



PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE 2019

200306

Ansvariga för innehållet;

**Gustaf Storm
Anders Stålmán
Jenny Saving
Rafael Besco
Cecilia Zimdahl**

**Läkarchef, VD och Verksamhetschef
MAL Artroskopisk kirurgi
MAL Proteskirurgi
MAL Anestesiverksamhet
Sjuksköterska och Kvalitetssamordnare**



Innehåll

1. Sammanfattning
2. Övergripande mål och strategier
3. Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet
4. Struktur för uppföljning/utvärdering/
5. Uppföljning genom egenkontroll
6. Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet
7. Samverkan för att förebygga vårdskador
8. Rutiner för att identifiera risker i verksamheten-Riskanalys
9. Rutiner för Händelseanalys
10. Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet samt personalens klagomål
11. och synpunkter på kvaliteten
12. Hantering av klagomål och synpunkter från andra än personalen
13. Samverkan med patienter och närstående
14. Resultat
15. Övergripande mål och strategier för kommande år
16. Avslutande tankar från VD

1. Sammanfattning

Cario Arthro Clinics Patientsäkerhetsberättelse är till för att du som patient, närstående, medarbetare och samarbetspartner ska få en inblick i hur vi arbetar med ständiga förbättringar för att göra vården så god och säker som möjligt. Här berättar vi om vårt patientsäkerhetsarbete under året och ger några exempel på vårt arbete med att förbättra kvaliteten i vården. En vårdgivares patientsäkerhetsberättelse ska enligt patientsäkerhetslagen hållas tillgänglig för den som önskar.

- Verksamheten består av mottagning med inriktning på idrottstraumatologi, rehabilitering och operation av kroppens alla större leder (framförallt knä). Sedan 2017 har Cario Arthro Clinic även mottagning och operation av ledplastik höft- och knä. Denna del av kliniken har fortsatt att växa under 2019 med fler anställda läkare och ökat operationsutrymme.
- På Cario Arthro Clinic pågår ständigt ett kvalitetsarbete som engagerar all personal, oavsett yrkeskategori. Det finns naturligt med i vardagen på kliniken - i receptionen, på mottagningen, på operation och på rehabiliteringen. Från och med starten av 2020 upprättas det också en ny tjänst för en sjuksköterska med ett specifikt uppdrag att ansvara för klinikkens kvalitetsarbete.
- En viktig del i klinikkens kvalitetsarbete är risk- och avvikelshantering. Negativa händelser och identifierade risker eller förbättringsområden rapporteras i avvikelssystemet *Centuri* vilket bidrar till ökad patientsäkerhet. På senare år har antalet avvikelser varit ökande, vilket innebär att vår patientsäkerhet också ständigt förbättras.
Vi arbetar aktivt på alla APT med att uppmuntra medarbetarna till att rapportera så att vårt kvalitetsarbete alltid är levande. En god patientsäkerhetskultur kännetecknas av att medarbetarna är medvetna om risker och rapporterar avvikelser. Istället för att leta syndabockar innebär en bra patientsäkerhetskultur att vara öppen för att ompröva arbetssätt och metoder. För att identifiera risker har vi även fortlöpande tvärprofessionella möten med våra samarbetspartners. Eventuella avvikelser och kommentarer på dessa möten leder till att man systematiskt och fortlöpande utvecklar och kvalitetssäkrar verksamheterna tillsammans.
- Genom nationella och interna patientenkäter följer vi regelbundet upp att vi ger patienten en god och säker vård. Genomgång av åtgärdsplan för förbättringsåtgärder sker i ledningsgrupp, på enhetsnivå och även på de gemensamma Klinikstudiedagarna som är en heldag per termin.
Under hela 2019 har vi haft en Ipad med frågor om nöjd-kund-index på klinikkens alla enheter (1 månad i taget) vilket gett mycket gott resultat. De allra flesta svarade att de var mycket nöjda med sitt besök.

