

Patientsäkerhetsberättelse 2024

Aeos Lund Sweden AB

*För verksamheterna Artroscenter Skåne &
Advanced Elective Orthopaedic Services Lund Sweden*

Inledning

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"

Magnus Tveit, verksamhetschef

Innehåll

SAMMANFATTNING	3
Tankar om 2024 och prioriterade förbättringsområden för 2025.....	3
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	5
Engagerad ledning och tydlig styrning	5
Övergripande mål och strategier.....	5
Organisation och ansvar	5
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	5
Informationssäkerhet	6
Strålskydd.....	6
En god säkerhetskultur.....	6
Adekvat kunskap och kompetens.....	7
Patienten som medskapare	7
Rätten till information (vårdval).....	7
Rätten till medbestämmande (behandling)	7
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	9
Öka kunskap om inträffade vårdskador	9
Tillförlitliga och säkra system och processer	10
Egenkontroller	11
Månatliga egenkontroller	11
Årliga egenkontroller	11
Relevanta rutiner och checklistor	12
Säker vård här och nu.....	12
Riskhantering.....	13
Stärka analys, lärande och utveckling.....	13
Avvikelse.....	13
Klagomål och synpunkter.....	14
Öka riskmedvetenhet och beredskap.....	14
Kompetensförsörjning	14
Riskanalys.....	15
FOKUSOMRÅDEN 2025.....	16
Reflexion.....	16
Monitorera kvalitetsparametrar.....	16
Effektivisera verksamheten.....	16
BILAGOR	17
Bilaga 1.....	17
Bilaga 2.....	18

SAMMANFATTNING

2023 var Aeos Lund Sweden ABs första verksamhetsår. Redan på idéstadiet preciserades tre nyckelfaktorer för en välfungerande verksamhet vid uppstart – erfaren personalstyrka, trovärdiga samarbetspartners och ett effektivt ledningssystem. Samtliga tre faktorer är lika självklara för oss idag och avgörande för god patientsäkerhet.

Klinikledningen kan tillfredsställande konstatera att 2023 års 8-punktsprogram kom att bli implementerat/uppfyllt under året som gått. Här vill vi lyfta fram 6 delvis nya områden som vid ingången av 2024 ansågs vara centrala för verksamheten framåt:

- Att söka nya medarbetare motsvarande det ökade patientflödet och på samma gång göra kliniken mindre sårbar. Två nya medarbetare förväntas både kunna komplettera verksamheten via delvis ny kompetens och samtidigt utgöra ett eget team (motsvarande det befintliga).
- Att söka en mer långsiktig lokalanpassning – antingen via befintlig hyresvärd eller egen lokal.
- Att trots ett förväntat turbulent år, rent organisatoriskt, kunna bibehålla god tillgänglighet, hög patientnöjdhet och låg komplikationsfrekvens (dvs med klart bättre jämförelsetal än rikssnittet).
- Att säkerställa god arbetsmiljö och låta alla medarbetare känna delaktighet i förändringsprocessen.
- Att vara lyhörd för synpunkter från såväl medarbetare, samarbetspartners som patienter i syfte att förfina befintliga processer och rutiner för att höja verksamhetens kvalitet ytterligare.
- Att uppmuntra till fortsatt liberal användning av avvikelssystemet, för såväl proaktivt som reaktiv kvalitetsförbättring (dvs minst lika många rapporterade avvikelser som föregående år).

Tankar om 2024 och prioriterade förbättringsområden för 2025

2024 visade sig bli just lika hektiskt som befarat varför ett av tre uppställda fokusområden – *reflexion* – inte blivit av. Rullande över 2024 så har vi först (ofrivilligt) flyttat verksamheten två gånger pga hyresvärdens behov av annan verksamhet, därefter tog ledningen ett aktivt beslut att leta egen lokal, till att vi nu befinner oss mitt i byggprocessen med planerat tillträde q1/q2 2025.

Glädjande nog så har patientflödet, helt utan reklam, stadigt ökat varför vi under innevarande år också har dubblerat antalet medarbetare. Med övriga två sedan tidigare definierade fokusområden i centrum – *monitorering kvalitetsfaktorer* och *effektivisering verksamhet*, så har de nya medarbetarna introducerats, rutiner justerats och partnersamarbeten anpassats för att kliniken även framöver ska kunna tillgodose trygg och säker vård utan väntetid till våra patienter. För detta har ett robust ledningssystem varit kritiskt!

