

# Patientsäkerhetsberättelse för Wetterhälsan och Wetterhälsan Företagshälsovård - 2015

## Övergripande mål

”Ingen vårdskada”

## Övergripande strategier

Målet skall uppnås genom hög kompetens, god struktur samt personligt ansvar för goda vårdhandlingar.

## Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Patientsäkerhetsarbetet leds av verksamhetschefen (Mats Siljehult) och medicinskt ledningsansvarig läkare, MLA (Peter Johansson).

Alla medarbetare anställda på Wetterhälsan har inom ramen för sin legitimation och kompetens ett individuellt ansvar för att utföra sina vårdhandlingar i enlighet med god vård.

## Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits

- \* Genom struktur för utvärdering, måluppföljning samt åtgärder av arbetet
- \* Genom upprättande, användande samt revision av kvalitets- och Ledningssystemet God vård
- \* Genom egenkontroll
- \* Genom externa revisioner
- \* Genom samverkan
- \* Genom riskanalys och uppföljning mot ”Säker vård alla gånger”
- \* Genom rapportering & utredning av händelser
- \* Genom synpunkter på vården
- \* Genom återkoppling av utbetalning av vårdskador
- \* Genom interna morgonmöte
- \* Genom internutbildning
- \* Genom förbättringsarbeten
- \* Genom resultatrapportering
- \* Genom patientsäkerhetsberättelsen

## Struktur för mål, uppföljning, utvärdering samt åtgärder av patientsäkerhetsarbetet i de olika verksamheterna

Strategi Vilken verksamhet	Delmål	Struktur uppföljning	Resultat 2015	Struktur utvärdering Egenkontroll	Åtgärder	Mål 2016
Läkarmottagning	Nybesök läkare inom 5 dagar	Diver, nybesök till läkare	92% (PVV 10%)	Rapportera resultat på morgonmöten	Drop-in på City Justeringar i kalendrar	>80%
	Fast läkarkontakt	Oktober 2015 i Diver	78%	Uppföljning morgonmöten	Påminnelse om att PAL:a	>70%
	Följa upp > 80% av rutiner på läk-mott, en gång per år	Leila planerar uppföljning enligt plan	35 av 45 = 78%	Via intranätet	Leila planerar uppföljningen	>80%
	Telefontillgänglighet	* Andel samtal 2015, bokade inom 60 min * Andel samtal 2015 som är uppringda inom +15 min från utfästelse.	69 % av 39 309 87 % av 39 309	Rapporterar resultat på morgonmöten	Tillräckligt med sköterskor Koncentrerat arbetssätt	> 80% > 90 %
	God antibiotikaförskrivn	Ersättning i Lovisa	Hel ers varje mån Två terminsmöten	Månadsvis uppföljning morgonmöten Terminsmöte läk-ssk	Uppföljningsmöten Fortsatta terminsmöten Dialog med STRAMA	Hel ersättning 12 månader
	Dialog med invånarna	Patientråds-möten	Tre möten	Återkoppling av synpunkter till morgonmöten	Vid behov	Fyra rådsmöten
	Rapportera avvikelser	Synergi	Sju	Återkoppling morgonmöten	Uppmuntra till rapportering	> 24
Sköterskemottagning	Se läkarmottagning					
Astma / KOL mott	Se läkarmottagning					

Diabetesmottagning	Se läkarmottagning					
Vårdadministration	Korta utskriftstider	Andel skrivna diktat inom 3 dagar 2015	73 %	Rapportera resultat på morgonmöten	Tillräckligt med sekreterare	90 % skrivna inom 3 dagar
		Årlig uppföljning av ledtider inom journaldokumentation med beställaren				
		Vårdadministratör eftersöker Cosmic remisser > 90 dagar	Medeltal 11 st/mån	Rapportera resultat på morgonmöten	Påminnelser om saknade remissvar	Medeltal < 10 st/mån
		Vårdadministratörer eftersöker Webdoc remisser > 30 dagar	Medeltal 5 st/ mån	Rapportera resultat på morgonmöten	Påminnelser om saknade remissvar	Medeltal < 5 st/mån
Sjukgymnastik		Synergi		Internutbildning		
Arbetssterapi		Synergi		Internutbildning		
Samtalsterapi	PSE som första instans vid psykisk ohälsa	Påbörjat förbättringsarbete 2016				Ej klart
	< 5 dagar för nybesök					Hel ersättning
Företagshälsovård		---	---	---		
Försäkringsvård	Lågt antal eftersökta remisser i Webdoc	Se vårdadministration	Se vårdadm	Se vårdadministration	Se vårdadm	Fortsätta använda uppföljningssystem av remisser i Webdoc
Studenthälsan	Bemanna studenthälsan två tillfällen / vecka	Uppfölj med kund	100% bemannat	Utvärdering internt och med kund		Verksamheten avslutad

## **Kvalitets- och Ledningssystemet God vård**

Rutin för arbetsmoment skall finnas när så är behov. Alla delar av verksamheten kan inte beskrivas i rutin.