- Medarbetarenkäten visade att vi hade många ambassadörer för kliniken och ett NPS score (Net Promoter Score = nyckeltal inom kundnöjdhetsmätningar) på 34, vilket anses högt.
- Under 2019 togs beslut att Cario Arthro Clinic skulle ta över driften av hela vårdprocessen på operationsavdelningen. Dvs. anestesi, pre, per och post-op. Även driften av sterilcentralen togs över. Tidigare har personal anställda av Sophiahemmet haft hand om denna drift men detta förändrades alltså hösten 2019. I och med denna förändring har Cario Arthro Clinic större möjligheter att möta och förbättra det stora patientflödet på centraloperation. Cario Arthro Clinic erhöll också utökad kapacitet på centraloperation med ytterligare en operationssal. I dagsläget är det endast 2 vakanser gällande operationssjuksköterskor, vilket jämfört med många andra kliniker och sjukhus är mycket få. En god arbetsmiljö och en bra patientsäkerhet viktiga ledord för att bibehålla och attrahera personal.

2. Övergripande mål och strategier

SFS 2010:659,3 kap. 1 § och SOSFS 2011:9, 3 kap. 1§

På Cario Arthro Clinic vill vi alltid ha patientsäkerheten som vår högsta prioritet. Målsättningen är att patientsäkerheten alltid ska vara en självklar del av vår organisation och våra arbetssätt. Enligt patientsäkerhetslagen är också vårdpersonal skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls.

Vi erbjuder högspecialiserad vård där målsättningen är att alla patienter får veta vilken läkare som är ansvarig för vården genom hela vårdkedjan.

Syftet med kvalitetsarbetet är att optimera säkerheten, att utveckla verksamheten och att alltid sätta patientens behov i fokus och göra det bästa för att tillgodose dessa.

Vi granskar kontinuerligt resultatet av vårt arbete för att säkerställa och utveckla vårdkvaliteten, vilket är ett led i vår strävan mot en så säker vård som någonsin möjligt. Genom rapportering, uppföljning och studier av patientsäkerhetsindikatorer kan vi löpande följa upp och förbättra våra rutiner. Avsteg från dokumenterade vårdprocesser och rutiner samt oväntade händelser i verksamheterna rapporteras direkt till ansvariga chefer och hanteras i vårt avvikelssystem Centuri. Åtgärder följs sedan upp och utvärderas av enhetschefer och Medicinsk Ansvarig Läkare (MAL), eller vid behov verksamhetschef.

Varje år genomför våra medarbetare en medarbetarundersökning (under 2019 höll &Frankly ihop vår enkät) där vi använder oss av frågorna som tagits fram av Sveriges Kommuner och Landstings (SKL) expertgrupp inom patientsäkerhetskultur. Övergripande brukar man kalla detta fokus för Hållbart Säkerhets engagemang (HSE). Exempel på frågor är; "På min arbetsplats lär vi oss av det som fungerar bra" och "På min arbetsplats anpassar vi arbetet så att säkerheten bevaras när förutsättningar förändras". Dessa frågor och svar följs upp av ledningsgruppen och varje enskild enhetschef tar också upp resultatet på APT.

Verksamhetsmål för varje år anpassas utifrån resultaten från de undersökningar vi genomför, så att kliniken fokuserar på rätt saker.

Vår vision

VÄRLDSLEDANDE IDROTTSKADEKLINIK
Modern sjukvård med forskning och utbildning
– Tillsammans hjälper vi alla till ett fortsatt aktivt liv -

Våra värderingar

Patient- och kundfokus - vi glömmer aldrig vem vi är till för.

Förtroende - vi kan endast nå våra mål om omvärlden har fullt förtroende för vår vilja och förmåga

Respekt och empati - vårt arbete ska alltid präglas av medkänsla, delaktighet och respekt för individens integritet

Nytänkande - vi vill ha medarbetare som tar initiativ och ser nya vägar att utveckla och förbättra våra olika verksamheter

Samhällsnytta - vi eftersträvar uthålliga och utvecklande relationer till våra uppdragsgivare, för att öka samhällsnyttan av vårt arbete

Capiro-modellen beskriver kvalitetens hörnstenar och dessa är ledord i vårt arbete på Capiro Artro Clinic.

- **Modern medicin.** Vi strävar efter att utföra evidensbaserad vård som följer de senaste medicinska riktlinjerna och metoderna. Unikt för Capiro Artro Clinic är att vi har ett nära samarbete med Karolinska Institutet och bedriver egna forskningsprojekt. Vi har ett stort intresse för att ligga i framkant vad gäller både forskning och utbildning. Varje år håller t.ex. kliniken i en mycket populär utbildning inom artroskopisk kirurgi för blivande specialläkare. Lika populär är vår kurs för blivande fysioterapeuter inom idrottsmedicin.
- **God information.** Vi uppdaterar ständigt patientinformation, hemsida och finns tillgängliga i telefon för samtal. Våra informationsmaterial uppdateras årligen eller vid behov.
- **Vänligt bemötande.** Mötet med våra patienter är alltid det viktigaste i vårt arbete. Vi utför regelbundet patientundersökningar där upplevelsen av besöket mäts.
- **Ändamålsenlig miljö & utrustning.** Vi har genom åren renoverat och byggt om för att möta nya patientbehov och vi arbetar aktivt för att upprätthålla en god arbetsmiljö för personal och en trevlig miljö för våra patienter. Inför varje verksamhetsår lägger vi en plan på hur våra lokaler och utrustning behöver förnyas och förbättras

