

PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE

SERGELKLINIKEN

2024

Upprättad vid: Sergelkliniken den 2025-02-20

Ansvarig: Ulf Leander, Verksamhetschef

LAGRUM OCH BAKGRUND

Patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 och föreskriften SOSFS 2011:9 om Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Patientsäkerhetsberättelsen skall upprättas varje år av alla vårdgivare och ska finnas tillgänglig senast den 1 mars för alla som vill få ta del av den.

LAGSTIFTAREN SKRIVER:

”10 § Vårdgivaren ska senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse”

1. hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår,
2. vilka åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten, och

Patientsäkerhetsberättelsen ska hållas tillgänglig för den som önskar ta del av den.”

1. Sammanfattning	3
2. Målformulering	3
3. Ansvarsförhållanden	4
4. Uppföljning och utvärdering.....	5
5. Arbete och åtgärder	5
6. Egenkontroll.....	6
7. Samverkan i vårdkedjan	7
8. Vår riskanalys	8
9. Vår hantering av personalens klagomål samt deras rapporteringsskyldighet.....	9
10. Hantering av klagomål från andra intressenter.....	11
11. Samverkan med patient, anhöriga och andra närstående.....	11
12. Resultat av arbetet.....	12
13. Mål för år 2025	13

1. SAMMANFATTNING

Verksamhetschefens summering av arbetet under 2024 och riktlinje för 2025:

Ett genomgripande säkerhetstänkande ska prägla hela vår organisation och allt vi gör.

I denna text avser vi ge en sammanfattande bild av hur vi arbetar med dessa frågor.

De grundläggande frågor vi fortlöpande arbetar med är:

- Hur vi inkluderar patientsäkerheten i det dagliga arbetet i vår organisation.
- Hur vi följer upp arbetet i organisationen fortlöpande.
- Hur vi kan bli bättre på att identifiera, hantera och förebygga vårdskada.
- All personal kan bidra till ökad patientsäkerhet genom att rapportera risker, tillbud och negativa händelser. En viktig punkt i den processen är att övertyga hela organisationen om att all avvikelserapportering sker i syfte att förbättra och utveckla, inte i syfte att bestraffa eller peka ut någon som klandervärd i sitt yrkesutövande.
- Patienter och närståendes synpunkter och klagomål som har betydelse för patientsäkerheten skall hanteras och tas tillvara.

Stockholm 20250220

Ulf Leander, Verksamhetschef

2. MÅLFORMULERING

SFS 2010:659,3 KAP. 1 § OCH SOSFS 2011:9, 3 KAP. 1§

Här redovisar vi de mål som legat till grund för patientsäkerhetsarbetet under 2023.

Verksamheten på Sergelkliniken består av specialistläkarmottagning och dagkirurgi inom vårdval Urologi, ÖNH och Hörsel. Därutöver tre läkares separata etableringar, två inom kirurgi och en inom gynekologi.

Sedan 2014 är kliniken kvalitetscertifierad enligt Kvalprak ABs system Kiv (Kvalitet i vården), vilket innebär att patientsäkerhetsberättelsen utgår från redovisade data från kvalitetssystemet Kiv. 2017 genomgick kliniken för första gången miljöcertifiering enligt ISO 14001:2015. Bägge dessa certifieringar revideras årligen.

Ansvarsförhållanden

SFS 2010:659,3 KAP. 9 § OCH SOSFS 2011:9, 7 KAP. 2 §, P 1

Alla medarbetare har ansvar att ta emot synpunkter och klagomål.

Verksamhetschefen är ytterst ansvarig för att verksamhetens inkomna synpunkter och klagomål hanteras och att åtgärder vidtas för att minimera risken för vårdskada.

Verksamhetschefen följer omgående upp nyinkomna avvikelserapporter i vårt avvikelshanteringssystem och initierar de åtgärder som bedöms nödvändiga. Inför förändringar av metod eller utrustning utförs en riskanalys. Denna utvärderas en tid efter det att metoden införts eller utrustningen tagits i bruk.

3. UPPFÖLJNING OCH UTVÄRDERING

SOSFS 2011:9 3 KAP. 2 §

Varje incidentrapport redovisas på personalmöte, dels för att öka medvetenheten om vikten av incidentrapportering, men också för att gemensamt diskutera lämpliga åtgärder. Varje ärende har då i förväg beretts av verksamhetschefen genom att en händelseanalys har gjorts.

När beslutade åtgärder med anledning av incidentrapporten har genomförts tas den ånyo upp på personalmöte för att värdera åtgärdens effekt. KiVs system för incidentrapportering underlättar denna utvärdering genom att påminna när viss tid förflutit efter rapportens inkommande.

