

Patientsäkerhetsberättelse för Åderbråcksklinikerna Sverige AB 2024



2025-02-28

Ansvarig: Thomas Lawaetz

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Thomas Lawaetz', positioned above a horizontal line.

Innehåll

Sammanfattning	3
Övergripande mål och strategier	4
Mål	4
Strategi	4
Organisation och ansvar	5
Samverkan för att förebygga vårdskador	6
Informationssäkerhet	6
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapportering	7
Personalens kunskap och kompetens	7
Patienters och närståendes delaktighet	7
Åtgärder för att öka patientsäkerheten	8
Riskanalys	8
Utredning av händelser - vårdskador	9
Mål, strategier och utmaningar för kommande år	10

Sammanfattning

Under det gångna året har verksamheten genomgått en stark tillväxt, inte bara i Sverige utan också inom våra systerbolag i bland annat Danmark, Norge, Nederländerna och Storbritannien. Denna expansion har tydliggjort behovet av att stärka och förfinna våra arbetssätt. Vårt mål har varit att säkerställa en likvärdig nivå av vårdkvalitet, säkerhet och patientupplevelse på samtliga kliniker – oavsett geografisk placering.

Ett viktigt steg i denna utveckling är vår senaste etablering i Luleå, vilket innebär att Åderbråcksklinikerna nu omfattar 17 kliniker i Sverige. Varje ny enhet är ett tillfälle att vidareutveckla vårt arbetssätt och stärka helheten i vårt vårderbjudande.

I Danmark har vårt systerbolag Dansk Venecenter länge varit en förebild inom kvalitetsarbete, med ackreditering enligt ”Den Danske Kvalitetsmodell” sedan 2013. Krav på certifiering i samband med en offentlig upphandling ledde till att Åderbråcksklinikerna Göteborg 2021 ackrediterades enligt samma modell. Detta har bidragit till att skapa stabila ramar och riktlinjer för säker vård inom hela vår koncern.

Kärnan i vårt arbete är att erbjuda behandlingsmetoder som är så skonsamma, effektiva och säkra som möjligt. Vi strävar alltid efter att minimera risken för komplikationer och samtidigt uppnå bästa möjliga estetiska och medicinska resultat. Detta möjliggörs genom samarbete med erfarna och specialiserade kärlkirurger samt genom ett kontinuerligt fokus på medicinsk utveckling och vidareutbildning.

För att stödja denna ambition arbetar vi strukturerat med riskbedömningar, händelseanalys och dokumenterade rutiner i det dagliga arbetet. Under 2024 har vi särskilt fokuserat på att uppdatera och anpassa våra rutiner i takt med att organisationen växer, för att säkerställa att de fungerar sömlöst och enhetligt inom hela verksamheten.

Patientperspektivet är centralt för vårt förbättringsarbete. Därför tas synpunkter från patienter, närstående och medarbetare på största allvar, och hanteras i enlighet med våra interna riktlinjer för patientsäkerhet.

Vår målsättning är att fortsättningsvis ge den mest effektiva, säkra och skonsamma behandling av åderbräck till varje enskild patient samt att främja en säkerhetskultur där lärande och förbättringar skapas utifrån ett systematiskt tillvägagångssätt.

Övergripande mål och strategier

PSL 2010:659, 3 kap. 1 §, SOSFS 2011:9, 3 kap. 1-3 §

Åderbråcksklinikerna är en specialiserad vårdgivare inom den privata hälso- och sjukvårdssektorn med inriktning på diagnostik och behandling av åderbråck. Vi erbjuder en sammanhållen vårdprocess där patienten tas om hand från första bedömning till det slutliga resultat. Våra kliniker är dedikerade till att tillhandahålla högkvalitativ och trygg vård, baserad på evidens och klinisk expertis.

Mål

- Att ge den mest effektiva, säkra och skonsamma behandling av åderbråck till varje enskild patient.
- Att minimera antalet vårdskador och postoperativa komplikationer häribland infektion, djup ventrombos och nervskada.
- Att säkerställa och tydliggöra patientinformation för att säkra att patienterna har ett solitt beslutsunderlag inför behandling
- Att kontinuerligt arbeta för att optimera patientsäkerhet och patientnöjdhet.

Strategi

För att nå dessa mål arbetar vi med följande områden:

Skapa och säkerställa att gällande riktlinjer för åderbråcksbehandling efterlevs på tvärs av samtliga kliniker. Detta görs genom grundig introduktion och säkrande av kompetenser hos personalen samt kontinuerlig uppföljning och utveckling.

