

Patientsäkerhetsberättelse för ASiH Byle Gård Förenade Care År 2021



Innehåll

SAMMANFATTNING	3
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	4
Engagerad ledning och tydlig styrning	4
Övergripande mål och strategier	4
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	5
Informationssäkerhet.....	5
En god säkerhetskultur.....	5
Adekvat kunskap och kompetens	5
Patienten som medskapare	6
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	6
Öka kunskap om inträffade vårdskador	7
Tillförlitliga och säkra system och processer	7
Säker vård här och nu.....	7
Riskhantering.....	7
Stärka analys, lärande och utveckling	7
Avvikelser	7
Klagomål och synpunkter	8
Öka riskmedvetenhet och beredskap	8
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	8

SAMMANFATTNING

2021 har präglats av den pandemi som fortsatt råder men med få smittade patienter och personal. Enheten har arbetat förebyggande och säkerställt att ingen smittspridning ska ske vare sig i hemmet eller på SPSV. På SPSV har ingen smitta funnits hos patienter.

Vården på enheten kännetecknas av hög patientsäkerhet med genomtänkta vårdkedjor och arbetsrutiner, rätt kompetens hos varje medarbetare samt att alla aktivt medverkar till att öka patientsäkerheten i vården. På enheten bedrivs patientsäkerhetsarbetet som en integrerad del av det dagliga arbetet och åtgärderna riktas mot underliggande systemfel i stället för att leta fel hos enskild individ.

Under 2021 skrevs 214 avvikelserapporter, de flesta av mindre eller måttligt allvarlig grad

Verksamheterna har under året som gått arbetat med följande utvecklingsområden:

- riskbedömningar gällande trycksår, munhälsa, fall och undernäring samt åtgärdsplaner och uppföljning.
- uppföljning av hygienrutiner
- ökat samarbetet med andra vårdgivare t.ex. hjärt- lung- och infektionsklinikerna

Resultat

- inga allvarliga vårdskador eller anmälningar till IVO rapporterade.
- antalet rapporterade avvikelser ökade från 125 under 2020 till 214 2021.
- patientsäkerhet i fokus på planeringsdagarna med tyngdpunkt på teamets insatser och betydelse

Verksamhetssystemet och de lokala rutinerna gällande hur vi arbetar med patientsäkerhet kan ständigt utvecklas och förbättras. Patientsäkerhetsarbetet inom enheten är ett långsiktigt utvecklingsarbete som successivt bidrar till att skapa en säkrare vård.

Målen för 2022:

- Nollvision gällande allvarliga vårdskador
- Öka antalet rapporterade tillbud och negativa händelser
- Öka antalet genomförda riskanalyser
- Öka VRI-rapporteringar (Vårdrelaterade infektioner)
- Smittspridningsförebyggande utbildningar för personal
- Fortsätta arbeta med säkerhetskulturen inom verksamheten, där personalen arbetar aktivt och systematiskt med att riskbedöma vården, samt främja riskmedvetenheten.
- Fortsatt ökad fokusering på läkemedelshantering och fallförebyggande åtgärder.
- Fokusera på teamarbetet som ökar patientsäkerheten.

Fortsatt införande av IPOS på alla enheterna vilket ersätter ESAS

Fortsatt utveckling av IA systemet för rapportering av medicinska avvikelser

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Engagerad ledning och tydlig styrning

Övergripande mål och strategier

Verksamheten bedriver ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. För att uppnå målet med nollvision avseende vårdskador bedriver vi ett kontinuerligt förebyggande och utredande arbete.



Organisation och ansvar

Regionchefen har tillsammans med **verksamhetschef och medicinskt ansvarig överläkare** 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. Cheferna har även ansvar för att vid behov initiera händelse- och riskanalyser, samt att ändra verksamhetens arbetssätt för att vårdskador inte ska uppstå.

Enhetschefer och verksamhetschef samlar in och granskar alla inkomna avvikelser, klagomål/synpunkter, samt vidtar vid behov åtgärder. Enhetscheferna och verksamhetschefen återkopplar avvikelserna till respektive arbetsgrupp.

Det lokala patientsäkerhetsrådet analyserar verksamheternas avvikelser och utreder om eventuella systemfel har gett upphov till vårdskada. De ansvarar även för att, efter uppdrag från verksamhetschefen genomföra förbättringsarbeten med patientsäkerhetsfokus. Inom verksamheterna har det lokala patientsäkerhetsrådet även möjligheten att rådfråga flera sakkunniga arbetsgrupper kring patientsäkerhetsfrågor.

Varje medarbetare har ett eget ansvar i patientsäkerhetsarbetet. Det innebär att medarbetaren ska följa fastställda riktlinjer och anvisningar, samt rapportera risker och avvikelser till respektive enhetschef.

