

Patientsäkerhetsberättelse för Neurology Clinic År 2021



Inledning

Mallen för patientsäkerhetsberättelsen utgår från lagkrav och följer strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. I de fall lagkrav finns görs hänvisningar under respektive rubrik. Fullständiga lagtextbeskrivningar finns i dokumentet Korsreferenslista för lagkrav kopplat till mallen för patientsäkerhetsberättelse.

Mallen utgår även från metodiken för systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar samt att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år, finnas tillgänglig för den som vill ta del av den och den bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.



Källa: Socialstyrelsen "Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024"

Mallen är framtagen inom ramen för kunskapsstyrningsorganisationen, på uppdrag av den nationella samverkansgruppen (NSG) inom patientsäkerhet, 2021-09-23.

Innehåll

SAMMANFATTNING.....	5
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	6
Engagerad ledning och tydlig styrning	6
Övergripande mål och strategier	6
Vi säkerställer kvaliteten och patientsäkerheten genom att:	6
Organisation och ansvar	7
Samverkan för att förebygga vårdskador	8
Informationssäkerhet	8
Strålskydd.....	9
En god säkerhetskultur	9
Adekvat kunskap och kompetens	10

Patienten som medskapare	11
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	12
Öka kunskap om inträffade vårdskador	13
Tillförlitliga och säkra system och processer	13
Säker vård här och nu	14
Riskhantering	14
Stärka analys, lärande och utveckling.....	15
Avvikelse	15
Klagomål och synpunkter.....	16
Öka riskmedvetenhet och beredskap	16
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR.....	17

SAMMANFATTNING

Neurology Clinic är en privat vårdgivare i neurologi och klinisk neurofysiologi.

Patientsäkerhetsberättelsen ger en inblick hur vi arbetar iterativt i syfte att öka säkerheten för patienter, deras närstående och våra medarbetare.

Vi har under 2021 genomgått ytterligare ett år med pandemi, något vi har tvingats förhålla oss till också i vårt arbete med patientsäkerhet.

Vad vi har fokuserat på under 2021 är följande:

- Att fortsätta utveckla det strukturerade kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet genom en iterativ metod, som innebär en fortlöpande genomgång av processer, rutiner och metoder samt att dokumentera, implementera och följa upp dessa.
- att hålla oss uppdaterade kring lagar, författningar, förordningar och andra regler från myndigheter och samarbetspartners,
- att följa avvikelserutiner, tydliggöra medarbetarnas rapportskyldighet och att ta till vara på kunskap utifrån dessa både gällande patientsäkerhet samt miljöaspekt.
- att fortlöpande uppdatera oss och utveckla rutiner i verksamheten gällande smittskydds-, hygien- och klädrutiner. Samt att göra alla medarbetare uppmärksamma på dessa,
- att uppdatera och utöka tekniska hjälpmedel och verktyg, som till exempel ultraljud för att fler medarbetare ska kunna behandla patienter ännu mer patientsäkert,
- att erbjuda patienterna alternativ till fysiska besök, som till exempel videobesök.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Nedan beskrivs mål och strategier, organisation och struktur för arbetet med att minska antalet vårdskador.

För att kunna nå den nationella visionen ”God och säker vård – överallt och alltid” och det nationella målet ”ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”, har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

Engagerad ledning och tydlig styrning

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer.

Övergripande mål och strategier

PSL 2010:659, 3 kap. 1 §, SOSFS 2011:9, 3 kap. 1-3 §

Kvalitetspolicyn är det centralt styrande dokumentet för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet vid Neurology Clinic. Alla medarbetare ska känna till policyn och den finns även tillhanda för allmänheten via vår hemsida, www.neuroclinic.se. Policyn fastställs av ledningen och beskriver ledningens visioner och åtaganden.

