



Patientsäkerhetsberättelse för

Scandinavian Venous Centre  
Sverige AB

År 2015

2016-01-15

Sammanställd av Verksamhetskoordinatorer;  
Margaretha Karlsson  
Sofia Dahlman  
Marie Ekdahl



**INNEHÅLLSFÖRTECKNING:**

<b>SAMMANFATTNING.....</b>	<b>3</b>
<b>SCANDINAVIAN VENOUS CENTRE AB .....</b>	<b>4</b>
<b>VENOUS CENTRE STOCKHOLM .....</b>	<b>4</b>
<b>VENOUS CENTRE GÖTEBORG .....</b>	<b>4</b>
<b>VENOUS CENTRE MALMÖ .....</b>	<b>4</b>
<b>ÖVERGRIPANDE MÅL OCH STRATEGIER .....</b>	<b>5</b>
<b>ORGANISATORISKT ANSVAR FÖR PATIENTSÄKERHETSARBETET.....</b>	<b>6</b>
<b>STRUKTUR FÖR UPPFÖLJNING/UTVÄRDERING .....</b>	<b>6</b>
<b>UPPFÖLJNING AV BEHANDLINGSRESULTATET .....</b>	<b>6</b>
<b>FÖRBÄTTRINGSPROCESSEN .....</b>	<b>7</b>
<b>HANTERING AV AVVIKELSE .....</b>	<b>8</b>
<b>HUR PATIENTSÄKERHETSARBETE HAR BEDRIVITS SAMT VILKA ÅTGÄRDER SOM GENOMFÖRTS FÖR ÖKAD PATIENTSÄKERHET .....</b>	<b>8</b>
<b>UPPFÖLJNING GENOM EGENKONTROLL .....</b>	<b>10</b>
<b>SAMVERKAN FÖR ATT FÖREBYGGA VÅRDSKADOR .....</b>	<b>11</b>
<b>RISKANALYS.....</b>	<b>11</b>
<b>HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSPERSONALENS RAPPORTERINGSSKYLDIGHET SAMT PERSONALENS KLAGOMÅL OCH SYNPUNKTER PÅ KVALITETEN .....</b>	<b>12</b>
<b>HANTERING AV KLAGOMÅL OCH SYNPUNKTER FRÅN ANDRA ÄN PERSONAL.....</b>	<b>13</b>
<b>SAMVERKAN MED PATIENTER OCH NÄRSTÅENDE .....</b>	<b>13</b>
<b>SAMVERKAN MED ANDRA VÅRDGIVARE .....</b>	<b>14</b>

**RESULTAT .....14**

**ÖVERGRIPANDE MÅL OCH STRATEGIER FÖR KOMMANDE ÅR.....14**

## **Sammanfattning**

Vi följer upp patientsäkerheten genom utföra risk och/eller händelseanalys samt genom att ha nedskrivna ruiner för våra processer.

Personalens och alla patienters och närståendes synpunkter och klagomål som har betydelse för patientsäkerheten hanteras enligt avvikelssystemet.

Tre av SKL:s åtgärdpaket för att förhindra vårdskador är införda på klinikerna, de övriga är inte relevanta för vår verksamhet.

SVC Stockholm är sedan juli 2010 kvalitetscertifierade enligt SS-EN ISO 9001:2 008 samt miljöcertifierade sedan juni 2013 enligt SS-EN ISO 14001:2 004

SVC Malmö är sedan januari 2013 kvalitetscertifierade enligt SS-EN ISO 9001:2 008 samt miljöcertifierad enligt SS-EN ISO 14001:2 004

SVC Göteborg är sedan juni 2014 kvalitetscertifierade enligt SS-EN ISO 9001:2 008 samt miljöcertifierad enligt SS-EN ISO 14001:2 004

Årlig HLR utbildning för personalen.

Patientinformation på flera språk (Stockholmskliniken)

Utbildning inom sårvård.

