

Patientsäkerhetsberättelse 2025

Aeos Lund Sweden AB

För verksamheterna Artroscenter Skåne &

Advanced Elective Orthopaedic Services Lund Sweden

Inledning

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

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

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar samt att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år, finnas tillgänglig för den som vill ta del av den och den bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.



Källa: Socialstyrelsen "Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024"

Magnus Tveit, verksamhetschef

Innehåll

SAMMANFATTNING	4
Tankar om 2025 och prioriterade förbättringsområden för 2026.....	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	6
Engagerad ledning och tydlig styrning	6
Övergripande mål och strategier	6
Organisation och ansvar	6
Samverkan för att förebygga vårdskador	6
Informationssäkerhet	7
Strålskydd	7
En god säkerhetskultur	7
Adekvat kunskap och kompetens	8
Patienten som medskapare	8
Rätten till information (vårdval)	8
Rätten till medbestämmande (behandling)	8
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	10
Öka kunskap om inträffade vårdskador	10
Har vården varit säker	10
Avvikelsesystemet	10
Patientssäkerhetsindex	11
Utfall vedertagna komplikationsparametrar.....	11
Tillförlitliga och säkra system och processer	12
Egenkontroller	12
Månatliga egenkontroller.....	12
Årliga egenkontroller.....	13
Relevanta rutiner och checklistor.....	13
Certifierad vårdgivare	14
Säker vård här och nu	14
Riskhantering	14
Stärka analys, lärande och utveckling.....	15
Avvikelser.....	15
Klagomål och synpunkter	16
Öka riskmedvetenhet och beredskap	16
Kompetensförsörjning	16
Riskanalys.....	17

FOKUSOMRÅDEN 2026	18
Reflexion	18
Monitorera kvalitetsparametrar	18
Effektivisera verksamheten.....	18
BILAGOR	19
Bilaga 1.....	19
Utdrag ur klinikens produktionsdata för 2025:	19
Utdrag ur klinikens patientsäkerhetsindex för 2025:	19
Bilaga 2.....	20
Utdrag ur den anonyma patientnöjdhetssenkäten för 2025:	20

SAMMANFATTNING

2023 var Aeos Lund Sweden ABs första verksamhetsår. Redan på idéstadiet preciserades tre nyckelfaktorer för en välfungerande verksamhet från start – erfaren personalstyrka, trovärdiga samarbetspartners och ett effektivt ledningssystem. Samtliga tre faktorer är lika självklara för oss idag som de var från start, och avgörande för god patientsäkerhet.

Klinikledningen kan tillfredsställande konstatera att även 2025 inneburit ett år med mycket god tillgänglighet, hög patientnöjdhet och låg komplikationsfrekvens – såväl i faktiska termer som i relativa termer med likvärdiga kliniker och riket. Med ambitionen att uppnå önskat utfall formulerades ett specifikt 5-punktsprogram vid ingången av innevarande år:

- Att få tillträde till definitiv/egen lokal anpassad specifikt för klinikens verksamhet. *(Ett försenat tillträde ägde rum under april och inventarierna kom på plats innan semestern.)*
- Att klinikens numera fyra (två) medarbetare omgående hittar ett effektivt arbetssätt för ökad kvalitet och mindre sårbarhet i verksamheten. *(Rutiner har fått tillkomma/justeras, våra kompetenser nyttjas effektivt samtidigt som vi delvis kan gå in/ur varandras roller.)*
- Att möta en ökad efterfrågan med bibehållen god tillgänglighet, hög patientnöjdhet och låg komplikationsfrekvens. *(På samtliga punkter levererar kliniken även innevarande år klart bättre jämförelsetal än riksnittet.)*
- Att säkerställa god arbetsmiljö och låta alla medarbetare känna delaktighet i förändringsprocessen. *(Efter att ha lagt ett organisatoriskt turbulent år bakom oss så kan det glädjande konstateras att såväl mötesstrukturen, som avvikelse- och riskanalysmodulen i kvalitetsledningssystemet fungerar bättre, och numer utgör en naturlig del av klinikens vardag.)*
- Att värna relationerna/vara lyhörd för synpunkter gentemot nyckelpartners. *(Samtliga nyckelsamarbeten är oförändrade och välfungerande, en uppfattning som bedömes vara ömsesidig.)*

Efter gemensamma ansträngningar kan härmed konstateras att samtliga 5 punkter blivit uppfyllda!

Tankar om 2025 och prioriterade förbättringsområden för 2026

Kliniken har nu varit aktiv i tre år. Under denna tid har verksamheten strikt verkat inom samma kliniska nischområde och sedan starten haft förmånen att behålla väl fungerande nyckelsamarbeten. Rullande senaste året har även organisationen optimerats (personellt och lokalmässigt) för att effektivt kunna möta en ökad efterfrågan.

Parallellt med klinikens effektiva flöde så har vi alla fått lite perspektiv och tid för gemensam reflexion. Kort har det bland annat tagit sig uttryck i att vi kunnat finjustera rutiner där behov förelegat, schemaplanerat med lite längre horisont och nyttjat kvalitetsledningssystemets mer optimalt.