Vårt mål

att kontinuerligt minimera riskmoment och komplikationer genom användande av våra etablerade system med digitala hälsodeklarationer, checklistor, avvikelserapportering och komplikationsregister.

att den medicinska behandlingen utförs i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet av specialister, som är patientansvariga dygnet runt (PAL).

att den anställda personalen har korrekt och tillräcklig kompetens för sitt arbete.

att med hjälp av patientenkäter fortlöpande följa upplevelsen av vår tillgänglighet, vårt bemötande och vårdkvaliteten och utifrån dessa resultat kontinuerligt genomföra förbättringar.

att delta i alla de punktprevalensmätningar avseende VRI (Vård Relaterade Infektioner) och BHK (Basala Hygienrutiner och Klädregler) som initieras varje halvår av landstinget, samt att följa upp och arbeta med resultat därifrån.

att med hjälp av interna personalenkäter få information om arbetsbelastning, stressupplevelse m.m. vilket kan påverka patientsäkerheten.

att upprätthålla en god arbetsmiljö med ändamålsenlig utrustning.

att följa Klinikens policy för allas lika värde och rätten att bli behandlad med respekt oavsett sexuell läggning, etnisk och religiös tillhörighet, funktionshinder, kön eller ålder.

3. Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Verksamhetschef är ytterst ansvarig för att patientsäkerhetsarbetet bedrivs och följs upp enligt gällande regelverk.

Samtliga medarbetare ansvarar för att uppmärksamma och registrera risker, vårdskador och andra oönskade händelser. Förbättringsförslag och synpunkter som framförs både internt och externt hanteras alltid.

Vid mindre avvikelser utreder enhetscheferna det som rapporterats på respektive avdelning och ansvarar för att nödvändiga åtgärder vidtas. Kvalitetsansvarig ansvarar för avvikelssystemets flöde och uppföljning.

Vid inträffad vårdskada/risk för allvarig vårdskada kontaktas Verksamhetschef/medicinsk chef för ställningstagande till anmälan enligt Lex Maria. Verksamhetschefen kan uppdra åt Enhetschef att genomföra händelse- och riskanalys enligt Socialstyrelsens riktlinjer.

4. Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

För att mäta/följa olika kvalitetsparametrar använder vi bl.a. följande system:

- Komplikationsregister*
- Avvikelsesrapporteringssystemet Centuri
- Registrering av inställda operationer
- Registrering av anmälningar till Socialstyrelsen, LÖF& PaN (Patientnämnden)
- Mätning av patientnöjdhet
- 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
- Registrering i relevanta nationella kvalitetsregister

*Komplikationsregistret sköts av en ansvarig sjuksköterska. I registret samlas information om t.ex. 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. Vid behov konsulteras även extern expertis.

5. Uppföljning genom egenkontroll

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§

Med egenkontroll menas; systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem fungerar som önskat.

Patientsäkerhetsavvikelser

Ett system för hantering av avvikelser är också krav i Socialstyrelsens föreskrifter, SOSFS 2011:9.

Cario Artro Clinics avvikelshantering syftar till att identifiera svagheter och risker och på så sätt kunna vidta åtgärder för att förhindra att patientsäkerhetsavvikelser uppkommer eller upprepas. Vi har ett elektroniskt avvikelssystem (Centuri) där alla medarbetare kan rapportera in direkt via Intranätet (Pulsen). Avvikelserna skickas per automatik från rapportör till närmaste chef som genomför åtgärder och uppföljning. Alla anställda är engagerade i förbättringsarbetet genom att de själva i sin avvikelse måste ge förslag på förbättring. Rapportering av en avvikande händelse syftar alltid till att stärka samt förbättra patientsäkerheten och kvalitet i utförd tjänst. Under 2019 rapporterades 66 ärenden, dessa har inkommit från alla personalgrupper och rör både administrativa rutiner och medicinska avvikelser. Alla avvikelser är hanterade.