Utöver fortsatt monitorering av patientnöjdhet och komplikationsfrekvens, vilka klinikledningen anser utgöra de två viktigaste kvalitetsparametrarna, så har samma två områden som tidigare visat sig lämpliga att utgå ifrån för den övergripande evaluering av verksamheten, i syfte att finna områden med förbättringspotential:

- Adekvat information – Vi är en relativt ny verksamhet med ambitionen att från start snabbt producera relativt stora volymer dokument (fysiskt, på webben och i ledningssystemet) – för patienter, samarbetspartners och personal. Med allt fler intressenter som tar del av klinikkens informationsunderlag ges goda möjligheter till reevaluering av materialet, med fokus på validitet och klarhet.

- Optimerad vårdkedja – Vi vill sträva efter att förfinas den patientnära processen, inklusive samverkan, och effektivisera administrationen. Med nya medarbetare skapas fantastiska möjligheter att se driften med helt fräscha ögon, i syfte att höja verksamhetens kvalitet ytterligare.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Ambitionen med klinikens patientsäkerhetsarbete är att ingen patient ska behöva drabbas av en vårdskada. För att nå visionen så har fyra grundläggande förutsättningar identifierats.

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 §

Aeos Lund Sweden AB (vårdgivaren) bedriver ortopedisk specialistsjukvård via två verksamheter – *Advanced Elective Orthopaedic Services Lund Sweden* och *Artrocenter Skåne*.

En hög patientsäkerhet är vår viktigaste kvalitetsindikator. Vårt arbete är såväl proaktivt/förebyggande via patientsäkerhetskulturen som reaktivt på observerade risker och inträffade händelser via korrigerande åtgärder. För ändamålet använder kliniken ett digitalt och interaktivt kvalitetsledningssystem där avvikelserapportering utgör en central funktion i vårt patientsäkerhetsarbete.

Organisation och ansvar

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

Aeos Lund Sweden AB är en förhållandevis liten vårdgivare med fyra funktioner – två läkare, en sjuksköterska och en sekreterare. Rollen som vd, verksamhetschef, anmälnings- och medicinsk ansvarig vilar därför på en person (överläkare, med dr, spec. i ortopedi med inriktning höft- och knäproteskirurgi).

Klinikens arbete bedrivs principiellt i två team, med delvis överlappande kompetenser, vilket gör verksamheten mindre sårbar. Alla har sina egna definierade ansvarsområden utifrån klinikens processer och rutiner, med delegerat ansvar för bland annat egenkontroller. Avvikelser följs regelmässigt upp vid månatliga APT. Huvudansvaret för patientsäkerhetsarbetet vilar på verksamhetschefen.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Aeos Lund Sweden AB är en privat vårdgivare utan avtal med den offentliga vården. Vi har därför etablerat exklusiva och nära samarbeten med olika vårdgivare. Det gäller exempelvis kompetens inom laboratorieanalys, radiologi och kardiologi. Själva utgör vi en naturlig remissinstans för degenerativa ortopediska tillstånd. Alla remisser bedöms och besvaras inom en vecka. Alla potentiellt allvarliga ingående/utgående remisser dubbelkontrolleras (i båda riktningar) genom manuell pappersgranskning minst en gång per vecka.

Vi är privilegierade att tillsammans med våra samarbetspartners kunna erbjuda våra patienter mycket korta ledtider, såsom laboratorie- och röntgenanalys inom en dag, mottagningsbesök inom 2 veckor och operation inom 6 veckor (prioriterade fall ännu snabbare). Vi ser för närvarande inga akuta brister i samverkan. På sikt kan det finnas skäl att söka samverkan inom fler discipliner.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Aeos Lund Sweden AB har anlitat en extern IT-leverantör med ansvar för det yttre skalskyddet avseende datainträng (gdpr-säkrade informationssystem; säkerhetskopiering; skydd mot skadlig kod, etc). Kliniken har en förteckning över samtliga informationssystem med definierad ansvarig respektive pu-biträde.

Kliniken har tydliga rutiner för IT-säkerhet, inklusive gdpr. Vi genomför systematiska egenkontroller i form av regelbundna loggkontroller och logguppföljningar. All nyanställd personal får såväl muntlig som skriftlig information om lagar och förordningar rörande sekretess och personuppgiftshandling. Därtill har alla medarbetare skrivit under ett sekretessavtal avseende tystnadsplikten och dess innebörd enligt patientsäkerhetslagen (2010:659).

