



Patientsäkerhetsberättelse

Resursteamets logopedmottagningar

2016

Frida Flensburg - Verksamhetschef

**Mallen är framtagen av Sveriges kommuner och landsting*

Resursteamets logopedmottagningar

Resursteamets logopedmottagningar är en del av Resursteamet i Stockholm AB. Resursteamet startade 1997 och bedriver verksamhet följande områden;

- Daglig verksamhet för vuxna med förvärvade hjärnskador och vuxna med medfödda kognitiva funktionsnedsättningar
- Alviksstrandsskolan som är förskole- och skolinriktad rehabilitering för barn och ungdomar med förvärvade hjärnskador
- Primärvårdslogopedi
- Resurshälsan som är ett hälso- och sjukvårdsteam bestående av sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut som utför insatser till klienter i den dagliga verksamheten
- Samt externa tjänster t.ex. handledning, konsultation, utbildning och utredningar av funktionsnedsättningar

Resursteamets logopedmottagningar arbetar mot Resursteamets vision: "Med respekt, kunskap och fantasi skapar vi möjligheter för varje individ att utvecklas bortom dagens gränser". Resursteamets värdegrund handlar om vår människosyn, hur vi som medarbetare ska vara på Resursteamet och hur vi alla gör jobbet tillsammans.

Resursteamet har tre logopedmottagningar i Stockholm där vi arbetar på uppdrag av Stockholms läns landsting (SLL) inom vårdval Stockholm. Resursteamets logopedmottagningar ska erbjuda vård som är kunskaps och evidensbaserad, jämlik och patientsäker. Logopedmottagningarna ska kontinuerligt arbeta med kvalitets- och patientsäkerhetsfrågor. Arbetet för en ökad patientsäkerhet sker löpande i verksamhetens alla mötesforum.

Resursteamet logopedverksamhet består av en verksamhetschef och fyra logopedier, samtliga har en 4-årig akademisk utbildning och har titelskydd i kraft av legitimation. Vår yrkeserfarenhet varierar mellan 0-16 år i yrket. Under 2016 tillträdde en ny verksamhetschef för verksamheten.

Målgruppen på Resursteamets logopedmottagningar är:

- patienter med språk- och talstörning
- patienter med röststörning
- patienter med neurologiskt betingad språk- och talstörning och/eller sväljstörning

Uppdraget handlar om att förbättra patienters möjligheter att genom språklig eller alternativ kommunikation kunna påverka sin interaktion med andra människor och sina egna livsvillkor. Logopediverksamheten bedrivs på mottagning och i hemmiljö, även akuta besök ingår. Utgångspunkten är att skapa en förståelse för individen och därmed förutsättningar för att öka graden av självständighet och delaktighet samt en fördjupad kunskap om vilken behandling och vilket mål som är mest effektivt och meningsfullt för individen.

Under 2017 kommer Resursteamets logopedmottagningars patientsäkerhets- och kvalitetsarbete fortsätta genom informationsinhämtning, kompetensutveckling och utveckling av ledningssystemet.

Verksamhetens mål för patientsäkerhetsarbetet

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

Verksamhetens mål för patientsäkerhetsarbetet är att:

- Minimera vårdrelaterade skador.
- Utveckla metoder och verktyg som gör patienterna och deras anhöriga trygga och delaktiga i den logopediska behandlingen.
- Förbättra och stärka samverkan/informationsöverföring med patientens övriga nätverk ex vis vårdgivare, anhöriga och kontaktpersoner.
- Kvalitetsledningssystemet är implementerade och används i det dagliga arbetet.
- Etablera samverkan med andra verksamma aktörer i Stockholmsregionen för att främja erfarenhetsutbyte.
- Bevaka omvärlden för att kontinuerligt anpassa verksamheten utifrån nya forskningsrön och beprövad erfarenhet.

Ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

- **Resursteamets VD** har ett övergripande ansvar för att leda verksamheten och säkra att verksamhetschef har adekvat kompetens.
- **Verksamhetschef** ansvarar för att:
 - o Upprätta och kommunicera övergripande mål för patientsäkerhetsarbetet.
 - o Verksamheten löpande uppfyller ställda krav utifrån god och säker vård.
 - o Alla medarbetare har rätt kompetens, får fortbildning samt att de har ansvar och befogenheter för att kunna bedriva vård av god kvalitet.
 - o Kvalitetsledningssystemet är implementerat och används för att fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet och patientsäkerhet.
 - o Avvikelser, till exempel synpunkter och klagomål hanteras enligt rutin och att arbetsätt revideras vid behov så att inga vårdskador/felbehandlingar uppstår.
 - o Vid vårdskador (lex Maria-ärenden) informera berörda parter samt vid allvarliga vårdskador anmäla det inträffade till IVO.
- **Legitimerad personal** ansvarar för att:
 - o Planera, utföra, följa upp och förbättra alla de hälso- och sjukvårdsinsatser som de ansvarar för samt säkerställa att deras arbete är förenligt med en god patientsäkerhet.
 - o Vara delaktiga i det systematiska kvalitetsarbetet genom att planera, leda samt följa upp och kontrollera verksamheten utifrån sina respektive ansvarsområden så att en god vård upprätthålls.
 - o Ta emot synpunkter eller klagomål, samt registrera alla avvikelser.
- **Resursteamets kvalitetschef** ansvarar för att stödja Verksamhetschef vid behov avseende ex vis utveckling av ledningssystemet, anmälan till IVO vid allvarlig vårdskada osv.
- **Resursteamets affärsutvecklare** ansvarar för att informera Verksamhetschef om förändringar i avtal eller krav.

