

Patientsäkerhetsberättelse

för AISAB

AMBULANSSJUKVÅRDEN I STORSTOCKHOLM AB

År 2017



Innehållsförteckning

Inledning	3
Sammanfattning	3
Övergripande mål och strategier	4
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	6
Struktur för uppföljning/utvärdering	7
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	7
Uppföljning genom egenkontroll	9
Samverkan för att förebygga vårdskador	9
Riskanalys	9
Informationssäkerhet	10
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	11
Hantering av klagomål och synpunkter	12
Samverkan med patienter och närstående	13
Resultat	13
Övergripande mål och strategier för kommande år	18

Inledning

Enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659) ska enskilda vårdgivare dokumentera sitt patientsäkerhetsarbete i en patientsäkerhetsberättelse. Av berättelsen ska framgå hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under det senaste året, vilka åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten samt vilka resultat som uppnåtts. Detta med avsikt att stärka vårdgivarens kontroll över patientsäkerhetsarbetet och för att underlätta Socialstyrelsens tillsyn. Patientsäkerhetsberättelsen ska finnas tillgänglig för den som önskar ta del av den. Förutom Patientsäkerhetslagen så regleras också patientsäkerhetsarbetet av Hälso- och sjukvårdslagen (HSL 1982:763), med det övergripande målet om en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. Vidare finns Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) och Patientlag (PL 2014:821), med syfte att stärka och tydliggöra patientens ställning samt främja integritet, självbestämmande och delaktighet.

Sammanfattning

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

AISAB har tagit fram faktorer, baserade på forskning och egna erfarenheter, som bidrar till en förbättrad patientsäkerhet. Dessa faktorer är ett rättesnöre att förhålla sig till i patientsäkerhetsarbetet och ska 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 utförandet av tjänsten.

För att uppnå en patientsäker vård analyseras kontinuerligt risker, interna avvikelser samt externa klagomål och synpunkter. Betydande patientrisker i verksamheten handlar bland annat om felbehandling/skada av patient, förflyttningar av olika slag, till/från bår, buren på bår i trappor, i och ur-lastning i ambulansen samt hot och våld i arbetsmiljön.

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 avvikelserapportering och patienttrygghet. Resultatet visar kontinuerligt på ett högt positivt värde.

Övergripande mål och strategier

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

På uppdrag av Stockholms läns landsting utför AISAB tjänsterna ambulanssjukvård och transport av avlidna. Tjänsterna är viktiga samhällsfunktioner som ska fungera dygnet runt, årets alla dagar. Med detta menas att vård, kvalitet, forskning och utveckling förenas i ett ständigt förbättringsarbete som vi delar med oss av till övriga hälso- och sjukvårdsverksamheter för ökad kunskap och patientsäkerhet.

Ambulanssjukvård är ofta det första, viktiga steget i en vårdkedja. Kraven på att göra rätt bedömningar och behandlingar är mycket höga. AISABs strävan är att göra det bästa för att leva upp till patienters och anhörigas förväntningar och att de ska känna sig trygga i våra händer. 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 stöd av ledningssystem för kvalitet, miljö, arbetsmiljö och informationssäkerhet enligt ISO standarderna ISO 9001, 14001, 27001 samt OHSAS 18001 och arbetsmiljöverkets författningssamling AFS 2001:1.

AISAB vill också ta ett samhällsansvar genom förbättringsarbeten av miljö- och hållbarhet, av olika arbetsmiljöaktiviteter, informationssäkerhetsaktiviteter och utveckling av personalens kompetens, samt utveckling av vården i sig genom forskning och beprövad erfarenhet.

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, organisationen och ägare.
- 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. Vidare finns mål att utveckla vårdkedjor och samarbeten för en effektiv och patientcentrerad vård.

Systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)

Socialstyrelsens skrift Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9 har kopplingar till standarden för kvalitet, ISO 9001. Dessa styrdokument 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. Ledningssystemen bidrar till att verksamheten systematiskt planeras, leds, kontrolleras, följs upp och utvärderas, i avsikt att förbättra verksamheten.

