

Patientsäkerhets- berättelse 2023

Förvaltning/Vårdgivare: Cario Ortho Center Skåne
Ansvarig: David Roberts
Datum: 2024-01-10



Innehållsförteckning

Inledning	1
SAMMANFATTNING	2
Engagerad ledning och tydlig styrning	3
Övergripande mål och strategier	3
Organisation och ansvar	3
Samverkan för att förebygga vårdskador	4
Informationssäkerhet	4
Strålskydd	5
En god säkerhetskultur	5
Adekvat kunskap och kompetens	5
Patienten som medskapare	6
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	6
Öka kunskap om inträffade vårdskador	8
Tillförlitliga och säkra system och processer	9
Säker vård här och nu	9
Riskhantering	9
Stärka analys, lärande och utveckling	10
Avvikelser	10
Klagomål och synpunkter	11
Öka riskmedvetenhet och beredskap	11
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	11
Bilaga 1. Systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete	12

Inledning

Mallen för patientsäkerhetsberättelsen utgår från lagkrav och följer strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. I de fall lagkrav finns görs hänvisningar under respektive rubrik. Fullständiga lagtextbeskrivningar finns i dokumentet Korsreferenslista för lagkrav kopplat till mallen för patientsäkerhetsberättelse.

Mallen 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”

Mallen är framtagen inom ramen för kunskapsstyrningsorganisationen, på uppdrag av den nationella samverkansgruppen (NSG) inom patientsäkerhet.

SAMMANFATTNING

År 2023 har utveckling av vår nya klinik fortskridit då vi nu är en Caphio-klinik med bland annat implementering av ett gemensamt IT-system, kvalitetsledningssystem mm. Vi har gjort ytterligare rekryteringar på personalsidan och vår verksamhetsvolym har ökat under året med ökat antal mottagningsbesök och operationer. Vår verksamhet inrymmer hela spektret av planerad ortopedkirurgi vilket kommer att gynna lokala patienter som därmed slipper resa till annan ort för behandling.

Då verksamheten ständigt växer har vi påbörjat projektering av att öppna ytterligare en operationssal för att kunna uppnå vårt mål med fyra fullt utrustade moderna operationssalar.

I och med implementering av ny IT-miljö och kvalitetsledningssystem fortsätter vi vårt arbete med ISO-certifiering. Vår ambition är att denna blir klar under 2024.

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 §

Målet för vårt patientsäkerhetsarbete är att vi ska ha noll vårdskador. Patientsäkerheten står alltid i centrum när vård bedrivs.

Företagets affärsidé ”Kvalitet genom specialisering”, innebär att alla medarbetare, såväl läkare som övrig personal, är handplockade för den specifika utredning, vård och behandling som utförs inom respektive specialområde. Detta borgar för hög patientsäkerhet.

Vår strategi är således att arbeta förebyggande för patientsäkerheten genom att ha:

- kompetent personal
- god kontinuitet så att patienten i möjligaste mån möter samma läkare och personal vid varje vårdtillfälle vilket minskar risken för fel och missförstånd
- evidensbaserade rutiner för varje ingrepp/behandling och noggrant anpassat efter varje patients förutsättningar
- hög kvalitet på den medicinska utrustningen, med uppföljande regelbunden service
- aktiv rutinmässig avvikelserapportering för att undvika upprepning av fel och tillbud

Då vår verksamhet innehåller många kirurgiska ingrepp ligger ett stort fokus på undvikande av vårdrelaterad skada och infektion i samband med operationer, men alla avvikelser rapporteras och blir föremål för regelbunden uppföljning i personalgrupperna.

Organisation och ansvar

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

Våra huvudsakliga utredningar och behandlingsområden är rörelseorganens alla sjukdomar och skador. Vi behandlar heltäckande ortopediskt; axlar, armbågar,

händer, höfter, ryggar, knän och fötter. VD/Verksamhetschef är ansvarig för verksamheten och säkerheten i Capio Ortho Center Skåne (OCS) och är ytterst ansvarig för att vi har arbetssätt som fungerar, samt ansvarar för att egenkontrollen/servicen på utrustning sker.

Medicinskt ansvarig läkare är ansvarig för vård och behandling av de patienter som behandlas. I händelse av vårdskada är det VD/verksamhetschef alternativt medicinskt ansvarig som ansvarar för att informera patienten och handlägga incidenten. För att ytterligare förbättra avvikelserapporteringen har vi implementerat ett nytt avvikelshanteringssystem via Centuri som ingår i Capios kvalitetsledningssystem.

