

# Patientsäkerhetsberättelse för

Stockholms  Ögonklinik

2017

Stockholm

2018-02-14

Marie Johansson, verksamhetschef

Christina Kollin, kvalitetschef

---

## **Innehållsförteckning**

<b>SAMMANFATTNING</b>	<b>1</b>
<b>ÖVERGRIPANDE MÅL OCH STRATEGIER</b>	<b>1</b>
<b>ORGANISATORISKT ANSVAR FÖR PATIENTSÄKERHETSARBETET</b>	<b>2</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>4</b>
<b>RISKANALYS</b>	<b>4</b>
<b>HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSPERSONALENS RAPPORTERINGSSKYLDIGHET SAMT PERSONALENS KLAGOMÅL OCH SYNPUNKTER PÅ KVALITETEN</b>	<b>5</b>
<b>HANTERING AV KLAGOMÅL OCH SYNPUNKTER FRÅN ANDRA ÄN PERSONAL</b>	<b>5</b>
<b>SAMVERKAN MED PATIENTER OCH NÄRSTÅENDE</b>	<b>5</b>
<b>RESULTAT</b>	<b>5</b>
<b>ÖVERGRIPANDE MÅL OCH STRATEGIER FÖR KOMMANDE ÅR</b>	<b>5</b>

## Sammanfattning

Stockholms Ögonklinik innefattar verksamhet på Odengatan 1, Valhallavägen 58 samt Valhallavägen 91.

Risker för vårdskador identifieras genom att medarbetare rapporterar inträffade risker, tillbud eller negativa händelser till Stockholms Ögonklinikens interna avvikelssystem.

Synpunkter och klagomål från patienter hanteras i första hand av all personal i verksamheten. Vid problem som ej går att lösa på plats tillkallas enhetschef som tar över ärendet. Patient lämnar en skriftlig framställan till verksamhetschef om patient vill driva ärendet vidare. Nedtecknad handlingsplan vid kundklagomål finns på kliniken.

## Övergripande mål och strategier

### **Kvalitetspolicy**

Kvalitetspolicyn är det centrala styrande dokumentet för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet vid Stockholms Ögonklinik. Policyn beskriver ledningens visioner och åtaganden och är vägledande vid fastställande av kvalitets- och patientsäkerhetsmål. Alla anställda ska känna till innebörden av policyn. Kvalitetspolicyn visas på hemsidan.

Vår kvalitetspolicy är god service och vård med ett individuellt omhändertagande baserad på engagerade, kunniga och effektiva medarbetare i en lärande organisation som fokuserar på att hitta systemfel som bas för ständiga förbättringar utan att leta efter syndabockar.

Vår etiska värdegrund är: Erfarenhet, tillgänglighet, respekt och hög kvalitet

<b>Erfarenhet</b>	Bygger på professionalism, kompetens och ansvar
<b>Tillgänglighet</b>	Är att få svar på telefon och e-mail relativt omgående. Att lyssna och ha tid för patienten.
<b>Respekt</b>	Diskretion och sekretess i fråga om relation med patienten. Visa omtanke, värme och respekt.
<b>Hög kvalitet</b>	Vi strävar efter högsta kvalitet genom välutbildad personal som arbetar med säkra och beprövade behandlingsmetoder.

Vi säkerställer kvaliteten och patientsäkerheten genom att:

- Patienten ska känna sig respekterad, delaktig, trygg och säker genom personalens bemötande och kompetens.
- Den medicinska vården och omvårdnaden bygger på vetenskap och beprövad erfarenhet och bedrivs efter vedertagna och dokumenterade vårdprogram.
- Patientens behov och upplevelse av vården mäts, utvärderas och redovisas fortlöpande i ett nöjdhetsindex.
- Övergripande kvalitetsmål är mätbara. Resultaten redovisas och återförs i verksamheterna
- Förslag och klagomål från patienter och personal lyfts fram och tas om hand i varje enskilt fall.
- Avvikelsehantering ingår naturligt i verksamheten.
- Läkare på Stockholms Ögonklinik är ackrediterade enligt Sophiahemmets ackrediteringsregler.
- Stockholms Ögonklinik rapporterar till Nationella Kataraktregistret och Cancerregistret.

## **Kvalitetsmål**

Kvalitetsmålen fastställs av högsta ledningen och utgår från kvalitetspolicyn samt kundkrav. Alla kvalitetsmål skall sättas så att de fortlöpande kan mätas. Kvalitetsmålen är inriktade mot ökad patientsäkerhet och patienttillfredsställelse.

Kvalitetsmål:

1. 95 % av patienterna ska vara nöjda med helheten av besöket.
2. 95 % av patienterna ska tycka att läkaren förklarar och informerar bra så att de förstår.
3. 95 % av patienterna ska vara nöjda med läkarbemötandet.
4. En nollvision om rapporterade postoperativa komplikationer gällande endoftalmiter.
5. Följsamheten till basala hygienregler och klädregler (BHK): att följsamheten ska bli 100 %.

