
Kvalitets-, miljö och patientsäkerhetsberättelse

År 2022

Datum och ansvariga för innehållet:

2023-02-28



Edin de Bri
Medicinskt ansvarig läkare



Carin Ivarsson
VD/Kvalitetsansvarig

INLEDNING

Kvalitets-, miljö- och 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.

Patientsäkerhet är en av de viktigaste delarna av vårt miljö- och kvalitetsarbete. Vi har därför valt att redovisa det i en gemensam sammanställning.

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

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

HÅLLBARHETSPOLICY

Syftet med denna policy är att ge vägledning till samtliga medarbetare i hur hållbarhetsarbetet skall bedrivas och vilka värderingar DBI Vård & Hälsa står för. Hållbarhetsarbetet ska ha en tydlig koppling till verksamheten och de värdeskapande processerna inom företaget.

BAKGRUND

DBI vill bidra till en hållbar utveckling. DBI har som ledande princip att aktivt och ansvarsfullt bidra till en hållbar utveckling genom att affärsverksamheten ska bedrivas på ett sätt som upprätthåller DBIs värderingar, visar respekt för människor, samhälle och miljö/naturresurser.

Detta sker genom att:

- ta miljöhänsyn i samtliga beslut och handlingar
- ta miljöhänsyn vid val av material, produkter och leverantörer samt läkemedel
- följa de miljöregler och krav som finns för vår verksamhet
- minimera negativ miljöpåverkan från vår verksamhet
- genomföra miljökonsekvensbedömningar inför större beslut och investeringar

RIKTLINJER

Huvudprinciper

DBI har definierat följande huvudprinciper, baserade på SS ISO 26000:2010 standarden för socialt ansvarstagande och FN i initiativet

Global Compact, inom hållbarhetsområdet:

- Ansvar
- Transparens
- Etiskt uppträdande
- Respekt för intressenters intresse
- Respekt för rättsstatens principer
- Respekt för internationella uppförandenormer
- Respekt för de mänskliga rättigheterna

Strategi för hållbarhetsarbetet

Den strategiska inriktningen för DBIs hållbarhetsarbete ska av styrelsen fastställas baserad på ledningens strategiska planering och affärsplaneringsprocesser.

HÅLLBARA ANSVARSOMRÅDEN

Fem viktiga områden för en hållbarhetspolicy:

- Åtagande om att förebygga och minska miljöpåverkan
- Åtagande om att bidra positivt till samhället
- Åtagande om att överensstämme med relevanta lagkrav
- Åtagande om att ständigt förbättra hållbarhetsprestanda
- Försäkran om att policyn kommer att implementeras och kommuniceras

EKONOMISKT ANSVAR

För DBI är det en grundläggande princip att bedriva en ansvarsfull verksamhet med en sund och balanserad ekonomi. Företaget undviker ekonomiska beslut som innebär risker för företagets långsiktiga överlevnad.

Självklart motarbetar företaget aktivt alla former av mutor, bestickningar och korruption som kan påverka affärsrelationer.

Inom branschen verkar DBI för sund, ärlig och öppen konkurrens. Företagets information ska alltid vara tydlig, transparent och aldrig medvetet vilseledande.

MILJÖANSVAR

DBI ska proaktivt sträva efter att minska miljö- och hälsorelaterade risker från verksamheten och de produkter och tjänster som företaget tillhandahåller. I första hand genom att förebygga uppkomst av föroreningar och i andra hand minimera negativ miljöpåverkan.

SAMHÄLLSANSVAR (CSR)

Vi strävar efter att skapa god hälsa och välbefinnande oberoende om det är för anställda, kunder, ägare eller andra intressenter. Det gör vi genom att integrera miljöhänsyn och socialt ansvar i vår verksamhet

Vi tar ansvar för hur vi påverkar samhället:

- Miljömässigt
- Ekonomiskt
- I ett socialt perspektiv

Vi tar avstånd från:

- Korruption
- Mutor
- Bestickning
- Penningtvätt

LAGSTIFTNINGSANSVAR

DBI ska efterfölja miljölagstiftning, avtal, säkerhetskrav och andra bindande krav och bestämmelser.

LEVERANTÖRSANSVAR

Långsiktiga och hållbara leverantörsled är en viktig del av ett hållbart företagande. Vi väljer och utvärderar våra leverantörer utifrån kvalitet, leveranssäkerhet, hållbarhet och kostnad. Där så går väljer vi närproducerade produkter för att minimera transportsträckorna.

