

Patientsäkerhetsberättelse

Cario Idrottscentrum (tidigare GHP Idrottscentrum)

2022



Godkänd av: Hampus Åström och Karna
Karlsson

Giltigt fr.o.m.:
230301

Dokument ID:

Sida av sida:

1 (15)

Blankettnr:
15082-5

Ansvarig för innehållet: Hampus Åström (MAL), Karna Karlsson (VD), Linn Mandic (kvalitetskontroller)

Inledning

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"

Innehåll

SAMMANFATTNING	5
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	6
Engagerad ledning och tydlig styrning	6
Övergripande mål och strategier	6
Organisation och ansvar	6
Samverkan för att förebygga vårdskador	7
Informationssäkerhet	7
Strålskydd	Fel! Bokmärket är inte definierat.
En god säkerhetskultur	8
Adekvat kunskap och kompetens	9
Patienten som medskapare	9
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	10
Öka kunskap om inträffade vårdskador	11
Tillförlitliga och säkra system och processer	11
Säker vård här och nu	12
Riskhantering	12
Stärka analys, lärande och utveckling	12
Avvikelse	13
Klagomål och synpunkter	14
Öka riskmedvetenhet och beredskap	14
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	15

SAMMANFATTNING

Kort sammanfattning av året som gått till exempel viktiga åtgärder och resultat samt en blick framåt.

Åtgärder

- Informations mejlen avskaffades
- Remisskrav alternativt följsamhet av noggrant utarbetade rutiner internt inför ultraljud och cortisoninjektioner på kliniken. Vid fynd som kräver vidare åtgärder utanför vad kliniken kan behandla remitteras patienten vidare till rätt vårdnivå.

Framåt

- Medicinska PM inom respektive område tex axel, knä, höft, samt rygg samt utbildningstillfällen som ska ske regelbundet över året
- APT med noga uppföljning avvikelser/ klagomål och patientnöjdhet
- Information på hemsidan
- Nya system inom Capiro som medför en bättre kontroll av avvikelser/ klagomål etc.
- Ny medicinsk ledningsansvarig
- Ny ledningsgrupp
- Tydliga ansvarsområden och rollfördelningar på kliniken: t.ex. brandombud, kvalitetscontroller etc.
- Internkontroller vid t.ex. provtagning, ekg etc. mellan Lisa, Linn, Carola

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 §

Beskrivning av övergripande mål och strategier för patientsäkerhetsarbetet i syfte att säkra verksamhetens kvalitet.

Noga kontroll och utvärdering av den rådande verksamheten är avgörande för att säkerställa patientsäkerheten. Under året har kliniken förbättrat dokumenteringen gällande rutiner och vårdflöden ur såväl vårdresursens som vårdplaneringens perspektiv. Målet har varit att säkerställa att samtliga inom kollegiet lätt ska kunna ta del av rutiner och information som är nödvändig i vardagen samt i samband med mer oväntade situationer. Rutiner och interna kontroller säkerställer även att undersökningar och behandlingar utförs av motsvarande kvalitet oavsett vårdresurs.

Organisation och ansvar

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

Beskrivning av roller och ansvarsfördelning för planering, ledning och egenkontroll av patientsäkerhetsarbetet på olika nivåer. Här kan stödfunktioner som t ex MAL läkare, Strama, smittskydd, vårdhygien, patientsäkerhet- och kvalitetsenhet, kliniskt träningscenter, patientnämnden ingå.

Med anledning av klinikens tillväxt de senaste åren har kliniken under år 2022 arbetat mot att fördela ansvarsområden på ett bättre sätt. Målet har varit att undvika att en person