## **Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet**

### **Patientsäkerhetsarbetet**

Patientsäkerhetslagen och föreskriften om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete är vägledande hos oss. Avvikelse och patientsäkerhetsfrågor ska behandlas regelbundet i samrådsgruppen och återkopplas till verksamheten vid läkar- och personalmöten. Alla medarbetare har ett ansvar i patientsäkerhetsarbetet bland annat genom att anmäla avvikelser och delta i förbättringsarbetet. Fastställande av kommande patientsäkerhetsmål som ingår i kvalitetsmålen utförs vid ledningens genomgång. Sammanställningen till den årliga patientsäkerhetsberättelsen utförs av verksamhetschef och kvalitetschef.

Övergripande ansvaret för patientsäkerhetsarbetet har högsta ledningen.

Alla verksamma på Stockholms ögonklinik har ett ansvar i patientsäkerhetsarbetet genom att kontinuerligt medverka i det systematiska kvalitetsarbetet genom att delta i framtagande och vidareutveckling av rutiner och metoder, risk och avvikelshantering, uppföljning av mål och resultat och att arbeta med förbättringsåtgärder.

Kliniken har representanter som deltar vid Sophiahemmets hygienmöten för att hålla sig uppdaterad på nyheter inom området.

All personal på kliniken ansvarar för att ta emot synpunkter eller kundklagomål och försöker lösa problemet. Personalen följer handlingsplanen som vi har upprättat vid kundklagomål. Verksamhetschef tar emot skriftliga klagomål för utredning/handläggning. All personal i verksamheten deltar i avvikelserapporteringen. På ett enkelt och effektivt sätt fångar vi upp avvikelser i samband med vård, behandling eller undersökning av patienter. Rapporter på anmälningspliktiga händelser, dvs händelser som skall rapporteras till myndigheterna, passerar verksamhetschefen genom närmaste chefen.

Vid avvikelserapporter som leder till anmälan enligt Lex Maria har verksamhetschefen ansvar för anmälningskyldigheten. En Lex Maria anmälan ska alltid innehålla en intern utredning som innefattar :

1. händelseförloppet,
2. omedelbart vidtagna korrigerande åtgärder,
3. identifierade orsaker till händelsen,
4. riskbedömning, dvs. sannolikheten för att liknande händelser ska inträffa igen och tänkbara konsekvenser,
5. händelser av liknande art som tidigare har inträffat i verksamheten, och
6. riskförebyggande åtgärder som vidtagits med utgångspunkt från riskbedömningen.

Vid postoperativ komplikation är ansvarige läkare anmälningspliktig och ansvarar för att den postoperativa komplikationen registreras digitalt i vårt avvikelssystem. Vid endoftalmit anmäler läkaren till Sophiahemmet AB samt till Nationella kataraktregistret. Vi anmäler även till Cancerregistret.

## Struktur för uppföljning/utvärdering

Alla uppsatta mål för Stockholms Ögonklinik övervakas genom mätning. Dessa mål finns sammanställda i en mätplan. Kvalitetschef ansvarar för att mätningarna genomförs enligt verksamhetens mätplan samt att resultaten behandlas vid ledningens genomgång

Avvikelse fångas upp i vårt interna avvikelssystem och utvalda avvikelser behandlas i samrådsgruppen.

De avvikelser som avser Sophiahemmet skickas vidare till Sophiahemmet och utreds där. Avvikelse som lett till vårdskada rapporteras till verksamhetschefen. Högsta ledningen beslutar om ärendet ska anmälas som Lex Maria.

### Nationella kataraktregistret och endoftalmitregistret

Alla gråstarrsoperationer rapporteras till Nationella kataraktregistret och vi rapporterar eventuella postoperativa endoftalmiter till endoftalmitregistret.

Vi följer detta också själva sedan många år.

Antalet rapporter till endoftalmitregistret

2012	2013	2014	2015	2016	2017
1	0	0	0	1	1

### Cancerregistret

Cancerregistret används för att kartlägga cancersjukdomars förekomst och förändringar över tiden. Det ska även utgöra en bas för forskning samt möjliggöra internationella jämförelser. Antalet rapporter till Cancerregistret. Rapporteringen görs av utsedd ansvarig läkare på kliniken.

2013	2014	2015	2016	2017
2	2	6	5	0

### Anmälda ärenden

Alla ärenden som anmälts till olika nämnder och instanser så som Patientnämnden, IVO, LÖF, ARN och SLF (= Svenska läkemedelsförsäkringen) handläggs av verksamhetschefen.

Antal ärenden

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Lex Maria	-	-	-	-	1	-	-	-
Patientnämnden	3	2	3	2	-	-	3	4
LÖF	4	5	1	8	3	7	4	13
ARN	-	-	-	2	-	-	-	-
SLF	-	-	-	-	1	-	-	-
Läkemedelsverket	-	-	-	-	-	-	1	8
IVO	-	-	5	1	1	2	3	12

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

- Deltar i Nationell mätning av efterlevnad av hygienrutiner och klädregler.
- Personal genomgår en webbaserad E-utbildning i basala hygienrutiner.
- Läkare genomgår en webbaserad E-utbildning gällande läkemedel och miljö.

