

KVALITETSRAPPORT 2021

GHP Gildhøj Privathospital København

Indhold

1.0 Præsentation GHP Gildhøj Privathospital København	3
1.1 Historisk udvikling	3
1.2 Arbejdsgiver- og brancheorganisation	4
1.3 Gildhøjs specialer og kundetyper	4
2.0 Overordnet kvalitetsstyring	6
2.1 DDKM	6
2.2 Kvalitetsorganisationen	7
3.0 Kvalitetsmålepunkter og resultater	8
3.1 Patient tilfredshed (LUP-måling)	8
3.2 Patienttilfredshed efter forundersøgelse	11
3.3 Patienttilfredshed efter operation	12
3.4 PGIC og tilfredshed efter afsluttet behandling (uden operation)	13
3.5 Nationale kvalitets-databaser	13
3.6 Re-operationer	14
3.7 Infektions-registrering	15
3.8 Personale	16
4.0 Patientsikkerhedsberetning	16
4.1 Målsætning	16
4.2 Organisatorisk ansvar for patientsikkerhedsarbejde	16
4.3 Risikoanalyse	16
4.4 UTH – Utilsigtede hændelser	17
4.5 Patientklager	18
4.6 Patienterstatning	18
4.7 Styrelsen for Patientsikkerhed (Patientombuddet)	19
5.0 Sammenfattende refleksion	19
6.0 Kvalitetsmål og strategier for 2022	21

1.0 Præsentation GHP Gildhøj Privathospital København

1.1 Historisk udvikling

Gildhøj Privathospital blev grundlagt i 1991, som et af landets første privathospitaler med speciale i ortopædisk kirurgi og ryggkirurgi. Sidenhen har vi udvidet med ryggkirurgi, det reumatologiske speciale og gastro kirurgi.

Gildhøj Privathospital har siden udviklet sig fra at være en lille klinik, til i dag at være et hospital på 4000 kvadratmeter der består af:

- Reception til modtagelse af patienter
- 19 Lægekonsultationer
- Operationsgang med 5 operationsstuer
- Separat operationsstue til endoskopier
- Sengeafdeling med 29 senge, heraf 5 opvågningspladser og et dagkirurgisk sengeafsnit på 8 senge.
- Sekretariat
- Køkken som også fungerer som personalerum
- Billeddiagnostisk afdeling med to MR-scannere og ultralyd.
- Fysioterapi
- Træningsrum til patienter.
- Videnscenter (Bibliotek og konference faciliteter).

Virksomheden har i dag 93 fastansatte medarbejdere, samt en god portion konsulenter og timelønnede så det i alt bliver ca. 150 medarbejdere.

Gildhøj Privathospital blev grundlagt af Eilif Larsen i 1991.

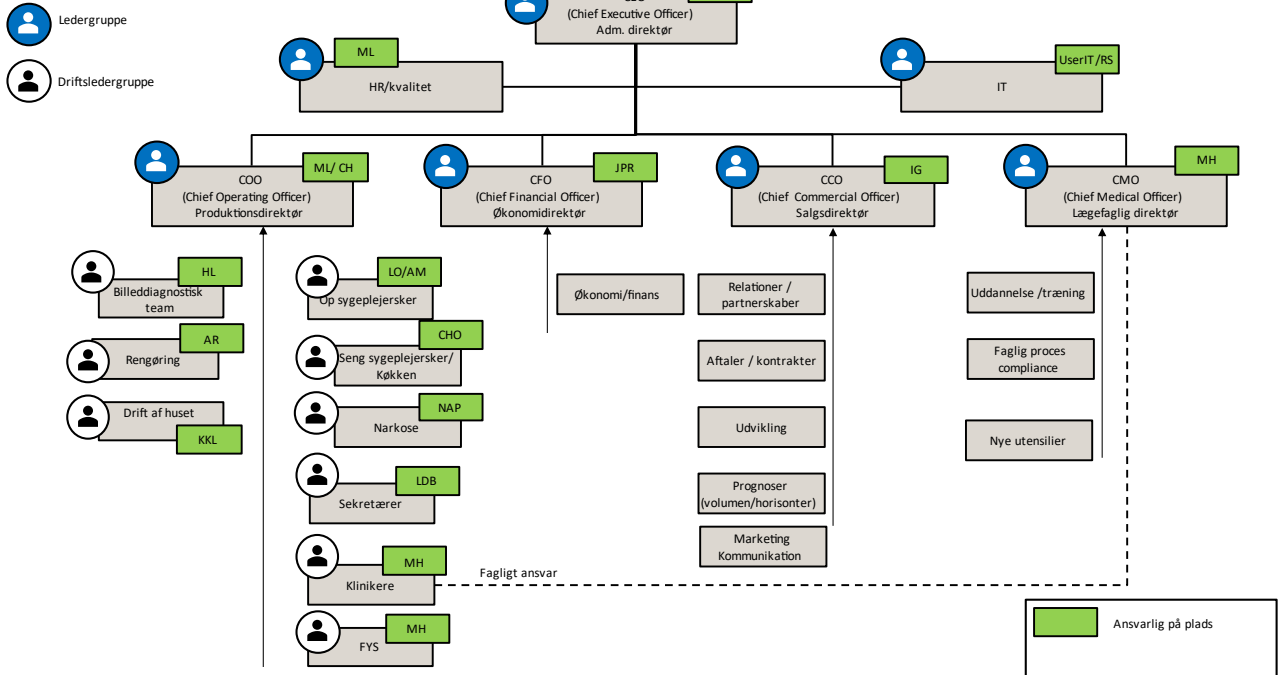
I 2005 blev klinikken solgt til overlægerne Peter Angerman og Claus Hovgaard, i denne forbindelse blev klinikkens navn ændret til Gildhøj Privathospital.

1.januar 2012 blev Global Health Partner medejer af Gildhøj Privathospital.

Claus Hovgaard er administrerende direktør, men deltager stadig i det kliniske arbejde.

Efter mange år med vækst af hospitalet, men med den samme ledelsesstruktur, blev 2021 året hvor en ny ledelsesstruktur blev indført. Formålet var at frigive ledelsesmæssige ressourcer så fokus kunne være mere proaktivt på drift, økonomi og kvalitet.

Organisationsstruktur

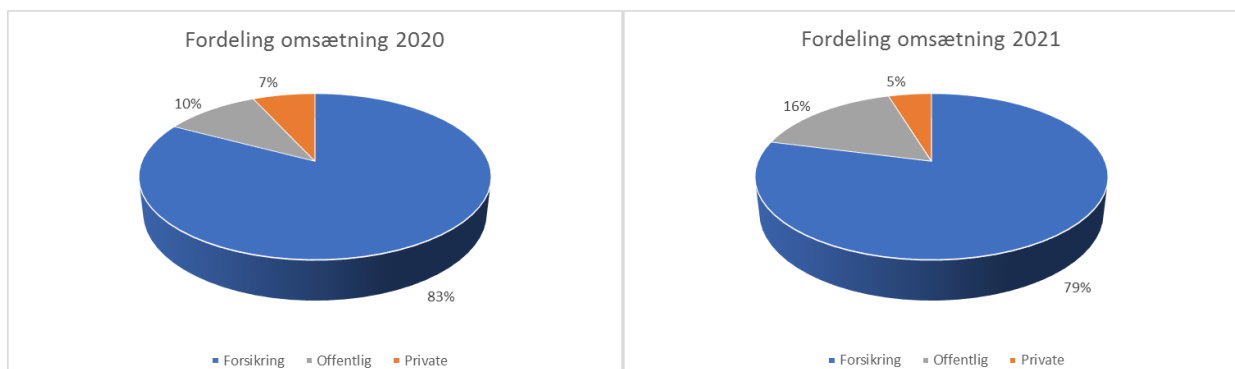


1.2 Arbejdsgiver- og brancheorganisation

Gildhøj er medlem af Dansk Erhverv. Gildhøj er også medlem af Foreningen af Danske Sundhedsvirksomheder – Sundhed Danmark, som er en brancheforening under Dansk Erhverv.

