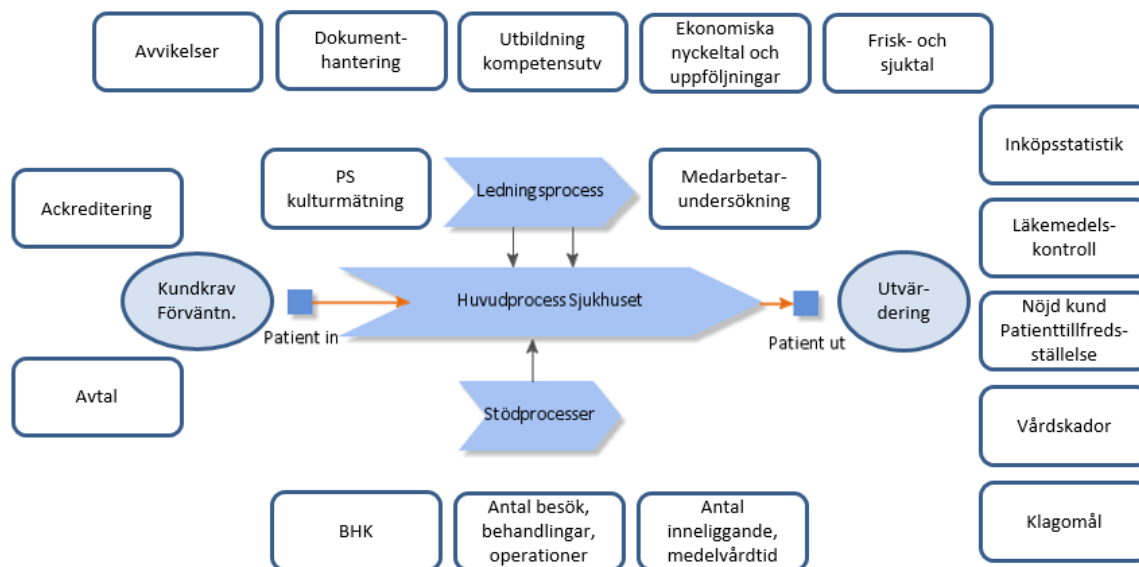


### Kvalitetsavdelningen

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 certifierat enligt ISO 14001 och sedan 2008 även i ISO 9001. Detta gäller alla våra egna verksamheter på sjukhuset samt FAM. Högskolan är miljöcertifierad och vi har tre vårdgivare som har hängavtal på vårt miljöcertifikat: Öron-näs-halskliniken, Neurology Clinic och Barnsjukhuset Martina som under 2019 kommer att få egna certifikat, då de nu vuxit sig tillräckligt stora för det. Arbetet kring vårt kvalitets- och miljöledningssystem drivs av kvalitetsavdelningen men utan samarbete med verksamheterna i organisationen kan inte ett ledningssystem hållas levande och implementeras. Vi har en intern revisorgrupp som kvalitetsutvecklaren sammankallar och planerar årligen interna revisioner med.

### Interna och externa revisioner

**Intern revision** genomförs årligen och syftar till att ständigt förbättra verksamheterna och få bekräftelse på att vi uppfyller lagar och förordningar, certifieringarna i miljö och kvalitet samt interna krav. Interna revisioner är en viktig del av en lärande miljö och undersöker bl a om beslutade arbetsätt efterlevs. Avvikelse som observerats under internrevisionen åtgärdas före den externa revisionen som sker på hösten. Interna revisioner genomförs med hjälp av egna revisorer på Sophiahemmet. Kvalitetsutvecklaren är sammankallande, revisionsledare och sammanställer alla rapporter. Resultatet av revisionerna rapporteras till sjukhusets ledningsgrupp och till de reviderade verksamheterna. En sammanställning av resultatet på den interna revisionen förs ut till alla verksamheter så att alla kan ta del av styrkor/svagheter samt möjligheter/hot och på så sätt förbättra den egna verksamheten även om verksamheten ej deltog i revisionen.

