

Patientsäkerhetsberättelse

År 2015

AISAB
AMBULANSSJUKVÅRDEN I STORSTOCKHOLM AB



Innehållsförteckning

Inledning	3
Sammanfattning	3
Övergripande mål och strategier	4
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	7
Struktur för uppföljning/utvärdering	7
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	8
Uppföljning genom egenkontroll	12
Samverkan för att förebygga vårdskador	12
Risikanalys	13
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	15
Hantering av klagomål och synpunkter	16
Samverkan med patienter och närstående	16
Resultat	16
Övergripande mål och strategier för kommande år	19

Tabell och Figurförteckning

Tabell 1 Antal avvikelser och klagomål, AISAB 2015	16
Tabell 2 Bemötandeavvikelser 2015, AISAB 2015	17
Fig. 1 Antal rapporterade avvikelser 2013-2105, AISAB 2015	9
Fig. 2 AISAB handlagda vårdavvikelser per händelsetyp, AISAB 2015	10
Fig. 3 IC Quality resultat utifrån Grupp	14
Fig. 4 IC Quality resultat Patientsäkerhet	14
Fig. 5 Tillgänglighet, AISAB 2015	17
Fig. 6 Rödmärkningar per orsak, antal minuter, AISAB 2015	18

Inledning

Från den 1 januari 2011, skall enligt Patientsäkerhetslagen (PSL), enskilda vårdgivare dokumentera sitt patientsäkerhetsarbete i en patientsäkerhetsberättelse. Av berättelsen skall framgå hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under det senaste året, vilka åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten samt vilka resultat som uppnåtts. Detta i avsikt att stärka vårdgivarens kontroll över patientsäkerhetsarbetet och för att underlätta Socialstyrelsens tillsyn. Patientsäkerhetsberättelsen skall finnas tillgänglig för den som önskar ta del av den. Föregående års resultat i redovisas inom parentes. Förkortningar förklaras i anslutning till text.

Sammanfattning

AISABs arbete med att uppnå en patientsäker ambulanssjukvård utgår från företagets övergripande mål och strategier. Genom ett integrerat ledningssystem för kvalitet, miljö och arbetsmiljö övervakar, effektiviserar, utvecklar och förbättrar AISAB verksamheten.

AISAB har tagit fram faktorer, baserade på forskning och egna erfarenheter, som bidrar till en förbättrad patientsäkerhet. Dessa faktorer skall vara ett rättesnöre att förhålla sig till i patientsäkerhetsarbetet och skall vara vägledande för all personal i AISAB.

AISAB arbetar också aktivt med att kompetensutveckla alla medarbetare. Motiverade, engagerade och kunniga medarbetare är förutsättningen för en hög kvalitet i verksamheten. Exempel på utbildning relaterad till patientsäkerhet är AKVA (utbildning/kvalitetsäkring för all ambulanspersonal).

För att uppnå en patientsäker vård analyseras kontinuerligt risker, interna avvikelser samt externa klagomål och synpunkter. Betydande patientrisker i verksamheten utgörs bla av behandlingsmetoder som "fortsatt egenvård" och "immobilisering".

Avvikelsehantering främjas i AISAB genom att ledningen värdesätter och framhåller vikten av att medarbetare och chefer identifierar, dokumenterar och rapporterar avvikelser samt deltar i utredningar. Patienter och deras närstående erbjuds möjlighet att medverka i utredning av klagomål där deras synpunkter ger underlag till förbättringsåtgärder.

Patientsäkerhet finns även med i företagets medarbetarundersökningar genom frågor om avvikelserrapportering och patienttrygghet. Resultatet visar på ett relativt högt värde, men ingen större förändring över tid.

Övergripande mål och strategier

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

AISAB – Ambulanssjukvården i Storstockholm AB ägs av Stockholms läns landsting. Verksamheten är förlagd på sju olika ambulansstationer och ett huvudkontor. Ambulansstationerna finns i City, Söder, Bromma, Ekerö, Vällingby, Solna och Lidingö. Huvudkontoret ligger i Johanneshov. AISAB har under 2015 haft 292 (283) helårsanställda, fördelade på administration, 28 akutambulanser, en intensivvårdsambulans och en utomlänsambulans samt 2 enheter för transport av avlidna och en psykiatrisk mobil enhet (PAM). År 2015 genomförde AISAB 80 242 (77 406) ambulansuppdrag och 4 964 (4 372) transporter av avlidna.

På uppdrag av Stockholms läns landsting utför AISAB ambulanssjukvård dygnet runt, årets alla dagar. Ambulansenheterna dirigeras gränslöst inom länet och varje enhet kan utföra uppdrag i hela Stockholms län. Verksamheten har under de senaste åren präglats av en stark medicinsk utveckling med höjd medicinsk kompetensnivå. Detta för att säkerställa kvalificerade bedömningar och det bästa omhändertagandet av patienter samt att styra patienter till rätt vårdnivå. Effektivitet, hög tillgänglighet, verka för kortast möjliga väntetid och ge vård på lika villkor med respekt för patientens specifika behov och förväntningar är centrala delar för verksamheten och ambulanssjukvården i stort.

AISAB är en kvalitetsstyrd organisation och verksamheten förbättras kontinuerligt med hjälp av ledningssystem för kvalitet, miljö och arbetsmiljö enligt ISO standarderna ISO 9001, ISO 14001 samt OHSAS 18001 och arbetsmiljöverkets författningssamling AFS 2001:1. Genom synpunkter, klagomål, interna avvikelser, riskanalyser, medarbetarundersökningar och mätningar av patienters upplevda kvalitet arbetar AISAB målstyrt för att förbättra vårdtjänsten. Ledning och styrning sker genom principen planera, genomföra, följa upp och åtgärda. Några av grundprinciperna är patientfokus, ledarskap och medarbetarnas engagemang. Viktiga delar i systemet är verksamhetens identifierade processer, policys och riktlinjer för styrning, utbildningsinsatser för kontinuerligt lärande, riskanalyser utifrån patient- och medarbetarperspektiv, mål och handlingsplaner, ansvars- och befogenhetsfördelning, egenkontroll och avvikelsehantering.