Vi säkerställer kvaliteten och patientsäkerheten genom att:

- patienten erbjuds specialistbehandling utifrån vetenskap, gedigen kunskap och lång erfarenhet,
- ett engagerat bemötande och patientens delaktighet ska vara självklart för alla som arbetar på Neurology Clinic,
- utredning och behandling genomförs i rätt omfattning utifrån medicinsk specialistkompetens,
- patientens upplevelse av vården mäts och redovisas kontinuerligt,
- övergripande kvalitetsmål är mätbara, resultaten redovisas i verksamheten,
- klagomål och förbättringsförslag från medarbetare och patienter tas om hand i varje enskilt fall,
- avvikelshanteringen ingår som en naturlig del i verksamheten,
- Neurology Clinic rapporterar till nationella Neuroregister,
- Neurology Clinic är ackrediterad enligt Sophiahemmets ackrediteringsregler,
- Neurology Clinic är ackrediterat för kvalitet enligt Swedac (klinisk neurofysiologi) och för miljö enligt Qvalify (hela kliniken).

Organisation och ansvar

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

Ledningen består av verksamhetschef, enhetschefer och neurologspecialist.

Verksamhetschefen är ytterst ansvarig för patientsäkerheten och att gå igenom och besvara anmälningar från patienter, deras anhöriga, patientnämnden och andra aktörer. Verksamhetschefen har det övergripande ansvaret för att skapa forum och förutsättningar för medarbetare inom verksamheten att arbeta med patientsäkerhetsarbete på alla nivåer.

Enhetschef Neurofysiologi ansvarar för personal och utveckling av den neurofysiologiska delen på Neurology Clinic.


Enhetschef Neurologi ansvarar för personal inom neurologi, det vill säga doktorer och sjuksköterskor. Enhetschef Administration ansvarar för administrativ personal, receptionspersonal och övriga administrativa åtaganden som att gå igenom avtal inför signering av verksamhetschefen.

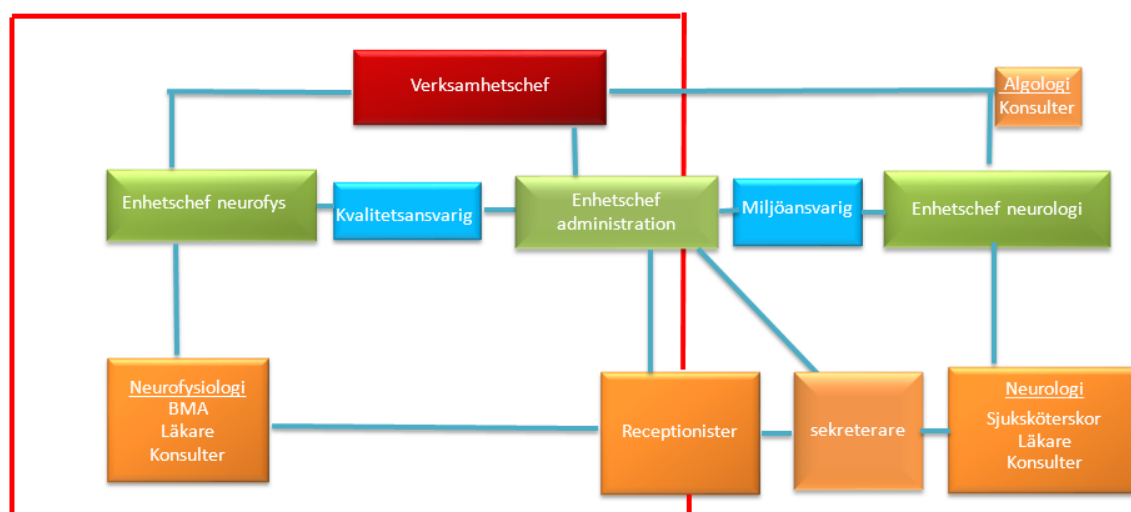
Hygienansvarig sjuksköterska ansvarar för uppdatering av rutiner gällande vårdhygien samt att göra kontroller och följa upp dessa, hygienansvarig rapporterar till ledningen. Kvalitetsansvarig ansvarar för kvalitetsarbetet och vår ackreditering via Swedac. Rapporterar till ledningen.