Anmälningsärenden och patientsynpunkter

Patientnämnden (PaN) är en fristående och opartisk instans som man kostnadsfritt kan vända sig till med frågor, synpunkter eller klagomål som rör hälso- och sjukvård eller tandvård. Inkomna ärenden bemöts och besvaras. Varje månad skickar Patientnämnden en rapport på antal anmälningar som inkommit från patienter.

Enskilda personer kan inte göra en lex Maria-anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) istället kan man anmäla ett enskilt klagomål. De interna avvikelserapporterna kan ibland utvecklas till att bli ärenden som kräver särskild handläggning av chefläkaren. Ärenden eller händelser som leder till eller som kan leda till uppenbar risk för patientskada eller patientdöd, ska anmälas av vårdgivaren själv till IVO, i enlighet med SOSFS 2005:28, och kallas lex Maria-anmälan. Chefläkaren äger beslutet om när en lex Maria-anmälan ska göras och ansvarar för att händelseanalys utförs.

Samtliga anmälningar från patienter eller anhörig som lämnats till Patientnämnden (PaN) eller till Inspektionen för vård och omsorg IVO utreds. Likaså de ärenden som inkommit från Landstingets Ömsesidiga Försäkring (LÖF).

Postoperativa infektioner och komplikationer

Samtliga vårdrelaterade infektioner, VRI, rapporteras i första hand av patientansvarig läkare till ansvarig sjuksköterska och registreras i Cario Artro Clinics interna komplikationsregistret. Registrering och uppföljning sker löpande vilket möjliggör analys av de vårdrelaterade infektionerna. Vid våra regelbundna medicinska råd där MAL:ar, verksamhetschef och kvalitetsansvarig SSK ingår diskuteras de uppkomna komplikationerna

Basala hygienrutiner

Ska tillämpas av all vård- och omsorgspersonal vid vård, undersökning och behandling eller annan direktkontakt med person där vård och omsorg bedrivs. Detta oberoende av vårdgivare och vårdform och om det finns känd smitta eller inte (SOSFS 2015:10). 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.

- 2019 års mätning visade på 100 % följsamhet avseende klädregler och 70 % följsamhet avseende de basala hygienrutinerna. Detta behöver bli bättre inför 2020 och därför kommer t.ex. alla medarbetare få utföra en webbaserad utbildning i basala hygienrutiner.

Checklista

Som ett led i utvecklingen av säkrare kirurgi har WHO tagit fram en internationell checklista. Checklistan har visats sig reducera postoperativa komplikationer och dödsfall med mer än en tredjedel. På Capiro Arthro Clinic används WHO's preoperativa checklista rutinmässigt. 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 Klinikens avvikelssystem.

Patientnöjdhet

Uppföljning av patientnöjdhet genomförs kontinuerligt. Frågor för att mäta gemensamma mål ställs generellt. Kvalitetsindikatorer med särskilt fokus är väntetid, bemötande, helhet, information och om man kan tänka sig att rekommendera vår klinik till sin bekantskap. Patienternas upplevelse av vården och bemötandet är värdefull och lärorik kunskap. Resultatet presenteras på varje enhet och förbättringsåtgärder vidtas. Vi hade mycket goda resultat under 2019, med ett ambassadörspoäng > 90 % på alla enheter.

Nationella kvalitetsregister

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. Capiro Arthro Clinic rapporterar till

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

Miljöcertifiering

Capiro Arthro Clinic är miljöcertifierade sedan 2010 och genomför årliga interna och externa revisioner.

Förutom de årliga externa miljörevisionerna så genomförs interna revisioner med hjälp av en extern revisor. Den interna revisionen syftar till att hitta förbättringsmöjligheter och gå till botten med vilka processer som fungerar i praktiken och hur enheten arbetar med att förbättra sitt arbetssätt. Resultatet av revisionerna rapporteras till ledningsgruppen via klinikens specifika miljöombud till varje enhet så att alla kan ta del av styrkor/svagheter samt möjligheter/hot och på så sätt förbättra verksamheten.

Verksamhetschef har 2019 haft ansvaret för Intern kontroll av lagefterlevnad samt bevakning av nyheter inom lagområden för hälso- och sjukvård samt miljö. Nyheter och ändringar rapporteras till ledningsgrupp och berörda arbetsgrupper som vidarebefordrar informationen internt för att säkra patientsäkerheten optimalt.

