

**Patientsäkerhetsberättelse
för Kibeles AB,
Strandkliniken Gyn Center,
Strandvägen 7**

HSN 2016-4348

År 2019

Innehåll

| | |
|---|----|
| Sammanfattning | 3 |
| Verksamhetens mål för patientsäkerhetsarbetet | 3 |
| Ansvar för patientsäkerhetsarbetet | 4 |
| Kibele som vårdgivare och organisation | 5 |
| Kvalitetsuppföljning 2019 | 6 |
| Risikanalys | 6 |
| Beskrivning av delar av organisationen som påverkar patientsäkerhet. | 10 |
| Samverkan för att förebygga vårdskador | 12 |
| Uppföljning genom egenkontroll..... | 13 |
| Åtgärder för att öka patientsäkerheten | 16 |
| Informationssäkerhet | 16 |
| Lex Maria | 17 |
| Avvikelsehantering | 20 |
| Klagomål och synpunkter | 22 |
| Förändringsarbete inom kliniken..... | 23 |
| Planering av patientsäkerhetsförbättringar för 2020. | 23 |
| Sammanställning och analys- avvikelsestatistik | 26 |
| Resultat..... | 27 |

Sammanfattning

Denna patientsäkerhetsberättelse beskriver den hälso- och sjukvård som bedrivits av Kibele AB för Strandkliniken Gyn Center Strandvägen 7, Stockholm under år 2019.

Kibele AB är ett mindre privatägt vårdföretag som tillhandahåller vårdtjänster enligt Lagen om valfrihetssystem(LOV). LOV bygger i likhet med lagen LOU på principer i EU-rätten i form av konkurrens, icke diskriminering öppenhet och proportionalitet. Kibele har bedrivit verksamhet inom LOV, sedan 2012. Kibele följer Hälso- och sjukvårdslag (2017:30).

För att berömma kliniken vill vi berätta att kliniken säkerhetsarbete med nollvision infektioner har lyckats. Klinikens hygienrutiner har medfört att inga infektioner har funnits under 2019.

De största identifierade patientsäkerhetsriskerna är brister i vårddokumentation, bemötande och dokumentation av avvikelser. Kliniken kommer att fortsätta med att skapa en öppen och lärande organisation som snabbt kan förändras beroende på vilka lösningar som behövs. Kliniken kommer att fortsätta målet med nollvision.

Verksamhetens mål för patientsäkerhetsarbetet

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

Målet för företagets patientsäkerhetsarbete är att på ett systematiskt sätt förebygga alla former av avvikelser och – om avvikelser inträffar – minimera verkningarna av dessa så långt möjligt

Dokumentationen och diskussioner från dessa avvikelser bör utgöra grund för fortsatt systematiskt kvalitetsarbete avseende avvikelsefrågor.

All Personal skall genomgå en utbildning i patientsäkerhet. Ett mål är att utbilda personal för att avdramatisera avvikelser inom ramen för gällande regelverk. För att undvika att någon/några blir "syndabockar". Kliniken skall ha en ingående, förutsättningslös och tillåtande diskussion om "kulturen" avseende avvikelsefrågor.

Att förbättra vårddokumentation.

Att få personalen att upprätta mer avvikelser.

Arbeta aktivt och fokuserat med att implementera gällande rutiner. Kontinuerligt följa upp tillämpningen av rutiner och system.

Företagets strategi för att uppnå dessa mål är att tillhandahålla en fortsatt hög kvalitet i de vårdtjänster som tillhandahålls och som säkerställs genom hög kompetens hos företagets personal, ett effektivt internt styrnings- och rapporteringssystem inom företaget och en ständig beredskap för att snabbt och effektivt vidta kvalitetshöjande åtgärder.

Ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Vårdgivaren har det yttersta ansvaret för att det bedrivs ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och att man aktivt arbetar förebyggande för att förhindra vårdskador.

Verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen ansvarar för att tillgodose patienters behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet.

Verksamhetschef ansvarar för att utreda händelser i verksamheten som har medfört eller har kunnat medföra en vårdskada.

Verksamhetschef har ansvaret för utredning och anmälan vid risk för allvarlig vårdskada och allvarlig vårdskada till IVO.

Verksamhetschef ansvarar för säker hälso- och sjukvård genom ett aktivt riskförebyggande arbete inom sitt verksamhetsområde och ska säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses.

Verksamhetschef är ansvarig för att informera patienten om en vårdskada inträffat.

Verksamhetschefen som ytterst ansvarig för verksamheten svarar för att synpunkter och klagomål hanteras och att vi ändrar våra arbets sätt så att inga vårdskador uppstår.

Medicinskt ansvarig läkare har ansvar att ta emot synpunkter eller klagomål.

Medicinskt ansvarig läkare ansvarar för att patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet

Samtliga medarbetare i klinikens verksamhet har ansvar att i granska och notera eventuella uppkomna vårdskador.

Kliniken ansvarar för hantering av de avvikelser som sker och att utreda händelser som har medfört eller kunnat medföra en vårdskada.