(Informationssäkerhetsanalysen 2024 är genomförd och kan beställas vid förfrågan.)

Strålskydd

SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §

Aeos Lund Sweden AB bedriver ingen egen radiologisk verksamhet.

En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur.

Aeos Lund Sweden AB har identifierat avvikelserapportering som den mest effektiva pro- och reaktiva funktionen för att skyndsamt kunna analysera och åtgärda eventuella brister så att patientsäkerheten ständigt kan förbättras.

Klinikledningen arbetar aktivt för ett öppet klimat kring risker och negativa händelser. Alla medarbetare uppmuntras att aktivt rapportera avvikelser. Praxis hos oss är att en avvikelse diskuteras direkt och eventuella lärdomar/åtgärder utifrån analysen diskuteras gemensamt senast vid nästföljande APT. Utöver det sammanställs föregående års avvikelser för reflexion och möjlighet att identifiera trender.

God patientsäkerhetskultur är fundamentalt för kvaliteten och hur medarbetarna uppfattar den är formaliserat i en årligt återkommande enkät där utfallet diskuteras vid medarbetarsamtalet.



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.



Medarbetarna inom Aeos Lund Sweden AB har samtliga en diger bakgrund inom Lunds universitetssjukvård (+15 år), var och en med unika specialistkompetenser motsvarande klinikens nisch. Det innebär såväl administrativa som kliniska kompetenser vilka tillsammans innebär att vi kan erbjuda god och säker ortopedisk specialistsjukvård med fokus kring höft- och knäproteskirurgi.

Klinikledningen uppmuntrar till kontinuerlig kompetensutveckling och fortbildning, såväl nationellt som internationellt.

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.



Rätten till information (vårdval)

PL 2014:821 3 kap. 1 §

Det är en lagstadgad rättighet att som patient bli informerad om de principiellt tre offentligfinansierade vårdalternativen – vård via en offentlig vårdgivare, vård via en privat vårdgarantiaktör och vård via en vårdgivare i annat EU-land.

I enlighet med gällande lagstiftning så informerar även Aeos varje ny patient objektivt / transparent om de tre olika vårdvalen för patienten att i lugn och ro själv fundera igenom.

(Det förekommer att patienter inte blir informerade om alla tre alternativen och/eller nekas att stå i flera offentligfinansierade köer samtidigt, i hopp om så snar behandling som möjligt. Bådadera scenarier är enligt Patientlagen (2014:821) lagvidriga.)

Rätten till medbestämmande (behandling)

PSL 2010:659 3 kap. 4 §; PL 2014:821 3 kap. 1 §

Aeos Lund Sweden AB, med sina två verksamhetsben *Advanced Elective Services Lund Sweden* och *Artroscener Skåne*, strävar efter att tillhandahålla en unikt hög tillgänglighet då vi anser det vara nära associerat med hög kvalitet. Även om tillgänglighetskravet i Patientlagen (2014:821) endast åsyftar regioner så har klinikledningen, genom processer och rutiner, tydligt formulerat förutsättningarna för att kliniken alltid ska garantera hög tillgänglighet och vara lyhörd för klagomål.

För att uppnå reell patientdelaktighet i vården anser vi adekvat information och tillräcklig med tid vara helt avgörande. Här följer exempel på sådant vi anser bidrar till reell patientdelaktighet:

- ✓ Alla patienter får svar inom ett dygn vid kontakt med kliniken.

- ✓ Alla patienter som söker sig till vår klinik för första gången har en timme avsatt vid besöket.
- ✓ Alla patienter som bedömes vara kandidater för kirurgi får alltid objektiv/transparent information kring de olika vårdvalen att i lugn och ro själv fundera igenom.
- ✓ Alla patienter delges en samlad bedömning av sin behandlande läkare och vid rekommendation om kirurgi förs även en ingående diskussion kring risk, rehab och prognos. (Motsvarande information finns även att läsa på klinikens respektive hemsidor.)
- ✓ Alla patienter får kontinuerligt transparent information genom sitt vårdförlopp (såväl muntligt som skriftligt, fördelat på sammanlagt tre mappar).
- ✓ Alla patienter kan nå sin behandlande läkare på hans/hennes direktnummer under det perioperativa förloppet.
- ✓ Alla patienter uppmuntras att fylla i en anonym patientenkät om den vård de genomgått via Artroscenter Skåne. (Årliga sammanställningar finns presenterade på hemsidan.)
- ✓ Alla patienter uppmuntras till att direkt höra av sig vid eventuella frågor, klagomål, etc. Klagomål hjälper oss att identifiera sådant som inte fungerar särskilt bra och ger oss möjlighet att förbättra vår service, och i förlängningen patientsäkerheten. Vi garanterar alltid skyndsam återkoppling. (Skulle ett klagomål komma att formaliseras till ett patientärende hos LÖF eller IVO är vi självklart behjälpliga via alla kanaler, det finns även hänvisning på hemsidan.)

