
Patientsäkerhetsberättelse

År 2025

abc ortopedi

Ansvarig för innehållet:

Susanne Sjöqvist - Verksamhetschef

Lukas Berglund - MAL vuxenortopedi

Nikolas Kiapekos - MAL barnortopedi

Fredrik Swedin - Kvalitetssamordnare

Inledning

Patientsäkerhetsberättelsen är en årlig sammanställning som är framtagen för att ge patienter, medarbetare och samarbetspartners en inblick i vårt arbete för att ständigt höja kvaliteten i vår verksamhet.

Den övergripande målsättning med patientsäkerhetsarbetet är att ingen patient ska drabbas av en vårdskada.

För att uppnå en hög patientsäkerhet krävs ett kontinuerligt förbättringsarbete för att identifiera och eliminera risker.

Patientsäkerhet är en av de viktigaste delarna av verksamhet- och kvalitetsarbete.

Sammanfattning

Orthopedia Sweden AB (nedan benämnd ABC Ortopedi) erbjuder en ortopedisk mottagning med hög tillgänglighet för elektiv samt subakut omhändertagande, dit närakutmottagningar och vårdcentraler kan remittera patienter.

ABC Ortopedi arbetar för att bli patienters och remittenters förstahandsval genom att optimera handläggningen och möjliggöra målet "rätt från början". Vi har god tillgänglighet, och upprättat en patientsäker och effektiv vårdkedja, samt ger ett mycket gott omhändertagande av patienter och anhöriga.

Journalföring sker i Take Care. Vi bidrar med en kvalitetssäkring av våra patienter med uppföljning och återbesök enligt vårdprogram och nationella riktlinjer. ABC Ortopedi bedriver och eftersträvar en patientsäker, effektiv och sluten vårdkedja enligt LEON-principen, nära förbunden med primär vårdgivare.

Patientsäkerhet

För oss innebär att arbeta med patientsäkerhet ett sätt att utveckla verksamheten och sätta patientens behov i fokus. Hos ABC Ortopedi är patientsäkerheten en av de absolut viktigaste delarna i organisationen och i vårt arbetssätt.

Resultatet av vårt arbete följs kontinuerligt upp i vårt förbättringsarbete. Det betyder att vi kan förbättra våra rutiner och öka patientsäkerheten. Vårt avvikelssystem, Centuri, är centralt i detta arbete.

Innehåll

Inledning	2
Sammanfattning	2
Patientsäkerhet	2
Patientsäkerhetsarbete	4
Ledning och styrning	4
Ansvar för patientsäkerhetsarbetet	4
Rutiner för egenkontroll samt vilken egenkontroll som genomförts under året	5
Kvalitetsregister	6
Vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	6
Utbildning	7
Rutiner för att identifiera risker i verksamheten	7
Rutiner för händelseanalyser	8
Informationssäkerhet	8
Samverkan för att förebygga vårdskador	9
Agera för säker vård	9
Patientsäkerhetsavvikelser	9
Medicinskt råd	10
Basala hygienrutiner	10
Kontroll av lagefterlevnad	10
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet/klagomål och synpunkter	10
Utfall 2025	10
Samverkan med patienter och närstående	11
Genomförda förändringar under 2025	11
Mål och strategier för 2025	11

Patientsäkerhetsarbete

Verksamhetens övergripande mål för patientsäkerhetsarbetet

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

Den övergripande målsättning med patientsäkerhetsarbetet är att ingen patient ska drabbas av en vårdskada. Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckling för att säkra att kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar samt att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Patientsäkerheten är oerhört viktig för ABC Ortopedi och därmed en given del av organisation och arbetsätt. Vår personal ska känna att de är delaktiga i och ansvariga för att bidra till patientsäkerhetsarbetet.

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och transparent redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Vi följer löpande resultatet av arbetet med att säkerställa och utveckla vårdkvalitén vilket är ett led i vår strävan mot en så säker vård som möjligt. Genom rapportering, uppföljning och analys av kvalitetsindikatorer kopplade till patientsäkerhet kan vi löpande följa upp och förbättra våra rutiner.

ABC Ortopedi målsättningen är att ge patienterna en hög grad av service, kvalitet och rätt omhändertagande. Vårt kvalitetsarbete syftar till att alltid sätta patientens behov och önskemål i centrum, optimera säkerheten samt att utveckla verksamheten för att tillgodose dessa. ABC Ortopedis kvalitetsarbete slutar aldrig och är en kontinuerlig process.

Avsteg från vårdprocesser, rutiner eller oväntade händelser i verksamheten rapporteras till ansvariga chefer och/eller medicinskt ansvariga läkare (MAL) för hantering i ledningssystemet Centuri. Åtgärder ska alltid följas upp och utvärderas.

