



**Ortho Center  
Stockholm**

# Patientsäkerhetsberättelse Verksamhetsåret 2015



## **Innehållsförteckning**

<b>SAMMANFATTNING</b>	<b>1</b>
<b>ÖVERGRIPANDE MÅL OCH STRATEGIER</b>	<b>2</b>
<b>ORGANISATORISKT ANSVAR FÖR PATIENTSÄKERHETSARBETET</b>	<b>3</b>
<b>STRUKTUR FÖR UPPFÖLJNING/UTVÄRDERING</b>	<b>3</b>
<b>HUR PATIENTSÄKERHETSARBETE HAR BEDRIVITS SAMT VILKA ÅTGÄRDER SOM GENOMFÖRTS FÖR ÖKAD PATIENTSÄKERHET</b>	<b>4</b>
<b>UPPFÖLJNING GENOM EGENKONTROLL</b>	<b>4</b>
<b>SAMVERKAN FÖR ATT FÖREBYGGA VÅRDSKADOR</b>	<b>5</b>
<b>RISKANALYS</b>	<b>5</b>
<b>HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSPERSONALENS RAPPORTERINGSSKYLDIGHET SAMT PERSONALENS KLAGOMÅL OCH SYNPUNKTER PÅ KVALITETEN</b>	<b>6</b>
<b>HANTERING AV KLAGOMÅL OCH SYNPUNKTER FRÅN ANDRA ÄN PERSONAL</b>	<b>6</b>
<b>SAMVERKAN MED PATIENTER OCH NÄRSTÅENDE</b>	<b>7</b>
<b>RESULTAT</b>	<b>7</b>
<b>ÖVERGRIPANDE MÅL OCH STRATEGIER FÖR KOMMANDE ÅR</b>	<b>9</b>

## Sammanfattning

Ortho Center Stockholm har en nollvision för vårdskador. Den vård som ges vilar på vetenskaplig grund och beprövad erfarenhet och en ledstjärna är kvalitet och säkerhet genom specialisering. Vi ska i vårt arbete och vår organisation skapa förutsättningar att patienten alltid bemöts med respekt och omtanke.

Under år 2015 har vi fortsatt arbeta för ökad patientsäkerhet genom att säkerhetsarbetet ska vara en naturlig del av vårdprocessen i alla dess steg. Andan är att tillföra patient och anhöriga största möjliga värden och minimera risker och vårdskador.

System för att upptäcka och dokumentera risk för vårdskador finns i form av avvikelssystem, egenkontroller, anmälningar från Inspektionen för vård och omsorg (IVO), och rapporter från Patientnämnd, kvalitetsregister och punktprevalensmätningar (PPM).

Klagomål och synpunkter från patienter och anhöriga inkommer oftast via direktkontakter med verksamhetens medarbetare och chefer men också till exempel via IVO och Patientnämnd. Vi följer patient med PROM (Patient Reported Outcome Measures) i ett system inom GHP. PROM-data för 2015 finns också för våra patienter som ingår i SLL's Indikator-analys av vårdval samt i de nationella kvalitetsregistren.

De viktigaste uppnådda resultaten under 2015 är:

- Våra månadsvisa ledningsgruppsmöten hanterar alla nyinkomna avvikelser och har kvalitet/patientsäkerhet som stående punkt på dagordningen.
  - att Ortho Center Stockholm ligger väldigt bra till i hur patienterna har upplevt sin vård i den oberoende mätningen som SLL gjort inom ramen för vårdval ledproteser.
  - att ventilation på operationssalar mätts och godkänts.
  - att endast 0,67 % av ledprotesopererade hade odlingsverifierad djup infektion vid kontroll 3 månader efter operation.
  - att diagnostiserade ytliga infektioner hos ledplastikpatienter sjunkit ytterligare från 0,7 % (2014) till 0,3 % och att frekvensen sårproblem minskat till 1,7 %.
  - att alla rökare rutinmässigt erbjuds rökavvänjning och informeras om att rökstopp är obligatoriskt vid större ledproteskirurgi.
  - att ansvar för återkoppling och rutinförändringar från avvikelser fördelas på varje ledningsgruppsmöte.
  - att egenkontroll av basala hygien- och klädrutiner utförts, PPM.
  - att vi deltar i nationella kvalitetsregistren med nära 100 % registreringsfrekvens.
  - att alla, inklusive nyanställda gått intern HLR-utbildning.
- 
- att vårdorsakad skada i form av urinvägsinfektion tyvärr ökat och att den trenden fångats upp och åtgärd initierats.