Rapportör	
Enhetschef	
Verksamhetschef	
Medicinskt ansvarig läkare	
Den lokala patientsäkerhetsgruppen	
Regionchef	

Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS 2011:9 4 kap. 6 § och 7 kap. 2 § p 3

Målet för vårdssamverkan är att patient och närstående ska uppleva trygghet oavsett vem som är huvudman för de olika delarna av vården och omsorgen. Inom ASiH Byle Gård finns samverkansöverenskommelser som tydliggör respektive vårdgivares ansvarsområden. Samverkan sker genom dokumenterade samarbetsavtal på individnivå, samt regelbundet återkommande möten mellan slutenvården, primärvården och den kommunala vården och omsorgen.

För att tydliggöra och förbättra kommunikationen och informationsöverföringen mellan de olika vårdgivarna använder ASiH Byle Gård:

- Fastställda rutiner gällande informationsöverföringen vid in- och utskrivning av patient
- Take Care, ett gemensamt journalsystem och NPÖ
- WebCare, ett gemensamt system för kommunikation och vårdplanering mellan sjukvården och kommunen på SPSV
- Fastställda rutiner gällande upprättandet och distribueringen av läkemedelsberättelser och utskrivningsmeddelande/trygghetskvitto till patient, primärvård och kommunal vård
- Fastställda rutiner gällande hanteringen av in- och utgående remisser

Genom ledningssystemet finns rutiner och instruktioner för det arbete vi utför och dessa uppdateras fortlöpande vid förändring eller senast vart tredje år för att säkerställa att rutinen följs.

Informationssäkerhet

Varje månad genomförs stickprovskontroller avseende olovlig inloggning i patientjournal.

En god säkerhetskultur

Varje år genomförs medarbetarsamtal som leder till ev. fortbildningar för de som beskriver kunskapsbrist inom något område som påverkar patientsäkerheten i det dagliga arbetet. Genom patient- och efterlevande enkäter får vi ett bra underlag att arbeta vidare med gällande förbättringsarbeten. Läkaren använder SBAR i den medicinska sammanfattningen och vid journalsamtal använder sjuksköterskor SBAR för att säkerställa korrekt information till beredskapsläkaren. Läkare och sjuksköterska har tillgång till datajournal i hemmet vilket säkerställer det medicinska arbetet. Rutiner finns också om datorsystemet av någon anledning inte kan användas för att säkerställa patientsäkerheten. I avvikelshanteringen strävar vi efter en icke skuldbeläggande kultur. Extern handledning ger också en trygghet i att få möjlighet att samtala om händelser som inträffat i det dagliga arbetet.



Adekvat kunskap och kompetens

På enheten arbetar 3 specialistläkare i palliativ vård och 5 under pågående utbildning. Vi tillser att vi alltid har distriktssköterska i verksamheten och uppmuntrar och möjliggör att personalen även går andra specialistutbildningar såsom i palliativ vård och onkologi. Alla yrkeskategorier ingår i något nätverk, specifikt för just deras yrkesgrupp, vilket ger bra kunskapsutbyte om vad som sker gällande utveckling och tips på vad man kan förbättra.



Schemaläggning utgår från att det ska finnas ett minimiantal av specifik yrkesgrupp i tjänst varje dag. Teamen sätts ihop av personal som arbetat många år med de som kommer nya för att få en lärande arbetsmiljö. Gällande beredskapsjour för läkare har vi vår egen beredskapslinje där alla läkare deltar. Vid införande av nya system eller arbetssätt utses 1-2 personer som leder förändringsarbetet och implementerar det i sitt team.

Patienten som medskapare

Vid inskrivning och uppföljande besök hos patienten erbjuder vi närstående att delta fysiskt eller via telefonkontakt. Teamkonferensen är ett arbetssätt i att följa upp de mål vi satt tillsammans med patienten. Samtliga yrkeskategorier bidrar med sin profession för att säkerställa god och säker vård.

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska och patientsvarig läkare utses för varje enskild patient och är ansvarig för att organisera vården kring patienten.

Vid inskrivning lämnas skriftlig information om var de ska vända sig vid ev. klagomål. Vården vi ger ska vara väl förankrad med patienten och anhörig, om patienten medgivit detta. Vi lämnar ut patient- och efterlevandeenkäter som sammanställs årligen. Den information som framkommer används för att utveckla och förbättra vården.



AGERA FÖR SÄKER VÅRD

Egenkontroller för att säkerställa att vi följer hygienrutiner för att förhindra smittspridning görs av enhetscheferna 1 gång per termin efter ett rutindokument.

Uppföljning och jämförelse av inrapporteringar i palliativa registret görs årligen för att kunna identifiera eventuella förbättringsområden och åtgärda och följa upp dessa.

1. Identifiering

Vid inskrivning av patient görs NORTON, ESAS, MNA, Downton, ROAG och VAS

2. Analys

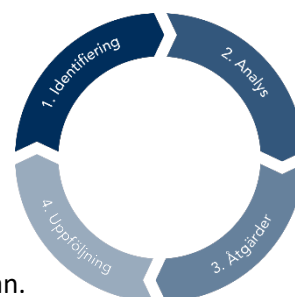
När risker har identifierats skrivs dessa ner för att göra en åtgärdsplan.

3. Åtgärder

Åtgärdsplan görs för varje enskild risk som identifierats.

