

## **PRISS – protesrelaterade infektioner ska stoppas!**

- Omgång 1 med start HT 09

**Augusti 2009**

## Innehållsföreteckning

1	Bakgrund .....	3
2	Uppläggnigen av omgång.....	3
2.1	Styrgrupp.....	3
2.2	Administrativt stöd och projektsamordning.....	4
3	Inbjudan till kliniker och rekryteringen av revisorer .....	4
4	Tidplan .....	4
4.1	Tidplan .....	4
4.2	Processen.....	5
5	Uppläggnigen av introduktionsmötet.....	5
6	Instruktion för självvärderingen .....	6
6.1	Instrumentet.....	6
6.2	Självvärderingsrapporten .....	6
7	Startseminariet för revisorer.....	7
7.1	Datum för seminariet.....	7
7.2	Uppläggnigen .....	7
8	Instruktion för revisionen .....	7
8.1	Förhållningssätt .....	7
8.2	Revisionsprocessen .....	8
8.2.1	Sammanfattande instruktion för teamens arbete .....	8
8.2.2	Teamledarens uppgifter.....	9
8.2.3	Analysera av självvärderingsrapporten .....	9
8.2.4	Planera platsbesöket .....	9
8.2.5	Platsbesöket.....	9
8.2.6	Återföring till kliniken .....	10
8.2.7	Avstämning och rapportering sex månader efter platsbesöket.....	10
9	Bidrag och administrativt stöd från LÖF .....	10

2009-08-04

# 1 Bakgrund

PRISS – projektet ”Protesrelaterade infektioner ska stoppas!” - genomförs i samverkan mellan de nationella yrkesföreningarna Svensk Ortopedisk Förening, Svenska Infektionsläkareföreningen, Ortopedsjuksköterskor i Sverige, Riksföreningen för operationssjukvård samt Sektionen för Ortoped-kirurgisk rehabilitering.

Projektet stöds av Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag (LÖF). I försäkringsbolagets uppdrag ingår att verka skadeförebyggande. Undvikbara infektioner i samband proteskirurgi svarar för en inte obetydlig andel av försäkringsbolagets ärenden.

Projektets mål är att minska den *real*a infektionsfrekvensen vid elektiva protesoperationer i knä och höft med minst 50 %.

Vårdprocessen fr.o.m. första besök hos den ortoped som fattar beslut om operation t.o.m. tre månader efter operation omfattas. Såväl privat som offentlig vård ingår. Projektet baseras på *befintlig* kunskap om ur infektionssynpunkt kritiska punkter/moment i processen.

Följande grundkoncept gäller för samarbetet mellan professionerna och försäkringsbolaget:

- *Professionerna tar odelat tar ansvar för att ta fram och underhålla verktygen. Professionerna ansvarar för innehållet i verktygen och äger dem*
- LÖF erbjuder professionerna visst administrativt och ekonomiskt stöd både för att ta fram verktygen och sedan få dem tillämpade

Projektet startade i juni 2008. Våren 2009 har en testomgång genomförts av ett av professionerna framtaget självvärderingsinstrument med åtföljande revision/peer review. Fyra kliniker av olika storlek och en del skilda förutsättningar medverkade samt 14 revisorer utsedda av respektive yrkesorganisation.

Testomgången har utfallit väl och styrgruppen har därför beslutat att erbjuda landets samtliga kliniker med elektiv proteskirurgi att ansluta sig till projektet. Möjlig anslutningstakt bestäms av tillgänglig revisorskapacitet. Ambitionen är kunna erbjuda 10 – 15 kliniker att starta hösten 2009 och därefter 15 – 20 kliniker per termin.

Ett förbättringsseminarium med i testomgången medverkande klinikledningar och revisorer kommer att genomföras i augusti, varefter slutligt självvärderingsinstrument och revisionsprocess fastställs. Bedömningen är att det kommer att handla om mindre justeringar.