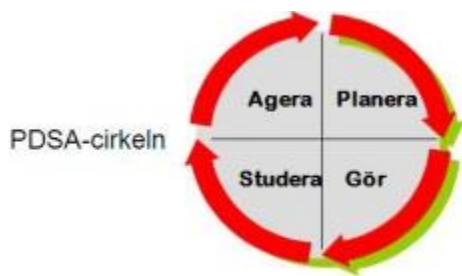
## Övergripande mål och strategier

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

### Övergripande mål och målspecifik strategi för 2015

#### Vision

Målsättningen på Ortho Center Stockholm är att erbjuda en ortopedkirurgisk vård som när det gäller patienttillfredsställelse, patientsäkerhet och medicinska resultat ska vara en av landets absolut bästa enheter. Kvalitet genom specialisering! För att uppnå målet krävs mätning för att veta vad vi är bra på och vad vi kan bli bättre på. Analys av resultat ger idéer till förbättring. Idéerna testas och cirkeln är sluten genom att vi får nya resultat att hantera. Vi försöker således arbeta utifrån Nolans förbättringsmodell och med användandet av PDSA-cirkeln.



Ortho Center Stockholm arbetar enligt socialstyrelsens riktlinjer för God vård. De sex styrområdena som lyfts fram är:

1. kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård
2. säker hälso- och sjukvård
3. patientfokuserad hälso- och sjukvård
4. effektiv hälso- och sjukvård
5. jämlik hälso- och sjukvård
6. hälso- och sjukvård i rimlig tid

- 1). Intern- och externutbilda medarbetare för att möta klinikens behov. Rekrytering för att stärka vår inriktning på högspecialiserad och högkvalitativ vård. Ta del av den erfarenhet och vetenskap som finns tillgänglig. Införa ny evidensbaserad kunskap och sortera bort rutiner som inte tillför patientvärde. Mäta och följa upp egna resultat.
- 2). Valfungerande avvikelsesystem. Använda checklistor som omsätter vådrutiner och riktlinjer till den patientnära vården och minimera risker för felbedömning och vårdskador. Rutiner som så långt det är möjligt gör det lätt att göra rätt och svårt att göra fel.
- 3). Respekt för individens behov av vård och omvårdnad oavsett ålder, kön, etnicitet, religion, social position och sexuell identitet ska alltid stå i förgrunden. En målsättning är att patienten ska vara så välinformerad och inblandad i alla faser i vården så att den känner stor delaktighet, trygghet och har rimliga förväntningar. Positiv- och negativ kritik ska bemötas med respekt och öppen attityd.
- 4). Vård och behandling ska fokusera på patientupplevda resultat och mindre på produktivitet. Vi använder ännu inte balanserade styrkort i vår vårdprocess men det kanske kan bli aktuellt framledes.
- 5). Jämlik vård där behov är den viktigaste faktorn.
- 6). Under 2015 liksom under 2014 har vi haft problem att uppfylla vård i rimlig tid. Rekrytering av ortopedspecialister inför 2015 förbättrade situationen initialt men efterfrågan på vård hos oss har fortsatt att öka och ytterligare rekrytering kommer att behövas.

Vi har under 2015 arbetat med att införa ett helt nytt kvalitetsledningssystem, KIV, som ska certifieras under första halvåret 2016. Det kommer i ännu högre grad tydliggöra patientens väg genom vår verksamhet och i alla evidensbaserade delprocesser tillföra patienten värde

och delaktighet samt minimera risker och vårdskador. IT-system och checklistor är stöd i det professionella beslutsfattandet vilket ytterst vilar på välutbildade och engagerade medarbetare.