Var tredje år krävs en revision för omcertifiering. Detta gjordes november 2017 och Capiro Arthro Clinic är ISO certifierade enligt 14001:2 015

Vi klarade den externa miljörevisionen 2019 med en anmärkning gällande läkemedelshantering på mottagningen. Denna avvikelse gällde hur vi som klinik hanterar utgången medicin och policy för detta är nu uppdaterad och tydlig för de som hanterar läkemedlen. Inga övriga anmärkningar framfördes.

Skydds rond

Årligen genomförs en fysisk skydds rond som en del i arbetet att uppnå en god arbetsmiljö enligt Arbetsmiljölagen. Vid den fysiska skydds ronden kartläggs risker och förbättringsområden som finns i arbetsmiljön. Chef och fackligt anslutna medarbetare genomförde tillsammans skydds rond 2019 på respektive avdelning. En handlingsplan sammanställdes över de behov av åtgärder som framkom, vem som är ansvarig och när det ska vara klart. Till exempel framkom att det behövs ljudabsorbenter inne på mottagningens kontor för att förbättra ljudnivån för de som sitter i telefonväxel med patienterna. Ergonom har varit på plats efter detta önskemål och handlingsplan för skydds rond i helhet följs upp på respektive enhets APT.

6. Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

- Kontinuerlig uppdatering av verksamhetens hemsida för tydlig och bra information till såväl patienter som samverkande vårdenheter.
- Arbete med förbättringar av resultat från medarbetarundersökning på enhets- och ledningsnivå.
- Vakanta tjänster på operation/narkos pga. uppstart av nytt ansvar för hela vårdprocessen är ersatta.
- Personalen rapporterar avvikelser i Centuris avvikelssystem.
- Läkargruppen genomför kontinuerligt webbaserade miljöutbildningar.
- HLR-utbildning har genomförts för alla läkare, sjuksköterskor, undersköterskor och administrativ-personal under året.
- På operationsavdelningen har under 2019 ett omfattande projekt gällande vårdhygien pågått. T.ex. har det införts engångslakan och ben rem samt att operationssalarna nu är helt låsta under operation, inga material får tas in eller ut under pågående operation.

- Under 2019 har rehabiliteringsenheten renoverat golvet i gymnastiksalen för att minska halkolyckor för de patienter som tränar hos oss.
- Under 2019 togs britspapper ur drift och desinfektionsservetter på mottagningsrummen infördes. Ett led i både miljö- och hygienarbete på kliniken. Detta beslutades i samråd med hygienombud.
- Under 2019 har kliniken fortsatt haft god tillgänglighet även under sommarmånaderna med flera läkare i tjänst, detta för att möta det ökade patientbehovet sommartid. Många andra kliniker stänger helt under industrisemestern, något vi inte gör.
- Under 2019 har loggkontroller i journalsystemet Take Care genomförts enligt gällande riktlinjer samt patientdatalagen.
- Verksamheten för proteskirurgi har under 2019 i samband med ökat operationsutrymme anställt nya läkare och även ny MAL, Jenny Saving. Rutiner för verksamheten samt rutiner för inskolning av ny personal diskuteras löpande.
- Verksamheten för artroskopi och idrottstraumatologi har 2019 förlöpt väsentligen i enligt plan och såsom tidigare år. Under året har vi arbetat aktivt med förebyggande arbete för att minska infektionsincidens.
- 2019 tog kliniken över driften av anestesienheten på operationsavdelningen, något som inneburit ett stort arbete med rutiner kring patientsäkerhet. Det har också anställts ny personal och många inskolningar har skett parallellt. Arbetet har trots detta förlöpt mycket väl.

7. Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS: 2011:9,4 kap. 6 §

Nyhet för 2019 är att våra patienter omhändertas på operationsavdelningen av Cario Artro Clinics personal. Ytterst ansvarig för inläggande patienter är PAL men patienten vårdas på Sophiahemmetts vårdavdelning som därmed har ansvaret för att patienten ges en god och säker omvårdnad. Vi har ett mycket gott och nära samarbete med Sophiahemmetts avdelning.

Vi har genomgående det övergripande ansvaret för våra patienter och för att säkerställa patientsäkerheten sker samverkan med samtliga parter genom samarbetsmöten. Två gånger per år sammankallar Sophiahemmetts chefläkare dessutom samtliga verksamhetschefer till ett vårdgivarforum där viktiga gemensamma punkter tas upp gällande bland annat patientsäkerhet.

