

Patientsäkerhetsberättelse

Cario Artro Clinic

2023



Ansvarig för innehållet:

Erik Rönnblad, VD, Verksamhetschef

Anders Stålmán, MAL artroskopi. Jenny Saving MAL protes. Daniel Hedlund MAL anestesi.

Fonny Wiklund, Kvalitetssamordnare

Inledning

Godkänd av:

Giltigt fr.o.m.:

Dokument ID:

Sida av sida:

1 (26)

Blankettnr:
15082-5

Patientsäkerhetsberättelsen utgår från lagkrav och följer strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. I de fall lagkrav finns görs hänvisningar under respektive rubrik. Patientsäkerhetsberättelsens struktur utgår även från metodiken för systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar samt att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år, finnas tillgänglig för den som vill ta del av den och den bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.



Källa:

Socialstyrelsen "Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024"

Godkänd av:

Giltigt fr.o.m.:

Dokument ID:

Sida av sida:

3 (26)

Blankettnr:

15082-5

Innehåll

SAMMANFATTNING	5
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	7
Engagerad ledning och tydlig styrning	7
Övergripande mål och strategier	7
Organisation och ansvar	8
Samverkan för att förebygga vårdskador	8
Informationssäkerhet	9
Strålskydd	9
En god säkerhetskultur	10
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	12
Öka kunskap om inträffade vårdskador	16
Tillförlitliga och säkra system och processer	18
Stärka analys, lärande och utveckling	20
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	25

SAMMANFATTNING

Capio Arthro Clinics vision är att vara en världsledande idrottsskadeklinik för den aktive patienten. Vi tar hand om patienter i alla åldrar, från barn i skolåldern upp till patienter 80 år och äldre. Vi hjälper många av landets idrottsorganisationer med sina aktiva. Vi behandlar våra patienter med rehabilitering och kirurgi, ofta i kombination. Verksamheten är i huvudsak lokaliserad till Sophiahemmet på Östermalm i Stockholm och består av mottagning, rehabilitering och operation med fokus på idrottstraumatologi av kroppens alla större leder samt ledförslitningsbesvär i höft- och knäled. Vår rehabverksamhet finns både på Sophiahemmet och vid Globenområdet.

Capio Arthro Clinic ingår i ett partnerskap med Ski Team Sweden sedan 2020. Samarbetet har fördjupats under 2021 med bland annat målet att förenkla kommunikationen mellan elitidrott och ortopedi. Sedan 2022 är en av klinikens ortopedier också förbundsläkare i Ski Team Sweden.

Vintern 2021 inleddes ett samarbete med svenska golfandslaget. Målet med avtalet är att alla landslagsaktiva golfare inom Swedish Golf Team ska få rätt typ av medicinsk hjälp och ges möjlighet till snabb vård vid skador. Samarbetet kommer utvecklas över tid.

Sedan sommaren 2022 har Capio Arthro Clinic även ett officiellt samarbete med Sveriges Olympiska Kommitté. Målet med samarbete är att verka för att alla aktiva inom Topp och Talang ska erbjudas snabb och korrekt vård vid ortopediska besvär. Samarbetet kommer fördjupas över tid.

Verksamheten på Capio Arthro Clinic bedrivs i nära samarbete med forskargruppen Centrum för Idrottsskador och utbildning (Stockholm Sports Trauma Research Center) vid institutionen för molekylär medicin och kirurgi vid Karolinska Institutet (MMK, KI). Forskningen bedrivs kliniknära med fokus på processer som förbättrar omhändertagandet av breda patientgrupper såsom knäskador men även åldersrelaterade förändringar i leder. Vid kliniken är fem kliniskt verksamma medarbetare även doktorander.

Under 2023 har verksamheten återgått till mer normala arbetssätt efter att under pandemins två år delvis avlastat akutsjukhusens behov av subakut frakturkirurgi. Det finns ett stort vårdbehov i samhället och många efterfrågar vår kunskap. Vi arbetar i våra tvärprofessionella produktions- och operationsmöten för att stämna av tillgång och efterfrågan, identifiera flaskhalsar och klargöra resurstillgänglighet för att skapa en säkrare och mer tillgänglig vård.

Godkänd av:

Giltigt fr.o.m.:

Dokument ID:

Sida av sida:

6 (26)

Blankettnr:
15082-5

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Nedan beskrivs mål och strategier, organisation och struktur för arbetet med att minska antalet vårdskador.

För att kunna nå den nationella visionen "God och säker vård – överallt och alltid" och det nationella målet "ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada", har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

Engagerad ledning och tydlig styrning

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer.



Övergripande mål och strategier

PSL 2010:659, 3 kap. 1 §, SOSFS 2011:9, 3 kap. 1-3 §

Capio Artro Clinic är Sveriges ledande idrottsskadeklinik och det är givetvis en position vi är stolta över men alltid måste förtjänas. För både våra patienter och medarbetare önskar vi vara det självklara valet.

Vi erbjuder högspecialiserad vård där målsättningen är att patienterna får en hög grad av kontinuitet tvärs genom hela vårdkedjan – tex en patientansvarig ortoped och/eller fysioterapeut. Vårt kvalitetsarbete syftar till att alltid sätta patientens behov och önskemål i centrum, optimera säkerheten samt att utveckla verksamheten för att tillgodose dessa.