har för många ansvarsområden och således riskerar en för hög arbetsbelastning, vilket i sin tur är en riskfaktor för patientsäkerheten. Detta är ett arbete som fortsätter under 2023 med tydligare delegeringar och rollfördelningar.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Idrottscentrum har under år 2022 gått från att vara en del av vårdkoncernen GHP till att nu ingå i Capio. Inom den tidigare vårdkoncernens utformades flera samarbeten mellan vårdenheter och försäkringsbolag med syfte att effektivisera patientflöden (direktbokningar mellan kliniker istället för hänvisning tillbaka till försäkringsbolagen) vilket även medförde sammanhållen journalföring (med patientens godkännande). Vi bedömer att patientsäkerheten ökar när patienter som av Idrottscentrum bokats vidare för operationsbedömning på annan enhet kan utgå från att mottagande enhet kan ta del av den medicinska information som framkommit på Idrottscentrum. Motsvarande gäller de patienter som av annan enhet bokar patienter för rehabilitering efter operation på Idrottscentrum.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Tillgänglighet: det är viktigt att varje vårdgivare som är delaktig i patientens vård har tillgång till den dokumentation som berör patienten och som är adekvat för behandling av patienten. Som vårdresurs eller som vårdplanerar på Idrottscentrum har du läs- och skrivbehörighet på varje patient (genom loggkontroller kontrolleras att denna behörighet inte missbrukas). Eftersom kliniken har etablerade samarbeten med andra kliniker inom den tidigare GHP koncernen finns det möjligheter till delning av journaler klinker emellan. Detta möjliggörs endast genom att patienten muntligt godkänner detta i samband med registrering vid nybesök på kliniken. Godkännandet gäller endast på aktuell klinik, således sälls frågan ånyo vid besök på annan klinik. Detta medför i vissa fall en risk för patienten där behandlande vårdgivare på annan klinik är i behov av att förbereda sig inför patientens besök. En ny rutin utarbetades således under år 2022 att vi i bokningen till extern klinik skriver att patienten godkänt delning av journaler. Eftersom kliniken har samarbete med flertalet försäkringsbolag förekommer det även att försäkringsbolagen begär in patientjournaler. I samband med varje nybesök ombeds således patienten signera en fullmakt inom aktuellt ärende. En signerad

fullmakt innebär att kliniken får kommunicera journaler inom aktuell skada till bolaget samt fakturera bolaget.

Riktighet: det är klinikens ansvar att säkerställa att all information som kopplats till en patient är korrekt. Det säkerställs t.ex. att vi i samband med bokning av telefonuppföljning eller videobesök ber patienten bekräfta aktuell kontaktuppgift. Vid nyttjande av medicinsk utrustning som ej är automatiskt kopplad till journalsystemet, t.ex. EKG-utrustning ombeds patienten att bekräfta personnummer.

Konfidentialitet: obehörig part ska inte kunna ta del av patientuppgifter. Varje anställd har tystnadsplikt och patientärenden diskuteras inte med utomstående part som saknar medicinsk utbildning och/eller som inte är av betydelse för behandling av patienten. Känslig information kommuniceras inte mejlledes, även om patienten själv initierat kommunikationen. Patienter som önskar begära ut sina uppgifter t.ex. journaler kan själva hämta ut sina journaler mot uppvisande av legitimation alternativt kan journaler postas hem till patientens bokföringsadress. Patienter som träffar fysioterapeut inom SLL kan ta del av sina journaler på 1177. Brev och övriga dokument som innehåller känslig information förvaras oåtkomligt för obehörig part.

Spårbarhet: kliniken genomför regelbundna loggkontroller med syfte att säkerställa att personal som ej står i vårdrelation (alt. vårdplaneringsrelation) till patienten tagit del av känslig information.

En grundläggande del av informationssäkerhetsarbetet är att regelbundet (årligen) utföra riskanalyser kring respektive informationssystem, arbetsrutiner och utrustning för att minimera och åtgärda eventuella risker.

En god säkerhetskultur

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



Idrottscentrums ambition är att arbeta med öppna dörrar. Det innebär att vårdresurser vid behov ska kunna be om hjälp av varandra samt bidra med kunskap beträffande vården av patienterna på kliniken, självklart med respekt för sekretess.

Vårdresurser som närvarat på konferens eller tagit del demonstration av ny medicinsk teknik ska presentera detta för övriga kollegor med syfte att utbilda och skapa möjlighet för utveckling på kliniken.

Personal inom administration och reception som dagligen har kontakt med många patienter håller veckovisa möten för att säkerställa rutiner samt identifiera, utveckla och effektivisera vårdflöden.

Kliniken genomför årligen en skydds rond där arbetsmiljö och arbetsklimatet utvärderas. Kollegorna uppmuntras även att alltid kontakta VD vid eventuella åsikter gällande säkerhet och miljö.

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.



Alla legitimerade alt. Stor arbetserfarenhet inom aretet.

Vetenskapliga metoder alt. Beprövad erfarenhet.

Konceptbesök (Teambesök med start 2023).

Kliniken har under 2022 schemalagt verksamheten så att ingen kollega arbetat ensam med patient.