Kibele som vårdgivare och organisation

Kliniken har genom avtal med Stockholm läns landsting haft åtaganden, basuppdrag gynekologi, medicinsk abort, kirurgisk abort, och dysplasi verksamhet. Dysplasi verksamhet är i samarbete med Regionalt Cancer Centrum RCC. Ingen kirurgisk verksamhet med narkos har utförts på kliniken. Kliniken är en mindre klinik relativt andra kliniker inom fria vårdvalet-LOV. Kliniken har valt att specialisera sig i första hand på abort och i andra hand dysplasi. Specialiseringen följer av de finansiella ramar som finns i vårdvalet. De finansiella ramarna kräver extrem kostnadseffektivitet i verksamheten. Omsättningen per månad varierar från 600 000 kr till 1 000 000 kr per månad med en total omsättning om cirka 10 miljoner för år 2019.

Kliniken har cirka 5-10 anställda beroende på patientunderlag, varav 4 är legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Kliniken är en omtyckt arbetsplats med regelbundet återkommande inhyrda specialistläkare inom gynekologi. Tre arbetsplatser finns med ultraljud som används av gynekologer och ultraljudsbarnmorskor. Utöver det finns mottagningsrum för barnmorskor och arbetsrum för receptionister, undersköterskor. Kliniken har korttidsplatser för fyra ineliggande abortpatienter.

Klinikens operationsdel har inte använts.

I genomsnitt per vecka är det två specialistläkare i gynekologi på plats med stödpersonal som ultraljudsbarnmorskor, barnmorskor, undersköterskor. Cirka 1 300 medicinska aborter har utförts på kliniken under 2019. Antalet abortpatienter per månad skiljer sig mycket från månad till månad. Minimum 79 genomförda aborter och maximum 183 genomförda medicinska aborter per månad.

Kliniken har haft, förutom aborter, cirka 4 150 besök under året. Antalet besök varierar mycket månad för månad.

Kvalitetsuppföljning 2019

Under 2019 har Verksamhetschefen genomfört kvalitetsuppföljning för att belysa uppnådd kvalitet i verksamheten samt bedöma behov av åtgärder för att vidareutveckla den hälso- och sjukvård som ges.

Utvecklingsområden bedöms vara fortsatt utveckling av det strukturerade patientsäkerhetsarbetet som innefattar att systematiskt hantera och använda resultat av inträffade avvikelser och utredningar av vårdskada eller risk för vårdskada i verksamhetens utvecklings- och förbättringsarbete tillsammans med resultat och analys av egenkontroller.

Större möten har genomförts då all personal och gynekologer träffats för konferens. Gemensamma möten med gynekologer, barnmorskor och undersköterskor har genomförts på kliniken. Inga infektioner har inträffat på kliniken.

Riskanalys

Identifierade utvecklings- och förbättringsområden för ett ökat personcentrerat arbetssätt är att i högre grad genomföra riskbedömningar. SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §, 7 kap 2§ p 4

Områden som omfattades var läkemedelshantering, behörigheter till journalsystem och upprättande av nya journaler samt tillgång till förbrukningsmaterial.

Utredning av händelser - vårdskador

HSLF-FS 2017:40, 3 kap. 1§ och SOSFS 2011:9 7 kap sista stycket
Under verksamhetsåret har ingen händelse bedömts vara risk för allvarlig vårdskada. Ingen anmälan till IVO enligt lex Maria.

”Tidiga aborter” är en riskfaktor som uppstod under 2019. En ändring har skett för att ta emot ”tidiga abort” patienter enligt direktiv från SFOG (Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi).

Riskfaktor är att patient erhåller abortmedicin då patienten icke har synlig graviditet. Kliniken har en restriktiv syn på att ge abortmedicin vilket i sin tur ger bemötande problem då patienten inte är nöjd med vården.

Patienter har önskat medicin omedelbart men blir ombokade då ingen synlig graviditet påvisats. Ombokning sker för att vid senare tillfälle bedöma patienten med ultraljudsundersökning. I vissa fall kan patienten starta abort.

På grund av det stora antal abortpatienter som kommer till kliniken har flera klagomål inkommit på bemötande som måste vägas mot den risk relaterande till att starta en abort på en icke synlig graviditet. Patienten blir mycket besviken. En utomkvedsgraviditet ger sig oftast tillkänna först i vecka 6 till 7.

”Tidiga Abortpatienter” blir ofta mycket upprörda med besked om att de måste återkomma efter någon vecka för en ny undersökning.

En identifierad riskfaktor är; att Regionen kontaktat kliniken under 2019 om det fåtal rapporterade avvikelser som dokumenterats under 2018, 2019.

Kliniken har för att ge en säkrare vård, processat avvikelser snabbt. Möjligt att det har varit för snabbt då avvikelser som borde ha dokumenterats, processats snabbt, diskuterats och åtgärdats men ej dokumenterats. Regionen behöver underlag för sin kontrollfunktion för att förstå vad som försiggår på kliniken.

Om antalet anmälningar ökar (avvikelser eller Lex Maria) och när patienter/ närstående anmäler till IVO eller LÖF behöver inte innebära att patientsäkerheten blivit sämre.

Det är istället troligen ett uttryck för att sjukvårdsanställda i större utsträckning känner till sin skyldighet att anmäla. Detsamma gäller för patienter/ närstående som troligtvis också inhämtat kunskaper om sina rättigheter. Informationskampanjer från Regionen kan också ha påverkat antalet anmälningar.

Patientsäkerhet – definition och systemperspektiv

Det finns ingen tydlig definition av vad som avses med patientsäkerhet. Under senare år har begreppet vidgats och inom patientsäkerhetsforskningen har man gjort ett försök att formulera en definition. En definition kan vara att patientsäkerhet dels ses som en disciplin med målet att uppnå ett tillförlitligt system inom hälso- och sjukvården, dels ses som en egenskap hos hälso- och sjukvårdssystemet som minimerar förekomsten och effekterna av negativa händelser samt maximerar återhämtning från dessa.

