

Patientsäkerhetsberättelse 2020



Stockholm
2021-03-31

VD
Elisabet Hagert



Sammanfattning

I Sophiahemmets koncepthandbok står att läsa att ett ”center of excellence” är en verksamhet som är en ledande aktör inom sitt område; som borgar för kvalitet och som ska driva utveckling, forskning och utbildning.

Med målsättningen att bygga ett ”center of excellence” inom hand- och fotkirurgi har Arcademy sedan 2018 byggt upp en högspecialiserad verksamhet i Hus G, Sophiahemmet. Ambitionen är att vi ska omhänderta våra patienter från start till slut, med högspecialiserad vård, utredning på plats, förebyggande och postoperativ rehabilitering, och världsledande behandlingar för hand- och fotkirurgi.

ARCADEMYs ledord är:

- *Professionalism:*

Vi lyssnar av och har en lyhörddhet jämt mot både patienter och kollegor. Vi delar med oss av vår kunskap, tar ansvar för vårt arbete och visar engagemang genom att vi besitter aktuella och adekvata kunskaper inom vårt område samt är tillgängliga för varandra.

- *Patienterna först:*

Vi visar att patienten är viktig genom att vi agerar professionellt, följer upp och visar att alla frågor är välkomna. De ska känna att vi lyssnar aktivt, är flexibla och ger dem den tid de behöver. Patientens behov är överordnat mina egna intressen. Vårt mål är att patienterna ska känna sig välkomna, att de får rätt information och att de är väl omhändertagna.

- *Samarbete:*

Vi uppnår mer genom att arbeta tillsammans, vi säkerställer samarbete genom att vi är lyhörda för kollegors behov genom att lyssna aktivt och visa respekt. Kommunikation och högt i tak är viktigt samtidigt som vi har en ödmjuk inställning inför problem. Vi respekterar varandras kompetens och olikheter.

- *Engagemang:*

Vi är personligen måna om varandra och behandlar alla med respekt och tar eget ansvar för att vara delaktig i verksamheten. Detta visar vi genom att vi inte avslutar en arbetsdag utan att se till att allt arbete är klart och stämmer av med kollegor om de behöver hjälp. Vi har en positiv attityd, är öppna för nya idéer, försöker ligga steget före och kommunicerar med alla på kliniken.

ARCADEMY är en verksamhet som är ackrediterad vid Sophiahemmet. Ackrediteringsprocessen ställer tydliga krav och förväntningar på oss som verksamhet vad gäller arbete kring kvalitet, hållbarhet och hygien, bemötande av patienter och medarbetare samt erbjuder en värdegrund som harsamklang i ARCADEMYs målsättning och ambition.

Verksamheten vid ARCADEMY är registrerad hos Socialstyrelsen och allt arbete sker i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen, patientlagen, patientsäkerhetslagen samt i enlighet med krav enligt GDPR.



Verksamhetens mål för patientsäkerhetsarbetet

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

Målet för verksamheten vid ARCADEMY är att bedriva en högkvalitativ, högspecialiserad och säker vård för våra patienter.

Specifika mål för 2020 var att:

- Fortsätta etablera rutiner för säkert patientflöde på operation och mottagning
- Rekrytera personal för mottagning och operationsverksamheterna
- Utbilda all personal i hjärt-lungräddning
- Följa upp patientnöjdheten via nytt verktyg för patientenkäter
- Etablera dotterverksamheter i Uppsala och Göteborg

Emellertid har 2020 inneburit enorma och oförutsedda omställningar i verksamheten mot bakgrund av den pandemi som drabbade världen, och oss, i mars 2020. I tillägg till ovanstående specifika mål för 2020 fick en stor och omedelbar omställning göras för att bemöta de krav som Covid-19 pandemin inneburit för både patienter och personal.