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 2018 inom koncernen har varit Ledningen, IT-avdelningen, Husläkarmottagningen och Högskolan. Vårdgivare som reviderats har varit Öron-näshalskliniken, Barnsjukhuset Martina, Stockholms Fotkirurgiklinik, Neurology Clinic och Ryggkirurgiskt Centrum.

Under 2018 utvecklade vi ett nytt rapportblad med ett nytt sätt att rapportera intern revisionen på. En egen kolumn skapades för förbättringsmöjligheter och sedan avvikelser så att verksamheterna tydligt kan se vad de behöver arbeta med och åtgärda. Nytt för i år är även att avvikelserna läggs in i vårt avvikelshanteringssystem och behandlas där, för att få en bättre och säkrare uppföljning.

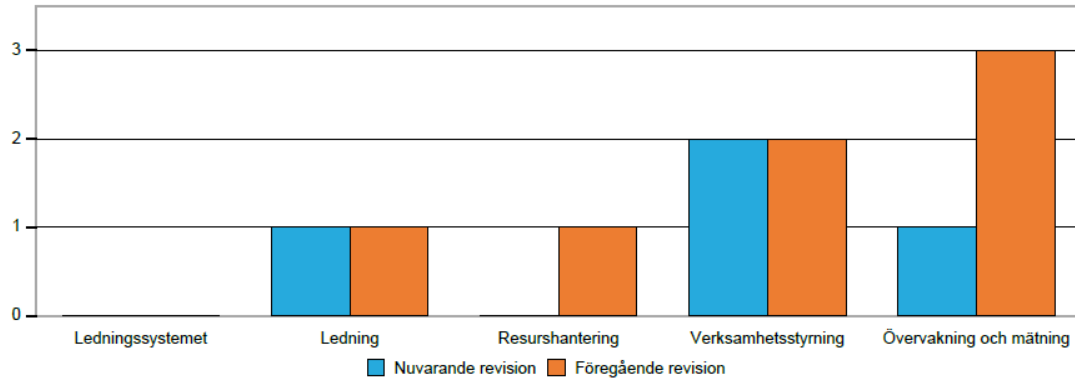
**Externa revisioner** sker också årligen. En positiv utveckling är att allt fler av våra vårdgivare satsar på kvalitet- och miljöledningssystem vilket gynnar hela sjukhuset och våra intressenter.

De positiva iakttagelser som de externa revisorerna såg var:

- Ledningens engagemang på alla nivåer och kännedom om detaljer i verksamheten
- Systematisk omvärldsbevakning och snabb anpassning till förändringar som sker
- Mycket god kännedom om intressenter och dess krav, systematisk bevakning
- Ny tjänst" för kundklagomål som kan göras direkt på hemsidan genom inloggning med BankID
- Hållbarhetsfokus med integrering av kvalitets- och miljöperspektiven
- Stort fokus på förbättringsarbete, flertalet exempel visas vid revisionen
- Underlagen till ledningens genomgång är huvudsakligen väl genomarbetade
- Avvikelsehanteringssystemet som ger möjlighet till god kontroll och uppföljning på detaljnivå
- Husläkarmottagningen fortsätter utveckla sin äldremottagning med att anordna gruppträffar med egenvårdsutbildning för deras äldre patienter
- Genomgående kvalitets- och miljömedveten ledning och personal
- Bra processbeskrivningar på verksamhetsnivå
- Bra intern kommunikation/mötesstruktur med tillhörande protokoll
- Fastighetsprocessen under omarbetning.
- Utveckling av ärendesystem för FAM som kommer att omfatta all underhåll/myndighetskontroller som berör verksamheterna
- Intern och extern rapportering fungerar bra
- Nytt med digital information för alla på operation om förloppet på en sal för att kunna förbereda nästa patient på tur
- Kontinuerliga uppföljningsmöten med vårdgivarna som har blivit färre men större
- Take Care- systemet utvecklas kontinuerligt utifrån verksamhetens behov med nätverksmöten med berörda.
- Hygienrond på operation veckovis för att säkerställa hygienkvalitet
- Samarbetsgrupp inom operation/vårdavdelning
- Genomför studiecirkel ett par gånger per år utifrån fallbeskrivningar för kompetensutveckling och ett lärande av varandra
- 20 stycken journaler granskas månadsvis enligt en systematisk modell (se avsnittet om MJG)
- Bra resultat vid uppföljning av processprestanda (VRI, BHK, undvikbara vårdskador).
- Bra med regelbundna övningar vid brand (utrymning av operation/vårdavdelning)