Identifierade processer

Processer är länkade aktiviteter som beskriver hur och i vilken ordning olika aktiviteter ska 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. I denna ingår 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 under flera år arbetat utifrån identifierade faktorer i arbetsmiljön, baserat på forskning och egna erfarenheter, som bidrar till en högre patientsäkerhet. Dessa faktorer är ett rättesnöre att förhålla sig till i patientsäkerhetsarbetet och är vägledande för all personal i AISAB. Faktorerna är följande:

Delaktighet

- Kontroll över arbetet och 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

- Möjligheter till utvecklad kunskap och praktisk träning

Informationssäkerhet

- En säker informationshantering av företagets tillgångar
- Kunskaper och efterlevnad av sekretesslagar och GDPR (General data protection regulation)

Kultur

- Patientsäkerhetskultur - värderingar och normer
- Ett generellt sett högt säkerhetsklimat
- En öppenhet kring avvikelserapporter och händelse-/orsaksanalyser
- Möjlighet och öppenhet 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 företagets ledningsgrupp där VD, Stationschefer, Administrativ chef, Ekonomichef, FoU-chef och HR-chef ingår. Adjungerande är ambulansläkare. VD-assistent är sekreterare.

Ansvars- och befogenhetsfördelning utgår från AISABs styrelses arbetsordning, VD-instruktion samt ansvar och befogenheter för olika funktioner.

Varje chef och medarbetare har ansvar för att tillämpa lagar, policys och riktlinjer samt förverkliga en organisationskultur som stödjer hög patientsäkerhet.

Medarbetare rapporterar avvikelser och är delaktiga i utredningar genom resultat av analys, uppföljning och förbättringsåtgärder. Analysgrupper för avvikelser följer upp och föreslår åtgärder. Ledningsgruppen deltar i beslutsprocessen. Det övergripande ansvaret 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 måttal, exempelvis tillgänglighet. Patientsäkerhetscontrollers handlägger avvikelser tillsammans med stationschefer och ambulansläkare. Ett analys-team 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, infektionspatienter, hjärtpatienter, trauman och patienter med potentiella höftfrakturer. Vårdkedjor följs upp genom måttal 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

Prehospitalt Kunskaps- och kliniskt träningscenter

I Framtidsplanen för hälso- och sjukvård har den prehospitala vården en nyckelroll. Patienterna ska känna en trygghet i att de får rätt vård, i rätt tid och att den prehospitala vården leder dem rätt i vårdkedjan. För att nå framtidsplanens intention har AISAB, på uppdrag av Stockholms läns landsting, etablerat ett Prehospitalt kunskaps- och kliniskt träningscenter (KTC). Centret har en central roll i den länsövergripande kunskapsstyrning som sker inom landstingets prehospitala verksamhet.

KTCs verksamhet innefattar såväl medicinska och kliniska, som katastrofmedicinska utbildningar och övningar. Målet är att säkra och utveckla förutsättningarna för att personalen inom den prehospitala vården ska få tillgång till en väl planerad, samordnad, modern och kvalitetssäkrad utbildning i kombination med ett väl avvägt program för övningar. Med ett samlat kunskapscenter för den prehospitala vården ökas förutsättningarna att göra rätt bedömning av patientens tillstånd och vidta korrekta åtgärder. I centrets utrustning ingår även avancerade däckor med en inbyggd dator. Däckorna har puls, känner av läkemedel, kan kallsvettas, blinka, prata, gråta och kan programmeras att ha olika sorters sjukdomstillstånd. Om den som tränar gör rätt så stabiliseras däckans tillstånd, gör man fel blir den sämre. Utbildningen videofilmas så att insatsen kan utvärderas efteråt.

Kompetens- och kunskapsutveckling

Kunniga, motiverade och engagerade medarbetare är en förutsättning för hög kvalitet i verksamheten. AISAB arbetar aktivt med att erbjuda kompetensutveckling till medarbetare. Genom att sätta grundkrav på personalens kompetens kan medarbetarnas utbildningsbehov identifieras.

Under 2017 har det organisatoriska arbetet med kompetens- och kunskapsutveckling utvecklats ytterligare. Bland annat har AISAB fortsatt införandet av KOLL, vilket är SLLs gemensamma modell för kompetensplanering. KOLL tillsammans med IT-verktyget ProCompetence förväntas förbättra det operativa arbetet med kompetensplanering samt ge underlag till företa-

gets strategiska kompetensförsörjning. Införandet har fått en ny tidplan och beräknas vara klart under våren 2018 då minst 75% av AISABs medarbetare ska ha skattat sin kompetens i ProCompetence. År 2019 är målet 100%.