## **Scandinavian Venous Centre AB**

VD: Anders Holmberg

Venous Centre är Skandinaviens ledande helspecialiserade klinik för åderbråck. Vi behandlar patienter som har ådernät, åderbråck eller bensår. De läkare som arbetar på Venous Centre är några av landets mest erfarna specialister på åderbråck. Våra sjuksköterskor, undersköterskor och administratörer är alla specialutbildade för att kunna hjälpa just dig med dina besvär. Vi deltar i forskningsprojekt och uppdaterar hela tiden våra kunskaper med den senaste utvecklingen inom området, vilket gör att vi alltid kan erbjuda dig det säkraste och mest skonsamma behandlingsmetoderna.

Vi har mottagningar i Stockholm, Göteborg och Malmö. Vi är inte anslutna till mina vårdkontakter i nuläget. Organisationsnummer: 5561934711

### **Venous Centre Stockholm**

Verksamhetschef och medicinsk ansvarig Ingmar Wennström

Läkarhuset Odenplan

Odengatan 69, 3 tr.

113 22 Stockholm

Öppettider: Måndag- fredag 8-17

Telefon: 08 587 101 33

Telefontider: Måndag-fredag 08:00-16:00 Lunchstängt 12:00-13:00

Fax: 08 587 102 30

*E-post:* [info@svcstockholm.se](mailto:info@svcstockholm.se)

### **Venous Centre Göteborg**

Verksamhetschef och medicinskt ansvarig Anders Lundell

Läkarhuset Göteborg

Södra vägen 27, 1tr.

411 35 Göteborg

Öppettider: Måndag- fredag 8-17

Telefon: 031-81 09 08

Telefontider: Måndag- fredag 08:00-16:00, Lunchstängt 12:00-13:00

*E-post:* [info@svcgoteborg.se](mailto:info@svcgoteborg.se)

### **Venous Centre Malmö**

Verksamhetschef och medicinskt ansvarig Anders Lundell

Läkarhuset Ellenbogen

Baltzarsgatan 23, 3 tr.

211 36 Malmö

Öppettider: Måndag- fredag 8-17

Telefon: 040-20 80 92

Telefontider: Måndag- fredag 08:00-16:00, Lunchstängt 12:00-13:00

Fax: 040-611 52 50

E-post: [info@svcmalmo.se](mailto:info@svcmalmo.se)

### Övergripande mål och strategier

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

Scandinavian Venous Centre är en del av Praktikertjänst AB som är en koncern inom privat entreprenörsdriven hälso- och sjukvård. Kliniken specialiserar sig på åderbråcksbehandling och erbjuder sina patienter diagnostisering, behandling och uppföljning som en helhet.

Verksamheten består av mottagningar och operationsavdelning.



Diagnostik, Behandling och Uppföljning – DBU - av patienter med åderbråck i benen. En sammanhållen vårdkedja med standardiserade processer i hela vårdkedjan.

#### *Malmökliniken*

Med fortsatt noggrann kartläggning av postoperativa infektioner där varje fall granskas & bedöms om vi kunnat göra på något annat sätt, samt tydlig skriftlig & muntlig postoperativ information om vikten av noggrann hygien så att den låga frekvensen av postoperativa infektioner bibehålls. Resultat visar på 0,4 % infektionsfrekvens för 2015.

#### *Stockholmskliniken*

För 2015 kan vi redovisa en infektionsfrekvens på 0,2 %. Vår vision är att fortsätta minska antalet infektioner genom information till patienter och personal och den lilla uppgång som redovisas föranleder ingen särskild åtgärd.

#### *Göteborgskliniken*

Vi fortsätter med skriftlig och muntlig postoperativ information om vikten av noggrann hygien efter behandling. År 2015 har vi inte haft någon inrapporterad infektion.

#### *SVC Sverige*

Förbättra och underlätta möjligheten för patienter att utvärdera, lämna synpunkter och förslag till förbättringar anonymt genom att införa elektroniska enkäter via pekskärm på samtliga kliniker i Sverige, sist ut är Stockholm som startar med enkät via pekskärm februari 2016.

Vi uppmanar patienter att i första hand återkoppla till oss vid eventuella komplikationer samt om de sökt akut på annan vårdinrättning meddela oss i efterhand så att vi kan stå för uppföljningen om det behövs. Det är också ett sätt för oss föra kompletta infektions- och komplikationsregister.