Alla rutiner för verksamheten publiceras på intranätet under ”Ledningssystem för god vård”. Rutin uppdateras en gång per år under ledning av vårdadministrativ samordnare. Verksamhetschef eller MLA fattar beslut om nya eller uppdaterade vård- & behandlingsrutiner.

## **Egenkontroll**

### *\* Jämförelser nationella kvalitetsregister*

Jämförelser av resultat i NDR.

### *\* Jämförelser andra verksamheter*

Systematiska jämförelser av utfall i Lovisa med 16 andra vårdcentraler.

Systematiska jämförelser av listningsutveckling samt ACG med alla andra vårdcentraler.

### *\* Jämförelser egna resultat*

Daglig granskning av tillgänglighet för dagens akuta patienter i läkarkalendrarna.

Daglig granskning av möjliga dubbelbokningar mellan Cosmic och Webdoc.

Systematisk granskning av PGSA förbättringsarbeten.

Systematisk granskning av interna rutiner i ”Ledningssystemet för god vård”.

Granskning av resultaten i Nationella patientenkäten.

Granskning av resultaten i FoU granskningen.

Systematisk granskning av andel invånare som har utsedd Fast läkarkontakt.

Granskning av antibiotikaföreskrivning.

### *\* Målgruppsundersökningar*

Osystematiska men regelbundna träffar med lokalt Patientråd.

### *\* Granskning av journaler*

Systematisk granskning av diagnosättning.

### *\* Granskning av personalens attityder*

Morgonmöte varje arbetsdag tillsammans med medarbetarna.

Årlig riskanalysmöte tillsammans med medarbetarna.

Granskning av egna personella resurser jämfört med befolkningens behov.

Granskning av mängd bokningsbara läkartider samt övriga vårdgivare.

Utbildning i vårdens alla IT system.

### *\* Granskning av Synergirapporter*

Granskning och återkoppling av alla inkomna ärenden.

\* *Granskning av Patientnämndsärenden*

Granskning och återrapportering av inkomna ärenden till Patientnämnden

## **Revisioner**

STRAMA gruppen – årlig revision och återkoppling, genomförd 19 mars 2015.

Vårdvalsenheten -årlig revision, genomförd den 9 april 2015.

FoU PV uppföljning – årlig revision ur medicinskt perspektiv, genomförd senast april 2016.

Health navigator - revision av ACG, genomförd den 21 oktober 2013.

KPMG - ekonomisk revision, genomförd den 27-28 januari 2015.

Apoteket – revision av läkemedelshantering. Genomförs vart annat år och gjordes hösten 2014.

## **Samverkan för att förebygga skador**

De viktigaste processerna att lyckas med är övergångar mellan sjukhuset och primärvården respektive kommunen. Sker genom ”fokuspatienter” i inkommande vårdbegäran

Wetterhälsan har utlagd läkarmottagning på Bondbergets särskilda boende.

Wetterhälsan har ett särskilt förval i TeleQ tillgodose behovet av samverkan med övriga aktörer, främst Hemsjukvården.

Wetterhälsan har system med färgmarkering av patientrelaterade ärenden i pappersform som flödar mellan vårdgivare, för att säkra att de inte tappas bort i mängden av lappar.

Wetterhälsan kommer under 2016 definiera och strukturera verksamheten för att uppnå önskade vårdprocesser avseende nya begrepp och verksamheter som: SIP, Fast vårdkontakt, Fast läkarkontakt, Mest sjuka, Undvikbar återinläggning, Vårdsamordnare samt Vårdsamordning

## **Samverkan med patienter och närstående**

Patienter och närstående erbjuds möjlighet att medverka i egna ärenden. Det sker genom att verksamhetschefen ringer upp och erbjuder ett möte eller diskussion. Synpunkter från sådana möten beaktas i analys och blir föremål för åtgärder. Invånare kan ge synpunkt på särskilt formulär via vår hemsida. Patient kan ge skriftlig synpunkt i förslagslåda vid utgången.

## **Samverkan i Patientråd**

Wetterhälsan har ett Patientråd där medlemskap sker genom att listade personer anmäler sitt intresse. Patientrådet involveras osystematiskt på allmän nivå genom att patientsäkerhetsfrågor diskuteras i allmänna termer fyra gånger per år. Synpunkter och förslag återförs till ledning och medarbetare.

## **Riskanalys & Säker vård alla gånger**

Risicanalys för patientsäkerhetsarbetet sker en gång per år på internutbildningstid. Dessutom sker riskanalys kontinuerligt på morgonmöten i relation till ärenden som hanteras. Senaste riskanalysen skedde 2014-10-02.