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 §

Varje patient ska känna sig delaktig och välinformerad gällande sitt tillstånd och den vård som rekommenderas/ planeras. I praktiken innebär detta att vårdresursen i största möjliga mån bör informera om orsak till aktuell skada/ sjukdom/ symtom, diskutera behandlingsmodeller samt diskutera förväntat resultat av behandling. I de fall när det inte är möjligt att ge en tydlig orsak eller självklar behandlingsplan bör detta tydligt förankras hos

patienten. Tillsammans kan man väga för- och nackdelar av olika behandlingsförslag och arbeta fram den plan som patienten själv känner sig trygg med.

Vi utvärderar detta med hjälp av enkätutskick i samband med nybesök på kliniken. I enkäten tillfrågas patienten om hur denne upplevt bemötandet, upplevd delaktighet i vården och den information som denne mottagit. Under år 2022 uppdaterades enkäterna och vid årsskiftet inkluderades PREM och PROM enligt Capios riktlinjer.

Ibland uppkommer frågor efter besöket. Vi är övertygade om att en hög tillgänglighet är avgörande för att patienten ska känna trygghet och tillit till kliniken. Därför har vi valt att till exempel ha telefonen öppen vardagar kl: 08.00 till 16.00.

Det händer att vi inte når hela vägen. Ibland upplever patienten att den inte blivit bemött på rätt sätt, att den inte fått tillräckligt med information eller att den inte fått vara delaktig i planeringen av sin vård. Alla på Idrottscentrum är skyldiga att ta emot och bemöta klagomål från patienten, nära anhörig eller försäkringsbolaget enligt bästa möjliga förmåga. Klagomålet ska enligt rutin dokumenteras och vid behov kommuniceras klagomålet vidare till VD eller MAL.

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.

Vi utför regelbundna loggkontroller av journaler på kliniken för att säkerställa patientens integritet och att endast vårdutövare med behörighet läser patientens journal.

För att säkra verksamhetens kvalitet gör vi PM under året 2023 med riktlinjer för handläggning av patienter med ortopedmedicinska besvär. Under året kommer vi utvärdera följsamheten i riktlinjerna och även utvärdera och uppdatera våra PM som är ett levande dokument.

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.



Har vården varit säker

Kliniken har inga rapporterade vårdskador motsvarande infektion eller felaktig behandling som resulterade i vårdskada registrerat under året. Under år 2023 uppdateras rutinerna för blockader.

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

Beskriv identifierade områden som är relevanta inom er organisation och hur ni arbetar för att förbättra dem, till exempel basala hygienrutiner och klädregler (BHK), läkemedelsgenomgångar hos äldre, suicidriskbedömningar, antibiotikaanvändning med flera.

Kliniken frångår under år 2023 att använda britspapper på britsarna och i stället används ytdesinfektionsmedel för samtliga ytor. Kliniken har en bestämd klädkod där varje kollega tvättar sina egna kläder hemma enligt standard rutin, kläder som tvättats hemma tas med för ombyte på kliniken inför arbetsdagen. Inför år 2023 uppdateras rutinerna kring injektioner. Vårdresurs som utför injektioner gör det under noggrant utarbetad rutin på frisk och steriltvättad hud.

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

I perioder är det leveransproblem med läkemedel från apoteken, detta gäller injektionsvätskor till våra intra- och periartikulära injektioner. Under 2023 ska vi säkerställa rutinerna kring beställning av injektionsvätskor så det alltid finns tillgång till läkemedel på kliniken.



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.

Vi kommer under året 2023 jobba utefter kvalitetsgranskade PM för att säkerställa verksamhetens kvalitet. Vidareutbildningar och fortbildningar för vårdpersonal på kliniken ser vi som en viktig del för att minimera risken för vårdskador att säkerställa att patienten får rätt vård.

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



Journalgranskningar och följsamhet av kvalitetsgranskade PM kommer göras under året 2023 för att säkerställa kvaliteten och säkerheten på kliniken.

Avvikelser

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

Beskriv hur verksamheten arbetar för att personalen rapporterar risker för vårdskador samt händelser som har eller hade kunnat medföra en vårdskada. Beskriv om samlade analyser av avvikelser utförts samt några viktiga lärdomar som har spridits. Beskriv gärna i en tabell med antal och typ av avvikelser samt exempel på genomförda förbättringar som haft effekt.