Glädjande nog så har patientflödet på endast hörsägen och helt utan påtryckning/reklam stadigt ökat. Organisation har effektivt kunnat möta den ökade efterfrågan genom att erbjuda trygg och säker vård utan väntetid. För detta har ett robust ledningssystem varit kritiskt!

Klinikledningen har sedan starten 2023 definierat två överordnade kvalitetsmål – *hög patientnöjdhet* och *låg komplikationsfrekvens*. För ändamålet monitoreras kontinuerligt potentiella effektiviserings- och riskfaktorer. 2026 års förbättringsarbete kommer även denna gång ta avstamp i dessa för att uppnå högsta möjliga patientnöjdhet och lägsta möjliga komplikationsfrekvens:

- Adekvat information: Med allt fler intressenter som tar del av klinikens informationsunderlag, muntligen och skriftligen, ges goda möjligheter till reevaluering i syfte att i förlängningen öka patientsäkerheten.
- Optimerad vårdkedja: Vi strävar efter att förfinas den patientnära processen, inklusive samverkan, och effektivisera administrationen. Det förutsätter kontinuitet (hos medarbetare och samarbetspartners) och syftar i förlängningen att höja verksamhetens kvalitet ytterligare.
- Ytterligare parametrar planeras till befintligt patientsäkerhetsindex.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Ambitionen med klinikkens patientsäkerhetsarbete är att ingen patient ska behöva drabbas av en vårdskada. För att nå visionen så har fyra grundläggande förutsättningar identifierats.

Engagerad ledning och tydlig styrning

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer.



Övergripande mål och strategier

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

Aeos Lund Sweden AB (vårdgivaren) bedriver ortopedisk specialistsjukvård via två verksamheter – *Advanced Elective Orthopaedic Services Lund Sweden* och *Artrocenter Skåne*.

Låg komplikationsfrekvens är den viktigaste kvalitetsindikatorn för att kliniken levererar hög patientsäkerhet. Vårt arbete är såväl proaktivt/förebyggande via bland annat patientsäkerhetskulturen som reaktivt via observerade risker och inträffade händelser som lett till korrigerande åtgärder. För ändamålet använder kliniken ett digitalt och interaktivt kvalitetsledningssystem där avvikelserapportering utgör en central funktion i vårt patientsäkerhetsarbete.

Organisation och ansvar

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

Aeos Lund Sweden AB är en förhållandevis liten vårdgivare med fyra medarbetare – två läkare, en sjuksköterska och en sekreterare. Rollen som vd, verksamhetschef, anmälnings- och medicinsk ansvarig vilar därför på en person (överläkare, med dr, spec. i ortopedi med inriktning höft- och knäproteskirurgi).

Klinikens arbete bedrivs principiellt i två team, med delvis överlappande kompetenser, vilket gör verksamheten mindre sårbar. Alla har sina egna definierade ansvarsområden utifrån klinikens processer och rutiner, med delegerat ansvar för bland annat egenkontroller. Avvikelser följs regelmässigt upp vid månatliga APT. Huvudansvaret för patientsäkerhetsarbetet vilar på verksamhetschefen.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Aeos Lund Sweden AB är en privat vårdgivare utan avtal med den offentliga vården. Vi har därför etablerat exklusiva och nära samarbeten med flera vårdgivare. Det gäller exempelvis kompetens inom laboratorieanalys, radiologi och kardiologi. Själva utgör vi en naturlig remissinstans för degenerativa ortopediska tillstånd. Alla remisser bedöms och besvaras inom en

vecka. Potentiellt allvarliga ingående/utgående remisser dubbelkontrolleras (i båda riktningar) genom manuell pappersgranskning minst en gång per vecka enligt gällande rutin.

Vi är privilegierade att tillsammans med våra samarbetspartners kunna erbjuda våra patienter mycket korta ledtider, såsom laboratorie- och röntgenanalys inom en dag, mottagningsbesök inom 2 veckor och operation inom 6 veckor (prioriterade fall ännu snabbare). Vi ser för närvarande inga akuta samverkansbrister. På sikt kan det finnas skäl att söka samverkan inom fler discipliner.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Aeos Lund Sweden AB har anlitat en extern IT-leverantör med ansvar för det yttre skalskyddet avseende dataintrång (gdpr-säkrade informationssystem; säkerhetskopiering; skydd mot skadlig kod, etc). Kliniken har en förteckning över samtliga informationssystem med definierad ansvarig respektive pu-biträde.

Kliniken har tydliga rutiner för IT-säkerhet, inklusive gdpr. Vi genomför systematiska egenkontroller i form av regelbundna loggkontroller och logguppföljningar. All nyanställd personal får såväl muntlig som skriftlig information om lagar och förordningar rörande sekretess och personuppgiftshandling, samt genomför all personal årligen digital informationssäkerhetsutbildning (DISA, MCF). Därtill har alla medarbetare skrivit under ett sekretessavtal avseende tystnadsplikten och dess innebörd enligt patientsäkerhetslagen (2010:659).

(Informationssäkerhetsanalysen 2025 är genomförd och kan beställas vid förfrågan.)

Strålskydd

SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §

En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur.