ARBETSGIVARANSVAR

DBI ska inom ramen för arbetsgivaransvaret säkerställa en god organisatorisk och social arbetsmiljö och en trygg och säker arbetsplats.

Företaget ska verka för en god balans mellan arbete och privatliv för företagets medarbetare.

Tydliga och väl kommunicerade riktlinjer och policyer gällande jämställdhet och mångfald skall finnas.

Individuella kompetensutvecklingsplaner utformas tillsammans med medarbetarna.

KUND OCH KVALITETSANSVAR

Kundrelationen och kunders behov skall alltid stå i centrum. En hög grad av transparens, dialog och tydlighet skall präglade DBIs relationer med kunder.

Klagomålshantering ska vara effektiv, grundlig och skötas med omsorg. Ett ständigt förbättringsarbete avseende kvalitetsarbetet är ett

fokusområde som skall prioriteras.

UPPFÖLJNING OCH RAPPORTERING

Ledningen i DBI ska följa upp arbetet utifrån policyn årligen i samband med årsredovisningen samt genom internkontroll. I arbetet ingår att utveckla ett systematiskt arbetssätt för uppföljning.

ANSVAR

Företagets chefer ansvarar för att alla anställda inom bolaget är förtrogna med företagets Hållbarhetspolicy.

Det ligger på individens ansvar att följa den. Alla medarbetare har en skyldighet att tillsammans verka för att skapa och upprätthålla ett hållbart företagsklimat.

Kontaktpersoner

Funktion	Namn	Telefonnummer	E-post
CSR-ansvarig	Carin Ivarsson	010-330 30 14	carin@dbivard.se

KVALITETSPOLICY

BAKGRUND

DBIs Kvalitetspolicy är framtagen på uppdrag av företagets styrelse och är ett dokument med riktlinjer avseende kvalitet och faktorer som påverkar kvaliteten. Alla inom företaget förväntas följa policyn, såväl anställda, konsulter som styrelsemedlemmar.

SYFTE

Målet med företagets kvalitetsarbete är nöjda kunder. Företagets namn skall vara förknippat med hög kvalitet vad gäller personal, produkter/tjänster och kundservice.

RIKTLINJER

Ledningen skall sätta klara kvalitetsmål som kommuniceras, följs upp och revideras regelbundet. Som hjälpmedel i kvalitetsarbetet använder företaget den internationella kvalitetsstandarden ISO 9001.

KUNDTILLFREDSSTÄLLELSE

Vår främsta framgångsfaktor är nöjda kunder. Därför utgår vi från:

- vad som är bäst för kunden/patienten på lång sikt
- är vi alltid samarbetsvilliga när det gäller våra kunder/patienter

-
- visar vi upp vårt kunnande och ger ett kompetent intryck i kundens/patientens ögon
 - tillhandahåller vi säkra, tidsbesparande, lättanvända och prisvärda produkter/tjänster

MEDARBETARTILLFREDSTÄLLELSE

En god och produktiv arbetsmiljö är en framgångsfaktor. Därför

- arbetar samtliga medarbetare som ett lag där vetskap finns om den individuella arbetsinsatsens betydelse för helheten
- tillgängliggörs kritisk information i syfte att arbete skall utföras med kvalitet och framgång
- uppmärksammar och bekräftar vi framgång samt belönar framgång
- tillser vi att rätt person är på rätt plats genom välplanerad rekrytering och vidareutbildning
- följer vi vår värdegrund

ÄGARTILLFREDSTÄLLELSE

Nöjda ägare och värdeutveckling är en framgångsfaktor då det säkerställer företagets fortbestånd och tillväxt. Därför

- ansvarar alla medarbetare för företagets långsiktiga överlevnad
- är målbilden klar och kommunicerad
- når vi alltid de uppställda målen

SAMHÄLLE

Företaget ingår i ett större sammanhang. Därför

- följer vi de lagar och förordningar som råder men även i företagets etiska regler och policys
- har vi kretsloppsbegreppet i åtanke vid beslut
- minimerar vi negativ påverkan på luft, vatten och mark
- minimerar vi förbrukning av vatten och energi

STÄNDIGA FÖRBÄTTRINGAR

Vår omvärldsmiljö och affärsidé kräver ständiga förbättringar i genomförandet. Därför:

- baserar vi våra beslut på fakta och mätningar
- förbättrar vi kontinuerligt vårt kvalitetsledningssystem
- gör vi rätt saker i rätt tid och på rätt sätt
- arbetar vi proaktivt med att förebygga problem och risker
- engagerar vi medarbetare och andra intressenter i det dagliga förbättringsarbetet i syfte att öka kundtillfredsställelsen

sen

MILJÖPOLICY

BAKGRUND

Med miljö menas omgivning där organisationen verkar, omfattande luft, vatten, mark, naturresurser, flora, fauna, människa och samspelet mellan dessa (enligt ISO 14001). Verksamheten ska präglas av ett förebyggande och återkommande miljöarbete, och ses som en ständigt pågående förbättringsprocess.

SYFTE

Denna policy riktar sig till företagets medarbetare och syftet är att beskriva företagets miljöarbete utifrån vilka områden i arbetet som är viktiga med exempelvis vem som har ansvar för vad, vilka mål som finns för företagets miljöarbete och vilken struktur miljöarbetet har.

RIKTLINJER

Principer och krav

En av principerna är utbytesprincipen, exempelvis att sämre teknik kontinuerligt byts ut mot bättre, mer miljöanpassad. Försiktighetsprincipen ska styra val av verksamheter som innebär stora risker och kretsloppsprincipen ska följas. Här ligger principen om avfallshierarkin till grund, vilken i sin tur grundar sig på EU:s ramdirektiv för avfall.

Lagar, föreskrifter och andra krav som är tillämpliga för verksamheten ska följas.

De föroreningar som verksamheten förorsakar, skall ständigt reduceras och nya föroreningar skall förebyggas.

MILJÖARBETE

Mål skall årligen sättas och omprövas. Mätning och redovisning görs regelbundet och utgör underlag för förbättringsarbetet.

Löpande miljöarbete

Miljöarbetet ska redovisas och dokumenteras väl så att det går att följa upp och tydligt utvärdera genom jämförelse med tidigare miljöutredningar.

Tydliga, regler, riktlinjer och rutiner ska tas fram för att samtliga medarbetare kan fatta så miljövänliga beslut som möjligt.

Miljöarbetet ska ingå i det dagliga arbetet och hänsyn till miljön ska tas vid varje beslut så att man verkar för en hållbar utveckling i samhället.

Verka för att vårt miljötänkande föregår med gott exempel mot våra

kunder och leverantörer där målet är att så många som möjligt av företags leverantörer har ett aktivt miljöarbete.

Verksamheten ska ha ett nära samspel med kunder och övriga intressenter i miljöfrågor och på så sätt arbeta utifrån miljöhänsyn i alla led. Det ska bedrivas ett internt miljöarbete som leder till ständiga förbättringar.

Affärsverksamheten ska bedrivas så att möjligheter och risker beaktas utifrån ett miljöperspektiv.

Kompetens

Personalen ska vara miljökunnig och ha en kontinuerligt pågående kompetensutveckling, som är relevant utifrån hur företagets verksamhet påverkar miljön.

Företaget ska ha ett utbildningsprogram för hur kompetensen på miljöområdet ska bibehållas samt utvecklas.

Resursanvändning

Tjänster och produkter ska vara anpassade för miljön med en resursnål produktframställning.

Alla led, råvaru- och produktförbrukning, transporter och avfall, ska hanteras på ett så miljövänligt sätt som möjligt.

Avfallsfrågan ska hanteras i linje med den så kallade avfallshierarkin.

Kemikalier ska i möjligaste mån undvikas och vi jobbar utifrån utbytesprincipen som handlar om att byta farliga kemikalier mot likvärdiga som är mindre farliga.

Klimatpåverkan

Arbetsplatser och lokaler ska vara miljövänliga och hushålla med energi och resurser, både när det gäller den inre som den yttre miljön.

Resor och transporter ska i möjligaste mån ske med miljövänliga alternativ för att minimera klimatpåverkan.

Företaget ska ha en modern och energisnål teknikpark samt all förnyelse av teknisk utrustning ska leda till en ständig uppgradering mot miljövänligare teknik.

Elektroniska möten ska ersätta fysiska när detta är möjligt utan att kvaliteten blir lidande.

Genomförande och uppföljning

Miljöarbetet är en pågående process, en miljöutredning bör göras som sen utmynnar i en miljöredovisning vilken ligger som underlag för en handlingsplan. Processen kan utformas enligt följande punkter:

- Hur ser vi på miljön?
- Vad är våra miljömål?