4. ARBETE OCH ÅTGÄRDER

SFS 2010:659, 3 KAP. 10 § P 1-2

I vårt datoriserade journalsystem TakeCare kommer alla provsvar automatiskt in i journalsystemet och skall signeras eller vidimeras av den som är ansvarig för patienten. Enligt vår rutin skall de ansvariga flera gånger i veckan kontrollera om nya svar inkommit. Syftet är att inga svar som föranleder åtgärd skall bli liggande utan att noteras. Detta fungerar bra.

De långa svarstider för analys av vävnadsprover som vi haft under 2023 har nu väsentligen normaliserats.

Vi har fortsatt att arbeta för att stimulera till incidentrapportering, vilket resulterat i flera rapporter än tidigare.

Rutinerna för avvikelshantering, händelseanalys och riskbedömning har anpassats till vårt system för avvikelshantering i KiVs ledningssystem.

Varje avvikelserapport är ett viktigt underlag för diskussioner i våra medarbetargrupper, och bidrar till förståelse för avvikelserapporteringens betydelse för att uppnå hög patientsäkerhet och för förbättringsarbete.

5. EGENKONTROLL

SOSFS 2011:9, 5 KAP. 2§

Kvalitetssystemet innefattar en årlig revision som utförs av Kvalprak AB. Vi omfattas även av Kvalprak ABs årliga riksomfattande jämförelse av fortbildning, tillgänglighet och kvalitetsutfall.

Kvalitetsrevisionen 2024 genomfördes med några mindre anmärkningar, som inte påverkade certifieringen.

Även revisionen för vår miljöcertifiering 2024 genomfördes utan anmärkning.

I den mån vi erhåller uppgifter från Socialstyrelsen (IVO) och/eller Patientnämnden analyseras det material som kommer därifrån av verksamhetschefen och delges berörda samt redovisas i de fall Sergelkliniken som klinik ska redogöra till ovan nämnda instans.

Inga ärenden har under året inkommit från IVO. Vi har haft 2 ärenden hos Patientnämnden, vilka bägge lätt kunde lösas.

6. SAMVERKAN I VÅRDKEDJAN

SOSFS: 2011:9,4 KAP. 6 §

Inom ramen för vårt kvalitetssäkringsarbete har vi identifierat de samarbeten som kliniken har på reguljär basis och fungerande rutiner finns för att säkerställa att övergångarna mellan oss och dem kan ske utan risk för patienten. Detta underlättas väsentligt av att alla de instanser vi remitterar till och huvuddelen av de instanser som remitterar till oss använder samma journalsystem, Take Care. Remisser överförs inom journalsystemet och hanteras av mottagande enhet i samma system.

Vi är också anslutna till NPÖ, Nationell PatientÖversikt

De områden vi har definierat och bevakar är:

Mottagare av remisser från vår klinik.

De som skickar patienter till vår klinik via remiss.

Vi har också fungerande rutiner inom vårt ledningssystem med avseende på:

- Rutin för hantering av provsvar
- Rutin för remisshantering

SOSFS: 2011:9, 5 KAP. 1 §

Så snart något av följande inträffar initieras en riskanalys enligt vår process för detta.

- Förändring av lokaler
- Införande av ny behandling, behandlingsform eller metod
- Införande av ny medicinteknisk utrustning
- Uppkommen vårdskada eller annan avvikelse på säkerhetsområdet.

Huvudsyftet med vår analys är att säkerställa att potentiellt farliga moment inte byggs in i verksamheten. Under året har inga nya moment enligt ovan införts.

8. VÅR HANTERING AV PERSONALENS KLAGOMÅL SAMT DERAS RAPPORTERINGSSKYLDIGHET

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

Grundläggande för ett väl fungerande patientsäkerhetsarbete är att medarbetarna uppmärksammar och rapporterar alla avvikelser från det normala. Erfarenheter både från oss och från andra verksamheter inom vården visar att det fortfarande föreligger en underrapportering av händelser som skulle kunna leda till att något går fel i omhändertagandet av patienten.

Under året har vi lagt stor vikt vid incidentrapportering, och har därmed ökat antalet skrivna rapporter. Dessa hanteras på det sätt som tidigare nämnts.

För att göra arbetet med hanteringen av avvikelser, klagomål och förslag till förbättringar har vi sammanfört alla dessa i en och samma rutin. En checklista ligger till grund för åtgärderna.