Klagomål och synpunkter från patienter och anhöriga inkommer oftast via direktkontakter med verksamhetens medarbetare och chefer men också till exempel via IVO och Patientnämnden. Vi har under flera år följt patienter med PROM (Patient Reported Outcome Measures). Under 2015 har vi sjösatt ett koncernövergripande system. PROM-data ingår även i SLL's Indikator-analys av vårdval och nationella kvalitetsregister.

## Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Ytterst ansvarig för patientsäkerhetsarbetet är verksamhetschefen, till sin hjälp har han en patientsäkerhets och kvalitetsansvarig ortoped och en sjuksköterska som arbetar med kvalitet och patientsäkerhet. Alla tre ingår i ledningsgruppen. Patientsäkerhets- och kvalitetsarbetet är en stående punkt vid ledningsgruppens möten.

Under 2015 finns också en KIV-grupp som arbetat med det nya kvalitetsledningssystemet. Förutom ovanstående kvalitetsansvariga läkare och kvalitetssamordnande sjuksköterska finns i gruppen representanter från olika delar och olika profession inom företaget.

Alla inkomna avvikelser handläggs på varje månads ledningsgruppsmöte. Där beslutas hur avvikelserna ska hanteras och återkopplas och vem som ansvarar. Under 2016 kommer avvikelssystemet att byta plattform och ingå i KIV.

Alla medarbetare på respektive avdelning ansvarar för att ge patienterna god omvårdnad, bra bemötande och en säker vård enligt våra rutiner. För att säkerställa detta får alla nyanställda information om våra vårdrutiner och om hur patientsäkerhetsarbetet på Ortho Center Stockholm bedrivs. Med KIV kommer alla nyanställda få en intern Webb-utbildning med genomgång av de vårdprogram och riktlinjer som vi följer för att uppfylla lagar och avtal. På gemensamma planeringsdagar i företaget är patientsäkerhetsarbetet en återkommande punkt.

## Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

På Ortho Center Stockholm har vi en struktur för uppföljning och utvärdering som vilar på flera källor. Vi har ett avvikelssystem, vi har system med checklistor där flera är kopplade som formulär i datajournalen och statistiskt beräkningsbara. Vi får återkoppling från IVO och Patientnämnd liksom LÖF.

I slutkontrollformuläret som fylls i ca 3 månader efter en ledplastik så ligger mycket fokus på eventuella komplikationer eller vårdskador. Alla de uppgifterna kan enkelt genomgå statistisk bearbetning och jämförelse mellan åren. Återkoppling finns i flera steg exempelvis är kvalitet och patientsäkerhet en stående punkt i ledningsgruppsmötenas dagordning.

På våra utbildningsdagar, där all personal förväntas delta, är information kring patientsäkerhet ett viktigt inslag och ett ypperligt tillfälle att återföra resultat och informera om incidenser så att potentiellt farliga händelser inte ska upprepas.

## **Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet**

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Under 2015 har vi precis som tidigare år haft fokus på kvalitet och patientsäkerhet, det har bland annat medfört följande:

- En multiprofessionell projektgrupp, KIV-gruppen, har arbetat intensivt med klinikkens nya kvalitetsledningssystem KIV. Målet är att under 2016 genomgå en KIV-certifiering och på några års sikt kunna genomgå en ISO-certifiering.
- Vi har deltagit i SKLs mätningar av basala hygienrutiner och klädsel
- Nyanställd personal har eller kommer att utbildas i S-HLR
- Vi har löpande kontroller av VRI, vårdrelaterade infektioner för att snabbt fånga upp eventuella avvikelser och kunna sätta in åtgärder.
- Genomfört ventilationsmätningar på våra tre operationssalar.

## **Uppföljning genom egenkontroll**

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§

Egenkontrollen för ledprotesverksamheten inom Ortho Center Stockholm bygger dels på att jämför våra resultat mot andra dels på att jämföra egna parametrar mellan olika år.

Vi deltar i de nationella kvalitetsregistren, vi deltar i de nationella mätningarna inom SKL för vårdrelaterade infektioner och basala hygienrutiner samt klädsel. Vidare deltar vi i jämförelser inom ramen för "fritt vårdval" i Stockholms Läns Landsting och hoppas att de jämförelserna ska bli ännu mer öppna än de hittills varit. Vi deltar också i SKL's öppna jämförelser.