Patientsäkerheten är oerhört viktig för oss och därmed en självklar del av organisation och arbetssätt. All personal ska känna att de är delaktiga i och ansvariga för att bidra till patientsäkerhetsarbetet.

Vi följer kontinuerligt resultatet av arbetet med att säkerställa och utveckla vårdkvalitén vilket är ett led i vår strävan mot en så säker vård som möjligt. Genom rapportering, uppföljning och analys av kvalitetsindikatorer kopplade till patientsäkerhet kan vi löpande följa upp och förbättra våra rutiner.

Avsteg från vårdprocesser, rutiner eller oväntade händelser i verksamheten rapporteras till ansvariga chefer och/eller medicinskt ansvariga läkare (MAL) för hantering i ledningssystemet Centuri. Åtgärder ska alltid följas upp och utvärderas.

Organisation och ansvar

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

Verksamhetschef är ytterst ansvarig för att patientsäkerhetsarbetet bedrivs och följs upp enligt gällande regelverk. Det finns tre medicinskt ansvariga läkare för anestesi, artroskopi respektive proteskirurgi. För mottagningen, rehabiliteringsverksamheten på Sophiahemmet respektive Globen, operationsenheten, sterilcentralen, städ och service, gym, anestesi-pre/postoperation, ortopedier och narkosläkare finns ansvariga enhetschefer.

Samtliga medarbetare ansvarar individuellt för att uppmärksamma och registrera risker, vårdskador eller andra oönskade händelser. Förbättringsförslag eller synpunkter internt eller externt, hanteras enligt dokumenterad rutin. Vid mindre avvikelser utreder enhetschefer det som rapporterats på respektive avdelning och ansvarar för att nödvändiga åtgärder vidtas. Kvalitetsansvarig ansvarar för avvikelssystemets flöde och uppföljning.

Vid vårdskada/risk för allvarlig skada kontaktas verksamhetschef/medicinskt ansvarig läkare för ställningstagande till anmälan enligt Lex Maria. Verksamhetschefen kan uppdra åt enhetschef att vid behov genomföra händelserisikanalyser enligt Socialstyrelsens riktlinjer.

Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS 2011:9 4 kap. 6 § och 7 kap. 2 § p 3

Cario Arthro Clinic har samarbete med i första hand övriga enheter inom affärsområde Ortopedi där man regelbundet möts verksamhetschefer emellan men också inom olika specialistroller. Exempel på detta är protesverksamheten som regelbundet träffas och delar erfarenheter, gör gemensamma inköp och materialval. Även inom anestesi och artroskopiverksamheten samverkar man mellan de olika affärsområdena.

I samverkan med övriga verksamheter finns stor potential att öka gemensam kompetens med patientfall, komplikationer och utvecklingsarbeten. Det pågår ständig dialog om hur man kan utveckla samarbeten för att kunna erbjuda trygg och patientsäker vård. Samarbete med Sankt Görans sjukhus är också etablerat, särskilt ortopedkliniken som finns med i protesråd samt som suppleant i affärsområde Ortopedi.

Vi utvecklar löpande arbetet med det gemensamma ledningssystemet för kvalitet och miljö mellan de olika enheterna. Representanter från alla kliniker inom Cario Ortopedi har arbetat fram gemensamma rutiner, policies, mallar och blanketter för att stärka kvaliteten/patientsäkerheten och därmed ge förutsättningar för att kunna arbeta på ett systematiskt och enhetligt sätt.

En samverkansgrupp bestående av representanter från vårdförbundet, Vision, läkarförbundet, Kommunal, Akademikerna samt HR och VD träffas ca en gång per månad under terminerna för att vidmakthålla en god dialog mellan arbetsgivare och arbetstagare. Syftet är att diskutera frågor som berör arbetsplatsen och arbetsmiljön vilket i sin tur även kan påverka patientsäkerheten.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Cario har en koncerngemensam policy för personuppgiftsbehandling med tillhörande riktlinjer. Inom affärsområdet Cario Ortopedi finns en gemensam organisation för informationssäkerhet. Verksamheten använder regionens eget journalsystem Take Care.

Riskanalyser och utvärdering har gjorts av Cario Ortopedi. Inloggning i systemen sker med SIHTS-kort vilket anses som en stark autentisering. Det finns rutiner för både tilldelning, begränsningar och borttag av behörigheter. Alla medarbetare är medvetna om att händelser som påverkar informationssäkerhet/personuppgifter ska rapporteras i vårt avvikelssystem. Vid behov kopplas affärsområdets dataskyddsombud in för bedömning om avvikelsen ska rapporteras till Datainspektionen. Varje verksamhet genomför regelbundet loggkontroll av obehörig insyn i patientjournaler (SALA). Kontrollen genomförs varje månad.

Strålskydd

SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §

Vi har två så kallade C-bågar på operationsavdelningen och därmed också en strålskyddsorganisation som årligen genomför ett Strålskyddsbokslut som stöttas av Unilabs.

En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet.



Som medarbetare på Capio Artro Clinic har man ett ansvar att uppmärksamma och registrera risker, vårdskador och andra oönskade händelser. Förbättringsförslag och synpunkter kring hur vi ska utveckla verksamheten arbetar vi löpande med. Mindre avvikelser utreder enhetscheferna på respektive avdelning och ansvarar för att nödvändiga åtgärder vidtas.

