

# Patientsäkerhetsberättelse för små vårdgivare

År 2016

Datum och ansvarig för innehållet

2017-02-13 Annika Berglund

---

---

## Verksamhetens mål för patientsäkerhetsarbetet

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

Vården inom Victoria Vård & Hälsa, Region Medicin, Förenade Care kännetecknas av en hög patientsäkerhet med genomtänkta vårdkedjor och arbetsrutiner, rätt kompetens hos varje medarbetare, samt att alla aktivt medverkar till att öka säkerheten i vården. På enheterna bedrivs patientsäkerhetsarbetet som en integrerad del av det dagliga arbetet och åtgärderna riktas mot underliggande systemfel istället för att leta fel hos enskild individ.

Våra övergripande mål för 2016 var att:

- ✚ Minska antalet allvarliga vårdskador
- ✚ Öka antalet rapporterade tillbud och avvikelser
- ✚ Öka antalet genomförda riskanalyser
- ✚ Utveckla och strukturera vårt avvikelssystem
- ✚ Förbättra tillgängligheten

## Ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Patientsäkerhetsarbetet inom Victoria Vård & Hälsa, Region Medicin, Förenade Care innebär olika ansvarsområden och roller.

Rollerna utgörs av:

*Regionchefen* har tillsammans med *verksamhetschefen* på verksamheten det övergripande ansvaret för det systematiska patientsäkerhetsarbetet, d v s det yttersta ansvaret att minimera skador i vården, samt att följa upp mål och handlingsplaner som berör patientsäkerhetsområdet. Chefen har även ansvar för att vid behov initiera händelse- och riskanalyser, samt att ändra mottagningens arbetssätt så att vårdskador ej uppstår.

*Arbetsmiljögruppen på Victoria Vård & Hälsa* analyserar verksamheternas avvikelser och utreder om eventuella systemfel har gett upphov till vårdskador inom enheten. De ansvarar även för att, efter uppdrag från verksamhetens verksamhetschef, genomföra förbättringsarbeten med patientsäkerhetsfokus. Inom verksamheterna har det lokala patientsäkerhetsrådet (ingår i arbetsmiljögruppen) även möjligheten att rådfråga flera sakkunniga arbetsgrupper kring patientsäkerhetsfrågor inom gruppens specifika område.

*Mottagningens verksamhetschef* samlar in och granskar alla inkomna avvikelser, klagomål/synpunkter, samt vidtar vid behov åtgärder.

---

*Varje medarbetare* har ett eget ansvar gällande enhetens patientsäkerhetsarbete. Det innebär att medarbetaren ska följa fastställda riktlinjer och anvisningar, samt rapportera risker och avvikelser till den ansvariga chefsjuksköterskan.

Om mot förmodan en vårdskada uppstår inom verksamheten är det antingen verksamhetschefen eller den medicinskt ansvariga läkaren som är ansvarig för att informera patienten om att en vårdskada inträffat.

Resultatet av verksamheternas patientsäkerhetsarbete redovisas i Förenade Cares och respektive verksamhets årsredovisning.

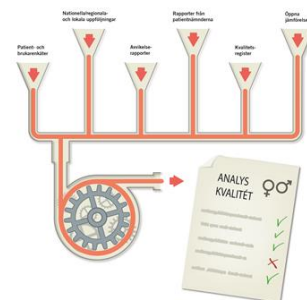
Exempel på hur arbetsgången kan vara för en avvikelse:

- ✚ Mottagningens läkare / sköterska / sekreterare / verksamhetschef tar emot synpunkt eller klagomål.
- ✚ Alla inrapporterade avvikelser hanteras på personalmöte inom 14 dagar.
- ✚ Jag som ytterst ansvarig för verksamheten svarar för att det hanteras och att vi ändrar våra arbetssätt så att inga vårdskador uppstår samt att det återrapporteras till den som framfört klagomålet/synpunkten inom 7 dagar.
- ✚ Jag som verksamhetschef är ansvarig för att informera patienten om en vårdskada inträffat.

