

**HÅLLBARHETSRAPPORT**  
för  
**S:t Eriks Ögonsjukhus AB**  
556574-3589

**Räkenskapsår**

2019-01-01 – 2019-12-31

Denna hållbarhetsredovisning utgör bolagets lagstadgade hållbarhetsrapport och är en del av förvaltningsberättelsen i bolagets årsredovisning.



This file is sealed with a digital signature.  
The seal is a guarantee for the authenticity  
of the document.

Document ID:  
4731313D9D6B438F99B4006421E00308

## Innehållsförteckning

1.	Bolagets verksamhet och styrning .....	3
1.1	Styrning av verksamheten – affärsmodell .....	3
1.2	Efterlevnad av styrande dokument .....	3
1.2.1	Specifika ägardirektiv.....	3
1.2.2	Bolagets interna kontroll och riskarbete.....	5
2.	Miljö .....	5
2.1	Risker .....	5
2.1.1	Läkemedelshantering och läkemedel.....	6
2.1.2	Kemikaliehantering.....	6
2.1.3	Avfallshantering .....	7
2.1.4	Brand.....	7
2.1.5	Elanvändning .....	7
2.1.6	Uppvärmning .....	8
2.2	Styrande dokument och mål miljö.....	8
2.2.1	Lokala mål och indikatorer för miljön .....	8
2.3	Måluppfyllnad – lokala mål och indikatorer .....	9
3.	Social hållbarhet.....	9
3.1	Riskanalys .....	9
3.2	Styrande dokument och mål social hållbarhet.....	10
3.3	Genomförda aktiviteter under året .....	10
3.3.1	Inköp .....	10
3.3.2	Jämställdhet och jämlikhet .....	11
3.3.3	Nationella minoriteter.....	11
3.3.4	Barnkonventionen.....	11
3.3.5	Arbete för tillgänglighet .....	11
4.	Personal.....	12
4.1	Riskanalys .....	12
4.2	Styrande dokument och mål personal .....	12
4.3	Genomförda aktiviteter under året .....	12
5.	Antikorruption .....	15
5.1	Risker .....	15
5.2	Styrande dokument och mål .....	15



This file is sealed with a digital signature.  
The seal is a guarantee for the authenticity  
of the document.

Document ID:  
4731313D9D6B438F99B4006421E00308

## 1. Bolagets verksamhet och styrning

### 1.1 Styrning av verksamheten – affärsmodell

S:t Eriks Ögonsjukhus bedriver ögonsjukvård inom Region Stockholm samt högspecialiserad ögonsjukvård även för patienter utom den egna regionen. Vi har ett universitetssjukvårdsuppdrag med en omfattande forsknings-, utvecklings- och utbildningsverksamhet i samverkan med Karolinska Institutet. Verksamheten sker i huvudsak på Kungsholmen i Stockholm, men vi har även mottagning på Danderyds sjukhus. Förutom våra olika kliniker har vi också akutmottagning, vårdavdelning, operation och sterilcentral samt konsultverksamhet vid andra sjukhus. S:t Eriks Ögonsjukhus har rikssjukvård inom ögononkologi, barnkatarakt och barnglaukom.

Bolagsstyrningen i S:t Erik utgår ifrån den svenska aktiebolagslagen, kommunallagen samt de direktiv som Region Stockholm lämnat som generella och specifika direktiv. I övrigt följer bolaget de policys och övriga styrande dokument som finns inom regionen i de delar de är tillämpliga på verksamheten.

### 1.2 Efterlevnad av styrande dokument

Vad gäller styrningen av bolagets hållbarhetsarbete beslutar fullmäktige om styrande dokument samt övergripande mål och indikatorer för hur nämnder och bolag ska bedriva sin verksamhet när det gäller miljö, social hållbarhet, personal och antikorrupcion. Utfall följs upp i samband med årsrapportering. Mål beslutade i fullmäktiges är överordnade andra mål men inom miljöområdet finns också mål i regionens Miljöprogram 2017–2021 som följs upp i en årlig miljöredovisning

#### 1.2.1 Specifika ägardirektiv

Verksamheten vid S:t Eriks Ögonsjukhus har bedrivits i enlighet med de specifika och generella ägardirektiven.

- S:t Eriks Ögonsjukhus AB ska bedriva specialiserad akut och planerad ögonsjukvård. Verksamheten ska omfatta de tjänster som i avtal överenskommit med beställaren, ägaren och andra uppdragsgivare.  
*Verksamheten har fortlöpt i enlighet med uppdraget.*
- Akut och planerad primärvård ska endast bedrivas i begränsad



This file is sealed with a digital signature.  
The seal is a guarantee for the authenticity  
of the document.