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 2017 har medarbetare i AISAB erbjudits ett flertal olika utbildningar. Exempel på utbildningar är:

- Utbildning i FRAPP* (IT-plattform för prehospital vård)
- PS – Prehospital sjukvårdsledning
- Särskild sjukvårdsledning i skadeområde
- Fortbildning för trafikinstruktörer och instruktionssjuksköterskor
- AMLS* - teori och praktiska övningar
- RAKEL*utbildning.
- Introduktionsutbildning (10 veckor)
- Olika samverkansövningar
- Trafikutbildning
- SPiS*
- Ambulanssjukvårdutbildning i vårdgemensam regi

*FRAPP - Framtida prehospital plattform IT

*AMLS - Advanced Medical Life Support

*RAKEL - Radiokommunikation för effektiv ledning

*SPiS - Suicidprevention i Svensk sjukvård

Säkerställande av följsamhet till gällande medicinska riktlinjer

AISAB har under året ytterligare vidareutvecklat den introduktionsutbildning som ges till nyanställda medarbetare. Den innehåller förutom en omfattande webbutbildning även praktiska moment och simuleringsövningar, där deltagarna tränas i akut beslutsfattande. Där simuleras också hotfulla och farliga situationer.

Nationella kvalitetsregister

AISAB deltar i nationellt register för hjärtstopp. Kvalitetsregistret kartlägger verksamheten kring hjärtstopp på och utanför sjukhus. Målsättningen är att identifiera betydelsen av olika komponenter för överlevnad. Registret bidrar till kunskap och förbättringar i den egna organisationen.

Säkerställande av kompetens avseende delegeringar och ordinationer enligt generella direktiv

Förutom de grundkrav som regleras i avtalet med SLL krävs godkänt deltagande i olika utbildningar. I cykler genomförs, som ett övergripande samarbete mellan vårdgivarna (SALFS), vartannat år kunskapskontroll/kvalitetssäkring och vartannat år undervisning baserat på brister/svagheter som identifierats vid föregående års kunskapskontroll. Syftet är att öka ambulanspersonalens medicinska kunskaper och kvalitetssäkra medarbetarens följsamhet till gällande medicinska riktlinjer.

Uppföljning genom egenkontroll

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

Egenkontroll

Egenkontroll innebär att AISAB genomför en systematisk uppföljning av verksamheten där vi kontrollerar att "vi lever som vi lär". En fastställd dagordning och plan för genomförande säkerställer att alla områden ingår. Utöver egenkontrollen utförs varje 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, informationssäkerhet och arbetsmiljö
- Jämförelse av resultat 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 bland annat 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 Landstingsrevisorerna 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 ska 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 bedriva forsknings- och utvecklingsarbete inom ambulanssjukvård.

Risikanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Identifiering av risker genom:

- Medarbetarundersökning
- Utvärdering och uppföljning av vidtagna åtgärder i avvikelset arbetet
- Patienters och anhörigas synpunkter och klagomål
- Compliancebedömningar av strategisk nivå, av verksamhet och IT-system

Reducering av risker genom:

- Ständig förbättring av rutiner
- Uppföljning av följsamhet av medicinska riktlinjer
- Patientsäkerhetsdiskussioner
- Fokus på medvetenhet och kommunikation

Risikanalyser utförs årligen i AISAB inom bland annat områdena personal, kvalitet, miljö, informationssäkerhet och arbetsmiljö. Risikanalyser genomförs också vid förändringar i verksamheten, vid införandet av ny utrustning och då nya arbetsrutiner införs. Risikanalyserna 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 informationssäkerhet värnar bland annat om den personliga integriteten.

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

Olika perspektiv på patientsäkerhet: (Riskbedömt utifrån omfattning och konsekvens)

- Hot och Våld
- Trafikmiljö
- Felbehandling/skada av patient
- Förflyttningar av olika slag, till/från bår, buren på bår i trappor, i och urlastning i ambulansen
- Långa arbetspass, övertid, hög arbetsbelastning och trötthet

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40 3 kp. 4§

AISAB har under 2017 bedrivit ett intensivt informationssäkerhetsarbete. En mängd olika åtgärder har vidtagits och ett omfattande utvecklingsarbete har inletts, som i stora delar också genomförts. Nedan följer ett axplock av aktiviteter som genomförts:

- Certifiering i informationssäkerhetsstandarden ISO 27001 per 2018-01-19.
- Införande av arbetsplats som tjänst, vilket innebär säkrare lösningar för att hantera klienter, applikationer och information.
- Införande av trådlöst nät (WLAN) för att på ett enkelt, säkert och flexibelt sätt kunna kommunicera via mobila enheter. Tjänsten ger åtkomst för interna betrodda användare med tvåfaktorsautentisering och möjlighet till gästaccess.
- En under året genomförd inventering, gallring och rensning av handlingar har medfört en ökad ordning och reda, minskad sårbarhet för informationsbortfall samt en ökad medvetenhet om att exempelvis integritetskänslig och sekretessbelagd information hanteras och gallras på rätt sätt.
- Genomfört compliancearbete i syfte att få en överblick över informationstillgångarna på strategisk nivå, i verksamheten och IT-system.