4. Uppföljning av åtgärd

Åtgärdsplanen följs upp på veckobesöken hos patient samt på teamkonferenserna där samtliga yrkeskategorier deltar med sin kompetens.



Öka kunskap om inträffade vårdskador

Har vården varit säker

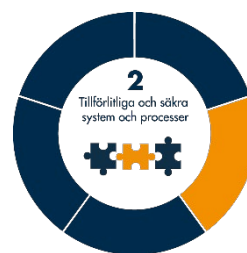
Under 2021 har inga avvikelser eller händelser inkommit som klassats som allvarlig. Den vanligaste händelsen är fall och dessa utreds alltid om de inträffat p.g.a. mediciner, mattor eller andra saker som kan göra att det undviks. Näst vanligast är läkemedelsfel i dosetten. Dessa kollas både av den som delar och när den lämnas går man igenom den med patienten och då upptäcks dessa fel.



Tillförlitliga och säkra system och processer

Vid varje inskrivning av patienter i verksamheten görs en bedömning av olika risker genom en förbestämd mall. Om risker finns upprättas en vårdplan för den aktuella risken och detta följs sedan upp och utvärderas på bl.a. teamkonferensen.

För att säkerställa att alla följer gällande hygienrutiner utför varje enhetschef 2 ggr/år stickkontroller utifrån framtagna mallar på att detta efterlevs. Gäller både kläder, ringar och klockor. Vid varje inskrivning av patient gör läkaren en läkemedelsgenomgång och följer upp detta flera gånger under en inskrivningsperiod. Vid fall görs också alltid en läkemedelsgenomgång. Detta för att utreda varför fallet inträffade, då vi vet att flera läkemedel kan påverka balansen.



Säker vård här och nu

Är vården säker idag

Vi har en personalgrupp som i de flesta fall arbetat länge inom enheten vilket ger en trygghet för personal som blir nyrekryterade. Personalomsättningen är låg. Vid de tillfällen vi behövt inhyrd personal samarbetar vi endast med ett fåtal firmor och att det är samma personer som kommer åter till oss vid behov. Alla vårdavvikelser tas upp på APT och andra möten samt alltid med den person det berör om det skett ett misstag t.ex. i läkemedelshandlingen.



Riskhantering

Vid varje risk som identifieras gör man en vårdplan för att minimera att patienten ev. skulle få t.ex. trycksår genom förebyggande åtgärder. Alla avvikelser rapporteras in i avvikelssystemet där vi snabbt kan se om flera avvikelser av samma art uppstår flera gånger. Om vi observerat att någon specifik avvikelse upprepas flera gånger görs en djupare händelseanalys.

Stärka analys, lärande och utveckling

Alla dödsfall registreras i palliativa registret. Varje år gör vi en jämförelse med oss självs från föregående år samt en jämförelse med övriga enheter för att se om vi kan förbättra något och hur detta då ska ske och följas upp.

Avvikelser

Alla avvikelser läggs in i IA systemet för att kunna uppmärksamma om en händelse upprepas. Vi har t.ex. uppmärksammat att dosettdelning är ett moment där det kan bli fel. Genom att via enkät till all personal som delar dosetter har vi



identifierat störningsmoment som att andra kommer in och pratar när man delar och eller att man blir avbruten av frågor. Det har varit har varit av betydelse att minimera dessa fel. Idag är dörren till läkemedelsrummet stängd när delning pågår. Att rätt läkemedelslista används och signeras har också blivit uppmärksammat via detta.

Klagomål och synpunkter

Vid varje inskrivning blir patienter informerade både skriftligen och muntligt om var de ska vända sig med klagomål och synpunkter. Om en patient vill framföra ett klagomål får denna en förtryckt blankett att skriva på som sedan lämnas till enhetschefen och därefter vidare till verksamhetschef för bedömning av åtgärd. I patient- och efterlevandeenkäten framkommer också det som fungerat bra och mindre bra. Om det är ett allvarligt klagomål eller synpunkt ringer alltid verksamhetschefen upp för att förstå vad som hänt och om det finns något vi kan förbättra i rutiner, bemötande eller utförande.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

För att öka kunskapen i att se risker eller händelser som kan inträffa har enheterna under 1 vecka per år fokus på patientsäkerheten. Detta genom att samtliga dokumenterar allt de kommer på som skulle kunna leda till skada. Denna dokumentation sammanfattas sedan för att sedan tas upp för diskussion i grupperna för att identifiera det vi kanske inte observerat och på så sätt förebygga att skada inträffar.



MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Utifrån de resultat vi har fått från palliativa registret och patient-efterlevandeenkäter finns fortsatt arbete med att förbättra vissa saker. T.ex. dosettdelningen för att få ner antalet fel och antalet fallolyckor i hemmet. I dag lämnar vi ut en broschyr där tips finns för att säkerställa fallrisken i hemmet och denna kommer vi fortsatt att utveckla. Gällande dosettdelningen ska vi fortsätta arbetet med att säkerställa att man kan dela ostört samt säkerställa att rätt medicinlista används. Läkemedel ska alltid delas från aktuell medicinlista i journalsystemet och inte från utdragen lista.