Grundstenarna i den moderna patientsäkerhetsforskningen kan sägas bestå av följande delar:

- begränsning av skuld hos den enskilde
- systemtänkande
- transparens och lärande
- kultur och lärande
- ansvar för att leverera god och säker vård
- hälso- och sjukvård som en bransch/verksamhet
- risktänkande
- Vikten av teamarbete och en god relation mellan patient och läkare.

Finansiell risk är också en risk

För Kliniker inom LOV bör identifiering av finansiell risk ingå i en patientsäkerhetsberättelse. Finansiella risker är ofta externa och har direkt påverkan på patientsäkerhet. Förändringar i finansiella ramar för verksamheten påverkar oftast negativt.

En mycket stor finansiell risk uppstod då Skatteverket införde att momsbelägga inhyrning av vårdpersonal 1 juli 2019. Införandet påverkade organisationen extremt. Omtyckt personal kunde inte längre inhyras då de på grund av finansiella skäl avslutade samarbete med kliniken. Skatteverkets förändring resulterade i kraftigt ökade kostnader för kliniken utan möjlighet att påverka intäkter.

En finansiell risk är det osymmetriska avtalet i vårdvalet under LOV. Avtalet är upprättat av en dominant myndighet och träffas med mindre leverantörer. Myndigheten kan omedelbart avbryta samarbete på grund av politiska förändringar.

En finansiell risk är att den finansiella ersättningen från Landstinget inte har ökats sedan starten av vårdvalet 2012. Externa kostnader har

följt index men ersättningsnivåer har inte följt med. Enda sättet att öka omsättning per gynekolog är att öka antalet betalda vårdbesök per timme. Det medför att antalet patienter per gynekolog måste höjas från 2 patienter per timme till kanske 4-5.

Det vill säga en gynekolog måste behandla mer patienter per timme för att kliniken skall kunna betala de kostnader som ökar med index.

Risk för utbrända gynekologer finns om de har för många patienter per timme samt sämre kvalitet för patienter. Någon gång kommer denna risk att ha negativa effekter både för patient samt personal.

Lagkrav på organisation och hur det organiserats.

Av hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) framgår att kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande skall utvecklas och säkras.

Enligt 4 kap 1 § hälso- och sjukvårdslagen: Offentligt finansierad hälso- och sjukvårdsverksamhet ska vara **organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet**

-2 § Där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas någon som svarar för verksamheten (verksamhetschef).

3 § b Om verksamhetschefen inte är en läkare med specialistkompetens, ska ledningsuppgifterna fullgöras av en särskilt utsedd chefsöverläkare

4 § Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.

Lagkravet - Kostnadseffektivitet

Kravet på kostnadseffektivitet medför en strömlinjeformad och skräddarsydd infrastruktur av klinikens organisation för de specifika patientgrupper som kommer till kliniken. De specifika patientgrupper som kommer till Kibele styrs av de specifika åtaganden som finns med Regionen.

Kostnadseffektivitet är en orsak för rumsallokering på kliniken. Rumsallokering påverkar hur en patient bokstavligen flyttar sig i klinikens lokaler. Det medför att rumsallokering ofta ändrar hur användningen av närliggande rum används. Det görs för att optimera mottagande och behandling av en patient. Den fysiska närheten av gynekolog, barnmorskor och undersköterskor är mycket viktig för att en grupp kan fungera effektivt med snabbt muntlig kommunikation. Personalen kan själva optimera för att möta patienter.

Lagkravet-Kostnadseffektivitet styr även prioritering och kriterier för bedömning av avvikelser. Verksamhetschefen får bedöma om en avvikelse uppfyller kriterier för en avvikelse. Avvikelse - händelse som medfört eller som hade kunnat medföra något oönskat.

Beskrivning av delar av organisationen som påverkar patientsäkerhet.

Patientkontakt - websida

Kibele informerar patienter via internet om klinikens existens genom i första hand websidan www.gynekologi.nu.

Websidan är en minimal enkel informativ "onepage-website".

Websidan är anpassad för mobiltelefoner och större skärmar.

Websidan är gjord för att i första hand informera om den väntetid som finns för en patient att träffa en gynekolog. Informationen är dagsaktuell. I andra hand om de behandlingar kliniken gör och kostnader. För en abortpatient finns ett antal frågor som patienten skall svara på vid ett telefonsamtal. Det finns en länk till gratis klamydiatest (vårdguiden). Information om hur man kontaktar Patientnämnden finns.

Websiten är optimerad för att ligga högt uppe på första sidan i Google ranking vid en Google sökning av lämpliga sökord. En patient hittar då lätt till kliniken websida.

För att ytterligare lätt kunna hittas av en patient används Google adwords för specifika sökord. Med 1177.se har kliniken haft en komplicerad relation. Trots många och ideliga försök har det sällan lyckats att finnas med på 1177.se för sökning av abort. Landstingets avtalshandläggare har varit behjälpliga och stött i kontakter med 1177.se.

Tidsbokning

Patienten träder in i infrastrukturen med telefonsamtal med tidsbokningen. Tidsbokning sker via en telefonreception som är gemensam med en annan gyn-klinik hos vårdgivaren. Denna organisering ger möjlighet att ge snabba tider för den patient som söker gynekolog. Den gemensamma tidsbokningen har hanterat mer än 17.000 inkommande samtal och 12.000 uppringda förbokningar/ombokningar/rådgivning och annat.

