

Vårt arbete med säkerhet för våra kunder 2015

Patient- och brukarsäkerhetsberättelse
Kvalitetsberättelse
TioHundra AB



Inledning.....	3
Patientsäkerhetsarbete i TioHundra AB.....	4
Övergripande strategier 2015-2017.....	4
Organisatoriska ansvaret för patient- och brukarsäkerhetsarbetet.....	4
Struktur för uppföljning och utvärdering.....	5
Uppföljning genom egenkontroll.....	5
Arbete som bedrivits för att öka patientsäkerheten.....	8
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	11
Riskanalys.....	12
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringskyldighet.....	12
Hantering av klagomål och synpunkter.....	13
Lex Maria-, IVO- och patientnämndsärenden under 2015.....	14
Samverkan med patienter och närstående.....	14
Resultat.....	15
Övergripande mål och styrtalet för 2016 gällande patientsäkerhet.....	17
Termer och begrepp.....	18

Inledning

Välkommen att ta del av Vårdbolaget TioHundras patientsäkerhetsberättelse för 2015. Här berättar vi om vårt patientsäkerhetsarbete under året, och ger exempel på hur vi arbetar med att förbättra kvalitén i vården.

Patientsäkerhetsberättelsen är till för att du som patient, närstående och medarbetare ska få en inblick i hur vi genom att arbeta med ständiga förbättringar strävar efter att erbjuda god och säker vård till alla våra patienter.

Att vården är patientsäker är en av våra viktigaste prioriteringar.

Patientsäkerhet för oss är:

- att skydda patienter från att skadas i eller av vården
- en del i det dagliga arbetet och en del i varje möte mellan patient och vård-personal
- god kommunikation i alla möten inom vården
- kontinuitet i kontakter med vården
- att våra patienter är välinformerade om sin sjukdom, om sin planering och om sin egenvård (vad ska jag göra om jag får nya symtom, biverkningar mm).

Patientsäkerhetsarbete handlar även om att på bästa sätt ta hand om de patienter och närstående som trots våra ansträngningar drabbas av en vårdskada (vårdskada är när en patient drabbas av lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom, som hade kunnat undvikas).

Vår verksamhet utgår från våra värderingar:

- Hög kvalitet i alla våra insatser genom **delaktighet**.
- God tillgänglighet skapar **trygghet**.
- Genom ett jämlikt bemötande visar vi **respekt**.

Vi är en del av Stockholms läns landsting som för 2015 har haft fem fokusområden inom patientsäkerhetsarbetet:

- Vårdrelaterade Infektioner (VRI)
- Samverkan
- Fallskador
- Läkemedel
- Patientsäkerhet vid psykisk sjukdom

Dessa fem fokusområden innefattar de områden där flest antal vårdskador inträffar, och även det förebyggande patientsäkerhetsarbetet inom TioHundra har inriktas på dessa områden.

En framgångsfaktor för att lyckas i detta arbete är patientens delaktighet i vården – partnerskap.

SUSANNE BERGENBRANT GLAS
CHEFLÄKARE



PETER GRAF
VD

Patientsäkerhetsarbete i TioHundra AB

Vi arbetar på ett systematiskt sätt med att analysera de oönskade händelser som uppstår inom våra verksamheter. Vi analyserar vad som hände, i syfte att ta fram förbättringsåtgärder så att det inte ska kunna hända igen och ytterst leda till en ökad säkerhet i vården.

Varje verksamhet har pågående förbättringsarbeten för att minska risker och bolagsledningen följer regelbundet upp resultaten.

Övergripande strategier 2015-2017

Att ingen faller mellan stolarna

- Trygga vårdövergångar
- Ökad säkerhet för patienten/kunden
- Aktivare dialog med patienten/kunden

Att ständigt utveckla vårt arbets- och förhållningssätt

- Ökad delaktighet och samverkan
- Alla ser helheten och tar ansvar
- Integrera FoUU i det dagliga arbetet

Att öka vår affärsmässighet

- Vårda och utveckla relationen till alla våra kunder och beställare
- Utveckling och tillväxt av våra verksamheter
- Alla verksamheter ska vara ekonomiskt bärkraftiga eller strategiskt viktiga

Organisatoriska ansvaret för patientsäkerhetsarbetet

Vårdbolaget fick under 2015 sina uppdrag från **sjukvårds- och omsorgsnämnden** som hade det övergripande ansvaret för Norrtälje kommuns medborgares, vård och omsorg. De tecknade avtal och finansierade de vårduppdrag som vårdbolaget fick.

Styrelsen bestod av ledamöter som till hälften var utsedda av landstingsfullmäktige och av kommunfullmäktige. De ansvarade för att tillsammans med TioHundra AB:s ledningsgrupp för att våra kunder ska erbjudas en vård och omsorg av god kvalitet och hög säkerhet.

Verkställande direktör/vice verkställande direktör har det övergripande ansvaret och leder TioHundra AB:s ledningsgrupp. VD ansvarar för att bolagets arbete sker enligt ägarnas krav och gällande avtal samt enligt vårt ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Vice verkställande direktör leder sjukhusets ledningsgrupp och har ett övergripande ansvar för akutsjukhusets verksamheter. Vice VD ansvarar för att arbetet sker i enlighet med VD:s och styrelsens direktiv. Vice VD ersätter VD vid dennes frånvaro. Bolagets kvalitet skall utvecklas och kvalitetssäkras, systematiskt och fortlöpande.

Verksamhetschef inom vårdbolaget ingår i TioHundra AB:s bolagsledningsgrupp och har ansvar för att inom sitt verksamhetsområde kontinuerligt arbeta med att förbättra kvalitet och säkerhet för våra kunder. Verksamhetschefen är resultatansvarig och ansvarar för att leda verksamheten inom sitt verksamhetsområde utifrån uppdrag/avtal. Inom verksamhetsområdet finns en ledningsgrupp med enhetschefer som tillsammans utformar mål och rutiner för verksamhetens specifika aktiviteter. I dess verksamhetsplan beskrivs vision, värderingar, prioriterade aktiviteter och styrtal.

Enhetschef/klinikchef har ansvar för att det systematiskt kvalitetsarbete integreras i den dagliga verksamheten, dvs., planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten kontinuerligt. Säkerställa att lagar, förordningar, nationella och regionala vårdprogram mm. efterlevs. Följa upp och revidera lokala riktlinjer så att de är aktuella.