Policys och riktlinjer

Policys och riktlinjer finns för att styra beslut och uppnå mål i verksamheten. Grundläggande policy i AISABs ledningssystem med koppling till patientsäkerhet är kvalitetspolicyn. Kvalitetspolicyn definierar hur AISAB ska förhålla sig till medarbetare, beställare, patienter, avlidna och deras anhöriga. Den påverkar också hur vi arbetar med våra ledningssystem och hur vi implementerar dem i vårt dagliga arbete för att uppnå utveckling och förbättring.

Kvalitetspolicy

AISABs verksamhetsuppdrag är att på affärsmässiga grunder erbjuda kostnadseffektiva och konkurrenskraftiga tjänster till rätt kvalitet inom områdena ambulanssjukvård och transport av avlidna. Det betyder att AISAB ständigt arbetar för att utveckla och förbättra verksamheten så att beställare, patienter och deras anhöriga ska uppleva att de får sina behov, krav och förväntningar uppfyllda.

AISAB följer de lagar och krav som omfattar verksamheten. Utveckling och ständiga förbättringar präglar hela organisationen och utgår alltid från verksamhetsuppdraget genom ett arbetssätt grundat på planering, genomförande, uppföljning och utvärdering.

Förtroende, öppenhet och pålitlighet tillsammans med forskning och utveckling gör att AISAB intar en ledande ställning inom svensk ambulanssjukvård. Kvalitetsarbete koncentreras till följande områden:

- Hög tillgänglighet är viktigt för både patienter och verksamheten
- God hälsa, vård på lika villkor och en genomtänkt etisk grundsyn prioriteras. Den verksamhet AISAB bedriver, bemötandet av patienter och anhöriga samt omhändertagandet av den avlidne, utgår från respekten för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet.
- Öppen och tydlig kommunikation av kvalitetsarbetet till medarbetare, allmänhet och beställare möjliggör insyn och ställer verksamheten i en unik position.

Mål

Prioriterade mål med koppling till patientsäkerhet är bland annat tillgänglighet och bemötande. Tillgänglighet handlar om kortast möjliga väntetid för patienten och bemötande handlar om patientens upplevelse av situationen i mötet med ambulanssjukvården. Av största betydelse för bemötande är medarbetarnas agerande i det enskilda uppdraget.

Systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)

Socialstyrelsens skrift Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9 har kopplingar till standarden för kvalitet, ISO 9001. Skriften används för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Arbetssätt, ansvarsförhållande, egenkontroll, uppföljning och dokumentationsskyldigheter finns i både SOSFS 2011:9 och i standarden ISO 9001. Båda ledningssystemen ställer krav på fastställande av processer och bedömningar av risker för att motverka att händelser inträffar som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. Båda systemen är till för att säkra verksamheten och för patientnyttan.

Identifierade processer

Processer är ett antal länkade aktiviteter som beskriver hur och i vilken ordning olika aktiviteter skall utföras. Varje process kräver olika resurser för att kunna förverkligas. I AISAB är ambulansprocessen den mest betydande processen för patientsäkerhet. Processen tydliggör och effektiviserar arbetet från utlarmningstid till klartid på avlämningsadress. Här ingår bland annat delar som tillgänglighet under drifttid, startintervall, korrekt statusrapportering, avvikelserapportering, tillämpande av medicinska riktlinjer, behandling- och omvårdnad samt samverkan mellan aktörer och olika vårdprocesser.

Faktorer som förbättrar patientsäkerhet

AISAB har tagit fram faktorer i arbetsmiljön, baserat på forskning och egna erfarenheter som bidrar till en högre patientsäkerhet. Dessa faktorer skall vara ett rättesnöre att förhålla sig till i patientsäkerhetsarbetet och skall vara vägledande för all personal i AISAB. Faktorerna är följande:

Delaktighet

- Kontroll över arbetet och en möjlighet att påverka arbetssituationen genom delaktighet i beslut.

Kommunikation

- Framhålla vikten av kommunikation och samverkan
- Kommunicera helheten i resultat utifrån många små förändringar
- Tillgång till information.

Avvikelsehantering och riktlinjer

- Etablerade vägar för att rapportera patientsäkerhetsbrister
- Kunskap om och följsamhet till lagar, riktlinjer och rutiner
- Nya kunskaper genom evidensbaserad forskning och utveckling.

Kompetensutveckling

- Möjligheten till kunskapsutveckling.

Informationssäkerhet

- Ett säkert journalhanteringssystem
- Kunskaper och efterlevnad av sekretesslagen, tystnadsplikt och PUL.

Kultur

- Patientsäkerhetskultur - värderingar och normer
- Ett generellt sett högt säkerhetsklimat
- En öppenhet kring avvikelserapporter
- Möjlighet att kunna diskutera patientsäkerhet inom verksamheten.

Ledarskap

- Ledningens positiva attityd till patientsäkerhetsarbete
- Chefer som föregår med goda exempel inom området
- Chefer som medverkar i patientnära arbete
- En öppen, decentraliserad organisation med korta beslutsvägar.

Arbetsförhållanden

- Aktivt arbete för att minska hög arbetsbelastning, övertid, stress och utmattning
- Tydliga ansvarsförhållanden
- En trygghet i yrkesrollen
- Samförstånd, tillit och respekt mellan kollegor
- En låg personalomsättning
- Ordning och reda i arbetsutrymmen och utrustningar
- Tillgång till material och mediciner
- Väl fungerande Medicinteknisk utrustning.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Verksamheten styrs genom AISABs ledningsgrupp där VD, stationschefer, administrativ chef, ekonomichef och HR-specialist ingår. Adjungerande är ambulansläkare. VD-assistent är sekreterare.

Ansvars- och befogenhetsfördelning utgår från AISABs styrelses arbetsordning, VD-instruktion, AISAB - Ansvar och befogenheter och befattningsbeskrivningar för olika funktioner.

Varje chef och medarbetare har ansvar för att förverkliga en organisationskultur som stödjer en hög patientsäkerhet.

