

Patientsäkerhetsberättelse

Förenade Care AB

ASiH Byle Gård

2020

Carina Filipsson, VC, ASiH Byle Gård
Susanne Thoors, st enhetschef/patientsäkerhetsansvarig ASiH Byle Gård
Marita Lagergren Lindberg Medicinskt ansvarig läkare ASiH Byle Gård

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

ASiH Byle Gård, FÖRENADE CARE AB	2
SAMMANFATTNING	2
ÖVERGRIPANDE MÅL OCH STRATEGIER	3
ORGANISATORISKT ANSVAR FÖR PATIENTSÄKERHETSARBETET	4
STRUKTUR FÖR UPPFÖLJNING/UTVÄRDERING	5
HUR PATIENTSÄKERHETSARBETE HAR BEDRIVITS SAMT VILKA ÅTGÄRDER SOM GENOMFÖRTS FÖR ÖKAD PATIENTSÄKERHET	6
UPPFÖLJNING GENOM EGENKONTROLL	8
SAMVERKAN FÖR ATT FÖREBYGGA VÅRDSKADOR	9
RISKANALYS	10
HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSPERSONALENS RAPPORTERINGSSKYLDIGHET SAMT PERSONALENS KLAGOMÅL OCH SYNPUNKTER PÅ KVALITETEN	10
HANTERING AV KLAGOMÅL OCH SYNPUNKTER FRÅN ANDRA ÄN PERSONAL	11
SAMVERKAN MED PATIENTER OCH NÄRSTÅENDE	11
RESULTAT	12
ÖVERGRIPANDE MÅL OCH STRATEGIER FÖR KOMMANDE ÅR	13

ASiH Byle Gård, Förenade Care AB

består av följande verksamheter:

ASiH Byle Gård bedriver ASiH, avancerad sjukvård i hemmet, och SPSV, specialiserad palliativ slutenvård, i Region Stockholm och Norrtälje kommun. Avtalet är med Stockholms Läns Landsting, SLL/ HSF, och Kommunalförbundet Sjukvård och omsorg i Norrtälje för att bedriva vård inom ASiH och SPSV. Avtalet omfattar tre vårdvalsområden, 2, 5 och 8, innefattande invånare boende i Danderyd, Täby, Vallentuna, Österåker, Vaxholm, Lidingö, Solna och Norrtälje kommun samt Stockholms innerstad.

Samarbete med SÄBO Muskötvägen FC i Österåker gällande sjuksköterskeinsatser kvällar och nätter har fortsatt under året. ASiH Roslagen fortsätter uppdraget för SÄBO Granparken kvällar och nätter gäller sjuksköterskeinsatser.

Verksamheterna inom ASiH Byle Gård bedriver ett patientsäkerhetsarbete utifrån egna förutsättningar och behov. I denna patientsäkerhetsberättelse har vi valt att beskriva patientsäkerhetsarbetet som bedrivs inom Stockholms län på uppdrag av landsting, kommuner och privata utförare samt Kommunalförbundet Sjukvård och omsorg i Norrtälje.

Sammanfattning

Vården på enheterna 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 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.

Under 2020 skrevs 153 avvikelserapporter, de flesta av mindre eller måttligt allvarlig grad. 1 avvikelse ledde till Lex Maria som gällde en avvikelse att ej följa rutin vid provtagning. IVO lämnade den utan vidare åtgärd

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 genom kluster p.g.a pandemin med HLM och SÄBO som områdesmässigt tilldelats oss att vara behjälpliga vid medicinska insatser.

Resultat

- inga allvarliga vårdskador rapporterade

- antalet rapporterade avvikelser ökade från 90 under 2019 till 153.
- patientsäkerhet i fokus på planeringsdagarna med tyngdpunkt på teamets insatser, samarbete 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 2020:

- Nollvision gällande allvarliga vård skador
- Öka antalet rapporterade tillbud och negativa händelser
- Öka antalet genomförda riskanalyser
- 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.