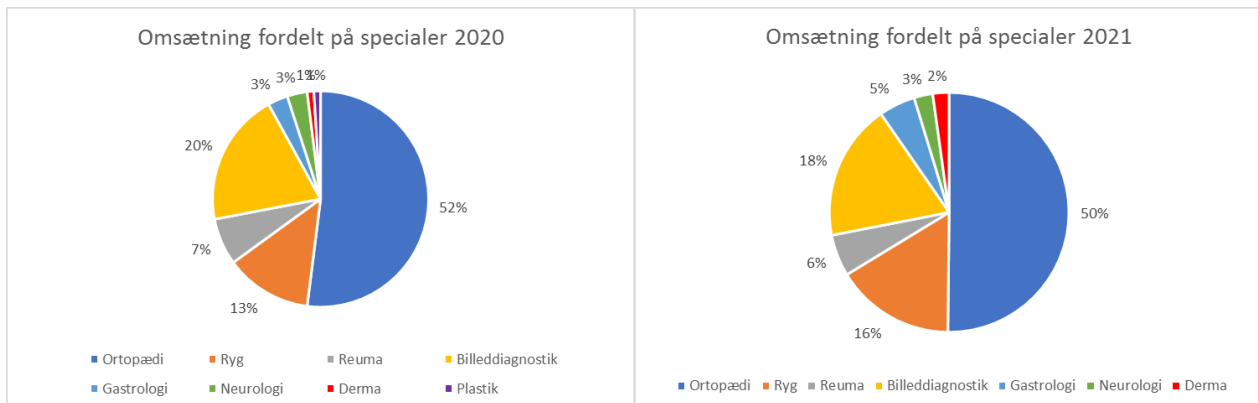
1.3 Gildhøjs specialer og kundetyper

Omsætning fordelt på kunde typer



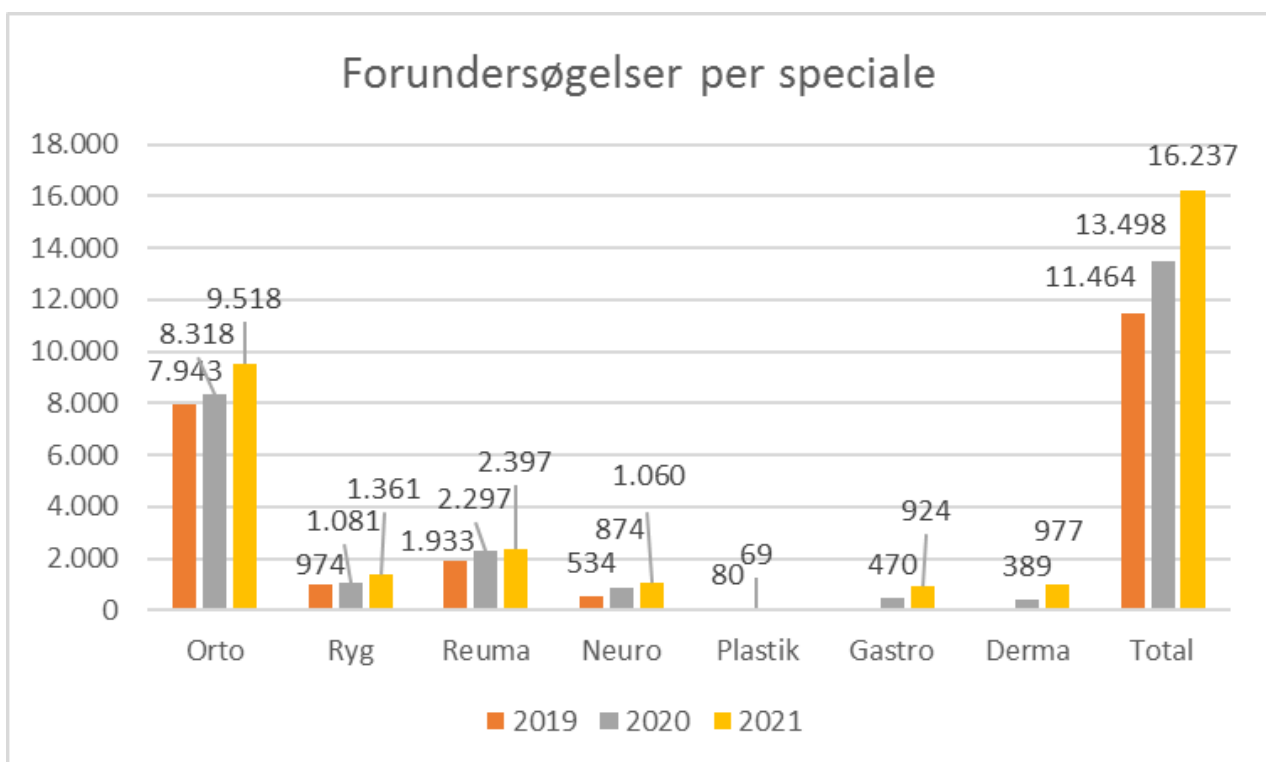
Gildhøjs omsætninger kommer helt overvejende fra forsikringselskaber, men andelen er faldende. Det offentlige andel har været stigende siden slutningen af 2020 bla pga. offentlig Corona køer.

Omsætning fordelt på specialer



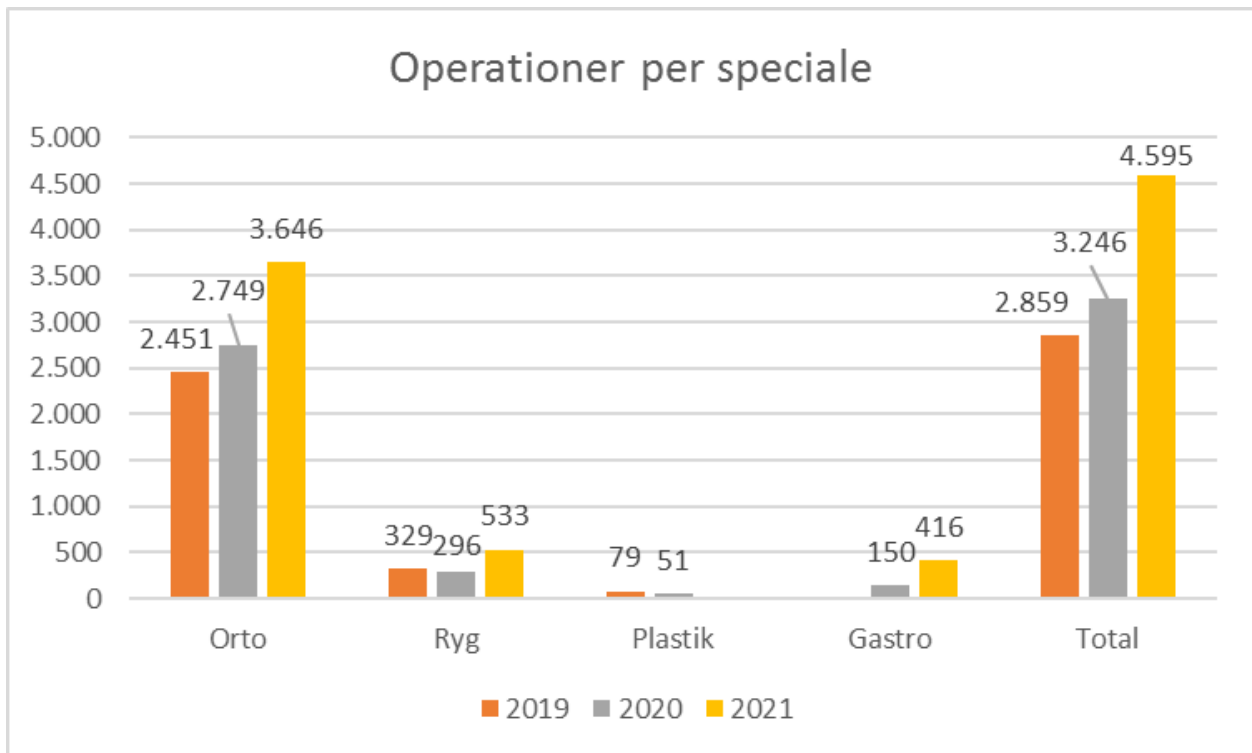
Gildhøjs største forretningsområder er ortopædi (50 %) og ryg (16 %) samt billeddiagnostik (18 %).