Medarbetare rapporterar avvikelser och är delaktiga i utredningar genom resultat av analys, uppföljning och förbättringsåtgärder. Analysgruppen för avvikelser följer upp och föreslår åtgärder. Ledningsgruppen deltar i beslutsprocessen. Det övergripande ansvaret och slutgiltiga beslutet har VD.

Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

AISAB har olika arbetsgrupper och funktioner som ansvarar för uppföljning och utvärdering. Verksamhetscontroller ansvarar för verksamhetsspecifika måttetal som till exempel tillgänglighet. Patientsäkerhetscontrollers handlägger avvikelser tillsammans med stationschefer och ambulansläkare. Ett analysteam och en tvärprofessionell analysgrupp finns för avvikelshantering.

Det finns också funktioner som ansvarar för mer specifika insatser. Sådana insatser kan vara uppföljning och utvärdering av vårdkedjor som till exempelvis styrning av geriatriska patienter och patienter med potentiella höftfrakturer. Vårdkedjor följs upp genom måttetal utifrån antal, kön, följsamhet till beslutad process, följsamhet av användande av styrverktyg, sekundärtransporter och avvikelser. Anmälan av vårdskador hanteras på samma sätt som klagomål och synpunkter från extern part.

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

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Patientsäkerhetsarbete i AISAB bedrivs på både övergripande och lokal nivå. För att uppnå en patientsäker vård analyseras risker, interna avvikelser samt externa klagomål och synpunkter.

Identifierade medicinska risker

Betydande medicinska risker under 2015 har varit:

Fortsatt egenvård

AISABs rapportering av avvikelser med koppling till behandlingsmetoden "fortsatt egenvård" har bidragit till att IVO startat en särskild tillsyn för denna typ av avvikelser. AISAB har tillsammans med övriga vårdgivare inom ambulanssjukvård träffat IVO för en dialog avseende fortsatt hantering i ärendet. Dialogen har lett fram till en kartläggning av patientgruppen för åren 2011-2014. I kartläggningen framkom olika brister i hantering av ärendena. Bristerna har kommunicerats med samtliga medarbetare i verksamheten.

Utöver kartläggningen så kommer stickprov kring identifierade riskbeteenden att utföras veckovis under perioden januari till april 2016. Resultatet av kartläggningen och stickproven rapporteras till Hälso- och sjukvårdens förvaltning/SLL.

Möjliga åtgärder för att förebygga risker är:

- Gemensamt journalsystem - SOS Alarm, ambulanssjukvård och övrig sjukvård
- Enkla provtagningsmöjligheter, ex. CRP och Hb
- Möjlighet att skriva röntgenremisser för planerade undersökningar kontorstid
- Uppföljning av patienter efter observationstid (skulle kunna ske via SOS-läkare, jourläkarbilar, akutläkarbil eller akutbilsambulanser)

Immobilisering

Under 2015 har AISAB även identifierat ett antal patienter med hals- och ryggfrakturer som inte immobiliserats under ambulanstransporten. Trots att medarbetare följt de medicinska riktlinjerna har frakturerna inte kunnat identifieras och åtgärdats. Även här har AISABs identifiering och rapportering av dessa ärenden har bidragit till att IVO startat ett tillsynsärende. Tillsammans med övriga vårdgivare för ambulanssjukvård i Stockholms län kommer förbättrade rutiner eftersökas för denna grupp av patienter. AISAB har initierat och har påbörjat en riskanalys i ärendet.

Säkerställande av följsamhet till gällande medicinska riktlinjer

- Information om riktlinjer/användning av riktlinjer har genomförts vid APT-möten.
- En genomgång av läkemedelsanvändningen och följsamheten till riktlinjer gällande indikation och dosering är genomförd 2015 (gällande 2014 årsanvändning). Stora olikheter mellan ambulansstationer och individer identifierades. Återkoppling har skett till medarbetare via APT.
- I den vårdgivargemensamma kartläggningen av "fortsatt egenvård" har bl.a. en bristande följsamhet till rutinen att kontakta bakre läkarstöd (SOS-läkare) identifierats. För att öka medvetenheten bland medarbetare kring "fortsatt egenvård" har AISAB har producerat en informationsfilm som visats för all personal via PingPong. Filmen har också spritts till övriga vårdgivare inom ambulanssjukvården.

Avvikelsehantering

AISAB använder det SLL-gemensamma avvikelserapportssystemet HändelseVis. Systemet har processer för rapportering, analys och uppföljning av vårdavvikelser, miljöavvikelser, arbetsmiljöavvikelser samt förbättringsförslag. Systemet medger även rapportering av avvikelser rörandes medicintekniska apparatur. Antalet registrerade vårdavvikelser ökar från tidigare år och var till antalet 426 för 2015 (2014, 389). Genomsnittlig handläggningstid för medicinska avvikelser var för 2015, 39 dagar (2014, 32 dagar).

Diagrammet nedan visar antal rapporterade avvikelser 2013-2015. En successiv ökning har skett mellan åren, vilket får anses positivt.