- Samtliga informationstillgångar har klassificerat. Klassificeringen har skett enligt den modell som SLL och AISAB har antagit.
- AISAB har också påbörjat ett arbete att genomföra behovs- och riskanalys för tilldelning av behörigheter i IT-system. För arbetet har en riktlinje och instruktion antagits. Likaså har en mall för analyser tagits fram.
- Genomfört loggkontroller på olika IT-system.

Beträffande utbildning inom informationssäkerhetsområdet har samtliga medarbetare informerats och utbildats i:

- Informationssäkerhet
- Personuppgiftslagen
- Offentlighet och sekretess
- Yttrandefrihet
- Sociala medier
- Resultatet från genomförd compliance i företaget och de brister som identifierats

Fokus på arbetet med informationssäkerhet i AISAB kan med resultatet för 2017 hänföras till:

- Medvetandegörande
- Lärdomar
- Påverkan
- Strukturerat arbetssätt
- Minskning av potentiella risker i verksamheten.

Hälsa- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Avvikelser

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

Organisation och ansvar

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

Identifierade aspekter i avvikelsearbetet

Tabell 1, Identifierade aspekter i avvikelsearbetet, AISAB 2017

Identifierat	Åtgärdat/åtgärdas
1. Bemötandeproblematik	Tas upp på kvalitets säkerhetsdagarnas läkarseminarium
2. Okunskap/osäkerhet i läkemedelshantering. 3. Förväxling av läkemedel	Läkarsamtal, undervisningsfilm, packplansgenomgång, information APT.
4. Ergonomi, förflyttningsteknik	Arbetsmiljö
5. Lyfthjälpmedel	Kvalitetsäkringsdagar. Eventuellt erbjuda repetitionsutbildning
6. Identifierat risker hos andra vårdgivare i den akuta vårdkedjan	Återkoppling till annan vårdgivare via samverkan
7. Revision av avvikelshantering	Uppnått delmål, etablera funktion 2018
8. Brister i nivå av analysomfattning	Etablerat ny modell och begreppet orsaksanalys

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 och diarieförs. Patient-säkerhetscontrollers skriver in ärendet i avvikelserapportsystemet HändelseVis. Vid utredning genomförs en orsaks-/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. I juridiska frågeställningar deltar bolagets jurist. Administrativ chef har ansvar för att hantering av klagomål och synpunkter fungerar.

Återkoppling till berörda parter inom HändelseVis sker i realtid under hela handläggningen. Första återkoppling om att ärendet har startats sker inom 10 dagar. Parter utanför HändelseVis får återkoppling senast när ärendet är färdigutrett. Privatpersoner får första återkoppling snarast vi fått kännedom om ärendet, inom 10 dagar.

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
- 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

Medarbetarundersökning

Diagrammet nedan visar resultat från 2017 års medarbetarundersökning i frågor om hur medarbetare ser på patientsäkerhet och avvikelserrapportering. Verksamheten ges generellt höga resultat. Ett förbättringsområde är ökade kunskaper i hur man använder avvikelserapporteringssystemet. Ett annat är återkoppling av skrivna avvikelser, ytterligare ett är att AISAB kan bli bättre på att införa en lärande kultur med utgångspunkt ur avvikelserapportering. Det är också viktigt att kontinuerligt motivera medarbetare att rapportera avvikelser när de ser brister i verksamheten.