Aeos Lund Sweden AB har identifierat avvikelserapportering som den mest effektiva pro- och reaktiva funktionen för att skyndsamt kunna analysera och åtgärda eventuella brister så att patientsäkerheten ständigt kan förbättras.

Klinikledningen arbetar aktivt för ett öppet klimat kring risker och negativa händelser. Alla medarbetare uppmuntras att aktivt rapportera avvikelser. Praxis hos oss är att en avvikelse diskuteras direkt och eventuella lärdomar/åtgärder utifrån analysen diskuteras gemensamt senast vid nästföljande APT. Utöver det sammanställs föregående års avvikelser för reflexion och möjlighet att identifiera trender.

God patientsäkerhetskultur är fundamentalt för kvaliteten och hur medarbetarna uppfattar den är formaliserat i en årligt återkommande enkät där utfallet diskuteras vid medarbetarsamtalet.



Adekvat kunskap och kompetens

En grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar att utföra sitt arbete.



Medarbetarna inom Aeos Lund Sweden AB har samtliga en diger bakgrund inom Lunds universitetssjukvård (+15 år), var och en med unika specialistkompetenser motsvarande klinikens nisch. Det innebär såväl administrativa som kliniska kompetenser vilka tillsammans innebär att vi kan erbjuda god och säker ortopedisk specialistsjukvård med fokus på höft- och knäproteskirurgi.

Samtliga medarbetare genomgår repetitivt lagstadgade hygien-, brand och HLR-utbildningar. (Samtliga medarbetare erhöll S-HLR 2025-10-17.)

Klinikledningen uppmuntrar till kontinuerlig kompetensutveckling och fortbildning, såväl nationellt som internationellt.

Patienten som medskapare

En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vi menar att vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.



Rätten till information (vårdval)

PL 2014:821 3 kap. 1 §

Det är en lagstadgad rättighet att som patient bli informerad om de principiellt tre offentligfinansierade vårdalternativen – vård via en offentlig vårdgivare, vård via en privat vårdgarantiaktör och vård via en vårdgivare i annat EU-land.

I enlighet med gällande lagstiftning så informerar även Aeos varje ny patient objektivt / transparent om de tre olika vårdvalen för patienten att i lugn och ro själv fundera igenom.

(Det förekommer att patienter inte blir informerade om alla tre alternativen och/eller nekas att stå i flera offentligfinansierade köer samtidigt, i hopp om så snar behandling som möjligt. Båda dessa scenarier är enligt Patientlagen (2014:821) lagvidriga.)

Rätten till medbestämmande (behandling)

PSL 2010:659 3 kap. 4 §; PL 2014:821 3 kap. 1 §

Aeos Lund Sweden AB, med sina två verksamhetsben *Advanced Elective Services Lund Sweden* och *Artrosceneter Skåne*, strävar efter att tillhandahålla en unikt hög tillgänglighet då vi anser det vara nära associerat med hög kvalitet. Även om tillgänglighetskravet i Patientlagen (2014:821) endast åsyftar regioner så har klinikledningen, genom processer och rutiner, tydligt formulerat förutsättningarna för att kliniken alltid ska garantera hög tillgänglighet och vara lyhörd för klagomål.

För att uppnå reell patientdelaktighet i vården anser vi adekvat information och tillräcklig med tid vara helt avgörande. Här följer exempel på sådant vi anser bidrar till reell patientdelaktighet:

- ✓ Alla patienter får svar inom ett dygn vid kontakt med kliniken.
- ✓ Alla patienter som söker sig till vår klinik för första gången har en timme avsatt för sitt besök.
- ✓ Alla patienter som bedömes vara kandidater för kirurgi får alltid objektiv/transparent information kring de olika vårdvalen att i lugn och ro själv fundera igenom.
- ✓ Alla patienter delges en samlad bedömning av sin behandlande läkare och vid rekommendation om kirurgi förs även en ingående diskussion kring risk, rehab och prognos. (Motsvarande information finns även att läsa på klinikens respektive hemsidor.)
- ✓ Alla patienter får kontinuerligt transparent information genom sitt vårdförlopp, såväl muntligt som skriftligt (fördelat på sammanlagt tre mappar).
- ✓ Alla patienter kan nå sin behandlande läkare på hans/hennes direktnummer under det perioperativa förloppet.
- ✓ Alla patienter uppmuntras att fylla i en anonym patientenkät om den vård de genomgått via Artrosceniter Skåne. (Årliga sammanställningar finns presenterade på hemsidan.)
- ✓ Alla patienter uppmuntras till att direkt höra av sig vid eventuella frågor, klagomål, etc. Klagomål hjälper oss att identifiera sådant som inte fungerar särskilt bra och ger oss möjlighet att förbättra vår service, och i förlängningen patientsäkerheten. Vi garanterar alltid skyndsam återkoppling. (Skulle ett klagomål komma att formaliseras till ett patientärendet hos LÖF eller IVO är vi självklart behjälpliga via alla kanaler, det finns även hänvisning på hemsidan.)

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.