Övergripande mål och strategier

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

Vården inom ASIH Byle Gård kännetecknas av en hög patientsäkerhet med genomtänkta vårdkedjor och arbetsrutiner, rätt kompetens hos varje medarbetare, samt att alla aktivt medverkar till att öka patientsäkerheten 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.

Samtliga enheter arbetar enligt överenskommelsen mellan Regionen och SKR om ökad patientsäkerhet, och att gradvis minska antalet vård skador. Utgångspunkten för överenskommelsen är en nollvision när det gäller antalet undvikbara vård skador.

Våra övergripande mål för 2020 var att:

- nollvision gällande allvarliga vård skador
- öka antalet rapporterade tillbud och negativa händelser
- öka antalet genomförda riskanalyser
- öka andelen VRI rapporteringar (vårdrelaterade infektioner)
- fortsätta att arbeta med patientsäkerhetskulturen inom verksamheten, där personalen arbetar aktivt och systematiskt med att riskbedöma vården, samt främja riskmedvetenheten

- ökad fokusering på läkemedelshantering och fallförebyggande åtgärder

Våra strategier har under året varit att:

- ASiH Byle Gård har arbetat i ett lokalt patientsäkerhetsråd för att genomföra förbättringsarbeten med patientsäkerhetsfokus
- Att lyfta patientsäkerhetsfrågor/avvikelser på APT, ledningsgruppen och övriga personalmöten som en stående punkt
- Fokuserat på säker delning av läkemedel i dosett
- Att vid varje rapporterat fall genomföra en läkemedelsgenomgång för att minimera risken att läkemedel kan vara orsak till fallet
- Att vid varje risk skriva en åtgärdsplan som regelbundet följs upp på team konferensen

ASiH Byle Gård har antagit följande vision för sitt fortsatta patientsäkerhetsarbete:

- Skapa förutsättningar att göra rätt från början
- Förebygga uppkomst av fel
- Göra uppkomna fel synliga för lärande
- Förhindra oönskade konsekvenser av uppkomna problem
- En icke skuldbeläggande kultur med ett öppet klimat, god kommunikation och ett gott bemötande

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Patientsäkerhetsarbetet inom ASiH Byle Gård innebär olika ansvarsområden och roller. Rollerna utgörs av:



Regionchefen har tillsammans med **verksamhetschefen 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 så att vårdskador inte uppstår.

Det lokala patientsäkerhetsrådet analyserar verksamheternas avvikelser och utreder om eventuella systemfel har gett upphov till vårdskador. 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. För närvarande finns det bl. a arbetsgrupper inom: rutiner, läkemedel, nutrition, sårvård, dokumentation, medicintekniska hjälpmedel och miljö. Dessa arbetsgrupper kan även medverka som experter vid händelse- och riskanalyser.

Enheternas 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.

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.

Om en vårdskada uppstår inom verksamheten är det verksamhetschefen eller ansvarig överläkare som informerar patienten om att en vård skada inträffat.

Resultatet av verksamheternas patientsäkerhetsarbete redovisas i Förenade Cares och respektive verksamhets årsredovisning. Patientsäkerhetsberättelsen finns tillgänglig på Förenade Cares hemsida.

Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Mätning av vårdskador och uppföljning

Inom enheten granskas systematiskt alla avvikelser och rapporter om tillbud genom att dessa registreras och kategoriseras i olika undergrupper i syfte att identifiera systemfel och/eller förbättringar inom patientsäkerhetsområdet.

Med hjälp av denna statistik kan vi kontinuerligt månad för månad utvärdera våra mål och följa upp avvikelser och förbättringsåtgärder. I slutet av varje år sammanställs, analyseras och redovisas alla verksamheter sina avvikelser, rapporter, klagomål och synpunkter enligt ISO, till ledningens genomgång för Förenade Care. Här görs fler analyser av materialet och verksamheterna får en aktiv återkoppling om viktiga utvecklings- och förbättringsområden.