Ledning och styrning

En viktig förutsättning för en säker vård är att det finns en engagerad och kompetent ledning och att vi har en tydlig styrning på alla nivåer. Därför är patientsäkerheten en stående fråga på Ledningsgruppsmöten och på alla arbetsplatsmöten.

Ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Vårdgivaren ansvarar för:

- Verksamheten

abc ortopedi

- Patientsäkerhetsfrågorna i lagstiftningen
- Ledningssystem anpassat till verksamheten
- Systematiskt patientsäkerhetsarbete genom att:
 - o Planera, leda och kontrollera verksamheten
 - o Arbeta förebyggande för att minska risken att patienter drabbas av vårdskador
 - o Dokumentera hur det organisatoriska ansvaret för patientsäkerhetsarbetet är fördelat
 - o Årligen upprätta en patientsäkerhetsberättelse
- Rutiner för att hantera klagomål

Medicinskt ansvarig läkare ansvarar för:

- Uppföljning av medicinska avvikelser
- Verksamhetens anmälningsskyldighet enligt 3 kap, 5 § PSL (Lex Maria)
- Leda arbetet med händelse- och riskanalyser avseende på patientsäkerhet
- Arbeta övergripande med att utveckla patientsäkerhet och kvalitet
- Hantera medicinska klagomål

Verksamhetschefen ansvarar för:

- Rutiner och delegering
- Information till patienter om vårdskada har inträffat
- Kontakt i patientärenden

Kvalitetsledningsgruppen ansvarar för:

- Att egenkontroller genomförs på samtliga delar av verksamheten
- Hålla sig ajour med utvecklingen inom området och uppdatera rutiner och riktlinjer för att ytterligare förbättra patientsäkerheten.
- Följa upp avvikelser och redovisa dessa för ledningsgrupp och på APM

All personal ansvarar för:

- Att utföra sitt arbete enligt vetenskap och beprövad erfarenhet
- Arbeta enligt verksamhetens rutiner och processer

Rutiner för egenkontroll samt vilken egenkontroll som genomförts under året

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2 §, 7 §, 8 §, 7 kap. 2 § p 2, PSL 2010:659, 3 kap. 10 §

Under året har följande egenkontroller genomförts:

- Kontinuerlig kundenkät
- Genomgång av journaler

Egenkontrollerna har genomförts enligt följande rutiner:

- Systematisk journalgranskning i journalsystemet Take Care. Två gånger per

år granskas ett större antal journalöppningar för några utvalda medarbetare.

- Statistik kring kundnöjdhet tas fram löpande. Statistiken presenteras för ledningsgruppen.

Utvärdering av egenkontrollerna:

- Avvikelser vad gäller journalöppningar följs upp med berörd personal.
- Utfallen på kundenkäterna hjälper oss att prioritera i vårt förbättringsarbete.
- Genom löpande uppföljning kan vi snabbt upptäcka trendförändringar och analysera dessa.
- Förbättringsåtgärder tas fram, presenteras för ledningsgruppen som beslutar om prioritering.

Kvalitetsregister

Patientsäkerheten följs upp genom deltagande i relevanta nationella kvalitetsregister.

Vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

- Kontinuerliga möten med medicinskt råd
- Förbättring av AI-journalföring – Tandem
- Implementering samt utbildning av ledningssystem Centuri
- Implementering och certifiering av ISO14001
- Regelbunden kontroll av journalskrivning
- Genomgång av avvikelser är en stående punkt på arbetsplatsträffar
- Individuell uppföljning av eventuella avvikelser
- Information till patienter sker skriftligt genom standardiserat informationsmaterial, muntligt med stöd av checklista och via vår hemsida
- Individuell introduktion av nya medarbetare
- Mötet med patienten sker på begriplig svenska
- Patienten har möjlighet att läsa sin journal via inloggning på 1177
- All personal ansvarar för att rapportera avvikelser i verksamheten, vilka sedan följs upp på arbetsplatsmöten.
- Ständigt förbättringsarbete pågår med all personal involverad
- Information och uppföljning kring läkemedelsförskrivning för att öka följsamheten till Kloka Listan.
- Fördjupat samarbete med Stockholmssjukhem avseende fysio- och arbetsterapeuter.

Utbildning

Under året har följande utbildningar genomförts:

- HLR
- Konferens för all personal med fokus på förbättringsarbete och utveckling
- Utbildning, implementering samt certifiering av ISO14001
- Utbildning och implementering av ledningssystem och avvikelssystem, Cenruri
- Utrymning och brandövning

Rutiner för att identifiera risker i verksamheten

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Årlig riskanalys över befintlig verksamhet utarbetas i projekt- grupp och presenteras för ledningsgrupp där beslut fattas.

Vid nya projekt och investeringar görs riskanalys av ledningsgruppen och presenteras för styrelsen.