Medarbetare har ett ansvar att aktivt medverka i det förbättringsarbeten som pågår. Det innebär förutom aktivt deltagande i förbättringsarbetena; att rapportera risker, fel och brister som upptäcks samt intressera sig för enhetens mål och uppnådda resultat.

Chefläkare ansvarar för samordning och uppföljning av medicinska avvikelser, klagomål, synpunkter, allvarliga händelser och brister i organisationen som kan medföra patientsäkerhetsrisker. Chefläkare initierar vid behov Lex Maria-anmälan. Chefläkaren ska främja en öppen patientsäkerhetskultur samt följsamhet till lagar och författningar. Chefläkare är även ansvarig för vårddokumentationssystemen.

Chefläkare ingår i TioHundra AB:s ledningsgrupp och har det övergripande ansvaret för samordningen av vårdbolagets arbete med patientsäkerhet. Till hjälp med detta finns en kvalitet- och utvecklingsenhet under ledning av chefläkare.

Struktur för uppföljning och utvärdering

Verksamhetsområdena tar varje månad fram resultat av sina egenkontroller som analyseras och utgör underlag till åtgärdsförslag. Därefter sker månadsuppföljningsmöten (MUM) med delar av bolagsledningen där mätetal, uppkomna risker, aktuella händelser och överenskommelser från tidigare MUM redovisas.

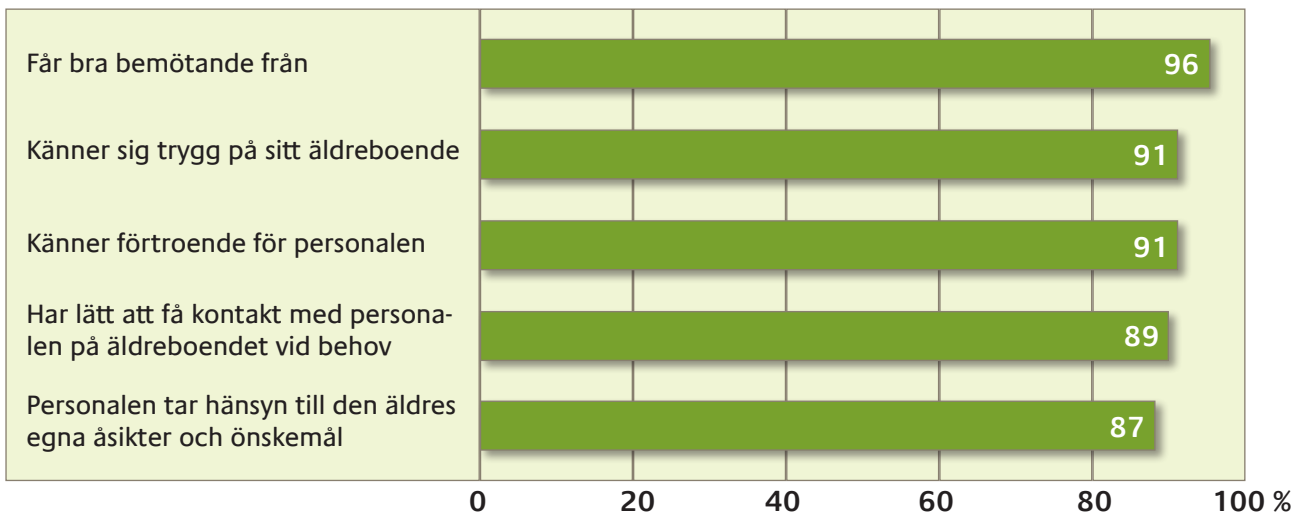
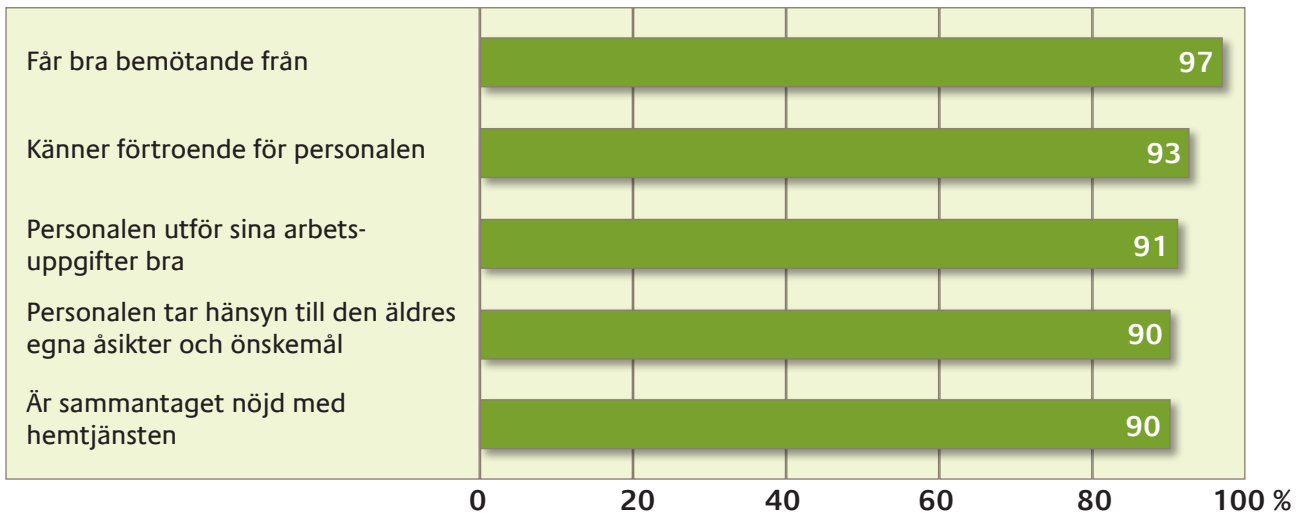
Uppföljning sker också kontinuerligt av avvikelser, händelseanalyser och de, vid internrevision, identifierade risker som påträffats i verksamheten. Medarbetare får information och görs delaktiga via arbetsplats-träffar och deltagande i systematiskt förbättringsarbete. Årliga sammanställningar sker i verksamhetsplanen, i patientsäkerhetsberättelse, förvaltningsberättelse och i redovisning till beställare.

Uppföljning genom egenkontroll

Ett flertal egenkontroller genomförs i alla verksamheter. Resultatet analyseras och leder till åtgärdsplaner som följs upp på bolagsnivå. Nedan redovisas resultat från några av våra egenkontroller.