Återkoppling av avvikelse och vårdskada

Vid uppkommen vårdskada informeras och involveras patient och/eller närstående och personal i utredningen. Återkoppling erbjuds den berörda patienten och/eller närstående i samband med att vidtagna åtgärder genomförts. Medarbetarna får en återkoppling av de inkomna avvikelserna, samt de uppkomna vårdskadorna och de vidtagna åtgärderna vid olika möten, såsom APT, avdelningsmöten eller yrkesspecifika möten. Om brister upptäcks i följsamheten till en specifik rutin tas denna upp på månadens arbetsplatsmöte. Syftet med återkopplingen till personalen är att sprida lärande och kunskap kring patientsäkerhet, för att således utveckla patientsäkerhetskulturen inom de olika verksamheterna och på så sätt minska antalet vårdskador och tillbud.

Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

2019 års systematiska förbättringsarbete gällande patientsäkerhet

Verksamhetens mål för 2019 var att:

- nollvision gällande allvarliga vårdskador
- öka antalet rapporterade tillbud och negativa händelser
- öka antalet genomförda riskanalyser
- öka andelen VRI rapporteringar (vårdrelaterade infektioner)

- fortsätta att arbeta med patientsäkerhetskulturen inom verksamheten, där personalen arbetar aktivt och systematiskt med att riskbedöma vården, samt främja riskmedvetenheten
- ökad fokusering på läkemedelshantering och fallförebyggande åtgärder

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

- arbetat i en lokal patientsäkerhetsgrupp för att genomföra förbättringsarbeten med patientsäkerhetsfokus
- ökat kunskapen om befintliga rutiner genom att regelbundet gå igenom dessa med personalen på arbetsplatsträffar
- ökat kunskapen om patientsäkerhet i personalgruppen för att således kunna identifiera risker
- arbeta i rutingrupp
- gjort stickprovsuppföljningar av basala hygienrutiner
- följt samverkansöverenskommelserna med kommun och primärvård
- ökat samarbetet med andra vårdgivare t.ex. primärvård och hematologen.
- vid fall eller risk för fall görs en läkemedelsgenomgång för att identifiera ev läkemedel som kan vara orsak till detta

Resultat

- antalet rapporterade avvikelser ökade från 90 till 153.
- 1 Lex Maria anmälan

Tillhandahålla en säker vård genom att:

- öka kunskapen om befintliga rutiner genom att regelbundet gå igenom dessa med personalen vid personalmöten samt planeringsdagar
- genomföra regelbunden riskbedömning och uppföljning av risker för trycksår, nutrition, fall och ohälsa i munhålan
- förbättra kunskapsläget kring vårdrelaterade infektioner genom att uppdatera basala hygienrutiner och åtgärder mot smittspridning
- kontinuerligt revidera befintliga rutiner och lokala instruktioner
- säkerställa att all personal har kunskap om och följer rutiner och lokala instruktioner

Öka avvikelserapporteringen genom att:

- uppmuntra personalen att skriva avvikelser
- öka fokus på patientsäkerhet/avvikelsehantering genom att ha det överst på APTs agenda

Utveckla och strukturera vårt avvikelssystem genom att:

- arbeta i ett lokalt patientsäkerhetsråd inom varje verksamhet
- kategorisera alla avvikelser och bedöma deras allvarlighets- och sannolikhetsgrad

- fortsätta en regelbunden återkoppling till personalen av de inkomna avvikelserna
- involvera personalen i patientsäkerhetsarbetet

Förbättrat patientsäkerhetskulturen genom att:

- deltagit i konferenser om patientsäkerhet
- riskinventerat enheterna regelbundet
- patientsäkerhetsansvarig och verksamhetschef har genomgått utbildning i patientsäkerhet i SLLs regi

Förbättrat kommunikationen genom att:

- fortsatt involvera patienten och närstående i den samordnade vårdplaneringen

Förbättrat den medicintekniska säkerheten genom att:

- reviderat lokala rutiner för underhåll, besiktning och registrering/märkning av MTP, medicintekniska produkter
- regelbundet utbildat för specifika MTP

Minskat antalet vårdrelaterade infektioner genom att:

- följa basala hygienrutiner
- personalen uppdateras om nya rön gällande skötsel av medicintekniska moment
- följt riktlinjer gällande städning av patientrum

Uppföljning genom egenkontroll

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§, 7 kap. 2§ p2

Egenkontroll

Förenade Care har kvalitetsledningssystemet, ISO, 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 gentemot Hälso- och sjukvårdsförvaltningen i Region Stockholm och Kommunalförbundet Sjukvård och omsorg i Norrtälje sker i olika former och på olika

nivåer. Vissa uppgifter hämtas av beställarna från befintliga register som vi rapporterar till. Andra uppgifter rapporteras in direkt till HSF.

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. ASiH Byle Gård genomför punktprevalensmätningar på personalens följsamhet till SLL's riktlinjer om basal handhygien och klädregler (2 ggr/år).

Vi har även genomfört mätningar av *alla* patienter gällande följande kvalitetsindikatorer:

- Norton, för att upptäcka förekomsten av risker för trycksår
- Downton, för att upptäcka patienter som har risk för fall
- ESAS; där smärtskattning ingår
- ROAG, munhälsa
- MNA, risk för undernäring

Alla ovan nämnda mätningar görs för att förebygga och identifiera ev. vårdskador, samt för att följa upp och utvärdera uppsatta mål för vårt patientsäkerhetsarbete.

Målgruppsundersökningar och granskningar

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

- patient- och efterlevandeenkäter (1 ggr/år alt kontinuerligt)
- möjlighet inom kvalitetssystemet att fånga upp patienternas klagomål och synpunkter med en specifik blankett

Nationella kvalitetsregister

Vi medverkar i följande nationella kvalitetsregister:

- Svenska Palliativregistret (registrering av avlidna patienter)

Nationella kvalitetsregistren ingår i "öppna jämförelser". Detta innebär att våra resultat jämförs med andra verksamheter.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Målet för vårdssamverkan är att patienten och närstående inte ska behöva märka eller oroa sig över 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
- 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 utav in- och utgående remisser

Risakanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Risakanalys – den viktigaste delen i det systematiska förbättringsarbetet gällande patientsäkerheten

Inom ASiH Byle Gård använder vi oss av ett kvalitetsledningssystem, ISO, 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 riskanalyser.

Dessa analyser görs fortlöpande 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 ASiH Byle Gård görs riskanalyser vid organisationsförändringar.

Målet med en riskanalys 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 analysgrupp och följer ett systematiskt arbetssätt där varje moment dokumenteras i ett analysformulär.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringskyldighet samt personalens klagomål och synpunkter på kvaliteten

SFS 2010:659, 6 kap. 4§ SOSFS 7 kap. 2§ p5, 2011:9, SFS 2018:10 5 kap. 3§ 3a§, 7 kap 2§, SOSFS 2011:9, 5 kap. 6§, 7 kap. 2§

Vid befarad eller inträffad patientskada skall medarbetaren rapportera vårdavvikelsen till enhetschef/verksamhetschef som tillsammans med den medicinskt ansvariga läkaren och lokala patientsäkerhetsgruppen analyserar den negativa händelsen och ta 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 enhetschef/lokala patientsäkerhetsgruppen i ett elektroniskt formulär. 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.

Vårdavvikelsena, utredningarna, samt åtgärderna sammanställs regelbundet av enhetschef eller den lokala patientsäkerhetsgruppen. Medarbetarna får en regelbunden återkoppling av dessa på verksamheternas arbetsplatsträffar och patientsäkerhetsgruppens möten.

Inom ASiH Byle Gård uppmuntras dagligen våra medarbetare att rapportera avvikelser och risker. Vi ser avvikelserna som en del i vårt förbättringsarbete.

Hantering av klagomål och synpunkter från andra än personal

Klagomål och synpunkter från patienter eller närstående kan lämnas via blanketter som finns tillgängliga på respektive enhet. Information om detta lämnas vid inskrivning. Vid klagomål och synpunkter från andra vårdgivare eller andra intressenter dokumenteras detta och följs upp. *Alla* synpunkter och klagomål ska alltid inlämnas till verksamhetschefen. Alla inkomna synpunkter och klagomål skall utredas och besvaras snarast.