I vårt ledningssystem finns ett webbaserat avvikelssystem, där vår personal rapporterar risker, avvikelser och förbättringsförslag. Vår kvalitetsansvarige får information när något inrapporterats. Avvikelsena går igenom och åtgärdas efter ärendets natur.

Sammanfattning över avvikelserna tas upp på arbetsplatsmöten, med efterföljande diskussion för att uppnå en förbättring eller förändring av befintliga rutiner.

Under år 2025 utfördes en generell riskanalys som ingår som en del av det systematiska förbättringsarbetet. Genom vårt avvikelssystem fångar vi upp risker som kräver rutinförändringar eller en annan åtgärd för att den inte ska upprepas. Varje rapporterad avvikelse riskbedöms i samband med handläggningen avseende allvarlighetsgrad och sannolikhet för upprepning. Vid allvarlig avvikelse som medfört risk för eller patientskada görs en anmälan enligt lex Maria till IVO innehållande en händelseanalys. Utifrån analyserna görs handlings-/aktivitetsplaner som följs upp av medicinskt ansvarig läkare/verksamhetschef.

Tvärfunktionella möten mellan fysioterapeut, naprapat och ortoped för att identifiera eventuella risker i behandling. På arbetsplatsmöten tas rutiner, policys samt förbättringsarbeten upp. Genomföra och följa upp kundenkäter i förbättringssyfte.

En riskanalys omfattar följande:

- tidsplan för genomförandet
- identifiering av risker i en process
- riskvärdering
- identifiering av bakomliggande orsaker
- åtgärder för att förebygga negativa händelser

Rutiner för händelseanalyser

SFS 2010:659, 3 kap. 3§

Vi använder oss av Socialstyrelsens riktlinjer enligt handbok "Händelse- och riskanalys"

Under år 2025 uppstod inget behov i verksamheten av utredning av händelse- och riskanalys.

I vår organisation finns en kvalitetsansvarig som utreder eventuella händelser tillsammans med berörd personal och MAL. Vid behov involveras patient. Ytterst ansvarig är MAL

Informationssäkerhet

HSLF-FS2016:40, 7 kap. 1§

Inom vården hanteras stora mängder information. Kraven gällande hantering av personuppgifter regleras via dataskyddslagar samt patientdatalagar. Känsliga uppgifter som rör enskilda personer måste skyddas mot både förlust och obehörig åtkomst. Dagens informationssystem innebär en ökad risk för intrång av obehöriga. Därför är det viktigt med krav på säkerhetslösningar vid upphandling, utveckling och användande av informationssystem. Det är också viktigt med regel- bundna kontroller att de krav som finns på säkerhet efterlevs.

Vi har ett dataskyddsombud, vars uppgift är att se till att alla i verksamheten följer lagstiftningen. Rapportering och uppföljning av kontroller sker till ledningsgrupp.

Dataskyddsombudet ansvarar även för information och utbildning av personal och konsulter. En utvärdering har gjorts årligen avseende vår följsamhet till GDPR.

Utvärderingen har lett till en handlingsplan bestående av ett antal förbättringspunkter. Strukturerad journalgranskning har genomförts löpande under året. Granskningarna används för att identifiera förbättringsområden.

ABC Ortopedi har en policy för personuppgiftsbehandling med tillhörande riktlinjer. Verksamheten använder regionens eget journalsystem Take Care. Riskanalyser och utvärdering har gjorts av ABC Ortopedi. Inloggning i systemen sker med SIHTS-kort vilket anses som en stark autentisering. Det finns rutiner för både tilldelning, begränsningar och borttag av behörigheter. Alla medarbetare är medvetna om att händelser som påverkar informationssäkerhet/personuppgifter ska rapporteras i vårt avvikelssystem. Vid behov kopplas affärsområdets dataskyddsombud in för bedömning om avvikelser ska rapporteras till Datainspektionen. Vi genomför regelbundet loggkontroll av obehörig insyn i patientjournaler (SALA). Kontrollen genomförs löpande.

Uppföljning av loggar sker genom stickprovskontroller. Under 2025 har 4 st kontroller

abc ortopedi

genomförts. Vid varje tillfälle väljs 20 slumpmässiga patientjournaler ut vid varje granskning. I dessa kontrolleras de anställda som har öppnat journalen i vilket syfte detta har gjorts.

Loggutdragen granskas för att kontrollera om någon obehörig har tagit del av patientuppgifterna. Eventuella avvikelser rapporteras till ledningsgruppen. Vid dessa 4 kontroller har inga avvikelser rapporterats.