Klinikens nisch är att erbjuda specialistkompetens inom degenerativ höft- och knäledssjukdom, med fokus på proteskirurgi. I dagsläget är vi inte rutinemässigt del av någon vårdkedja för individer som genomgår proteskirurgi i Sverige, men väl i Danmark för de patienter som själva valt oss som sin öppenvårdsansvariga klinik här hemma.

Även om demografi, perioperativa rutiner, implantat och utfall är jämförbara mellan de skandinaviska länderna så håller sig klinikledningen sig uppdaterad kring de svenska förhållandena genom att varje år analysera den senaste årsrapporten från Svenska Ledprotesregistret (SLR).

Utöver ovan tillser klinikledningen i samverkan att externa partners registrerar relevant data i DHR respektive DKR (=Danska höft- respektive knäregistret).

Öka kunskap om inträffade vårdskador

SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §

Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.



Har vården varit säker

Det är fundamentalt för en verksamhet att ha någon form av system för att dokumentera avvikelser och komplikationer. Men det räcker inte. För ett effektivt patientsäkerhetsarbete bör även risker för sådana händelser vara identifierbara och kontinuerligt monitoreras. På så vis kan trender analyseras och lättare förstås så att adekvata åtgärder kan vidtas vid behov.

Avvikelsesystemet

Aeos Lund Sweden AB använder en digital kvalitetsledningsplattform (ORNA, Vårdna AB) med integrerad avvikelsemodul. Det finns i kvalitetsledningssystemet längst ner i varje styrande dokument en uppmaning att rapportera i avvikelsemodulen ifall en rutin frångås. Exempel på specifika rutiner kring lyhörddhet för klagomål är "Entré & bemötande" och "Klagomål synpunkter, fel & brister". Hur själva rapporteringen/hanteringen ska gå till finns beskrivet i rutinen "Avvikelser (inklusive lex Maria)".

Vid befarad eller inträffad avvikelse i verksamheten rapporterar medarbetaren i avvikelsehanteringssystemet och anmälan går till verksamhetschefen. Ett åtgärdsförslag tas fram och implementeras i verksamheten. Återkoppling sker till den som anmält avvikelsern samt

diskuteras alla aktuella avvikelserapporter vid nästkommande APT. Vid en eventuellt mer allvarliga eller omfattande avvikelse ska en händelseanalys initieras. Avvikelserna klassificeras i samband med utredningen/händelseanalysen. Klinikledningen gör årligen systematiska genomgångar, sammanställer och återkopplar till verksamheten.

I patientsäkerhetssammanhang är det fundamentalt att förstå definitionen av, och differentieringen mellan, en avvikelse respektive en komplikation. Ödmjukhet bör gälla inför att gränserna kan vara flytande, inte minst i "retrospektivet". Avvikelsemodulen är ett bra verktyg för att analysera huruvida ett ärende bör klassas som en avvikelse eller en komplikation. Och om det vid en avvikelse, utöver reflexion, även krävs en åtgärd.

- Avvikelse (här snävt definierat som en vårdskada): Lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården. *Ref.: Patientsäkerhetslagen (2010:659)*
- Komplikation: Skada som ur patientens synvinkel är ett oönskat resultat och ligger utanför det normala vårdförloppet. I det fall utredning kommit fram till att skadan inte varit undvikbar, så kan ur vårdens perspektiv den bero på sjukdom/trauma (som på gruppnivå anses vara mer eller mindre förväntat beroende på typ av behandling). *Ref.: MJG/Socialstyrelsen*

2025 kom 14 separata avvikelser att dokumenteras i Aeos Lund Sweden ABs båda verksamheter. Baserat på kategoriseringsalternativen *risk/tillbud/negativ händelse/klagomål* och allvarlighetsgraderna *mindre allvarlig/allvarlig/mycket allvarlig*, så resulterade det allvarligaste utfallet i form av kombinationen *risk-allvarlig* (1st). (*Avvikelsen rörde en försenad analys och dokumentation av golvfriktionen, dvs golvets halkskydd, inför tillträdet till vår nya lokal. Golvanalysen kom sedermera att visa på godkänd friktionskoefficient.*)

Patientssäkerhetsindex

Utöver avvikelsemodulen i Aeos Lund Sweden ABs kvalitetsledningssystem registreras även definierade riskfaktorer vi kallar "realtidssdata" och som bland annat sammanställs i klinikens Patientsäkerhetsindex.

Utfall vedertagna komplikationsparametrar

Aeos Lund Sweden AB är en liten aktör, och utgör endast en del av patienternas självvalda vårdkedja, varför vi har mycket små möjligheter att identifiera sk systemavvikelser, inte minst med statistisk signifikans. Däremot kan, och ska, vi kontinuerligt monitorera och jämföra den vårdkedjan kliniken är en del av med större publika registerdata. Proteskirurgi är, precis som all kirurgi, behäftat med risk för komplikation.