Forundersøgelser fordelt på specialer



Der har været et flot udvikling i antallet af forundersøgelser fra 2020 til 2021 på alle specialer undtagen plastik, som er stoppet.

Operationer fordelt på specialer

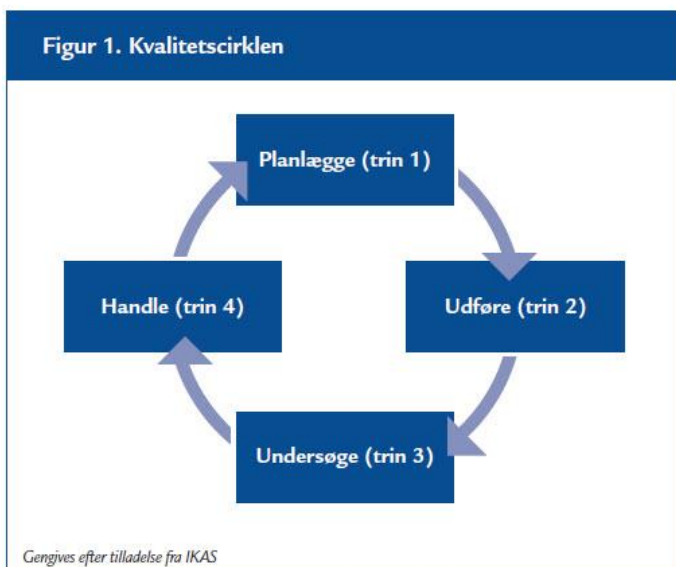


I 2021 var antallet af operationer var all time high med 34.595 stk. Der har været en høj vækst fra 2020 til 2021 på Ortopædioperationer (+897 stk. = +33%), Ryg (237 stk. = +80%) og det nye speciale, Gastrologi (+266 stk. = +177%).

2.0 Overordnet kvalitetsstyring

2.1 DDKM

Vi er tidligere blevet akkrediteret efter Den Danske Kvalitetsmodel, DDKM, som er opbygget omkring kvalitetscirklen (PDSA-cirklen).



Den Danske Kvalitetsmodel var et fælles kvalitetsudviklingssystem for det danske sundhedsvæsen. Den Danske Kvalitetsmodel blev udviklet og drevet af Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (IKAS). Hvert 3. år skulle alle privathospitaler i Danmark akkrediteres efter en model bestående af 40 standarder og dertil hørende knap 70 indikatorer.

Gildhøj er senest akkrediteret i december 2020 med ALLE indikatorer opfyldt.

Surveyteamets sammenfattende konklusion:

"Det er nu fjerde gang der er ekstern Survey på Gildhøj Privathospital, som trods fortsat ekspansion har formået at bevare en forbilledlig virksomhedskultur, præget af nærhed og korte kommandoveje i samarbejdet mellem medarbejdere og ledelse, ligesom hospitalets kvalitetsarbejde er dybt ledelsesforankret.

Et hospital

Med højt fagligt beredskab, sundhedsfaglig kvalitet og patients behov og sikkerhed i fokus.

Surveyteamet blev på alle niveauer mødt af en professionel ledelse, og medarbejderstab der med imødekommenhed og stolthed deltog aktivt i surveyet. En fornøjelse at komme på besøg."

Regeringen, Danske Regioner og Kommunernes Landsforening er blevet enige om, at udfase DDKM når de sidste surveys er gennemført i 2022, hvilket betyder at IKAS lukker.

Hvorledes Gildhøj fremadrettet skal akkrediteres er her primo 2022 ikke besluttet endnu.

Styrelsen for Patientsikkerhed

I 2019 havde Gildhøj tilsyn fra Styrelsen for Patientsikkerhed på det parakliniske område for både reumatologi og ortopædkirurgi. Bedømmelsen sker på baggrund af 18 overordnede målepunkter omhandlende alt fra ledelsesmæssig organisering, rettidig reaktion på prøvesvar til den praktiske del af selve prøvetagningen. Tilsynsrapporten med konklusionen fra besøget, blev pga. covid situationen i Danmark, først modtaget i februar 2020.

"Afdeling fremstår overordnet med gode procedurer for patientforløb og med en stor faglig opmærksomhed rettet mod at sikre patientsikkerheden hos patienter herunder håndtering af parakliniske prøver".

2.2 Kvalitetsorganisationen

Det er Gildhøj Privathospitals overordnede mål, at alle faser af patientkontakt og behandling sker efter højeste kvalitetsstandard/ specialiststandard under hensyntagen til patientens ønsker og behov i henhold til Gildhøj Privathospitals virksomhedsgrundlag.

For at sikre dette på Gildhøj Privathospital er der nedsat et kvalitetsudvalg.

Kvalitetsudvalget refererer direkte til CEO og medlemmerne deltager i ledelsesgruppemøderne.

Kvalitetsudvalget består af:

- HR og- kvalitetschefen, formand (sygeplejerske)
- CMO
- Øvrige kan indkaldes ad hoc efter skøn fra formanden.

Kvalitetsudvalgets overordnede opgaver er at forestå udvikling, implementering, revision og kontrol af kvalitet i alle faser af undersøgelse og behandling af patienter på Gildhøj.

I praksis sker dette ved:

- Udarbejdelse og revision af skriftlige procedurer, kliniske retningslinjer og patientvejledninger i henhold til Den Danske Kvalitetsmodel
- Implementering af procedurer, kliniske retningslinjer og patientvejledninger (undervisning)
- Løbende intern audit i henhold til kvalitetsmål for Gildhøj.
- Infektionsregistrering
- Løbende patienttilfredshedsundersøgelse
- Gennemgang af utilsigtede hændelser og afvigende behandlingsforløb
- Gennemgang af skriftlige patientklager og klager fremsendt fra Patientklagenævnet efter indstilling fra ledelsen
- Gennemgang af sager fremsendt fra Patienterstatningen efter indstilling fra ledelsen
- Gennemgang af kvalitetsdata i rapporter fra kliniske databaser
- Udarbejdelse af handleplaner
- *Ad hoc* undersøgelser efter oplæg fra ledelsen
- Information og intern undervisning af personale vedrørende kvalitet
- Anbefaling til ledelsen vedrørende personalets deltagelse i relevant ekstern undervisning
- Anbefalinger fra sikkerhedsudvalget.
- Anbefalinger fra hygiejneudvalget.