Verksamhetschef/enhetschef kontaktar uppgiftslämnaren och erbjuder samtal kring det inträffade.

Patienter och närstående uppmuntras via våra patientinformationsbroschyrer att framföra sina synpunkter och klagomål. Vår personal kan även vid behov vara behjälplig att fylla i dessa blanketter om man inte själv kan fylla i den eller skriva den åt dem. När det gäller synpunkter och klagomål som inkommer från IVO görs en utredning och en händelseanalys av verksamhetschef, medicinskt ansvarig läkare och patientsäkerhetsansvarig. Alla inkomna synpunkter och klagomål registreras och kategoriseras. 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 vård skador.

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Inom ASiH Byle Gård anser vi att en bra kommunikation mellan patient och personal 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 av vårdskador. Vi uppmuntrar våra patienter och deras närstående att aktivt medverka i planeringen av vården. Redan vid inskrivningsamtalet som alltid följer en checklista ges patienten möjlighet att utforma sin vårdplan tillsammans med vårdpersonalen. Vårdplanen utvärderas sedan tillsammans med patienten fortlöpande under vårdtiden.

Om en vårdskada inträffat informeras den berörda patienten om händelsen, samt om vilka rättigheter som denne har. Patienten och närstående erbjuds möjlighet att samtala med personal om händelsen.

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Under 2020 inkom 153 avvikelserapporter, de flesta ansågs vara av mindre eller måttlig grad. 1 Lex Maria har rapporterats till Socialstyrelsen.

Rapporterade ökade 2020 jämfört med 2019.

De områden som det har rapporterats flest avvikelser är läkemedelshantering, fall och dokumentationsöverföring. Som en del av vårt patientsäkerhetsarbete för 2021 fortsätter ASiH Byle Gård att arbeta aktivt med att öka avvikelserapporteringen.

Avvikelse 2020	Antal
Läkemedelshantering	36
Fall med skada	22
Fall utan skada	34
Medicinsk/tekniska produkter	9
Vårdkomplikationer	4
Dokumentationsöverföring/information	27
Övrigt	
Synpunkter och klagomål	4
Rutinavvikelser	14
Externa avvikelser	2
Lex Maria / IVO	1
Totalt antal avvikelser	153

Övergripande mål och strategier för kommande år

Under 2021 kommer ASiH Byle Gård fortsätta att arbeta systematiskt med patientsäkerhetsfrågor. Modellen som har arbetats fram av vårt patientsäkerhetsråd och utvecklats av patientsäkerhetsgruppen är förankrad i **SOSFS 2011:9**

Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården, samt i Den Nya patientsäkerhetslagen (2010:659) som trädde i kraft 1/1 2011.

Verksamhetens mål för 2021 är att:

- Nollvision gällande allvarliga vårdskador
- Öka antalet rapporterade tillbud och negativa händelser
- Öka antalet genomförda riskanalyser
- 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.
- Genomföra "riskvecka" där man tränar att identifiera patientsäkerhetsrisker.

För att nå dessa mål ska verksamheterna under det kommande året arbeta med följande:

- Återkoppla avvikelser och utvärdera rutinförändringar vid olika regelbundna möten.

Under 2021 kommer verksamheten inom ASiH Byle Gård fortsätta att genomföra olika mätningar avseende, trycksår, munhälsa, fall, risk för undernäring, vårdrelaterade infektioner, personalens följsamhet av rutinen gällande basal hygien och klädregler. Vi kommer också att fortsätta att registrera våra patienter i Svenska Palliativregistret, samt genomföra enkätundersökningar för patienter och efterlevande.

Marita Lagergren Lindberg
Medicinskt ansvarig läkare
ASiH Byle Gård

Carina Filipsson
Verksamhetschef
ASiH Byle Gård

Susanne Thoors

S.t. enhetschef och
patientsäkerhetsansvarig
ASiH Byle Gård