Samtliga medarbetare har ett ansvar för att rapportera alla avvikelser och kundklagomål, samt medverka i de återkommande möten som arrangeras för att diskutera avvikelser och medverka till att eventuella rutiner ändras, samt därefter följa de nya rutinerna.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Vi ansvarar för hela vårdprocessen för privata patienter och har därför få eller inga informationsöverföringar till andra instanser. Samverkan via remisshantering och inhämtande av viktig information är rutin och vi identifierar eventuella andra vårdenheter som parallellt behandlar patienten. Samverkan sker med till exempel radiologenheter, laboratoriemedicin och fysioterapi vilka alla är viktigt delkomponenter för att förebygga vårdskador.

Via vårdgarantiavtal med olika regioner finns reglerat hur patienten ska överföras och hur vårt ansvar ser ut och hur långt det sträcker sig, vilket kan skilja sig beroende på avtal med de olika regionerna.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Alla patienter som ska opereras, fyller i en hälsodeklaration där tidigare eventuella hälsoproblem, aktuella läkemedel, relevanta allergier etc. redovisas. En preoperativ bedömning görs också av ansvarig ortopedkirurg, operationskoordinator som också är sjuksköterska, samt ansvarig narkosläkare huruvida särskild utredning eller optimering är indicerad för att kunna genomföra planerat ingrepp på ett säkert sätt.

Inför varje operation används WHO:s checklista för säker operation.

För varje personalkategori görs en behörighetsanalys för att förhindra att patientinformation hanteras inkorrekt. Vi följer GDPR och har en jurist, till oss anknuten, via Capio som enbart arbetar med GDPR, dataskydd och

informationssäkerhet. Som registrerad vårdgivare hos IVO följer vi Patientdatalagen såväl som Patientsäkerhetslagen.

För ytterligare information kring hantering av personuppgifter var god se [Personuppgifter i vården | Capio](#)

Strålskydd

SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §

Vg. se bilaga. ”Strålskyddsbokslut 2023 Ortho Center Skåne”.

En god säkerhetskultur

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

Vi har en platt organisation med direkt kommunikation mellan de olika personalkategorierna där kritiskt tänkande och problemlösning uppmuntras.

Läkarna har avsatt tid för administrativt arbete och genomlysning av specifika frågeställningar ofta relaterat till den kliniska vardagen med mottagning och operation. Internutbildningar i form av föreläsningar och kurser bedrivs regelbundet.

Vi håller regelbundet möten i form av såväl APT som klinik- och ledningsgruppsmöten. Här diskuterar vi uppkomna frågeställningar och problem för att kontinuerligt förbättra oss. Regelbundna medarbetarsamtal och möten hålls där de frågor som tas upp i HSE lyfts och belyses i lokalt anpassad form.



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.

Vi ordnar klinikmöten med inbjudna externa föreläsare, externa kurser som ledarskapsutbildning, samarbete med produktspecialister samt rekrytering av personal med adekvat utbildning och gedigen erfarenhet. Utbildningsmöjligheter för personalgruppen har ökat i och med införandet av Capio Academy, där en mångfald av digitala kurser och utbildningar finns att fördjupa sig i.

Vid schemaläggning besätts de olika positionerna på kliniken med medarbetare som har för rollen adekvat utbildning och kompetens.



Kliniken arbetar kontinuerligt med kompetensutveckling rörande de system vi arbetar med och kring. Som en naturlig del ingår kontinuerlig förbättring av patientflöden i syfte att optimera och bibehålla patientsäkerheten.

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 §

Vi eftersträvar att vara tydliga i muntlig och skriftlig information till patienterna när det gäller behandlingar, operationsprocedur, efterförlopp-rehab, resultat samt risker och komplikationer.

Patientens subjektiva upplevelse av delaktighet i det slutgiltiga beslutet gällande typ av behandling mäts regelbundet via postoperativ uppföljning utförd av sjuksköterska, via patientenkäter som med utvärdering av patientens upplevelse av vård, uppföljning och utfall. Vi arbetar kontinuerligt med dessa utvärderingar för att mäta utfall och därigenom säkra kvaliteten på vården.