## Uppföljning genom egenkontroll

Vi rapporterar till Nationella kataraktregistret. Vi jämför våra resultat med resultat från tidigare år och vi jämför oss också med andra kliniker.

Kundnöjdhet mäts via enkäter i landstingets regi och i vår egen. Resultaten följs och analyseras kontinuerligt. Vi går igenom materialet och förbättringar tas fram och förändringar genomförs.

## Samverkan för att förebygga vårdskador

Stockholms ögonklinik har ett nära samarbete med Medicintekniska enheten på Danderyds sjukhus. Alla medicintekniska inventarier dokumenteras i dataprogrammet Medusa. Där har ansvariga på Stockholms Ögonklinik en sammanställning över varje inventarie, när underhåll skall göras, när underhåll är gjort och ev anmärkningar.

Inom vår verksamhet sker nära samverkan mellan de olika processerna dvs mottagningen och operationsavdelningen. Samverkan tydliggörs genom de rutiner och instruktioner som finns för verksamheterna.

## Risakanalys

I den medicinska diagnostiken och behandlingen ingår att kontinuerligt göra riskanalys för de planerade åtgärderna på patienterna. Nyttan med en behandling skall alltid överväga riskerna.

Risakanalyser genomförs i samband med stora förändringar i verksamheten eller vid upprepade risker i verksamheten. Efter genomförd riskanalys ska beslut tas om vilka åtgärder som skall vidtas för att förebygga de identifierade riskerna. Uppföljning görs för att säkerställa om åtgärderna har haft avsedd effekt.

Fortlöpande bedömning av om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamheten sker genom bevakning av avvikelser och vid diskussioner i samrådsgruppen inom de olika verksamhetsområdena på kliniken. Verksamhetschef/enhetschefer ansvarar för och initierar att riskanalyser genomförs.

Verksamhetschef/enhetschefer är inom sitt ansvarsområde ansvarig för att informera om förändringar som kan leda till en miljöolycka eller patientsäkerhetsrisk och medverka till att riskanalys genomförs. Genomförda riskanalyser redovisas i samrådet och för andra berörda.

Stockholms Ögonklinikens riktlinjer för riskanalys och riskbedömning ska säkerställa

- att alla patienter/kunder erhåller en säker vård genom att riskanalyser görs i samband med större förändringar i verksamheten eller vid upprepade avvikelser och observerade risker.
- att riskanalys görs före ändringar som kan påverka arbetsmiljön.
- att riskanalys görs vid beslut om förändringar som kan påverka miljön.

En riskanalys eller riskbedömning kan göras

- när nya risker uppmärksammas, tex vid upprepade avvikelser
- vid införande av nya behandlingsmetoder
- vid införandet av ny utrustning eller ny teknik
- vid införandet av ny verksamhet
- vid organisationsförändringar
- vid ombyggnader och större lokalförändringar
- vid flyttning av verksamhet

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

I Stockholms Ögonkliniks kvalitetssystem finns en dokumenterad rutin för avvikelserrapportering med digitaliserad rapportering av avvikelser. Personalens idéer och förbättringsförslag hanteras i ett digitalt rapporteringssystem. Avvikelserrapportering sker i första hand till närmaste chef, därefter behandlas utvalda rapporter i samrådsgruppen. Rapporter på anmälningspliktiga händelser, d.v.s. händelser som skall rapporteras till myndigheterna, måste lämnas till verksamhetschef genom närmaste chefen. Personalens klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet fångas upp vid medarbetarsamtal.

## Hantering av klagomål och synpunkter från andra än personal

Patientklagomål hanteras av närmaste chefen och verksamhetschefen. Personalen hanterar klagomålen efter en kundklagomålsplan som kliniken upprättat.

## Samverkan med patienter och närstående

Information om vilka olika behandlingar vi utför finns att läsa i broschyrer som finns i väntrummen samt på vår hemsida [www.stockholmsogonklinik.se](http://www.stockholmsogonklinik.se).

Den skriftliga patientinformationen i samband med olika operationer och undersökningar förändras kontinuerlig för att tillgodose patientens behov av informationen.

## Resultat

Kvalitetsmål	Utfall 2017
95 % av patienterna ska vara nöjda med helheten av besöket	96.2 %
95 % av patienterna ska tycka att läkaren förklarar och informerar bra så att de förstår	95.2 %
95 % av patienterna ska vara nöjda med läkarbemötandet	96.2 %
En nollvision om rapporterade postoperativa komplikationer gällande endoftalmiter.	1 endoftalmit
Följsamheten till basala hygienregler och klädregler (BHK): Följsamheten ska bli 100 % till år 2018.	60 %

## Övergripande mål och strategier för kommande år

Vi kommer att fortsätta att aktivt arbeta för att förebygga vårdsador.

Vi kommer att fortsätta att följa upp förekomsten av postoperativ endoftalmit.

Vi kommer att bevaka och analysera patientenkäter där bland annat patientnöjdheten mäts

Vi planerar att hela personalen regelbundet hålls uppdaterade på säkerhetsrutiner i syfte att förebygga skador och olyckor.

Vi kommer att utföra riskanalys när så krävs.