



Patientsäkerhetsberättelse Hélène Stolt Psykoterapi & Ledarskap AB

År 2017

2018-01-07
Hélène Stolt
Leg. psykoterapeut, socionom, verksamhetsansvarig

Verksamhetens mål för patientsäkerhetsarbetet

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

Vi vill genom systematiskt kvalitets- och utvecklingsarbete ständigt säkra och förbättra vården i enlighet med krav som finns i hälso- och sjukvårdslagen. Alla medarbetare skall se detta som en naturlig del i sitt dagliga arbete. Vår kvalitetspolicy och vår värdegrund är utvecklad och förankrad i dialog med våra medarbetare och utgör grunden för vårt gemensamma arbete med att säkra och utveckla vården. Vi strävar efter att vård och omsorg ska vara kunskapsbaserad och ändamålsenlig, utförd effektivt och på ett säkert sätt, rättssäker, erbjuden i rimlig tid, jämlik, utförd med respekt för människans integritet och specifika behov.

En viktig förutsättning för att säkra den goda vården är att ständigt förbättra kommunikationen med våra samarbetspartners. Alla medarbetare skall vara välinformerade om patientsäkerhetsarbetet och aktivt bidra till ett fortlöpande förbättringsarbete, med stöd av verksamhetsansvarig.

Till stöd får vårt arbete använder vi oss av Socialstyrelsens gällande bestämmelser inom hälso- och sjukvård, hälsoskydd, smittskydd och socialtjänst. samt Rättsmedicinalverkets bestämmelser om rättsmedicin, rättspsykiatri och rättsintyg. I planeringen har vi också stöd av dokument från Sveriges Kommuner och Landsting, Socialstyrelsen, Akademikerförbundet med mera. Vi följer också Inspektionen för vård och omsorgs (IVO) riktlinjer.

Ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Verksamhetsansvarig har det organisatoriska ansvaret för patientsäkerhetsarbetet. Denne ansvarar för att informera övrig personal. Vi följer Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om Lex Sarah, ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete och analysmetoder för att öka patientsäkerheten. Vi lägger också in den etiska aspekten i vårt arbete där vi utgår från Akademikerförbundet publikationer om etisk kod för psykoterapeuter. Samtliga anställda hos oss ska rapportera missförhållanden eller påtagliga risker för missförhållanden till verksamhetsansvarig. Verksamhetsansvarig ska utreda, dokumentera och avhjälpa eller undanröja ett rapporterat missförhållande. Dokumentationen sammanställs i en avvikelserapport. Verksamhetsansvarig ansvarar för att göra anmälan där det krävs enligt lagstiftning. Verksamhetsansvarig är ansvarig för att informera patienten om en vårdskada inträffat. Senast den 1 mars varje år görs en sammanställning av patientsäkerhetsarbetet föregående år.

Rutiner för egenkontroll samt vilken egenkontroll som genomförts under året

SOSFS 2011:9 5 kap. 2 §

- En gång per år görs en övergripande genomgång av verksamheten.
- En gång per år följer vi upp verksamhetens mål för patientsäkerhetsarbetet och ansvar för patientsäkerhetsarbetet och gör vid behov förändringar i verksamheten.
- En gång per år görs årsredovisning.
- En gång per år genomförs gallring av journaler, akter och annan dokumentation. I samband med detta görs också stickkontroller på kvalitén. Vid eventuella brister förs eventuella behov av åtgärder upp på agendan.
- Samtlig personal får information om resultatet av egenkontrollen samt de eventuella åtgärder som behöver initieras.

Under 2017 har vi genomfört samtliga ovanstående punkter. Inga avvikelser har framkommit. Det har inte förelegat några åtgärder enligt lagstiftning. Där vi har konsultavtal och vårdavtal följer vi de krav som avtalsparter ställer på oss som leverantör av psykoterapi samt gör förändringar av våra rutiner om så krävs.

Vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Samtlig personal har tidigare tagit del av information från Sveriges Kommuner och Landsting, Socialstyrelsen samt Inspektion för vård och omsorg (IVO). Samtlig personal har under 2016 därutöver tagit del av uppdaterad handbok från Sveriges Kommuner och Landsting, Riskanalys och händelseanalys - Analysmetoder för att öka patientsäkerheten samt från Akademikerförbundet, Etik och psykoterapi - Etisk kod för psykoterapeuter. Under 2017 ansvarar personal för att själv ta del av den information som de behöver uppdatera.

Patientjournaler för avslutade patienter flyttas till arkiv för avslutade patienter senast inom 1 månad efter avslutad psykoterapi. Detta för att endast ha aktuella patienter tillgängliga i arkivet för pågående patienter. Patienter enligt avtal har ett eget arkiv. Under slutet av december 2017/början av 2018 har gallring av patientjournaler gjorts.