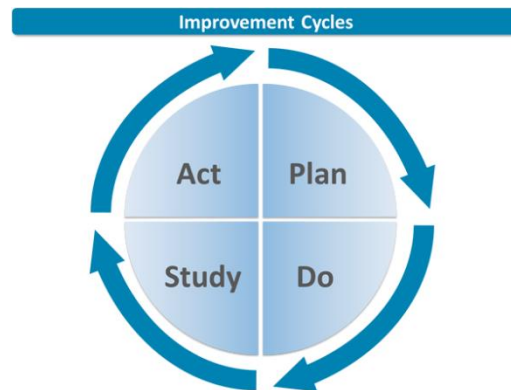
Vi fick sammanlagt 7 stycken avvikelser under den externa revisionen där 5 stycken tillhörde Barnsjukhuset Martina. Vi har haft uppföljningsrevision där tre av Barnsjukhuset Martinas avvikelser kunde släckas. Övriga fyra kommer att kräva uppföljning vid nästa revisionstillfälle för att säkerställa implementering av åtgärderna.

### Avvikelsesammanställning



## Systematiskt förbättringsarbete

Inom alla våra verksamheter pågår ett ständigt arbete för att förbättra vården. PDSA-cykeln (Plan, Do, Study, 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. 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.



### Kvalitetsförbättringar under 2018

I slutet av 2016 utfördes ett journalsystembyte till TakeCare och först ut var vår Husläkarmottagning. I början av 2017 så gick även Hälsocentralen in i journalsystemet och i början av 2018 operationsavdelningen och vårdenheten. Även flera av våra vårdgivare har bytt till TakeCare vilket är en stor kvalitets- och patientsäkerhetsförbättring då patienterna som opereras och/eller är inläggande på slutenvårdsavdelningen får en mer sammanhållen journal med mindre risk för brister i informationsöverföringen mellan enheterna. TakeCare är ett fullskaligt journalsystem, utvecklat för svensk sjukvårds behov av e-hälsa med elektroniskt prov- och remisshantering inbyggt systemet och koppling till 1177. Patientsäkerheten är kanske den viktigaste nyttan TakeCare medför, utöver en strukturering och effektivisering av arbetet.

Vi har under många år mätt patientnöjdheten i olika former men under 2018 byttes system till en enkät med få validerade frågor som svaras på per sms eller så kan man svara direkt på plats på en Ipad. Frågorna som ställs skapar förutsättningarna för patientdriven verksamhetsutveckling. Patienternas erfarenheter och synpunkter samlas in och redovisas i realtid och blir en viktig del i utvecklings- och förbättringsarbetet. Undersökningen speglar det som är viktigast att agera på och ha kunskap kring. Enkäten har en fråga om man som patient vill medverka till utveckling av verksamheten och vi kommer under 2019 satsa på träffar med patienter. På detta skapar vi mer patientdelaktighet och involvering i vår strävan till ständiga förbättringar och patientnytta.

Husläkarmottagningen fortsätter att utveckla sin äldreomsorg med att anordna gruppträffar med egenvårdsutbildning för deras äldre patienter vilket har blivit väldigt populärt och ett återkommande forum.