En mobilväxel används, och en websida för inringande patienter finns. När en patient lämnar en barnmorska på mottagningen kan barnmorskan utan att lämna sin arbetsplats aktivt emot patienter i tidsbokningen. En mobiltelefon med headset finns vid barnmorskans arbetsplats Det är kostnadseffektivitet.

Under samtalet i tidsbokningen har personalen är för att få information om den inringande patienten. Det är speciellt viktigt för abortpatienter om de skall bokas till gynekolog eller ultraljudsbarnmorska.

Strandkliniken har oftast tre undersköterskor i telefonmottagningen och någon/några barnmorskor mellan 08:15 till 15:30 och fördelar patienter till gynekologer beroende på den specialisering en specifik gynekolog har. Det är viktigt att patienten blir bokad till lämpligast specialistläkare-gynekolog enligt ”patienten i centrum konceptet.

Personalen i tidsbokningen lär sig vilka läkare som har specifik kompetens och de kan boka in patient till rätt gynekolog. Receptionspersonalen har en självlärande organisation och får mer och mer spetskompetens och speciell kunskap för resursallokering av vården i kliniken.

Dysplasi patienter bokas till särskilda gynekologer för att öka kompetensen hos de särskilda gynekologerna. För kliniken är det viktigt att dysplasi-patienter möter gynekologer med maximal avancerad kunskap inom dysplasi.

Gynekologs tidschema

Alla gynekologer har hög kompetens. Unika patienters besök organiseras med hänsyn till gynekologers önskan om urval av patienter för att ge patienten en optimal vård. Dysplasi patienter kräver mycket mer tid vid besök än gyn- och abortpatienter. En gynekologs tidschema är anpassat för ett visst antal dysplasi patienter per dag varvat med abort och gynekologiska patienter. Allt enligt Lagkravet – Kostandseffektivitet.

Mätinstrument för S-HCG

För att snabba upp processen för abortpatienter som söker för tidig abort inköptes under 2018 ett antal S-HCG mätinstrument (blodprov). Det nämndes i patentsäkerhetsberättelse för år 2018.”Flera mätinstrument för S-HCG har inköpts för att bedöma tidiga aborter.” Barnmorskor har ett varsitt mätinstrument vilket medför att abortpatient inte behöver lämna kliniken för att ta prov, för att senare återkomma.

Det är ett exempel på patientsäkerhetsarbetet på kliniken som mycket positivt underlättar för patienten. Provet tas på plats och är mer patientsäkert.

All Hälso- och sjukvårdspersonal är skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls genom att medverka i det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet. Personalen ska i detta syfte rapportera risker för vårdskador till verksamhetschef samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada

Personal som genom delegering utövar hälso- och sjukvårdsuppgifter är skyldiga att följa lagar, riktlinjer, regler och gällande rutiner för att medverka till en hög patientsäkerhet.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Samverkansarbete sker med andra vårdgivare, såväl privata som offentliga, exempelvis akutsjukhus som det närliggande Danderyds sjukhus och Södersjukhuset, specialistmottagningar, laboratorier, röntgenverksamheter.

Största samverkan är med Kibeles andra gyn-klinik som har operativ verksamhet.

Kliniken kontakter aktivt barnmorskermottagningar. Till Socialstyrelsen lämnas statistik över aborter.

Regelbundna möten med barnmorskor som arbetar med abortverksamhet.

Kliniken har tagit emot barnmorskestudenter under 2019. Utbildningsplatser kommer att erbjudas för bland annat barnmorskestudenter.

Samverkansmöte för barnmorskor abort/sesam.

Bm samt dr medverkar på gemensamma samverkansmöten ang abortvården ca 2 ggr/år.

Bm inom ab-vården träffas själva på olika mott. för samtal/informationsutbyte.

Patienters och närståendes delaktighet

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Patienter och närstående har möjlighet att kontakta kliniken för rådgivning om hälso- och sjukvårdsfrågor via reception som förmedlar kontakt till Barnmorskor och gynekologer.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 7 kap. 2 § p 5

Hälso- och sjukvårdspersonal rapporterar avvikelser och dessa registreras som inkomna avvikelser inom hälso- och sjukvårdens område.

Utredning av händelser som har medfört eller kunnat medföra en Vårdskada hanteras av verksamhetschef. Vid misstanke om allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada kontaktas verksamhetschef för utökad utredning och ställningstagande för eventuell anmälan enligt lex Maria.

Klagomål och synpunkter

SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 och 6§§, 7 kap 2 § p 6,
 Klagomål och synpunkter som rör hälso- och sjukvården
 Inkommer till verksamhetschef.
 Sammanställning och analys sker av verksamhetschef.
 Medicinskt ansvarig är delaktig som rådgivande i specifika frågor.