## **Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet**

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

Alla som arbetar på kliniken har ansvar att ta emot synpunkter eller klagomål samt skriva avvikelser vid tillbud eller avvikelser som kunde leda till tillbud.

Verksamhetschefen är ytterst ansvarig för verksamheten och svarar för att synpunkter och klagomål hanteras och att vi ändrar våra arbetssätt så att inga vårdskador uppstår.

Verksamhetschef och medicinskt ansvarig doktor är ansvarig för att informera patienten om en vårdskada inträffat.

Verksamhetskoordinatorm sammanställer, utreder och granskar alla avvikelser. Rapporterade avvikelser redovisas och diskuteras vid varje arbetsplatsträff. Allt dokumenteras skriftligt, ansvarig för ev. ändringar el ny rutin utses, för sedan införs så fort som möjligt.

Även Lex Maria anmälningar tas upp och diskuteras vid arbetsplatsträffar.

Verksamhetskoordinatorm registrerar postoperativa infektioner, komplikationer, bevakar och ansvarar för patientsäkerheten i det dagliga arbetet.

Årligen sammanställer verksamhetskoordinatorm föregående års avvikelser, klagomål och registrerade infektioner i en rapport som analyseras på nytt och ligger sen till grund för kommande års planerade förbättringar.

## **Struktur för uppföljning/utvärdering**

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Uppföljning av delegerade arbetsuppgifter

Arbetsuppgifter som är delegerade inom verksamheten följs upp årligen avseende behov och kompetens.

Inom tre arbetsdagar efter behandling följs patienten upp via telefon avseende;

Smärta

Bandage

Allmäntillstånd

## **Uppföljning av behandlingsresultatet**

Ca ett år efter behandling med laser kallas patienten till en uppföljning på ultraljudsmottagningen. Ett ultraljud utförs på patienten enligt metodbeskrivning. Malmö- och Göteborgskliniken använder sig av enkäter via pekskrmar. Patienter fyller i en elektronisk enkät där patienten uppskattar resultatet på behandlingen samt beskriver sina symtom före och



efter behandlingen. Enkäten avslutas med två öppna frågor ”Det här var jag särskilt nöjd med” samt ”Förslag till förbättringar”.

Samtliga svar behandlas med integritet och det blir lättare för patienten att svara ärligt och utan förbehåll. Metoden borgar för anonymitet och leder till större del uppriktiga svar.

När som helst kan vi via internet följa resultaten, dagligen eller månad för månad. Pekskärmen gör att vi har ännu ett verktyg att förbättra vår verksamhet med. I samband med ledningens genomgång granskas föregående års resultat och beslutas på vilka förbättringsförslag som ska implementeras.

I Stockholm fyller patienten i en pappersenkät innan besöket till Ultraljudsmottagningen och BMA för in uppgifterna i journalen.

Resultaten sammanställs och redovisas i form av en rapport två gånger per år på närmaste arbetsplatsträff. Förslag på förbättringar analyseras, värderas och diskuteras vid arbetsplatsträffen.

### **Förbättringsprocessen**

Genom att följa upp aktiviteterna i vårdprocessen kan påtagliga och mätbara förändringar åstadkommas. Verksamheten får då underlag att veta att det man gör bidrar till avsedda resultat.

– Avvikelser

Följs upp enligt vårt avvikelserapportsystem

– Verksamhetsmål

Följs upp enligt fastställd tidsplan för varje år

– Intern revision

Dessa utförs på vissa områden och processer inom verksamheten

– Uppföljning efter behandling

Telefonkontakt 1-3 dagar efter behandling.

12 månaders uppföljning med klinisk bedömning och ultraljudskontroll

– Patientnöjdhet

Vård och service – årliga enkäter

Ris & Ros enkäter tillgängliga

Komplikationer registreras

Alla patienter som genomgår någon form av behandling uppmanas att höra av sig till respektive klinik om de inte är nöjda, har frågor eller vi ge feedback. På all skriftlig patientinformation finns angivet kontakt uppgifter, telefonnummer så väl som e-mailadress.

Alla komplikationer registreras så fort vi får kännedom om dem och behandlas enligt avvikelseprocessen. Vanligast är att patienten hör av sig direkt till kliniken om de får bekymmer. Patient erbjuds då tid till SSK-mottagningen samma dag eller dagen efter, vid behov tillkallas tjänstgörande läkare.