## 2 Uppläggningsen av omgång 1

### 2.1 Styrgrupp

Olle Svensson, ordf. Svensk Ortopedisk Förening SOF  
Stephan Stenmark, styrelseledamot Svenska Infektionsläkareföreningen  
Ingrid Höglund-Karlsson ordf. Ortopedsjuksköterskor i Sverige (OSIS), SSF

**2009-08-04**

Annica Sandelin, vice ordf. Riksföreningen för operationssjukvård (SEORNA), SFF  
Agneta Staaf, ordf. Sektionen för Ortopedisk-kirurgisk rehabilitering (OK-sektionen) inom  
Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund (LSR)  
Kaj Essinger, VD, LÖF  
Jon Ahlberg, Chefläkare, LÖF

## **2.2 Administrativt stöd och projektsamordning**

Torbjörn Schultz, LÖF, 073 590 49 24

## **3 Inbjudan till kliniker och rekryteringen av revisorer**

Inbjudan att ansluta sig till projektet skickas till verksamhetscheferna vid samtliga landets ortopedkliniker som utför elektiva protesoperationer i knä och höft. Möjlig anslutningstakt bestäms av tillgänglig revisorskapacitet. Ambitionen är att kunna ta emot 10 – 15 kliniker HT 09.

Revisorerna rekryteras av respektive yrkesorganisation. För att revidera 15 kliniker, förutsatt att varje team reviderar två kliniker, behövs 8 revisorer från respektive profession. Sjukgymnasterna kan vara färre eftersom de inte är tänkta att ingå i revisorsteamerna utan vara ett gemensamt kompetensstöd för dessa.

## **4 Tidplan**

### **4.1 Tidplan**

Arbetet inleds med ett introduktionsmöte på kliniken. Ca två timmar behövs och genomförs vid ett för testkliniken lämpligt datum mellan den **24 september och 9 oktober**. Utöver projektadministratören medverkar antingen en ortoped eller infektionsläkare samt antingen en operationssköterska eller vårdavdelningssköterska som varit revisorer i testomgången.

Klinikledningen – med hjälp av sina medarbetare och i samverkan med andra berörda verksamheter – går därefter med hjälp av självvärderingsinstrumentet igenom viktiga aspekter i verksamheten för att förebygga infektioner vid elektiv proteskirurgi.

Resultatet av genomgången sammanfattas i en rapport vilken senast **4 december** tillsammans med klinikens efterfrågade rutiner, riktlinjer och vårdprogram, mejlas till projektadministratören för vidarebefordran till det revisorsteam som kliniken tilldelats.

Revisorsteamerna inleder sitt arbete med ett tvådagars startseminarium/internat den **14 - 15 december**. Seminariet förstärks med fyra sjukgymnaster som utgör en gemensam resurs för revisorsteamerna. Respektive revisorsteam - en ortoped, en infektionsläkare, en operationssjuksköterska och en vårdavdelningssjuksköterska - går igenom rapporterna med tillhörande material från de två kliniker de tilldelats. Teamet genomför därefter ett endags platsbesök på vardera kliniken.

Platsbesöket genomförs på för kliniken och teamet lämpligt datum mellan den **11 januari och 5 februari**. Besöket avslutas med ett möte med klinikledningen, där teamet redovisar sina viktigaste iakttagelser.