Fortsatt utveckling och användning av internt avvikelserapporteringssystem för att arbeta systematiskt med rapportering, analys och uppföljning av avvikelser, komplikationer, klagomål och andra händelser som involverar patientsäkerheten.

Tydlig och ensartad information på tvärs av organisationen för att säkra ett komplett informationsgrundlag för patienterna både innan, under och efter behandling.

Skapa förutsättningar att ha en kontinuerlig dialog vad gäller avvikelser, synpunkter och klagomål, både internt med personal och ledningen och externt med patienter och närstående.

Organisation och ansvar

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

Åderbråcksklinikerna är en av Skandinavians ledande kliniker inom åderbråcksbehandling. Våra kärlkirurger är bland Nordens mest erfarna specialister på åderbräck och våra sjuksköterskor har genomgått en intern utbildning för att säkra våra patienter den bästa vården.

Vi har 17 kliniker i Sverige fördelat i Stockholm, Göteborg, Malmö, Norrköping, Gävle, Uppsala, Södertälje, Östersund, Jönköping, Umeå, Kalmar, Halmstad, Västerås, Örebro, Skövde, Karlstad och Luleå.

Huvudansvarig är:

Verksamhetsansvarig för Åderbråcksklinikerna Sverige AB

VD: Thomas Lawaetz

Medicinskt ledningsansvarig och chefskirurg:

Kärlkirurg Dr Martin Lawaetz

Ledande sjuksköterska:

Leg. Sjuksköterska: Erika Funch

Skyddsombud:

Leg. Sjuksköterska: Viktoria Ånkvist

Verksamhetsansvarig och medicinskt ledningsansvarig har det övergripande ansvaret över patientsäkerheten på samtliga kliniker. Ledande sjuksköterska Erika Funch är därutöver ansvarig för hantering av avvikelser, klagomål och uppföljning av komplikationer.

Respektive kärlkirurg på respektive klinik har behandlingsansvar över dagliga operationer och därmed säkerställer att operationer utförs inom ramen för god och säker vård.

Vid uppkomst av en ny vårdskada är det patientansvarig läkare, tillsammans med ledande sjuksköterska som informerar patienten om vårdskada och som koordinerar efterföljande åtgärder. Häribland relevant kontakt till Patientnämnden, Landstinget Ömsesidiga Försäkringsbolag LöF och IVO.

Ledningen ansvarar för att årligen göra en sammanställande dokumentation av samtliga avvikelser/postoperativa komplikationer i en intern riskkatalog.

Avvikelser sammanställs, granskas och utreds löpande för att sedan redovisas och diskuteras med involverade medarbetar samt övrig personal där kan ta lärdom av eventuella resultat.

Det är den ledande sjuksköterska ansvarar, tillsammans med verksamhetsansvariga att genomföra ändring av rutiner eller arbetssätt som eventuellt framkommer vid riskanalys.

Ledande sjuksköterska sammanställer och utreder därutöver komplikationer och ansvarar för patientsäkerheten i det dagliga arbetet.

Vi följer hygienrutin SOSFS 2015:10. Egenkontroll av vårdhygiensk standard görs enligt dokumenterat protokoll varje år av utsedd sjuksköterska på kliniken och är en systematisk hygienrevision av lokal, utrustning och arbetssätt.

Klinikens dagliga arbete på mottagning och operation baseras sig utifrån Smittskyddslagen (2004:168).

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

För att säkerställa högsta möjliga kvalitet inom åderbråcksbehandling samarbetar Åderbråcksklinikerna nära med våra systerbolag i Danmark, Norge, Nederländerna och Storbritannien. Genom att arbeta gränsöverskridande inom koncernen skapar vi ett gemensamt kvalitetsramverk, där erfarenheter, kunskap och bästa praxis delas mellan ledning, läkare och övrig personal.

Ett viktigt verktyg i detta samarbete är våra gemensamma utbildningsinsatser inom vår utbildningsinstans NHG Academy där vi samlar medarbetare från samtliga länder. På så sätt främjar vi en kontinuerlig kompetensutveckling och ser till att vårdnivån är jämn och hög oavsett klinik eller land.