-
- Hur går vi tillväga?
 - Hur ser företagets miljöpåverkan ut?
 - Vad ska göras för att minska miljöpåverkan?

Uppföljning av miljöarbetet görs årligen medan en ny utredning av miljöarbetet görs vart tredje år.

ANSVAR

Cheferna ska ansvara för att medarbetarna är informerade om vad policyn innebär och ge personalen möjlighet att efterleva den. De ska också ha som mål att få medarbetarna att känna ansvar och verka för förebyggande miljöarbete. Medarbetarna ska uppmanas att bidra med kreativa lösningar inom miljöområdet. Yttersta ansvaret ligger hos styrelsen/ledningen.

PATIENTSÄKERHET

Hos DBI Vård & Hälsa är patientsäkerheten den viktigaste delen i organisationen och i vårt arbetssätt. Våra patienter vet vem av våra läkare som är sk PAL, dvs patientansvarig läkare. Vi arbetar med obrutna vårdkedjor och samarbetar med övriga professioner för att patienten inte ska behöva riskera att "falla emellan". För oss innebär att arbeta med patientsäkerhet ett sätt att utveckla verksamheten och sätta patientens behov i fokus.

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

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.

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
- ❖ Patientsäkerhetsfrågorna i lagstiftningen
- ❖ Ledningssystem anpassat till verksamheten

- ❖ Systematiskt patientsäkerhetsarbete genom att:
 - Planera, leda och kontrollera verksamheten
 - Arbeta förebyggande för att minska risken att patienter drabbas av vårdskador
 - Dokumentera hur det organisatoriska ansvaret för patientsäkerhetsarbetet är fördelat.
 - 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 §

Under året har följande egenkontroller genomförts:

- ❖ Kontinuerlig kundenkät
- ❖ Specifikt riktad enkät till dagkirurgiskt opererade patienter.
- ❖ Genomgång av journaler

Egenkontrollerna har genomförts enligt följande rutiner:

- ❖ Systematisk journalgranskning i journalsystemet Take Care. Varje kvartal granskas ett större antal journalöppningar för några utvalda medarbetare. Under kalenderåret skall samtliga medarbetare ha ingått i en granskning vid minst ett tillfälle.
- ❖ 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.

WHO:s checklista

- ❖ WHO:s checklista vid operationer används rutinmässigt vid samtliga ingrepp.

Kvalitetsregister

Patientsäkerheten följs upp genom deltagande i relevanta nationella kvalitetsregister samt mätning av vårdrelaterade infektioner. Vi rapporterar in till följande kvalitetsregister

- ❖ Svenska Korsbandsregistret
- ❖ Riksfot – Svenska fotkirurgiska registret
- ❖ HAKIR – Handkirurgiskt kvalitetsregister

Vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

- ❖ Regelbunden kontroll av journalskrivning
- ❖ Genomgång av avvikelser är en stående punkt på arbetsplats-träffar
- ❖ 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.

Utbildning

Under året har följande utbildningar genomförts:

- ❖ HLR
- ❖ Konferens för all personal med fokus på förbättringsarbete och utveckling
- ❖ Utbildning inom ISO14001 samt ISO9001 för kvalitetsansvarig

Rutiner för att identifiera risker i verksamheten

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

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.

- ❖ Årlig riskanalys över befintlig verksamhet utarbetas i projektgrupp och presenteras för ledningsgrupp där beslut fattas.
- ❖ Vid nya projekt och investeringar görs riskanalys av lednings-

gruppen och presenteras för styrelsen.

- ❖ 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

Under år 2022 utfördes en riskanalys:

- ❖ Utökning med ytterligare en operationssal

Rutiner för händelseanalyser

SFS 2010:659, 3 kap. 3§

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

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

Under år 2022 uppstod inget behov i verksamheten av utredning av händelse- och riskanalys.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 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 regelbundna 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.

Uppföljning av loggar sker genom stickprovskontroller. Under 2022 har 4 st kontroller 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.

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 med kriterier kring remisser med syfte att LEON-principen skall följas.

Samverkan sker även med leverantörer av medicinteknisk utrustning för att garantera att personal har korrekt utbildning för använda utrustningen.

Strålskyddssäkerhet

Vi följer kraven enligt SSMFS 2018 gällande strålskyddssäkerhet.