Document ID:  
4731313D9D6B438F99B4006421E00308

omfattning och i samverkan med Stockholms läns sjukvårdsområde som stöd för FOU-uppdraget enligt avtal  
*Verksamheten har fortlöpt i enlighet med uppdraget.*

- S:t Eriks Ögonsjukhus AB ska samverka med och utarbeta samordnade vårdprocesser i samverkan med Stockholms läns sjukvårdsområde, övriga akutsjukhus och andra landstingsfinansierade vårdgivare i området samt med berörda kommuner.  
*Verksamheten har fortlöpt i enlighet med uppdraget.*
- S:t Eriks Ögonsjukhus AB ska samverka med andra vårdgivare och andra huvudmän för att säkerställa att patientens väg genom vården blir säker och enkel samt att omhändertagandet sker på mest effektiva vårdnivå.  
*Verksamheten har fortlöpt i enlighet med uppdraget.*
- S:t Eriks Ögonsjukhus AB ska bedriva och medverka i klinisk forskning inom ögonsjukvård och bidra till utveckling av en evidensbaserad hälso- och sjukvård inom Region Stockholm. Sjukhuset ska bedriva klinisk utbildning och ta emot studenter från de lärosäten som Region Stockholm har tecknat avtal med. Samverkan ska ske med Karolinska Institutet och Karolinska Universitetssjukhuset.  
*Verksamheten har fortlöpt i enlighet med uppdraget.*
- S:t Eriks Ögonsjukhus AB ska i samråd med ägaren och Karolinska Institutet utvecklas till ett nationellt och internationellt konkurrenskraftigt centrum inom forskning och inom ögonsjukvården.  
*Verksamheten har fortlöpt i enlighet med uppdraget.*
- S:t Eriks Ögonsjukhus AB ska generera och sprida ny kunskap inom ögonsjukvård till övrig sjukvård inom regionen och landet enligt landstingsfullmäktiges fastställda mål.  
*Verksamheten har fortlöpt i enlighet med uppdraget.*
- S:t Eriks Ögonsjukhus AB ska registrera och spara de biobanksprover som ska bevaras i Stockholms medicinska biobank.  
*Verksamheten har fortlöpt i enlighet med uppdraget.*
- Utvecklings- och utbildningsstöd ska ges på konkurrensneu-



This file is sealed with a digital signature.  
The seal is a guarantee for the authenticity  
of the document.

Document ID:  
4731313D9D6B438F99B4006421E00308

trala villkor till all regionfinansierad vård.  
*Verksamheten har fortlöpt i enlighet med uppdraget.*

- S:t Eriks Ögonsjukhus AB ska delta i och ansvara för Framtidsplanens genomförande i enlighet med regionfullmäktiges beslut samt medverka i utvecklingen av en nätverkssjukvård.  
*Verksamheten har fortlöpt i enlighet med uppdraget.*
- S:t Eriks Ögonsjukhus AB ska delta i planering av byggnationer i anslutning till S:t Eriks Ögonsjukhus AB:s verksamhet och till byggnationerna kopplade byggnationsupphandlingar, installationer avseende IT-infrastruktur, medicinteknisk utrustning och övrig byggnadspåverkande utrustning.  
*Verksamheten har fortlöpt i enlighet med uppdraget.*

### 1.2.2 **Bolagets interna kontroll och riskarbete**

Under 2019 har vi fortsatt att justera bolagets lokala riktlinjer för intern kontroll.

Merparten av de identifierade riskerna befinner sig på risknivå ”medium” (gul) efter bedömning av sannolikhet och konsekvens. En av riskerna befinner sig på risknivå ”låg” (grön).

Den samlade bedömningen är att ingen av de identifierade riskerna föranleder några extraordinära insatser. Bolaget har inte identifierat någon risk som så allvarlig att målen som satts upp inte kommer att kunna uppnås.

Bolaget har åtgärdsförslag och kontrollmoment kopplat till samtliga identifierade risker och följer upp dessa kontinuerligt under året.

## 2. Miljö

S:t Erik är certifierat enligt ISO 14001:2015. Miljöarbetet är väl implementerat i verksamheten. Den senaste externa revisionen genomfördes i maj 2019 av Svenska Certifiering.

### 2.1 **Risker**

De väsentliga miljörisker som S:t Eriks Ögonsjukhus har identifierat och hanterar inom ramen för sitt miljöledningssystem är:



This file is sealed with a digital signature.  
The seal is a guarantee for the authenticity  
of the document.