Vid misstanke om sårinfektion tar vi sårodling, för att se att patienten får rätt sorts antibiotika. Tjänstgörande Sjuksköterska på mott lämnar uppgifter till Verksamhetskoordinatören (VK)

som bevakar odlings svar samt kontaktar patienten för utvärdering efter 3-4 dagar. VK gör en infektionsregistrering av ärendet.

Klagomål angående behandlingsresultat från patient hanteras alltid i första hand genom samtal med ansvarig vårdgivare. Om detta inte leder till tillfredställande resultat informeras patienten om patienträttigheter och hur man går tillväga. Skriftlig information finns tillgänglig.

Ris & Ros-låda finns tillgängliga i väntrummen. Förbättringsförslag värderas direkt av verksamhetskoordinatorn, tas upp till diskussion på närmaste APT och införs. Klagomål hanteras som avvikelserapporter.

### Hantering av avvikelse

Verksamhetskoordinatorn sammanställer, utreder och granskar alla avvikelser. Rapporterade avvikelser redovisas och diskuteras vid varje arbetsplatsträff. Allt dokumenteras skriftligt, ansvarig för ev. ändringar el ny rutin utses, för sedan införs så fort som möjligt.

Årligen sker en sammanställning över antalet avvikelser samt ev. Lex Maria och/eller ärenden hos IVO.

Sammanställning över antal avvikelser per klinik samt fördelning

	antal	Ändrade rutiner	Händelseanalys	Lex Maria	IVO
Stockholm	36	2	0	0	0
Göteborg	33	1	1	0	0
Malmö	12	3	1	0	1
Fördelade	Admin	Medicinsk	Teknisk	Personal	Miljö
Stockholm	16	5	5	5	5
Göteborg	17	9	4	3	0
Malmö	0	2	7	1	1

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

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Vi har en rutin för risk & händelseanalys

Risicanalys; Om en händelse inträffar som skulle kunna leda till fara för patienten eller om förändringar planeras i verksamheten som kan påverka patient säkerheten 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.

Risicanalysen initieras av verksamhetschef eller verksamhetskoordinator.

Resultatet rapporteras till ledningen för ställningstagande

Händelseanalys; Systematisk utredning av negativa händelser och tillbud omfattande rekonstruktion av händelseförlopp och orsaksanalys. Försöka förstå varför en patient kommit till skada eller kunnat komma till skada och så få fram åtgärder som kan förhindra liknande händelser.

En händelseanalys skall genomföras om:

Patients skada bedöms som katastrofal eller betydande

Tillbud som kunnat ge katastrofal eller betydande skada, risken för upprepning är mycket stor.

Händelseanalysen initieras av verksamhetschef eller verksamhetskoordinator.

Resultatet rapporteras till ledningen för ställningstagande

### *Policy och rutiner*

Vi har en policy för medicinsk teknisk utrustning och de riktlinjer som beskrivs skall tillämpas vid användning och hantering av all medicinskteknisk utrustning inom verksamheten. Med användning avses användande av produkten på patient och med hantering avses övriga åtgärder med produkten.

Riktlinjerna är utformade enligt de regler och krav som stadgats i svensk lagstiftning om medicinsktekniska produkter (1993:584) och hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) samt de föreskrifter som utfärdats av Läkemedelsverket (LVFS 3003:11) och Socialstyrelsen (SOSFS 2005:12).

Vi har hygienrutin för att följa förordning SOSFS 2007:19.

Vi har även dokumenterade rutiner som förnyas minst en gång per år eller när så verksamheten kräver det. Allt är åtkomligt och väl känt för all personal.

Verksamhetskoordinatören på respektive enhet är kvalitetsansvarig och därmed ansvarig för att uppdateringar sker.

### *Utbildning*

Vi har utbildningsdagar minst en gång per år för all personal inom SVC. Varje år har personalen HLR utbildning. Extern utbildning inom sårvård (bensår).