Gildhøj Privathospital skal følge gældende lovgivning samt nationale referenceprogrammer.

3.0 Kvalitetsmålepunkter og resultater

Vi har følgende lokalt vedtagne kvalitetsmålepunkter:

- Patient-tilfredshed (LUP-måling)
- Patient-tilfredshed (GHP-måling)
- Nationale databaser
- Re-operationer (indenfor de første 6 måneder)
- Antal dybe infektioner (% af alle operationer)
- Journalaudit
- UTH
- Partikel og KIM tals målinger på operationsstuerne.
- Patienterstatninger (sidste 3 år)
- Medarbejder (omsætning pr medarbejdere, fravær, langtidsfravær)

3.1 Patient tilfredshed (LUP-måling)

Vi arbejder dels med patienttilfredshed ud fra LUP-målinger og dels ud fra Pixelstore`s opsamling af data.

LUP (Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser)

LUP er en landsdækkende undersøgelse af patienttilfredshed og gennemføres på vegne af de 5 regioner i Danmark. Formålet med undersøgelsen er at få viden om den brugeroplevede kvalitet i sundhedsvæsenet. Målsætningen for LUP er, at Gildhøj samlet set placerer sig på linje med eller bedre end landsgennemsnittet for private hospitaler.

Sundhed Danmark (vores brancheforening) har tidligere tilkøbt LUP så den også inkluderede forsikringspatienter og selvbetalere. Fra 2017 indgik kun offentligt henviste patienter. Resultaterne for LUP 2021 stammer fra indlagte og ambulante patienter i perioden august – oktober 2021. Fra 2022 bliver LUP ændret så resultaterne kommer hver måned fremfor en gang årligt.

Planlagt indlagte patienter

Resultat i forhold til landsresultatet

Figur for spørgsmål på fempunktsskala (gennemsnitscore)



Øverst i figuren er spørgsmål med et bedre resultat end landsresultatet og nederst er dem, hvor resultatet er dårligere end landsresultatet. Hvis et spørgsmål ikke kan placeres (*), kommer det til sidst i figuren.

Af figuren ovenfor ses, at målinger for Gildhøj 2021 (gul søjle). Alle punkter er over gennemsnittet i forhold til landsgennemsnittet.

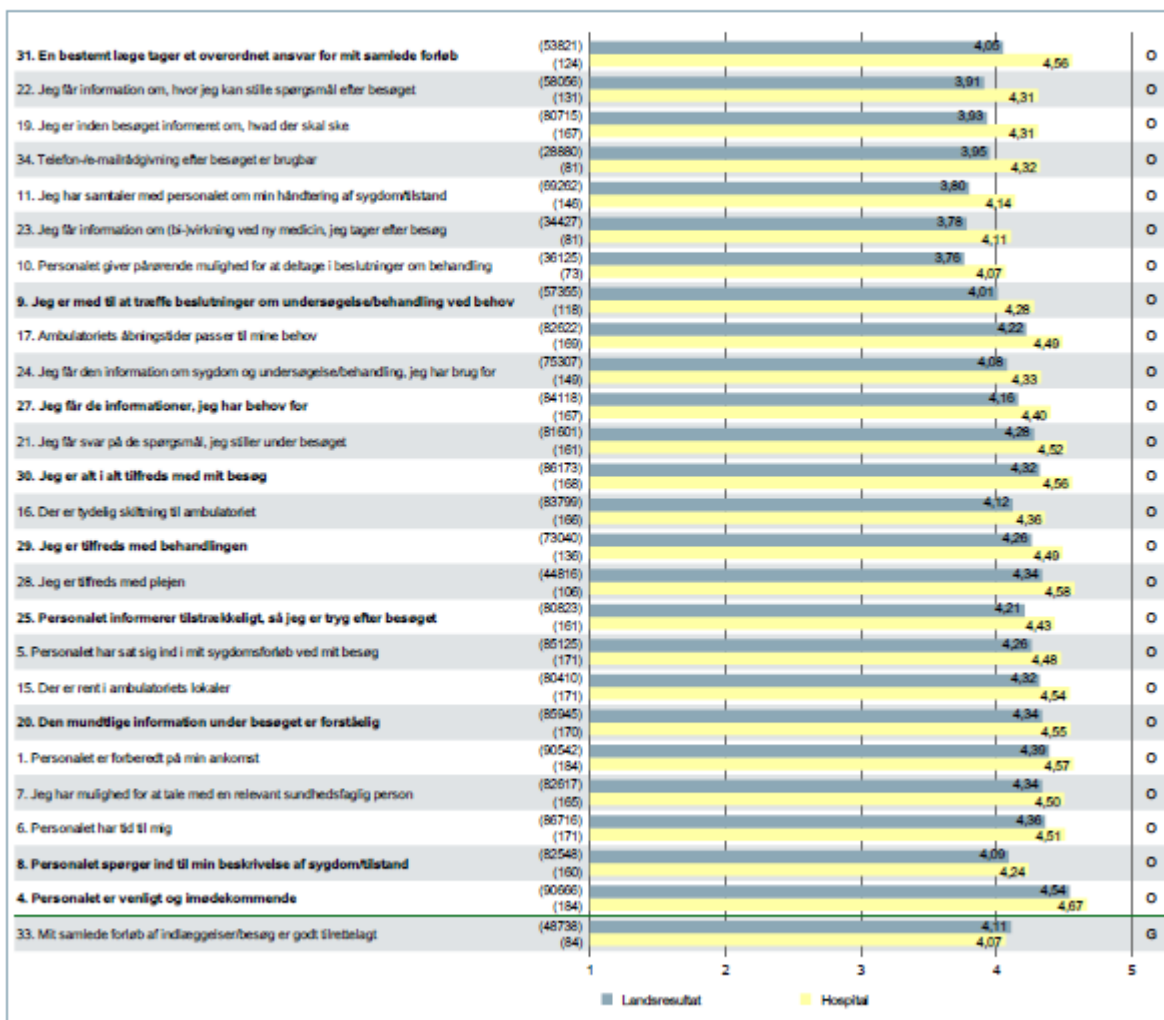
43 Patienter har deltaget i undersøgelsen, svarfrekvensen var 87 %.

Nedenstående figur viser resultater for ambulante patienter. 279 patienter indgik i undersøgelse og svarfrekvensen var 67 %. Som for de indlagte patienter, er alle punkter over gennemsnittet i forhold til landsresultatet.