Avvikelse- rapportering och patientsäkerhet

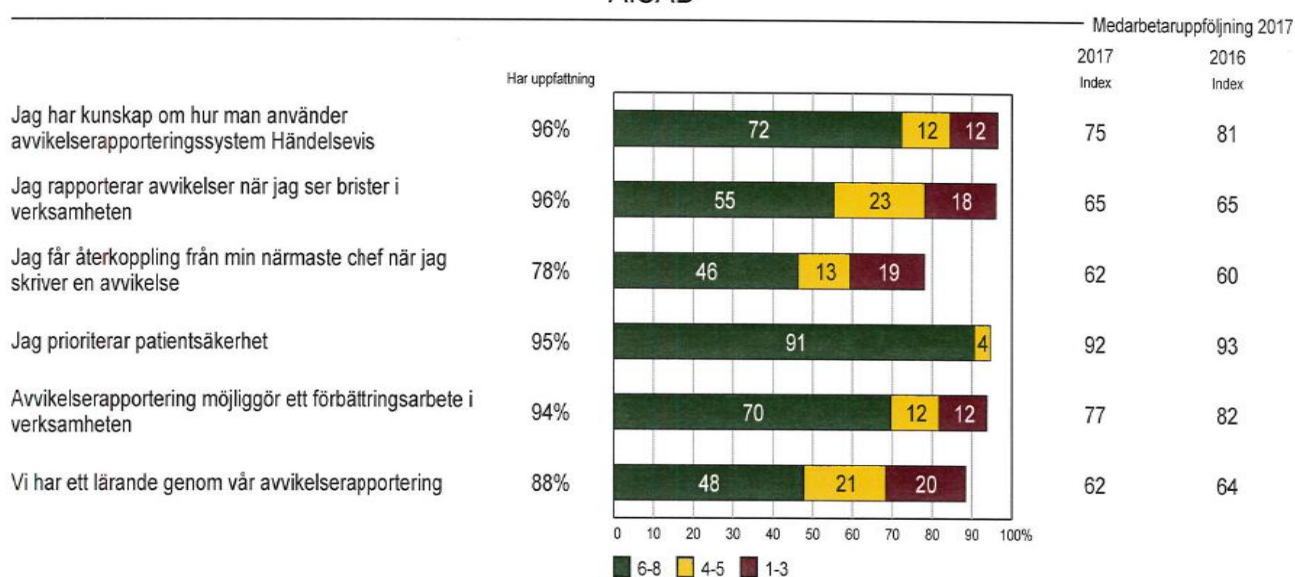


Fig. 1 Medarbetarundersökning, AISAB 2017

Hantering av klagomål och synpunkter

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

Klagomål

AISAB hade under 2017 54 externa klagomål och synpunkter från andra vårdinstanser, patienter och anhöriga. Från IVO 7 och från Patientnämnden 8. Därtill 1 Lex Maria ärende. Antal incidenter/avvikelser kopplat till hot och våld 23. Totalt antal händelseanalyser uppgick till 520.

Tabell 2, Anmälningar och klagomål, AISAB 2017

Antal Lex Maria-ärenden	1
Antal ärenden från IVO	7
Antal ärenden till Patientnämnden	8
Antal incidenter/avvikelser kopplat till hot och våld	23
Antal genomförda händelseanalyser kopplat till medicinska avvikelser	520

Vårdavvikelser

Diagrammet nedan visar totalt antal, av AISABs medarbetare, rapporterade avvikelser 2013-2017 per händelsetyp. En successiv ökning har skett mellan åren vilket anses positivt. Antalet registrerade interna vårdavvikelser var totalt 526 under 2017. Att jämföra med 448 för 2016. Vi ser därmed en liten, men positiv ökning av rapporterade vårdavvikelser.