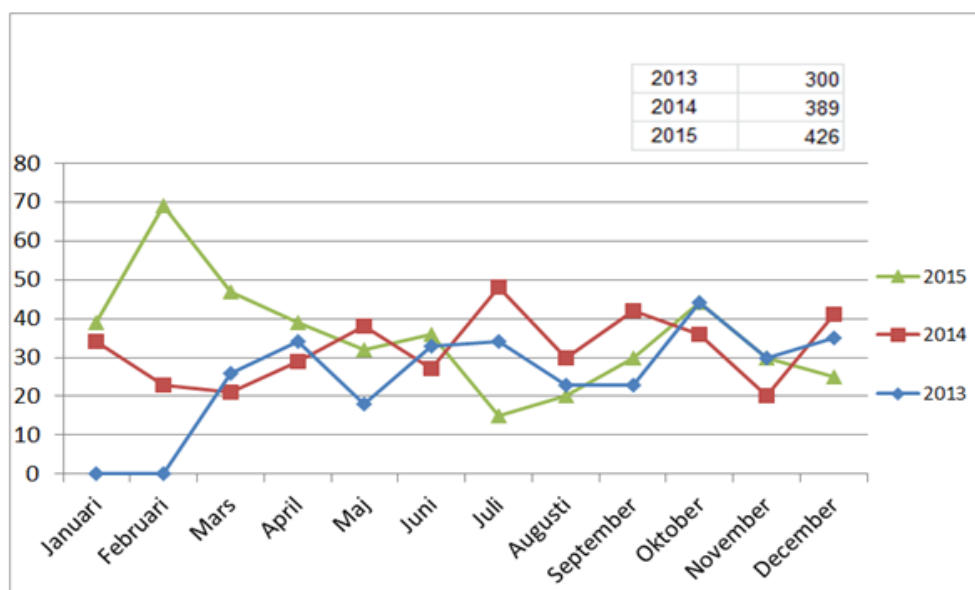


Fig. 1 Antal rapporterade avvikelser 2013-2015, AISAB 2015

Diagrammet nedan visar hos AISAB handlagda vårdavvikelser per händelsetyp (handläggarens bedömning). Det har skett en ökning av rapporterade risker, samtidigt som det skett en minskning av rapporterade tillbud och negativa händelser, vilket är en positiv trend.

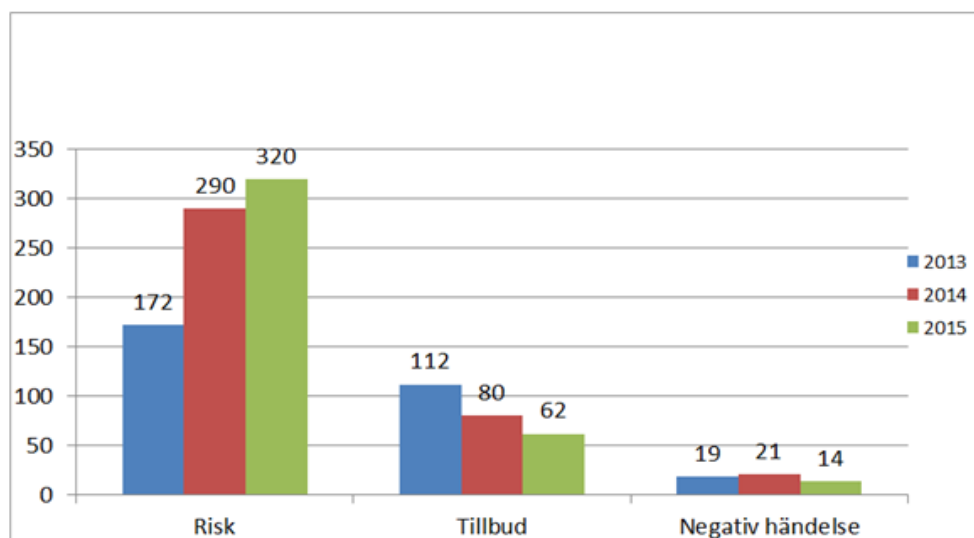


Fig. 2 AISAB handlagda vårdavvikelser per händelsetyp, AISAB 2015

Styrkor i avvikelserarbetet

- Att ledningen värdesätter och framhåller vikten av att medarbetare och chefer identifierar, dokumenterar och rapporterar avvikelser samt deltar i utredningar
- Att avvikelserapporter ses som underlag för utveckling av verksamheten

Områden vi kan förbättra

- Ytterligare fördjupad analys av avvikelser
- Ytterligare förbättrad uppföljning och kommunikation av avvikelser
- Medarbetare vet hur man rapporterar avvikelser
- Medarbetare rapporterar avvikelser

Kompetens- och kunskapsutveckling

Motiverade, engagerade och kunniga medarbetare är förutsättningen för hög kvalitet i verksamheten. AISAB arbetar därför aktivt med att erbjuda kompetensutveckling till alla medarbetare. Genom att sätta grundkrav på personalens kompetens kan medarbetarnas utbildningsbehov identifieras.

Under 2015 har det organisatoriska arbetet med kompetens- och kunskapsutveckling utvecklats ytterligare. AISAB har utsett en chef och fastställt en organisation för ändamålet. En ny kompetenshanteringsmodul har utvecklats av PingPong och AISAB har avtalat att använda modulen med början 2016.

Kompetens- och kunskapsutveckling sker dels genom arbetsrelaterat lärande utifrån en dialog mellan kollegor, patienter och andra vårdgivare, dels genom interna utbildningsinsatser, och dels i form av externa kurser, seminarier och konferenser. Under 2015 har medarbetare i AISAB erbjudits ett 15 tal olika utbildningar. Exempel på utbildningar är:

- Pilotutbildning FRAPP (IT-plattform för den prehospitala vården)
- 4-dagars sjukvårdsledning i skadeområde
- PHTLS* - teori och praktiska övningar
- AMLS* - teori och praktiska övningar
- RAKEL* - utbildning

*PHTLS - Prehospital Trauma Life Support

*AMLS - Advanced Medical Life Support

*RAKEL – Radiokommunikation för effektiv ledning

Ledarutvecklingsprogram för mellanchefer

AISABs för verksamheten anpassade utvecklingsprogram för chefer har fortsatt under 2015. Avsikten med programmet är att matcha organisationens och chefgruppens utvecklingsbehov. Programmet genomförs i tre steg. Förväntade effekter av utbildningen är;

- Tydliga motiverande/inspirerande och kommunikativa chefer/ledare
- Coachande ledare som använder dialog som ledarverktyg
- Ledare som driver verksamheten framåt tillsammans med sina medarbetare och skapar möjligheter till delaktighet
- Arbetar professionellt med VAD & HUR frågor i verksamheten
- Ledare som är mål- och prestationsfokuserade i samverkan med medarbetare
- Ledare som växer och utvecklas i linje med AISABs vision och som har en helhetssyn på verksamheten och vågar stå för fattade beslut
- Ökad kommunikation och kunskapsdelning mellan cheferna gällande ledarskaps- och operativa frågor.