Miljöansvarig ansvarar för vårt miljöarbete och vår ackreditering via Qualify. Rapporterar till ledningen.

Samtliga medarbetare ansvarar att följa rutiner, policys och processer som beslutats i ledningen samt att rapportera avvikelser och att åtgärda dessa, om så är möjligt.

Organisationsplan Neurology Clinic

 = Ackrediterad verksamhet



Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS 2011:9 4 kap. 6 § och 7 kap. 2 § p 3

Neurology Clinic har ett aktivt avvikelssystem där samtliga avvikelser rapporteras. Alla medarbetare har tillgång till systemet och kan enkelt göra en avvikelserapport. Avvikelseerna tas upp i respektive arbetsgrupp och åtgärder dokumenteras. Allvarligare avvikelser tas upp på arbetsplatsträffar och i ledningsgrupp.

I ledningssystemet samlar vi rutiner för avvikelshantering, remisshantering, fakturering, incidenter, informationssäkerhet, sekretess, avfallshantering, nödsituationer med mera.

Metodbeskrivningar för undersökningar som genomförs inom den neurofysiologiska verksamheten finns tillgängliga i vårt ledningssystem. Leverantörer av apparatur finns tillgängliga om frågor eller fel på apparaturen uppstår.

Neurology Clinic ingår i en grupp tillsammans med andra vårdgivare på Sophiahemmet där man tillsammans går igenom och kommer med förslag om förbättringar av journalsystemet. Dessa utvecklingsförslag framförs därefter till leverantören. Neurology Clinic har då själva varit i kontakt med journalsystemleverantör för att minimera brister i systemet och säkerställa en hög patientsäkerhet. Under 2021 har dock gruppen inte haft möten, detta på grund av pandemin. För att ytterligare kvalitetssäkra registreras patienterna och deras diagnoser i ett nationellt kvalitetsregister, neuroregistret. Neuroregistret gör patienter delaktiga i vården bland annat genom registrering av egen data som patienten sedan själv kan följa.

En-två gånger per månad har kliniken ronder med andra specialister, inom röntgen och inom ryggkirurgi. Vi har även ett nära samarbete med flera läkemedelsleverantörer

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Vi behandlar personuppgifter inom hälsa- och sjukvård för:

- patientjournaler och annan dokumentation som behövs för vården,
- administration i syfte att ge rätt vård,
- planering, utvärdering och verksamhetsuppföljning,
- upprättande av statistik, t.ex. till kvalitetsregister.

Vi följer GDPR och ser kontinuerligt över vår registerförteckning och uppdaterar om nytt system som innehåller personuppgifter köps in. I ledningssystemet samlar vi personuppgiftsbiträdesavtalen. Samtliga medarbetare känner till och följer rutiner vid

personuppgiftsincidenter.

Listan med behöriga till Neurology Clinics servrar uppdateras årligen. En gång per månad görs stickprovskontroll av personal som varit inne i patientjournal.

Vi gallrar samtliga personuppgifter när medarbetare har avslutat sin anställning, detta förutom att vi tar bort personen ur samtliga system. Även bilder på tidigare personal plockas bort från hemsida.

Strålskydd

SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §

Gäller inte Neurology Clinic.

En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet.



På Neurology Clinic sätter vi patientsäkerheten högt och genom att uppmuntra medarbetare till att se och rapportera avvikelser får vi en uppskattning om vad vi måste arbeta ännu mer med för att höja patientsäkerheten i verksamheten.

Avvikelseerna tas upp på arbetsplatsträffar, på arbetsgruppsmöten och i särskilda fall i ledningsgruppen. Vi analyserar och planerar hur vi kan minimera eller helt utesluta uppkomsten av liknande avvikelser framåt.