Uppföljning genom egenkontroll

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§, 7 kap. 2 § p 2
 Förutom standardiserad uppföljning har statistik och indikatorer för hälso och sjukvården inhämtats från samtliga verksamheter.

| Egenkontroll | Omfattning | Källa |
|---|---|--------------|
| Kvalitetsuppföljning av hälso- och sjukvård | 1 gång per år | Stickprov |
| Dokumentation | 2 gånger per år | Stickprov |
| Loggkontroller | 1 gång per månad | Stickprov |
| Avvikelser | Minst 4 gånger per år | Rapporter |
| Läkemedelshantering | 1 gång per år | |
| Brandsäkerhet | 1 gång per år | |
| Kontroll av medicinteknisk utrustning | 1 gång per år | |
| Uppföljning av klagomål och synpunkter från patienter | När patient har givit klagomål/synpunkt | |
| Avvikelsehantering | När avvikelse inkommit | |
| Hygienrond | 1 gång per månad | |

Dokumentation

Under 2019 har klinikens egenkontroll och analys avseende hälso- och sjukvårdsdokumentation gjorts. Av analys har framkommit vilka utvecklingsområden som man behöver fortsätta att arbeta med.

Stickprovsgranskning av journaler har genomförts av verksamhetschef för att följa upp att journaler innehåller väsentlig information och att hälso- och sjukvårdens insatser dokumenteras i sådan grad att vårdprocessen kan följas.

Avvikelsehantering

Under året har konferens med all personal och gynekologer genomförts.

Läkemedel

Verksamhetschef genomfört kvalitetsgranskning av Läkemedelshantering.

Hygienrond

Under året har hygienrond genomförts på kliniken regelbundet varje månad.

Uppföljning genom egenkontroll, fortsättning

Egenkontroll för ökad patientsäkerhet sker löpande med utgångspunkt från föreskrifter och rekommendationer från myndigheter, tillverkare av medicinsk utrustning och företagets egna erfarenheter. Egenkontrollen avser all verksamhet som har betydelse ur patientsäkerhetssynpunkt.

Löpande arbete för funktionskontroll/service/lokalvård

Rutiner för funktionskontroll och service:

| Enhet | Utrustning | Kontroll | Intervall | Ansvarig |
|--------------|----------------------|-----------------|------------------|---------------------------------|
| Anestesi | Defibrillator | Funktion | Vecka | Narkossyster |
| Anestesi | Sugutrustning | Funktion | Vecka | Narkossyster |
| Anestesi | HB (Blodvärden) | Funktion | Vecka | Narkossyster |
| Anestesi | Anestesi | Service | År | MTA |
| Anestesi | Anestesiapparat | Funktion | Dag | Narkossyster |
| Steril avd. | Sterildisk | Funktion | Dag | Sterilpersonal |
| Steril avd. | Autoklav | Validering | År | AD Medical |
| Steril avd. | Autoklav | Service | Halvår | AD Medical |
| Steril avd. | Autoklav | Funktion | Dag | Sterilpersonal |
| Steril avd. | Luftkontroll | Partikelnivå | Halvår | Operationssystem |
| Lokalvård | Operationssal | Städning | Dag | Operationssystem/Pass på Sal |
| Lokalvård | Sterilrum | Städning | Dag | Sterilpersonal/Opsyster |
| Lokalvård | Uppvak. | Städning | Dag | Narkossyster |
| Lokalvård | Patientrum | Städning | Dag | Pass på sal+ uppvakspersonal |
| Apotek | Narkotikainventering | Egenkontroll | Dag | LKM ansv. Ssk./Barnmorska |
| Brand | Brandsäkerhet | (SBA) Funktion | Månad | Brand ansv. |
| Brand | Brandlarm | Funktion | Kvartal | Brand ansv. |
| Brand | Utrymning | Övning | År | Brand ansv. |

Åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p2

Uppföljning avseende klinikens förutsättning att bedriva en god och säker vård har genomförts

- vårdtagarna erbjuds en god och säker vård som håller hög kvalitet,
- framtagna regler för hälso- och sjukvård följs
- Kliniken i sitt ledningssystem har upprättat lokala rutiner för att säkra vården

Uppföljningen genomfördes i dialog med representanter för både de legitimerade yrkesgrupperna och baspersonal i verksamheterna. Det stimulerar till ständig förbättring och vidareutveckling inom hälso- och sjukvårdens område.

Strategiska möten internt och externt

Deltagande vid hälso- och sjukvårdsmöten i abortverksamhet i egen regi har skett efter behov för att delge information och föra dialog kring aktuella hälso- och sjukvårdsfrågor. Möten vid SFOG på Södersjukhuset.

Nya journalmallar har upprättats, som ser lika ut på båda mottagningar.

Nya hälsodeklarationer som är mer utformade för mottagningsarbetet.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

För att säkerställa att legitimerad personal använder tillgång till patientuppgifter enligt gällande regelverk genomför verksamhetschef loggkontroller i hälso- och sjukvårdsjournaler.

Vid avvikelser sker utredning av verksamhetschef.

Stickprovsgranskning av hälso- och sjukvårdspersonalens journalföring utifrån lagstadgade krav har genomförts en gång under året

Lex Maria

Definition vårdskada (SFS 2010:659)

Med vårdskada avses i denna lag lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården.

Med allvarlig vårdskada avses vårdskada som

- är bestående och inte ringa, eller
- har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit

Vad skall anmälas:

Här redovisas exempelvis: fallskador, förväxlingar, felaktiga förskrivningar, feldoseringar eller felexpedieringar, utebliven eller fördröjd undersökning, vård eller behandling som varit motiverad enligt vetenskap och beprövad erfarenhet, felaktigt utförd undersökning, vård eller behandling, felaktig, otillräcklig, vilseledande information till patienten eller närstående, felaktig användning eller felaktigt underhåll av medicintekniska produkter, vårdrelaterade infektioner, brister i arbetsrutiner och organisation och samarbete mellan olika vårdenheter, tidigare okända eller mindre kända skador eller risker vid tillämpningen av metoder eller rutiner som är i allmänt bruk

Anmälan

En anmälan enligt lex Maria ska utföras då en händelse inträffat där en patient drabbats av, eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller allvarlig sjukdom enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659).