Document ID:  
4731313D9D6B438F99B4006421E00308

### 2.1.1 Läkemedelshantering och läkemedel

Läkemedelshantering och läkemedel är en betydande miljöaspekt för sjukhuset med en bedömt stor negativ miljöpåverkan och måttlig omfattning.

Idag saknas central samordning av inköp av läkemedel vilket bedöms öka risken för att större mängder läkemedel köps in än vad som förbrukas. En ökad andel kassation leder i sin tur till ökade mängder farligt avfall och specialavfall. Det kan även finnas en risk för att avsteg görs från "Kloka listan".

Ökad antibiotikaanvändning globalt kan öka risken för resistens, vilket kan påverka S:t Eriks möjlighet att vårda sina patienter. Genom att följa vårdprogrammet kan användningen av onödigt föreskriven antibiotika minska.

Riktlinjer för läkemedelshantering som omfattar hela sjukhuset finns, liksom lokala instruktioner för läkemedelshantering på olika enheter. Sjukhuset följer årligen upp antal läkare som gått landstingets e-utbildning "Läkemedel och miljö".

### 2.1.2 Kemikaliehantering

Kemikaliehantering är en betydande miljöaspekt och bedöms ha en måttlig negativ miljöpåverkan och en stor omfattning. Risk för spill och utsläpp finns och bland förebyggande åtgärder anges att kemikalierna ska förvaras så att spill inte kan nå avlopp och absorberingsmedel ska finnas i lokalen. Alla kemikalier som används i sjukhusets verksamhet finns dokumenterade och inventeras årligen.

Riktlinjer för hur hantering av kemikalier ska gå till finns i miljöledningssystemet och omfattar hela verksamheten. Produktval ska i första hand göras utifrån bra miljöval där miljömärkta produkter ska prioriteras. Innan ny produkt köps in ska kemikalieansvarig göra en bedömning av hälso- och miljöfarligheten. I dagsläget finns ingen kemikalieansvarig vilket bedöms öka risken för att riskbedömningar inte genomförs och avsteg från bra miljöval vid inköp görs. Mängden kemikalier som köps in bedöms vara större än vad som faktiskt används i verksamheten, då inköp inte sker centralt.

En gång per år genomförs en miljöronde där man kontrollerar kemikaliehanteringen, inklusive förekomst av säkerhetsdatablad, förvaring och märkning av kemikalier, brandfarlig gas och vätska samt att de är inventerade i KLARA. Avvikelse ska anmälas i avvikelsehanteringssystemet.



This file is sealed with a digital signature.  
The seal is a guarantee for the authenticity  
of the document.

Document ID:  
4731313D9D6B438F99B4006421E00308

Sjukhuset hanterar brandfarliga varor i sådan omfattning att vi är tillståndspliktiga enligt LBE 2010:1011. Det ses som en möjlighet då tillsyn kommer ske med jämna mellanrum vilket kan hjälpa till att bibehålla bra hanterings- och förvaringsrutiner för brandfarlig vara. Tillståndet kräver även en organisation för hanteringen vilket i sin tur borgar för en kontrollerad verksamhet. De brandfarliga varor som hanteras i verksamheten är framförallt yt- och handdesinfektion.

### **2.1.3 Avfallshantering**

Avfallshantering är en betydande miljöaspekt och bedöms ha en måttlig negativ miljöpåverkan och en stor omfattning.

I verksamheten uppkommer farligt avfall (till exempel kemikalier eller läkemedel som innehåller giftiga metaller) och specialavfall som kan vara stickande, skärande, smittförande samt biologiskt avfall och läkemedelsrester. Hur farligt avfall och vårdens specialavfall ska hanteras finns beskrivet i riktlinjer i miljöledningssystemet.

Statistik över mängden avfall som uppkommer i verksamheten (inklusive farligt avfall och vårdens specialavfall) följs upp årligen.

### **2.1.4 Brand**

Risken för brand bedöms omfatta hela sjukhuset och kan ge utsläpp till luft, mark och vatten. För att förebygga brand finns branddörrar, brandsläckare och brandlarm. Ronderingar sker nattetid. Alla medarbetare ska genomgå brandutbildning. Dessutom ska alla avdelningar genomföra en egenkontroll av brandskyddet.

På S:t Eriks Ögonsjukhus förvaras brandfarlig vara, i form av till exempel yt- och handdesinfektion, som kräver tillstånd från brandmyndigheten. Tillsyn sker med jämna mellanrum vilket hjälper till att bibehålla bra hanterings- och förvaringsrutiner för brandfarlig vara.

### **2.1.5 Elanvändning**

Elanvändningen är en av S:t Eriks betydande miljöaspekter med en måttlig negativ miljöpåverkan och en måttlig omfattning. Elanvändning krävs för drift av verksamheten, som idag sker i äldre lokaler med gamla armaturer vilket kan bidra till en hög elförbrukning.