Den 1 januari 2018 kom nya bestämmelser om hur klagomål och synpunkter från patienter och närstående ska hanteras i vården. I första hand är det vårdgivarens ansvar att bemöta och besvara de klagomål och synpunkter som kan uppstå i samband med vård och behandling. Patienter och närstående ska därför vända sig direkt till den verksamhet som ansvarat för vården och föra fram sitt klagomål. På grund av detta skapade vi en e-tjänst där patienter kan säkert anmäla sitt klagomål och framföra sina synpunkter. Synpunkter och klagomål är viktiga, då de kan bidra till att förändra och förbättra vården och det gör det extra viktigt att handläggningen är strukturerad, likriktig och följer lagkraven med uppföljning och återrapportering. Vi ville uppnå en övergripande kontroll över de klagomål och synpunkter som kommer in till oss men samtidigt göra det så lätt och säkert som möjligt för patienter och närstående. Vi skapade en säker väg in för patienten, tillgängligt dygnet runt.

Avvikelsehanteringen har kvalitetsförbättrats gentemot vårdgivare som har egna system och som tidigare har använt pappersblankett då de vill rapportera in en avvikelse till oss. Vårdgivare rapporterar sedan 2018 in i en e-tjänst. Kvalitetsutvecklaren lägger in avvikelsen i avvikelssystemet och vidarebefordrar till närmaste ansvarig. I e-tjänsten kan man kommunicera med rapportören så att lättare återkoppling och uppföljning kan ske.

Under 2018 rustades hela sjukhuset för att möta kravet i den nya dataskyddsförordningen, GDPR och nytt dataskyddsombud tillsattes. Sophiahemmet har ingått avtal med Institutet för Medicinsk Rätt AB, IMR, om funktionen. Dataskyddsombudet anmäldes till Datainspektionen 2018-05-23. Patienter, kunder och studenter har möjlighet att kontakta dataskyddsombudet direkt, kontaktinformation är publicerad på våra hemsidor.

Fler patientsäkerhet- och kvalitetsförbättringar kan ni läsa om i vår [patientsäkerhetsberättelse](#).

### 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

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. Alla måste ställa om och värna om vår miljö. 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

Vi har övergripande hållbarhetsmål 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 Hållbarhetspolicyen 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 anestesigaser. 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 vårdrelaterade infektioner, VRI och basala hygienrutiner och klädregler, 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 patientsäkerhetskulturmätning bland medarbetarna



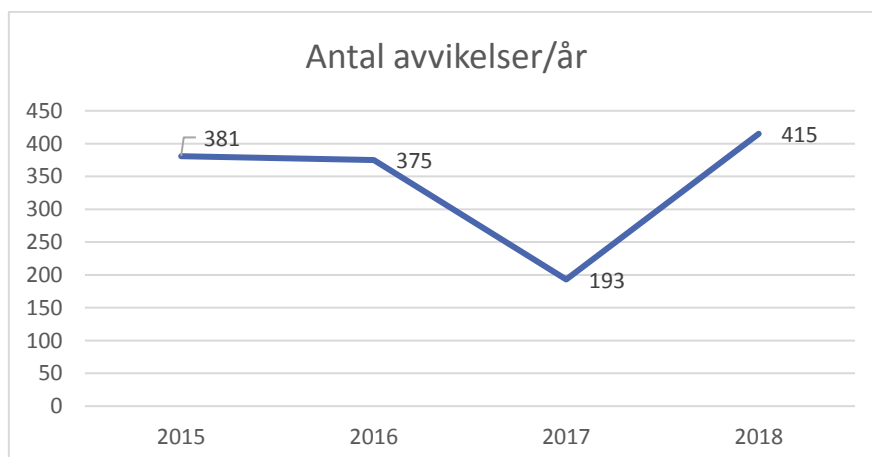
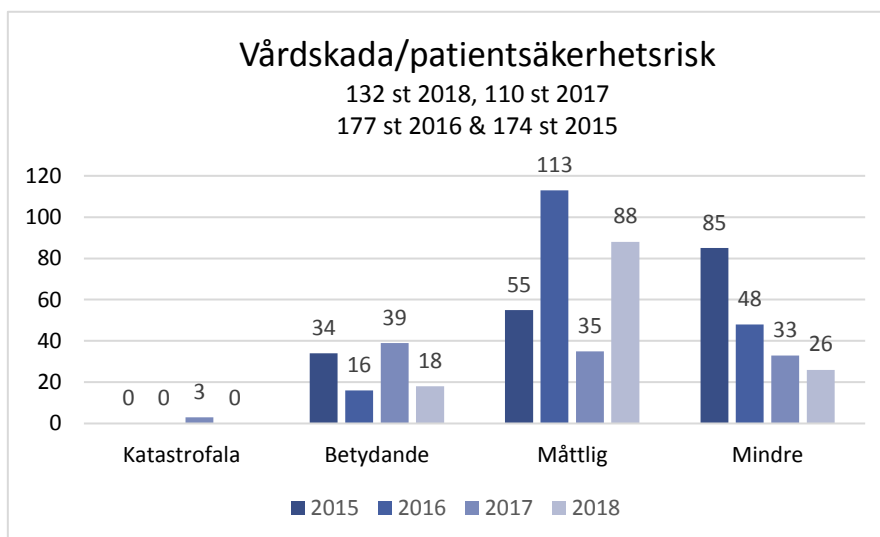
- Att använda säker kirurgichecklista i enlighet med WHO för att främja säkerhetsmedvetandet
- Att genomföra strukturerad markörbaserad journalgranskning, MjG för att identifiera skador i vården och deras orsak