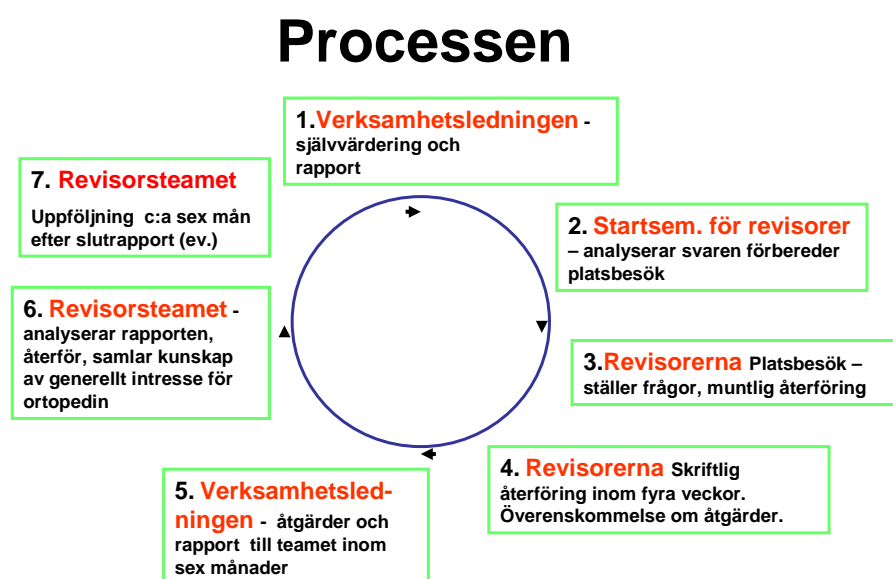
2009-08-04

**Inom fyra veckor** efter platsbesöket får kliniken en detaljerad skriftlig återföringsrapport från revisorsteamet. En överenskommelse träffas mellan klinikledningen och teamet om inom vilka preciserade delar av verksamheten som åtgärder ska genomföras för att öka patientsäkerheten samt datum för när *genomförda* förbättringsåtgärder ska redovisas till revisorsteamet. Redovisningen ska ske **senast inom 6 månader efter platsbesöket**.

Det avslutande momentet är att revisorsteamet stämmer av att överenskomna åtgärder *genomförts* av kliniken och ger sina synpunkter till klinikledningen på dessa. En ytterligare uppgift för teamet är att i oidentifierad form sammanställa de kunskaper och idéer som vunnits och som teamet bedömer vara av värde att göra kända inom professionerna. Oidentifierad publicering kommer att ske på projektets hemsida. Återföringen till klinikledningen och övriga avslutande uppgifter ska ske **senast inom fyra veckor efter överenskottet datum för klinikkens åtgärdsredovisning till teamet**.

## 4.2 Processen

Den i tidplanen beskrivna revisionsprocessen kan översiktligt illustreras så här:



## 5 Uppläggnen av introduktionsmötet

Arbetet inleds med ett introduktionsmöte på kliniken. Syftet med introduktionsmötet att ge klinikledningen så bra förutsättningar som möjligt att genomföra självvärderingen.

Klinikledningen bestämmer givetvis vilka på kliniken och från berörda verksamheter i övrigt som skall bjudas in till mötet.

2009-08-04

Utöver projektadministratören medverkar antingen en ortoped eller infektionsläkare samt antingen en operationssköterska eller vårdavdelningssköterska som medverkat som revisorer i testomgången.

Huvuddelen av mötet ägnas att gå igenom och föra dialog om frågorna i instrumentet, vid behov motivera och klargöra vad som efterfrågas. Mötet inleds med en kortare beskrivning av projektets bakgrund, mål, uppläggning och tidplan.

## 6 Instruktion för självvärderingen

### 6.1 Instrumentet

Självvärderingsinstrumentet består av ett antal s.k. hurfrågor av icke normerande karaktär.

Avsikten är att frågorna ska vara till hjälp för verksamhetsledningen att värdera viktiga aspekter i verksamheten för att förebygga infektioner vid elektiva protesoperationer i knä och höft. Ett par av frågorna handlar också om tidig upptäckt och åtgärd när trots allt infektion inträffat.

Instrumentet med åtföljande tvärprofessionell extern revision är sammanfattningsvis avsett att vara ett stöd för verksamhetsledningens arbete *inom ramen för verksamhetens befintliga resurser och organisation* för att öka patientsäkerheten/minska risken för undvikbara infektioner vid proteskirurgi.

### 6.2 Självvärderingsrapporten

Svaren ska redovisas per fråga. Av instrumentet framgår att skriftliga rutiner/riktlinjer, om sådana finns, ska bifogas svaren när så är relevant. För att inte självvärderingsrapporten ska bli alltför omfattande och för att underlätta revisorernas arbete ska **varje fråga redovisas separat på vardera högst en A4 sida**.