Brukarundersökningar

Nationella kundenkäter sker i de flesta verksamhetsområden. Resultatet från brukarundersökningen (vård- och omsorgsboende samt hemtjänst) visar att mer än 90 % anser att de får bra bemötande från personalen, känner sig trygg på sitt äldreboende och känner förtroende för personalen.

Kundenkät vård- och omsorgsboende**Kundenkät hemtjänst****Vistelsetid på akutmottagningen**

Ca 85 % av akutens patienter hade en total vistelsetid på under fyra timmar, visar Socialstyrelsens redovisning. Bara sjukhusen i Trelleborg och Avesta redovisar bättre siffror. Målmedvetet arbete och ett välfungerande samarbete inom sjukhuset ligger bakom de goda resultaten. Också när det gäller vistelsetiden för de äldre patienterna är resultatet mycket bra. Här jobbar såväl akuten som hela TioHundra AB aktivt, med satsningen på sköra äldre och Silverstigen, ett särskilt snabbspår som syftar till att förbättra omhändertagandet av de äldsta patienterna på akutmottagningen.

BPSD-registret

Kvalitetsregistret BPSD (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens) syftar till att "kvalitetssäkra vården av personer med demenssjukdom". Varje vård- och omsorgsboende har utbildat medarbetare till

BPSD-administratörer som bildat team med en gemensam uppgift; att skatta BPSD utifrån skattningsskalan NPI och föra över informationen till ett kvalitetsregister. Därefter analyseras orsaker med hjälp av en checklista och en individuell bemötandeplan för den enskilde utformas. Den ska all omvårdnadspersonal följa. När åtgärderna i bemötandeplanen prövats under en tid, görs en ny utvärdering utifrån en ny BPSD-skattning. Samtliga vård- och omsorgsboenden arbetar enligt detta arbetssätt och vi ser att det ger goda resultat. Genom individuella bemötandeplaner minskar fallolyckor, hot och våldssituationer, användandet av olämpliga läkemedel och välbefinnandet hos boende och närstående ökar.

Rikshöft

Kvalitetsregistret Rikshöft (det nationella kvalitetsregistret för höftfrakturpatienterna och deras behandling) visar att Norrtälje sjukhus är fjärde snabbast i landet med att operera höftfrakturer efter ankomst till akutmottagningen. Medianväntetiden innan operationen startar på Norrtälje sjukhus är 16,3 timmar. Korta väntetider förutsätter en effektiv höftprocesskedja, snabb handläggning på akutmottagningen, röntgen, vårdavdelningen, av ortopedbakjouren och slutligen på operation.

Utskrivningsmeddelande från sjukhuset

Patienter som varit inlagda på sjukhuset ska få ett utskrivningsmeddelande och en läkemedelsberättelse med sig hem vid utskrivning. Under 2015 har 87,5 % av patienterna fått det i samband med sin utskrivning från sjukhuset.

Loggkontroller

Loggkontroll i journalsystemen görs för att säkra att personal inte tagit del av journaler på ett otillbörligt sätt. Det sker regelbundet och när patient ber om det. Resultatet av de regelbundna genomförda loggkontrollerna har inte påvisat några otillåtna aktiviteter.

Vårdrelaterad infektion

Förekomst av vårdrelaterade infektioner hos inlagda patienter på sjukhus mäts 2 gånger/år i hela landstinget. Resultatet visade att 5,8 % av våra 104 inlagda patienter hade någon typ av vårdrelaterad infektion. De mest förekommande vårdrelaterade infektionerna var lunginflammation (4 st) och infektion i hud/mjukdelar (3 st).

Avvikelse

Avvikelse inom dokumentation/informationsöverföring, läkemedel och patientolycksfall/fall är vanligast. Vårdbolaget uppmanar våra medarbetare att alltid rapportera risker och negativa händelser. Varje enhet analysera sina avvikelser och tar fram åtgärder så att det inte ska upprepas. Arbeten som kommit från avvikelser är förebyggande av fall och förebyggande av läkemedelshanteringsbrister.



Diagnosticeringsgrad

Inom beroenderådgivningen har 94 % av patienterna bedömts och fastställd diagnos. Inom vuxenpsykiatri har 83 % av patienter fastställd diagnos, alla nyinskrivna patienter gör en basutredning och träffar specialistläkare. Inom barn- och ungdomspsykiatri har ca 85 % av barnen fastställd diagnos.

Vi har haft ett förbättringsutrymme vad gäller att tydliggöra diagnos för patienter. Diagnos ger ett stöd i att besluta om behandlingsinsats. Vi gör en så kallad basutredning vid alla nybesök som ett kvalitativt underlag för diagnosticering vilket kommuniceras med patienten. Det är sedan underlag för fortsatt planering och behandling.

Vi följer upp fastställd diagnos via TakeCare. Siffrorna grundar sig på samtliga aktuella patienter på respektive enhet som gjort tre besök eller mer.

Arbete som bedrivits för att öka patientsäkerheten



Väddö vårdcentral, vinnare av MedTech innovation award

Väddö vårdcentral har under hösten i ett pilotprojekt testat att använda läsplattor med en app för att komma åt journalen. Utifrån personalens strävan att förbättra patientsäkerheten, genom att ha medicinsk information lättillgänglig vid hembesök, påbörjades resan att hitta en lösning på problemet.

Genom stöd från beslutsfattare och samarbete med företag hittades en innovativ teknisk lösning. Lösningen har utvecklats av AVC (akademisk vårdcentral), TioHundra AB och Stockholms läns sjukvårdsområde tillsammans med Innovationsslussen i Stockholms läns landsting, Nowa Health, Chorus AB, Apple Sverige, Innovationslabbet SLL/KI, SLSO. Projektet ska utvärderas under 2016.

Guldpillret för säker läkemedelshantering

Chefsapotekare och enhetschef för hemsjukvården fick Guldpillret – ett av SLLs fokus områden för 2015 – för sitt arbete med att förbättra läkemedelshantering inom hemsjukvård och hemtjänst. De har säkrat processen från det att ett apotek levererar läkemedel till hemsjukvårdens lokaler till dess att läkemedlen

finns i patienternas bostad. Ett nytt läkemedelsförråd har byggts och rutiner har ändrats. Varje patient som ska få läkemedel, har en personlig läkemedelsväska som sjuksköterskorna packar i förrådet och den levereras sen till patienterna. Väskorna innehåller läkemedel för två veckor.