Vår kvalitetssamordnare ansvarar för avvikelssystemets flöde och uppföljning men ytterst ansvarig är verksamhetschefen. Vi har systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem fungerar som önskat. Till exempel genomför vi årligen miljörevision, mätning av följsamhet av de basala hygienrutinerna, skydds rond, analys av komplikationsregister samt mätningar av patientnöjdhet. Alla dessa aktiviteter finns samlade i ett "årshjul" som regelbundet används för kvalitetsuppföljning och kontroll av att planerade aktiviteter utförs.

Adekvat kunskap och kompetens

En grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete.



Rätt kompetens på rätt plats är helt centralt i en så komplicerad verksamhet som Artro Clinic. På operationsavdelningen behövs det varje dag på plats ett stort antal olika professioner och subprofessioner för att överhuvudtaget kunna driva verksamheten. Det är en utmaning att hela tiden säkra rätt kunskapsläge och utbildningsnivåer, särskilt som sjukvården ständigt utvecklas och förbättras. Respektive chef har här ett stort ansvar i detta och det följs upp både vid medarbetarsamtal och vid rekryteringar och verksamhetsförändringar.

Vid stora nationella/internationella möten som gäller sådant som utförs i vår verksamhet försöker vi alltid ha närvaro –till exempel Vårmöte, Ledprotesmöten och internationella konferenser för artroskopisk kirurgi som ESSKA och ISAKOS.

Vi har ett nätverk inom Capio Ortopedi där narkosläkarna regelbundet kontaktar varandra för att diskutera "best practice". Vi deltar i SFAIs nätverk för MAL för att hålla oss ajour med nya

riktlinjer och rön inom anestesi. Ett exempel på samarbete är rutiner för premedicinering och smärtlindring.

På mottagningen har vi organiserat om och har en högre andel sjuksköterskor för att möta de förändrade förutsättningarna.

Alla mottagningssköterskor har också blivit erbjudna att gå Ortopedisk självstudiekurs för sjuksköterskor som sträcker sig under 3 år. Capiro Artro Clinic avsätter 4 timmars studietid under arbetstid samt bekostnad av litteratur.

Vi håller regelbundet interna föreläsningar på kliniken där specialister informerar om sina specifika kompetenser och operationer och vi arbetar även i tvärprofessionella grupper på klinikdagar.

Forskning och utbildning går också som ett viktigt led i en annan dimension på kliniken. Vi tar emot studenter inom till exempel sterilteknik och fysioterapi för praktik. Vid vår klinik har vi också ett flertal doktorander och vi är drivande i organisationen kring FoUU som tillskapats inom affärsområde ortopedi.

Patienten som medskapare

En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.

PSL 2010:659 3 kap. 4 §



Samverkan mellan patienter och närstående är viktig i patientsäkerhetsarbetet. För att säkra detta lägger Capiro Artro Clinic stort fokus vid bemötande, information och tillgänglighet. Vi tar tillvara patienters synpunkter och klagomål i en patientenkät via TouchPoint som finns tillgänglig i våra väntrum. Våra patienter erbjuds att göra sin röst hörd efter operation genom att besvara på liknande frågor och synpunkter via QR-kod. Alla patienter som chattar med oss har också möjlighet att lämna sin feedback på ett standardiserat sätt så att vi sedan kan dra nytta av denna information. Genom vårt vårdplansprogram FRISQ så samlar vi in data från våra korsbandspatienter och höft-och knäprotespatienter. Alla patienter som vårdas vid vårdavdelningen får möjlighet att svara på en enkät kring hur de upplevt vården.

Vi hanterar, analyserar och besvarar myndighetsärenden från patientnämnden, LÖF och IVO. Synpunkter och klagomål besvaras, tas upp på berörd enhet via APT, diskuteras på medicinskt råd samt ledningsgrupp.

I Sverige finns flera nationella kvalitetsregister med personbundna uppgifter inom specifika områden i hälso-och sjukvården. De används bland annat för förbättringsarbete, uppföljning och för forskning samt för nationell jämförelse.

Cario Arthro Clinic rapporterar till:

- Svenska Höftprotesregistret
- Svenska Knäprotesregistret
- Svenska Korsbandsregistret
- Svenska Axelinstabilitetsregistret
- Svenska fotregistret

Fokusgruppintervjuer med fem knäprotesopererade patienter genomfördes för att ge oss en bättre och detaljerad information från första upplevelsen i reception, genom mottagningsbesök vidare till operation och tiden med rehab samt återbesök. Det framkom då att patienten önskar mer information inför utskrivningen från vårdavdelningen efter utförd kirurgi, och detta har vi nu förberett. Vi planerar nya fokusgruppsintervjuer under 2023, både med protes- och korsbandspatienter.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2 §, 7 §, 8 §, 7 kap. 2 § p 2, PSL 2010:659, 3 kap. 10 §

Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella och regionala uppgifter.

Medicinskt råd permanentat

Vi träffas ungefär en gång per månad för ökat fokus på vårt kvalitetsarbete. Där ingår MAL-ar för anestesi, protes och artroskopi samt VD/V-chef och vår kvalitetssamordnare som håller ihop dagordning och protokoll.