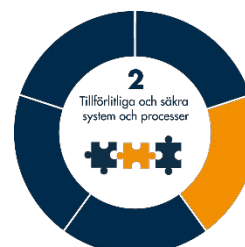
Två vedertagna komplikationsparametrar i nationella ledprotesregister är jämförelsedata över frekvensen "*inläggning inom 30 dagar*" respektive "*revision inom 2 år*". För Aeos Lund Sweden ABs vidkommande jämför kliniken sig med rikssnittet i Sverige. Data från Svenska Ledprotesregistrets (SLR) senaste årsrapport visar att risken för "*inläggning inom 30 dagar*" är ca **3,5%** och för "*revision inom 2 år*" är den ca **1,6%** (höft- och knäproteskirurgi sammanslaget).

Med jämförbar case-mix (medelålder 67,8 år; andel kvinnor 53,1%; andel ASA III 7,0%) så visar rullande 2-årsdata att motsvarande risk för de patienter som givit oss förtroendet att utgöra en del av deras vårdkedja **0,5%** respektive **0,2%** för nämnda komplikationer, vilket får anses mycket bra.

	"inläggning inom 30 dagar"	"revision inom 2 år"
2022-2023	0,6%	0,6%
2023-2024	0,8%	0,5%
2024-2025	0,5%	0,2%

Tillförlitliga och säkra system och processer

Genom att inkludera systematiskt patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen kan både de proaktiva och reaktiva perspektiven på patientsäkerhet bejakas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.



Ur såväl arbetsmiljö- som patientsäkerhetssynpunkt är det fundamentalt att alla medarbetare är förtrodda med processen kring patientens vårdkedja, och känner sig delaktiga i uppdatering/optimering av den samma. I klinikkens ledningssystem finns beskrivande dokument för varje moment och vem som är ansvarig.

Egenkontroller

Egenkontroller är en viktig del i patientsäkerhetsarbetet och ett område vi ständigt arbetar med och utvecklar. För Aeos Lund Sweden AB tjänar egenkontroller två syften. De används som realtidsverktyg för att kontrollera kvaliteten i den dagliga driften av klinikkens båda verksamheter. Utöver det används egenkontroller på årsbasis för jämförelse med tidigare resultat och nationella register, då i form av rapportsammanställningar (produktion, handlingsplan, patientsäkerhetsindex, patientnöjdhet, patientsäkerhetskultur, etc).

Månatliga egenkontroller

Klinikkledningen har identifierat ett antal områden som bedömes kritiska för att säkra kvaliteten i den dagliga verksamheten. Delegerade egenkontroller finns för bland annat:

- ✓ Läkemedel
- ✓ Hygien
- ✓ Städ
- ✓ Log
- ✓ Samverkan
- ✓ Behörighet (gdpr)
- ✓ Patientsäkerhetskultur

Påvisas brister noteras de endera som ringa, och kan då exempelvis diskuteras vid nästkommande APT, eller som avvikelser och ska då dokumenteras i klinikkens webbaserade avvikelssystem för omgående diskussion med klinikkledningen som i sin tur för upp det som en

punkt att diskutera vid nästkommande APT. Klinikledningen arbetar systematiskt med att uppmuntra till att registrera och följa upp avvikelser i verksamheten.

En gång per månad har kliniken APT där vi tillsammans diskuterar identifierade risker och eventuellt inträffade tillbud/negativa händelser som del i vårt kontinuerliga kvalitetsarbete.

Årliga egenkontroller

En gång årligen sammanställer klinikledningen ett antal kvalitetsrapporter. Dessa återkopplas internt i verksamheten för reflexion och utgör en viktig del av klinikens kontinuerliga kvalitetsarbete. Aidentifierat material presenteras även delvis på webben för externa jämförelser. Exempel på rapporter och andra punkter som återkommer årligen:

- ✓ Produktion (för att värdera hur väl strategi, resurser och utfall harmonierar)
- ✓ Handlingsplan; patientsäkerhetsindex; eventuell fördjupad patientsäkerhetsanalys
- ✓ Antibiotikaföreskrivning på individnivå (STRAMA)
- ✓ Patientsäkerhetskultur
- ✓ Patientnöjdhetenkät
- ✓ Klinikledningen går systematiskt igenom avvikelser samt vidtar och implementerar de eventuella förbättringsåtgärder som bedömes nödvändiga. *(Kliniken har aldrig varit involverad i något LÖF- eller IVO-ärende men har utarbetade rutiner om/när det skulle inträffa.)*

Relevanta rutiner och checklistor

God vård kan också uttryckas som trygg och säker vård. För oss innebär det i sin tur att varje patient ska bemötas med respekt, få adekvat information och ges behandling som vilar på vetenskap och beprövad erfarenhet. Exempel på relevanta rutiner och checklistor i processen för patientens vårdkedja:

- ✓ ”Remisshantering – andra vårdgivare”
- ✓ ”Entré & bemötande”
- ✓ ”Vårdval & vårdförlopp”
- ✓ ”Läkemedelsföreskrivning”
- ✓ ”Postoperativ sårvård”
- ✓ ”Klagomål, synpunkter, fel & brister”
- ✓ ”Realtidsdokumentation - observandum beroende & infektion”

Ett av klinikens fokusområden är trygg och säker perioperativ öppenvård för patienter som genomgår ledprotesoperation. Där är sårvård centralt varför det är viktigt att monitorera just den delen av verksamheten noggrant. Klinikens heltidsanställda sjuksköterska är specialiserad inom postoperativ sårvård med +15 års erfarenhet inom universitetssjukvård, inkluderande +10 år vid Kärkliniken, Skånes universitetssjukhus/Lund.