Elanvändningen följs upp årligen genom statistik från fastighetsägaren Locum. Möjligheter att minska elanvändningen finns när sjukhuset flyttar till nya lokaler 2020.



This file is sealed with a digital signature.  
The seal is a guarantee for the authenticity  
of the document.

Document ID:  
4731313D9D6B438F99B4006421E00308

### 2.1.6 Uppvärmning

Uppvärmning är en betydande miljöaspekt med en bedömt stor negativ miljöpåverkan och måttlig omfattning. Då verksamheten sker i äldre lokaler med relativt hög värmeavgivning krävs mycket uppvärmning av lokalerna.

Uppvärmning sker med fjärrvärme och fastighetsägaren lämnar statistik som följs upp av S:t Erik årligen. Möjligheten att minska behovet av uppvärmning finns när sjukhuset flyttar till nya lokaler 2020.

## 2.2 Styrande dokument och mål miljö

S:t Eriks Ögonsjukhus AB följer interna och av Region Stockholm utfärdade styrande dokument.

- Budget 2019 för Region Stockholm, LS 2017–1455
- Miljöprogram 2017–2021, LS 2015–0092
- Riktlinjer för miljöarbete, LS 2015–0092
- Policy för inköp, LS 1303–0353 (avsnittet om hållbarhet och affärsetik)
- Uppförandekod för leverantörer, LS 1303–0353
- S:t Eriks Ögonsjukhus miljöpolicy, STY-30441

### 2.2.1 Lokala mål och indikatorer för miljön

S:t Erik arbetar aktivt med regionens miljöprogram 2017-2021 och dess indikatorer. De indikatorer som är relevanta för oss har omvandlats till lokala mål. Sjukhuset har under 2019 haft nedanstående mål inom miljöområdet.

Nr.	Mål 2019	Typ av mål	Mätning och Uppföljning	Målvärde 2019	Budget	Handlingsplan
1.	Bibehålla miljöcertifieringen	Regionindikator	Extern revision	Efterlevnad av ställda krav i standarden	Ingår i ordinarie budget	Uppdatera årshjul för miljöarbetet i syfte att säkerställa alla ingående moment.
2.	Identifiera arbetsätt och rutiner som minskar förskrivning och kassation av läkemedel med miljöbelastande substanser.	Regionindikator	Årsskiftet	Identifiera minst 2 rutiner eller arbetsätt som leder till minskad förskrivning eller kassation.	Ingår i ordinarie budget	Identifiera förekomst av de läkemedel som verksamheten nyttjar och som innehåller miljöbelastande substanser. Undersök möjlighet till samordnade inköp och alternativa läkemedel/behandling.



This file is sealed with a digital signature. The seal is a guarantee for the authenticity of the document.

Document ID:  
4731313D9D6B438F99B4006421E00308



3.	Minska andelen kläder som är uteliggande mer än 30 dagar.	Regionindikator	Årsskiftet	32 %	Ingår i ordinarie budget	Kommunicera och synliggöra orsaker till problemet samt förbättra förrådshanteringen.
4.	Öka andelen ekologiska livsmedel i patientmåltider.	Regionindikator	Årsskiftet	45 %	Ingår i ordinarie budget	Kravställ på leverantör av patientmåltider.
5.	Utarbeta metoder för minskning av matsvinn där patientmåltider serveras.	Regionindikator	Årsskiftet	Rutin som beskriver arbetssätt som stödjer målet.	Ingår i ordinarie budget	Miljöombud samverkar med ansvarig för beställning av patientmåltider i syfte att utarbeta ny rutin.
6.	Genomföra en klimatsmart sjukhusflytt 2020..	Eget	Årsskiftet	Miljöaspekter tas upp i samtliga delprojekt.	Ingår i ordinarie budget	Återanvända inventarier i så stor utsträckning som möjligt och ställa miljökrav vid nyinköp.

## 2.3 Måluppfyllnad – lokala mål och indikatorer

Målen för 2019 hade följande utfall:

1. Sjukhuset är fortsatt certifierat enligt ISO 14001:2015.
2. Andelen och mängden läkemedel med miljöbelastande substanser som nyttjas är begränsat inom sjukhuset. Inga arbetssätt eller rutiner som påverkar målet i sådan omfattning att det bedömts värdefullt att implementera har identifierats.
3. Andelen uteliggande kläder har minskat. Resultatet på helårsbasis är 27,4 procent.
4. Andelen ekologiska livsmedel i patientmåltider uppgår till 58,1 procent.
5. En rutin för minskning av matsvinn har utarbetats.
6. Ett inredningskoncept är utarbetat som maximerar återanvändningen av befintlig inredning och utrustning. Upphandling för kompletterande inventarier är planerad till våren 2020 och där ställs krav inom miljöområdet.