Anmälningsskyldigheten 3 kap. 5 § Patientsäkerhetslagen

"Vårdgivaren ska, om inte något annat särskilt föreskrivs i enlighet med tredje stycket, till Inspektionen för vård och omsorg anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada. Motsvarande anmälningsskyldighet har den som bedriver verksamhet som avses i 7 kap. 2 §. Anmälan ska göras snarast efter det att händelsen har inträffat.

Vem anmäler:

Den som skall svara för anmälningsskyldigheten enligt Lex Maria bör bl.a. ha tillräcklig kompetens och delta i det medicinska kvalitetsarbetet och verksamhetens kvalitetsstyrning. Anmälaren bör inte svara för anmälan av avvikelser i vilka direkt underställd personal

är inblandad

För kliniken är det verksamhetschefen som gör anmälan, enskilda, anhöriga och allmänhet kan således inte göra en lex Maria-anmälan

Anmälningsansvarig

För kliniken görs anmälan av Verksamhetschef

Hur anmälan skall göras:

Anmälan ska innehålla en intern utredning. Anmälan skall ha inkommit till IVO senast inom två månader från det att händelsen inträffat. Preliminär anmälan skall göras omedelbart om det är angeläget utifrån patientsäkerhetsynpunkt. Slutlig anmälan sker då så fort som möjligt. Verksamhetschefen ska samtidigt med anmälan eller snarast därefter till Inspektionen för vård och omsorg ge in den utredning av händelsen som föreskrivs i 3 § första stycket.”

Personal

Personalen ska snarast informera en patient som har drabbats av en vårdskada. Information om patientens tillstånd kan ges till närstående om det inte föreligger hinder för detta enligt offentlighets- och sekretesslagen eller patientsäkerhetslagen. Vid beslut om anmälan enligt lex Maria ska patient/närstående ges möjlighet att i anslutning till anmälan beskriva sin upplevelse av händelsen.

Patientjournal

Uppgift om vårdskada ska antecknas i patientjournal och rapporteras i verksamhetens avvikelssystem. Patient eller närstående ska underrättas om att en lex Maria-anmälan ska göras. En anmälan enligt lex Maria ska alltid innehålla en utredning.

Anteckning i patientjournal

Anteckning i patientjournalen såväl om att patient eller närstående har underrättats som om information inte lämnats. I det sistnämnda fallet skall anledningen till detta även noteras i patientjournalen

Information till patient eller närstående:

Patienten skall underrättas om att en händelse som medfört allvarlig skada eller sjukdom föranlett en Lex Maria-anmälan. Patienten skall ges möjlighet att i anslutning till anmälan beskriva sin upplevelse av händelsen. Om information inte kan lämnas till patienten skall den i stället lämnas till närstående. Patienten eller närstående bör informeras om att patienten formellt inte är part i de ärenden som anmäls till Socialstyrelsen och bör uppmärksammas på möjligheten att själv kontakta Patientnämnden eller Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd

IVO

IVO ska säkerställa att anmälda händelser, som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada, har utretts i nödvändig omfattning samt att vårdgivaren har vidtagit de åtgärder som krävs för att uppnå hög patientsäkerhet. IVO ska sprida information till vårdgivare om de anmälda händelserna samt i övrigt vidta de åtgärder som anmälningarna motiverar för att uppnå hög patientsäkerhet.

IVO tar i lex Maria beslutet inte ställning till enskild legitimerad personals agerande men kan öppna ett nytt ärende angående enskild legitimerad personal och anmäla till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) för ställningstagande till vidare åtgärder angående legitimation och förskrivningsrätt.

IVOs beslut

Verksamhetschef svarar för att patienten eller närstående utan dröjsmål blir informerad om och får en kopia av IVOs beslut efter en anmälan. Detta gäller inte om det i det enskilda fallet bedöms olämpligt

Avvikelsehantering

Kliniken har rutiner för avvikelsehantering, innefattande att identifiera, dokumentera och rapportera negativa händelser och tillbud. Samt för att fastställa och åtgärda orsaker, utvärdera åtgärdernas effekt och sammanställa och återföra erfarenheterna.

Avvikelse - händelse som medfört eller som hade kunnat medföra något oönskat

Tillbud - händelse som hade kunnat medföra något oönskat

Risk - möjlighet att en negativ händelse ska inträffa.

Avvikelser i vården

Med avvikelser i vården avses en icke förväntad händelse i verksamheten, som medfört en vårdskada = **negativ händelse** eller händelse som kunde ha inneburit en vårdskada = **tillbud**

Avvikande händelse

En avvikande händelse är allt som inte stämmer med normal rutin och förväntade vårdförlopp och kan vara vård-, arbetsmiljö- eller driftrelaterat. En avvikelse kan exempelvis röra patienters vård och behandling, personalens situation och arbetsmiljö, administrativa rutiner, påverkan på yttre miljö och egendom.

All vårdpersonal har skyldighet att anmäla avvikelser i vården. Syftet med avvikelsehantering är att undanröja att händelsen upprepas.