Kliniken samlar fortlöpande in statistik för vårdkomplikationer, vårddagar, operationstider, reoperationer med mera som vi sedan kan följa från år till år men också jämföra med liknande verksamheter inom koncernen Global Health Partner.

Vi utför händelseanalyser när våra skyddssystem påtalar oförutsedda avvikelser.

Vi för statistik och följer ärenden som går till anmälan hos IVO, patientnämnden och till patientskadeförsäkringen.

Vi har genom utbildade medarbetare nu kompetens att göra interna revisioner.

## Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS: 2011:9,4 kap. 6 §

För att undvika vårdskador vid samverkan mellan olika enheter inom verksamheten har vi 7 olika checklistor för våra inläggande patienter, med hjälp av dessa kan vi kontrollera att varje delmoment i vårdprocessen blir gjord. Det underlättar informationsutbytet vid övergångar mellan mottagning/ vårdavdelning och vårdavdelning/operation.

Checklistorna består av en hälsoenkät, vårdplan, inskrivningschecklista, WHO's checklista vid operation, utskrivningschecklista samt två uppföljningsformulär, dels för sårbedömning som sker efter 3veckor och för slutkontroll 2-3 månader efter operation.

För våra dagkirurgiska patienter används också checklistor, allt för att undvika att vårdskada uppkommer. Här finns vårdplan, hälsoenkät och WHO's checklista vid operation. För dagkirurgin är samverkan mellan mottagning/operation och samverkan med sjukgymnast aktuell.

Alla nybesök och opererade patienter erbjuds att delta i en PROM-enkät och besvara frågor kring bemötande, given vård, väntetider och resultat men också om vårdskador och komplikationer. Enkäterna skickas ut automatiskt via SMS och/eller mejl

För samverkan med andra vårdenheter t ex Stockholm Spine Center är checklistorna och naturligtvis det gemensamma journalsystemet Kliniken till stor hjälp

Samverkan med sjukgymnaster utanför kliniken sker genom att patienten skapar en kontakt med sin sjukgymnast. Den sjukgymnasten får tillgång till vår sjukgymnasts anteckningar från vårdtiden för att kunna ge patienten optimal träning efter genomgången höft eller knäplastik. Vid hemgång från Ortho Center får patienten med sig en läkarremiss för sjukgymnastbehandling.

Samverkan med Ortopedkliniken på Danderyds Sjukhus kring patienter med misstänkt protesinfektion.

Samverkan med remittent genom remissvar samt epikriser. Speciell rutin vid koagulationsbehandling med Waran så att behandlingsansvaret överlämnas på ett patientsäkert sätt.

## Risikanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

I vår strävan att minimera risker och negativa händelser arbetar vi med att identifiera och värdera risker. Vi har i och med arbetet med KIV tittat på de olika delarna i vårdprocessen. Vårdprogram, checklistor samt en struktur för uppföljning hjälper oss att identifiera och förlöpande justera för att minimera negativa händelser och eventuell vårdskada.

I det nya KIV-systemet finns inbyggt instruktioner för riskanalys exempelvis vid införskaffande av ny medicin-teknisk utrustning.

Någon specifik riskanalys är inte utförd under 2015.

## Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet samt personalens klagomål och synpunkter på kvaliteten

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

På Ortho Center har vi ett elektroniskt avvikelserapporteringssystem som är kopplat till vårt journalsystem Kliniken. När en avvikelse skrivs så skickas den med automatik till kvalitetsansvarig och till ansvarig chef på berörd avdelning dvs. vårdavdelning, operation eller mottagning. Vidare går vi igenom alla avvikelser på varje månads ledningsgruppsmöte.

De flesta avvikelser åtgärdas omgående då organisationen är platt och informationsvägarna korta.

Personalen uppmanas att skriva avvikelser när något avvikande inträffar, det är viktigt att en avvikelse inte ses som något negativt. Det visar tvärtom att personalen inser värdet av avvikelserapportering som hjälpmedel för att förbättra kvaliteten på vård och patientsäkerhet.