## 3. Social hållbarhet

### 3.1 Riskanalys

Vi har inte genomfört systematiska riskanalyser förutom av resultaten av könsuppdelad statistik. Från 2019 ingår områdena inom social hållbarhet i sjukhusets internkontrollplan.



This file is sealed with a digital signature.  
The seal is a guarantee for the authenticity  
of the document.

Document ID:  
4731313D9D6B438F99B4006421E00308

### 3.2 Styrande dokument och mål social hållbarhet

De som finns i regionens budgetunderlag samt egna inom nedanstående områden:

Policy för inköp

Uppförandekod för leverantörer

Policy för delaktighet för funktionsnedsättning

Jämställdhetspolicy

Folkhälsopolicy

Åtgärdsplan avseende nationella minoriteter

Handlingsplan barnkonventionen

HBT-policy

### 3.3 Genomförda aktiviteter under året

S:t Eriks Ögonsjukhus har under 2019 beslutat att tydligare följa upp och säkerställa genomförandet av ett antal e-utbildningar inom området social hållbarhet med bäring på mänskliga rättigheter. De aktuella utbildningarna är *Hbtq- normer, kön och sexualitet – Etnicitet, normer och möten i vardagen – Att undanröja hinder*. Utbildningarna är sedan tidigare obligatoriska men har varit svåra att följa upp i Region Stockholms e-utbildningsplattform. Mätetal för personalens genomförandegrad av nämnda utbildningar kommer att följas löpande.

#### 3.3.1 Inköp

När S:t Eriks Ögonsjukhus köper varor eller tjänster görs detta via avrop från regionens centrala avtal och S:t Eriks egna offentliga upphandlingar. Upphandlingarna följer lag (2016:1145) om offentlig upphandling. LOU handlar om att ge alla företag lika möjligheter att sälja sina varor och tjänster till offentlig sektor. Lagen handlar också om att myndigheterna ska använda skattemedel på ett bra och hållbart sätt. S:t Erik konkurrensutsätter sina inköp, inklusive direktupphandlingar, beroende på typ av inköp och värde. Detta görs i enlighet med regionens policy och S:t Eriks egna styrdokument och rutiner.

S:t Erik använder regionens uppförandekod för leverantörer i alla egna upphandlingar för att på ett tydligt sätt informera anbudsgivare om de sociala krav som ställs på de olika upphandlingar sjukhuset genomför.

S:t Erik ställer sociala krav vid upphandlingar enligt regionens anvisningar. Vi har dock inte aktivt dokumenterat om uppföljningen av ställda krav har registrerats. Uppföljningen har varit passiv och endast genomförts om avvikelser förekommit.



This file is sealed with a digital signature.  
The seal is a guarantee for the authenticity  
of the document.

Document ID:

4731313D9D6B438F99B4006421E00308

Under 2019 har bolaget beslutat att förbättra riktlinjer, processer och rutiner, bland annat inom inköp och upphandling. Målet är att under 2020 och inför flytten till vårt nya sjukhus säkerställa analys, kravställning och uppföljning i samtliga upphandlingar.

### 3.3.2 Jämställdhet och jämlikhet

Vi analyserar och följer resultaten av könsuppdelad statistik. Inom öppenvården behandlas något fler kvinnor än män. Inom slutenvården finns något fler män än kvinnor. Det kan bero på att män oftare drabbas av skador och allvarliga diabeteskomplikationer. En jämförelse mellan mäns och kvinnors uppfattning av delaktighet och bemötande samt information om sitt tillstånd i öppenvården visar ingen skillnad i våra patientenkäter.

### 3.3.3 Nationella minoriteter

Vi följer de anvisningar och riktlinjer som regionen antar inom området Nationella minoriteter och minoritetsspråk. Vi har en utpekad person som bevakar området. Vi informerar medarbetare och chefer om centrala aktiviteter inom området. Chefsjuksköterskorna har god insikt i vilka språkkompetenser som finns bland medarbetarna. Under året har bland annat väntrummet på vår barnmottagning försetts med barnböcker på finska.