Planlagt ambulante patienter

Resultat i forhold til landsresultatet

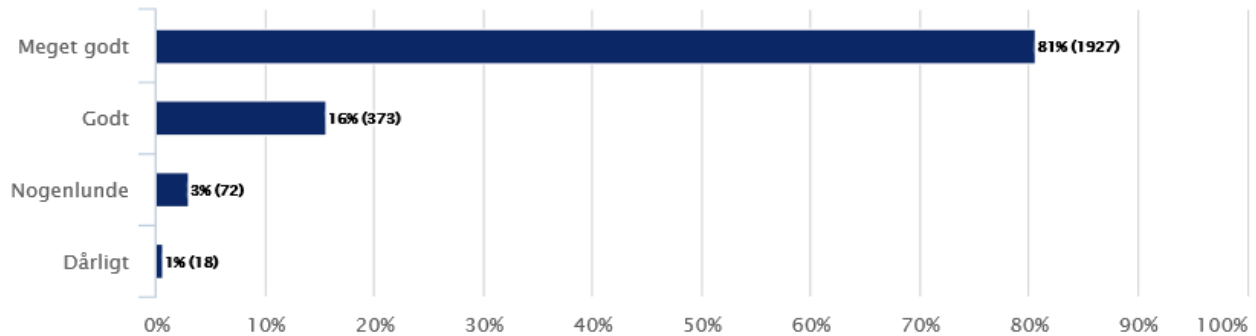
Figur for spørgsmål på fempunktsskala (gennemsnitsscore)



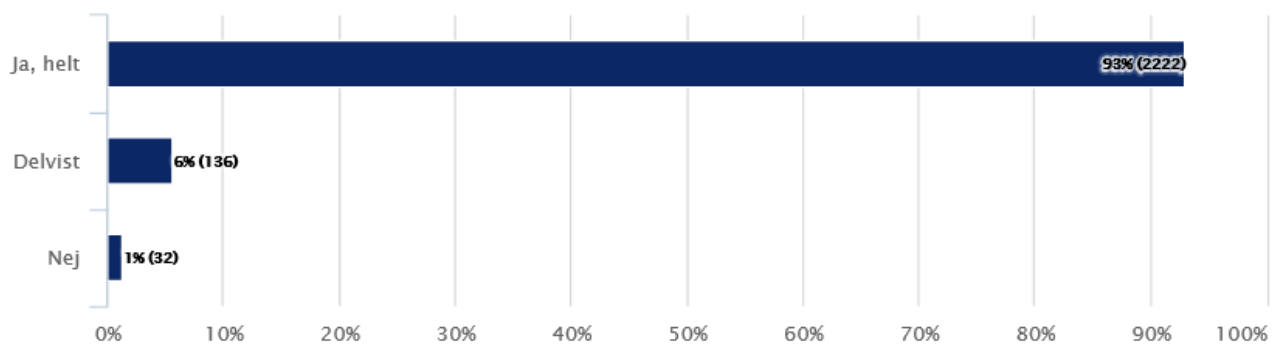
Øverst i figuren er spørgsmål med et bedre resultat end landsresultatet og nederst er dem, hvor resultatet er dårligere end landsresultatet. Hvis et spørgsmål ikke kan placeres (*), kommer det til sidst i figuren.

3.2 Patienttilfredshed efter forundersøgelse

Hvordan vurderer du besøget i sin helhed?



Vil du anbefale Gildhøj Privathospital til andre?



Målet for patienttilfredshedsundersøgelser efter forundersøgelse er at ligge på mindst gennemsnittet hos GHP.

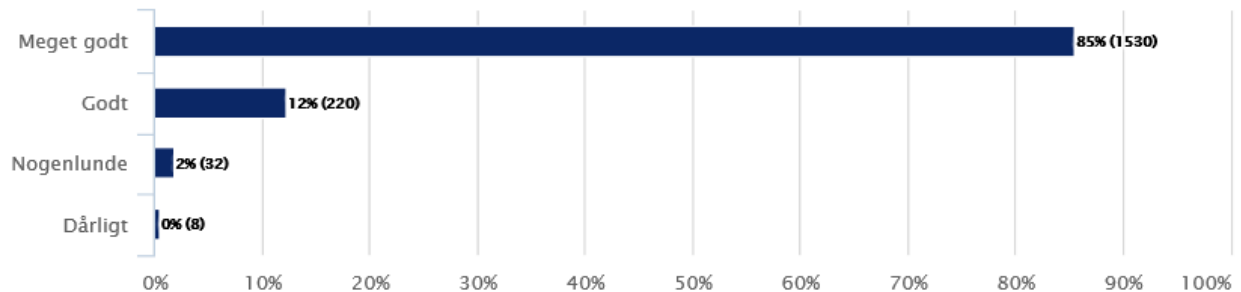
97 % vurderer at besøget i sin helhed har været godt / meget godt (2020 95 %)

93 % vil anbefale Gildhøj efter forundersøgelsen (2020 92%)

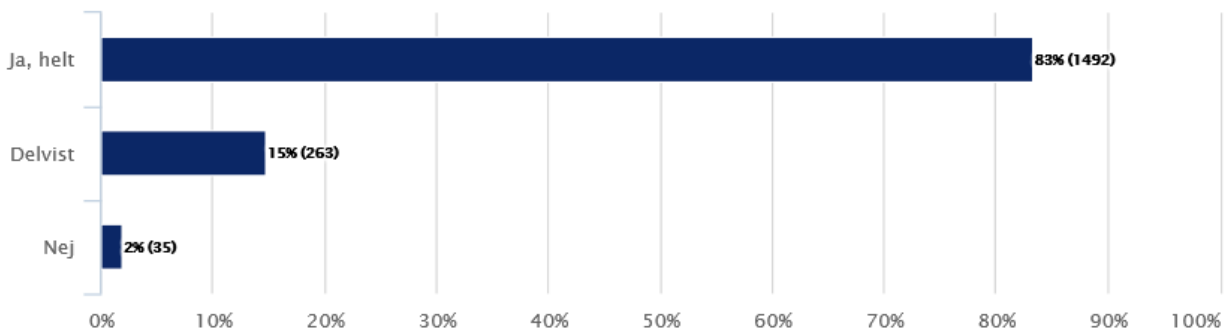
Ovenstående finder vi i kvalitetsudvalget tilfredsstillende.

3.3 Patienttilfredshed efter operation

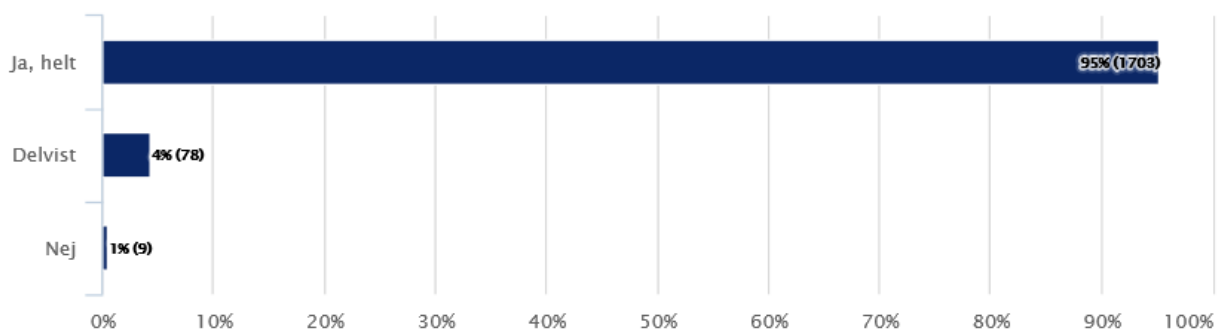
Samlet set, hvordan vil du vurdere den pleje/behandling, som du har fået? ☰



Fik du tilstrækkelig information ved din udskrivelse? ☰



Vil du anbefale Gildhøj Privathospital til andre? ☰



97 % vurderer at pleje/behandling samlet set har været god/meget god. (2020 97 %)

95 % vil anbefale Gildhøj efter operation. (2020 95 %)

I forhold til ovenstående er målet at Gildhøj ligger som minimum svarende til gennemsnittet i GHP i øvrigt. Ovenstående finder vi i kvalitetsudvalget tilfredsstillende.