## Patientsäkerhet

### Avvikelsehantering

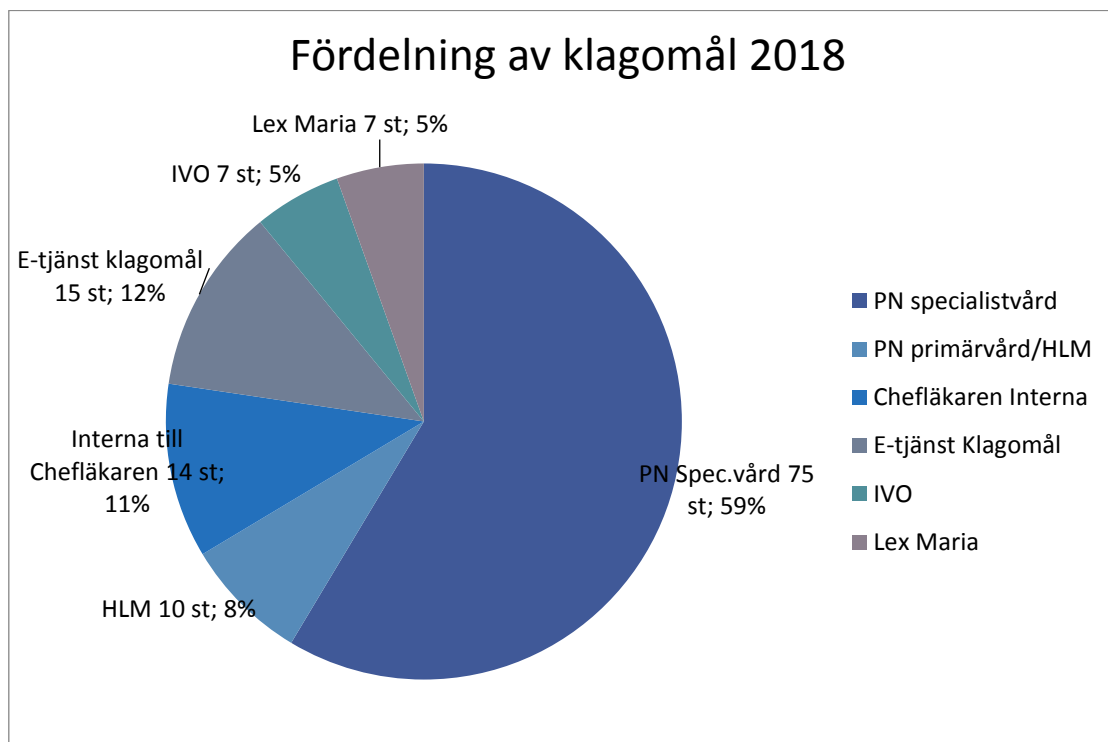
Sophiahemmets avvikelsehantering syftar till att identifiera svagheter och risker och på så sätt kunna vidta åtgärder för att förhindra att patientsäkerhetsavvikelser uppkommer eller upprepas. Varje medarbetare har skyldighet att rapportera risker, tillbud och negativa händelser som sker. Vi har ett 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. Avvikelserna följs upp och sammanställs kontinuerligt och rapporteras vid varje ledningens genomgång och till kvalitetsgruppen varje kvartal.