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.

Klinikens nisch är att erbjuda specialistkompetens inom degenerativ höft- och knäledssjukdom, med fokus på proteskirurgi. I dagsläget är vi inte rutinmässigt del av någon vårdkedja för individer som genomgår proteskirurgi i Sverige, men väl i Danmark för de patienter som själva valt oss som sin öppenvårdsansvariga klinik här hemma.

Även om demografi, perioperativa rutiner, implantat och utfall är jämförbara mellan de skandinaviska länderna så håller sig klinikledningen sig uppdaterad kring de svenska förhållandena genom att varje år analysera den senaste årsrapporten från Svenska Ledprotesregistret (SLR).

Utöver ovan tillser klinikledningen i samverkan att externa partners registrerar relevant data i DHR respektive DKR (=Danska höft- respektive knäregistret).

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

Vi har inom Aeos Lund Sweden AB en digital kvalitetsledningsplattform (ORNA, Kvalprak AB) med integrerad avvikelsemodul. Det finns i kvalitetsledningssystemet längst ner i varje styrande dokument en uppmaning att rapportera i avvikelsemodulen ifall en rutin frångås. Exempel på specifika rutiner kring lyhördhet för klagomål är *"Reception & bemötande"* och *"Klagomål synpunkter, fel & brister"*. Hur själva rapporteringen/hanteringens ska gå till finns beskrivet i rutinen *"Avvikelse (inklusive lex Maria)"*.

Vid befarad eller inträffad avvikelse i verksamheten rapporterar medarbetaren i avvikelshanteringssystemet och anmälan går till verksamhetschefen. Ett åtgärdsförslag tas fram och implementeras i verksamheten. Återkoppling sker till den som anmält avvikelserna samt diskuteras alla avvikelser vid nästkommande APT. Vid en eventuellt mer allvarliga eller omfattande avvikelse ska en händelseanalys initieras. Avvikelserna klassificeras i samband med utredningen/händelseanalysen. Klinikledningen gör årligen systematiska genomgångar, sammanställer och återkopplar till verksamheten.

I patientsäkerhetssammanhang är det fundamentalt att förstå definitionen av, och differentieringen mellan, en avvikelse och en komplikation. Ödmjukhet bör gälla inför att gränserna kan vara flytande, inte minst i "retrospektivet". Avvikelsemodulen är ett bra verktyg

för att analysera huruvida ett ärende bör klassas som en avvikelse eller en komplikation. Och om det vid en avvikelse, utöver reflexion, även krävs en åtgärd.

- Avvikelse (här snävt definierat som en vårdskada): 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. Ref.: *Patientsäkerhetslagen (2010:659)*
- Komplikation: Skada som ur patientens synvinkel är ett oönskat resultat och ligger utanför det normala vårdförloppet. I det fall utredning kommit fram till att skadan inte varit undvikbar, så kan ur vårdens perspektiv den bero på sjukdom/trauma (som på gruppnivå anses vara mer eller mindre förväntat beroende på typ av behandling). Ref.: *MJG/Socialstyrelsen*

2024 dokumenterades 13 st avvikelser i Aeos Lund Sweden ABs båda verksamheter. Baserat på kategoriseringsalternativen *risk/tillbud/negativ händelse/klagomål* och allvarlighetsgraderna *mindre allvarlig/allvarlig/mycket allvarlig*, så var det allvarligaste utfallet kombinationen *risk-allvarlig* (7 st), där majoriteten av dessa rörde organisatoriska förändringar i samband med byte av lokal.