Vi strävar efter patient-läkarkontinuitet så att samma läkare som ställer indikation och anmäler patienten för operation också är den som utför ingreppet och även följer patienten via efterkontroller. När så är lämpligt och efter samråd med patient informeras anhörig om operationen och om den assistans patienter behöver den närmaste tiden efter operation. Varje patient får information om rehabilitering innan operationen så att han/hon redan innan operationen upprättar kontakt med fysioterapeut.

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.

Uppföljning och utvärdering av resultat sker i ledningsgruppen, samt på enhetsmöten (APT) vilka inträffar i snitt en gång per månad. Struktur finns för

avvikelseberättelser samt hantering av kundklagomål i vårt journalsystem såväl som i vårt kvalitetsledningssystem. Avvikelseberättelserna diskuteras akut vid behov eller på första möjliga kliniskmöte och man tar då upp orsak till avvikelse samt om rutiner behöver omarbetas eller annan åtgärd vidtagas. Medarbetaren skriver rapport som sedan skickas, i första hand, till närmaste chef och vid allvarigare medicinska tillbud till medicinskt ansvarig läkare för fortsatt omhändertagande. Medicinskt ansvarig läkare har ansvar för att se till att alla avvikelseberättelser tas om hand, att alla som ska vara informerade blir informerade och att åtgärd utföres och efterlevs.

Avvikelseberättelser finns som stående punkt på agendan på alla ledningsgruppsmöten samt på APT under året. Innan avvikelseärenden avslutas ska VD/Verksamhetschef ha förvässat sig om att ärendet är avslutat, eventuella rutiner som behöver ändras, ska ha ändrats och att alla fått information om att en ny rutin införts, samt att den nya rutinen verkligen genomförts.

OCS rapporterar till relevanta Nationella kvalitetsregister inom våra behandlingsområden: I dagsläget finns avser detta Korsbandsregister, Knäostotomiregistret, Fotregistret, Axelinstabilitetsregistret och Axelartroplastikregistret, Ledprotesregistret och Ryggregistret.

Den lilla klinikkens fördel är att alla patienter och anhöriga har enkel tillgång till sina läkare och övriga vårdgivare under sin vistelse på kliniken och kan framföra sina åsikter direkt. Alla patienter får automatiskt via journalsystemet hemskickat en enkät via e-post och erbjuds aktivt att svara på patientnöjdhetenkät efter vårdtillfället och samtidigt skriva ner fria kommentarer om något är bra eller mindre bra eller framföra synpunkter på brister.

Alla patienter som blivit opererade på OCS får även en enkät hemskickad för att besvaras cirka 30 dagar efter operation. I enkäten ska eventuella komplikationer i form av till exempel infektion, blödning eller behov att uppsöka akut vård på grund av ingreppet anges. Enkäten skickas åter till OCS och tas där omhand av sköterska som rapporterar om det finns någon komplikation att rapportera och om något behöver åtgärdas från vår sida. Därefter läggs enkätsvaren in i Capio-koncerngemensam länk för att kunna jämföra mot andra motsvarande enheter inom Capio.

Alla patienter som opereras hos oss blir uppringda av sjuksköterska eller fysioterapeut närmaste vardag efter operation för återkoppling om hälsotillstånd.

Då vi är en mindre klinik är antal postoperativa infektioner eller andra postoperativt relaterade komplikationer så få till antalet att några diagram inte förs. Vi mäter och sammanställer dessa incidenter kontinuerligt och arbetar förebyggande för att dylika komplikationer ska elimineras.

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.



Vi uppmuntrar alla medarbetare att aktivt rapportera eventuella fel och brister och avvikelser som uppstår, dels genom direktkontakt med alla som arbetar i organisationen, dels genom att rapportera via avvikelserapporter. Samtliga avvikelser och klagomål diskuteras i klinikgrupp, på APT och på ledningsmöten.

Vi bejakar en ”visselblåsarkultur” och vi ser avvikelshanteringen som ett instrument för att ständigt förbättra oss och vår verksamhet.

Det finns en Klagomålpolicy samt en rutin för hur klagomål ska hanteras. Klagomålen kan komma in via patientenkäten som alla patienter har möjlighet att besvara och avser upplevd kvalitet i bemötande, behandling och patientens involvering i behandlingsbeslutet. Detta gäller både mottagning, operation och uppvakningsenhet. Vid avvikelser återkopplas detta vid tidigare nämnda APT. Vid klagomål från patient följs dessa upp av sjuksköterska eller ansvarig läkare som kontaktar patienten, vanligen via telefon.