Som del av klinikens kontinuerliga kvalitetsarbete följer den behandlande läkaren alltid upp samtliga patienter 48 timmar postoperativt för att i ett tidigt skede kunna värdera framför allt allmäntillståndet men även behovet av förbandsbyte, analgetikajustering, etc.

Utdrag från kliniken ”realitidsdata”, varav antibiotikaförskrivning postoperativt även ingår i kliniken patientsäkerhetsindex:

	Förbandsbyte	VAS smärta >5 (48h postop)	Antibiotikaförskrivning
2023	6,7%	1,8%	1,2%
2024	3,4%	0,9%	1,7%
2025	3,0%	1,5%	1,0%

Certifierad vårdgivare

Klinikledningen har valt ORNA (Vårdna AB) som kvalitetsledningssystem. KVO AB är ackrediterade av Swedac och utför certifiering av ledningssystem för KVO11:9 som bygger på Socialstyrelsens förordning och allmänna råd om ledningssystem.

(Aeos Lund Sweden ABs kvalitetsledningssystem blev senast certifierat av Vårdna AB 2026-01-23.)

Säker vård här och nu

Hälso- och sjukvården präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation. Förutsättningarna för säkerhet förändras snabbt och det är viktigt att agera på störningar i närtid.



Riskhantering

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

Inför större förändringar i våra verksamheter genomförs alltid en behovs- och riskanalys. Det kan gälla långtgående förändringar inom organisationen eller i samverkan med partners som kräver annat arbetssätt men också mindre förändringar i den befintliga verksamheten så som nya informationssystem eller medicinskteknisk apparatur (MTA). I analysen identifieras identifierbara risker som kan uppkomma i samband med förändringen. Riskerna graderas utifrån allvarlighetsgrad respektive risk för upprepning.

Uppmuntran till liberal avvikelserapportering inom organisationen har lett till ökat fokus på det proaktiva arbetet att identifiera risker innan de behöver resultera i tillbud/negativ händelser.

Stärka analys, lärande och utveckling

Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvården. När resultaten används för att förstå vad som bidrar till säkerhet, hållbarhet, önskvärd flexibilitet och goda resultat, kan verksamheten utvecklas så att kvaliteten och säkerheten ökar och risken för vårdskador minskar.



Aeos Lund Sweden AB värnar ett aktivt lärande. Vid varje APT så analyserar vi gemensamt, och drar lärdom av, aktuella ärenden i vårt avvikelssystem. Kliniken diskuterar gemensamt varje år resultaten av föregående års handlingsplan samt sammanställer och återkopplar klinikledningen specifika årsrapporter kring bland annat avvikelser, komplikationsfrekvens och patientsäkerhetskulturen.

Klinikens nisch är höft- och knäproteskirurgi varför även den publika årsrapporten från Svenska Ledprotesregistret analyseras noggrant (för trender och jämförelse).

Vikten av lyhördhet gentemot patienter och samarbetspartners diskuteras vid varje nyanställning, och finns tydligt dokumenterat i flertalet beskrivande dokument i klinikens ledningssystem.

Aeos Lund Sweden AB har ännu inte varit involverad i något LÖF- eller lex Maria ärende men har tydligt utarbetade rutiner och dedikerade ansvarsområden om/när det skulle inträffa.

Avvikelser

PSL 2010:659, 6 kap. 4 §, SOSFS 2011:9 5 kap. 5 §, 7 kap. 2 § p 5

Vid risk för, eller vid inträffad negativ händelse i verksamheten så rapporterar medarbetaren i avvikelshanteringssystemet och anmälan går till verksamhetschefen som utreder händelsen. Vid behov av förändring tas ett åtgärdsförslag fram och återkopplas, diskuteras och vid behov revideras senast i samband med nästkommande APT.

Aeos Lund Sweden AB använder avvikelsemodulen i ORNA (Vårdna AB) – ett interaktivt webbaserat verktyg där hela avvikelseprocessen dokumenteras, och varifrån eventuella åtgärder implementeras i form av styrande dokument (rutiner). Avvikelserna klassificeras efter typ (förslag; klagomål; reklamation; risk; tillbud; negativ händelse) och allvarlighetsgrad (mindre allvarlig; allvarlig; mycket allvarlig) i samband med utredningen. Vid mer allvarliga eller omfattande avvikelser tar verksamhetschefen beslut om det föreligger behov för en händelseanalys.

Sammanställning patientärenden:

	Avvikelser	Patientnämnden	IVO	Lex Maria
2023	13	0	0	0
2024	13	0	0	0
2025	14	0	0	0

Klinikledningen genomför årligen en systematisk analys av producerade avvikelserapporter för att identifiera eventuella trender, riskområden, etc. Utfallet presenteras/diskuteras inom kliniken vid en dedikerad APT (i februari).

Klagomål och synpunkter

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

För oss utgör klagomål och synpunkter, dvs graden av patientnöjdhet, en av klinikkens två viktigaste kvalitetsparametrar, och i förlängningen hela affärsmodell. (Den andra parametern vi monitorerar noga är komplikationsfrekvensen.)