8. Rutiner för att identifiera risker i verksamheten - Riskanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Riskanalys ingår som en del av det systematiska förbättringsarbetet. Syftet med en riskanalys är att identifiera och värdera risker, identifiera de bakomliggande orsakerna och att föreslå åtgärder som minskar riskerna eller dess konsekvens. Även vid större förändringar inom verksamheten görs en riskanalys. Genom vårt avvikelssystem fångar vi upp risker som kräver rutinförändringar eller en annan åtgärd för att den inte ska upprepas.

En riskanalys omfattar följande:

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

9. Rutiner för händelseanalyser

SFS 2010:659, 3 kap. 3§

I samband med utredning av allvarigare medicinska avvikelser, där en patient har skadats allvarligt och/eller att en patient *kunde ha* skadats allvarligt, görs en händelseanalys. Chefläkaren och/eller verksamhetschef beslutar när en sådan händelseanalys ska genomföras. Capiro Artro Clinic följer Socialstyrelsens riktlinjer enligt handboken "Händelse- och riskanalys". Efter att beslut har fattats utses personer som genomför händelseanalysen.

En händelseanalys omfattar följande:

- tidplan för genomförandet
- faktainsamling om händelsen inklusive intervjuer av berörda personer
- beskrivning av händelseförloppet
- identifiering och analys av orsaker
- analysera förhinder, barriärer
- åtgärdsförslag till förbättringar

För att identifiera patientsäkerhetsrisker har vi som rutin att vid organisationsförändringar, ändringar i rutiner, förändringar i vårdprocesser mm alltid ska behandlas i ledningsgruppen i första hand.

10. Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet samt personalens klagomål och synpunkter på kvaliteten

SFS 2010:659, 6 kap. 4 § SOSFS 2011:9, 5 kap 3§, SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §

Avvikelser

Avvikelsehantering syftar till att identifiera svagheter i systemet för att kunna vidta åtgärder för att förhindra att avvikelser upprepas och för att stärka och förbättra patientsäkerheten och kvaliteten. Ett system för hantering av avvikelser är krav i Socialstyrelsens föreskrifter, SOSFS 2011:9, samt är ett krav för ackreditering enligt ISO standarderna 14001 (miljö) och 9001 (kvalitet).

Vårt avvikelssystem Centuri har all personal tillgång till. En avvikelse eller negativ händelse rapporteras vilket kan göras anonymt. Den skrivna avvikelserna skickas med automatik från rapportör till närmaste chef som ansvarar för bedömning, genomförande av åtgärder och uppföljning. Rapportören och inblandade personer i orsaksutredningen, kan följa ärendeflödet och får sedan automatiskt ett svar när avvikelserna avslutas.

Avvikelser arkiveras i Centuri och därifrån kan statistik inhämtas på frekvens, typ av avvikelse, åtgärd mm. Avvikelser finns som stående punkt på APT och på klinikens studiedagar.

11. Hantering av klagomål och synpunkter från andra än personal

SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 § SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §

Kliniken är ansluten till Vårdguiden 1177. På vårdguidens e-tjänster kan patienten själv beställa journalkopior, boka vissa besök, önska receptförlängning samt lämna önskemål om förlängd sjukskrivning.

Patienter som framför klagomål som är av sådan art att mottagande personal inte kan handha ärendet, hänvisas i första hand till ansvarig enhetschef för vidare handläggning. Patienten informeras om möjligheten att vända sig till Patientnämnden PN eller till Inspektionen för vård och omsorg IVO, alternativt inkomma med en skriftlig skrivelse. Klagomålsärenden handläggs av chefläkaren som ansvarar för bedömning, analys och åtgärd samt återkoppling till den som lämnat klagomålet. Klagomålsärendet avslutas och arkiveras.

Klagomål som framförs av patienter tas alltid på största allvar.

Är klagomålet av medicinsk karaktär så gör MAL tillsammans med Verksamhetschef en bedömning och ställningstagande till om det ska anmälas till Socialstyrelsen enligt Lex Maria.

12. Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Samverkan med patienter och närstående är viktigt i patientsäkerhetsarbetet. För att säkra denna samverkan lägger Cario Artro Clinic stor vikt vid bemötande, information och tillgänglighet.