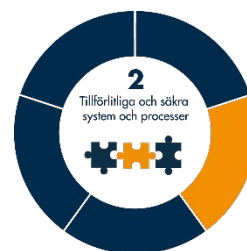
Aeos Lund Sweden AB är en liten aktör, och utgör endast en del av patienternas självvalda vårdkedja, varför vi har mycket små möjligheter att identifiera sk systemavvikelser, inte minst med statistisk signifikans. Däremot kan, och ska, vi kontinuerligt monitorera och jämföra den vårdkedjan kliniken är en del av med större publika registerdata. Proteskirurgi är, precis som all kirurgi, behäftat med risk för komplikation. Två ofta förekommande komplikationsparametrar i nationella ledprotesregister är jämförelsedata över frekvensen *"inläggning inom 30 dagar"* respektive *"revision inom 2 år"*.

För Aeos Lund Sweden ABs vidkommande jämför kliniken sig med riksnittet i Sverige. Data från svenska ledprotesregistrets (SLR) senaste årsrapport visar att risken för *"inläggning inom 30 dagar"* är ca 5% och för *"revision inom 2 år"* ca 1,6% (höft- och knäproteskirurgi sammanslaget). Med jämförbar case-mix (medelålder 68,0 år; andel kvinnor 57,4%; andel ASA III 6,3%) så visar rullande 2-årsdata att motsvarande risk för de patienter som givit oss förtroendet att utgöra en del av deras vårdkedja 0,8% respektive 0,5% för nämnda komplikationer, vilket får anses bra.

	<i>"inläggning inom 30 dagar"</i>	<i>"revision inom 2 år"</i>
2022-2023	0,6%	0,6%
2023-2024	0,8%	0,5%

Tillförlitliga och säkra system och processer

Genom att inkludera systematiskt patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen kan både de proaktiva och reaktiva perspektiven på patientsäkerhet bejakas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.



Ur såväl arbetsmiljö- som patientsäkerhetssynpunkt är det fundamentalt att alla medarbetare är förtrodda med processen kring patientens vårdkedja, och känner sig delaktiga i uppdatering/optimering av den samma. I klinikens ledningssystem finns beskrivande dokument för varje moment och vem som är ansvarig.

Egenkontroller

Egenkontroller är en viktig del i patientsäkerhetsarbetet och ett område vi ständigt arbetar med och utvecklar. För Aeos Lund Sweden AB tjänar egenkontroller två syften. De används som realtidsverktyg för att kontrollera kvaliteten i den dagliga driften av klinikens båda verksamheter. Utöver det används egenkontroller på årsbasis för jämförelse med tidigare resultat och nationella register, då i form av rapportsammanställningar (produktion, handlingsplan, patientsäkerhetsindex, patientnöjdhet, patientsäkerhetskultur, etc).

Månatliga egenkontroller

Klinikledningen har identifierat ett antal områden som bedömes kritiska för att säkra kvaliteten i den dagliga verksamheten. Delegerade egenkontroller finns för bland annat:

- ✓ Läkemedel
- ✓ Hygien
- ✓ Städ
- ✓ Log
- ✓ Samverkan
- ✓ Behörighet (gdpr)
- ✓ Patientsäkerhetskultur

Påvisas brister noteras de endera som ringa, och kan då exempelvis diskuteras vid nästkommande APT, eller som avvikelser och ska då dokumenteras i klinikens webbaserade avvikelssystem för omgående diskussion med klinikledningen som i sin tur för upp det som en punkt att diskutera vid nästkommande APT. Klinikledningen arbetar systematiskt med att uppmuntra till att registrera, och följa upp, avvikelser i verksamheten.

En gång per månad har kliniken APT där vi tillsammans diskuterar identifierade risker och eventuellt inträffade tillbud/negativa händelser som del i vårt kontinuerliga kvalitetsarbete.

Årliga egenkontroller

En gång årligen sammanställer klinikledningen ett antal kvalitetsrapporter. Dessa återkopplas internt i verksamheten för reflexion och utgör en viktig del av klinikens kontinuerliga kvalitetsarbete. Aidentifierat material presenteras även delvis på webben för externa jämförelser. Exempel på rapporter och andra punkter som återkommer årligen:

- ✓ Produktion (för att värdera hur väl strategi, resurser och utfall harmonierar)
- ✓ Handlingsplan; patientsäkerhetsindex; eventuell fördjupad patientsäkerhetsanalys
- ✓ Antibiotikaförskrivning på individnivå (STRAMA)
- ✓ Patientsäkerhetskultur
- ✓ Patientnöjdhetsenkät

- ✓ Klinikledningen går systematiskt igenom avvikelser samt vidtar och implementerar de förbättringsåtgärder som bedöms nödvändiga. (Kliniken har inte varit involverad i något LÖF- eller IVO-ärende men har utarbetade rutiner om/när det skulle inträffa.)