3.4 PGIC og tilfredshed efter afsluttet behandling (uden operation)

Vi burde måle på PGIC (patient oplevet effekt) efter operation, efter afsluttet behandling uden operation samt efter afsluttet fysioterapi behandling, men vi har igennem 2021 haft udfordringer med at få Xmedicus og Pixelstore til at "tale sammen" og både vores CSO og HR – og Kvalitetschef har haft gentagne dialoger, men må konstatere at det pt. stadigvæk ikke fungerer optimalt.

3.5 Nationale kvalitets-databaser

Vi rapporterer til følgende nationale kvalitetsdatabaser:

- DAD, Dansk Anæstesi Database
- ACL, Dansk korsbåndsdatabase
- Hoftealloplastik
- Knæalloplastik
- Herniedatabasen fra marts 2020.

Målet er en 100 % rapportering til alle databaser på lægeindberetning.

Vi må desværre erkende at Validiteten af Tallene i databasen vedr. Indberetninger fra Gildhøj Privat hospitaler (og andre private udbydere) for 2020 og 2021 er så ringe at vi i år vælger ikke at medtage disse i vores Kvalitetsrapport.

I 2020 overgik administrationen af alle de kliniske databaser til regionerne. De ortopædkirurgiske databaser havde hidtil været administreret via sekretariatet på Ortopædkirurgisk afdeling i Århus. Dette sekretariat ydede os alle en stor service og hjælp til indberetningerne. Af størst betydning var at der hvert kvartal blev afsendt såkaldte "mangellister". Således kunne den enkelte afdeling følge med i egen afdelings indberetninger. Denne service ophørte i forbindelse med at driften af databaserne overgik til regionerne.

DE enkelte afdelinger og ikke mindst privathospitalerne skal fremover selv tage initiativ til at få adgang til mangellister. Micael Haugegaard (dataansvarlig på Gildhøj) har utallige gange været i kontakt med regionernes dataansvarlige, men det er aldrig lykkedes at få dannet mangellister. Michael Haugegaard har haft fat i læger i styringsgrupperne uden at disse har kunne hjælpe – men styregruppen har blot konstateret at indberetningerne for privathospitalerne uforståeligt var faldet betydeligt. Fejlen forventes rettet ultimo 2021. Således citat fra styregruppens bemærkninger:

"Det må desværre samtidig konkluderes, at privathospitalernes komplethed af indberetninger er utilfredsstillende lav.

Styregruppen er imidlertid opmærksom på, at der har været problemer med de tekniske løsninger, der skal give privathospitalerne oversigt over manglende indberetninger. Problemet med de manglende indberetninger forekommer derfor i højere grad at være RKKP's ansvar end privathospitalernes, og styregruppen forventer, at problemet vil blive løst, så privathospitalerne får en reel mulighed for at nå den høje komplethed, der ses for regionerne. "

På Gildhøj Privat hospital har vi stort fokus på De nationale Kvalitetsdatabaser, idet disse giver målbare valide data ikke bare for vores kvalitet i behandlingen, men også for vores volumen.

Jeg har flere gange været i korrespondance med sekretariatet i RKKP men det er ikke lykkedes at få løst problemet. Ligeledes har jeg været i kontakt med styregrupperne som er klar over problemet som tilsyneladende kun gælder for de private udbydere.

Helt Aktuelt har vi haft kontakt til Per Østergaard Jensen i Region hovedstaden som har repliceret: "Jeg er enig med dig i, at de tekniske problemer, der er konstateret i denne samlede gennemgang af databaserne bør tages op med RKKP, idet vilkårene for indberetning bør være de samme for private som offentlige hospitaler.

Jeg tager det op med Danske Regioner og håber vi kan komme videre i dialog med RKKP."

RKKP har siden udsendt en mail til samtlige private udbydere at man forventer at forholdene er udbedret inden udgangen af Maj 2022.

3.6 Re-operationer

Gildhøj registrerer re-operationer for følgende intervaller: 0-180 dage efter operationen

- Definitionen for en re-operation mellem 0-180 dage: en komplikation, som leder til re-operation indenfor 180 dage efter en operation. Der registreres kun en re-operation, selvom komplikationen medfører flere re-operationer.

Målet for re-operationer mellem 0-180 dage er at være bedre end eller på niveau med GHP. Det estimerede tal for 2017 er 3 %.

På Gildhøj har vi påbegyndt registrering 01.01.17. Vi for 2019 ændret definition, så alle re-operationer er med, dvs. også der hvor re-opr. ikke skyldes en kirurgisk fejl. I 2020 har vi ingen grupper, hvor vi ligger over målet. Rygoperationer har dog haft en stor stigning, som vi monitorer tæt.

MÅL (% af OP)	RE-OP i % af operationer 2019	RE-OP i % af operationer 2020	RE-OP i % af operationer 2021
I alt, < 2 %	1,2 %	0,7 %	1,3 %
Knæ ekskl. Alloer, < 5 %	1,0 %	0 %	0,6 %
Ryg, < 5 %	1,5 %	3,7 %	4,2 %*
Skulder, < 3 %	0,0 %	0 %	0,4 %
Knæ-alloer, < 3 %	0,0 %	0,7 %	0,4 %
Hofte-allo, < 3 %	5,0 %	0,7 %	1,1 %**

* Tallet er fratrukket re-prolapser. Det er anerkendt at der er en høj rate på re-prolapser hvorfor disse fratrækkes og tallet accepteret.

** Tallet er fratrukket hofte luksationer. Årsagen til at vi har valgt at fratække hofte luksationer er, at det er tidlige luksationer, som ikke har krævet andet end en lukket reposition.

3.7 Infektions-registrering

På Gildhøj registreres alle dybe infektioner via kvalitetschefen. Alle dybe infektioner analyseres via den lægelige leder og kvalitetschefen, som sikrer at der følges op og iværksættes kvalitetsforbedrende tiltag såfremt det findes indiceret.

- Definition for dyb infektion: infektion under fascien eller kræver som re-operation

Målet for dybe infektioner er, at antallet skal være 1% eller mindre.
 For alloplastikker dog maksimalt 0,5%.

Subspeciale	Antal dybe infektioner
Hofte allo	4
Knæ allo	3
Ryg	0
Hånd	2
Fod	1
Skulder-albue	1
ACL	1
Knæskopi	1
Mave- tarm	0
Tumorkirurgi	2
I alt	15
Antal operationer 2021	3610
Heraf knæ alloplastikker	264
Hofte alloplastikker	257
Dybe infektioner knæ alloplastikker	1,1
Dybe infektioner hofte alloplastikker	1,5
Øvrige dybe infektioner	0,2

Målet for dybe infektioner for både knæ og hofte-alloplastikker ligger ikke indenfor det af Gildhøj accepterede område.

Vi har dog efter eksternt vurdering, måtte erkende at det alment accepterede område for Alloplastik operation ligger på mellem 1-2 %, hvorfor vi ved gennemgang af de enkelte sager, ikke har fundet anledning til ændring af arbejdsgange eller procedurer. KIM og partikelmålinger er udført med godkendte værdier.

3.8 Personale

Personaleomsætning		2017	2018	2019	2020	2021
Personaleomsætning	%	1,0%	5,0%	10,3%	12,2%	12,5%
Fratrådte i året	Antal	1	5	12	16	18
Antal ansatte incl. Konsulenter og ekskl. Studenter ultimo året	Antal	97	101	116	131	144

Personale omsætning ligger i 2021 på 12,5%, hovedparten pga. opsigelser fra personalets side.