Patienter, anhöriga och myndigheter kan dygnet runt uttrycka sina synpunkter via vår digitala vårdplattform som är utformad i enlighet med gällande GDPR-lagar. Dessa eventuella synpunkter och klagomål vidarebefordras till företagets VD.

Komplikationer under 2023 i relation till antal ingrepp.

Under 2023 har vi utfört **2429** operationer och haft **17 960** patientbesök till läkare.

Vi har haft 5 registrerade postoperativa infektioner; 1 djup infektion efter ryggkirurgi och 2 djupa infektioner efter protesoperation som har krävt sjukhusvård, 1 djup infektion i en framfot som krävde revision och därefter läkte ut, 1 lågvirulent ytlig infektion i såret efter en axelprotes som läkte ut med konventionell behandling.

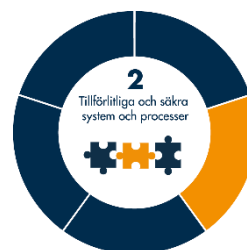
Vi har haft en patient med misstänkt aspiration vid en höftprotesoperation där det krävdes återremittering av intuberat patient till SUS Malmö. Under ytterligare en protesop fick en patient oklar cirkulatorisk kollaps med andningsuppehåll som dock gick att häva utan kvarstående men. Vidare utvecklade en patient en AV-block III som krävde åtgärd.

Vi har haft tre fall av DVT, två efter fotoperation och en efter knäartroskopi. Detta har medfört förlängd trombosprofylax av fotoperationerna. På vår mottagning, i samband med en knäledsinjektion, utvecklade patienten en anafylaktoid reaktion.

Vi har, under 2023, fått oss tillsänt 5 anmälningar till LÖF och, då vi är en privat klinik, 4 stycken till IF där kliniken har sin patientskadeförsäkring avseende patienter som kommer via sin sjukvårdsförsäkring. Att notera är att ett antal av dessa anmälningar avser händelser flera år bak i tiden. Vi har, under 2023, inte haft några anmälningar till IVO.

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.



De områden som är relevanta inom vår organisation är pre- och postoperativa komplikation vilken vi, som tidigare angetts, arbetar löpande med att reducera och helst helt eliminera. Genom noggrant och strukturerat applicera ett preoperativt förhållningssätt säkerställer vi att etablerade medicinska rutiner följs och används. Som en självklar ingrediens inom all vår verksamhet ingår skärpta hygienregler. Vi har även hygienansvarig som regelbundet uppdaterar och informerar om rutiner. Vi har en strikt klädpolicy med arbetskläder som är för ändamålet framtagna vilket inkluderar tvätt som sköts av certifierat företag.

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

Vår verksamhet är glädjande nog inte belastad av överbeläggningar eller behov av utlokaliserade patienter då vi inte bedriver akut verksamhet.

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.

Som tidigare framgått sker en ständig analys av potentiella riskmoment inom den vård vi bedriver. De eventuella risker som potentiellt kan uppstå avhjälpas genom kontinuerlig riskanalys och avvikelseuppföljning.

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.



Vår verksamhet lyder, som all vård i Sverige, under Hälso- och sjukvårdslagen (HSL). I enlighet med detta anmäls händelser som skulle inneburet en risk för allvarlig skada eller sjukdom enligt Lex Maria. En pågående process pågår där tillgång till journalhandlingar hela tiden ses över och begränsas i enlighet med patientsäkerhets- och dataskyddslagarna.

Vi rapporterar regelbundet till de, för oss, relevanta ortopediska register. Exempel på detta är protesregister för höft, knäled och axel. Andra register vi nyttjar är korsbandsregistret, axelinstabilitetsregistret, ryggregistret och fotregistret.

Avvikelser

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

Vi uppmanar alla medarbetare att aktivt rapportera eventuella fel och brister och avvikelser som uppstår, dels genom direktkontakt med alla som arbetar i organisationen, dels genom dokumentation i avvikelserapporter. Avvikelser och klagomål diskuteras i klinikgrupp och på ledningsmöten.

Vi ser allvarligt på avvikelser och uppmanar till ett öppet diskussionsklimat för att kontinuerligt förbättra vår verksamhet.