PSL 2010:659 3 kap. 4 §

Samverkan mellan patienter och närstående är viktig i patientsäkerhetsarbetet. För att säkra detta lägger ABC Ortopedi stort fokus vid bemötande, information och tillgänglighet. Vi tar

tillvara patienters synpunkter och klagomål i en patientenkät via Doktrin. I Doktrin har alla patienter som chattar med oss möjlighet att lämna sin feedback på ett standardiserat sätt så att vi sedan kan dra nytta av informationen.

Vi hanterar, analyserar och besvarar myndighetsärenden från patientnämnden, LÖF och IVO. Synpunkter och klagomål besvaras, samt diskuteras på medicinskt råd samt ledningsgrupp och kliniken i stort.

Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS: 2011:9,4 kap. 6 §

Samverkan med remittenter genom personligt besök av MAL. Vi har utarbetat en lathund till remittenter samt behandlingskompendium med kriterier kring remisser med syfte att LEON-principen skall följas.

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. Egenkontrollen kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella och regionala uppgifter.

Patientsäkerhetsavvikelser

Vi har systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem fungerar som önskat. Till exempel genomför vi årligen miljörevision, mätning av följsamhet av de basala hygienrutinerna, samt mätningar av patientnöjdhet.

abc ortopedi

Medicinskt råd

Vi träffas cirka tre till fyra gånger per år för ökat fokus på vårt kvalitetsarbete. Där ingår MAL;ar för barnortopedi, vuxenortopedi men också specialistortopedier från Nya Karolinska sjukhus, St:Görans sjukhus, Södertäljsjukhus, Danderydsjukhus, Huddingesjukhus samt VC och vår kvalitetssamordnare som håller ihop dagordning och protokoll.

Basala hygienrutiner

Korrekt basal hand-och klädhygien ska tillämpas av all vård-och omsorgspersonal vid vård, undersökning och behandling eller annan direktkontakt med person där vård och omsorg bedrivs. Detta oberoende av vårdgivare och vårdform och om det finns känd smitta eller inte (SOSFS 2015:10). Syftet med basala hygienrutiner och klädregler är att förhindra smittöverföring inom vård och omsorg.

Kontroll av lagefterlevnad

Årligen kontrolleras hur verksamheten följer relevant vårdlagstiftning. Årets egenkontroll visade att vi följer all relevant vårdlagstiftning och har fungerande arbetssätt och rutiner för det som krävs.

Hälsa- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet/klagomål och synpunkter

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

Personalens rapporteringsskyldighet underlättas av vårt webbaserade avvikelssystem, Centuri. Där kan de följa ärendet och får information om när det är avslutat. I systemet redovisar vi direkta åtgärder och långsiktigt plan för att undvika liknande situation igen.

Kvalitetsansvarig tar hand om alla inkommande ärenden. De som inte löses av kvalitetsansvarig fördelas till rätt instans.

Synpunkter och klagomål kan komma från olika kontaktvägar. Tex:

- Direkt till personal på mottagningarna vid personliga besök
- Via mail eller telefon
- Via försäkringsbolag
- Via patientnämnden eller IVO
- Via 1177 Vårdguiden

Alla synpunkter och klagomål förs in i vårt avvikelssystem för uppföljning.

Utfall 2025

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

En sammanställning av inkomna ärenden och klagomål görs årligen i samband med

abc ortopedi

upprättande av kvalitets-och patientsäkerhetsberättelsen. Varje månad tas patientärenden upp på APT, medicinskt råd och vi har även som mål att de ska tas upp i ledningsgruppen för vidare hantering.

Samlad analys av klagomål/synpunkter med antal avvikelser per kategori:

Kategori	År 2025
Administration	18
Arbetsmiljö	6
Olycka/Tillbud	0
Patientavvikelse	10
Vårdskada	0
GDPR	0
Klagomål	51
Förbättringsförslag	40

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Vid enkätundersökningar bland patienter erbjuds en möjlighet för både patient och närstående att lämna förbättringsförslag. De förslag som eventuellt inkommer tas upp på arbetsplatsmöten för diskussion.

Genomförda större förändringar under 2025

- Förbättring av taligenkänning, journalföring och införde via Tandem
- Implementerat samt utbildning av personal i ledningssystem
- Implementation samt certifiering av ISO14001
- Ökat mottagningens öppettider till lördagar för ökad patient tillgänglighet
- Daglig uppstartsmöte för samtlig personal
- Onboarding dokument samt utbildning för all nypersonal

Mål och strategier för 2026

Kvalitetsmål:

- Utvärdera växel för att öka tillgänglighet och förbättra möjligheterna till videosamtal med patienter
- Genomföra internutbildning av all personal för bättre kunskapsförmedling.
- 1 internutbildning per kvartal eller liknande.
- Minska antalet patientklagomål med 20%
- Öka personalens engagemang vad gäller inrapportering av avvikelser samt förbättringsförslag
- Fortsatt utveckling av standardiserade arbetssätt