En förutsättning för lärande av misstag är en öppen och transparent arbetsmiljö. Klinikledningen uppmuntrar alla medarbetare såväl formellt (patientsäkerhetskultur; avvikelserapportering; APT) som informellt att framföra eventuella klagomål, synpunkter, fel och brister för gemensam diskussion.

Rutiner påminner oss om att vara lyhörda för patienternas feedback! Vi uppmuntrar patienterna muntligt, skriftligt och även via vår hemsida till just det. Klagomål hjälper oss att identifiera sådant som inte fungerar särskilt bra och ger oss möjlighet att förbättra vår service.

Vi strävar efter att alltid vara tillgängliga – såväl fysiskt, per telefon och via e-post. Alla klagomål ska rapporteras i avvikelssystemet och handläggas där. Vi har även en dedikerad e-postadress för gdpr-ärenden (gdpr@aeos.se) som verksamhetschefen ansvarar för.

Under 2025 inkom faktiskt inga egentliga klagomål och väldigt få negativa synpunkter på vår verksamhet. *(Se bilaga II för de fullständiga resultaten av klinikkens anonyma patientnöjdhetssenkät för 2025.)*

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Alla delar av vården behöver planera för en hälso- och sjukvård som flexibelt kan anpassas till kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet, även under oväntade förhållanden. I patientsäkerhetssammanhang beskrivs detta som resiliens.



Kompetensförsörjning

Aeos Lund Sweden AB bedriver högspecialiserad ortopedisk verksamhet där dess relativa litenhet garanterar hög flexibilitet men gör den samtidigt sårbar för plötsligt kompetensbortfall, något klinikledningen varit högst medveten om. Vi har haft glädjen att kunna dubblera antalet medarbetare under 2024 varför klinikkens sårbarhet nu kraftigt reducerats. Vi förlitar oss alltjämt på subspecialiserade medarbetare internt och samverkar externt för att erbjuda patienterna en god och säker vård inom klinikkens nischområde.

Det är klinikledningens ansvar att ur ett såväl arbetsmiljö- som patientsäkerhetsperspektiv kontinuerligt bedriva verksamheten med hänsyn till dess specifika nisch (=kompetens) och tillgängliga resurs (=tid).

Klinikledningen uppmuntrar till kompetensförhöjning genom fortbildning, visits och utbildningar – såväl nationellt som internationellt. Självklart genomgår samtliga medarbetare lagstadgade ronder och utbildningar, samt har kliniken dedikerade APT en gång per månad.

Risikanalys

Kliniken har varit aktiv sedan 2023-01-01 där omfattande organisatorisk struktur implementerades 2023 (processer; rutiner; samverkan) emedan 2024, delvis oförutsett, innebar omfattande organisatorisk volymanpassning (dubblad personalstyrka; byte av temporära lokaler). April 2025 tillträdde vi så äntligen vår helt nya lokal efter ett omfattande renoveringsarbete för att just passa vår verksamhet. Ett flertal riskanalyser har därav genomförts senaste året, med sikte på såväl organisation, lokal som direkt apparatur. *(Klinikledningen är speciellt tillfreds med att dessa processer mer direkt engagerat/involverat alla medarbetare denna gång, jämfört med tidigare år då kliniken byggdes upp.)*

FOKUSOMRÅDEN 2026

Reflexion

Aeos Lund Sweden AB får nu sägas ha nått produktionsfas, och en väl avvägd plåtå, utan större planerade förändringar i närtid. Med det följer delvis annat fokus än vid klinikens uppstart.

Vi är privilegierade att konsekvent ha kunnat erbjuda verifierad mycket god tillgänglighet, mycket hög nöjdhetsgrad och mycket låg komplikationsfrekvens för de patienter vars vårdkedja kliniken fått förtroendet att vara en del av. Det är med stor glädje och ödmjukhet som ledningen konstaterar att kliniken därigenom genererar stor samhällsnytta, inte minst att vården produceras solidariskt och till minimalt allokerad svensk vårdresurs (4 personer).

På ett mer generellt plan menar ledningen att kliniken direkt underlättar svensk sjukvårds tuffa prioriteringar i en tid präglad av kronisk personalbrist och indirekt motverkar de undanträngnings-effekter som ofrånkomligen följer diverse temporära incitamentsprogram för specifika diagnoser/behandlingar. (Dessa orsakar i sig inte bara orättvisa prioriteringar på individnivå utan accelererar även den pågående förskjutningen mot privat huvudmannaskap på samhällsnivå.)

Efter att ha injusterade processer, rutiner och externa samarbeten, så har vi som arbetar i verksamheten åtnjutit visst mått av erfarenhet, och med den haft möjlighet till reflexion. Mot bakgrund av klinikens utfall 2025 så är den gemensamma konklusionen att vi bör ändra så lite som möjligt! Således gör vi bäst i att metodiskt fortsätta monitorera kvalitetsparametrar, och där vi finner det lämpligt ytterligare försöka effektivisera verksamheten.