Ansvar vid avvikelsehantering

Vårdpersonal som upptäcker eller är inblandad i en avvikelse avseende hälso- och sjukvård skall alltid kontakta Verksamhetschef. Vårdpersonal skriver en avvikelserapport som lämnas till Verksamhetschef. Avvikelsen skall skrivas på den av kliniken fastställda blanketten.

Verksamhetschef i samråd med Medicinskt ansvarig gynekolog ansvarar för att avvikelse- och riskhantering följs enligt Socialstyrelsens föreskrifter och Patientsäkerhetslagen.

Verksamhetschef skall komplettera avvikelserapporten med vilka åtgärder som vidtagits i samband med avvikelsen, samt om händelseanalys har genomförts.

Alla avvikelserapporter ska bedömas utifrån om vidare utredning och händelseanalys är nödvändig. Det är Verksamhetschef som fattar beslut om anmälan enligt Lex Maria ska göras.

Återkoppling av avvikelse

Syftet med avvikelshantering är att säkra arbetet för patientsäkerheten, d.v.s. fastställa, analysera och undanröja orsaker till risker, tillbud och negativa händelser.

Återkoppling till berörd personal av vilka analyser och åtgärder som gjorts med anledning av avvikelsen är därför ytterst väsentlig.

Återkoppling skall alltid ske till berörd patient.

Erfarenheten av det inträffade skall alltid återföras till verksamhetens personal.

Dokumentation

Avvikelsen ska dokumenteras, samt rapporteras till berörd personal. Originalen av avvikelserapporten ska förvaras av verksamhetschefen.

Det finns en lokal anvisning om vilka typer av händelser som ska rapporteras som avvikelser.

Följande är exempel på sådant som bör rapporteras:

- vårdskada vid kirurgiskt ingrepp
- vårdrelaterade infektioner
- Bristande bemötande.
- Negativ händelse där personskada uppkommit.
- Tillbud och risker där personskada skulle kunna uppstå.
- Fallolyckor och fallskador.
- Olika typer av förväxlingar (läkemedel, dokumentation, identitet och så vidare).
- Brister i informationsöverföring mellan olika vårdgivare.
- Våld och övergrepp (psykiskt, fysiskt, våld mellan boenden).
- Brister i eller felaktig läkemedelshantering.
- Brister i vården/omvårdnaden.
- Fördröjd eller felaktigt utförd undersökning, vård eller behandling.
- Utebliven undersökning eller behandling.

- Felaktig, otillräcklig, avsaknad av eller vilseledande instruktion, information eller dokumentation.
- Felaktig användning eller felaktigt underhåll av medicintekniska produkter eller annan utrustning som tekniska försörjningssystem, nödkraftaggregat och informationssystem.
- Brister i arbetsrutinerna, i vårdens organisation eller i samarbete mellan olika vårdenheter, organisationer och huvudmän.
- Bristande eller otillräckliga resurser (till exempel kompetens, bemanning, lokaler, utrustning).
- Synpunkter och klagomål från patient/närstående.

Klagomål och synpunkter

Kliniken önskar att få våra patienters synpunkter både från patienter och närstående. Kliniken hade en enkät där synpunkter kunde skrivas. De visade sig att det var svårt att få patienter och närstående att svara på enkät. Vi behöver ett nytt system där patienter lämnar information om vården och vi funderar hur det skall göras. Målet är att ha ett system på plats 2020.

Genomgång av avvikelser görs med verksamhetschef och medarbetare regelbundet vid arbetsplatsträffar. Alla medarbetare informeras ofta om skyldigheten att rapportera risker för vårdskador samt händelser ger orsak för avvikelse. Kliniken har inte så många medarbetare och avvikelshantering är skriftlig.

Klagomål som inkommer via Patientnämnden eller IVO besvaras skriftligt av verksamhetschef tillsammans med medicinskt ledningsansvarig. Om det kommer erinringar från Patientnämnden eller IVO justeras PM och rutiner vid behov.

Förändringsarbete inom kliniken

Genomförda patientsäkerhetsförbättringar under 2019.

- * Uppföljning av SHCG-svar efter tidig graviditets abort förstärkts med speciell bokning för veckans ansvarige läkare.
- * PM för VEMA pt. Start av mkt tidig abort.
- * Förnyat hälsodeklarationen inför läkar/ bm- besöket.
- * Nya gemensamma journalmallar för både dr samt bm på båda våra mott. Samt tvingande sökord.
- * Ny arbetsbeskrivning för usk/ bm/ adm personal.
- * Nya städrutiner av mott. rum.
- * Vi tar emot bm-studenter för hospitering. mkt uppskattad placering.
- * Mott. har anställt en ulj-bm samt usk till mott. på Strandvägen.
- * Nya rutiner ang provtagning samt uppföljning av S-hcg . vid start av tidig medicinsk abort.Samt hur bevakningen sköts av provsvar.
- * Erbjuder abortsökande kvinnan Quickstart, insättning av p-stav-Nexplanon.Vid abortstart.
- * Erbjuder abortsökande kvinnan tidigt åb för insättning av spiral-> 60% hörsamhet, 2019.(inom 10 dagar efter abortstart)
- * Erbjuder alla kirurgiska aborter åb.
- * Bokar/ erbjuder alla koniseringspt åb för provsvar samt kontroll.

Planering av patientsäkerhetsförbättringar för 2020.

* Pm för restbehandling efter medicinsk behandling vid missfall samt abort.

