
Patientsäkerhetsberättelse

År 2018

Datum och ansvariga för innehållet:

2019-02-01



Edin de Bri
Medicinskt ansvarig läkare



Carin Ivarsson
VD

Inledning

Såsom ny vårdgivare startar nu DBI Vård & Hälsa arbetet med att lägga grunden för, samt utveckla, vår verksamhet enligt senaste rön, beprövad erfarenhet och vetenskap. Vi ser alla möjligheter att därmed göra rätt från början utifrån de processer som redan finns, samt erfarenheter från både oss själva och andra vårdgivare.

Verksamhetens övergripande mål och strategier

Hos DBI Vård & Hälsa är patientsäkerheten den viktigaste delen i organisationen och i vårt arbetssätt. Våra patienter vet vem av våra läkare som är sk PAL, dvs patientansvarig läkare. Vi arbetar med obrutna vårdkedjor och samarbetar med övriga professioner för att patienten inte ska behöva riskera att "falla emellan". För oss innebär att arbeta med patientsäkerhet ett sätt att utveckla verksamheten och sätta patientens behov i fokus.

Resultatet av vårt arbete följs kontinuerligt upp i vårt förbättringsarbete. Det betyder att vi kan förbättra våra rutiner och öka patientsäkerheten. Vårt avvikelssystem är centralt i detta arbete.

VÅR VÄRDEGRUND

PROFESSIONELLT

- affärsmässigt
- respektfullt
- ansvarsfullt
- bemötande

FLEXIBILITET

- förnyelse
- samverkan
- öppenhet
- tillgänglighet

KVALITET

- kontinuitet
- utveckling
- processinriktat arbetssätt
- evidensbaserad vård

Verksamhetens mål för patientsäkerhetsarbetet

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

- ❖ Minska antalet vårdskador
- ❖ Minimera risker
- ❖ Standardiserade arbetssätt

Ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Vårdgivaren ansvarar för

- ❖ Verksamheten
- ❖ Patientsäkerhetsfrågorna i lagstiftningen
- ❖ Ledningssystem anpassat till verksamheten
- ❖ Systematiskt patientsäkerhetsarbete genom att:
 - Planera, leda och kontrollera verksamheten
 - Arbeta förebyggande för att minska risken att patienter drabbas av vårdskador
 - Dokumentera hur det organisatoriska ansvaret för patientsäkerhetsarbetet är fördelat.
 - Årligen upprätta en patientsäkerhetsberättelse
- ❖ Rutiner för att hantera klagomål

Medicinskt ansvarig läkare ansvarar för:

- ❖ Uppföljning av medicinska avvikelser
- ❖ Verksamhetens anmälningsskyldighet enligt 3 kap, 5 § PSL (Lex Maria)
- ❖ Leda arbetet med händelse- och riskanalyser avseende på patientsäkerhet
- ❖ Arbeta övergripande med att utveckla patientsäkerhet och kvalitet
- ❖ Hantera medicinska klagomål

Verksamhetschefen ansvarar för:

- ❖ Rutiner och delegering
- ❖ Information till patienter om vårdskada har inträffat
- ❖ Kontakt i patientärenden

All personal ansvarar för:

- ❖ Att utföra sitt arbete enligt vetenskap och beprövad erfarenhet
- ❖ Arbeta enligt verksamhetens rutiner och processer

Rutiner för egenkontroll samt vilken egenkontroll som genomförts under året

SOSFS 2011:9 5 kap. 2 §

Under året har följande egenkontroller genomförts:

- ❖ Kontinuerlig kundenkät
- ❖ Genomgång av journaler

Egenkontrollerna har genomförts enligt följande rutiner:

- ❖ Systematisk journalgranskning i journalsystemet Take Care. Varje kvartal granskas ett större antal journalöppningar för några utvalda medarbetare. Under kalenderåret skall samtliga medarbetare ha ingått i en granskning vid minst ett tillfälle.
- ❖ Statistik kring kundnöjdhet tas fram löpande. Statistiken presenteras för ledningsgruppen.