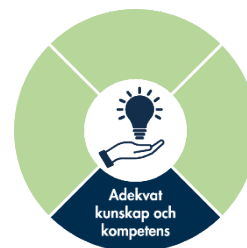
Ett uppskattat verktyg var den säkerhetsdialog vi hade med en annan vårdgivare 2019. På grund av pandemin har patientsäkerhetsdialogen ställts in tills vidare.

Under våra 2,5 planeringsdagar i september 2021 gick vi förutom patientsäkerheten även igenom arbetsmiljö och trivsel på arbetsplatsen, vi skrev en handlingsplan och vi hade diskussioner hur vi kan bli en ännu mer attraktiv och säker arbetsplats.

Under 2021 har säkerhetsarbetet annars handlat mycket om pandemin.

Adekvat kunskap och kompetens

En grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete.



Vi utgår i verksamheten utifrån varje enskild medarbetares kompetensnivå och ser över behov av utbildning och utveckling vid medarbetarsamtal. Då pandemin fortsatt under 2021 har vi inte kunnat medverka på externa utbildningar i den grad vi brukar. Dock har flera utbildningar hållits digitalt.

1. Varje vecka under 2021 har vår neurofysiologiska enhet gått digital utbildning inom flera olika områden gällande neurofysiolog och dess undersökningsmetoder.
2. Flera av våra neurologer och personal på neurofyssidan har genomgått ultraljudsutbildning. Detta då vi i patientsäkerhetssyfte mer och mer använder ultraljud inom neurologisk behandling och neurofysiologisk utredning.
3. Under 2021 har våra sjuksköterskor gått utbildningen Motiverande samtal för att nu kunna hjälpa våra patienter i ännu högre grad.
4. Samtlig nyanställd personal måste gå igenom Sophiahemmets och regionens miljöutbildning, hygienutbildning, HBT- och etnicitetnormer, och läkarna även läkemedel och miljöutbildningen. Under 2021 har vi anställt 4 personer.
5. Samtlig administrativ personal har genomgått utbildning inom bokning av sjukresor.
6. Läkarmöte hålls en gång per vecka, där delas bland annat patientfall och kunskap.
7. Röntgenronder hålls varje månad tillsammans med röntgenspecialist.
8. Utbyte av erfarenhet och kunskap med ryggkirurger sker två-tre gånger per termin.
9. För att även utemiljö och allmänna utrymmen ska hållas patientsäkra hålls husmöten med övriga vårdgivare i huset, fastighetsägare och hyresvärd kvartalsvis.
10. Samtliga medarbetare ska genomgå HLR 1 ggr/år, men under 2021 avstod vi på grund av pandemin.

Vi uppmantrar samtliga medarbetare att när tillfälle ges välja utbildning via Lärtorget och genomföra den. Samtliga medarbetares utförda utbildningar dokumenteras och sparas i ledningssystemet.

Patienten som medskapare

En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.



PSL 2010:659 3 kap. 4 §

Patienters och deras anhörigas synpunkter ligger till grund för förändringar i Neurology Clinics arbete och rutiner. Vid ny- eller återbesök diskuteras vård och behandling tillsammans med patienten och medföljande närstående. Synpunkter som framkommer vid besöken eller via enkät tas till vara och bidrar till ny kunskap. Under pandemin har vi dock uppmanat närstående att stanna hemma eller att vänta utanför mottagningen, detta för att i den mån vi kunnat skydda patienter och medarbetare mot smitta. Vi har dock kunnat erbjuda närstående att vara med på besöket via telefon.

Via årlig enkät för den neurofysiologiska verksamheten får vi in synpunkter från patienter som varit på vår neurofysiologiska mottagning. Via enkät om bemötande får vi in synpunkter från patienter om hur de upplever bemötandet i telefon, och på mottagningen.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2 §, 7 §, 8 §, 7 kap. 2 § p 2, PSL 2010:659, 3 kap. 10 §

Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella och regionala uppgifter.