### 3.3.4 Barnkonventionen

Vi tar hänsyn till det enskilda barnets behov utifrån samråd med föräldrarna och barn. Undersökningar och tester är anpassade för barn i olika åldrar och på olika utvecklingsnivåer. Informationsmaterialet inför operation är specialanpassat för barn. Vårdavdelningen är barnanpassad med lekrum, eget patientkök och flera medarbetare som har särskild barnkompetens. Under året har ytterligare medarbetare med särskild barnkompetens anställts. Vi har också informerat om att barnkonventionen blir lag från årsskiftet samt planerar för ytterligare åtgärder för att säkerställa en tillräcklig kunskap om barns rättigheter och hur de ska omsättas i verksamheterna utifrån vårt uppdrag.

### 3.3.5 Arbete för tillgänglighet

S:t Erik följer regionens policy för delaktighet för personer med funktionsnedsättning vad gäller kommunikativ och fysisk tillgänglighet. Under året har vi bland annat tagit fram en tillgänglighetsdeklaration för sjukhusets externa webbplats enligt tillgänglighetsdirektivet. Vi har också arbetat mycket nära brukarorganisationerna i detaljplaneringen av det nya sjukhuset.



This file is sealed with a digital signature.  
The seal is a guarantee for the authenticity  
of the document.

Document ID:  
4731313D9D6B438F99B4006421E00308

## 4. Personal

Att vara en attraktiv och konkurrenskraftig arbetsgivare har stort fokus hos ledning och chefer. Vi stärker vårt arbetsgivarvarumärke genom att stimulera kompetensutveckling, forskning och undervisning och utbildning.

### 4.1 Riskanalys

Det finns risk att utvecklingen mot en mer högspecialiserad vårdverksamhet kräver högre kompetens för att S:t Erik på sikt ska kunna fullfölja sitt uppdrag som ögonsjukhus. En mer högspecialiserad verksamhet medför också färre enklare patientfall vilken kan få konsekvenser för ST-utbildningen och studenter vid läkarprogrammet. Det kan innebära försämrade förutsättningarna för S:t Erik att klara utbildningsuppdraget och kompetensförsörjningen av ögonläkare.

Bristen på specialistkompetens inom ögon och en ökad konkurrens om kompetens inom Region Stockholm samt på grund av vårdvalet är också en risk. Det är en utmaning att kunna bemanna och att upprätthålla rätt kompetens. Flytt till nytt sjukhus, teknikutveckling och digitalisering medför förändrade arbetssätt som kommer att kräva kompetensutveckling.

### 4.2 Styrande dokument och mål personal

- Budget 2019 för Region Stockholm, LS 2017–1455
- Personalpolicy, LS 0909–0750
- Kompetensförsörjningsstrategi, LS 0909-0750
- Samverkansavtal om arbetsmiljö och medbestämmande, LS 0300–0088
- Riktlinjer för att motverka diskriminering och kränkande särbehandling på S:t Eriks Ögonsjukhus
- Att vara ledare på S:t Eriks Ögonsjukhus
- Att vara medarbetare på S:t Eriks Ögonsjukhus
- Lönepolicy för S:t Eriks Ögonsjukhus
- Riktlinjer för en alkohol- och drogfri arbetsplats på S:t Eriks Ögonsjukhus
- Riktlinjer för ett rökfritt S:t Eriks Ögonsjukhus
- Riktlinjer för medarbetarstöd och krishantering på S:t Eriks Ögonsjukhus
- Samverkansavtal – S:t Eriks Ögonsjukhus
- Kompetensförsörjningsplan 2017-2021 – S:t Eriks Ögonsjukhus

### 4.3 Genomförda aktiviteter under året

Arbetet med att stärka arbetsgivarvarumärket fortsätter för att kunna attrahera, rekrytera, utveckla och behålla medarbetare med



This file is sealed with a digital signature.  
The seal is a guarantee for the authenticity  
of the document.

Document ID:  
4731313D9D6B438F99B4006421E00308

rätt kompetens. Personalomsättningen på 7,6 procent för sjukhuset är något högre än föregående år men lägre än regionens mål på 10 procent. Trots en liten ökning i personalomsättning har rekryteringarna under året varit fler än avgångarna. Fler sjuksköterskor har kunnat rekryteras och då även specialistutbildade sjuksköterskor. Medicinska sekreterare har också varit svårt att rekrytera under året. Därför har vi tillämpat extrapassersättning och behövt anlita bemanningsföretag mer än normalt. Planen är att ersättningsrekrytera för att minska inhyrning.

Kompetensförsörjningen på sikt och tillgången på ögonläkare, ortoptister, ögon- och operationssjuksköterskor säkras vi genom att satsa på vidareutbildning, utbildning och kompetensutveckling. Vi rekryterar så att vi ständigt har 30 ST-läkare under specialistutbildning samt erbjuder studier med full lön under vidareutbildning till ögonsjuksköterska, ortoptist och operationssjuksköterska. I arbetet med uppgiftsväxling och andra arbetsätt anställer vi kompletterande kompetenser som optiker, grundutbildade sjuksköterskor och undersköterskor som utbildas internt inom oftalmologi. För att få en utökad kompetens i syfte att kunna utföra fler moment inom ögonsjukvård, går optiker KI:s kurs ”Diabetesögonsjukvård-fotografisk diagnostik”.