Relevanta rutiner och checklistor

God vård kan också uttryckas som trygg och säker vård. För oss innebär det i sin tur att varje patient ska bemötas med respekt, få adekvat information och ges behandling som vilar på vetenskap och beprövad erfarenhet. Exempel på relevanta rutiner och checklistor i processen för patientens vårdkedja:

- ✓ ”Remisshantering – andra vårdgivare”
- ✓ ”Reception & bemötande”
- ✓ ”Vårdval & vårdförlopp”
- ✓ ”Läkemedelsförskrivning”
- ✓ ”Postoperativ sårvård”
- ✓ ”Klagomål, synpunkter, fel & brister”
- ✓ ”Realtidsdokumentation - observandum beroende & infektion”

Ett av klinikens fokusområden är trygg och säker perioperativ öppenvård för ledprotesopererade patienter. Där är sårvård centralt varför det är viktigt att monitorera just den delen av verksamheten noggrant. Klinikens heltidsanställda sjuksköterska är specialiserad inom postoperativ sårvård med +15 års erfarenhet inom universitetssjukvård, inkluderande +10 år vid Kärkliniken, Skånes universitetssjukhus/Lund.

Som del av klinikens kontinuerliga kvalitetsarbete följer den behandlande läkaren alltid upp samtliga patienter 48 timmar postoperativt för att i ett tidigt skede kunna värdera framför allt allmäntillståndet men även behovet av förbandsbyte, analgetikajustering, etc.

Utdrag från klinikens patientsäkerhetsindex:

	Förbandsbyte n (%)	VAS smärta >5 (48h postop) n (%)	Antibiotikaförskrivning n (%)
2023	11 (6,7)	3 (1,8)	2 (1,2)
2024	8 (3,4)	2 (0,9)	4 (1,7)

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.



Riskhantering

SOSFS 2011:9, 5 kap. 1 §, 7 kap. 2 § p 4

Inför större förändringar i våra verksamheter genomförs alltid en behovs- och riskanalys. Det kan gälla långtgående förändringar inom organisationen eller i samverkan med partners som kräver annat arbetssätt men också mindre förändringar i den befintliga verksamheten så som nya informationssystem eller medicinskteknisk apparatur (MTA). I analysen identifieras identifierbara risker som kan uppkomma i samband med förändringen. Riskerna graderas utifrån allvarlighetsgrad respektive risk för upprepning.

Uppmuntran till liberal avvikelserapportering inom organisationen har lett till ökat fokus på det proaktiva arbetet att identifiera risker innan de behöver resultera i tillbud/negativ händelser.

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.



Aeos Lund Sweden AB värnar ett aktivt lärande. Vid varje APT så analyserar vi gemensamt, och drar lärdom av, aktuella ärenden i vårt avvikelssystem. Kliniken diskuterar gemensamt varje år resultaten av föregående års handlingsplan samt sammanställer och återkopplar klinikledningen specifika årsrapporter kring bland annat avvikelser, komplikationsfrekvens och patientsäkerhetskulturen.

Klinikens nisch är höft- och knäproteskirurgi varför även den publika årsrapporten från svenska ledprotesregistret analyseras noggrant (för trender och jämförelse).

Vikten av lyhörddhet gentemot patienter och samarbetspartners diskuteras vid varje nyanställning, och finns tydligt dokumenterat i flertalet beskrivande dokument i klinikens ledningssystem.

Aeos Lund Sweden AB har ännu inte varit involverad i något LÖF- eller lex Maria ärende men har tydligt utarbetade rutiner och dedikerade ansvarsområden om/när det skulle inträffa.

Avvikelse

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

Vid risk för, eller vid inträffad, avvikelse i verksamheten rapporterar medarbetaren i avvikelshanteringssystemet och anmälan går till verksamhetschefen som utreder händelsen. Vid behov av förändring tas ett åtgärdsförslag fram och återkopplas, diskuteras och vid behov revideras senast vid nästkommande APT.