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



## Klagomål

Varje månad får kvalitetsavdelningen en rapport av patientnämnden på antal anmälningar av patienter på sjukhuset inklusive vårdgivare som sammanställs och redovisas till sjukhusledningen på ledningens genomgång och i kvalitetsgruppen för ombuden för respektive verksamhet. Rapporten är uppdelad på specialistvård och primärvård. Patientnämnden redovisar 85 ärenden där 75 stycken gäller vårdgivare och 10 stycken Husläkarmottagningen. Upp till tre klagomål kan registreras i samma ärende hos Patientnämnden, vilket medför att antalet klagomål kan överstiga antalet ärenden. Chefläkaren har fått in 14 enskilda ärenden direkt och 15 klagomål i e-tjänsten gällande Sophiahemmet Sjukhus och våra vårdgivare. Totalt 121 klagomål har kommit in till kvalitetsavdelningen och chefläkaren.



## Lex Maria

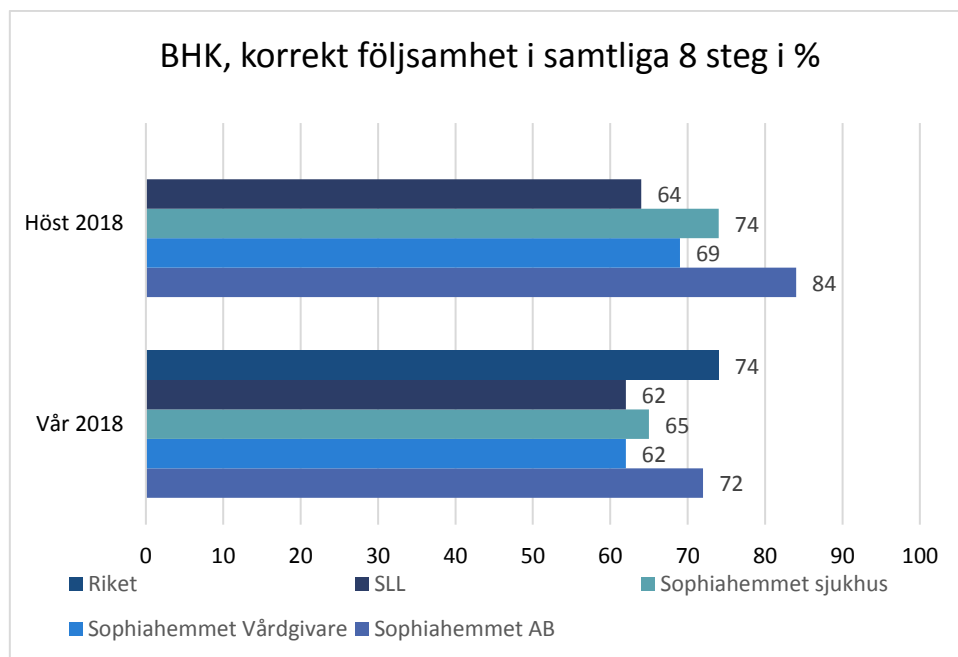
Ärenden eller händelser som leder till eller som kan leda till uppenbar risk för patientskada eller patientdöd, ska anmälas av vårdgivaren själv till IVO, i enlighet med HSLF-FS 2017:41, och kallas lex Maria-anmälan. Respektive verksamhetschef samt chefläkaren äger beslutet om när en Lex Maria-anmälan 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, är att bistå vid utformandet av den anmäldes yttrande. Under 2018 hade vi totalt 7 Lex Maria anmälningar, fyra ärenden gäller vårdgivare. Händelseanalys utfördes på samtliga ärenden och är inskickade till IVO.