Utökad chattfunktion

De som går in digitalt på Cario Go också kan hänvisas till Cario Arthro Clinic och på så sätt få en smidigare upplevelse.

Patientsäkerhetsavvikelser

Vi har systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem fungerar som önskat. Till exempel genomför vi årligen miljörevision, mätning av följsamhet av de basala hygienrutinerna, skydds rond, analys av komplikationsregister samt mätningar av patientnöjdhet.

Postoperativa infektioner och komplikationer

MRSA-odling tas enligt vårdprogram. Samtliga vårdrelaterade infektioner, VRI, rapporteras i första hand av patientansvarig läkare till ansvarig sjuksköterska och registreras i Capio Arthro Clinics interna komplikationsregister.

Registrering och uppföljning sker löpande vilket möjliggör analys av de vårdrelaterade infektionerna. Vid våra regelbundna medicinska råd där MAL'ar, verksamhetschef och kvalitetsansvarig ingår, diskuteras de uppkomna komplikationerna. Operationsverksamheten har haft en särskild vårdhygienisk uppföljning en gång i månaden för att upptäcka eventuella infektioner och utreda dessa. Möten anordnas med operation, narkospersonal, MAL och kvalitetssamordnare för att analysera infektionsparametrar samt lyfta fram förbättringsförslag.

Basala hygienrutiner

Korrekt basal hand-och klädhygien ska tillämpas av all vård-och omsorgspersonal vid vård, undersökning och behandling eller annan direktkontakt med person där vård och omsorg bedrivs. Detta oberoende av vårdgivare och vårdform och om det finns känd smitta eller inte (SOSFS 2015:10). Syftet med basala hygienrutiner och klädregler är att förhindra smittöverföring inom vård och omsorg. Punktprevalens-mätning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (BHK) genomfördes för första gången nationellt hösten 2010. Mätningen som genomförs två gånger per år är initierad av SKL och är en observationsstudie som sker en angiven dag under en given mätperiod. Personalen informeras av hygienansvarig personal på kliniken 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 inte är följda.

2023 års mätningar visade att vi hade 80% följsamhet till korrekta rutiner. För att kunna nå 100% följsamhet kommer webutbildning via Capio Academy "vårdhygien för alla" att göras obligatorisk en gång per år för all personal.

Journalgranskning, dokumentation

Två gånger om året, april och oktober görs en granskning av 15 slumpmässigt utvalda journaler utefter bedömningsskala 1=utan anmärkning, 2 = med anmärkning, åtgärd krävs inte, 3 = med anmärkning, åtgärd krävs, 0= ej aktuellt. Vi går igenom 15 olika kontrollfrågor såsom ID-kontroll, överkänslighet med tydlig markering osv. Jämfört med året innan hade vi samma antal nr 2 i bedömningen än vid tidigare kontroller, men hittade inga fall där åtgärder krävdes.

Checklista

Som ett led i utvecklingen av säkrare kirurgi har WHO tagit fram en internationell preoperativ checklista. Checklistan har visats sig reducera postoperativa komplikationer och dödsfall med mer än en tredjedel. På Capiro Arthro Clinic används WHO:s preoperativa checklista rutinemässigt. Avvikelse som uppmärksammas i samband med genomgång av checklistan åtgärdas direkt om möjligt. Avvikelse som inte kan eller behöver åtgärdas i realtid rapporteras, analyseras och utreds i affärsområdets ärendehanteringssystem.

Riskanalyser

Exempelvis har receptionen byggts om för att förbättra patientflödet vid registrering samt förbättra receptionspersonalens arbetsmiljö. Ytterligare arbete har genomförts på mottagningen för förbättrat utnyttjande av våra lokaler och även bättre arbetsmiljö (Se riskhantering).

Skyddsron

Årligen genomförs en fysisk skyddsron som en del i arbetet att uppnå en god arbetsmiljö enligt Arbetsmiljölagen. Vid den fysiska skyddsronen kartläggs risker och förbättringsområden som finns i arbetsmiljön. Chef och fackligt anslutna medarbetare genomförde tillsammans skyddsron 2022 på respektive avdelning.

Kontroll av lagefterlevnad

Årligen kontrolleras hur verksamheten följer relevant vårdlagstiftning. Årets egenkontroll visade att vi följer all relevant vårdlagstiftning och har fungerande arbetssätt och rutiner för det som krävs.

Intern och extern revision enligt ISO 14001:2015 samt ISO 9001:2015

Vi genomför årliga interna eller externa kvalitets- och miljörevisioner. Syftet med revisionerna är att hitta förbättringsmöjligheter för processer och arbetsätt.

Förbättrad information till patienter inför och efter operation.

Till exempel har vi arbetat med informationen i operationskallelser så att den fokuserar på det viktiga. Vi har sedan kunna följa strykningsstatistiken och se varför patienter missar sina förberedelser, och sedan kunnat förbättra just den informationen i kallelserna. På samma sätt har den postoperativa operationsinformationen arbetats igenom och de flesta dagop-patienter får idag en QR-kod med länk till uppdaterade informationer online, för att på så sätt säkerställa rätt information till patienten.