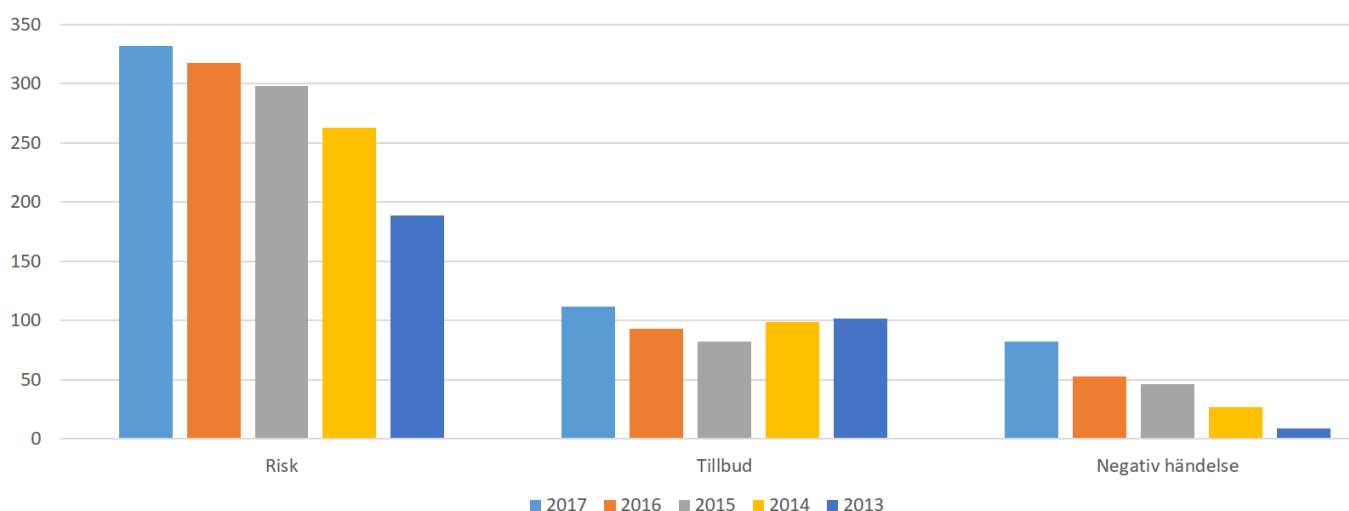


Fig. 2 Totalt antal rapporterade avvikelser per händelsetyp, AISAB 2017

Diagrammet nedan visar hos AISAB handlagda vårdavvikelser per händelsetyp. Rapporterade risker ligger fortfarande högt, rapporterade tillbud och negativa händelser minskar i antal, vilket är en eftersträvd positiv trend.

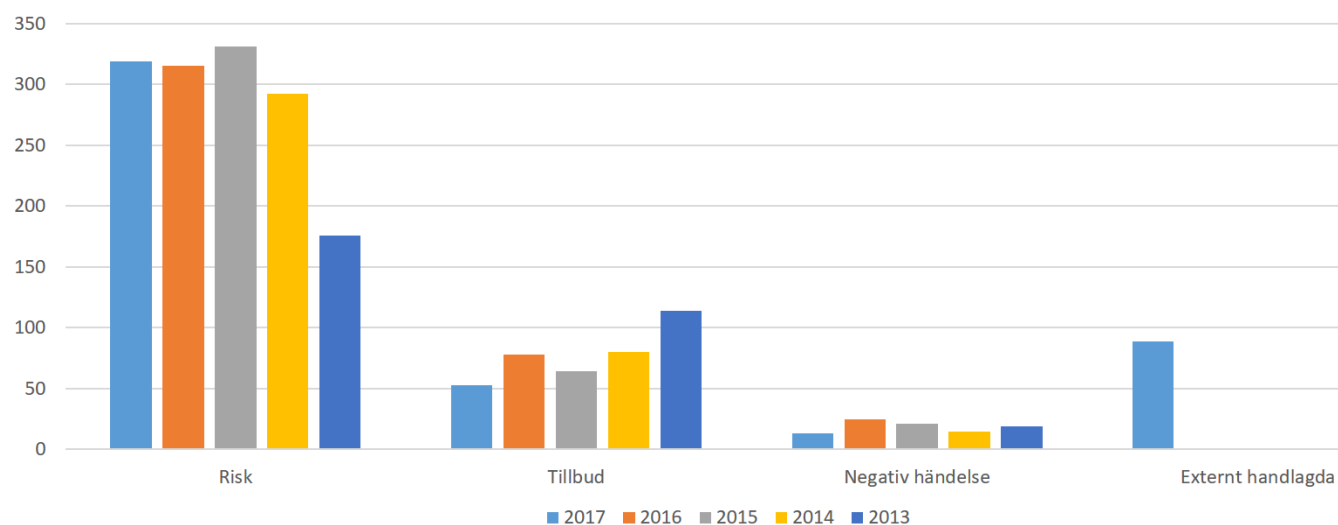


Fig. 3 Handlagda avvikelser och klagomål per händelsetyp, AISAB 2017

Diagrammet nedan visar fördelning av rapporterade avvikelser över 12 månader, jämförda mellan åren 2013-2017. Generellt för samtliga år ses en nedgång mellan mars och september, samt en ökning av rapportering mellan oktober och februari. Störst diskrepans kan ses mellan 2014 och 2015 avseende februari månad och mellan 2014 och 2016 avseende november månad.