Utvärdering av egenkontrollerna:

- ❖ Avvikelse vad gäller journalöppningar följs upp med berörd personal.
- ❖ Utfallen på kundenkäterna hjälper oss att prioritera i vårt förbättringsarbete. Genom löpande uppföljning kan vi snabbt upptäcka trendförändringar och analysera dessa. Förbättringsåtgärder tas fram, presenteras för ledningsgruppen som beslutar om prioritering.

Vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

- ❖ Utbildning för all personal, även administrativ, i HLR
- ❖ Månatlig kontroll av journalskrivning
- ❖ Uppbyggnad av kvalitetsledningssystem, anpassat till vår verksamhet.
- ❖ Genomgång av avvikelser är en stående punkt på arbetsplats-träffar
- ❖ Individuell uppföljning av eventuella avvikelser

-
- ❖ Information till patienter sker skriftligt genom standardiserat informationsmaterial, muntligt med stöd av checklista och via vår hemsida
 - ❖ Individuell introduktion av nya medarbetare
 - ❖ Mötet med patienten sker på begriplig svenska
 - ❖ Patienten har möjlighet att läsa sin journal via inloggning på 1177
 - ❖ All personal ansvarar för att rapportera avvikelser i verksamheten, vilka sedan följs upp på arbetsplatsmöten.
 - ❖ Ständigt förbättringsarbete pågår med all personal involverad

Rutiner för att identifiera risker i verksamheten

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

I vårt ledningssystem finns ett webbaserat avvikelssystem, där vår personal rapporterar risker, avvikelser och förbättringsförslag. Vår kvalitetsansvarige får information när något inrapporterats. Avvikelserna går igenom och åtgärdas efter ärendets natur. Sammanfattning över avvikelserna tas upp på arbetsplatsmöten, med efterföljande diskussion för att uppnå en förbättring eller förändring av befintliga rutiner.

- ❖ Årlig riskanalys över befintlig verksamhet utarbetas i projektgrupp och presenteras för ledningsgrupp där beslut fattas.
- ❖ Vid nya projekt och investeringar görs riskanalys av ledningsgruppen och presenteras för styrelsen.
- ❖ Tvärfunktionella möten mellan fysioterapeut, naprapat och ortoped för att identifiera eventuella risker i behandling
- ❖ På arbetsplatsmöten tas rutiner, policys samt förbättringsarbeten upp.
- ❖ Genomföra och följa upp kundenkäter i förbättringssyfte

Under år 2018 utfördes tre riskanalyser:

- ❖ Ombyggnation Farsta mottagning och dagkirurgi
- ❖ Ombyggnation Riddargatan
- ❖ Förvärv av verksamhet i Västerås med mottagning och dagkirurgi

Rutiner för händelseanalyser

SFS 2010:659, 3 kap. 3§

I vår organisation finns en kvalitetsansvarig som utreder eventuella händelser tillsammans med berörd personal och MAL. Vid behov involveras patient. Ytterst ansvarig är MAL

Vi använder oss av Socialstyrelsens riktlinjer enligt handbok "Händelse- och riskanalys"

Under år 2018 uppstod inget behov i verksamheten av utredning av händelse- och riskanalys.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Vi har från start byggt vår informationssäkerhet med utgångspunkt i den nya dataskyddsförordningen GDPR. Ett dataskyddsbud har utsetts för företaget. Dataskyddsbudets uppgift är att se till att alla i verksamheten följer lagstiftningen. Rapportering och uppföljning av kontroller sker till ledningsgrupp.

Dataskyddsbudet ansvarar även för information och utbildning av personal och konsulter.

En utvärdering har gjorts under året avseende vår följsamhet till GDPR. Utvärderingen har lett till en handlingsplan bestående av ett antal förbättringspunkter.