## Rutiner för egenkontroll samt vilken egenkontroll som genomförts under året

SOSFS 2011:9 5 kap. 2 §

*Egenkontroll är systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem.*



### Egenkontroll

Förenade Care har ett verksamhetssystem som innehåller en *egenkontroll* som avser en regelbunden uppföljning av alla processer och rutiner, inklusive verksamheternas patientsäkerhetsarbete, för att således säkra och utveckla vårdens kvalitet.

Här kan verksamheterna jämföra de tidigare resultaten med de nuvarande resultaten.

---

Egenkontrollen av patientsäkerhetsarbetet genomförs regelbundet under året av verksamhetschefen på de olika verksamheterna med hjälp av fastställda manualer. Dessa redovisas sedan 1 ggr/år på "Ledningens genomgång", där regioncheferna tillsammans med företagets VD, vice VD, vårdchef och kvalitetschef går igenom verksamhetssystemet enligt en fastställd dagordning där verksamhetssystemets lämplighet och efterlevnad granskas.

### **Punktprevalensmätningar och andra mätningar**

Uppföljningar och mätningar av kvalitetsindikatorer enligt verksamheternas uppdrag sker i olika former och på olika nivåer. Vissa uppgifter hämtas av beställarna från befintliga register som vi rapporterar till. Andra uppgifter som inte kan inhämtas från befintliga register rapporteras in.

Utgångspunkten är att mätningarna ska stimulera till en förbättrad följsamhet av rutiner, eftersom mätningen i sig ger en påminnelse om rutinen. Användandet av kvalitetsindikatorer ska således föra med sig en accelererad kvalitetsutveckling, minskade kostnader för kvalitetsbrister och ökad patientsäkerhet.

### **Målgruppsundersökningar och granskningar**

Verksamheterna använder sig av följande undersökningar och metoder för att identifiera uppkomna vårdskador och förbättringsområden:

- ✚ Enkätundersökningar för patienter (NPE)
- ✚ Möjlighet inom kvalitetssystemet att fånga upp patienternas klagomål och synpunkter med en specifik blankett
- ✚ Möjlighet för patienten att direkt efter besöket på mottagningen ge sin syn på t.ex. bemötandet via en "Happy-or-not" mätare.
- ✚ Externa revisions besök av Region Skåne
- ✚ Interna revisions besök

### **Nationella kvalitetsregister**

Vi medverkar i följande nationella kvalitetsregister:

- ✚ SweDem (registrering av personer med demensdiagnos)
- ✚ Nationella Diabetesregistret

De ovan nämnda mätningarna och undersökningarna, samt nationella kvalitetsregistren ingår i "öppna jämförelser". Detta innebär att våra resultat kan jämföras med andra verksamheter.

## **Vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet**

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2*

---

## 2016 års systematiska förbättringsarbete gällande patientsäkerhet

Verksamhetens mål för 2016 var att:

- ✚ Öka antalet rapporterade tillbud och avvikelser
- ✚ Öka antalet genomförda riskanalyser
- ✚ Utveckla och strukturera vårt avvikelssystem
- ✚ Förbättra tillgängligheten

För att nå dessa mål har verksamheterna under året arbetat med följande:

- ✚ Information till personal
- ✚ Strukturerat arbeta med rutiner (revidering av befintliga och skapat nya) och andra kvalitetssystem
- ✚ Genomfört och dokumenterat riskanalyser
- ✚ Arbetat med vårt Värdegrundskoncept

Resultat

- ✚ Antalet genomförda riskanalyser: 10 st
- ✚ Antalet rapporterade avvikelser har tyvärr inte ökat.
- ✚ Bättre resultat i NPE gällande bl.a. bemötande, förtroende samt rekommendation till andra.