Silverstigen på akutmottagningen

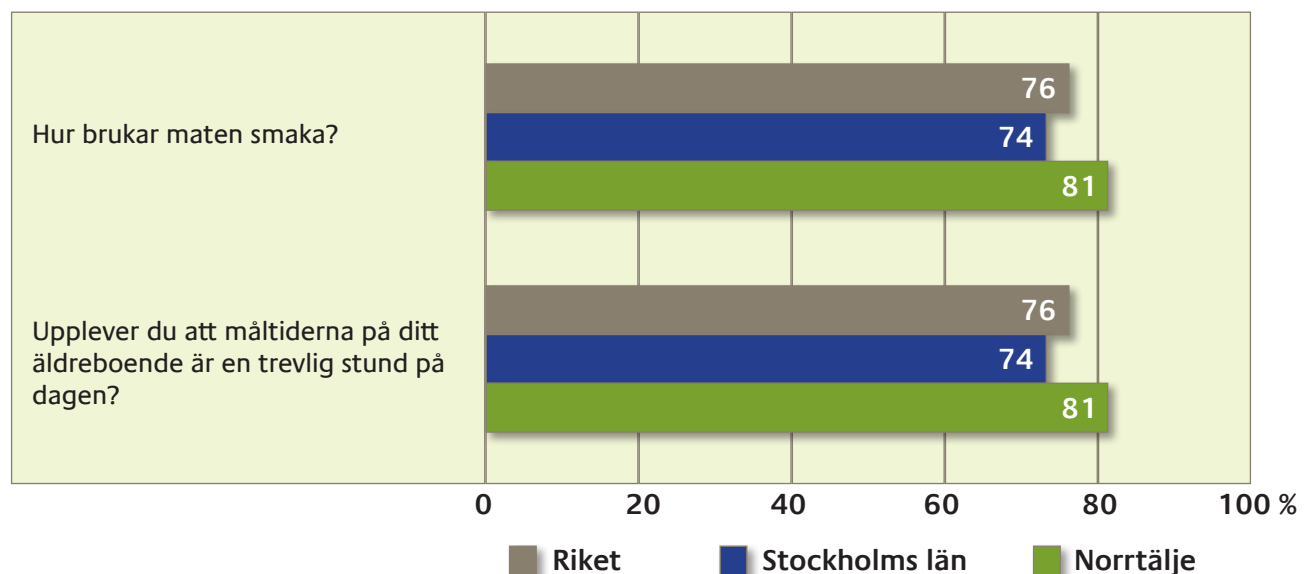
Akutmottagningen har etablerat ett snabbspår för äldre: Silverstigen, som förbättrar omhändertagandet av de äldre patienterna och ser till att de får rätt vård och omvårdnad på akutmottagningen. Modellen innebär att alla patienter över 80 år i samband med triagering (prioritering av patienterna) får en bedömning av ADL, aktiviteter i dagliga livet. Bedömningen tydliggör patientens omvårdnadsbehov och vilka åtgärder som ska sättas in. Detta noteras i akutliggaren, där personalen kan se hur ofta patienten behöver tillsyn.

Från kök till bord

Förra hösten startade TioHundra förbättringsarbetet "från kök till bord". Ett år senare är resultatet tydligt: de som bor på våra äldreboenden tycker att maten smakar bättre och att måltiden är en trevlig stund på dagen. Medarbetare har tittat på hela processen från beställning till meny, tillagning och dukning.

Måltiden är viktig av flera anledningar. Om undernäring minskar så minskar även risken för trycksår. Är de boende nöjda med maten och har möjlighet till ett näringsrikt kvällsmål minskar risken för fall, boende får bättre sömn samtidigt som behovet av olämpliga läkemedel minskar.

De boende tycker att maten nu både smakar bättre och att måltidssituationen som helhet är trevligare. Norrtälje ligger bättre till än genomsnittet i Sverige. I Socialstyrelsens senaste mätning tycker 81 procent av de äldre i Norrtälje att maten smakar bra. Genomsnittet i Sverige är 76 procent. På frågan om de tycker att måltiderna på sitt äldreboende är en trevlig stund på dagen svarar 78 procent ja, vilket kan jämföras med riksgenomsnittet på 69 procent.



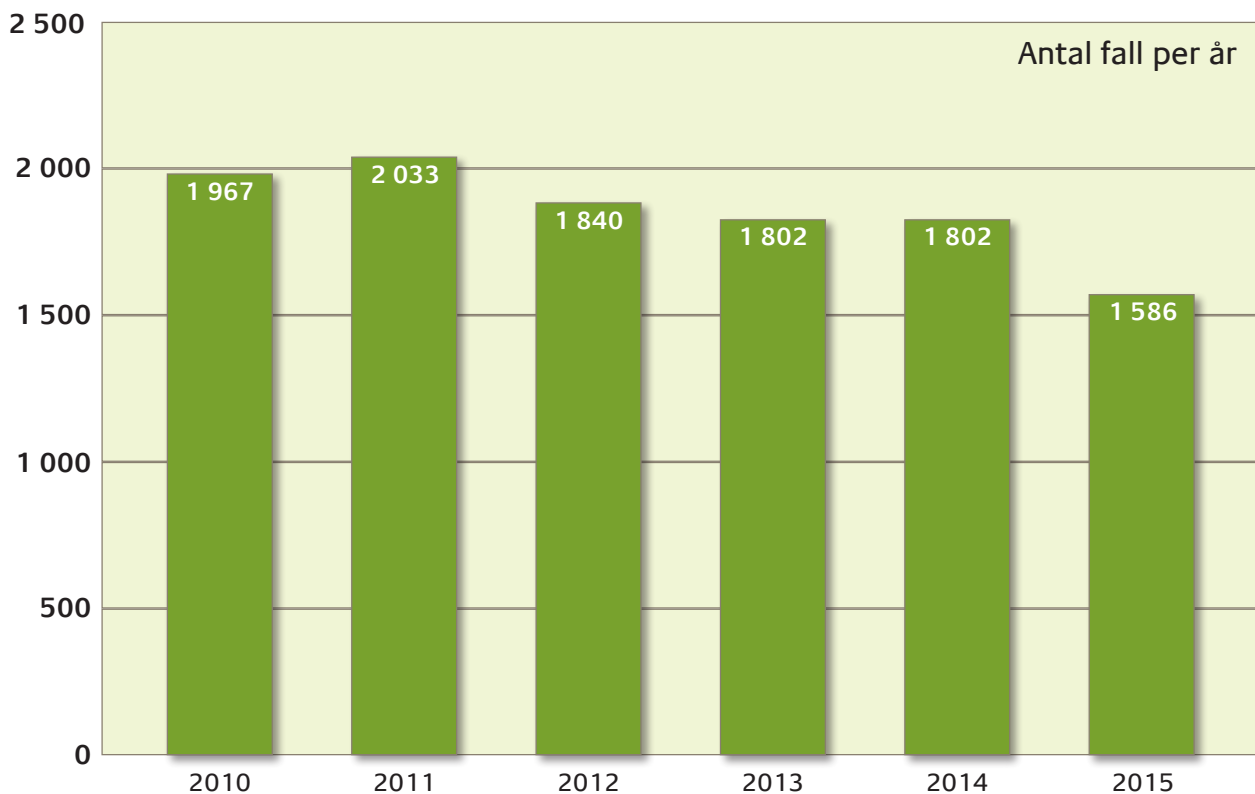
Fallförebyggande åtgärder – ett av SLL:s fokusområden 2015