Arbetet med systematisk kompetensplanering med hjälp av KOLL och Procompetence har fortsatt. Kompetensstegen för sjuksköterskor och undersköterskor har införts och vid årsskiftet var 82 procent av sjuksköterskorna placerade i kompetensstegen. Inplacering har skett genom dialog chef-medarbetare i samband med medarbetarsamtal, lönesamtal och vid nyanställning.

För att skapa goda förutsättningar för ett gott ledarskap och medarbetarskap har vi förstärkt det nära ledarskapet. Vi har utöka antalet första linjens chefer och prövar delat ledarskap för några enheter. I beskrivningen *Att vara ledare på S:t Eriks Ögonsjukhus* tydliggörs förväntningarna på våra ledare och den utgör en grund för ett gemensamt förhållningssätt i frågor som rör ledarskap. Ledarskapet tydliggörs ytterligare i uppdragsbeskrivningar. Chef- och ledarutveckling sker enligt individuella behov efter samråd med närmaste chef och HR-chef. Det finns en särskild introduktionsplan för nya chefer. För att stärka ledarskapet har samtliga chefer med personalansvar erbjudits individuell coachning med hjälp av extern konsult. Årets chefsdag handlade om förberedelser inför driftsättning och flytt samt att ”leda förändring”.



This file is sealed with a digital signature.  
The seal is a guarantee for the authenticity  
of the document.

Document ID:  
4731313D9D6B438F99B4006421E00308

Resultatet från årets medarbetarundersökning visar på fortsatt god trivsel och att ledarskapet får goda betyg. En svarsfrekvens på 91 procent visar på ett stort engagemang. Medarbetarna är stolta över sitt arbete, känner motivation och en klar majoritet kan rekommendera S:t Eriks Ögonsjukhus som arbetsgivare. Medarbetarskapsindex på 74 är lägre än regionens uppsatta mål på 76 men totalindex på 75 är i nivå med regionsnittet och ledarskapsindex på 80 är över regionens snitt på 78.

Andelen genomförda medarbetarsamtal har påverkats av personalomsättningen tillsammans med tillsättning av flera nya chefer. Årets resultat på 85 procent är lägre än föregående år och når inte regionens uppsatta mål på 100 procent.

Årets andel på 7 procent som upplevt hot- och våldssituationer är högre jämfört med föregående år men är lägre än snittet i regionen på 10 procent. Dock har antalet anmälningar i Händelsevis kring hot och våld minskat och det som kommit arbetsgivaren till känna har åtgärdats. I arbetet för nolltolerans arbetar vi förebyggande genom att identifiera risker och utarbeta rutiner och riktlinjer på berörda enheter. Centralkassan och ögonakuten har tydliga handlingsplaner vid hot- och våldssituationer. Under året har utbildning i hot och våld genomförts och en artikel på vårt intranät hösten 2019 uppmärksammade vikten av att våga prata om och anmäla händelser vid hot och våld.

För att säkerställa ett professionellt bemötande och för att förebygga och motverka all form av diskriminering och kränkande särbehandling har en handlingsplan med aktiviteter upprättats. Handlingsplanen revideras löpande och följs upp i sjukhusets samverkansgrupp. Exempel på aktiviteter är att utveckla och revidera spelregler, ta fram gemensamt introduktionsmaterial och följa upp genomförandet av de obligatoriska e-utbildningarna på Lärtorget.

Den procentuella sjukfrånvaron på 5,4 procent är på samma nivå som föregående år och trots att vi inte når vårt mål på 5 procent är sjukfrånvaron lägre än uppsatt mål på 6,2 procent. Det finns en liten ökning av kvinnornas sjukfrånvaro medan männens har minskat något. Vi ser en ökning av korttidssjukfrånvaron eftersom långtidssjukfrånvaron (60 dagar eller mer) har minskat med 1,5 procentenheter. I syfte att främja både trivsel och frisknärvaro på arbetsplatsen genomför berörda chefer så kallat *omtankesamtal* med medarbetare som haft korttidssjukfrånvaro vid mer än fem tillfällen under en tolv månadersperiod.

Kartläggning och analys av riskområden inom arbetsmiljön görs bland annat utifrån årligt resultat i medarbetarenkäten. Handlingsplan med åtgärder upprättas på övergripande nivå och nedbrutet på



This file is sealed with a digital signature.  
The seal is a guarantee for the authenticity  
of the document.

