

PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE

SERGELKLINIKEN

2023

Upprättad vid: Sergelkliniken den 2024-02-18

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 2022	13

1. SAMMANFATTNING

Verksamhetschefens summering av arbetet under 2023 och riktlinje för 2024:

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, ej 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 2024-02-18

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 2022.

Verksamheten på Sergelkliniken består av specialistläkarmottagning och dagkirurgi inom vårdval Urologi och ÖNH samt tre läkares separata etableringar. Dessutom har vi verksamhet inom Vårdval Hörsel med två audionomer.

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 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

Sedan 2012 har vår IT-miljö anpassats på så sätt att provsvar kommer automatiskt in i journalsystemet och dess modul för hantering. Denna åtgärd ser vi som avgörande för att minska riskerna för patient som väntar svar från till exempel patolog lab. i och med att bevakning och uppföljning automatiseras.

Under 2023 har vi tidvis haft långa svarstider för patologisvar. Detta har påtalats för berört laboratorium, men också för beställarna i Region Stockholm. Vi har under året bytt laboratorium för analys av prostatavävnadsprover. Det nya laboratoriet garanterar max fem arbetsdagar till svar, en stor lättnad för patienter som väntar på svar för en misstänkt prostatacancer.

Ett modernt datoriserat system för avvikelshantering har införts 2014 (KiV). Vi har under året lagt ner mycket arbete på 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 2023 genomfördes med några mindre anmärkningar, som inte påverkade certifieringen.

Även revisionen för vår miljöcertifiering 2023 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 varken IVO eller Patientnämnden.

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 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 nu också fungerande rutiner inom vårt ledningssystem med avseende på:

- Rutin för hantering av provsvar
- Rutin för remisshantering

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 vi infört två nya metoder:

- Transuretral mikrovågsbehandling av prostata (TUMT)
- Vaporiseringsbehandling av prostata (Rezüm)

Innan vi började med dessa nya metoder gjordes en riskanalys som hjälpte oss att hantera de risker som identifierats. Utvärdering av utfallet genomförs c:a 6 månader efter införandet av metoden, eller tidigare om något tillbud inträffat.

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 uppdatering 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 2023.

Patientnämnden: 0 fall under 2023.

Vi strävar efter en mycket låg komplikationsfrekvens och hög patientnöjdhet.

Mål: Rutin för rapportering av behandlingskomplikationer har införts. Under året skall resultatet tas fram och analyseras.

I detta vägs också in incidentrapporteringen.

Mål: Under våren 2024 kommer vi att genomföra en patientenkät.