FRISQ

Vår digitala patienttjänst som innebär att patienter som ska genomgå korsbandsoperation, knä- eller höftproteser på Artro Clinic både får information inför och efter operationen i rätt tid. Systemet presenterar informationen med en timer, dvs när vi vill att patienten skall få den. Till exempel dag ett efter operation får man en inledande rehabinfo och dag 20 får man en anpassad information. Tjänsten har varit mycket uppskattad av våra patienter.

Vancomycin.

Verksamheten för artroskopi och idrottstraumatologi har 2023 förlöpt väsentligen enligt plan. Vancomycin behandling av korsbandsgräftet infördes för ett par år sedan för alla vuxna patienter och har väsentligt minskat incidensen av infektion.

Öka kunskap om inträffade vårdskador

SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §

Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.



För att mäta/följa olika kvalitetsparametrar använder vi bland annat följande system:

- Komplikationsregister*
- Affärsområdets gemensamma ärendehanteringssystem i ledningssystemet Centuri
- Registrering av inställda operationer
- Registrering av myndighetsärenden (PaN och IVO)
- Mätning av patientnöjdhet
- Nationella patientregister
- Mätning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler
- Mätning av följsamhet avseende användning av WHO checklista
- Mätning av tillgänglighet mot patienter i telefonsystemet Tele Q (sedan 2020 även patientchatt som mäts)
- Registrering i relevanta nationella kvalitetsregister

**Komplikationsregistret är skapat i journalsystemet Take Care och sköts av kvalitetssamordnare. I registret samlas på ett säkert sätt information om till exempel ytliga och djupa sårinfektioner, DVT eller andra oväntade händelser i efterförloppet av vården. Informationen är så detaljerad som möjligt för att kunna analyseras korrekt av medicinskt ansvarig läkare i syfte att spåra orsaker och samband.*

Postoperativa infektioner

Vi har fokuserat på "Operationssjukvård" enligt SBAR i Vårdhandbokens texter.

Väsentliga åtgärder som följs upp för att minska risken för infektion är:

- Användning av korrekt antibiotikaproylax
- Rutiner för preoperativ hudinfektion
- Registrering av postoperativa sårinfektioner
- Flödes- och CFU mätningar på operationssalarna

På korsbandsrekonstruktionsopererade patienter genomförs i korsbandsregistret livskvalitetsmätning med EQ5D och KOOS preoperativt samt efter 12, 24 och 60 månader. >90% av patienterna besvarar preoperativbedömning. Svarefrekvensen faller till ca 60, 50, 40 % vid 12, 24 respektive 60 månader. Svarefrekvensen för kliniken är i linje med riket.

Operationsverksamheten har haft en särskild vårdhygienisk uppföljning en gång i månaden för att upptäcka eventuella infektioner och utreda dessa. Antal komplikationer och djupa infektioner inom höft/ knäproteser:

Det utfördes 612 primära höftproteser och 940 primära knäproteser. Det inträffade 5 höftprotesinfektioner (0,8%) och 7 knäprotesinfektioner (0,7%), vilket är mindre än 2022 (1,7% respektive 0,8%) och i linje med riksnittet för jämförbara kliniker i Sverige.

Under året hade vi också 4 höftprotesluxationer och 2 fall av protesnära fraktur under unilateral knäprotes. Vi hade 1 DVT efter knäprotes, ett fall av blödande magsår efter höftprotesoperation och ett fall av tarmperforation efter unilateral knäprotes.

I artroskopi verksamheten har vi sett en väsentlig minskning av djupa infektioner de senaste åren vilket kan tillskrivas att vi infört lokalt applicerat vancomycin preoperativt. Detta har blivit allt vanligare under de senaste åren och har i flera vetenskapliga publikationer visats väsentligt minska risken för allvarlig infektion utan åverkan på resultatet vid kirurgi.

Vancomycin används idag vid ca 40% av alla korsbandsrekonstruktioner i Sverige. Under 2023 har vi haft en djup infektion på patient som opererats för en korsbandsskada. Detta ger en incidens på 0,0008% vilket är väldigt lågt. Innan Vancomycin har vår infektionsincidens legat runt 0,7%.

Vi ser även en minskning av djupa infektioner vid övrig kirurgi i den verksamhet på kliniken som inte inbegriper proteser. 2020 gjordes ett stort arbete med genomgång av rutiner för att minska infektionsförekomst vilket kan förklara våra förbättrade resultat. Under 2023 har vi haft 4 djupa infektion på övriga artroskopiska operationer, en incidens på cirka 0,09%. En infektion var efter en standard knäledsartroskopi för meniskskada och två vid större operationer i knäled samt en djup infektion efter en axelstabiliserande operation.

Under 2023 har det inte noterats några ytterligare fall med komplikationer.

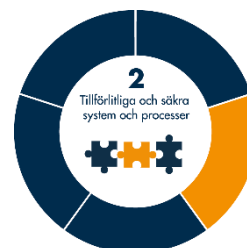
Vi har en standardiserad uppföljning med återbesök efter all större artroskopisk kirurgi men det kan inte uteslutas att någon enstaka patient har sökt annan vårdinrättning för sin komplikation.

Anestesi hade en komplikation relaterad till anestesi som vi remitterade till ÖronNäsaHals för vidare utredning (ej akut).