Aeos Lund Sweden AB använder avvikelsemodulen i ORNA (Kvalprak AB) – ett interaktivt webbaserat verktyg där hela processen dokumenteras och varifrån eventuella åtgärder implementeras i form av styrande dokument (rutiner). Avvikelse klassificeras efter typ (förslag; klagomål; reklamation; risk; tillbud; negativ händelse) och allvarlighetsgrad (mindre allvarlig; allvarlig; mycket allvarlig) i samband med utredningen. Vid mer allvarliga eller omfattande avvikelser tar verksamhetschefen beslut om det föreligger behov för en händelseanalys.

Två lärande exempel i närtid har gällt alkoholen – vikten av att penetrera anamnesen samt att informera alla patienter om dess risker ur ett infektionshänseende.

Sammanställning patientärenden:

	Avvikelser	Patientnämnden	IVO	Lex Maria
2023	13	0	0	0
2024	13	0	0	0

Klagomål och synpunkter

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

För oss utgör klagomål och synpunkter, dvs graden av patientnöjdhet, en av klinikens två viktigaste kvalitetsparametrar, och i förlängningen hela affärsmodell. (Den andra parametern vi monitorerar noga är komplikationsfrekvensen.)

En förutsättning för lärande av misstag är en öppen och transparent arbetsmiljö. Klinikledningen uppmuntrar alla medarbetare såväl formellt (patientsäkerhetskultur; avvikelserapportering; APT) som informellt att framföra eventuella klagomål, synpunkter, fel och brister för gemensam diskussion.

Rutiner påminner oss om att vara lyhörda för patienternas feedback! Vi uppmuntrar patienterna muntligt, skriftligt och även via vår hemsida till just det. Klagomål hjälper oss att identifiera sådant som inte fungerar särskilt bra och ger oss möjlighet att förbättra vår service.

Vi strävar efter att alltid vara tillgängliga – såväl fysiskt, per telefon och via e-post. Alla klagomål ska rapporteras i avvikelssystemet och handläggas där. Vi har även en dedikerad e-postadress för gdpr-ärenden (gdpr@aeos.se) som verksamhetschefen ansvarar för.

Under 2024 inkom faktiskt inga egentliga klagomål och väldigt få negativa synpunkter på vår verksamhet, v g se bilaga II för de fullständiga resultaten av klinikens anonyma patientnöjdhetsenkät för 2024.

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.



Kompetensförsörjning

Aeos Lund Sweden AB bedriver en högspecialiserad ortopedisk verksamhet där dess relativa litenhet garanterar hög flexibilitet men gör den samtidigt sårbar för plötsligt kompetensbortfall, något klinikledningen varit högst medveten om. Vi har haft glädjen att kunna dubblera antalet medarbetare under 2024 varför klinikens sårbarhet nu kraftigt reducerats. Vi förlitar oss alltjämt på subspecialiserade medarbetare internt och samverkar externt för att erbjuda patienterna en god och säker vård inom klinikens nischområde.

Det är klinikledningens ansvar att ur ett såväl arbetsmiljö- som patientsäkerhetsperspektiv kontinuerligt bedriva verksamheten med hänsyn till dess specifika nisch (=kompetens) och tillgängliga resurs (=tid).

Klinikledningen uppmuntrar till kompetensförhöjning genom fortbildning, visits och utbildningar – såväl nationellt som internationellt. Självklart genomgår samtliga medarbetare lagstadgade ronder och utbildningar, samt har kliniken dedikerade APT en gång per månad.

Risikanalys

Kliniken har varit aktiv sedan 2023-01-01 där omfattande organisatorisk struktur implementerades 2023 (processer; rutiner; samverkan) emedan 2024, delvis oförutsett, har inneburit omfattande organisatorisk volymanpassning (dubblerad personalstyrka; byte av lokal).

Det är klinikledningen uttalade ambition att på ett strukturerat sätt initiera riskanalyser inför varje större organisatorisk förändring, och att samtliga medarbetare involveras i sådana processer.

FOKUSOMRÅDEN 2025

Reflexion

Vid ingången till klinikkens andra verksamhetsår (2024) var ledningens bedömning att vi inte hade ett akut behov av någon specifik förändring, varför introduktionen av nya medarbetare kom att vila på befintliga processer och rutiner. Trots ett parallellt ökat patientflöde, och därtill samtidigt byte av lokal, torde den närmast sömlösa introduktionen enkom kunna hänföras till alla medarbetares digra erfarenhet och subspecialisering inom klinikkens nisch.