Document ID:  
4731313D9D6B438F99B4006421E00308

klirik/enhetsnivå. Det som uppmärksammats i år är att insatser måste göras på vissa enheter och inom vissa yrkesgrupper vad gäller rimlig arbetsbelastning och hälsoproblem kopplade till arbetet.

Inför flytt till nytt sjukhus hösten 2020 pågår ett intensivt arbete med bland annat planering och riskbedömningar av nya lokaler, resurser, arbets sätt och flöden. Detta för att säkerställa en god arbetsmiljö och förebygga risk för ohälsa och olycksfall. Vi utökar succesivt digitalisering av olika processer inom arbetsmiljöarbetet, som exempelvis för skydds rond.

Under året har vi fortsatt med hälsofrämjande aktiviteter för våra medarbetare genom att erbjuda bland annat gummibandsträning, och cirkelgym i vårt gym. Utöver detta har vi under året erbjudit: stegtävling, mindfulness, kör, deltagande i blodomloppet och löpträning inför blodomloppet. Riktade insatser med massage har under året gjorts för medarbetare på operationsavdelningen och inom medicinsk administration för att motverka besvär i rygg och nacke.

## 5. Antikorruption

S:t Erik följer regionens antikorruptionspolicy och riktlinjer för anti-korruption och representation. Anställda ska handla på ett sådant sätt att det inte ska kunna uppstå misstanke om att de låter sig påverkas av ovidkommande hänsyn eller intressen i sitt arbete.

Anställda ska i alla sammanhang iaktta ett sådant förhållningssätt att det inte kan förekomma risk för att de gör sig skyldiga till givande eller tagande av muta.

Anställda bör som utgångspunkt betrakta varje förmån som otillbörlig om den kan misstänkas påverka tjänsteutövningen.

Riskanalysen är en del av sjukhusets arbete med internkontroll.

### 5.1 Risker

S:t Eriks Ögonsjukhus saknar i dagsläget lokal policy, lokala riktlinjer och beslut gällande antikorruption.

Avsaknad av lokala styrande dokument bedöms öka risken för oavsiktligt felaktigt agerande i någon grad. Bolaget följer dock regionens centrala dokument och har utarbetade rutiner och kontrollmoment för att motverka risk för korruption inom områdena representation, bisyssla och inköp/upphandling.

### 5.2 Styrande dokument och mål

- Antikorruptionspolicy, LS 2015–1342



This file is sealed with a digital signature.  
The seal is a guarantee for the authenticity  
of the document.

Document ID:  
4731313D9D6B438F99B4006421E00308

- Riktlinjer för antikorrupktion och representation, LS 2015–1324
- Tillämpningsanvisningar för bisyssla, LS 2017–1339
- Policy för inköp, LS 2017–1197
- Riktlinjer för inköp, LS 2018–0667
- Uppförandekod för leverantörer, LS 2013–0353

I dagsläget har 100 procent av styrelsen tagit del av regionens policy och riktlinjer för antikorrupktion. Andelen övrig personal som tagit del av informationsinsatser inom området bedöms till 5 procent. I samband med att vi tar fram lokala dokument är målet att andelen ska öka kraftigt.

Under 2020 planerar S:t Eriks Ögonsjukhus att implementera nya och tydliga riktlinjer gällande inköp och upphandling. Med utgångspunkt i Region Stockholms inköspolicy och riktlinjer kommer S:t Erik att besluta och implementera lokala riktlinjer, dessa ska sammanställas i följande dokument.

- Styrdokument för inköp och upphandling
- Styrdokument för direktupphandlingar
- Anvisningar vid inköp och upphandling
- Rutiner för avtalsuppföljning



This file is sealed with a digital signature.  
The seal is a guarantee for the authenticity  
of the document.

Document ID:  
4731313D9D6B438F99B4006421E00308



Stockholm \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Inger Andersson  
Ordförande

\_\_\_\_\_  
Claes Hultling  
Styrelseledamot

\_\_\_\_\_  
Johanna Adami  
Styrelseledamot

\_\_\_\_\_  
Jan Liliemark  
Styrelseledamot

\_\_\_\_\_  
Yvonne Nordlöf  
Arbetsagarrepresentant

\_\_\_\_\_  
Charlotta All Eriksson  
Arbetsagarrepresentant

\_\_\_\_\_  
Anders Boman  
Verkställande direktör



This file is sealed with a digital signature.  
The seal is a guarantee for the authenticity  
of the document.

Document ID:  
4731313D9D6B438F99B4006421E00308