Under året har en av de bolagsövergripande aktiviteterna varit en satsning på fallprevention. Ett år senare har vi tagit fram statistik på antal fall, från avvikelssystemet Händelsevis. Resultatet för 2015 var att färre fall än tidigare år registrerats (se diagram nedan).

De aktiviteter som genomförts för att förebygga fall är:

- Öppen föreläsning för medborgarna
- Föreläsningar för medarbetare
- Öppet Hus för medborgarna om hjälpmedel för att undvika fall.

Inom närrehab har ett fallpreventionsprojekt startats som innefattar hembesök med fallriskbedömning och balansträning. Syftet är att utvärdera om interventioner i hemmet samt egenutförd balansträning kan förbättra balans och benstyrka och därmed minska antalet fall och/eller besök för fall på akutmottagning. Vi gör flera besök i hemmet, efter första besöket genomförs en bedömning. Till andra besöket görs träningsprogrammet klart och går igenom. Tredje besöket är antingen ett fysiskt besök eller en telefonkontakt för uppföljning av föreslagna åtgärder. Vid uppföljning efter sex och tolv månader görs mätningarna om igen och kontroll sker om patienten varit på akuten pga fall.



Patientsäkerhetsronder

Under året har patientsäkerhetsronder utförts som ett pilotprojekt. Patientsäkerhetsronder innebär att högsta ledningen har kommit ut till vårdboenden, hemtjänst och vårdavdelningar på sjukhuset och pratat om patientsäkerhet med chefer och medarbetare. Under 2015 har 16 enheter besökts.

Syftet med ronderna är att högsta ledningen tydliggör sitt engagemang i patientsäkerhetsarbetet genom att engagera sig i vårdvardagens arbete. De frågor som bl. a. har ställs under patientsäkerhetsronden är frågor som innefattar om medarbetarna på enheten har haft möjlighet att arbeta så säkert som möjligt. Genom patientsäkerhetsronden har man kunnat identifiera risker samt förbättringsförslag som kan minska framtida säkerhetsrisker. Arbetet ska utvärderas och planeras fortsätta framöver.

Samlokaliseringen av LSS boendestöd och SOL boendestöd har nu resulterat i ett samlat ansvar för de kunder som har biståndsbeslut och samtidigt bidragit till en höjd kompetens för arbetsgrupperna.

Förbättringsarbete i psykiatriverksamheterna

Inom psykiatriska SOL-verksamheterna har dokumentationen förbättrats utifrån socialstyrelsens nya föreskrift och allmänna råd SOFS 2014:5(s)

Första linjens barnpsykiatri har startats upp för att underlätta för barn, unga och deras föräldrar att söka vård i tidigt skede. Mottagningen är samlokaliserad med övrig verksamhet i Familjens hus.

För att säkra läkemedelshandlingen i våra SOL-boenden har ett genomgripande arbete slutförts med stöd av chefsapotekare samt specialistsjuksköterskor inom vuxenpsykiatri – ett av SLL:s fokusområden under 2015.

Samverkan för att förebygga vårdskada

Ett av SLL:s fokusområden för 2015

I våra avtal med hälso- och sjukvårdsförvaltningen och sjukvård- och omsorgskontoret finns det beskrivet på vilket sätt samverkan skall ske. Inom vårdbolaget sker samverkan mellan verksamhetsområden och professioner i det dagliga arbetet samt genom olika förbättringsarbeten och projekt.

Vårdövergångar, speciellt där det finns risk för återinläggning, är en av de processer som identifierats, där samverkan behövs. Vårdövergångar sker både internt inom sjukhuset, t ex mellan akutmottagningen och röntgen samt externt mellan sjukhusets vårdavdelningar och omsorgen. För att säkerställa processen sker vid behov en samordnad vårdplanering enligt den samverkansöverenskommelse som finns för in- och utskrivning från sjukhuset till kommunal omsorg. Regelbundna samverkansmöten finns mellan kommunens biståndsavdelning och sjukhuset för att ständigt utvärdera och förbättra processen. I processen "risk för återinläggning" pågår arbete med att förbättra rutinen för hur utskrivningen från sjukhuset och mottagande i hemtjänst och hemsjukvård ska ske.

Arbetet med att skapa säkra vårdövergångar har fortsatt med samlokalisering av vuxenpsykiatrimottagning och unga vuxna-mottagningen, som möter ungdomar mellan 16-24 år tillsammans med ungdomsmottagningen. Idag arbetar personalen gränsöverskridande i flera enskilda ärenden för att underlätta och i viss mån minska patientförflyttningar.

Samverkansmöten finns etablerat mellan primärvård, sjukhus och psykiatrimottagningen för att skapa och förankra gemensamma rutiner.

Processen för remisshantering har med händelseanalys förbättrats och ny rutin har skapats.

Under året har samverkan mellan alla bolagets verksamhetsområden ägt rum för att minska fallskador. Information om fallprevention till medborgarna har skett genom öppet husmöten samt direkt till patientorganisationer och pensionärsföreningar.

Patientsäkerhetsronder har utförts av högsta ledningen på vårdavdelningar, särskilt boende och inom hemtjänsten för att diskutera avvikelser och förebyggande arbete.

50 % av inläggningarna på geriatrisk vårdavdelning sker som direktinläggning genom samverkan mellan ambulans, akuten och särskilt boende.

I hjärtviktsprocessen har sjukhuset och primärvården samverkat för att säkra patientens väg och behandling genom vården.