2013	300
2014	389
2015	426
2016	463
2017	526

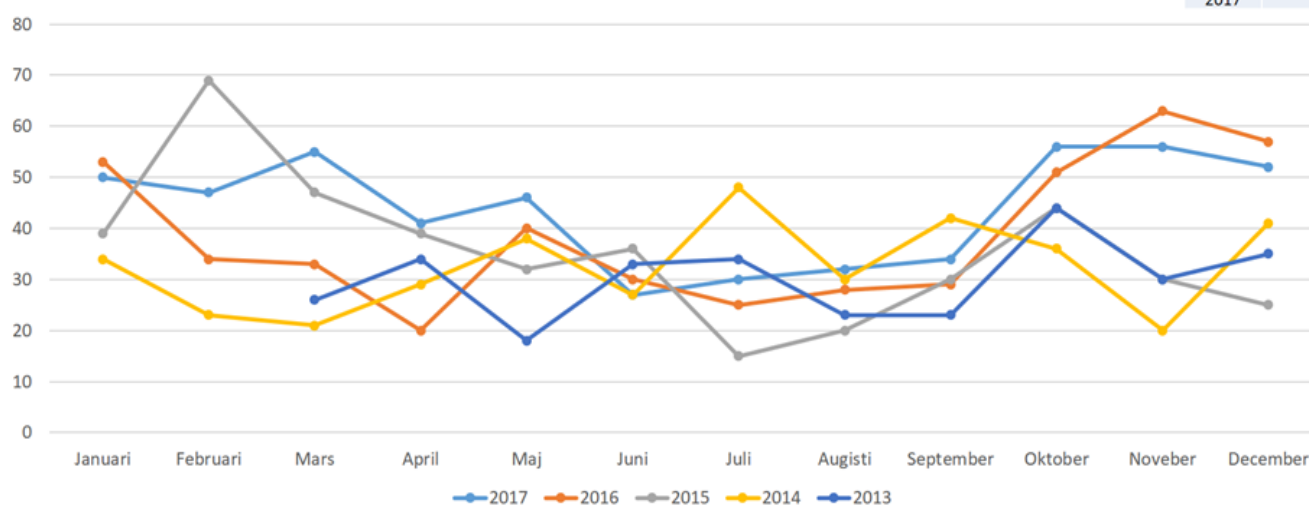


Fig. 3 Fördelning av rapporterade avvikelser över 12 månader, mellan åren 2013-2017, AISAB 2017

Tillgänglighet

Under 2017 genomförde AISAB 92 698 ambulansuppdrag (2016, 81 148) och 5320 transporter av avlidna (2016, 5243). Utöver detta har AISAB även utfört 2722 sjuktransportuppdrag (2016, 785). Antalet drifttimmar uppgick till 177 447 (2016, 172 605).

Tillgänglighet avser den tid som AISABs ambulanser varit tillgängliga under avtalad beredskapstid. Under 2017 har AISAB haft fokus på att behålla den höga tillgängligheten. År 2016 var tillgängligheten 99,52 %. Målvärdet på 99,7 % var därmed inte helt uppfyllt. Tillgängligheten för 2017 blev 99,8 jämfört med målet på 99,7 och AISAB uppfyller därmed väl målet.