Chefens roll i patientsäkerhetsarbetet

AISABs chefer har en betydelsefull och många gånger en helt avgörande roll för hur patientsäkerhetsarbetet förverkligas i organisationen. AISABs chefer bidrar aktivt genom att:

- Kommunicera vikten av patientsäkerhetsarbetet till medarbetare
- Samarbeta med Medicinskt ledningsansvariga avseende patientsäkerhet
- Medverka i framtagandet av riskanalyser
- Medverka i händelseanalyser
- Uppmuntra medarbetare att skriva avvikelserrapporter
- Initiera åtgärder för att förhindra att risk, tillbud och negativa händelser uppkommer
- Föregå med goda exempel i patientsäkerhetsarbetet
- Själva medverka i patientnära arbete

Uppföljning genom egenkontroll

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§, 7 kap. 2 § p2

Egenkontroll

Vid egenkontroll följer AISAB årligen upp verksamheten och kontrollerar att "vi lever som vi lär". En fastställd dagordning och en plan för genomförande säkerställer att alla områden ingår. Utöver egenkontrollen utförs en gång per år en extern kontroll av oberoende revisorer. Var tredje år utförs en mer omfattande förnyelserevision. Resultaten jämförs och värderas utifrån tidigare resultat med ett fokus på vårdtjänsten. Egenkontroll utförs exempelvis genom följande aktiviteter:

- Jämförelser av verksamhetens resultat mot föregående mätningar i områden som ekonomi, personal, kvalitet, miljö och arbetsmiljö
- Jämförelse av resultat, exempelvis tillgänglighet, med andra leverantörer av ambulanssjukvård inom Stockholms Läns lansting
- Analys av interna avvikelser och externa klagomål/synpunkter
- Analys av interna och externa revisionsrapporter
- Kontroll av kunskapsnivå genom bl.a. ordinationer och medicinsk kunskapskontroll.

Förutom egenkontroll för ledningssystemet har AISAB egenkontroll genom kontroll av journaler, medicinsk kunskapskontroll och en behovsanalys av kompetensutveckling.

Verksamheten granskas också i en årlig revision av Landstingsrevisionerna och av auktoriserade revisorer från PWC. I revisionen prövas om verksamheten bedrivs på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt, om räkenskaperna är rättvisande samt om den interna styrningen och kontrollen är tillräcklig.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Samverkan med andra aktörer utgår från AISABs specifika ägardirektiv beslutade av landstingsfullmäktige. Utifrån ägardirektiven skall AISAB bland annat samverka med landstingets närsjukvård, akutsjukvård, sjukvårdsrådgivning och leverantör av prioritering- och dirigeringsjänst för att säkerställa snabbt omhändertagande, god vård och säker transport av sjuka och skadade till rätt vårdnivå. Vidare ska AISAB i samverkan med beställaren och det tidigare SPC bedriva forsknings- och utvecklingsarbete inom ambulanssjukvård.

Risicanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Identifiering av risker genom;

- Internkontrollplan
- Medarbetarundersökning
- Utvärdering och uppföljning av vidtagna åtgärder i avvikelsearbetet
- Patienters och anhörigas synpunkter och klagomål

Reducering av risker genom;

- Ständig förbättring av rutiner
- Uppföljning av följsamhet av medicinska riktlinjer
- Patientsäkerhetsdiskussioner
- Fokus på en ekonomi i balans

Risicanalyser utförs årligen i AISAB inom bland annat områdena ekonomi, personal, kvalitet, miljö, arbetsmiljö. Risicanalyser genomförs också vid förändringar i verksamheten, vid införandet av ny utrustning och då nya arbetsrutiner införs. Risicanalyserna har organisation, patient- och medarbetarfokus.

Risker klassificeras utifrån omfattning och allvarlighetsgrad. Inom kvalitet koncentreras riskerna främst till patientsäkerhet, inom arbetsmiljö till medarbetarens arbetsvillkor, inom miljö olika yttre miljörisker och ekonomi utgår från en ekonomi i balans.

AISAB använder även den årliga medarbetarundersökningen (IC Quality) för att identifiera risker. Medarbetarenkäten utgår från nyckelområden som ledning, grupp, situation och företag. I enkäten ingår frågeställningar om patientsäkerhet.

Svarsfrekvensen för 2015 års enkät blev 81 % (80 %). Den totala svarsfrekvensen hade minskat med 2 procentenheter vid 2014 års mätning, men den nedåtgående trenden bryts i år och ökar med 1 procentenhet.

Frågan ”respekt för patienters lika värde” har sänkts med en punkt från 85 till 84. Frågan ”tar tillvara patienters synpunkter” har sänkts med 3 punkter från föregående år, från 78 till 75. Se figur 3, nästa sida.

Frågan ”vet hur jag skriver avvikelserapport” har ökat med 3 punkter från 81 till 84. Frågan ”rapporterar avvikelser” har ökat med 2 punkter från 83 till 85 punkter. Om man som personal kan vara ”trygg som patient” i ens egen vård har sänkts med 4 punkter från 90 till 86. Se figur 4, nästa sida.