Fraværstatistik		2021	2020	2019	2018	2017
Samlet arbejdstid	Timer	203.690	173.748	153.533	128.042	111.161
Syg	Timer	8.569	6.177	3.577	6.490	3.352
Syg> 60 dage	Timer	3.148	3.207	744	4.356	1.834
Syg	%	4,2%	3,6%	2,3%	5,1%	3,0%
Syg> 60 dage	%	1,5%	1,8%	0,5%	3,4%	1,6%

I 2021 ligger sygefravær på 4,2 %, som er en betydelig stigning over de foregående to år. Langtidsfraværet (> 60 dage) ligger i 2021 på 1,5 %.

I henhold til gældende lovgivning skal APV (arbejdspladsvurdering) hvert 3. år.

Gildhøjs Arbejdsmiljø Udvalg har brugt noget tid på at udforme en APV med fokus på Gildhøj som kan bruges fortløbende og hvor resultaterne kan sammenlignes.

Denne APV er udsendt primo 2022 og de respektive faggrupper i gang med at arbejde med resultaterne. Dette arbejde skal være færdigt 01.05.22 og konklusionerne skal meldes til ArbejdsmiljøUdvalget.

Ønsket er at hver faggruppe skal prioritere 3 områder, der skal arbejdes med og 3 områder hvor det gode kan fastholdes.

4.0 Patientsikkerhedsberetning

4.1 Målsætning

Det er Gildhøj Privathospitals overordnede mål, at alle faser af patientkontakt og behandling sker efter højeste kvalitetsstandard/ specialiststandard under hensyntagen til patientens ønsker og behov i henhold til Gildhøj Privathospitals virksomhedsgrundlag.

4.2 Organisatorisk ansvar for patientsikkerhedsarbejde

Patientsikkerhedsarbejdet er en del af kvalitetsudvalgets arbejde.

4.3 Risikoanalyse

Vi udarbejder en risikoanalyse, når vi påtænker at igangsætte en større administrativ ændring, inddrage et nyt speciale eller på anden måde sætte os i en situation, hvor det har stor betydning, at alle forhold er afklaret og vurderet inden igangsættelse.

I 2021 har vi ikke indført nye specialer eller operationstyper, som har krævet at vi gennemførte en risikoanalyse.

4.4 UTH – Utilsigtede hændelser

En utilsigtet hændelse (UTH) forstås som en begivenhed, der forekommer i forbindelse med sundhedsfaglig virksomhed. Utilsigtede hændelser omfatter på forhånd kendte og ukendte hændelser og fejl, som ikke skyldes patientens sygdom, og som enten er skadevoldende eller kunne have været skadevoldende ('nær-ved-hændelser').

Alle medarbejdere på Gildhøj er forpligtede til at rapportere utilsigtede hændelser i DPSD (Dansk Patient Sikkerhedsdatabase);

- Som de selv er direkte involveret i eller
- Som de observerer hos andre eller
- Som de senere bliver opmærksomme på i forbindelse med patientens behandling eller ophold på Gildhøj.
- Patienterne kan også selv indberette og de informeres om mulighederne herfor på hjemmesiden.

Alle utilsigtede hændelser registreres hos Kvalitetschefen som også er initialmodtager på Dpsd portalen.

Link til www.dpsd.dk ligger på SharePoint – Gildhøj intranet.

Alle indkomne utilsigtede hændelser analyseres i første omgang via kvalitetschefen og CMO. Hvis der findes indikation for kvalitetsforbedrende tiltag, iværksættes disse af respektive leder og personalet orienteres i relevant fora.

Via træk fra DPSD og intern registrering overvåger Kvalitetschefen antallet og typer af indrapporterede UTH, og der foretages analyser og opfølgning heraf. Ved alvorlige hændelser (score 3) udarbejdes en kerneårsagsanalyserapport, som tages op i relevante fora på Gildhøj.

Utilsigtede hændelser er noget man som organisation kan lære af, som hvis de analyseres i konteksten, kan give mulighed for forbedringer og/eller ændringer af arbejdsgange som fremadrettet kan være til gavn for patienterne og dermed højne kvaliteten af de ydelser som vi leverer. Siden 2017 har kvalitetsudvalget haft fokus på antallet af UTH ér, idet formodningen var at en virksomhed med den størrelse produktion som Gildhøj er og det antal patientkontakter, måtte have en vis mængde. Målet er at der blev indberettet min 20 pr. år.

Utilsigtede hændelser år 2021;
Status for UTH 2021; 29 interne og 5 eksterne i alt 34 UTH.

Særligt to områder har været gennemgående temaer i UTHérne.

Booking til MR-scanning hvor bookingskemaet og oplægget i journalen var divergerende trods det, at begge bliver udfyldt af ordinerende læge.

Genoptræningsplaner og udfyldelse / afsendelse af disse. Genoptræningsplaner udfyldes og afsendes i de tilfælde hvor patienten skal have kommunal genoptræning, altså en meget lille del af vores patienter.

Begge områder er fortsat fokus på ved årets udgang.

4.5 Patientklager

Når en patient eller pårørende klager (mundtligt eller skriftligt) til Gildhøj eller Gildhøjs medarbejdere eller Patientombuddet, orienteres CSO/ CMO og/eller HR og – Kvalitetschefen straks.

Hvis klagen er af generel, overordnet karakter, kontakter den klagesagsansvarlige hurtigst muligt vedkommende (patient, pårørende eller interessent). Udover telefonisk orientering kan vedkommende også blive inviteret til et møde på hospitalet.

Hvis klagen går på fx sygepleje og andre personalerelaterede forhold (ikke speciallægerne), tager HR - og kvalitetschef kontakt til vedkommende.

Hvis klagen går på en speciallæge orienteres CMO og CEO, og CMO er ansvarlig for opfølgning.

Hvis vi modtager en klage fra en forsikringspatient, orienterer CSO forsikrings-selskabet om den pågældende sag.

Vi håndterer den enkelte klage, men har ikke tidligere registreret dem. Dette gør vi fremadrettet.

En patient kan have fremsendt både en klage til Gildhøj og en anmeldelse til Patienterstatningen. En anmeldelse til Patienterstatningen alene registreres ikke som en klage, men registreres kun som en anmeldelse til Patienterstatningen.

4.6 Patienterstatning

Indtil 1992 skulle patienterne gå via domstolene, hvis de ville søge erstatning for en skade. Med Sverige som forbillede dannedes i 1992 en institution, der skulle sikre, at patienterne fik den erstatning, som de var berettiget til ifølge loven. Fra 1/10 2013 er private klinikker og hospitaler forpligtet til selv at betale pålagte erstatninger.

Det er gratis for patienter at klage, men private klinikker og hospitaler pålægges et administrativt gebyr på 12.500 kr. for hver anmeldt skade uanset udfald.

Gildhøj havde i 2016 tegnet en forsikring til dækning af erstatninger og gebyrer i TRYG med en selvrisiko på max. 3 Mill. kr. pr erstatning. Denne forsikring er pr. 01.01.17 overgået til Top Danmark med en selvrisiko på max. 1 Mill. kr. pr erstatning.

Patienter kan klage på baggrund af en behandling/skade i 10 år.

Alle indkomne sager fra Patienterstatningen registreres af HR og - kvalitetschefen. CMO og CEO orienteres om sagen og gennemgår sagen mht. skønsmæssig beregning af en evt. erstatning. Øvrige ledelse informeres på ledelsesgruppe møder.