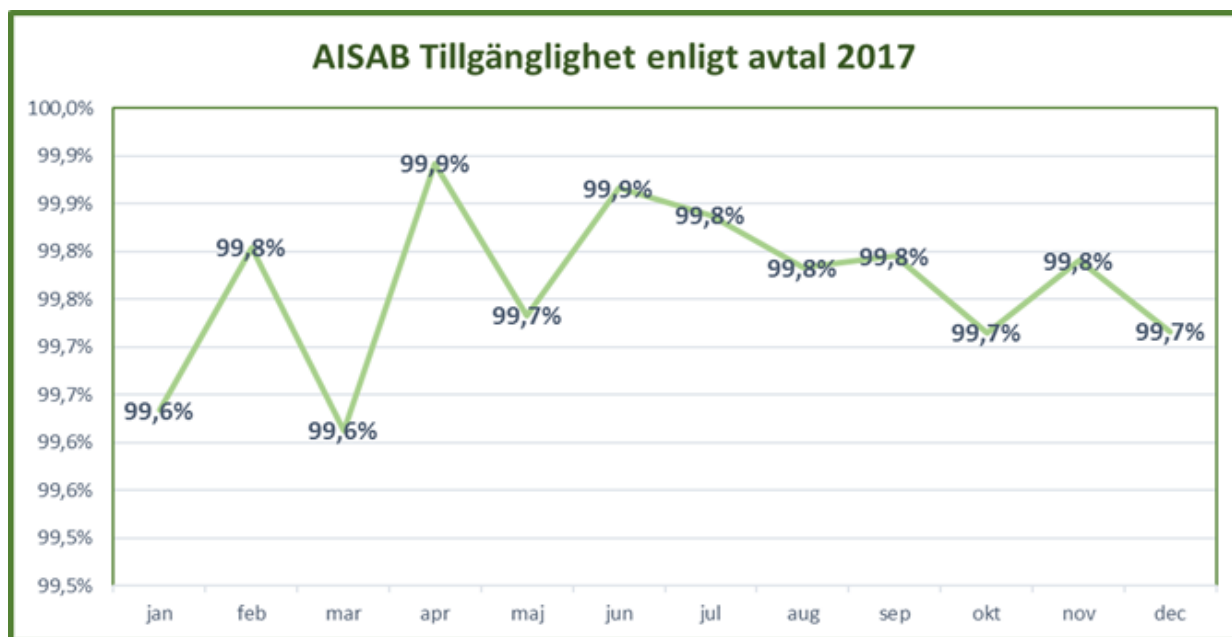


Fig. 4 Tillgänglighet, AISAB 2017

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. Ytterligare satsningar har genomförts under 2017 att utrusta samtliga reservfordon för att dessa snabbt ska kunna tas i bruk vid driftavbrott på ordinarie fordon. Packplanerna har även de förbättrats under året och omarbetats för att minska tiden vid avlämning och för att enheten ska kunna utföra flera uppdrag utan att behöva hämta i förråd för att komplettera fordonet.

Bemötande

Bemötande mäts genom de externa klagomål som inkommer till verksamheten. År 2017 hade AISAB sex (6) utifrån inkomna klagomål på bemötande. Målet för 2017 var att hamna på en nivå jämförbart med basåret 2012 då det inkom 6 bemötandeavvikelser. Målet anses därmed uppnått.

Tabell 2, Bemötandeavvikelser 2016

Ärenden	2017	2016	2015
Bemötandeavvikelser	6	6	5

AISAB arbetar kontinuerligt med information och dialog med medarbetarna om bemötandet av patienterna. Detta följs upp i bland annat avvikelsearbetet. Genom evidens exempelvis från forskningen inom prehospital vård försöker AISAB säkerställa att vården utförs med hänsyn till genus- och jämställdhetsperspektivet.

Det som granskas är oftast skillnader i vårdutnyttjande och utfall mellan kvinnor och män. Även om genderperspektivet inte alltid är utgångspunkten i de olika studierna så kan analyser och resultat ligga till grund för rekommendationer för interventioner med syfte att skapa en mer jämställd vård. AISAB granskar även etniciteten inom ramen för pågående studiers syfte, men ser i framtiden att ur den nyvunna kunskapen som studierna ger ska kunna identifiera om skillnader förekommer gällande vård och omhändertagande av patienter som vårdas och behandlas inom ramen för ambulanssjukvården inom SLL.

Vetenskapliga publikationer

AISAB FoU har medverkat till fyra vetenskapliga publicerade artiklar:

1. Developing a Decision Support System for Patients with Severe Infection Problems in Prehospital Care. Niclas Johansson, MD, PhD, Carl Spindler, MD, PhD, John Valik MD, Veronica Vicente RN, PhD. *European Journal of Emergency Medicine* (2017). *In process*

2. Patients' experience of being badly treated in the ambulance service: A qualitative study of deviation reports in Sweden. Ahlenius M, Lindström V, Vicente V. *International Emergency Nursing* (2017) Jan;30:25-30. doi: 10.1016/j.ienj.2016.07.004.

3. Striving for balance - A qualitative study to explore the experiences of nurses new to the ambulance service in Sweden. Hörberg A, Lindström V, Kalén S, Scheja M, Vicente V. *Nurse Educ Pract* (2017) Aug 19;27:63-70. doi: 10.1016/j.nepr.2017.08.015.

4. We need support! A Delphi study about desirable support during the first year in the emergency medical service. Hörberg A, Jirwe M, Kalén S, Vicente V, Lindström V. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* (2017) Sep 6;25(1):89. doi: 10.1186/s13049-017-0434-5.

Övergripande mål och strategier för kommande år

Ett ökat fokus på förebyggande patientsäkerhetsarbete genom:

- Fortsatt 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 KTC för kontinuerligt lärande
- Förbättrad samverkan med andra vårdgivare runt avvikelser
- Förbättrad återkoppling till personal
- Anpassning av verksamheten till GDPR (General data protection regulation)

2017-02-28



Åke Östman
Verkställande direktör