Grupp

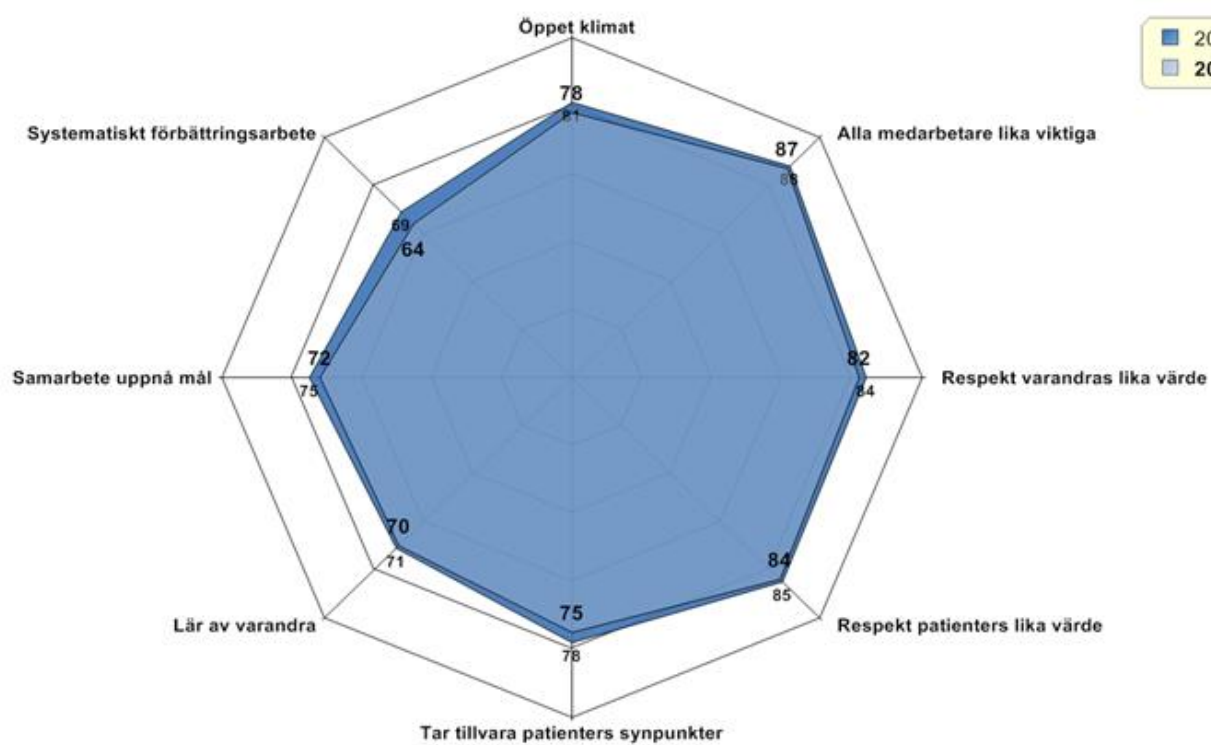


Fig. 3 IC Quality resultat utifrån Grupp, 2015

Patientsäkerhet

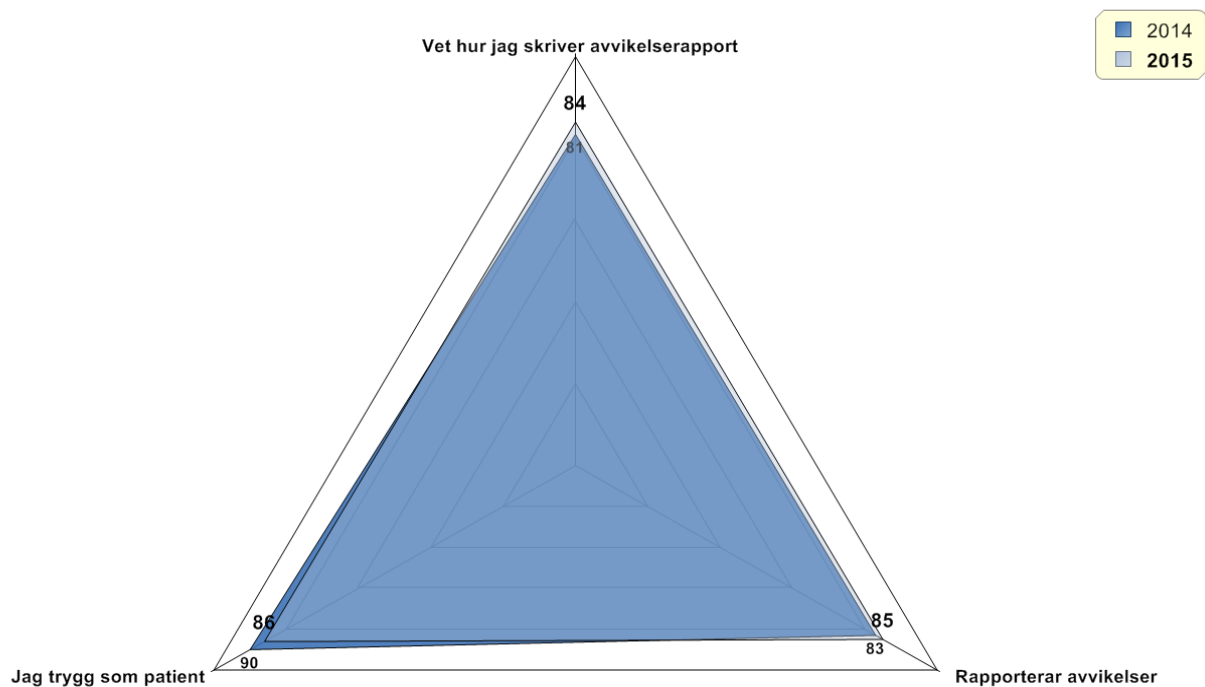


Fig. 4 IC Quality resultat Patientsäkerhet, 2015

Arbetsgivarens perspektiv på patientsäkerhet; (Riskbedömt utifrån omfattning och konsekvens)

H: hög risk, **B**: betydande risk, **M**: medelstor risk, **L**: liten/låg risk

- Hot och Våld (B)
- Trafikmiljö (B)
- Felbehandling/skada av patient (B)

Exempel på risker ur medarbetarnas perspektiv på patientsäkerhet enligt medarbetarundersökningar;

- Trafikmiljö
- Förflyttningar av olika slag, till/från bår, buren på bår i trappor, i och urlastning i ambulansen
- Långa arbetspass, övertid, hög arbetsbelastning och trötthet
- Felbehandling/feldosering/utebliven behandling.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 7 kap. 2 § p 5

Avvikelser

AISAB använder det SLL-gemensamma avvikelserapportsystemet HändelsVis. Systemet har processer för rapportering, analys och uppföljning av vårdavvikelser, miljöavvikelser, arbetsmiljöavvikelser samt förbättringsförslag.

Avvikelsehantering främjas i AISAB genom att ledningen värdesätter och framhåller vikten av att medarbetare och chefer identifierar, dokumenterar och rapporterar avvikelser samt deltar i utredningar. Avvikelserapporter ses som underlag för utveckling av verksamheten, där fokus på resultat av analys, uppföljning och återkoppling är av central betydelse.

Organisation och ansvar

Organisationen kring avvikelshantering är uppbyggd utifrån roller, ansvars- och beslutsbefogenheter. Hanteringsprocessen i HändelsVis visar på arbetets struktur. Ansvarsfördelningen talar om vem som skall göra vad och beslutsbefogenheterna avgör vad som skall/kan göras.