Covid-specifika mål har därmed blivit följande:

- Etablera rutiner för att förhindra smittspridning i verksamheten
- Säkerhetsrutiner för personal med risk för droppsmitta
- Planering av operationspatienter i riskgrupp
- Spårning av ev uppkommen smitta i verksamheten
- Regelbunden uppföljning av Folkhälsomyndighetens riktlinjer

Ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Verksamhetschefen har det övergripande ansvaret för det systematiska säkerhetsarbetet dvs det yttersta ansvaret för klinikens verksamhet samt att följa upp de mål och handlingsplaner som berör säkerhetsområdet.

Denne har även ansvar att vid behov ändra klinikens arbetssätt så att vårdskador ej uppstår, samt ansvar att informera patienten vid eventuell vårdskada.

Under 2020 har kliniken nyanställt en COO, Chef för Affärsutveckling, samt en kvalitetskoordinator som ingår i klinikens ledningsansvar för kvalitet.

Kvalitetskoordinator har, som del av tjänst och i samarbete med verksamhetschef och COO, ansvar för genomgång av inkomna avvikelser, utbildning inom HLR samt framtagande av PM för patientsäker vård.

Klinikens sjuksköterskor har också ett ansvar för framtagande av områdesspecifika PM, infektionsregistrering samt strålskyddssäkerhet.

Varje läkare/operatör har ett ansvar att informera patienten om en vårdskada inträffat.

Samtliga medarbetare har ett eget ansvar för att uppmärksamma och registrera risker, vårdskador och andra oönskade händelser. Alla medarbetare ska följa fastställda riktlinjer och anvisningar samt rapportera risker och avvikelser till verksamhetschefen.



ARCADEMY är en ackrediterad vårdgivare vid Sophiahemmet och utför årliga re-ackrediteringar avseende bl.a hygienrutiner, miljö, bemötande, lagefterlevnad och patientsäkerhet. Som ett led i arbetet vid Sophiahemmet samarbetar Verksamhetschef med Chefläkare vid Sophiahemmet vid ev patientärenden eller fall av Lex Maria anmälningar.

Rutiner för egenkontroll samt vilken egenkontroll som genomförts under året

SOSFS 2011:9 5 kap. 2 §

ARCADEMY har ett ledningssystem som innehåller en egenkontroll, vilken avser en regelbunden uppföljning av alla processer och rutiner, inklusive klinikens patientsäkerhetsarbete, för att både säkra och utveckla vårdens kvalitet.

Patientnöjdhet:

Utvärdering av patientnöjdhet sker via riktade patientenkäter, där besökande patienter till kliniken utvärderar bemötande, information och väntetider till undersökning i två olika system - BokaDoktorn, samt Key For Care. Kundenkäter följs upp månatligen och återrapporteras vid APT möten, styrelsemöten samt vid kontakt med försäkringsbolag.

Nationellt kvalitetsregister:

Samtliga patienter som genomgår fotkirurgiska ingrepp fyller i PROM enkäter för senare registrering i det nationella kvalitetsregistret för fotkirurgi, Riksfot.

Interna kvalitetsregister:

Två kvalitetsregistreringer internt har utförts sedan 2019:

Patienter som genomgår nervfriläggningsskirurgi fyller i kvalitetsenkäter (DASH/VAS) före operation samt följs upp 6 månader postoperativt utifrån hand/armfunktion och nöjdhet (VAS).

Patienter som genomgår handledskirurgi fyller i preoperativ kvalitetsenkät (PRWE) vilket följs upp 6 månader postoperativt gällande TFCC skador.

Under 2020 har ytterligare två kvalitetsregistreringar påbörjats:

De pat som genomgår behandling för lateral epikondylit (tennisarmbåge) där behandling utförs med Vergenix, kollagentillblandad plasma injektion, följs med tennisarmbågsspecifik PROM.

Hydrodilationsbehandling av patienter med frozen shoulder (adhesiv kapsulit) följs med DASH score före och 3 mån efter behandling.

Checklista för säker kirurgi:

ARCADEMY följer WHO:s checklista för säker kirurgi 2.0 vars främsta syften är att säkerställa att de åtgärder som ska göras verkligen blir gjorda, samt om det oväntade inträffar, ha förberett teamets medlemmar och maximerat deras chanser att arbeta som ett team.