Varje avdelning inom kliniken har regelbundna personalmöten. Företagets ambition är att skapa en kvalitetskultur inom kliniken med lyhördhet och respekt mellan medarbetare och en öppenhet för kritik och synpunkter.

Under 2016 kommer avvikelse-systemet att utvecklas ytterligare. Det kommer innefatta delar som miljö, arbetsmiljö, förslag och klagomål från personal, anhöriga och patienter. I och med det hoppas vi på ett större inflöde av synpunkter och kritik som kan hjälpa företaget att utvecklas ännu mer när det gäller kvalitet och säkerhet. Själva plattformen för avvikelshantering kommer att flyttas från journalsystemet till KIV.

## Hantering av klagomål och synpunkter från andra än personal

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

Våra patienter kan alltid vända sig till oss, genom att ringa direkt till mottagningen eller vårdavdelningen. Det kan gälla frågor om operationen, smärtlindring, recept, opsåret, förbandet eller annat som patienten undrar över eller behöver hjälp med.

Om patienten är missnöjd med vården eller känner sig felbehandlad på något sätt så försöker vi i första hand se om det är möjligt att lösa problemet med patientansvarig läkare, kanske behövs ett extra mottagningsbesök, recept på någon medicin eller hjälp med remiss till någon annan instans. Vi uppmuntrar och hjälper patienter som vill göra en anmälan till IVO, Patientnämnden eller Patientförsäkringen LÖF för att få en objektiv bedömning av problemet. Vid uppkommen vårdskada uppmuntrar vi patienten att få en bedömning via Patientförsäkringen LÖF om patienten så önskar.

Synpunkter och klagomål som kommer via patientnämnden och IVO tas alltid på största allvar och besvaras så snart det är möjligt. Vid anmälan analyseras händelsen och rutiner ses över vid behov. Vi ser anmälningar som en naturlig del i en verksamhet där patientens synpunkter och välbefinnande står i centrum. Det finns alltid patienter som har funderingar



kring vården och kring vårdresultat och vi uppmuntrar patienter att ta till vara på möjligheten att få en objektiv granskning.

För verksamhetsåret 2015:

- IVO: 2 anmälningar varav en Lex Maria. Lex Maria avslutad utan kritik. Den andra anmälan väntar på beslut.
- Patientnämnden: 9 klagomål vilket är en minskning från 11 klagomål för 2014.
- Patientförsäkringen LÖF: 34 anmälningar varav 25 väntar på beslut. 34 anmälningar är drygt en fördubbling av ärenden jämfört med året innan.
  - De 9 som beslutades gav rätt till ersättning för 5 och ingen rätt till ersättning för 4.
  - Under 2015 kom 5 beslut från tidigare anmälningar varav 3 gav rätt till ersättning och 2 inte.

Från 2016 kommer det bli ännu enklare att låta patienter och anhöriga komma till tals eftersom synpunkter kommer att föras in i vårt nya avvikelssystem och behandlas som alla andra avvikelser med beslut om eventuell åtgärd och eventuell uppföljning. Allt dokumenteras.

## Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

De flesta av våra ineliggande patienter vårdas i regel endast 1-3 vårddygn hos oss och all vård är planerad. Vi försöker alltid att tillgodose patientens önskemål och ta till oss av deras synpunkter gällande verksamheten.

Säkerheten för patienten på avdelningen består bland annat av att de har ringklocka vid sängen, på toaletterna mm. och för att förhindra fallskador uppmanas de att ringa på personal när de vill gå upp ur sängen, gå till toaletten mm särskilt de första dagarna efter operation då fallrisken är som störst

Om vårdskada skulle uppstå erbjuds patienten i första hand hjälp av våra egna doktorer. Vi informerar patienten om möjligheten att vända sig till Patientnämnden, Patientförsäkringen LÖF eller IVO för att få en objektiv bedömning och ersättning för sveda och värk i förekommande fall, och hjälper patienter som vill göra en anmälan.

## Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

**Processmått** - beskriver aktiviteter som genomförs för att uppnå definierade mål.

Statistiskt beräkningsbara kontrollpunkter i vår verksamhet som ger grund för resultat och utvärderingar.