Klinikledningens bedömning överensstämmer även väl med den objektiva återkoppling verksamheten fått via i) utfallet av patientenkäten och spontana omdömen på diverse digitala recensionsplattformar, ii) komplikationsfrekvensen och iii) medarbetarnas upplevda arbetsmiljö (patientsäkerhetskulturenkäten). Vi har nu nått en mer rimlig storlek där kliniken är mindre sårbar att fortsatt kunna erbjuda god tillgänglighet och genom det utgöra en effektiv ventil för den offentliga sjukvården med dess ändliga personalresurser och tuffa prioriteringar.

2024 kom inte att bli det år för utvärdering som vi för precis ett år sedan planerade men förhoppningsvis kommer 2025 att bli just det – att få mer tid att lyssna in synpunkter från såväl medarbetare, samarbetspartners och patienter.

Monitorera kvalitetsparametrar

Kärnan i klinikkens kvalitetsarbete, tillika affärsidé, är att maximera patientnöjdheten och minimera komplikationsfrekvensen.

För ändamålet kommer avvikelserapporteringen fortsatt att utgöra det mest effektiva instrumentet – såväl proaktivt som reaktivt i vår strävan att kontinuerligt förbättra klinikkens kvalitet. Ett annat kvalitetsinstrument är vårt *patientsäkerhetsindex*, där klinikledningens ambition är att utöka antalet monitorerade parametrar för 2025.

Effektivisera verksamheten

Vi är fortsatt en liten verksamhet med få medarbetare och därför känslig för förändring i patientvolym. Att ständigt monitorera inflödet för att bibehålla god tillgänglighet, men framför allt en god arbetsmiljö, är ett definierat fokusområde för klinikledningen under 2025. Däri ligger även att skala bort all onödig administration och underlätta medarbetarnas arbetsuppgifter så långt det går. Inte minst ska vi bo in oss i våra nya lokaler!

Övergripande strategier kan komma att behöva omvärderas i syfte att även fortsättningsvis kunna erbjuda prioriterad högkvalitativ vård utan väntetid.

BILAGOR

Bilaga 1.

Nyckeltal 2024:

- Under 2024 genomfördes 882 läkarbesök varav 325 nybesök. (Av de 325 nybesöken var 251 egenremisser och 74 remisser från annan vårdgivare.)
- Under 2024 genomfördes 527 läkarkonsultationer per telefon.
- Under 2024 genomfördes 283 sjuksköterskebesök.
- Under 2024 genomfördes 3 hembesök

(Av de 325 nybesöken ovan diagnosticerades 317 patienter med någon form av degenerativ höft- och/eller knäledsjukdom, dvs 98% kom att söka för symtom som motsvarar klinikens nisch.)

Bilaga 2.

Patientnöjdhetsenkät 2024.

Vi erbjuder alla patienter att fylla i en anonym enkät om hur de upplevt vården hos oss. Resultaten sammanställs, vilket ger oss en bra förståelse för hur den vård vi ger uppfattas av de patienter som söker sig till oss. Enkätundersökningen utgör ett av flera viktiga underlag till klinikkens kontinuerliga kvalitetsarbete.

2024 anförtröddes Artroscenter Skåne att vara del i 237 patienters vårdkedja för deras planerade höft- eller knäproteskirurgi. 193 av dessa inkom brevlades med svar på klinikkens anonyma patientnöjdhetsenkät (svarsfrekvens 81%). Här presenteras hur de 193 patienterna besvarade enkäten:

	Ja, absolut	Delvis	Nej
Upplever du dig ha bemötts med respekt och värdighet av din läkare?	100% (193)	-	-
Upplever du dig ha bemötts med respekt och värdighet av övrig personal?	100% (193)	-	-
Känner du dig nöjd med den information du fått om ditt tillstånd?	98% (190)	2% (3)	-
Har du känt dig delaktig i besluten om din vård och behandling i den utsträckning som du hade önskat?	99% (192)	1% (1)	-

	Mycket bra	Bra	Någorlunda	Dålig
Hur värderar du tillgängligheten till din läkare och kliniken i stort?	99% (191)	1% (2)	-	-
Hur värderar du informationen du fått genom ditt vårdförlopp?	95% (184)	4% (8)	1% (1)	-
Hur värderar du som helhet den vård och behandling du fått?	99% (189)	1% (2)	-	-

	Ja, absolut	Delvis	Nej
Skulle du rekommendera Artroscenter Skåne till andra?	100% (193)	-	-