**Hur** och **säkerställa** är två återkommande nyckelord i självvärderingsinstrumentet. Det som efterfrågas är med vilka **metoder** (hur) ni **skapar förutsättningar för** och **förvissar er om** (säkerställer) den eller de aspekter som frågan gäller. Bland annat efterfrågas era metoder för att förvissa er om, dvs. hur ni mäter eller på annat sätt följer upp att era rutiner/riktlinjer efterlevs i praktiken. Ett råd i sammanhanget kan vara att börja med att svara på hur ni "skapar förutsättningar för" för att därefter ta er an hur ni "förvissar er om".

Era metoder ska beskrivas så utförligt och väl att både ni själva *och* revisorerna kan bedöma om det är troligt att er verksamhet har god patientsäkerhet i den eller de aspekter frågan gäller eller om något behöver åtgärdas.

Ett resultat av självvärderingen kan bli att ni finner områden som ni bedömer vara behov av åtgärder för att höja patientsäkerheten. Ni redovisar dessa områden och era tankar om åtgärder i anslutning till ert svar på respektive fråga.

Rapporten med bilagor mejlas till projektadministratören [torbjorn.schultz@patientforsakring.se](mailto:torbjorn.schultz@patientforsakring.se) **senast den 4 december 2009** för omedelbar vidarebefordran till medlemmarna i det revisorsteam som kliniken tilldelats. Startseminariet

2009-08-04

för revisorer äger rum två veckor senare och revisorerna behöver sätta sig in i materialet innan.

## 7 Startseminariet för revisorer

### 7.1 Datum för seminariet

Startseminariet för revisorer genomförs den **14 - 15 december** med start kl. 10 den första dagen och avslut kl. 16 den andra. Seminariet äger rum i Stockholm. Lokal och hotell meddelas senare.

### 7.2 Uppläggning

På de tre första punkterna medverkar representanter för styrgruppen.

- Allmän introduktion i projektet
- God revisorsetik samt värderingar och förhållningssätt/riktlinjer i det aktuella projektet. Genomgång av instruktionen för revisionen.
- Genomgång av självvärderingsinstrumentet med tillhörande instruktioner för självvärderingen
- Revisorsteamet, som bildats före seminariet tar hand om självvärderingsrapporten från den klinik respektive team tilldelats. Självvärderingsrapporten har skickats till respektive teams medlemmar senast en vecka före seminariet. Sjukgymnasterna är en gemensam resurs för teamen.
- Seminariet avslutas (dag två) med att teamen redovisar de delar av sina utkast till återföringsrapporter och överenskommelser om åtgärder som man vill prioritera för gemensam diskussion, synpunkter och förbättringsförslag.

## 8 Instruktion för revisionen

(peer review)

### 8.1 Förhållningssätt

- Revisionen/återföringen ska vara stödjande för verksamhetsledningens patientsäkerhetsarbete inom verksamhetens *befintliga* resurser och förutsättningar i övrigt.
- Revisorsteamet värnar om ett objektiva förhållningssätt
- Revisorsteamet är tydligt med att uppmärksamma de säkerhetsrisker man bedömer finns

**2009-08-04**

- Kommer överens med verksamhetschefen om åtgärder
- Verksamhetschefen har ansvaret för patientsäkerheten på kliniken och de eventuella åtgärder som genomförs

*Revisorerna behandlar självvärderingsrapporten liksom uppgifter i övrigt som revisorerna tar del av som sekretessbelagt arbetsmaterial. Självvärderingsrapporten, revisorsteamets arbete och resultat inklusive återföringsrapporten diskuteras därmed inte med andra än ledningen för den deltagande förlossningskliniken om inte annan överenskommelse träffats.*

Material som arbetet mellan klinikerna och teamen avsätter hos teamen arkiveras på ett betryggande sätt på LÖF och är ej offentlig handling.

Följande material postas eller mejlas av teamledaren till LÖF:s projektadministratör för arkivering:

- Återföringsrapporten samt överenskommelsen om åtgärder
- Revisionsprotokollen med eventuella bilagor
- Åtgärdsredovisningen samt återföringen på denna
- Rapport från det avslutande uppföljningsbesöket på kliniken
- Övrigt material som teamet bedömer vara av intresse ur forskningssynpunkt

Projektadministratören arkiver också klinikernas självvärderingsrapporter med bilagor

Materialet tillhör de tre nationella yrkesorganisationer gemensamt och utnyttjandet bestäms av de tre organisationerna gemensamt.