Vi samarbetar också aktivt med primärvården och andra vårdgivare i Sverige. En viktig del i denna samverkan är att dokumentationen från våra besök görs tillgänglig omgående, i form av tydliga journalanteckningar. Det skapar god kontinuitet för patienten och underlättar en smidig överlämning av patientansvar tillbaka till primärvården när specialistvården inte längre behövs.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Vi säkrar informationssäkerhet genom att använda en anpassad EPJ version av systemet Salesforce, som uppfyller de högsta kraven på området inom kryptering och datasäkerhet.

Vi har löpande information och utbildning av medarbetarna för att säkerställa korrekt journalhantering och patientinformation för att säkra att vi lever upp till GDPR förordningen.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapportering

SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 7 kap. 2 § p 5

Alla medarbetare uppmanas att framföra synpunkter samt skriva avvikelser vid tillbud eller avvikelser som möjligen kommer att kunna hända. Hela verksamheten genomsyras av en känsla för ständigt lärande, förbättringar och en strävan efter att hålla hög kvalitet och säkerhet. Förutom avvikelssystemet finns arbetsplatsträffarnas stående punkter som text kvalitetsfrågor.

Vi främjar en öppen attityd gentemot avvikelserapportering. Ingen skuld läggs på enskild medarbetare. Vi skall känna oss trygga att rapportera det som känns inadekvat så att förbättringar och lärande kan ske eller förebyggande åtgärder kan sättas in. Regelbundna personalmöten ger möjlighet för alla att göra sig hörda, få korrekt information och känna delaktighet i verksamheten.

Dokumenterade arbetsrutiner där medarbetare har tydliga arbetsbeskrivningar och mål ger trygghet i vårt dagliga samarbete med varandra. Att ge varandra beröm, att kunna ge och ta konstruktiv kritik är fundamentalt.

En sammanställning av samtliga synpunkter, klagomål samt rapporter om risker och händelser är värdefull källa till förbättring, därför har vi utarbetat en Riskkatalog.

Personalens kunskap och kompetens

Samtliga medarbetare genomgår en strukturerad introduktion vid anställning som innehåller läromål för behandlingsinstrukser, patientsäkerhet, hantering av komplikationer och patientservice. Dessutom används en intern lärningsportal där medarbetarna löpande orienterar sig i gällande instrukser och arbetsgångar.

För att säkra fortbildning utförs det individuell uppföljning med samtliga medarbetare med föremål att säkerställa att kompetenser upprätthålls.

Patienters och närståendes delaktighet

PSL 2010:659 3 kap. 4 §

Då en vårdskada eller en allvarligt händelse har inträffat bjuder vi in patienten och dennes närstående att delta i händelseanalysen.

Vi har löpande uppföljning med de involverade för att säkra att de är en del i det fortsatta arbetet och känner sig väl informerade och delaktiga i processen.

Patientansvarig läkare och ledande sjuksköterska informerar möjlighet att vända sig till Patientnämnden, Landstingets Ömsesidiga Försäkringsbolag (LÖF). Anmälan till IVO görs omgående.

Åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2

Åderbråcksklinikerna arbetar enligt gällande hygienföreskrifter i enlighet med SOSFS 2015:10. För att upprätthålla hög hygienisk standard genomförs årligen en strukturerad egenkontroll i mars, baserat på ett fastställt och dokumenterat protokoll. Denna revision omfattar både lokaler, utrustning och arbetssätt.

Vi fortsätter att arbeta aktivt för att säkerställa en hög kvalitet i hela vårdkedjan – från behandling till uppföljning och återkoppling. En viktig del i detta är att all personal kontinuerligt genomgår relevant utbildning för att upprätthålla och utveckla sin kompetens.

Efter avslutad behandling erbjuder vi fortsatt uppföljning via telefon, chatt eller e-post under våra ordinarie telefontider (vardagar kl. 8–16). Syftet är att säkerställa att patienterna får snabb, korrekt och trygg information vid behov.

För att ta del av patienternas upplevelser och identifiera möjliga förbättringsområden skickas en patientnöjdhetssenkät ut till alla som genomgått behandling. Vi uppmuntrar dessutom varje patient att ta kontakt med sin klinik om något känns oklart, inte uppfyller förväntningarna eller om man önskar lämna synpunkter eller frågor. Samtliga kontaktuppgifter – inklusive telefonnummer och e-post – finns tydligt angivna på vår skriftliga patientinformation.

Eventuella komplikationer registreras omedelbart när vi får kännedom om dem och hanteras enligt vår fastställda avvikelseprocess. Vid misstanke om allvarigare reaktioner hänvisas patienten att omgående kontakta primärvården eller akutmottagning för att få rätt vård i tid.