Rutiner för att identifiera risker i verksamheten

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

- Samtlig personal går tillsammans med verksamhetschefen igenom verksamheten regelbundet.
- Risker i verksamheten identifieras utifrån patienter och närstående.
- Risker i verksamheten identifieras utifrån de vi har konsultavtal och vårdavtal med.

Rutiner för händelseanalyser

SFS 2010:659, 3 kap. 3§

- Händelser dokumenteras och sammanställs i en händelseanalys där en checklista för kvalitetsgranskning finns som stöd. Verksamhetschef är ansvarig.
- Händelseanalysen utmynnar i ett åtgärdsförslag. Verksamhetschef är ansvarig.
- Verksamhetsansvarig ansvarar för att göra anmälan där det krävs enligt lagstiftning.
- Verksamhetsansvarig är ansvarig för att informera patienten om en vårdskada har inträffat.
- I början av varje år skickas årsredovisning in till landsting som vi har vårdavtal med.
- Senast den 1 mars varje år görs en patientsäkerhetsberättelse för föregående år som också publiceras på företagets webbplats.
- Samtlig personal får information om patientsäkerhetsarbetet och eventuella förändrade rutiner.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

- En gång per år görs en övergripande genomgång av verksamheten gällande informationssäkerhet.
- Under 2017 började vi uppdatera en ny checklista, Checklista riskanalys av informationssäkerhet. Den har senast uppdaterats 2018-01-07.
- Inga åtgärder har behövts vidtagas för förbättring av informationssäkerheten.
- Riskanalys visar att företaget har gott skydd mot olovlig åtkomst till datornätverk och informationssystem.
- Verksamhetsansvarig har inte hittat några brister i hälso- och sjukvårdspersonalens journalföring.
- Rutiner finns för verksamheten och personalen kring informationssäkerhet.
- Fortlöpande utbildningsinsatser ges till personal när behov uppstår.

Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS: 2011:9,4 kap. 6 §

- Administratören går igenom samtliga nya remisser.
- Vid bokningar av psykoterapi bokar administratören in dessa i kalender.
- Vid bokningar av patienter enligt konsult eller vårdavtal garanteras inbokning av patient enligt avtal.
- Samtliga patienter hittar aktuell information om patientens rättigheter, patientsäkerhet m.m. på webbplats samt i mottagningens väntrum. Patienten får också muntlig information.
- Vi följer de rutiner och krav som ställs på oss enligt konsult eller vårdavtal och deltar vid uppföljningar då så krävs.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringskyldighet/klagomål och synpunkter

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

Samtliga anställda hos oss ska rapportera missförhållanden eller påtagliga risker för missförhållanden till verksamhetsansvarig. Verksamhetsansvarig ska utreda, dokumentera och avhjälpa eller undanröja ett rapporterat missförhållande. Dokumentationen sammanställs i en händelseanalys. Verksamhetsansvarig ansvarar för att göra anmälan där det krävs enligt lagstiftning. Verksamhetsansvarig är ansvarig för att informera patienten om en vårdskada inträffat.

Klagomål och synpunkter från patienter, närstående, personal, myndigheter, föreningar och andra intresseorganisationer dokumenteras. Verksamhetsansvarig utreder och tillser i förekommande fall åtgärder. Verksamhetsansvarig ansvarar för att göra anmälan där det krävs enligt lagstiftning.

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §

Inkomna rapporter, klagomål och synpunkter sammanställs i en händelseanalys. Denna analyseras för att kunna se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet. Varje år görs en sammanställning av samtliga avvikelserrapporter för att därigenom kunna förbättra verksamheten.

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Patienter och anhöriga har möjlighet att ta del av verksamhetens arbete genom webbplats, diskutera patientsäkerhetsarbete med oss med mera.

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Under 2017 har vi inte noterat några händelser. Vi har trots avsaknaden av händelser löpande dialog och utbildningsinsatser för personalen samt dialog med de vi har konsult och vårdavtal med.

Referensmaterial

- Riskanalys och händelseanalys - Analysmetoder för att öka patientsäkerheten, Sveriges Kommuner och Landsting 2015, (104 sid)
- Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, Socialstyrelsen, SOSFS 2011:9, (59 sid)
- Lex Sarah - Handbok för tillämpningen av bestämmelserna om lex Sarah, Socialstyrelsen, 2013, (172 sid)
- Checklista för kvalitetsgranskning av händelseanalys, (2 sid)
- Handlingsplan – Händelseanalys – Åtgärdsförslag, (1 sid)
- Hälsodeklaration, (2 sid)
- GAF-skalan, (1 sid)
- Etik och psykoterapi - Etisk kod för psykoterapeuter, Akademikerförbundet SSR, 2014, (28 sid)
- Landstinget i Uppsala län
- Region Örebro län
- Landstinget Dalarna
- Checklista för kvalitetssäkring av verksamheten, (2 sid)
- Checklista riskanalys av informationssäkerhet, (2 sid)