Öka avvikelserapporteringen genom att:

- ✚ Göra avvikelseblanketterna mer tillgängliga, samt öka medvetenheten hos personal genom regelbunden återkoppling på verksamheternas arbetsplatsmöten

Utveckla och strukturera vårt avvikelssystem genom att:

- ✚ Arbeta i ett s.k. lokalt patientsäkerhetsråd inom varje enhet på verksamheten
- ✚ Vidareutvecklat och spridit införande av ett formulär för sammanställningar av avvikelser
- ✚ Kategorisera alla avvikelser och bedöma deras allvarlighets- och sannolikhetsgrad
- ✚ Fortsätta en regelbunden återkoppling till personalen utav de inkomna avvikelserna
- ✚ Involvera arbetsgrupperna i patientsäkerhetsarbetet

---

Förbättra tillgängligheten genom att:

- ✚ Förbättra bemanningen
- ✚ Effektivisera telefontekniken – digitaliserad telefonväxel

## **Rutiner för att identifiera risker i verksamheten**

*SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §*

### **Risکانالys – den viktigaste delen i det systematiska förbättringsarbetet gällande patientsäkerheten**

Vi inom Victoria Vård & Hälsa, Region Medicin använder oss av ett kvalitetsledningssystem enligt Förenade Cares riktlinjer. I kvalitetsledningssystemet identifieras de processer i verksamheten som behövs för att utveckla verksamhetens patientsäkerhet. En viktig del av vårt kvalitetsledningssystem är att genomföra händelse- och risکانالys. Dessa analys gör fortlopande inom de olika verksamheterna.

Det viktigaste i detta arbete är att förebygga att oplanerade händelser inträffar, att identifiera grundorsaken till eventuella avvikelser och att vidta åtgärder för att minimera eller eliminera vårdskadorna. Inom Victoria Vård & Hälsa, Region Medicin sker identifieringen av riskmoment med hjälp av:

- ✚ Daglig riskinventering
- ✚ Riskronder, ronder där man går igenom olika riskfyllda arbetsmoment

Inom Victoria Vård & Hälsa, Region Malmö görs risکانالys vid följande situationer:

- ✚ Organisationsförändringar
- ✚ Graviditeter
- ✚ Nya arbetsmoment
- ✚ Ombyggnader

Målet med en risکانالys är att identifiera potentiella risker i en process, uppskatta riskernas omfattning och konsekvenser och ta fram förslag till åtgärder för att eliminera eller minimera riskerna. Analysen görs av en tvärprofessionell grupp och följer ett systematiskt arbetssätt där varje moment dokumenteras i ett analysformulär.

---

## **Rutiner för händelseanalyser**

*SFS 2010:659, 3 kap. 3§*

Vid befarad eller inträffad patientskada skall medarbetaren rapportera vårdavvikelsen till verksamhetschef som tillsammans med Arbetsmiljögruppen analyserar den negativa händelsen och tar fram åtgärdsförslag (t.ex. översyn av rutiner och återkoppling till berörd personal).

Verksamhetschefen tar del av samtliga avvikelserapporter och initierar vid behov en händelseanalys.

Verksamheterna tillhandahåller specifika blanketter för avvikelse- och tillbudsrapportering. Dessa blanketter är lättillgängliga inom verksamheterna och väl kända av all personal.

Alla inkomna avvikelser registreras/kategoriseras och sammanställs av verksamhetschefen inför ledningens genomgång varje år. I samband med registrering bedöms även den inkomna avvikelstens allvarlighets- och sannolikhetsgrad. På detta sätt kan vi identifiera mönster eller trender som indikerar brister i verksamheten och därefter upprätta handlingsplaner för att minimera och eliminera vårdskador.

Medarbetarna får en regelbunden återkoppling utav dessa på verksamheternas arbetsplatsmöten alt möten med respektive yrkeskategori.

Vi uppmuntrar dagligen våra medarbetare att rapportera avvikelser och risker. Vi ser avvikelserna som en del i vårt förbättringsarbete.

## **Samverkan för att förebygga vårdskador**

*SOSFS: 2011:9,4 kap. 6 §*

Målet för vårdssamverkan är att patienten och närstående inte ska behöva märka eller bekymra sig över vem som är huvudman för de olika delarna av vården och omsorgen. Inom Victoria Vård & Hälsa, Region Medicin finns samverkansöverenskommelser som tydliggör respektive vårdgivares ansvarsområden. Samverkan sker genom dokumenterade samarbetsavtal och regelbundet återkommande möten mellan primärvården och den kommunala vården och omsorgen.