Antal utredda händelser	Antal allvarliga vårdskador	Antal anmälningar lex Maria
12 Djupa infektioner höftprotes	0	0
6 Djupa infektioner knäprotes	0	0
15 Komplikationer protesop	0	0
5 Djupa infektioner artroskopi	0	0
0 Komplikationer artroskopi	0	0
Pt som skickas till andra sjukhus efter op	0	0

Tillförlitliga och säkra system och processer

Genom att inkludera systematiskt patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen kan både de reaktiva och proaktiva perspektiven på patientsäkerhet bejakas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.



Hur tillförlitliga är arbetsprocesser och system

I det stora hela har vi identifierat att vi har tillförlitliga processer.

Basala hygienrutiner

2023 års mätningar på mottagningen visade att vi hade 80% följsamhet till korrekta rutiner. För att kunna nå 100% följsamhet kommer webbutbildning via Cario Academy "vårdhygien för alla" att göras obligatorisk en gång per år för all personal.

Säker vård här och nu

Hälso- och sjukvården präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation. Förutsättningarna för säkerhet förändras snabbt och det är viktigt att agera på störningar i närtid.



Är vården säker idag

Vi vill under denna punkt lyfta vikten av en lyhörd linjeorganisation med välfungerande rutiner och arbetsätt. En organisation som lär sig när det inträffar avvikelser och hela tiden ser och lär av sin omgivning. Vi opererar mer än 7000 patienter på vår operationsavdelning varje år, utför mer än 50 000 rehab-besök varje år och fler än 20 000 läkarbesök och ibland blir det fel. Vi behöver därför hela tiden arbeta med att utveckla våra arbetsätt och processer. Ett exempel är arbetet med våra besökskallelser där det finns mycket information, och en del av denna information är viktigare än annan. Till exempel behöver patienten fasta minst 6h innan kirurgi. Vi märkte i vår statistik att antalet strykningar till följd av att patienten inte fastade ökade, och vi har då kunnat anpassa och förtydliga den informationen i kallelsen. Vi arbetar även kontinuerligt med att förbättra informationen för patienterna efter operationen för att undvika besvär och frågetecken.

Förutom interaktioner med våra patienter så har Capio Arthro Clinic genom vårt läge på Sophiahemmet interaktioner med flera olika verksamheter där. Till exempel får våra slutenvårdspatienter vård på Sophiahemmets vårdavdelning och när våra patienter behöver radiologi utförs den av Unilabs. Med våra nära samarbetspartners har vi därför en relativt tät dialog för att säkerställa att vården utförs på ett bra och ändamålsenligt vis. Emellanåt behöver vi upprätta avvikelser när något inträffat för våra patienter i samband med att de vårdats av våra partners, och då skrivs avvikelserna i allmänhet ut från vårt system och överlämnas till motparten.

Mängden IT-system som krävs för att kunna bedriva en modern sjukvård ökar ständigt. Här försöker vi genom samarbete centralt i Capio att både se till att mängden system hålls nere och i kraft av vår storlek kunna kräva anpassningar i flera av våra system för att underlätta vårt arbete. Det kan till exempel handla om smidigare inlogningar till systemen (SITHs-kort TC) eller möjligheten att relativt enkelt och säkert kunna dra ut data ur systemen.

Vårt operationsplaneringsprogram är ett exempel på ett för oss kritiskt system, där alla våra operationer och logistiken planeras. Systemet är till åren kommet och uppdateras inte på samma sätt som för några år sedan. Vi tittar därför nu på andra lösningar och planerar att inom ett par år ha gått över till något modernare operationsplaneringsprogram

Riskhantering

SOSFS 2011:9, 5 kap. 1 §, 7 kap. 2 § p 4

Vårdgivare ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivare uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

Risکانالys ingår som en del av det systematiska förbättringsarbetet. Genom vårt avvikelssystem fångar vi upp risker som kräver rutinförändringar eller en annan åtgärd för att den inte ska upprepas. Varje rapporterad avvikelse riskbedöms i samband med handläggningen avseende allvarlighetsgrad och sannolikhet för upprepning. Vid allvarlig avvikelse som medfört risk för eller patientskada görs en anmälan enligt lex Maria till IVO innehållande en händelseanalys. Utifrån analyserna görs handlings-/aktivitetsplaner som följs upp av medicinskt ansvarig läkare/verksamhetschef.

En riskanalys omfattar följande:

- tidsplan för genomförandet
- identifiering av risker i en process
- riskvärdering
- identifiering av bakomliggande orsaker
- åtgärder för att förebygga negativa händelser

Stärka analys, lärande och utveckling

Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvården. När resultaten används för att förstå vad som bidrar till säkerhet, hållbarhet, önskvärd flexibilitet och goda resultat, kan verksamheten utvecklas så att kvaliteten och säkerheten ökar och risken för vårdskador minskar.

I vilken mån förbättras system och arbetssätt utifrån tillgänglig information



Journalgranskning

Vi har fortsatt goda resultat vid journalgranskningen och utan vidare anmärkningar. Vi kunde vid journalgranskningen identifiera vissa informativa brister, där patienten sannolikt har svårt att förstå och ta till sig av dennes journal. För att möta patienterna i den digitaliserade utvecklingen har vi fortsatt arbetet med att bli ännu tydligare i våra journalanteckningar. Detta för att det ska bli enklare för patienten att läsa, förstå och ta till sig av den egna vårdplaneringen via till exempel journalen via 1177 e-tjänster.