ENHET	OMFATTNING	DOKUMENTATION	ANSVARIG
Vårdrelaterade infektioner	Löpande	Dokumentation över postoperativa infektioner - ytlig, djup	Infektionsansvarig sjuksköterska Ansvarig läkare
Basala hygienrutiner och klädregler	2 gånger per år	Rapport till verksamhetschef	Hygiensjuksköterska
Patientsäkerhetsdialog	1 gång per år	Protokoll	V-chef och kvalitetskoordinator tillsammans med Sophiahemmets chefläkare/ kvalitetsansvarig
Avvikelser	Löpande	Avvikelsehanteringssystemet	V-chef och kvalitetskoordinator
Patientens klagomål och synpunkter	Löpande	Patientnämnden, IVO, avvikelsehanteringssystemet	V-chef och kvalitetskoordinator
Kundnöjdhet - bemötande, service, tillgänglighet	Löpande	BokaDoktorn Key for Care	V-chef

Vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Under 2020 har ett övergripande och löpande arbete pågått för ökad patientsäkerhet, men arbetet har i stora delar präglats av pandemin. Verksamheten har hela tiden följt uppdateringar från Folkhälsomyndigheten samt riktlinjer från Sophiahemmet för att tillse god och patientsäker vård även under rådande Covid-19 pandemi.

Åtgärder har skett både övergripande och enhetsspecifikt, på mottagning respektive operation:

ENHET	KVALITETSÅTGÄRD	SYFTE/MÅLSÄTTNING	MÅL 2021-2022
ARCADEMY I STORT	Deltagande i Sophiahemmets Covid-råd	Kontinuerligt följa nya riktlinjer och råd från FHM	Fortsatt implementering av covid-säkra åtgärder i verksamheten
	Deltagande i Sophiahemmets Operationsråd	Kontinuerligt följa riktlinjer från Sophiahemmet och uppdateringar från övriga vårdgivare	Fortsatt samverkan med övriga vårdgivare, bl.a för planering av inköp (PURCH)

ENHET	KVALITETSÅTGÄRD	SYFTE/MÅLSÄTTNING	MÅL 2021-2022
	Inventering av kompetens/intresse pga. pandemin.	Erbjuda personal som önskar att kunna delta i covidvård	Personal med intresse erbjuds möjlighet att arbeta i covidvård och/ eller vaccinationsarbete vid Sophiahemmet
	HLR utbildning - A-HLR/S-HLR för samtlig personal	Ökad kunskap hos samtlig personal vid akut hjärtstopp	Årliga utbildningar
	Rekrytering av ansvarig kvalitetskoordinator	Höja engagemang, struktur och nivå på klinikkens kvalitetsarbete	Utöka kvalitetsarbete, nya rutiner och påbörja ISO-arbete
OPERATION	Temperaturkontroll	Minska risken för covidsjuka patienter inför operation	Fortsätta temperaturmätningar för att skydda medpatienter och personal
	Skyddsutrustning - visir och munskydd	Samtlig personal som arbetar patientnära har munskydd och visir vid omhändertagande av patienter	Begränsa covidsmitta och därmed avlasta akutsjukvården
	Evakuering av patienter	Träning och genomgång av patientevakuering vid ev brand eller olycka	Patientsäkra vård vid olyckshändelser, både pre-peri- och postoperativt
	Preop samtal	Uppringning av patient dagen före operation	Säkerställa att patienten har förstått operationsförberedelser samt att patient inte har förkylnings-/Covid symptom
	Ultraljud på operation	Möjliggöra säkra preoperativa nervblockader	Minska postoperativ smärta, minska läkemedelsanvändande vid operation
MOTTAGNING	Begränsa medföljande	Endast patienter tillåts vara på plats på kliniken, ej medföljande om inte patienten är minderårig	Minska risk för covidsmitta genom färre personer på kliniken
	Patienthygien	Erbjuda samtliga patienter handsprit och munskydd vid besök	Covidsäkra vård från första mottagandet på kliniken till färdig behandling
	Skyddsutrustning - visir och munskydd	Samtlig personal som arbetar patientnära har munskydd och visir vid omhändertagande av patienter	Begränsa covidsmitta och därmed avlasta akutsjukvården
	Ommöblering av väntrum	Säkerställa adekvat avstånd mellan stolar	Säkerhetsavstånd för att undvika covidsmitta