Rutiner för egenkontroll samt vilken egenkontroll som genomförts under året

SOSFS 2011:9 5 kap. 2 §

- Verksamheten omfattas av Resursteamets företagsövergripande egenkontrollprogram som beskriver vilka områden som ska kontrolleras, ansvarsfördelning samt tidsperiod för genomförande av egenkontroll. Verksamhetschef ansvarar för att förmedla eventuella förändringar till följd av genomförd egenkontroll till personalgruppen.

- Två gånger per år fokuserar Resursteamet särskilt på det systematiska arbetsmiljöarbetet. Under dessa veckor genomförs brandrond, brandövning, skyddsron m.m., ergonomisk utbildning, utbildning/repetition av D-HLR samt riskbedömningar.
- Varje år genomförs normalt en patientundersökning där alla patienter under en viss tidsperiod erbjuds möjlighet att utvärdera verksamhetens och vårdens kvalitet, samt personalens bemötande. Denna ska jämföras med tidigare års resultat. Resultatet ska presenteras för medarbetarna och förbättringsområden ska bli aktiviteter för kommande år. Under 2016 genomfördes ingen patientundersökning på grund av att arbetssättet och innehållet för undersökningen var under omarbetning. Under 2017 kommer patientundersökningen att genomföras som vanligt.
- Varje år genomförs en övergripande webbaserad anonym medarbetarundersökning på Resursteamet för att upptäcka förhållningssätt och attityder hos personalen som kan leda till brister i verksamhetens kvalitet. Denna ska jämföras med tidigare års resultat. Resultatet ska presenteras för medarbetarna och förbättringsområden ska bli aktiviteter för kommande år.

Vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

- En personal har genomgått utbildning och certifiering i evidensbaserad röstbehandlingsmetod i enlighet med de nya nationella riktlinjerna.
- Nyanställda har fått särskilt stöd och introduktion i journalhanteringssystemet.
- Under året har det löpande arbetet med utveckling av det elektroniska avvikelssystemet fortsatt.
- Verksamheten har fortsatt att bevaka sin omvärld för att säkerställa att verksamheten bedrivs utifrån kunskap och beprövad erfarenhet.
- I samband med det systematiska arbetsmiljöarbetet, två gånger per år, har verksamheten fortsatt med att repetera de för verksamheten relevanta lagarna och krav, medicinska risker vid t.ex. blodsmitta, avvikelshantering och journalföring.
- All personal genomgår årligen repetitionsutbildning i första hjälpen, HLR och D-HLR.

Rutiner för att identifiera risker i verksamheten

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

- Det finns en rutin vid mottagande av ny patient för att säkra att all relevant information lämnas till verksamheten avseende t.ex. medicinering, allergier och risker.
- Inkommande remisser bedöms och behandlas enligt rutin.
- Alla medarbetare analyserar löpande sannolikhet och konsekvens för en eventuell risk utifrån ex vis tillgänglig information om patientens tidigare och nuvarande sjukdomar, förmågor, allmäntillstånd osv.
- Arbetsgruppen analyserar tillsammans de bakomliggande orsakerna till en rapporterad avvikelse för att minimera risken för att det som har hänt ska kunna inträffa igen.
- Verksamhetschef och Resursteamets kvalitetschef träffas minst 1 g/år för att bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamheten..

Rutiner för händelseanalyser

SFS 2010:659, 3 kap. 3§

- Logopedmottagningarna dokumenterar avvikelser elektroniskt på Resursteamets intranät. Alla avvikelser rapporteras av berörd medarbetare, som sedan tilldelar verksamhetschef ärendet för vidare utredning.
- Vid händelser som medfört eller kunnat medföra en allvarlig vårdskada, dokumenteras ärendet i en rapport som finns som blankett på intranätet.
- Verksamhetschef ska tillsammans med medarbetarna gå igenom inkomna avvikelserapporter inom visst angivet tidsspän. Verksamhetschef ska tillsammans med arbetsgruppen ansvara för att

genomföra en händelseanalys över det inträffade samt vidta lämpliga åtgärder. Fokus ska läggas på att identifiera de bakomliggande orsakerna till det inträffade. Vid behov kan även Resursteamets kvalitetschef bistå med information kring lämpliga åtgärder.

- Verksamhetschef ansvarar för att informera den som ärendet berör och eventuellt nätverk om den händelseanalys som har genomförts och de åtgärder som har/ska vidtas till följd av händelsen.
- Metod för händelseanalys varierar utifrån händelsens art men kan innehålla exempelvis intervjuer, observationer och genomgång av rutiner och dokumentation.

Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS: 2011:9,4 kap. 6 §

- Vid oklarhet i inkommande remisser/uppdrag kontaktas remittent/uppdragsgivare för att inhämta ytterligare information för att kunna bedöma remissen/uppdraget.
- Samverkan sker inom arbetsgruppen för att förebygga vårdskador.
- Verksamheten samverkar enligt patentens önskemål med anhöriga, assistenter och annan vårdpersonal för att kunna ge bästa förutsättningar för en meningsfull och effektiv och säker behandling. Verksamheten samarbetar ofta med assistent och personal i Daglig Verksamhet för att implementera de nya färdigheter eller strategier som patienten tränar hos logoped i det dagliga livet.
- Verksamheten samverkar med dietist för att undvika malnutrition hos dysfagipatienter.
- Verksamheten använder alltid tolk där det behövs för att minimera felkällor/missuppfattningar.
- Verksamheten deltar i relevanta utbildnings- och samverkansforum, såsom SLAG-möten, Dysfagiforum i Stockholm och vårdvalets samverkansgrupp.

Hälsa- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet/klagomål och synpunkter

SFS 2010:659, 6 kap. 4 §, SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §

- Beskrivning av hur risker/händelser som kunnat medföra en vårdskada kommer att rapporteras och utredas återfinns ovan under rubriken: Rutiner för händelseanalyser.
- Verksamheten informerar eventuella nya medarbetare om de rutiner som gäller för rapporteringsskyldighet samt hur verksamheten hanterar avvikelser, klagomål och synpunkter. Informationen kommer att repeteras kontinuerligt, men minst 2 ggr/år.
- Verksamheten tar emot eventuella klagomål och synpunkter från patienter, närstående, medarbetare, myndigheter, föreningar och andra intresseorganisationer eller annan genom muntlig/skriftlig kontakt tas med personal på Resursteamets logopedmottagningar. Medarbetare som tar emot klagomål eller synpunkt kommer därefter att registrera dessa.
- Verksamheten planerar att i samband med uppstart ge en informationsfolder till exempelvis patienter, anhöriga och andra vårdgivare där det tydligt anges telefonnummer och mejladress om man vill komma i kontakt med verksamheten för att ex vis lämna synpunkter eller klagomål.
- Det är även möjligt att lämna klagomål och synpunkter på verksamheten direkt i ett elektroniskt formulär på hemsidan, där kan man även välja att vara anonym om så önskas.
- Verksamheten kommer att återkoppla till var och en som har lämnat en synpunkt eller klagomål och informera denne om de åtgärder som eventuellt har vidtagits.

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §

- Verksamhetschef och Resursteamets kvalitetschef går minst 2 ggr/år igenom alla rapporterade identifierade risker och avvikelser för att sammanställa och utvärdera resultatet. Utifrån det samlade resultatet analyserar parterna om det finns några mönster eller trender i det som har rapporterats in som kan indikera brister i verksamhetens kvalitet.

- Verksamhetschef och Resursteamets kvalitetschef sammanställer årligen resultaten från ex vis patient- och medarbetarundersökning för att utvärdera om det finns svar, mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet ex vis i bemötande.
- Verksamhetschef och Resursteamets kvalitetschef tar löpande ställning till förslag på förbättringsområden som inkommer till verksamheten.
- Verksamhetschef upprättar årligen en verksamhetsplan med målsättningar för nästa år vilken till stor del baseras på resultatet av ovanstående.

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

- Verksamheten har regelbunden uppföljning av behandlingen tillsammans med patienten och kontrollerar att den utförs i enlighet med uppsatta mål i vårdplan/behandlingsplan.
- Verksamheten erbjuder anhöriga/eller annan att delta vid behandlingssessionen, om patienten så önskar.
- Verksamheten kommer att informera patienten om vidtagna åtgärder efter utredning av en avvikelse och om patienten så önskar så informerar verksamheten även patientens nätverk.
- Verksamheten erbjuder telefonuppföljning vid behov med anhörig/annan person, om patienten så önskar.
- Verksamheten erbjuder anhöriga/personal generell information om diagnos, behandling och strategier för förbättrad kommunikation om detta efterfrågas.

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Genom det systematiska patientsäkerhetsarbetet har verksamheten uppnått följande resultat:

- Inga vårdskador har uppstått i verksamheten under 2016.
- Resursteamets logopedmottagningar har mottagit 0 Lex Maria-rapporter under 2016.
- Resursteamets logopedmottagningar har anmält 0 Lex Maria-ärenden till IVO under 2016.
- Resursteamet logopedmottagningar har registrerat 1 avvikelse under 2016. En patient svimmade av i behandlingsrummet. Händelsen utgjorde ingen brist i verksamhetens kvalitet utan incidenten berodde på patientens generella allmäntillstånd.
- Resultatet från Resursteamets medarbetarundersökning visar bl.a. att 96 % av medarbetarna på Resursteamet trivs bra på jobbet. 96 % av medarbetarna upplever att de är delaktiga och att de blir lyssnade på. 100 % av medarbetarna använder sig av Resursteamets vision och värdegrund i arbete med patienterna/(klienterna/eleverna).