**Vårdplanering** – I hälsoenkäten registreras bland annat BMI, rökvanor. Där finns även fakta om förhållande viktiga för postoperativ mobilisering såsom motionsvanor, arbete, boende och närstående. Nära 100% har ifyllt hälsoenkät

inför inläggande operationsplanering. Sämre följsamhet för polikliniska operationer.

**Sårsmottagning** – alla patienter som genomgått ledplastikingrepp är välkomna. Under 2015 kom 531 patienter vilket är en minskning med 21 % mot föregående år trots ökat antal opererade. Det går mot vår målsättning om att fler skulle få del av sårsmottagningstjänsten. Förklaringen beror på en större andel utomlänspatienter under 2015 och i de fallen sker sårkontrollen på den lokala vårdcentralen istället.

**Slutkontroll inläggande** – Läkarbesök hos opererande ortoped 2-3 månader efter operation. Under 2015 följdes nästan 100 % av patienterna upp på 3-månaderskontrollen via besök eller i undantagsfall via telefon. Bortfallet i vår uppföljningsenkät låg på ca 10 %.

**WIM-enkät** – uppföljningsformulär kopplat till SLL's uppdrag. Ortho Center Stockholm har två uppdrag inom systemet.

**PPM-mätningar** – mätningar som görs för att mäta hur basala hygienrutiner och klädregler efterlevs.

**HLR-utbildning** – all personal har utbildats i S-HLR och nyanställd personal fortlöpande.

**E-utbildning i Basala hygienrutiner** – all personal har gjort web-baserad utbildning i basala hygienrutiner

**Resultatmått** beskriver hur det blev dvs. utfallet.

- Vårdrelaterade infektioner
  - Ledprotesinfektion. Mål  $\leq 0,7$  %. Resultat 0,3 % för knäleder som är odlingsverifierade infektioner. För höftplastiker 1,0 % odlingsverifierade infektioner vid slutkontroll 2015. Mål delvis uppfyllt. För samtliga ledproteser är målet uppfyllt men delar man upp höftleder och knäleder så är målet inte riktigt uppfyllt för höftleder.
  - Ytliga infektioner. Mål  $\leq 3$  %. Resultat 0,6 % för knäleder och 0 % för höftleder vid slutkontroll. Mål uppfyllt.
  - Postoperativa sårproblem. Mål  $< 4$  %. Resultat 2,2 % för knäleder och 1,3 % för höftleder vid slutkontroll. Mål uppfyllt.
  - Vårdrelaterade urinvägsinfektioner. Mål  $< 2$  %. Resultat 2,2 % för knäleder och 2,3 % för höftleder. Mål ej uppfyllt.
- Att fler kommer till vår sårsmottagning 2015 än året innan.
  - 2015 noterades 536 besök mot 637 besök året innan trots att antalet opererade ökade något under 2015. Att målet inte uppfylldes bedöms bero på en stor andel utomlänspatienter under 2015 som har sin sårkontroll på den lokala VC istället. Mål ej uppfyllt

- Att fler dokumenterades i slutkontroll-formuläret 3 månader efter ledprotesoperation 2015 än året innan.
  - 2015 noterades 749 formulär mot 761 året innan samtidigt som antalet opererade ökade under 2015. Bedöms också bero på den höga andelen utomlänspatienter under 2015 där många valde telefonuppföljning istället och då verkar bortfallet i dokumentation tyvärr öka. [Mål ej uppfyllt](#)
- Deltagit i nationella kvalitetsregistren med nära 100 % i registreringsfrekvens [Mål uppfyllt](#)
- Mätningar av patientens upplevelse av given vård.
  - Mål medelvärde över 93 av 100 möjliga. [Mål uppfyllt](#).
- Vi har bra följsamhet till basala hygienregler samt klädsel [Mål uppfyllt](#).
- All personal utom enstaka nyanställda är nu utbildade i S-HLR [Mål uppfyllt](#).
- All personal utom enstaka nyanställda har gjort den web-baserade utbildningen i Basala hygienregler. [Mål uppfyllt](#).
- Ventilationsmätningar på operationssalarna visade utmärkta värden (CFU <5) på sal 3 och 4 och där är [Mål uppfyllt](#). Brister i ventilation sal 5 som inte har senaste typen av ventilation.
- En kvalitetsorienterad revision planerades under 2015 men har skjutits upp till 2016 då KIV-systemet tas i drift. [Mål ej uppfyllt](#).