Det finns en Klagomålpolicy samt en rutin för hur klagomål ska hanteras. Klagomålen kan komma in via patientenkäten som alla patienter har möjlighet att besvara och avser upplevd kvalitet i bemötande, behandling och patientens involvering i behandlingsbeslutet. Detta gäller både mottagning, operation och uppvakningsenhet. Vid avvikelser återkopplas detta vid tidigare nämnda enhetsmöten. Vid klagomål från patient följs dessa upp av sjuksköterska eller ansvarig läkare som kontaktar patienten, vanligen via telefon.

Patienter, anhöriga och myndigheter kan dygnet runt uttrycka sina synpunkter via vår info-adress på hemsidan. Dessa eventuella synpunkter och klagomål vidarebefordras till företagets VD.

På sidan 8 redogör vi för de avvikelser som kunnat leda till vårdskada.

Klagomål och synpunkter

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

Under verksamhetsåret sker fortlöpande inrapportering och sammanställning av uppkomna vårdskador och komplikationer. Parallellt med detta sker analys av vårdförlopp utav medicinsk ansvarig läkare och lämpliga åtgärder initieras. Detta ingår i arbetet via vår upprättade kvalitetsplan. Vi har i dagsläget så få klagomål och synpunkter att de inte kan generera ett underlag för tabellering eller annan statistisk analys. Eventuella klagomål bemöts och handläggs alltid personligen av vår VD vilket uppskattas av patienterna.

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.



Vi arbetar kontinuerligt med förbättringsprocesser i form av träning, kompetensutbyte, utbildning och personlig utveckling. Medarbetare får den kompetensförhöjning de behöver för att uppfylla kriterierna för respektive befattningsbeskrivning. Då vår verksamhet är kunskapsbaserad, där det viktigaste verktyget är personalen och dess kompetens, sker en kontinuerlig vidareutbildning och därigenom kompetensförhöjning. I och med implementering av Capios IT-miljö har vi även tillgång till Capio Academy som beskrivits ovan.

Samtliga läkare verksamma på vår klinik har en gedigen forskarutbildning vilket förstås färgar vår verksamhet och främjar ett inlärande klimat med hög kvalitet. De håller sig även uppdaterade med aktuell forskning och ges möjlighet till vidareutbildning via konferenser mm.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Under 2023 har verksamheten mognat och finslipats i våra nya lokaler i Hyllie i Malmö. Vi är nu i princip heltäckande avseende ortopedisk verksamhet vilket gynnar patienter boende i södra Sverige som därmed slipper långa resor för behandling.

Visionen för vårt patientsäkerhetsarbete är att vi ska ha noll vårdskador och vi fortsätter att genom kontinuerligt arbete förbättra våra rutiner för att nå våra mål.

Bilaga 1. Systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete

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 mm.

Vi följer våra medicinska resultat regelbundet när det gäller vanliga standardiserade, och därmed jämförbara, operationer.

Nedan ges exempel på en sådan jämförelse avseende främre korsbandskirurgi:

ACL-rekonstruktioner de senaste fem åren Ortho Center Skåne

	2019	2020	2021	2022	2023
Primära ACLR	53	124	155	185	249
Revisioner ACLR	4	6	9	11	16
Reoperationer	0	0	3	7	19
Totalt	57	130	167	203	284

Definitioner

Primär ACL-rek: förstagångs främre korsbandsoperation

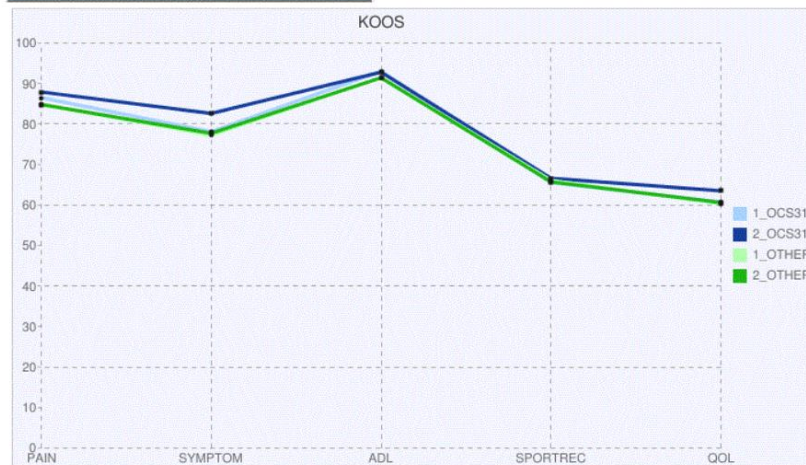
Revisionsoperationer: operation pga. ruptur/insufficiens av tidigare rekonstruktion. Var patientens primära operation är utförd redovisas inte i siffrorna.