Uppföljning

Avvikelsehantering inom AISAB följs upp utifrån statistik i ärendet, genom resultat av utredningar och analyser och genom uppföljning av genomförda åtgärder. Uppföljning sker också via samtal och i formella grupperingar som till exempel analysteam och analysgrupp.

Användande av resultat från uppföljning

Målet är att resultat av uppföljning skall ge en ökad patientnytta och patientsäkerhet, förbättrad kunskap och kompetensutveckling, en större delaktighet och en verksamhetsutveckling genom ständiga förbättringar och genom en hög grad av möjlighet till insyn.

Hantering av klagomål och synpunkter

SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §, 7 kap 2 § p 6

Klagomål och synpunkter som inkommer till AISAB från patienter och anhöriga, från IVO eller Patientnämnden tas emot av VD-assistent som diarieför ärendena. Verksamhetscontroller skriver in ärendet i avvikelserapportsystemet HändelseVis. Vid utredning genomförs en händelseanalys för att få veta vad som hänt, varför det hänt och dess orsak. I medicinska klagomål och bemötandefrågor deltar medicinskt ledningsansvariga (ambulansläkare) i utredningen. Administrativ chef har ansvar för att hantering av klagomål och synpunkter fungerar.

AISAB har en fastställd rutin för klagomålshantering och varje patient eller anhörig som har en synpunkt eller ett klagomål ges en personlig kontakt (se nedan). Synpunkter från patienter inhämtas också:

- I samband med att vården utförs ges möjligheter för patienter att komma med synpunkter
- Via patientenkäter
- Synpunkter på vården kan också ges via hemsidan aisab.nu

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Patienter och deras närstående erbjuds möjlighet att medverka i utredningen av klagomål där deras synpunkter ger underlag till förbättringsåtgärder. Betydande delar för att nå ett bra resultat är kontinuitet i kontakt, information och dialog. Kunskap, förståelse och en djupare insikt i det specifika ärendet är andra delar som bidrar till positivt utfall och ger underlag för förbättringar.

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

AISAB hade under 2015 43 (54) klagomål och synpunkter från andra vårdinstanser, patienter och anhöriga. Från Socialstyrelsen 5 (3) och från Patientnämnden 8 (11).

Tabell 1, anmälningar och klagomål, AISAB 2015

ÄRENDEN	2015	2014
Klagomål	43	54
varav		
Socialstyrelsen/IVO	5	3
Patientnämnden	8	11
LÖF anmälan	3	0
Lex Mariaärenden	0	1

Styrkor

- Patient och anhörig erbjuds att delta i processen för bemötandeavvikelser och att träffa ledning och ambulansläkare
- Kontinuerlig diskussion, utbildning och uppföljning om bemötande.

Områden vi kan förbättra

- Fördjupad analys av avvikelser
- Förbättrad uppföljning och kommunikation av avvikelser.

Bemötande

Bemötande mäts genom de externa klagomål som inkommer till verksamheten. År 2015 hade AISAB 5 (5) utifrån inkomna klagomål på bemötande. Målet för 2015 var att hamna på en nivå jämförbart med basåret 2012 då det inkom 6 bemötandeavvikelser. Målet är därmed uppnått.

Tabell 2, Bemötandeavvikelser 2015

Ärenden	2015	2014
Bemötandeavvikelser	5	5

Tillgänglighet

År 2015 genomförde AISAB 80 242 (2014, 77 406) ambulansuppdrag och 4 964 (2014, 4 372) transporter av avlidna.

Tillgänglighet avser den tid som AISABs ambulanser varit tillgängliga under avtalad beredskapstid. Under 2015 har AISAB haft fokus på att behålla den höga tillgängligheten. År 2014 var tillgängligheten 99,79 %. För 2015 försämrades tillgängligheten något och hamnade för året på 99,72 %. Målvärdet på 99,7 % är därmed uppfyllt. Vid fyra tillfällen har värdet hamnat under 99,7 % och årets högsta värde har noterats till 99,84 %.