Identifiering Basala Hygienrutiner

Analys Vi hade som mål att uppnå 100 % följsamhet. Vi har klarat pandemin utan stor smittspridning hos vår personal vilket är ett tecken på att vi upprätthåller en god hygien trots att vår statistik i början av året visade siffror en bit från målet. Vid sista mätningen nådde vi målet med 100 % följsamhet.

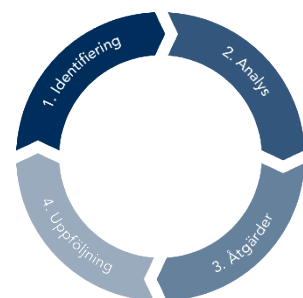
Åtgärd och uppföljning Det är ledningens ansvar att synliggöra statistik från mätningar på APT:

Identifiering PAN/klagomål/avvikelser/IVO/Lex Maria

Patientnämnden	Klagomål	Avvikelser	Inspektionen för vård och omsorg	Lex Maria
2	2	108	0	0

Analys Vi arbetar med avvikelser på flera olika nivåer. Vi uppmanar patienter att rapportera in missnöjen så vi kan förbättra oss.

Åtgärd och uppföljning Vi följer statistiken och delger medarbetarna. Vi kommer att fortsätta uppmuntra medarbetare att rapportera in avvikelser.



Öka kunskap om inträffade vårdskador

SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §

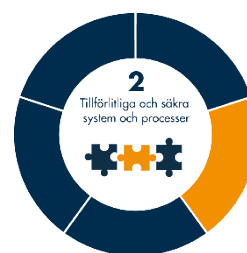
Vi uppmuntrar våra medarbetare att rapportera avvikelser, stora som små. Verksamheten bedömer alla inkomna avvikelser och patientklagomål. En vanlig åtgärd är att avvikelser och klagomål lyfts på arbetsgruppsmöten för att öka engagemang och dialog kring patientsäkerhetsfrågorna.



Patientnämnden	Klagomål	Avvikelser	Inspektionen för vård och omsorg	Lex Maria
2	2	108	0	0

Tillförlitliga och säkra system och processer

Genom att inkludera systematiskt patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen kan både de reaktiva och proaktiva perspektiven på patientsäkerhet bejakas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.



Vårt ledningssystem är en förutsättning för att vi ska kunna bedriva systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. Vi går kontinuerligt igenom rutiner, processer och metoder och anpassar dessa för att det ska bli enkelt att göra rätt.

Vi involverar våra patienter och deras anhöriga i vården bland annat genom att sätta in patienterna i olika behandlingsmetoder. Vi erbjuder ett stort antal patienter motiverande samtal som en hjälp i deras behandling.

Genom regelbundna PPM-mätningar har det visats sig att vi behövt förbättra oss när det gäller basala hygienrutiner och klädregler. För få högre följsamhet har vi på varje arbetsplatsträff belyst detta och vi har även tagit upp vikten av följsamhet på arbetsgruppsmöten och i korridor. Våra medarbetare har uppmuntrats att göra elektronisk utbildning gällande BHK.

Säker vård här och nu

Hälso- och sjukvården präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation. Förutsättningarna för säkerhet förändras snabbt och det är viktigt att agera på störningar i närtid.



I och med pandemin har vi fått ta snabba beslut för att hålla hög patientsäkerhet och minska smittorisken. Vi följer självklart regionens och andra myndigheters beslut men har också för att bli ännu mer patientsäkra hittat fler vägar.

Vi har sett till att vi i våra förråd har lager av skydd såsom munskydd och visir. Vi har även lager av yt- och hand- desinfektionsmedel. Detta om leveranser skulle försenas eller till och med utebli.

I vår reception, som är första anhalten för patienter, har vi ett plexiglasskydd förutom att personalen självklart bär munskydd. Samtliga patienter ska bära munskydd när de vistas i våra lokaler. Vi har ökat antal städdagar och har rutiner kring avtorkning av dörrhandtag och ytor där många människor rör.