Risicanalys

Vårdbolaget har enhetliga rutiner för att säkerställa att eventuella risker för patient/brukare och miljö vid förändringar identifieras, bedöms och analyseras. Förslag till förebyggande insatser skall tas fram och utvärderas. Riskanalyser skall ligga till grund för våra beslut. Syftet är även att se till att lagkraven inom patient/brukarsäkerhet och miljöområden uppfylls. Riskanalyser genomförs på alla nivåer.

TioHundra ABs ledningsgrupp tar varje år fram en internkontrollplan där risk- och väsentlighetsanalys finns med. Inför upprättande av den årliga internkontrollplanen genomförs en riskrond inom varje verksamhetsområde för att identifiera aktuella risker. Detta sker för att vi vill uppnå en ändamålsenlig, kostnadseffektiv och säker verksamhet. Vi väljer ut åtta riskområden som grundligare värderas. En handlingsplan upprättas och följs upp tre gånger per år.

Inom primärvården har en riskanalys skett vad gäller Waranordinationsprocessen. En gemensam rutin inom primärvården för narkotikaklassade läkemedel är framtagen och revideras regelbundet.

På sjukhuset har riskanalys utförts för att uppehåll patientsäkerheten; i samband med omflyttning av verksamheter; inför sommaren då patientantalet ökar och då vårdplatser är stängda under en viss tidsperiod.

Inom hemtjänst och personlig assistans arbetar ledningsgruppen med säkerhetsronder gällande patient/brukarsäkerhet, en handlingsplan upprättas och följs upp varje månad.

Vård- och omsorgsboenden har arbetat förebyggande med trycksår. Personalen har fått utbildning i trycksårsmätning. Genomgång av Senior Alert registret sker, regelbundna riskbedömningar 2ggr/år samt vid behov riskbedömning av trycksår, fall och undernäring.

I samband med att genomförandeplaner upprättas så utförs även specifika riskanalyser för kund.

Hälsa- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

Identifierade risker och händelser rapporteras av medarbetare i det IT-baserade avvikelssystemet Händelsevis. Statistik hämtas från systemet en gång i månaden och redovisas till chefer.

Våra mest förekommande avvikelser sker inom dokumentation/informationsöverföring, läkemedel och patientolycksfall/fall. Det är tyvärr samma områden som återkommer år från år. Förbättringsarbete pågår bland annat gällande fallförebyggande åtgärder och läkemedel.

Händelseanalyser genomförs alltid innan anmälan enligt Lex Maria och Lex Sarah samt då en avvikelse bedöms som allvarlig. Vi kan även identifiera vårdskador genom IVO-ärenden (Inspektionen för vård och omsorg), Patientnämndsärenden, strukturerad journalgranskning, uppföljning av LÖF/försäkringsärenden samt genom patientsynpunkter.

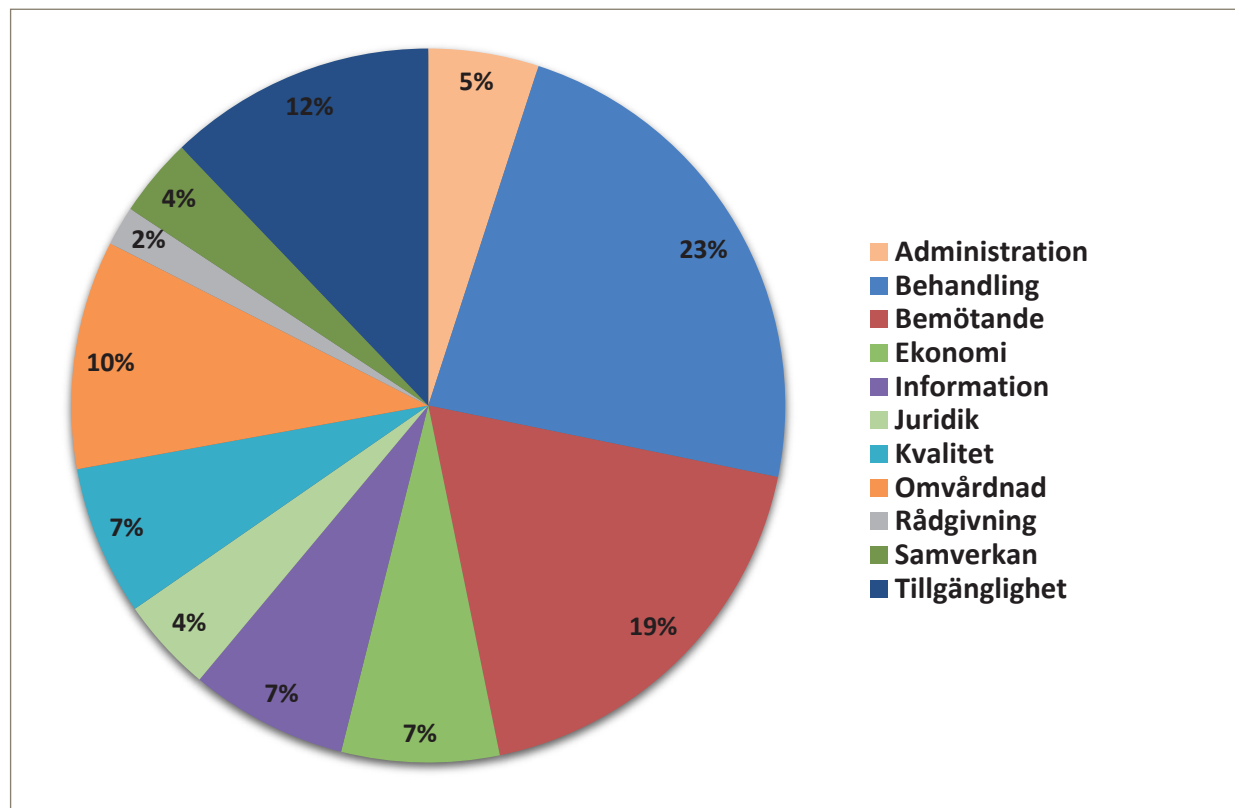
Hantering av klagomål och synpunkter

Synpunkter och klagomål som inkommer till kvalitet- och utvecklingsenheten, handläggs lite olika beroende på arten av klagomålet; en avvikelse kan skrivas i händelsevis, kunden ges möjlighet att komma med förbättringsförslag eller återkoppling från involverad verksamhet.