## **8.2 Revisionsprocessen**

### **8.2.1 Sammanfattande instruktion för teamens arbete**

- Utse en teamledare
- Planera arbetet, gör en tidsplan
- Skapa en gemensam överblick över underlaget för revisionen
- Analysera materialet med hjälp av revisionsprotokollet (excelfil)
- Identifiera oklarheter
- Planera platsbesöket
- Genomför platsbesöket
- Sammanfatta, skriv återföringsrapport och kom överens om åtgärder med verksamhetschefen
- Ta emot och bedöm redovisningen av åtgärder

2009-08-04

### 8.2.2 Teamledarens uppgifter

- Håller koll på tidsplanen
- Redaktör för protokoll, återföringsrapport och överenskommelse om åtgärder
- Håller kontakt med verksamhetschefen
  - kontaktar verksamhetschefen 14 dagar före platsbesöket
  - kontaktar verksamhetschefen för synpunkter på återföringsrapporten och stämmer av med teamet
  - kommer överens med verksamhetschefen om åtgärder
- Ser till att LÖFs projektadministratör får allt material som ska arkiveras

### 8.2.3 Analysera av självvärderingsrapporten

- Använd revisionsprotokollet!
- Är frågan fullständigt besvarad? Finns oklarheter?
- Bedöm om det är troligt att verksamheten har hög patientsäkerhet i den eller de aspekter frågan gäller.
- Notera de områden/säkerhetsrisker som ni bedömer vara, eller verkar vara, i behov av åtgärder.
- Formulera frågor om det ni behöver undersöka närmare

### 8.2.4 Planera platsbesöket

- Prioritera vad ni vill se, vilka frågor ni behöver ställa, vilka områden/säkerhetsrisker ni önskar uppmärksamma verksamhetsledningen på.
- Planera så att ni får en ostörd timme för förberedelser inför det avslutande mötet med verksamhetsledningen

### 8.2.5 Platsbesöket

- Vid introduktionen på morgonen, informera noggrant om uppdraget som revisor
- Vid avslutningen med klinikledningen, sammanfatta era iakttagelser:
  - Börja med de starka sidorna
  - Lyft fram områden där ni bedömer att åtgärder behövs
  - Var noga med att klargöra att ni kan behöva justera er bedömning efter att teamet fått mer tid att summera vad som framkommit

2009-08-04

### 8.2.6 Återföring till kliniken

- Återföringsrapporten = teamets egen samlade bedömning,
- Överenskommelsen om åtgärder - förutsätter konsensus med verksamhetsledningen
- Viktigt hålla överenskomna tider!

### 8.2.7 Avstämning och rapportering sex månader efter platsbesöket

- Stäm av genomförda åtgärder mot överenskommelsen
- Är de genomförda åtgärderna relevanta och tillräckliga enligt er bedömning?
- Ge en skriftlig återföring till verksamhetschefen
- Underrätta LÖF att överenskomna åtgärder genomförts
- Samtliga ovanstående uppgifter ska slutföras senast inom fyra veckor efter överenskommet datum för klinikledningens åtgärdsredovisning

## 9 Bidrag och administrativt stöd från LÖF

LÖF erbjuder:

- Ett schablonberäknat bidrag utgår, lön inkl sociala avgifter (31,42 %) \* 7 dagar, till de kliniker som medverkar med revisorer. Ett avtal ingås mellan klinikchefen och LÖF:s VD. Varje team reviderar två kliniker och schablonen för hela insatsen (de två klinikerna sammanlagt) är totalt 7 dagar. För sjukgymnastens medverkan på startseminariet är schablonen 2 dagar per sjukgymnast.
- Svarar för revisorernas resekostnader och ev. logi (ej traktamente)
- Svarar för kostnaderna för startseminarierna för revisorer (tvådagarsinternaten)
- Administrativt stöd och projektsamordning.