### *Processbeskrivning vid införandet av nya metoder*

Verksamheten försöker ständigt hitta förbättringar genom att pröva nya produkter och arbetssätt som gynnar diagnos, behandling- och uppföljningsprocesserna enligt följande; Introduktion och presentation till ledningen, mål och syfte framställs

- ✓ Planering, tidsplan och resursinventering
- ✓ Riskanalys
- ✓ Produkttester samt resultat redovisning av tester.
- ✓ Rutiner fastställs
- ✓ Information till samtliga berörda.
- ✓ Implementering
- ✓ Utvärdering och uppföljning

### **Uppföljning genom egenkontroll**

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§

SVC påbörjade sitt medvetna kvalitetssäkringsarbete 2006 i Stockholm. Vid ett klinikseminarium med kvalitet som tema lades grunden till kvalitetspolicyn och planen för vidare utveckling av kvalitetsarbetet. Alla SVCs kliniker följer kvalitets- och miljöpolicyn. Kvalitetsledningssystemet bygger på standard SS-EN ISO 9001: 2008, Socialstyrelsens föreskrift om ledningssystem SOSFS 2011:9 tillsammans med och de sex identifierade kvalitetsområden som fastställts av Socialstyrelsen.

1. Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård
2. Säker hälso- och sjukvård
3. Patientfokuserad hälso- och sjukvård
4. Effektiv hälso- och sjukvård
5. Jämlig hälso- och sjukvård
6. Hälso- och sjukvård i rimlig tid

Scandinavian Venous Centre i Stockholm är sedan juli 2010 kvalitetscertifierade enligt SS-EN ISO 9001: 2008 och sedan juni 2013 miljöcertifierad enligt SS-EN ISO 14001: 2004. Sedan januari 2013 är Malmö kvalitetscertifierade enligt SS-EN ISO 9001: 2008 samt miljöcertifierad enligt SS-EN ISO 14001: 2004. Sedan 2014 är Göteborgskliniken certifierade enligt SS-EN ISO 9001: 2008 samt miljöcertifierad enligt SS-EN ISO 14001: 2004.

## **Samverkan för att förebygga vårdskador**

SOSFS: 2011:9,4 kap. 6 §

Hantering av remisser i Malmö följer Region Skånes riktlinjer för hantering av remiss. Ankommande remisser bedöms av läkare.

Hantering av remisser i Stockholm följer SLL regelverk för remisshantering. Remisserna bedöms alltid av läkare.

Regelbunden kontakt med anestesicentrum och SVC för att diskutera anestesiprocessen samt för optimal smärtlindringsprocess postoperativt

Göteborg följer Västra Götalandsregionens riktlinjer för remisshantering. Ankommande remisser bedöms av läkare.

## **Risikanalyser**

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

### **Rutin för riskanalys**

Förebyggande verktyg som används i samband med införandet av nya metoder och processer som bedöms vara av sådan natur att det eventuellt kan finnas behov av att sätta in vissa åtgärder för att förhindra negativ effekt.

1. Metod eller process identifieras.
2. Ledningen utser lämpliga medarbetare att utföra riskanalysen.
3. Tid avsetts att genomföra analysen.
4. Mall för Riskanalys används.
5. En lista på tänkbara risker fylls i.
6. För varje risk tas orsaken fram.
7. För varje risk görs en bedömning av graden av sannolikheten att det skall inträffa samt konsekvensen av detta.
8. Sannolikheten och Konsekvensen graderas mellan 1-3
9. Genom att lägga ihop dessa siffror får man fram en risknivå som graderas mellan 1-3.

10. Med hjälp av resultatet bestäms vilka åtgärder som bör vitas för att förhindra minska riskerna.
11. Resultatet lämnas till Verksamhetskoordinator som sammanställer en rapport till ledningen.

### **Intern revision**

Syftet med intern revision är att verifiera om kvalitets- och miljöledningssystemet är implementerat och ger önskat resultat samt att hitta möjligheter att förbättra systemet. Utifrån befintliga rutiner och policys granskas och analyseras processer och ledningssystemet.