*Hygienutbildning för bm samt usk. Ta in en hygienkonsult.

*Pm abortsökande under 18 år.

* Vad kan vi som personal göra vid möte av hotfulla pt/ anhöriga.

* Involvera personalen samt ta upp avvikelserapportering vid läkarmöten.

* Mål att öka egna påkomna avvikelser.

Fortlöpande utbildningar.

* Take care kurs för admin. personal.

* Ulj-ljudsutbildning av bm. 2020.

* webbaserad utbildning basala hygienrutiner. All personal.

* Usk samt adm. RCC, cellprovtagning- webbaserad.

* Usk dysplasi utbildning.

*HLR utbildning all personal (årligen).

Bm samt dr medverkar på gemensamma samverkansmöten ang abortvården ca 2 ggr/år.

Bm inom ab-vården träffas själva på olika mott. för samtal / informationsutbyte.

Samverkansmöte för barnmorskor abort/sesam.

Anställa mer personal för att ta emot snabba akutbesök Vi har utökat samarbete med MEDHELP för snabba akutbesök.

Vårmöte 2020 planeras, med utbildningsdagar.

Kontinuerlig utbildning, internt, av personal. Bland annat i bemötande.

Två nya ultraljudsmaskiner planeras för ökat patientunderlag under 2020.

Kontinuerlig utbildning för undersköterskor, sterilkurs, och möjlighet att delta i operation för att förbättra operationsflöde.

Kliniken planerar använda ett elektroniskt system där patienten kan lämna omdöme om besöket på mottagningen.

Kliniken planerar använda ett elektroniskt system för avvikelshantering.

Alla kirurgiska ingrepp utförs på Strandkliniken Danderyd. BM som bokar patienten för operation följer en speciell journalmall som utformats, checklista inför kirurgisk behandling. Förbättringar i effektivare patientflöde kan fås genom att organisera i vilken följd olika kirurgiska ingrepp sker.

Webbsida har ändrats för abortpatienter med tillägg av frågor som patienten kan ha som underlag innan hon kontaktar mottagningen.

Planerar utbildning under våren i samtalsmetodik av svåra samtal, situationer och konflikter, samt bemötande

Sammanställning och analys- avvikelsestatistik

| | |
|--|-----|
| Fall och fallskador | 000 |
| Trycksår | 0 |
| Avvikelser inom läkemedelshanteringen som t.ex. förväxlingar, feldoseringar, utebliven dos och utebliven signering. | 0 |
| Utebliven eller fördröjd undersökning, diagnos, vård, behandling eller rehabilitering som varit motiverad enligt vetenskap och beprövad erfarenhet | 0 |
| Utebliven riskbedömning för fall, nutrition och trycksår. | 0 |
| Felaktigt utförd vård eller behandling | 0 |
| Felaktig, otillräcklig eller vilseledande information till patient eller närstående | 0 |
| Felaktig eller utebliven dokumentation | 0 |
| Felaktig, otillräcklig eller vilseledande informationsöverföring mellan vårdpersonal/enheter | 0 |
| Felaktig användning eller felaktigt underhåll av medicintekniska produkter | 0 |
| Tillbud och negativa händelser som förorsakats av brister i arbetsrutiner, i vårdens organisation eller i samarbetet mellan olika vårdenheter. | 0 |
| Bemötande | 0 |
| Sidoeffekt av läkemedel | 0 |

Avvikelsehanteringen sker fortlöpande i kliniken

Under 2019 har totalt 0 externa ärenden inkommit

Patientnämnden: 0 st

LÖF: 0 st

IVO: 0 st

Lex Maria: 0 st

Interna avvikelser: 00

Vårdhygien: Inga infektioner har uppstått under 2019

Hantering av prover: Kliniken har hanterat prover bra under 2019

Sammanställningen kommer att ligga till grund för hur vi under 2020 kommer att arbeta för att öka patientsäkerheten i företaget, där vi också värderar och tar hänsyn till allvarlighetsgraden i de rapporterade avvikelserna.

Resultat

Mål för patientsäkerhetsarbetet 2020

Målet är att antalet rapporterade incidenter ska öka medan antalet allvarliga rapporter ska minska.

Nollvision för allvarliga vårdskador. (Ingen allvarlig vårdskada har förekommit under 2019)

Nollvision för lex Maria (Ingen lex Maria anmäld till IVO under 2019)

Nollvision för Vårdhygien. (Inga infektioner har uppstått under 2019)

Nollvision för hantering av prover. (Kliniken har hanterat prover bra under 2019).

Vi har identifierat några områden under 2019 som vi kommer prioritera under 2020 för att stärka patientsäkerheten:

1. Patientinflytande: Kliniken planerar använda ett elektroniskt system för patientbedömningar när de går ifrån kliniken. En terminal står vid ytterdörr där en patient kan ge information om sitt besök anonymt. Data samlas ihop och kan analyseras.
2. Ledningssystemet: En genomgång och uppdatering av dokumentstruktur. Att öka lättillgängligheten ännu mer. Ledningssystemet finns i en katalogstruktur i "dropbox" där alla har tillgång till systemet
3. Avvikelse rapportering: Vi kommer fortsätta arbetet med att få Medarbetare att rapportera avvikelser. Att diskutera vad är avvikelse och vad som är normalt. Att visa att avvikelser inte är att peka ut "syndabokar". Avvikelser är neutrala mot all personal.