Alle sager gennemgås mht. mønstre og tendenser og det vurderes om der er behov for at iværksætte kvalitetsforbedrende tiltag.

For GHP Gildhøj Privathospital har udviklingen i anmeldelser til Patientforsikringen og pålagte erstatninger udviklet sig således gennem de sidste 5 år:

	2017	2018	2019	2020	2021
Antal operationer	2.465	2.261	2.859	3.255	3610
Antal anmeldte skader pr skade år	23	26	20	23	15
Antal sager afsluttet uden erstatning	16	15	11	10	3
Antal sager afsluttet med erstatning	5	7	5	5	4
Ikke afsluttede sager	2	4	4	8	8
Udbetalt erstatning i alt pr. år	1443.454	370.050	88.068	1.346.591,12	573.048,70

4.7 Styrelsen for Patientsikkerhed (Patientombuddet)

Patienter kan klage til Styrelsen for Patientsikkerhed over følgende forhold:

- Den sundhedsfaglige behandling
- Brud på patientrettigheder

	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Anmeldte sager	3	2	7	5	7	5
Sager afgjort med AFSLAG	3	1	4	1	4	1
Sager afgjort med MEDHOLD		1	2		1	
Sager hvor pt. har trukket klagen retur				2		
Sager, der fortsat pågår			1	2	2	4
I alt	3	2	7	5	7	5

Vi har tilføjet en ny rubrik "Pt. trukket klagen retur".

På Gildhøj inviteres klager til en dialog samtale med CMO og HR – og kvalitetschefen. Dette har i flere tilfælde medført, at klager har trukket klagen retur, når forløbet er blevet gennemgået og hvor klager har fået mulighed for at blive hørt og hvor udgangspunktet for dialogen er, at vi på Gildhøj ønsker at sætte fokus på kvalitetsforbedrende tiltag på baggrund af dialogen.

Sagsbehandlingen i Sundhedsvæsenets disciplinærnævn er ofte meget lang.

5.0 Sammenfattende refleksion

Gildhøj Privat hospital har i de senere år været i rivende udvikling, vores omsætning både hvad angår økonomi og patientbehandlinger er øget ekspansivt.

Vi erfarede en tiltagende arbejdsbyrde på ledelsen, som har haft samme struktur de sidste 10 år.

2021 blev derfor året, hvor en ny ledelsesstruktur blev indført. Formålet var at frigive ledelsesmæssige ressourcer så fokus kunne være mere proaktivt på drift, økonomi og kvalitet. Den nye ledelsesstruktur som trådte i kraft i juni 2021

Covid-19 har også i 2021 påvirket sygehuset i betydelig grad. Vores Hygiejne udvalg har haft ekstraordinært mange møder og er af ledelsen blevet bemyndiget til at skitsere sygehusets Corona politik og restriktioner. Covid-19 har i 2021 givet produktionsmæssige udfordringer af flere omgange både i forhold til patienter som måtte aflyses eller udskydes pga. covid men også i forhold til personalet, som i 2021 ikke kunne undgå også at blive ramt.

Vi har i 2021 arbejdet fokuseret med bæredygtighed.

Vi har en bæredygtighedspolitik med udgangspunkt i FN's verdensmål. Vi har udvalgt verdensmål nummer 12 "*ansvarligt forbrug og produktion*" samt nummer 13 "*klimateksat*".

Verdensmålene danner rammen for vores seks specifikke fokusområder: Indkøb & forbrug, energi, transport, fødevarer, adfærd og affald. Her optimerer vi løbende vores bæredygtighedsinitiativer gennem påvirkning og dialog med vores leverandører.

På Gildhøj har vi et bæredygtighedsudvalg, der skal sikre, at ovenstående fokusområder bliver prioriteret og bæredygtige initiativer bliver udviklet og implementeret. Dette sker via mindst fire årlige møder i det bæredygtige udvalg, samt et månedligt indslag på vores stormøder.

På Gildhøj Privathospital har vi omlagt vores indkøbspolitik, så den så vidt mulig er økologisk og bæredygtig. Vi har en 100 % økologisk morgenmads- og frokostordning til vores patienter, og vi har valgt udelukkende at servere kød fra fisk og fjerkræ. Dette har vi valgt for at mindske Co2 udledning forbundet med produktion af oksekød, svinekød og lammekød. Vores mad- og frugtleverandører er lokale virksomheder.

Af andre tiltag kan nævnes, ny taxileverandør, som primært benytter elbiler, kompenserer CO2 udslip ved at støtte Climaid og bæredygtige julegaver til personalet.

6.0 Kvalitetsmål og strategier for 2022

Nedenstående er oplæg til bestyrelsesmødet 24.03.22

Kvalitet– De 3-5 fokus områder på bestyrelsesniveau (1)

Hovedområder	Delområder	Mål	Seneste måling	Handleplan
MR	• MR Beskrivelser	<ul style="list-style-type: none"> Beskrivelser skal være færdige inden for max 3 dage Patient skal kontaktes inden for max. 5 dage 	3 dage 5 dage	<ul style="list-style-type: none"> Vi arbejder med helt nyt koncept – Fast Track, med svar til udvalgte patienter samme dag MR sekretariat
Afvigelse fra forventninger	• Utsigtet hændelser (UTH)	• Mindst 20 pr år (TBD)	2021: 34 stk	• Kontinuert fokus
Patient tilfredshed	• Få GHP systemet op at køre 100 %	Få det til at fungere 100 % i DK <ul style="list-style-type: none"> Tilfredshed efter forundersøgelser Tilfredshed efter OP PGIC efter OP PGIC efter fysioterapi behandlinger er afsluttet. Få kundespecifikke spørgsmål ind i spørgeskemaerne Bruger Pixelstore til "tovholder"-specifikke måling Bruge data som ledelsesstyring og i vores kunde-dialog	Stadigvæk problemer med data fra PGIC efter op, efter afsluttet behandling uden op og efter fys.	<ul style="list-style-type: none"> Handleplanen er at data trækkes automatisk fra X-Medicus til Pixelstore

Kvalitet – De 3-5 fokus områder på bestyrelsesniveau (2)

Hovedområder	Delområder	Mål	Seneste måling	Handleplan
Danske kvalitets-databaser	• Legeindberetning i % • Nationale indikatorer	100% på henh. <ul style="list-style-type: none"> ACL Knæ-allo Hofte-allo Re-operationer indenfor 2 år ACL = <5 % Knæ-allo = <5 % Hofte-allo = <3%	Data invalide p.g.a. systemfejl i RKKP	<ul style="list-style-type: none"> At de tekniske forhold omkring RKKP udbedres og der kan indberettes og trækkes data. RKKP forventer at det er løst inden udgangen af maj 2022
Behandling af høj kvalitet	• Re-operation i % af alle operationer ÅTD₂ • Antal dybe infektioner i % af alle operationer ÅTD	<ul style="list-style-type: none"> I alt: < 2 % Knæartroskopi < 5 % Ryg operationer < 5 % Skulder < 3 % Mindre end 1% af alle operationer. <ul style="list-style-type: none"> Mindre end 2% Alene knæ alloplastikker Alene Hofte alloplastik 	<ul style="list-style-type: none"> 1,3% 0,6% 4,2% 0,4% <ul style="list-style-type: none"> 0,2% 1,1% 1,5% 	<ul style="list-style-type: none"> Vi har et særligt fokus på rygoperationer

Fortsat fokus på dybe infektioner på Alloplastikker. Dansk reference data baser siger at infektion <2 % er godkendt