Följande åtgärder har vidtagits:

- ❖ Genomgång och uppdatering av större leverantörsavtal
- ❖ Slumpmässiga logganalyser patientjournaler
- ❖ Personliga behovsstyrda inloggningar till olika it system
- ❖ Kommunikation med patienter via 1177 i vårdrelaterade frågor

Strukturerad journalgranskning har genomförts löpande under året. Granskningarna används för att identifiera förbättringsområden.

Uppföljning av loggar sker genom stickprovskontroller. Under 2018 har 4 st kontroller genomförts. Vid varje tillfälle väljs 5 av de anställda ut och granskas under en arbetsdag. Dessutom väljs 10 slumpmässiga patientjournaler ut vid varje granskning. I dessa kontrolleras de anställda som har öppnat journalen i vilket syfte detta har gjorts.

Loggutdragen granskas för att kontrollera om någon obehörig har tagit del av patientuppgifterna. Eventuella avvikelser rapporteras till ledningsgruppen.

En riskanalys avseende informationssäkerheten har genomförts i samband med flytt och ombyggnation. Detta resulterade i förbättrad säkerhet i vår datakommunikation, fördjupat avtal med IT-leverantör samt förbättrad sekretess kring mottagningarnas receptioner.

Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS: 2011:9,4 kap. 6 §

Samverkan med remitterer genom personligt besök av MAL. Vi har utarbetat en lathund till remitterer med kriterier kring remisser med syfte att LEON-principen skall följas.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet/klagomål och synpunkter

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

Personalens rapporteringsskyldighet underlättas av vårt webbaserade avvikelssystem. Där kan de följa ärendet och får information om när det är avslutat. I systemet redovisar vi direkta åtgärder och långsiktigt plan för undvika liknande situation igen.

Kvalitetsansvarig tar hand om alla inkommande ärenden. De som inte löses av kvalitetsansvarig fördelas till rätt instans

Synpunkter och klagomål kan komma från olika kontaktvägar:

- ❖ Direkt till personal på mottagningarna vid personliga besök
- ❖ Via mail eller telefon
- ❖ Via försäkringsbolag
- ❖ Via patientnämnden eller IVO
- ❖ Via 1177 Vårdguiden

Alla synpunkter och klagomål förs in i vårt avvikelssystem för uppföljning.

Statistik 2018

Avvikelse r	A n t a l
A d m i n i s t r a t i o n	12
A r b e t s m i l j ö	1
O l y c k a / T i l l b u d	1
P a t i e n t a v v i k e l s e	15
V å r d s k a d a	4

Under året har inget ärende anmälts till IVO.

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §

Statistik tas fram direkt ur avvikelssystemet uppdelat på olika slags avvikelser:

- ❖ Vårdskada
- ❖ Klagomål
- ❖ Arbetsmiljö

Rapporter från kundöjdhetsenkäter och avvikelssystem i form av statistik med avvikelseanalys presenteras för ledningsgruppen och är en punkt på ledningsmöten. Dessutom tas det upp på arbetsplatsmöten för diskussion om förbättringsarbete. Beslut tas om åtgärder, vilka sedan följs upp på kommande möten.

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Vid enkätundersökningar bland patienter erbjuds en möjlighet att lämna förbättringsförslag. De förslag som eventuellt inkommer tas upp på arbetsplatsmöten för diskussion.

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Postoperativa infektioner

Antal operationer 2018: 537 st

Antal postoperativa infektioner: 3 st (0,6%)

Patientanmälan

Under 2018 har totalt 9 ärenden inkommit från LÖF, varav 6 st avsåg ärenden där patienten uppgett att skadan uppstått på annan klinik.

IVO

Under 2018 har ingen anmälan inkommit till IVO

Lex Maria

Under 2018 har inget ärende anmälts enligt Lex Maria

Socialstyrelsen

Under 2018 har inget ärende har inkommit till Socialstyrelsen

Mål och strategier för 2019

- ❖ Fortsatt fokus på informationssäkerheten genom ökad digitalisering
- ❖ Förbättrad information till våra patienter, främst genom vår hemsida och 1177 Vårdguiden.
- ❖ Fortsatt utveckling av standardiserade arbetsätt