Patientens egen medverkan är ytterst viktig för att uppnå trygg och säker vård.

En tillfredställande tillgänglighet är nödvändig för att samverkan mellan oss som vårdgivare och patienten ska fungera.

God kommunikation för att minimera oförutsedda risker ökar patientsäkerheten.

Patienten når oss förutom via 1177 givetvis även via telefon. Capiro Arthro Clinic använder sig av telefonsystemet TeleQ. På mottagningen finns även en vårdplanering där patienterna efter sitt besök om de önskar kan tala med en sköterska direkt på plats. Under 2019 tog mottagningspersonalen emot **31 409** samtal i telefon.

13. Resultat/Statistik

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Strukturmått

För att nå våra definierade mål har vi använt oss av

- Avvikelsesystem
- Komplikationsregister
- Nationellt korsbandsregister
- WHO checklista

Avvikelse rapportering

En avvikelse är en icke förväntad händelse eller risk för händelse som medfört eller skulle kunna medföra negativa konsekvenser för brukare eller patient.

Avvikelsesystemet Centuri används på Capiro Arthro Clinic. Medarbetarna har under året uppmuntrats och utbildats till ökad rapportering i systemet.

Under 2019 var det 66 stycken rapporterade avvikelser i det digitala systemet. Detta är färre än året innan vilket kommer analyseras. Personal kommer informeras ånyo hur man skriver dem och på APT kommer enhetschefer att påtala detta och mana till förbättring. En förklaring för att det är färre rapporterade avvikelser är då vi under uppstart av ny verksamhet på operation inte hade tillgång till datorer dagligen, samt att operationschefen tog upp avvikelser på APT aktivt under denna period och avvikelser har hanterats direkt.

MRSA

MRSA-odling tas rutinmässigt enligt vårdprogram

Screeningodlingar för MRSA ska alltid tas på inläggande patienter, d.v.s. patient som ligger kvar en natt på vårdavdelning och har någon av nedanstående riskfaktorer:

- a) Sår och eksem
- b) KAD
- c) Infart (PVK, CVK, PEG) stomi
- d) Varit kontakt med sjukvård/tandvård som patient eller personal utanför Sverige det senaste halvåret

Patienter som haft kontakt med sjukvård utomlands ska vårdas på enkelrum med eget hygienutrymme tills negativt svar föreligger på samtliga odlingar.

Patienter som besöker mottagningen och dag-kirurgi, d.v.s. patienter som går hem samma dag ska MRSA-odling endast tas vid misstanke om stafylokockinfektion samt inför

antibiotikabehandling oavsett indikation, även vid profylaktisk behandling, om patienten har någon av ovanstående nämnda riskfaktorer.

Korsbandsrekonstruktioner

På korsbandsrekonstruktionsopererade patienter genomförs livskvalitetsmätning med EQ5D och KOOS preoperativt samt efter 12, 24 och 60 månader. >95% 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.

Postoperativa infektioner

Av SKLs 8 åtgärds paket mot vårdskador så har vi fokuserat på "Postoperativa sårinfektioner". Väsentliga åtgärder som följs upp för att minska risken för infektion är:

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

14. Resultatmätt

Antal läkarbesök: 23 046

Antal operationer Öppen vård (ÖV) totalt: 3 615

Antal operationer Sluten vård (SLV): 332

Antal höftproteser: 391

Antal knäproteser: 477

Djupa infektioner proteser: 7 dvs., 0,81 % av totala antalet opererade. **Kommentar:** Infektionsfrekvens i överensstämmelse med som kan förväntas vid denna typ av operation. Vi arbetar aktivt för att minska infektioner genom förbättringsarbeten.

Antal opererade korsband: 802

Djupa infektioner korsband: 6, dvs. 0,75 % av totala antalet opererade. **Kommentar:** Detta är i nivå med snittet i riket för de kliniker som *inte* använder Vancomycin lokalt på graftet. Vi arbetar nu aktivt för att införa detta som standardrutin under våren 2020. Med start 2020 kommer även operationsavdelningens hygienombud samt kvalitetssamordnare träffas en gång i månaden för att snabbt kunna analysera eventuella infektioner, både ytliga och djupa. Målet för verksamheten är att ligga bättre än snittet för riket.

Patientanmälan:

LÖF; 133 ärenden har inkommit under 2019, övervägande beställningar av journal.

IVO; 1 ärende har inkommit under 2019 men detta är i skrivande stund inte avslutat.