<i>Typ av Uppföljning avvikelse eller risk</i>	<i>Rapport skrivs av</i>	<i>Rapport till vem</i>	<i>Tidsgräns</i>	<i>Handläggning</i>	
Lex Maria	Den som haft ansvaret vid behandlingen	Verksamhetschef via avvikelserutin i KIV	Omedelbart dock senast samma dag.	Medicinskt ansvarig tillsammans med de vid händelsen behandlande	Efter återkoppling från Socialstyrelsen (IVO) skall hela personalen informeras om händelseförloppet och om vilka åtgärder som skall vidtas i preventivt syfte
Läkemedel allergi, biverkan, interaktioner	Behandlande läkare	Verksamhetschef via avvikelserutin i KIV	Omedelbart, dock senast samma dag	Medicinskt ansvarig läkare	Efter återkoppling från granskande instans eller referens ges information till personal och uppdatering av aktuella rutiner.

Kompetens- brist	Den som upptäckte bristen	Verksamhetschef via avvikelserutin i KIV	Samma dag	Närmaste chef Utb	Utbildningsansvarig som uppdaterar utbildningsplaner och rutiner
Diagnostik	Rapport av medicinskt ansvarig	Verksamhetschef via avvikelserutin i KIV	När det har konstaterats föreligga en avvikelse eller risk	Medicinskt ansvarig, i första hand ansvarig läkare	Diskussion på läkarmöte vilket kan resultera i utveckling och ändring av rutiner
Behandling	Ansvarig för behandlingen	Verksamhetschef via avvikelserutin i KIV	Samma dag	Medicinskt ansvarige tillsammans med de som var behandlande vid händelsen	Efter återkoppling från granskande instans eller referens information till personal och updateing av aktuella rutiner
Brister i rutiner	Den som uppmärksam mar bristen eller risken	Verksamhetschef via avvikelserutin i KIV	Så snabbt som den konstaterats	Ansvarig för rutinen	Rutinansvarig ansvarar för att rutinen uppdateras/ändras
Utrustning avser fel i utr. och fel handhavande	Den som upptäcker fel eller brister i utrustningen	Verksamhetschef via avvikelserutin i KIV	Beroende på hur viktig utrustningen är	Verksamhets- chef	Rapportering från utrustningsansvarig till berörd personal att utrustning är i rätt funktion
Informations- överföring Avser såväl brister i mediet och i själva information	Den på mottagningen som upptäcker bristen i överföring av information	Verksamhetschef via avvikelserutin i KIV	Under dagen	Remittenten och behandlande instans	Diskutera det inträffade mellan avsändare och mottagare och enas om rutiner för att undanröja risken för uppkomsten av brister

9. HANTERING AV KLAGOMÅL FRÅN ANDRA INTRESSETER

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

Alla intressenter kring verksamheten kan komma med synpunkter, förslag, klagomål och reklamationer. Alla sådana ärenden som kommer till verksamheten skall handläggas enligt en rutin som vi har i vårt ledningssystem.

I vår verksamhet använder vi samma rutin för alla typer av klagomål, avvikelser, förslag och tillbud. Processen beskrivs i form av vår checklista under kapitel 8 i denna berättelse.

10. SAMVERKAN MED PATIENT, ANHÖRIGA OCH ANDRA NÄRSTÅENDE

SFS 2010:659 3 KAP. 4 § SAMT SFS 2010:659, 3 KAP 8§

Vår grundläggande inställning är att patienten skall vara delaktig vid utredning och behandling. Därmed är information till patient och vid behov även anhöriga en viktig del av vården.

I händelse av klagomål gäller denna inställning i lika hög grad, och när så är möjligt erbjuder vi berörd patient att delta i arbetet med händelseanalysen kring en vårdskada/negativ händelse.

11. RESULTAT AV ARBETET

SFS 2010:659, 3 KAP. 10 § P 3

Strukturmått:

All personal har utbildats i lednings- och kvalitetsarbete inom ramen för vår kvalitetscertifiering.

Datoriserat system för avvikelshantering, tillgängligt för alla medarbetare på alla datorer i verksamheten är installerat och fungerar väl.

Processmått:

Rutin för avvikelshantering har omarbetats och förtydligats, och antal incidentrapporter har ökat.

Självskattning och observation av följsamhet till basala hygienregler har införts. Ett självskattningsformulär angående hygienprocesser har fyllts i av all personal och visat mycket god följsamhet till våra hygienrutiner.

Resultatmått:

IVO: 0 fall under 2024.

Patientnämnden: 2 fall under 2024.

Vi strävar efter en mycket låg komplikationsfrekvens och hög patientnöjdhet.

Mål: Rutin för rapportering av behandlingskomplikationer infördes under 2023. Det har varit stora svårigheter att få fram de data som ska ligga till grund för analysen, men vi räknar med att detta ska kunna genomföras under 2025. I detta vägs också incidentrapporteringen in.

Mål: Under våren 2025 kommer vi att genomföra den patientenkät som skulle ha genomförts under 2024 men fick skjutas på p.g.a. hög belastning på mottagningen.