## Övergripande mål och strategier för kommande år 2016

- Ett fortsatt förbättringsarbete för att få ett bra patientsäkerhetsarbete kommer alltid att vara ett aktuellt mål för Ortho Center Stockholm.
- Minska eller behålla en låg nivå på vårdrelaterade infektioner, genom att förfina samma strategi som under 2015 samt lägga till några. Fokus omfattar:
  - En uppmätt höjning av vårdrelaterad infektion i form av UVI noterades under 2015 och målet på 2% eller lägre uppfylldes inte. Avdelningen får i uppgift att se över sina rutiner och införa förbättringar. [Nytt](#)
  - En ny rutin för att prova ledplastikoperation utan KAD har under året provats på utvalda patienter med gott resultat. Det arbetet kan ligga till grund för ovanstående uppgift.
  - att följa riktlinjer för basala hygienrutiner och personalklädsel, delta i PPM. Målet är att förbättra eller bibehålla redan utmärkta resultat
  - Att genomföra en patientsäkerhetskulturmätning. Blev tyvärr inte utfört under 2015 som planerat men blir ett mål för 2016. [Nytt](#)
  - att patienter med ökad infektionsrisk ska via våra checklistor och narkosbedömning fångas upp och optimeras preoperativt liksom per- och postoperativt. Om komplikationsrisken bedöms som allt för hög ska patienten remitteras till enhet med mer kringresurser.
  - att alla patienter instrueras i preoperativ tvätt/ dusch

- att all ledplastikkirurgi ska ske på salar med den modernaste laminära ventilationen och att luften kontrollmäts årligen
  - att såromläggningar på avdelning ska ske enligt speciell steril rutin
  - att alla patienter erbjuds att komma till vår mottagning för sårkontroll och sårdocumentation. Målsättning att behålla eller öka andelen besök.
  - att de patienter som har sårproblem vid kontrollen fångas upp, får läkarbedömning och eventuell behandling/remiss till Danderyd alternativt vid behov extrauppföljning
- Mätningar av patientens upplevelse av given vård ska i genomsnitt ligga över 93 av 100 möjliga.
  - När vi nu har tillgång till KIV där vi enkelt kan rikta utbildningar direkt till all medarbetare så ska vi under 2016 låta alla få repetera E-utbildningen i Basala hygienrutiner och klädsel.
  - Vi kommer att fortsätta att utbilda/repetera all personal i S-HLR för att alla ska kunna hjälpa till vid ett hjärtstopp, två medarbetare har gått instruktionsutbildning för HLR
  - För ökad patientsäkerhet vid operationer kommer vi att försöka uppnå 95% användande av WHO's checklista vid operation, användandet markeras i journalsystemet och kan mätas under året för att se om vi har en positiv trend i användandet.
  - Genomföra mätningar av operationssalarnas LAF-ventilation med målet att CFU ska ligga <5
  - Genomföra minst en kvalitetsfokuserad intern revision under året. Nytt
  - att fortsätta delta i nationella kvalitetsregister med nära 100 % i registreringsfrekvens för att få ett bra underlag vid uppföljning och mätningar av operationsresultat, vi rapporterar till
    - Svenska Höftprotesregistret
    - Svenska Höftplastikdispensären (mål > 90 %)
    - Svenska Knäprotesregistret
    - Svenska Korsbandsregistret
  - Anmälningar till LÖF, IVO eller patientnämnden är möjliga vägar för patienten att få aspekter på sin vård prövad. Vi har under 2015 sett en ökning av anmälningar till LÖF och det finns säkert synpunkter där som kan användas för att optimera vården ytterligare. Därför planeras under 2016 en fördjupad analys av anmälningarna.
  - Under våren 2016 är Ortho Center Stockholm utvald att ingå i Nationell Patientenkät inom specialiserad somatisk öppen- och slutenvård.

*Verksamhetschef Per Sandqvist  
Kvalitetsansvarig läkare Per Gedin  
Kvalitetssamordnare Helena Brodin*