För att tydliggöra och förbättra kommunikationen och informationsöverföringen mellan de olika vårdgivarna använder vi oss av:

- 
- ✚ Fastställda rutiner gällande informationsöverföringen vid in- och utskrivning av patient (SVPL)
  - ✚ PMO, ett gemensamt journalsystem
  - ✚ Fastställda rutiner gällande upprättandet och distribueringen av läkemedelsberättelser och utskrivningsmeddelande till patient, primärvård och kommunal vård
  - ✚ Fastställda rutiner gällande hanteringen utav in- och utgående remisser
  - ✚ Regelbunden uppföljning och kontroll av inkomna svar av utgående remisser och prover.
  - ✚ Samverkan avseende läkemedelsanvändning genom återkommande dialog kring förskrivning, gemensamma granskningar av läkemedelslistor.

## **Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet/klagomål och synpunkter**

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

Vid befarad eller inträffad patientskada skall medarbetaren rapportera vårdavvikelsen till verksamhetschef som tillsammans med Arbetsmiljögruppen analyserar den negativa händelsen och tar fram åtgärdsförslag (t.ex. översyn av rutiner och återkoppling till berörd personal).

Verksamhetschefen tar del av samtliga avvikelserapporter och initierar vid behov en händelseanalys.

Verksamheterna tillhandahåller specifika blanketter för avvikelse- och tillbudsrapportering. Dessa blanketter är lättillgängliga inom verksamheterna och väl kända av all personal.

Alla inkomna avvikelser registreras/kategoriseras och sammanställs av verksamhetschefen till Ledningens genomgång.

I samband med registreringen bedöms även den inkomna avvikelstens allvarlighets- och sannolikhetsgrad. På detta sätt kan vi identifiera mönster eller trender som indikerar brister i verksamheten och därefter upprätta handlingsplaner för att minimera och eliminera vårdskador.

Medarbetarna får en regelbunden återkoppling utav dessa på verksamheternas arbetsplatsmöten.



---

Vi uppmuntrar dagligen våra medarbetare att rapportera avvikelser och risker. Vi ser avvikelserna som en del i vårt förbättringsarbete.

## **Sammanställning och analys**

*SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §*

Alla inkomna avvikelser registreras/kategoriseras och sammanställs av verksamhetschefen till Ledningens genomgång.

I samband med registreringen bedöms även den inkomna avvikelstens allvarlighets- och sannolikhetsgrad. På detta sätt kan vi identifiera mönster eller trender som indikerar brister i verksamheten och därefter upprätta handlingsplaner för att minimera och eliminera vårdskador.

Medarbetarna får en regelbunden återkoppling utav dessa på verksamheternas arbetsplatsmöten.

## **Samverkan med patienter och närstående**

*SFS 2010:659 3 kap. 4 §*

Vi på Victoria Vård & Hälsa anser att en bra kommunikation mellan patienten och personalen är av allra största vikt. Genom att ha en fortlöpande kommunikation skapar vi ett forum för ett bra möte och vi kan således förebygga uppkomsten utav vårdskador.

Vi uppmuntrar våra patienter och deras närstående att komma med synpunkter och förbättringsförslag.

Om en vårdskada inträffat informeras alltid den berörda patienten om den negativa händelsen, samt om vilka rättigheter som han/hon har. Patienten och ev närstående erbjuds möjlighet att samtala om händelsen.

## **Resultat**

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3*

Under 2016 inkom 9 st. avvikelserrapporter till Victoria Vård & Hälsa, de flesta ansågs vara av mindre eller måttlig grad fördelat enligt nedan:

Läkemedelshantering – 0 st

Dokumentationsöverföring/information – 0 st

Bemötande – 8 st

Synpunkter/Klagomål – 1 st

Externa avvikelser – 0 st

Övrigt – 0 st

---

Patientnämndärenden – 0 st