Lex Maria; Inget ärende.

Socialstyrelsen; Inga inkomna ärende sedan 2011.

Patientnämnden; 3 ärenden har inkommit under 2019 och samtliga är avslutade. 1 av dessa ledde till ny rutin gällande bokning av operation med dubbla kirurger, 1 ärende togs upp i hela organisationen gällande brister i administration/IT och det 3e togs upp på läkarmöte gällande hantering av misstanke om komplikation post op.

15. Övergripande mål och strategier för kommande år

- Bland de långsiktiga målen så är "säker vård med hög kvalitet" ett av de högst prioriterade.
- Cario Artro Clinic ska arbeta för att stärka patientens ställning och ge patienten bättre förutsättningar till integritet, självbestämmande och delaktighet i sitt möte med vården som bedrivs på kliniken.
- Med start januari 2020 har kliniken en kvalitetssamordnare som månatligen kommer informera personal om de mätningar av kvalitet som görs, vilka avvikelser som inkommit samt hur de hanterats. Detta ska öka medvetenheten generellt hos personal och patient. Avvikelse rapporteringen ska främja att fler använder sig av centuri och att vi som klinik fortsatt ska öka antalet rapporterade avvikelser för att kunna förbättra oss dagligen.
- Under 2020 kommer frågor till patienterna på Ipad utvecklas och patienten kommer kunna kommentera sina svar med meningar. Detta för att få mer detaljerad och riktad feedback från deras besök.
- Under våren 2020 kommer all personal som inte uppdaterat sin HLR utbildning erbjudas detta.
- Cario Artro Clinic har som mål att ha 100 % följsamhet avseende alla hygienrutiner. Eftersom det inte var 100 % avseende de basala hygienrutinerna vid senaste mätningen kommer personalen under 2020 genomgå en webbaserad utbildning angående detta.
- Under 2020 kommer uppdaterade flödesscheman för alla enheter färdigställas så att man vid negativt tillbud kan upptäcka tidigt var i kedjan en rutin är svag och vilken åtgärd som behöver utföras.
- En gång i månaden kommer kvalitetssamordnare samt hygienombud från operation träffas för att se över eventuella avvikelser som varit för att analysera dessa direkt.
- Läkargruppen och ansvariga sjuksköterskor som arbetar med proteskirurgi kommer träffas 2 gånger per termin för att diskutera vårdkvaliteten inom området.

- Enheten för anestesi kommer fortsätta sitt arbete med att bygga denna nya verksamhet för kliniken.
- Enheten för plastikknä- och höft kommer under våren 2020 växa ytterligare med två nya läkare. Denna verksamhet kommer under ledning av MAL Jenny Saving träffas två gånger per termin för att fokuserat diskutera verksamhetens mål och rutiner.
- Enheten för artroskopi- och idrottstraumatologi kommer under våren 2020 fortsätta aktivt arbeta för att minska infektionsincidens genom att införa lokal vancromycinapplicering på korsbandsgraft vilket ligger i enlighet med aktuell vetenskap och har visat sig minska risk för infektion.

16. Avslutande tankar

Vi vill att Cario Arthro Clinic ska vara Sveriges ledande idrottsskadeklinik. Det innebär att vi hela tiden behöver ligga i framkant i det vi gör. Det som görs på ett sätt idag kan göras bättre imorgon.

Inför 2020 ser vi att trenden mot dagkirurgi är starkare än någonsin tidigare. Vi har därför som mål att prova börja utföra proteskirurgi i dagkirurgi. Inte bara för att vi är övertygade om att detta är god vård, utan också för att patienter börjar efterfråga just dagkirurgi inom höft- och knäproteskirurgi. Det kommande året vill vi också fortsätta jobba med digitaliseringen och se hur långt den resan kan ta oss.

Med start januari 2020 tar vi också ett bättre grepp kring frågan om kvalitet. Vi har infört ett medicinskt råd där våra MAL:ar (Medicinskt Ansvarig Läkare) inom artroskopi, protes och anestesi ingår. Vår nyinrättade funktion med en sjuksköterska som har särskilt ansvar för vårt kvalitetsarbete deltar i det medicinska rådet och även VD. Vi hoppas och tror att dessa resurser nu mer riktat kan driva kvalitetsarbetet för Cario Arthro Clinic och vi hoppas se resultatet av det i nästa års patientsäkerhetsrapport.

VD och verksamhetschef Gustaf Storm