ENHET	KVALITETSÅTGÄRD	SYFTE/MÅLSÄTTNING	MÅL 2021-2022
	Digitala vårdbesök	Möjliggöra digitala vårdkontakter på ett GDPR säkert vis via Vårdrummet i WebDoc	Tillhandahålla vård även på distans och begränsa besök under pandemin
	Borttagande av tidsskrifter	Tidningar borttagana från väntrum för att minska risk för kontaktsmitta	Begränsa covidsmitta och därmed avlasta akutsjukvården
	Inköp av CBCT	Införskaffning av egen cone-beam computer tomography för att höja diagnostisk kvalitet för patienten	Utöka utbildning, forskning och information om CBCT för att tillhandahålla omedelbar högkvalitativ diagnostik
	SECTRA lagringssystem för röntgen/UL bilder	Installation av eget molnbaserat lagringssystem för röntgen, CBCT, artroskopi och ultraljudsbilder som är tagna vid kliniken	Lagring av bilder för säker dokumentation samt möjliggöra samarbete med ansvarig radiolog vid specifika frågeställningar.

Rutiner för att identifiera risker i verksamheten

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Regelbundna klinikmöten med genomgång av avvikelserapporter samt eventuella organisationsförändringar.

Kontinuerligt förbättringsarbete för rutiner som syftar till att stärka patientsäkerheten, tex genomskriftliga riktlinjer som kommuniceras i organisationen och läggs upp i gemensam datormapp för tillgänglighet till samtliga medarbetare.

Punktprevalens undersökningar avseende informationssäkerhet, där verksamhetschef gör punktkontroller avseende access i patientjournaler och journalhantering.

Rutiner för händelseanalyser

SFS 2010:659, 3 kap. 3§

Vid befarad eller inträffad patientskada ska medarbetaren rapportera vårdavvikelsen skriftligen och muntligen till verksamhetschefen. Kliniken tillhandahåller specifika blanketter för avvikelserapportering. Dessa blanketter är lättillgängliga inom kliniken och kända av all personal.

Verksamhetschefen tar del av samtliga avvikelserapporter och initierar vid behov en händelseanalys.

Klinikens kvalitetskoordinator går igenom inkomna avvikelser med verksamhetschefen och utför därefter en analys av händelsen och orsak. Tillsammans med verksamhetschefen sker därefter beslut kring vidare åtgärd.



I journalsystemet WebDoc kan ev avvikande vårdhändelse eller vårdskada som drabbat patient direktrapporteras i aktuell journal, under fliken ”avvikelse rapport”.

Medarbetarna får regelbunden återkoppling om ev inkomna avvikelser i samband interna klinikmöten.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

System för informationssäkerhet

Informationssäkerheten vid kliniken följs via två huvudsakliga system:

WebDoc journalsystem; och BokaDoktorn vilket är en samarbets- och kommunikationsplattform mellan verksamheter inom hälsa- och sjukvård.

Via BokaDoktorn bokas patienter till kliniken men här kommuniceras även behandlingsplan, operationsförfrågningar, remisser och epikriser med försäkringsbolagen som bokat patienterna.

Utöver ovanstående arbetar verksamheten med informationssäkerhet genom att:

- Säkerställa säker inloggning till journal- och bokningssystem, via Mobilt Bank-ID.
- Samtyckesregistrering för kommunikation med patienter via SMS
- Användning av Vårdrummet i WebDoc för säker dialog med patient gällande meddelanden och hälsodeklaration.
- Säkra digital vårdbesök via inloggning med mobilt bank-ID och bokning via Vårdrummet

Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS: 2011:9,4 kap. 6 §

Som kirurgisk verksamhet arbetar ARCADEMY med ett stort antal medicinsktekniska produkter samt även radiologisk utrustning.