Avvikelser

PSL 2010:659, 6 kap. 4 §, SOSFS 2011:9 5 kap. 5 §, 7 kap. 2 § p 5

Avvikelsehantering

Under 2023 har vi skrivit 94 avvikelser som är relaterade till vård- eller patientsäkerhet. Vi uppmuntrar att man skriver avvikelser i vårt digitala system som skickar till rätt person – oftast chef eller medicinskt ansvarig läkare och målet är att hantera dem så snart de skickats in. Vissa avvikelser lämpar sig väl för diskussion i vårt medicinska råd, men det vanligaste är att chef och medicinskt ansvarig läkare diskuterar och tillsammans med personalen hittar lösningar och anpassningar för att undvika upprepning av avvikelserna.

Samlad analys av avvikelser:

Av de avvikelser gällande vård- och patientsäkerhet som inkommit har flertalet handlat om incidenter på operation och inom mottagningsverksamheten, endast ett fåtal har handlat om fysioterapi/rehabilitering. Fyra avvikelser har beskrivits som allvarliga och övriga kan betraktas som mindre eller måttliga i grad av allvarlighet och som regel av karaktären "verksamhetsstörande". Orsaken till att man skrivit avvikelser har huvudsakligen berott på "brister i efterlevnad av rutiner" eller "bristande rutiner" men också om att det varit brist på kommunikation och/eller information.

Viktiga lärdomar som spridits:

Vikten av att det finns tydliga rutiner och checklistor som är tillgängliga på ett enkelt och lättförståeligt sätt, gäller framför allt vid stressade situationer.

Typ av avvikelser	Antal	Ex på förbättringar
-------------------	-------	---------------------

Godkänd av:

Giltigt fr.o.m.:

Dokument ID:

Sida av sida:

21 (26)

Blankettnr:

15082-5

Vård	94	Tydliga rutiner och checklistor samt kontroll av följsamhet av desamma, stående agenda på APT
Patient- och informationssäkerhet	1	Ytterligare fokus ID-kontroll vid hantering av journalhandlingar samt bättre följsamhet av rutiner

Klagomål och synpunkter

SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §, 3 a § och 6 §, 7 kap. 2 § p 6

Klagomål och synpunkter som kommer direkt till verksamheterna, via Patientnämnden eller IVO rapporteras i våra system för avvikelshantering. Där samlas korrespondensen i varje ärende, vilket möjliggör en samlad bild och överblick. De klagomål, avvikelser och ärenden som kommer via Patientnämnden och IVO har vi full kontroll över. Klagomål som kommer på andra sätt, till exempel genom TouchPoint, brev, mejl, Chat eller telefon är svårare att hålla fullständig kontroll över och är ett utvecklingsområde men varje medarbetare som kommer i kontakt med ett ärende som kan tolkas som klagomål eller synpunkt uppmanas skriva avvikelse och/eller göra en journalanteckning om aktuellt ärende. Det är på samma sätt med klagomål och synpunkter som med avvikelser, att vi kan lära oss av dem och anpassa vårt arbetssätt och rutiner för att de ska undvikas i framtiden.

En sammanställning av inkomna ärenden och klagomål görs årligen i samband med upprättande av kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen. Varje månad tas patientärenden upp på APT, medicinskt råd och vi har även som mål att de ska tas upp i ledningsgruppen för vidare hantering.

Samlad analys av klagomål/synpunkter:

De fall som inkommit via Patientnämnden och IVO har analyserats och besvarats av VD, medicinskt ansvarig läkare eller patientansvarig läkare. Vi har inte kunnat identifiera något rutinmässigt avvikande i något av fallen. Vi har fått en del förbättringsförslag angående tydligare pre- och postop information gällande läkemedelshantering, rehabilitering samt tydligare journalförd vårdplanering vilket vi arbetar med att förbättra. Det har inkommit synpunkter om tydligare information på vår hemsida samt bristande tillgänglighet via vårt digitala verktyg, Chat samt TeleQ. Detta är något vi ständigt arbetar med, under året har tillgängligheten markant förbättrats enligt mätningar av antal ärenden.

Viktiga lärdomar som spridits:

Ge korrekt information, vara tydlig vid förändringar och återkoppla så snart som möjligt till patienten med adekvat information samt att vara fortsatt ytterst noggrann av ID-kontroll vid hantering som ex. inskanning av dokument i journaler.

Typ av klagomål/synpunkter	Antal	Ex på förbättringar
PaN	5	Snabb återkoppling med yttrande till PaN
IVO	2	Snabb återkoppling med yttrande till IVO

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Alla delar av vården behöver planera för en hälso- och sjukvård som flexibelt kan anpassas till kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet, även under oväntade förhållanden. I patientsäkerhetssammanhang beskrivs detta som resiliens.



Kommer ni att arbeta patientsäkert i framtiden

Vi behöver arbeta för en tydlig kommunikation och information till våra patienter, gärna med patienten som medskapare. Patienten ska, i den mån det är möjligt, aktivt kunna delta i sin vård och få möjlighet att påverka den utifrån sina önskemål och förutsättningar.