Alla synpunkter vidarebefordras till ansvarig chef. Återkoppling sker snarast oftast per telefon, mail eller brev. Synpunkter och klagomål som inkommer direkt till berörd enhet hanteras av enhetschef. Alla klagomål sammanställs, månadsvis, som en del av vårt arbete med patientsäkerhet, i syfte att identifiera tendenser och brister på verksamhetsnivå såväl som på övergripande vårdbolagsnivå. Klagomål och synpunkter som rör annan verksamhet än TioHundra hänvisas alternativt till vår beställare.

Antalet negativa synpunkter är i stort sett lika jämfört med 2014. De vanligaste klagomålen rör områdena behandling (23 %), och brister i bemötande (18 %).

Antalet klagomål vad gäller behandling, har minskat, ofta upplever kunden/brukaren att de får bristande information om sin behandling. Detta är oftast beroende av bristande kommunikation; utifrån kundens specifika behov, förväntningar och värderingar.



Lex Maria-, IVO- och patientnämndsärenden under 2015

Under året har vi gjort tre Lex Maria-anmälningar, som finns beskrivna på vår externa hemsida. I ett av ärendena fick vi som vårdgivare kritik för att vi inte hade klara rutiner för att handlägga svar på hudbiopsier, i ett ärende fick en av våra medarbetare kritik för att inte följt regionala riktlinjer och i det tredje ärendet friades vi från brister i handläggningen.

IVO har under året levererat beslut i flera gamla ärenden ända sen 2010 och därav har vi inte fått åter årets ärenden.

Patientnämndsärendena har minskar vad gäller sjukhuset från 82 st 2014 till 40 st 2015. Inom primärvården har antalet ärenden ökat från 18 st till 23, likaså inom psykiatri som noterar en ökning från 9 till 14 ärenden. I alla ärenden har anmälarna fått återkoppling, ibland även personligt möte.

Samverkan med patienter och närstående

Samverkan med patienten och närstående sker i mötet och vid upprättande av vårdplaner, samordnad vårdplanering och genomförandeplaner.

Primärvården och sjukhuset har tillsammans med patientföreträdare förbättrat hjärtsviktsprocessen.

Sjukhusledningen har under året haft två öppna patientdialoger i sjukhusentrén.

Samverkan med patienter har skett kring rondarbetet på vårdavdelningarna. I förbättringsarbetet kring rondan har det bland annat varit fokus på samverkan med patienten och patientens integritet.

I broschyren "Säkrare vård på Norrtälje sjukhus" (håll händerna rena, hållkoll på din medicin, se upp för risken att ramla, frågor och synpunkter), återfinns syftet att göra patienten delaktig i vården för att på så vis minska vårdskador.

Psykiatriverksamheterna har aktivt arbetat med samordnade individuella vårdplaner för att få in ett gemensamt sätt att ta fram och skriva dem. Personalen har genomfört webbutbildningen för SIP som kompetensförstärkning.

Samverkansmöten med intresseorganisationer sker regelbundet och där informeras om eventuella förändringar och risker kring dessa diskuteras.



Resultat

Våra mål och mätetal 2015

Målen är på bolagsövergripande nivå och beskrivs i verksamhetsplanen. Vissa mål finns även på verksamhetsområdes nivå.

Andel patienter med tryggad läkemedelsförsörjning vid vårdövergångar (mål 50%)

Under våren 2015 fastställdes arbetssättet med att farmaciepersonal (leg. receptarier och apo-tekstekniker) ordnar med hemgångsdoser av läkemedel, för 3 till 5 dagar, till patienter som ska till vård- och omsorgsboenden, hemsjukvården eller de som har hjälp av en anhörig att iordningställa läkemedel, men där denne anhöriga inte finns på plats när patienten kommer hem.

Vårt mål var att minst hälften av aktuella patienter skulle ha fått hemgångsdoser med sig enligt dokumentation i TakeCare. Efter sommaren har detta uppfyllts och ibland alla aktuella patienter fått detta. Detta arbete kommer att fortsätta på Norrtälje sjukhus och inte längre vara ett fokus område i verksamhetsplan 2016.

Undvikbar slutenvård (målvärde 700 st)

14 diagnosgrupper skall kunna skötas i primärvården utan behov av slutenvård. För varje rapporterat vårdtillfälle undersöks om någon av dessa undvikbara diagnoser har satts på individer som är 65 år eller äldre. Resultatet hämtas från "Kvalitetportalen" och de har under pågående år ändrat sättet att redovisa vilket påverkar möjligheten att följa upp satt målvärde på 700. Mätetalet är ej relevant för vårdbolaget då det även innefattar privat primärvård och vård hos annan vårdgivare. Mätetalet utgår 2016.

Kundnöjdhet "kan du rekommendera oss" (mål >96 %)

Vad tycker våra kunder egentligen om oss? Genom att be dem svara på om de kan rekommendera oss får vi en dagsfrisk temperaturmätning. Minienkäten delas ut till alla kunder som har kontakt med vårdbolaget en specifik dag, 2-4 gånger under året. Svaren hjälper oss få en uppfattning om vad våra kunder tycker om oss. Där det finns förbättringspotential får verksamheterna sedan arbeta vidare med resultatet. Resultatet visar att 94-96 % kan rekommendera vårdbolaget, vilket är glädjande.

Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (mål 80 %)

Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler kontrolleras 2 gånger per år inom flera av våra verksamheter. Under mätningen observerar vi om vårdpersonalen följer riktlinjer gällande hygien och klädsel. Resultat för bolaget har varit som högst 67,7 %. All personal följer klädreglerna, svårigheterna är att ta på sig handskar efter det att man spritat händerna. Lokala handlingsplaner, utbildningsinsatser och månatliga mätningar genomförs för att minska risken att vi sprider smitta.

Andel uppfylld målnivå för täckningsgrad i nationella kvalitetsregister enl. avtal (mål 85 %)

Flera verksamheter har som krav i sitt avtal att medverka i olika kvalitetsregister. Resultat av detta mätetal redovisas efter avslutat år då viss eftersläpning i registreringen finns.

Andel patienter/kunder med mer än 10 läkemedel (mål <6 %)

2014 arbetade vi med att minska andelen patienter som stod på fler än tio läkemedel, som en del av vårt arbete med att höja kvaliteten inom läkemedelsområdet. 2014 hade vi fokus på boende inom särskilt boende och ett stort arbete gjordes med läkemedelsgenomgångar, fokus låg på samverkan mellan läkare och sjuksköterskor. Mätningarna gjordes manuellt.