Reoperation: omoperation som inte är en revisionsoperation. Kan vara tex. spolning, notchplastik, operation pga. infektion, synovektomi, mobilisering i narkos etc.

OLESENTER

VARIABEL	1/OCS311	2/OCS311	1/ÖVRIGA KLINIKER	2/ÖVRIGA KLINIKER
EQ5 SCORE	0,8156	0,8154	0,6894	0,8175
EQ5 0-100	71,1	76,5	71,9	73,6
KOOS SMÄRTA	86,5	87,9	84,9	84,8
KOOS SYMTOM	78,1	82,6	77,2	77,7
KOOS ADL	93,0	92,8	91,5	91,4
KOOS FUNKTION	65,5	66,6	66,1	65,7
KOOS LIV	60,7	63,5	60,3	60,6

Visa / Dolj Data



Tolkning

1/OCS311 = 1-årsresultat Ortho Center Skåne

(antal svar inom parentes).

2/OCS311 = 2-årsresultat Ortho Center Skåne

(antal svar inom parentes)

1/ÖVR. KLIN = 1-årsresultat. Övriga kliniker

i Sverige (antal svar inom parentes)

2/ÖVR. KLIN = 2-årsresultat. Övriga kliniker

i Sverige (antal svar inom parentes)

EQ-5D är en standardiserad självskattningsskala för hälsostatus utvecklat av EuroQolgruppen som ett enkelt, generellt mått på hälsa för användning i kliniska och hälsoekonomiska sammanhang för somatisk och psykiatrisk vård. Skalan innehåller 5 items med tre svarsnivåer avseende fem dimensioner (rörlighet, hygien, aktiviteter, smärta/besvär och oro/nedstämdhet) samt en VAS-skala. De fem frågorna ställs samman till ett hälsoindex enligt en matematisk formel, som validerats mot befolkningen i flera länder. Detta index kan variera mellan 1 och -0,594. VAS-skalan varierar mellan 100 och 0. Värdet 1 motsvarar fullständig hälsa och 0 ett hälsotillstånd som befolkningen värderat till att vara lika illa som att vara död.

KOOS är ett knäspecifikt instrument framtaget för att utvärdera patientens uppfattning om sina knän och knärelaterade problem. KOOS är tänkt att användas både i den akuta fasen efter en knäskada och i den kroniska fasen. För att följa förloppet efter en knäskada eller artrosutveckling ska KOOS kunna användas både för att utvärdera effekten av behandling (medicinering, kirurgi, sjukgymnastik) från vecka till vecka och över år. KOOS utvärderar fem knäspecifika patientrelevanta aspekter: 1. Smärta 2. Andra symptom som svullnad, ledrörlighet och mekaniska symptom. 3. Funktionsnedsättningar på dagliga livets nivå. 4. Funktionsnedsättningar vid sport och fritidsaktiviteter. 5. Psykologiska och sociala aspekter som medvetenhet om knät och livsstilsförändringar. KOOS är självförklarande och besvaras av patienten på ungefär 10 minuter.

Beräkning av KOOS-poäng

Poäng för de fem patientrelevanta aspekterna av KOOS beräknas var för sig. Smärta (nio frågor); Symptom (sju frågor); ADL-funktion (17 frågor), Sport och Fritidsfunktion (fem frågor); Knärelaterad livskvalitet (fyra frågor). En Likert-skala används för svarsalternativen och alla frågor har fem svarsalternativ från 0 (inga problem) till 4 (extrema problem). Först summeras poängen för varje delskala, därefter transformeras skalan till en 0-100 skala där noll betyder extrema knäproblem och 100 inga knäproblem, vilket är det vanligaste bland ortopediska skalor och bland generiska instrument. I skalor utvecklade inom reumatologin representerar 100 vanligen sämsta möjliga resultat. En totalpoäng för alla fem KOOS-delskalorna beräknas inte eftersom de inte alltid samvarierar och det oftast är önskvärt att analysera och tolka de fem olika aspekterna var för sig.