Vi kommer även aktivt att arbeta för att förebygga vårdrelaterade infektioner, öka följsamhet av basala hygienrutiner tvärs hela Artro, tydlig och korrekt journalhantering samt förvalta och åtgärda synpunkter och klagomål.

Område	Mål	Resultat	Åtgärd	Uppföljning åtgärd	Omfattning	Källa
Basala hygienrutiner	100%	80%	2ggr per år	Löpande	All klinisk personal	Protokoll
Journalgranskning	Förbättra informationskontroll		2ggr Per år			Loggar/ Journalgranskning
Vårdrelaterade Infektioner	Ständigt förbättra resultat			Löpande	Mottagning Läkare	Enligt formulär I Takecare

Godkänd av:

Giltigt fr.o.m.:

Dokument ID:

Sida av sida:

23 (26)

Avvikelser	Ständigt förbättra Verksamh		10 ggr Per år	Löpande	All personal	Centuri APT, LG
Patientklagomål eller synpunkter	Ständigt förbättra Verksamh		10 ggr Per år	Löpande	Kvalitets- samordnare PAL/MAL	PaN. IVO, LöF Avvikelser

Godkänd av:

Giltigt fr.o.m.:

Dokument ID:

Sida av sida:

24 (26)

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

För att sträva mot visionen *”Förbättra hälsan för människor varje dag”* genom att vara *”En pålitlig partner – närvarande och nytänkande”* med grundvärderingar baserade på god kvalitet, bidra till ett samhällsansvar, genomsyras av innovation och har Arthro Clinic uttalat följande huvudmål för verksamheten;

- **Skapa en attraktiv arbetsplats genom en stark identitet och tydlig vi-känsla**
- **Erbjuda bästa möjliga patientupplevelse genom kvalitet och patientsäkerhet**
- **Säkerställa ett stabilt patientinflöde med ökad andel försäkring och utomlän**

Övergripande för verksamheten ligger ett fokus på digitalisering.

Capio Arthro Clinic arbetar ständigt för att stärka patientens ställning och ge patienten bättre förutsättningar till integritet, självbestämmande och delaktighet i sitt möte med vården som bedrivs på kliniken. Bland de långsiktiga målen så är *”säker vård med hög kvalitet”* fortfarande ett av de högst prioriterade.

Aktiviteter inom både kvalitet, effektivitet och innovation/digitalisering är tydligt uttalade och pågår. Exempel på detta är verktyg för att öka tillgängligheten för våra patienter med kortare svarstider, översyn av rutiner, flöden och processer som skall anpassas efter verksamhetens mål samt förbättra digitala verktyg med tydliga instruktioner.

Här följer en samling av våra planerade mål för vårt kvalitetsrelaterade arbete:

Kvalitet:

- Fortsatt fokus på att minska infektionsfrekvensen efter proteskirurgi, särskilt höftproteser. Vi har förbättrat våra siffror markant och ligger nu på nivå med Sverigesnittet. Vi fortsätter dock arbetet med att ha så låg infektionsrisk som möjligt där och arbetar både med operation, sterilen, anestesi och ortopederna för att säkerställa att vi arbetar utifrån de rekommendationer som finns och med den utrustning som krävs för att leverera en vård i toppklass
- Extern kvalitets och miljörevision 2023 och stort fokus på hygien, fortsatt uppföljning av att vi nyttjar basala kläd- och hygienrutiner genom tätare observationer och fler utbildningar. Minst två BHK mätningar per år. All personal kommer att genomföra hygienutbildning

“vårdhygien för alla” via Capio Academy som även kommer att bli en obligatorisk utbildning en gång per år. Målet är att Capio Arthro Clinic ska ha 100 % följsamhet bland all personal

- Registrering i relevanta nationella kvalitetsregister och starta arbetet i Riksfot.
- Fortsatt arbete med avvikelser genom vårt system Centuri och uppmuntran till anställda att öka följsamheten att skriva avvikelser
- Rekrytera och behålla personal och kompetens. Fortsatt vara en attraktiv arbetsplats där medarbetare kan utvecklas och trivas.

Effektivitet:

- Se över rutiner, strukturer, flöden och processer och anpassa efter verksamhetens mål
- Via vårt medicinska råd arbeta med och följa upp vårt interna komplikations- och infektionsregister för diskussion om kring åtgärder för att minska framtida risker för komplikationer/Infektioner
- Fortsatt registrering och uppföljning av inställda operationer och orsak till detta. Även uppföljning av våra operationsprogram för att till exempel försöka förstå varför en operation tar längre tid eller på annat sätt avviker från det som har planerats
- Fortsatt följsamhet avseende användning av WHO checklista vid operation

Utveckling/Innovation:

- Förtydliga och förbättra arbetet med utbildningar på kliniken, både på de nödvändiga utbildningarna som finns. till exempel strålskyddsutbildning och brandutbildning men också med lunchföreläsningar med specialister, gemensamma luncher för erfarenhetsutbyte.
- Artroskopiutbildningar
- Fortsatt utveckling av vårt digitala verktyg FRISQ och övriga digitala system i syfte att förbättra följsamhet till våra vårdprogram, öka patientnöjdheten, minska komplikationer och vara en modern klinik
- Fler opererande proteskirurger