Vi har erbjudit patienter återbesök via video, dels för att minimera antalet personer i våra lokaler och dels för att patienter inte ska behöva ta sig till mottagningen.

Vi har uppmanat närstående att stanna hemma eller vänta utanför, allt för att öka patient- och personalsäkerhet och minska smitta.

Riskhantering

SOSFS 2011:9, 5 kap. 1 §, 7 kap. 2 § p 4

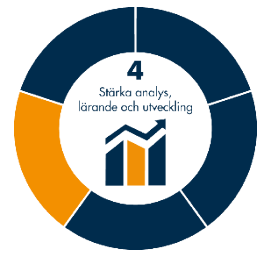
Vårdgivare ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivare uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

Vid förändringar i verksamheten och vid införande av nya rutiner och metoder, medicinska eller andra, genomförs en riskanalys. Under genomförandet av riskanalysen tas beslut om det är åtgärder som måste tas för att förebygga de identifierade riskerna. Nyttan av en behandling skall alltid överväga riskerna. Efter implementeringen av förändringen går riskanalysen igenom för att se vilka av riskerna som blev faktiska. Detta för att lära oss till nästa gång.

Verksamhetschefen är ytterst ansvarig för att riskanalys genomförs och att berörda medarbetare informeras.

Stärka analys, lärande och utveckling

Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvården. När resultaten används för att förstå vad som bidrar till säkerhet, hållbarhet, önskvärd flexibilitet och goda resultat, kan verksamheten utvecklas så att kvaliteten och säkerheten ökar och risken för vårdskador minskar.



Vi strävar hela tiden efter att förbättra vårt arbetssätt och att vår personal i de olika arbetsgrupperna ska arbeta likadant i gruppen.

Ett exempel är vid remissbedömning. Bedömningen av remisser, det vill säga vilka patienter som ska tas emot, bör ej skilja sig åt mellan olika remissgranskande doktorer.

Varje vecka hålls läkarmöten där detta och andra rutiner tas upp för att våra doktorer ska ha ett relativt liknande arbetssätt och patienterna utredas och behandlas på ett liknande sätt oavsett vem som är patientansvarig läkare.

Avvikelser

PSL 2010:659, 6 kap. 4 §, SOSFS 2011:9 5 kap. 5 §, 7 kap. 2 § p 5

Att framföra avvikelser uppmuntras i Neurology Clinics organisation. Avvikelser är egentligen ett förbättringsarbete vilket vi förmedlar till medarbetarna.

Samtliga medarbetare är ansvariga för att rapportera när någonting inte fungerat som planerat. Avvikelse görs i journalsystemet och rapport tas fram månatligen.

Kvalitetsansvarig ansvarar för att gå igenom avvikelserna och vidarebefordra till enhetschefer som tillsammans med medarbetare ska finna åtgärd för att minimera att liknande händelse ska ske igen.

Avvikelse rapportering sker på gruppmöten och på arbetsplatsmöten.

Rapporterar vi noggrant avvikelser kan vi se om det finns länkar i verksamheten eller i systemen som brister och hitta sätt att åtgärda eventuella brister.

Under 2021 hade vi 108 avvikelser men ingen allvarlig. Målet för 2022 är att öka antalet rapporteringar.

Klagomål och synpunkter

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

Patienten har flera möjligheter att nå Neurology Clinic vid utebliven effekt av behandling, vid biverkningar eller vid missnöje. Man når oss via telefon och via Mina vårdkontakter 1177.se.

På vår hemsida neuroclinic.se informerar vi hur man går till väga för att lämna skriftlig synpunkt och hur man når verksamhetschefen.

Oavsett hur klagomålet kommer oss tillhanda kontaktar vi patienten så snart vi har möjlighet. Vid patientklagomål tar verksamhetschefen telefonkontakt med patienten för att utreda vad som hänt.

Synpunkter som framkommit vid återbesök diskuteras vid arbetsplatsmöten där samtliga medarbetare deltar.