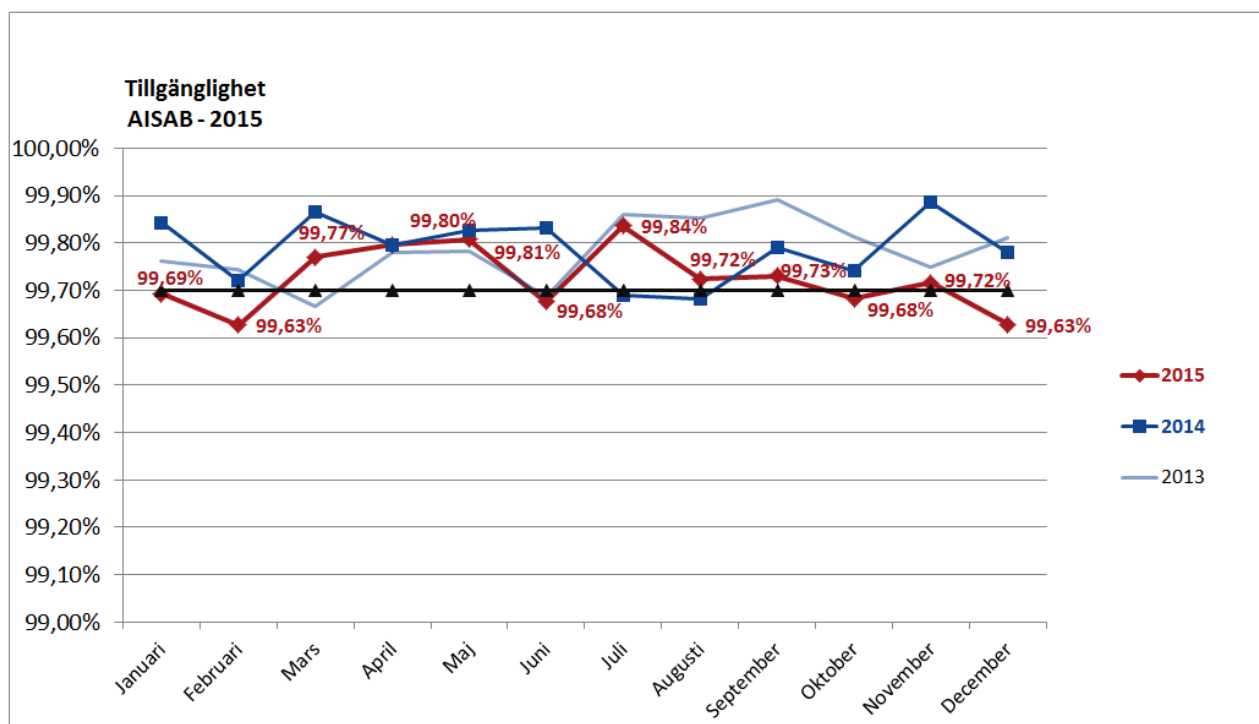


Fig. 5 Tillgänglighet, AISAB 2015

De orsaksområden som påverkar tillgängligheten främst är personal och fordonstekniska problem. För personal är sjukdom den mest betydande aspekten och för fordonstekniskt handlar det om fordonsfel.

I diagrammet nedan framgår att maj månad var den bästa fordonstekniskt sett med låga 408 minuter (5,4 timmar) avställd tid medan december månad med 1501 minuter (27 timmar) var den sämsta. Under 2014 så var mars den bästa månaden och juli den sämsta. Motsvarande för personal ger ett bästa värde på låga 583 minuter (5,6 timmar) i juli månad medan februari var sämst med 1662 minuter (13,7 timmar) avställd tid. Sämst och bäst månad under 2014 var desamma som 2015, juli var bästa månaden och februari var den sämsta.

Total avställd tid för personal var 12 204 minuter (203 timmar) att jämföra med 6 182 minuter (103 timmar) under 2014. Total avställd tid för fordonstekniskt var 11 053 minuter (184 timmar) att jämföra med 10 505 minuter (175 timmar) för 2014. Med detta förstås att det är personal som har påverkat tillgängligheten i negativ riktning och att fordonstekniskt endast har gett en marginell påverkan på resultatet.

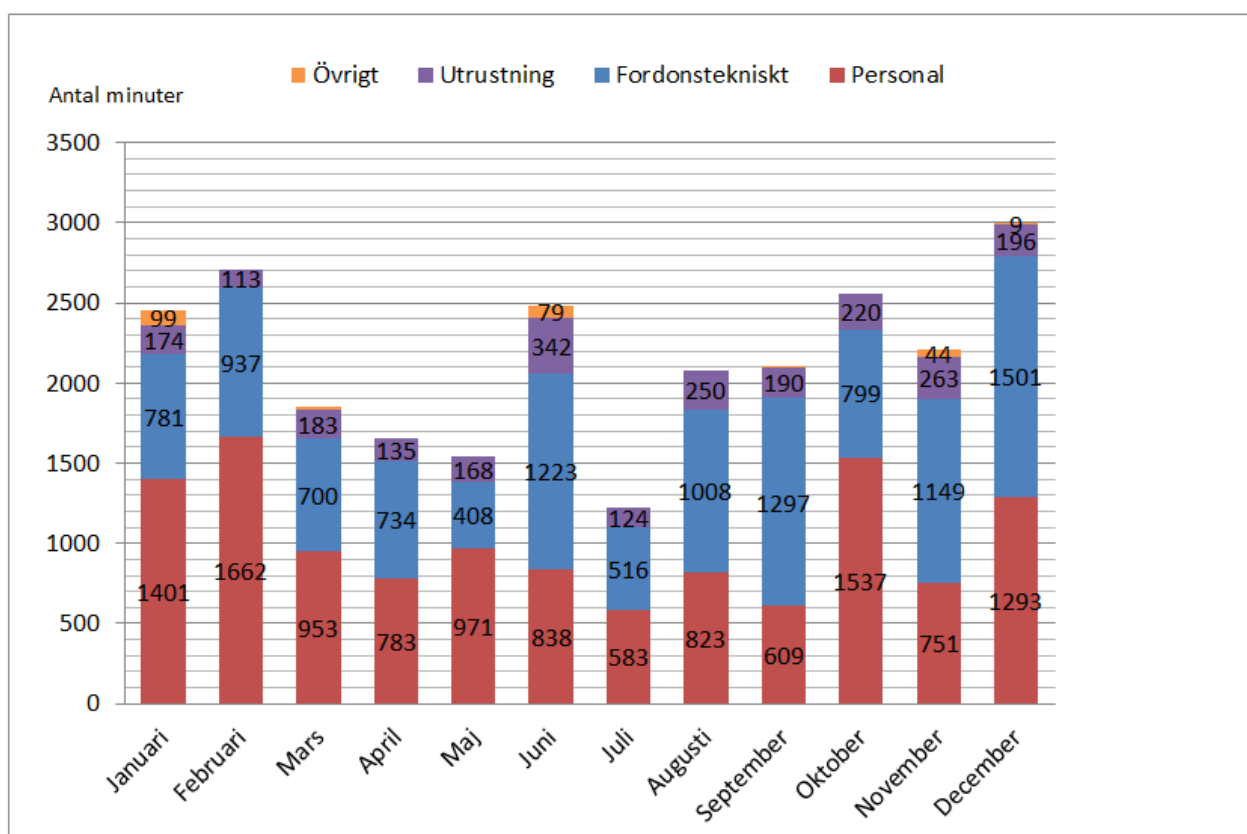


Fig. 6 Rödmärkningar per orsak, antal minuter, AISAB 2015

Övergripande mål och strategier för kommande år

Ett ökat fokus på förebyggande patientsäkerhetsarbete genom:

- Utverkande av kvalitetsindikatorer för patientnära och säker vård
- Ett ökat fokus på patientens delaktighet i vården genom personliga möten och mätningar av patientupplevd kvalitet
- Fortsatt utveckling av kompetenscentrum för kontinuerligt lärande
- Förbättrad samverkan med andra vårdgivare runt avvikelser
- Förbättrad återkoppling till personal
- Utredning av risker kopplat till behandlingsmetoden ”fortsatt egenvård” och ”immobilisering”

2016-02-29



Åke Östman
Verkställande direktör