Medicinteknik: Den medicinsk tekniska delen av verksamheten kvalitetssäkras genom samarbete med Nordic Service Group som kontrollerar, dokumenterar och sköter service på samtliga medicinsktekniska produkter. Service tillhandahålls enligt krav - på halvårs- eller års basis.

Radiologi: Den radiologiska ledningsfunktionen vid kliniken är framtagen i samarbete med sjukhusfysiker vid Röntgenutbildarna. Klinikens Radiologiska Ledningsansvarig läkare är ÖL Anders Adolfsson vid Unilabs Röntgen, med vilka ARCADEMY har ett nära samarbete för tolkning av bilder och radiologiska frågeställningar.

Slutenvård: ARCADEMY samarbetar med Sophiahemmets vårdavdelning för övernattningspatienter som genomgått större kirurgiska ingrepp. För att säkerställa patientsäkerhet och undvika vårdskador, finns rutiner framtagna gällande:

- journaldokumentation av genomfört ingrepp
- journalordination av läkemedel
- överrapportering inför inläggning på vårdavdelning
- direkta kontaktuppgifter till ansvarig operatör vid övernattningspatienter, så personal på vårdavdelningen ha direkt kommunikation med ansvarig läkare.



Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Arcademy uppmuntrar patienter och deras närstående att komma med synpunkter och förbättringsförslag, både muntligen och skriftligen.

Patienter kan inkomma muntligen och/eller skriftligen till verksamheten med klagomål eller synpunkter, vilka då hanteras av verksamhetschefen.

Under Q3 2020 har ett nytt kvalitetssystem implementerats vid kliniken, Key for Care, där patienter genom sms länk har möjlighet att svara på frågor kring verksamheten samt lämna ev klagomål och ev direkta förslag till förbättringar. Totalt 110 patienter har valt att lämna feedback och av dessa har 25 lämnat fördjupande återkoppling. Det som efterfrågas är delaktighet i vårdbeslut (3), att vårdgivaren lyssnade mer till kundens behov (1), mer frågor kring upplevelsen av vård (8), mer information (1), bättre utformad rehab plan (1) samt ”annat” utan närmare specifikation (9).

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet/ klagomål och synpunkter

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

Vid befarad eller inträffad patientskada ska medarbetaren rapportera vårdavvikelsen till verksamhetschefen, som tar del av samtliga avvikelserapporter och baserat på allvarlighetsgrad, initierar vidare händelseanalys och tidsplan för åtgärd, vilket sker tillsammans med klinikens kvalitetskoordinator.

Kliniken tillhandahåller specifika blanketter för avvikelserapportering. Dessa är lättillgängliga och välkända av all personal. Om avvikelsen gäller en specifik patient och vårdskada, ska avvikelsen dokumenteras direkt i WebDoc journalsystem för att sedan följas av verksamhetschefen.

Patienter som önskar anmäla vårdskada ska erbjudas hjälp att göra detta till verksamhetens ansvarsförsäkring (Folksam), patientsäkerhetsnämnd och/eller IVO.

Under 2020 har två patientärenden anmälts till Folksam ansvarsförsäkring, båda dessa ärenden är vidare kontrollerade internt och har inte inneburit allvarlig vårdskada.

Sammanställning, resultat och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §

Alla inkomna avvikelser registreras och sammanställs av kvalitetskoordinator för genomgång med verksamhetschef. Medarbetarna får en återkoppling utav dessa på klinikens arbetsplatsmöten.

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Kundnöjdhet - försäkringsbolag

Utvärdering av patientnöjdhet har under 2020 skett via riktade patientenkäter, där besökande patienter till kliniken utvärderar bemötande, information och väntetider till undersökning.