2015 kom möjligheten att mäta detta automatiskt via SLL:s statistikprogram GUPS. Vi utvidgade då målet till att gälla hela TioHundra AB. Detta gjorde att resultatet blev högre än vi förväntat, så även om vi minskat andelen så nådde vi tyvärr inte målet.

Det är dessutom svårt att veta vad som är god läkemedelsbehandling, endast baserat utifrån antal läkemedel som en patient står på, så har vi valt att ta bort detta mätvärde 2016 och i stället inrikta oss på minskning av antibiotikaförskrivningen; för att minska risken för att fler bakterier blir motståndskraftiga (resistenta) mot antibiotika i framtiden.

Andel äldre (+75 år) patienter/kunder med olämpliga läkemedel (mål 7,5 %)

Äldre patienter blir både mer känsliga för ett läkemedelseffekter samt att de många gånger stannar kvar längre i kroppen hos äldre. Detta gör att vissa läkemedel blir mer eller mindre olämpliga för äldre personer. Socialstyrelsen har klassificerat ett antal läkemedel som olämpliga och vi har som mål att försöka minska användningen av dessa läkemedel hos våra äldre patienter.

Från utgångsläget med 9,4 % sista kvartalet 2014 har vi minskat till att 8,2 % av våra äldre står på ett sådant läkemedel under kvartal 3 2015. Det är en minskning men vi nådde inte vårt mål på under 7,5 % så vi ska fortsätta vårt arbete med detta även under 2016.

Andel uppfylld målnivå i vårdgaranti (mål 100 %)

Vårdgarantin anger hur länge patienten som längst ska behöva vänta på att komma i kontakt med vården och få vård som du behöver. Enligt vårdgarantin har patienten rätt till:

- Kontakt med primärvården samma dag och läkarbesök i primärvården inom 5 dagar.
- Besök i den specialiserade vården inom 30 dagar
- Behandling i den specialiserade vården påbörjad inom 90 dagar
- Primärvården når målet både vad gäller kontakt med vården samma dag och läkarbesök inom 7 dagar.

Norrhälje sjukhus når mål vad gäller besök hos specialist samt behandling i stort sett inom alla områden.

Psykiatri når inte målet vad gäller neuropsykiatriska utredningar men arbete pågår för att uppnå målet även här.

Andel uppfylld målnivå för aktuella genomförandeplaner/planer (mål 100 %)

Genomförandeplaner, aktivitetsplaner skall upprättas tillsammans med patienten/kunden för att säkerställa insatsen. Enstaka verksamheter uppnår sitt mål för aktuell genomförande plan. Ett flertal åtgärder är genomförda för att nå sitt mål, t ex att se över när genomförandeplaner upprättas – innan sommaren, av vem och att dokumentera dem ute hos kund.

Övergripande mål och styrtal för 2016 gällande patientsäkerhet

Verksamhetsplan med mål och styrtal på övergripande nivå ligger till grund för framtagande av verksamheternas verksamhetsplaner.

Mål och styrtal	Nuläge (från juli-aug)	Målvärde 2016
Antal antibiotikaförskrivning (receptposter)	14 904 st	Minska med 6,5 %
Andel patienter med olämpliga läkemedel (äldre)	8,9 %	6%
Andel delaktiga i sin vård och omsorg (Minienkät)	78 %	Förbättring
Antal förbättringsarbeten där kunder/närstående medverkat	2 st	Förbättring
Andel aktuella genomförandeplaner i SoL och LSS (aktivitetsplan/habiliteringsplan)	64,7 %	100 %
Antal verksamhetsöverskridande vård- och omsorgsprocesser (t.ex hjärtsvikt)	0	2
Antal vårdtillfällen för hjärtsvikt senaste 12 månaderna	1,73 st	Förbättring
Antal fall rapporterad i HändelseVis som negativ händelse (vårdskada)	1 082 st	Minska
Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler	67,7%	90%
Andel uppnådda mål i vårdgaranti	83%	100%
Antal implementerade nya e-tjänster för kunder/medarbetare	Börjar från 0	5st/5st



Termer och begrepp

Ord	Förklaring
ADL	Aktiviteter i dagliga livet
Avvikelse	Hälsa- och sjukvårdspersonalen är skyldig att rapportera risker för vårdskador och händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada
Basala hygienrutiner och klädregler	Syftet med basala hygienrutiner är att förhindra smittöverföring.
BPSD	Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens
Genomförandeplan	Plan för mål och planering av utförandet av insats inom SoL och LSS
Händelseanalys	Analysmetod för att identifiera brister i verksamheten som kan riskera patientsäkerheten.
Händelsevis	IT-baserat avvikelssystemet
Interventioner	Ingripande
Kvalitetsportalen	Portal för rapporter baserade på nationella indikatorer
Lex Maria	Anmälningsskyldighet för vårdpersonal vid vårdskador
Lex Sarah	Anmälningsskyldighet för omsorgspersonal vid misstänkta missförhållanden
Läkemedelsberättelse	Läkemedelsberättelse har patienten själv som mottagare och är en beskrivning av de förändringar som har gjorts av patientens läkemedel under ett vårdtillfälle inom slutenvården
NPI	Neuro Psychiatric Inventory
Olämpliga läkemedel	Äldre patienter blir både mer känsliga för ett läkemedels effekter samt att läkemedlen många gånger stannar kvar längre i kroppen, vilket gör att vissa läkemedel blir mer eller mindre olämpliga för äldre personer
Samordnad vårdplanering	En planering med syftet att säkerställa den enskildes sjukvårds- och/eller omsorgsinsatser efter utskrivning. Syftet är att säkra kontinuiteten genom att upprätta en vårdplan, där ansvaret för fortsatta insatser samt vilka enheter som ska utföra insatserna fastställs
Triageringen	Prioriteringen av patienter
Trygghetskvitto	Trygghetskvitto är där den enskilde ska finna information om vart och till vem han/hon ska vända sig till om behov finns. Behandlande läkare ansvarar för att informationen – Trygghetskvittot – överlämnas till patienten vid utskrivning från slutenvården. Detta ska dokumenteras i journalen.
Utskrivningsmeddelande	Ska innehålla patientens namn, personnummer och folkbokföringsadress och information om när patienten beräknas skrivas ut
Waran	Blodförtunnande läkemedel
Vårdplan	Vårdplan innehåller de diagnoser (problem, risker) och mål som satts för och med patienten, åtföljt av åtgärder och ordinationer