## 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. 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. I och med att 5 maj var en helgdag anordnade vi en alternativ handhygienensdag 6 juni. Personalen kunde då sprita sina händer med fluorescerande handsprit för att sedan kontrollera resultatet under en UV-lampa, finna fem fel på en vårdsituation. Detta förebyggande arbete har fortsatt under året då verksamheterna har lånat lampan för att genomföra egen kvalitetssäkring av handspritning under t ex ett personalmöte.

Under vårmätningen, 2018 nådde vi 72 % korrekthet i samtliga åtta steg och tillsammans med våra vårdgivare hamnade vi på 65 %. Stockholmsläns landsting, SLL hade ett resultat på 62 % och hela Sverige hamnade på 74 %. Vid höstmätningen nådde vi hela 84 % och tillsammans med vårdgivarna nådde vi 74 % vilket är en förbättring 9 % förbättring under året. Tre verksamheter nådde 100 %, vår egen husläkarmottagning och vårdenhet samt en av våra vårdgivare, Capio Artro Clinic. Samtliga verksamheter erhöll diplom för detta.



### 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.

### 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. I ett förebyggande patientsäkerhetsarbete är det väsentligt att också identifiera händelser som innebär risk för patienter att komma till skada även om risken i det aktuella fallet avvägrats och någon skada inte inträffat, det vill säga tillbud. När tillbud identifieras kan de kategoriseras som kategori C eller D. Kategori A och B innebär varken tillbud eller skada och noteras inte vid markörbaserad journalgranskning.

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 240 st journaler granskats och totalt 16 st skador upptäcktes. Sex st av dem var ej undvikbara och 10 st var undvikbara. Av de undvikbara skadorna gäller hälften blåsöverfyllnad postoperativt. Rutin finns för att fånga upp blåsöverfyllnad och denna har uppdaterats under året.

### Patientutvärdering

Under 2018 jan-okt besvarade drygt 2000 patienter Sophiahemmets patientenkäter som mejlats ut, till de patienter som lämnat sitt godkännande vid besöket, eller besvarats på plats. Under okt-dec bytte vi enkät och började skicka ut den per sms, man kan fortfarande besvara direkt på plats, och har fått in ytterligare 2000 svar. Nedan följer resultatet av patientutvärderingen från vår tidigare enkät (jan-okt) inom våra fokusområden: bemötande, helhet och information.

- 94 % av patienterna är nöjda eller mycket nöjda med bemötandet
- 96 % av patienterna är nöjda eller mycket nöjda med helhetsintrycket
- 92 % av patienterna är nöjda eller mycket nöjda med informationen

Vi mäter NPS – Net Promoter Score som bygger på frågan: Skulle du rekommendera Sophiahemmet till en vän eller kollega? Patienten svarar enligt en skala mellan 0-10, där 0 innebär inte alls sannolikt och 10 innebär högst sannolikt. Det sammanlagda resultatet ger värden -100 till +100, där värden över +50 anses som utomordentliga. Vårt totala NPS-resultat blev 84, ett utmärkt resultat. 2017 låg samma siffra på 76 vilket visar på ett ytterligare ökat förtroende från våra patienter.

Vårt mål är att bli ännu bättre och få med så många av patienternas synpunkter som möjligt i vårt förbättringsarbete. Huvudsyftet med att vi mäter patientupplevelsen är att vi vill öka värdet och säkerställa kvaliteten genom patientdriven verksamhetsutveckling där patienternas erfarenheter är grunden i vårt förbättringsarbete.