Mätning enligt kvalitetsparametrar via Boka Doktorn visar på en generellt mycket hög kundnöjdhet enligt nedan (betygsskala 0-5):

FRÅGA	MAX (2020)	MIN (2020)	MEDEL (2020)
Att du fick hjälpen du behövde	4,96	4,77	4,85
Att personalen du mötte var trevlig	4,97	4,57	4,82
Att väntetiden var acceptabel	4,94	4,53	4,73
Den professionella handläggningen	4,96	4,74	4,86
Ditt intryck av mottagningen	4,94	4,60	4,85
Personalens kunskaper	4,96	4,77	4,89

Infektionsregistrering

Postoperativa sårinfektioner är den, nationellt sett, vanligaste typen av vårdrelaterad infektion och finns alltid som risk vid ortopediska ingrepp. Inom hand- och fotkirurgi skiljer man på *djup* och *ytlig* infektion, där den djupa infektionen innebär omfattande risker efter ortopedisk kirurgi - i synnerhet där implantat använts vid ingreppet. En ytlig sårinfektion är en lindrigare typ av postoperativ infektion som engagerar sårytan men inte djupare liggande vävnad eller led.

Vid ARCADEMY utfördes 2020 totalt 866 operationer, majoriteten dagkirurgiska ingrepp. Totalt 13 postoperativa sårinfektioner har registrerats, vilket ger en frekvens på 1,5%. Samtliga infektioner har varit av ytlig karaktär och ingen infektion har medfört sjukhusvistelse/slutenvård. 10 av 13 infektioner (77%) var orsakade av *S.aureus* och behandlades enligt STRAMAs riktlinjer. Övriga infektioner var *KNS - koagulasnegativ stafylokock* (15%) och *beta-hemolytisk streptokock* (8%) infektion.

Avvikelseregistrering

Under 2020 har verksamheten inte haft några anmälningar till patientnämnd eller IVO. Två patienter har anmält ärenden till Folksam ansvarsförsäkring gällande missnöje med utfall av kirurgiskt ingrepp. De två fallen har gått igenom internt och inga allvarliga vårdskador har inträffat. Totalt har 10 avvikelser inkommit under 2020, fördelat enligt nedan.

TYP	ANTAL
Administration	4
Kommunikation	1
Negativ händelse/olycka	1
Teknik och utrustning	1
Medicinsk	2
Omvårdnad	1
Organisation	1 (samma som omvårdnad)

Orsakerna till avvikelserna har bedömts härröra till nedan faktorer:

ORSAK	ANTAL
Procedurer, riktlinjer, rutiner	7
Kommunikation, information	2
Teknik och utrustning	2

Som ett resultat av avvikelserna har nya rutiner tagits fram som nu är en del av verksamhetens interna dokument och PM.

Sannolikhet till upprepning av händelserna och allvarlighetsgrad bedömdes enligt följande:

		ALLVARLIGHETSGRAD			
		Katastrofal	Betydande	Måttlig	Mindre
SANNOLIK HET	Mycket stor				
	Stor				1
	Liten		2		3
	Mycket liten			1	

Mål för 2021

ARCADEMY är ett center of excellence och har som mål att fortsätta utvecklingen av både verksamhet och verksamhetsområden i den andan.

Specifika mål för 2021 är bl.a:

- att utöka vårt kvalitetsarbete genom ökad registrering i adekvata nationella kvalitetsregister (Riksfot)
- att arbeta med nya avvikelserapporteringar och rutiner
- att jobba internt med team (operation, mottagning, rehab) för att förbättra befintliga arbetsrutiner och jobba för en positiv arbetsmiljö
- att förbereda verksamheten för kommande ISO-certifiering inom kvalitet (ISO 9001) och miljö (ISO 14001)
- att ta fram digitala verktyg för planering, kommunikation och behandlingsplaner för våra patienter
- att rekrytera specialistkompetenta läkare för ökad tillgänglighet och vård inom hand- arm och fotkirurgi
- att driva forskning, utbildning och utveckling inom våra verksamhetsområden