Klagomål och synpunkter liksom anmälningar till patientnämnden eller Inspektionen för vård och omsorg sparas tillsammans med svar från verksamhetschefen i vårt ledningssystem och läggs in i avvikelssystemet. Dessa sammanställs årligen och går igenom på arbetsplatsträffar, i ledningen och på ledningens genomgång Q1..

Under 2021 har vi haft fler avvikelser än under år 2020. Det ser vi som positivt och vi uppmuntrar medarbetare att se och rapportera mer under 2022.

Avvikelser/klagomål/anmälningar under 2021 samt i vilket forum dessa tagits upp i verksamheten:

2021	Antal	Arbetsgrupp	APT	Ledningsgrupp	Ledningens genomgång
Avvikelser	108	x	x	x	x
Patientnämnden	2	x		x	x
Klagomål	2	x	x	x	x
Personuppgiftsincident	1	x	x	x	x

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Alla delar av vården behöver planera för en hälso- och sjukvård som flexibelt kan anpassas till kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet, även under oväntade



förhållanden. I patientsäkerhetssammanhang beskrivs detta som resiliens.

Egenkontroller görs kontinuerligt inom olika områden. Vid sämre resultat fokuseras det på förbättring inom området och handlingsplan upprättas.

Egenkontroll	Kontrolleras, redovisas	Sparas i	Resultat 2021
Basala hygienrutiner och klädregler	2 ggr/år	Protokoll i ledningssystem	100 % följsamhet vid senaste mätningen
Avvikelser	12 ggr/år på APT, möten	Journalsystem, ledningssystem	108 st, samtliga avslutade
Patienters klagomål och synpunkter	12 ggr/år på APT, möten, ledningens genomgång	ledningssystem	2 st, samtliga avslutade
Anmälningar Patientnämnden och liknande	1 ggr/år	Ledningssystem	2 st, avslutade
Miljö- kemikalier	1 ggr/år	Ledningssystem, behandlingsrum	Inga avvikelser
Patientjournaler	12 ggr/år	Ledningssystem	Inga avvikelser
Kylskåp, läkemedelsförvaring	3 ggr/v	Ledningssystem	Inga avvikelser
Läkemedelshantering	1 ggr/mån	Ledningssystem	Inga avvikelser
Läkemedels hållbarhet	1 ggr/mån	Ledningssystem	Skickat tillbaks
Syrgas	1 ggr/mån	Ledningssystem	Inga avvikelser

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Vi kommer att fortsätta arbeta aktivt med målet att utveckla och säkra vård och behandling genom att:

- hålla oss uppdaterade kring nya lagar och författningar,
- rutiner och metoder samt utveckling nationellt och internationellt,

- fortsätta att uppmana medarbetare att rapportera avvikelser på uppdagade fel och brister då det är ett sätt för ledningen på Neurology Clinic att upptäcka eventuella patientsäkerhetsbrister och åtgärda dessa. Vårt mål är en radikal ökning av antalet rapporterade avvikelser,
- vi kommer budgetera för utbildning och bli bättre på att uppmana medarbetare till fortbildning,
- vi kommer fortsätta att analysera patientenkäter där bland annat patientnöjdheten mäts,
- vi kommer fortsätta att utföra riskanalyser där så krävs.

Mål för 2022 är främst att öka antalet rapporter. Detta genom att kontinuerligt påminna och uppmuntra våra medarbetare om vikten av att en avvikelse upprättas vid då något avvikande inträffar

Vi kommer att fortsätta hålla den goda vårdhygien vi lyckades med under sista halvåret 2021 och satsar på 100 % följsamhet. Detta genom att fortsätta påminna medarbetare om vikten av detta på arbetsplatsträffar och i korridorer.

Vi planerar att erbjuda våra patienter kvällstider, detta för att minska väntetider och på så sätt öka patientsäkerheten. Vi kommer att implementera detta när det lugnat sig i samhället gällande pandemin.