En sårbarhet utanför ledningens kontroll är den ständiga risken för personalförändringar, givet klinikens relativa litenhet i förhållande till dess kvalitativa och stora produktion.

Monitorera kvalitetsparametrar

Kärnan i klinikens kvalitetsarbete, tillika affärsidé, är att maximera patientnöjdheten och minimera komplikationsfrekvensen.

För ändamålet kommer avvikelserapporteringen fortsatt att utgöra det mest effektiva instrumentet – såväl proaktivt som reaktivt i vår strävan att kontinuerligt förbättra klinikens kvalitet. Ett annat internt kvalitetsinstrument som vi kallar ”realtidsdata” monitorerar kända riskfaktorer för komplikation. En del av dessa ingår i klinikens patientsäkerhetsindex, där klinikledningens ambition är att utöka antalet parametrar inför 2026.

Effektivisera verksamheten

Vi är i sammanhanget en liten verksamhet med få medarbetare och därför extra känslig för förändring i patientvolym. Att ständigt monitorera inflödet för att bibehålla god tillgänglighet, men framför allt en god arbetsmiljö, är ett definierat fokusområde för klinikledningen även under 2026. Däri ligger att skala bort all onödig administration och underlätta medarbetarnas arbetsuppgifter så långt det går.

(Övergripande strategier kan behöva omvärderas i syfte att även fortsättningsvis kunna erbjuda prioriterad högkvalitativ vård utan väntetid.)

BILAGOR

Bilaga 1.

Utdrag ur kliniken produktionsdata för 2025:

- Läkarbesök: 1480 st, varav 548* i form av nybesök (fördelat på 424 egenremisser och 124 remisser från annan vårdgivare)
- Läkarkonsultationer per telefon: 735 st
- Sjuksköterskebesök: 460 st
- Sjuksköterskekonsultationer per telefon: 302 st

**Av de 548 nybesöken ovan diagnosticerades samtliga med någon form av höft- och/eller knäledsbesvär, dvs 100% kom att söka för symtom som motsvarar kliniken nisch.*

Utdrag ur kliniken patientsäkerhetsindex för 2025:

Parameter	2025, n (%)	Föregående år, n (%)	Mål (utfall riket)
"Allvarlig" risk eller tillbud ¹	1 (0,0)	5 (0,3)	<1% (ingen data hittad)
"Allvarlig" negativ händelse ¹	0 (0,0)	0 (0,0)	0% (ingen data hittad)
Postop morfinförskrivning >2 ggr	2 (0,5)	8 (3,4)	<5% (ingen data hittad)
Postop antibiotikaförskrivning	4 (1,0)	4 (1,7)	<5% (<250/1000 inv.) ²
Återinläggning inom 30 dagar	3 (0,5)	2 (0,8)	<2,0% (3,5%) ³
DPI innevarande år	0 (0,0)	1 (0,4)	<1,0% (1,2%) ³
Revision ⁴ inom 2 år (rullande)	1 (0,2)	2 (0,5)	<1,0% (1,6%) ³

¹ Klinikens avvikelssystem (andelen baseras på totala antalet vårdkontakter innevarande år)

² Sveriges nationella mål för antibiotikaförskrivning är högst 250 recept per 1 000 invånare och år (<https://strama.se/strategiska-dokument/>)

³ Svenska Ledprotesregistret (<https://slr.registercentrum.se/>)

⁴ Oavsett orsak

Bilaga 2.

Utdrag ur den anonyma patientnöjdhetssenkäten för 2025:

Vi erbjuder alla patienter att fylla i en anonym enkät om hur de upplevt vården hos oss. Resultaten sammanställs, vilket ger oss en bra förståelse för hur den vård vi ger uppfattas av de patienter som söker sig till oss. Enkätundersökningen utgör ett av flera viktiga underlag till klinikkens kontinuerliga kvalitetsarbete.

2025 anförtröddes Artroscenter Skåne att vara del i 403 patienters vårdkedja för deras planerade höft- eller knäproteskirurgi. 305 av dessa inkom brevlades med svar på klinikkens anonyma patientnöjdhetssenkät (svarsfrekvens 76%). Här presenteras hur de 305 patienterna besvarade enkäten:

	Ja, absolut	Delvis	Nej
Upplever du dig ha bemötts med respekt och värdighet av din läkare?	100% (305)	-	-
Upplever du dig ha bemötts med respekt och värdighet av övrig personal?	100% (303)	-	-
Känner du dig nöjd med den information du fått om ditt tillstånd?	100% (305)	-	-
Har du känt dig delaktig i besluten om din vård och behandling i den utsträckning som du hade önskat?	100% (304)	0% (1)	-

	Mycket bra	Bra	Någorlunda	Dålig
Hur värderar du tillgängligheten till din läkare och kliniken i stort?	99% (301)	1% (3)	-	-
Hur värderar du informationen du fått genom ditt vårdförlopp?	98% (298)	2% (6)	-	-
Hur värderar du som helhet den vård och behandling du fått?	99% (301)	1% (3)	-	-

	Ja, absolut	Delvis	Nej
Skulle du rekommendera Artroscenter Skåne till andra?	100% (305)	-	-