När det gäller klagomål kopplade till behandlingsresultat sker en första bedömning alltid genom ett samtal eller en återbesökstid med ansvarig vårdgivare. Om detta inte löser situationen till patientens belåtenhet, får patienten information om sina rättigheter och vägledning om hur man kan gå vidare.

Risikanalys

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

Om en händelse inträffar som skulle kunna leda till fara för patienten eller om förändringar planeras i verksamheten som kan påverka patientsäkerheten skall en riskanalys utföras. Tanken med en riskanalys är att hitta de områden som kan utgöra en risk för att kunna eliminera eller minska riskerna.

Risikanalys initieras av ledande sjuksköterska som sedan diskuterar med medicinsk ansvarig och verksamhetschefen.

Metod för riskanalys:

- Metod eller process identifieras.
- Ledningen utser lämpliga medarbetare att utföra riskanalys.
- Tid avsätts för att hantera analys/riskbedömning i dialog med ledning och respektive vårdgivare
- Efter riskbedömning identifieras ev orsak, åtgärdsplan sammanställs.
- För varje risk/ händelse görs en sannolikhets-och konsekvensbedömning
- Åtgärdsplan utförs
- Resultatet sammanställs och dokumenteras av verksamhetsansvariga, chefläkare samt ledande sjuksköterska.

Utredning av händelser - vårdskador

HSLF-FS 2017:40, 3 kap. 1§ och SOSFS 2011:9 7 kap sista stycket

Kliniken har utformat en egen mall för riskanalys där risken/ händelse identifieras och eventuell åtgärdsplan utförs.

Under 2024 har vi mottagit information om 1 patienter av totalt 2 963 behandlade patienter som har fått nervskada efter flebectomi.

Denna slags händelse är redan vetenskapligt dokumenterad och känd komplikation, som kan inträffa postoperativt. Det är oftast en tillfällig tillstånd som läker sig själv med tiden. Denna risk blir samtliga patienter informerade om av respektive kärlkirurg inför en operation/behandling, samt finns tydligt angivet i vår patientbroschyr och på vår hemsida. Vi använder oss av hälsodeklarationer för operationer samt ådernätsbehandling som säkerställer att respektive vårdtagare tagit del av information angående komplikation, risker och behandlingsresultat genom skriftlig signatur. Dessa införs i patientjournalen.

Händelsen är dokumenterad, sammanställd och under pågående utredning enligt angivna rutiner. Sammanställs sedan i Åderbråcksklinikernas Riskkatalog.

Mål, strategier och utmaningar för kommande år

Åderbråcksklinikerna arbetar löpande med att identifiera risker i verksamheten, förebygga postoperativakomplikationer och utveckla arbetsrutiner som säkerställer en trygg, strukturerad och patientsäker vård. Med fortsatt tillväxt och fler kliniker i verksamheten intensifieras arbetet med att samordna, följa upp och revidera våra gemensamma rutiner. Syftet är att bibehålla en hög och enhetlig kvalitet på tvären av alla enheter.

En särskilt prioriterad del i detta är förbättringen av vår journalföring. På bakgrund av tidigare händelser har vi infört skärpta dokumentationsrutiner. Dessa innebär att samtliga behandlande vårdgivare ska säkerställa att följande noteras i patientjournalen:

- En tydlig och strukturerad beskrivning av vilka venösa segment och nivåer som behandlats.
- En dokumenterad bedömning av hur ett adekvat avstånd till övergången mellan det ytliga och djupa vensystemet har säkerställts.
- En kortfattad redogörelse för eventuella avvikelser från standardiserade behandlingsrutiner.

Under 2025 kommer vi fortsätta att förbättra vår journalföring för att säkerställa patientsäkerheten.

Under det kommande året fortsätter vi även att arbeta i linje med Socialstyrelsens Nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Vi fokuserar särskilt på följande fem områden:

- Att stärka kunskapen om inträffade vårdskador
- Att etablera tillförlitliga och säkra rutiner, system och processer
- Att erbjuda en säker vård i varje enskilt patientmöte
- Att främja lärande, analys och förbättring inom hela organisationen
- Att öka riskmedvetenhet och beredskap i alla delar av verksamheten

Vi ser fram emot att redovisa nya insikter och framsteg i nästa års patientsäkerhetsberättelse – och fortsätter arbeta för att varje patient ska få en vård som präglas av kvalitet, transparens och trygghet.

Rapporten publiceras på klinikens webbplats och finns även tillgänglig i väntrummet.