Berörd personal får regelbunden utbildning i Strålskyddssäkerhet. Utbildningen sker vid nyanställning samt var tredje år för all personal på enheten. Senaste utbildning genomfördes 2020.

Röntgenutrustningen kontrolleras regelbundet av anlitat medicintekniskt företag. Senaste kontrollen utfördes i september 2022.

- Se bilaga - Protokoll – Årligt strålsäkerhetsmöte C-båge

Hälso- 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. Där kan de följa ärendet och får information om när det är avslutat. I systemet redovisar vi direkta åtgärder och långsiktigt

plan för 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:

- ❖ 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 2022

Antal avvikelser per kategori:

	2022	2021	2020	2019	2018
Administration	24	59	80	53	12
Arbetsmiljö	7	3		2	1
Olycka/Tillbud	1	2	2	3	1
Patientavvikelse	48	23	17	10	15
Vårdskada	7	9	8	6	4
GDPR	6	1	12		
Klagomål	15	9	8		
Leverantörsavvikelse	21	5	1		
Miljöavvikelse	1				
Förbättringsförslag	24				

SAMMANSTÄLLNING OCH ANALYS

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §

Statistik tas fram direkt ur avvikelssystemet uppdelat på olika slags avvikelser:

- ❖ Vårdskada
- ❖ Klagomål
- ❖ Arbetsmiljö
- ❖ Administration

❖ Miljöavvikelse

Under året har införts möjlighet att lämna förbättringsförslag på Whiteboards på respektive mottagning.

På Intranätet har en Att Göra lista lagts till där förbättringsförslag läggs in för att underlätta för alla att se vad som är under utredning och status på ärendet.

Rapporter från kundnöjdhetenkäter och avvikelsesystem i form av statistik med avvikelseanalys presenteras för ledningsgruppen och är en punkt på ledningsmöten. Dessutom tas det upp på arbetsplatsmöten för diskussion om förbättringsarbete. Beslut tas om åtgärder, vilka sedan följs upp på kommande möten.

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.

RESULTAT

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Postoperativa infektioner

Antal operationer 2022: 2 281 st (2021: 1 695 st)

Antal postoperativa infektioner: 17 st (0,7%) (2021: 9 st (0,5%))

Patientanmälan

Under 2022 har totalt 12 st (2021: 7 st) ärenden inkommit från LÖF, varav 6 st avsåg ärenden där patienten uppgett att skadan uppstått på annan klinik.

IVO

Under 2022 har en anmälan inkommit till IVO

Lex Maria

Under 2022 har inget ärende anmälts enligt Lex Maria

Socialstyrelsen

Under 2022 har inget ärende har inkommit till Socialstyrelsen

Patientnämnden

Under 2022 inkom ett ärenden från Patientnämnden (2021: 2 st).
Ärendet är under handläggning.

Följsamhet till Kloka Listan utan tillägg

	2022	2021	2020	2019	2018
DU90%	62%	60%	49%	55%	40%

GENOMFÖRDA FÖRÄNDRINGAR UNDER 2022

- Taligenkänning införd
- Kallelser till mottagning och operation skickas via Kivra
- Ny hemsida med mer och förbättrad information till patienter
- Samtliga patienter blir uppringad inför operation för säkerställa att de har all information de behöver

MÅL OCH STRATEGIER FÖR 2023

Kvalitetsmål:

- Byte av växel för att öka tillgänglighet och förbättra möjligheterna till videosamtal med patienter
- Genomföra internutbildning av all personal för bättre kunskapsförmedling.
- Införa ärendehanteringssystem
- Öka personalens engagemang vad gäller inrapportering av avvikelser samt förbättringsförslag

Miljömål:

- Utbildning av läkemedelsförskrivare
- Fortsatt arbete med att minimera användandet av kemikalier
- Minska användandet av läkemedel med negativ miljöpåverkan.
- Öka följsamheten till Kloka Listan
- Öka våra digitala tjänster för att minimera utskrifter och brev
- Utbildning brand samt HLR

Patientsäkerhetsmål:

-
- Utveckling av egen app för säker kommunikation med patienter
 - Förbättrad information till våra patienter, främst genom vår hemsida och 1177 Vårdguiden.
 - Fortsatt utveckling av standardiserade arbetssätt
 -

Bilaga:
Protokoll – Årligt strålsäkerhetsmöte C-båge