Vårdcentralens status i Landstingets gemensamma patientsäkerhetsmatris ”Säker vård alla gånger” uppdateras regelbundet på gemensamt internt utbildningsmöte. Senaste uppdateringen av Säker vård alla gånger skedde 2013-04-25.

## **Rapportering & utredning**

Rapportering sker genom strulrapport eller i systemet Synergi. Under 2015 rapporterades sju Synergiärenden (mål 24 st.).

Rapporterade händelser utreds av vårdadministrativ samordnare i samråd med verksamhetschef och MLA. Inblandade parter görs delaktiga och resultatet av utredningen presenteras på ett morgonmöte. Verksamhetschefen involverar anhöriga. Eventuellt nya eller uppdaterade rutiner beslutas och MLA samt publiceras på intranätet och görs kända av verksamhetschefen.

## **Synpunkter på vården**

Synpunkter och klagomål på vården hänvisas och tas emot av verksamhetschefen. Avsändare kan vara patient, anhörig, Socialstyrelsen, patientens direktkanal, Patientnämnden eller Patientskadeförsäkringen.

Ärendet hanteras oftast i Synergi. Aktuell vårdgivare ger sin synpunkt. MLA och verksamhetschefen uttalar sig vid behov. Återkoppling till medarbetare sker på morgonmöte.

## **Utbetalningar från patientförsäkringen**

Samtliga utbetalningar från patientförsäkringen studeras och återkopplas till alla medarbetare.

## **Morgonmöte**

Morgonmöte hålls varje dag med samtliga medarbetare för att fånga upp problem och återkoppla åtgärder. Där hanteras systematiskt uppdatering av rutiner samt rapportering av pågående förbättringsarbeten.

## **Internutbildning**

Alla medarbetare deltar i internutbildning en gång per vecka. Totalt genomfördes 36 internutbildningar 2015.

## **Redovisade förbättringsarbeten**

Wetterhälsan redovisar två förbättringsarbeten till Regionen. För 2015 redovisades ”Mindre användning av akuten” samt folkhälsoarbetet med gruppträffar inom diabetsvården.

## **Patientsäkerhetsberättelse**

Verksamhetschefen uppdaterar Patientsäkerhetsberättelsen en gång per år och publicerar densamma på websidan.

## Resultat

### *Strukturmått*

Ledningssystem för God vård, totalt antal publicerade rutiner eller beskrivningar 2015 = 45 st.

### *Processmått*

Rätt klädd, senaste mätningen, 2015 = 100 % (2014 – 97 %).

Rätt handhygien, senaste mätningen, 2015 = 100 % (2014 – 97%).

Andel läkemedelsgenomgångar >75 år = 79 % (2014 79 %).

Antal antibiotikarecept som måste minskas för att få hel ersättning, dec 2015 - +- 0 recept. (2014 - 0 recept).

Antal möten med Patientrådet 2015 = 3 st. (2014 – 3 möten).

### *Resultatmått*

Antal läkarbesök, helår 2015 = 15 677 läkarbesök (2014 – 14 385 läkarbesök).

Andel läkarbesök per i medeltal listad invånare (12 038 invånare), 2015 = 1,3 läkarbesök (2014 - 1,5).

Andel som fått tid till läkare enligt vårdgarantin **7** dagar, 2015 = 94 % (2014 – 99 %).

Andel som fått tid till läkare enligt vårdgarantin **5** dagar, 2013 = 92 % (2014 – 99 %).

Andel bokade utringningstider inom 60 min i telefonrådgivningen, 2015, totalt antal samtal 39 309 = 69 % (2014 – 65 % %).

Andel uppringda inom tidsintervall + 15 min i telefonrådgivningen, 2015, totalt antal samtal 39 309 = 87 % (2014 – 85 % %).

Antal Synergirapporter, 2015 = sju st. (2014 – 9 st.).

Antal ärenden via Patientnämnden, 2015 = 4 st. (2014 – 2 st.).

Antal ärenden där utbetalning skett från patientförsäkringen, 2015 = 0. (2014 – 1 st.).

Andel av invånare som fått PAL oktober 2015 = 78 % oktober 9 578 av 12 306 invånare = 78% (2014 - 78%).

### *Måluppfyllelse*

Se ovan.

## Övergripande mål och strategier för 2016

Att alla rutiner i Ledningssystem God vård är uppdaterade senast 31 december.

Att inlämnade två förbättringsområden till beställare uppfyller kraven på full ersättning av systematiskt förbättringsarbete.

Att få hel ersättning för läkemedelsförskrivning av antibiotika.

Fortsätta att uppmuntra och återkoppla avvikelserapportering i strulrapport och Synergi.

Fortsätta lära och förbättra av det externa granskningsarbetet.

Tydligare och oftare ta kontakt med patienter, anhöriga samt patientråd för att efterhöra synpunkter.

Jönköping 2016-02-01

Mats Siljehult  
Verksamhetschef

Peter Johansson  
Medicinskt ledningsansvarig