### **Genomförande av revision**

1. Ledning ger uppdraget att granska en process eller delprocess i verksamheten enligt ett revisionsprogram eller vid behov
2. En revisionsplan tas fram
3. Alla relevanta dokument tas fram och granskas
4. Områdesansvariga och berörda intervjuas
5. Rapport skrivs.
6. Återkoppling med alla berörda
7. Tidsplan för korregerande åtgärder

### **Rapporten skall innehålla**

- Namn på processen och delprocessen ex Administration – Remiss hantering
- Vilka kriteriedokument som revideras emot ex SOSFS 2004:11 Ansvar för remisser för patienter inom hälso- och sjukvården.
- Namn på den som genomför revisionen och datum för revisionen
- Avvikelse som hittats
- Ange Positiva iakttagelser och Förbättringsområden
- Datum då avvikelserna skall vara åtgärdade och ansvarig för detta (anges av ledningen när rapporten lämnas in)

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

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

Alla som arbetar på kliniken uppmanas att framföra synpunkter samt skriva avvikelser vid tillbud eller avvikelser som var på väg att hända, de sammanställs årligen. Hela verksamheten genomsyras av en känsla för ständiga förbättringar och en strävan efter att hålla hög kvalitet och säkerhet. Förutom avvikelssystemet finns det på arbetsplatsträffarna stående punkter som kvalitets- & miljöfrågor och öppet forum.

Det är viktigt att det finns tydliga mål och rutiner för verksamheten som möjliggör att start och avslut på arbetsdagen är realistiska. En genomtänkt personalbemanning efter kompetens med delegerade ansvarsområden och uppgifter, ger trygghet i samarbetet med varandra

### **Hantering av klagomål och synpunkter från andra än personal**

SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 § SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §

Ris & Roslådan, patienten, närstående el besökare kan själv välja om de vill lämna kontaktuppgifter, uppgifterna hanteras sedan enligt avvikelse processen. Vi återkopplar alltid när det finns angivna kontaktuppgifter. Som patient, närstående el besökare kan man alltid kontakta kvalitetsansvarig Verksamhetskordinator som är ansvarig för kvalitetsfrågor. Under 2015 har vi lagt till en direkt länk till respektive klinik, att på vår hemsida där man kan lämna synpunkter eller förslag på förbättringar.

### **Samverkan med patienter och närstående**

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Då en vårdskada eller ett allvarligt tillbud har inträffat bjuder vi in patienten och dennas närstående att delta i händelseanalysen.

Har en vårdskada inträffat är det patientansvarig läkare som informerar om detta samt informerar om möjligheten att vända sig till Patientnämnden, Landstingets Ömsesidiga Försäkringsbolag eller IVO. Kontakt uppgifter till respektive patientnämnd, IVO och patient försäkringsbolag finns på vår hemsida.

Informationsfolder om Patientnämnden skall alltid finnas i våra väntrum.

### **Samverkan med andra vårdgivare**

Vi samarbetar med de större sjukhusen och andra län, då vi tar emot patienter som de inte har möjlighet att hantera pga. långa vårdtider eller de inte har rätt kompetens.

Levandsvanor och livsstilsfrågor är integrerade i patientmötet. Alla patienter får fylla i en hälsodeklaration. Finns behov av förändring remitteras/rekommenderas patienten till sin vårdcentral, vi utfärdar inte FAR (fysisk aktivitet på recept)

### **Resultat**

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

#### **Vi har infört 3 av 8 av SKLs åtgärds paket mot vårdskador enligt följande;**

- ✓ Vi har rutin att aldrig lämna patient själv på behandlingsrum för att förhindra fallskador.
- ✓ Vi följer SKL direktiv för att minska andelen postoperativa sårinfektioner.
- ✓ Vi har lokala läkemedelsrutiner för att minska andelen läkemedelsrelaterade problem.

De övriga är inte relevanta för vår verksamhet.

#### **Övergripande mål och strategier för kommande år**

- ✓ Fortsatt arbete med att hålla en låg frekvens av postoperativa infektioner genom tydlig pre- & postoperativ information till patienter samt riskbedömning av patient som ska behandlas preoperativt.
- ✓ Alltid göra en riskanalys när vi inför nyheter eller förändrar vårt arbetssätt.
- ✓ Patientinformation på flera språk.
- ✓ Patienterna ska ges möjlighet att boka tid på vår hemsida.