Kliniken har under föregående år inte lyckats med registrering av avvikelser och klagomål på ett föredömligt sätt, detta kan konstateras genom att endast 22st avvikelser registrerats. Detta antas bero på en dålig rutin gällande dokumentation (pappersblanketter), ej tillräcklig kunskap gällande vad som anses med en avvikelse, samt att kliniken inte haft tillräckligt många gemensamma genomgångar av avvikelser och klagomål.

Den bristfälliga dokumentationen är en viktig lärdom eftersom det försämrar patientsäkerhetsarbetet på kliniken. Av de registreringar som noterats kan man utläsa att de viktigaste avvikelserna gäller missad återkoppling/ uppföljning av patienter som t.ex. orsakats av vårdresursers semester

Typ av avvikelser	Antal	Ex på förbättringar
Administration	5	
Medicin & omvårdnad	9	Säkerställde rutin för att läkare inför sin semester tydligt överlåter/ förankrar återkoppling av remissvar hos kollega
Medicinteknik	2	
Lokal & IT	6	

Klagomål och synpunkter

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

Kliniken har under föregående år inte lyckats med registrering av avvikelser och klagomål på ett föredömligt sätt, detta kan konstateras genom att endast 20st klagomål registrerats. Detta antas bero på en dålig rutin gällande dokumentation (pappersblanketter), ej tillräcklig kunskap gällande vad som anses med ett klagomål, samt att kliniken inte haft tillräckligt många gemensamma genomgångar av avvikelser och klagomål. Det kan även antas vara så att det bara är klagomål gällande vård och bemötande som bedömts vara allvarliga nog att de bör dokumenteras som ett klagomål. Vi vet om att det har förekommit klagomål på att lokalen upplevts vara för varm, vilket av personalen tidigare registrerats som avvikelser gällande Lokal och IT, men ej inkluderats som patientklagomål.

Eftersom samtliga klagomål som registrerats gällde bemötande eller planerad vård betonades ånyo vikten av att försöka lyssna in patientens förväntningar för att kunna bemöta denne på bästa sätt. Ett viktigt led i detta är att kunna skilja på att uppfylla någons förväntningar och att bemöta dem. Som vårdresurs bör det medicinska syftet avgöra behandling och undersökning och det samstämmer inte alltid med patientens önskemål. Det är då viktigt att på ett pedagogiskt sätt förklara aktuell bedömning för patienten.

Typ av klagomål/synpunkter	Antal	Ex på förbättringar
Medicin & omvårdnad	20	

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

Med anledning av pandemin (Covid-19) digitaliserades delar av vården snabbt. Det medför att patienter kan träffa läkare och fysioterapeut genom videobesök i stället för fysiska besök på kliniken. Detta är självklart en tjänst som ur ett framtidsperspektiv förbättrar beredskapen vid t.ex. pandemi eller andra samhällskriser, men även ur varje enskild patients perspektiv (minskat behov av ombokning av inplanerat besök). Vi bedömer till exempel att kliniker med etablerade samarbete framledes kan komma att stötta varandra vid t.ex. hög sjukfrånvaro genom t.ex. digitalt läkarstöd i samband med besök hos fysioterapeut. På Idrottscentrum finns idag ett etablerat samarbete med fysioterapeuter ute i landet vilket innebär att en läkare på Idrottscentrum ansluter via länk till ett fysioterapibesök som äger rum på annan ort.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Kliniken kommer att fokusera på att skriva medicinska PM för samtliga behandlingsområden. Varje PM ska finnas tillgängligt för all vårdpersonal och nya PM samt gamla PM presenteras och diskuteras vid regelbundna arbetsplatsträffar (APT)

- Varannan vecka hålls ett APT. Vid varje APT efterföljs ett standardiserat protokoll där produktion, patientnöjdhet, avvikelser och klagomål ska ingå som stående punkter
- Information om klinicens olika behandlingar ska finnas tillgängliga på klinicens hemsida. Detta så att patienter med en inplanerad behandling på Idrottscentrum ska kunna ta del av förberedelseinstruktioner och behandlingsinformation på ett säkert sätt.
- Kliniken bör utföra fler loggkontroller under året. Målet är att arbeta med loggkontroller kvartalsvis (jämfört med tidigare halvårsperioder). Processen är tidskrävande och kan komma att behöva fördelas på fler resurser inom kollegiet.