

Patientsäkerhetsberättelse 2013

– äldreomsorgens verksamheter i egen regi

Farsta stadsdelsförvaltning

stockholm.se/farsta

**Patientsäkerhetsberättelse för äldreomsorgens verksamheter i
egen regi, mars 2013**

Dnr: 1.2.1-474/2014

Utgivningsdatum: 2014-07-01

Utgivare: Farsta stadsdelsförvaltning

Ansvarig för innehåll:

Päivi Kabran, verksamhetschef enligt 29 § HSL

Farsta stadsdelsförvaltning

Kontaktperson:

Kerstin Segerberg, utvecklingssekreterare

Kerstin.segerberg@stockholm.se

Telefon: 08 508 181 70

Farsta stadsdelsförvaltning

Innehåll

Sammanfattning	4
Bakgrund	4
Övergripande mål och strategier	7
Nämndmål för hälso – och sjukvården 2013:	7
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbete	9
Struktur för uppföljning/utvärdering	10
Journalgranskning	10
Läkemedelshantering	11
Basala hygienrutiner	11
Samverkan	12
Avvikelsehantering	12
Uppföljning genom egenkontroll	13
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits 2013 samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	13
Avvikelserapportering och – hantering	13
Infektionsregistrering	13
Dokumentation, riskbedömning, hälsoplan, ADL- och förflyttningsbedömning	13
Basala hygienrutiner	14
Läkemedelshantering	14
Fallprevention	14
Samverkan	14
Samverkan för att förebygga vårdskador	15
Riskanalys	16
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	16
Klagomål och synpunkter	16
Sammanställning och analys	17
Samverkan med patienter och närstående	17
Resultat 2013	18
Övergripande mål och strategier för 2014	18

Sammanfattning

Patientsäkerhetsberättelsen är en övergripande sammanställning för verksamheter i egen regi inom äldreomsorgen i Farsta. De verksamheter som berörs är Edö vård – och omsorgsboende med inriktningarna servicehus, somatik och demens, Farsta vård – och omsorgsboende med somatisk inriktning och demens. Verksamheterna har redovisat egna patientsäkerhetsberättelser med mer detaljerad information.

Under 2013 beslutade förvaltningsledningen att ta fram ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) i projektform under 2014. Det tillsattes en projektledare på heltid. Projektets styrgrupp har godkänt projektplan. Arbetet med att beskriva, utveckla och kvalitetssäkra förvaltningens viktiga processer har påbörjats.

För att öka säkerhet och säkerställa kvalité för de boende har verksamheterna upprättade kvalitetsråd som månadsvis går igenom avvikelser. Vid behov använder den legitimerade personalen sig av kollegial journalgranskning för att utveckla kvalité i sin journalföring. Enhetschefer, Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska (MAS) och Medicinskt Ansvarig för Rehabilitering (MAR) följer kontinuerligt upp dokumentationen i patienternas journaler. Nationella kvalitetsregister som Senior Alert och Palliativa registret används. Uppföljning av följsamhet i basala hygienrutiner sker genom egenkontroll i verksamheten och i samband med hygienronder tillsammans med hygiensjuksköterska från landstinget.

Vid förekomst av demenssjukdom arbetar verksamheten med demenschecklista. Den fylls i individuellt för varje person som bor på boendet. I checklistan ställs strukturerade frågor om exempel diagnos och uppföljning, läkemedel, personcentrerad omvårdnad, måltider och nutrition, fysisk och psykosocial miljö och stöd till anhöriga.

Förvaltningens MAS och MAR har under året följt upp och vidtagit åtgärder för att öka patientsäkerheten inom nedanstående områden:

- Uppföljning genom journalgranskning, infektionsregistrering och mätning av kvalitetsindikatorer.
- Utveckling av fallpreventionsarbetet pågår genom revidering och implementering av fallrutin.

- Kvalitetsgranskning av verksamheternas läkemedelshantering visar sammanfattningsvis, enligt rapport från Apoteket AB, att läkemedelshantering upplevs fungera bra i verksamheterna. Där det finns förbättringsmöjligheter har Apoteket AB gett förslag till åtgärder.
- Under hösten introducerades registrering av månadsstatistik från alla enheter inom egen regi samt entreprenadverksamheter. Registreringen avser läkemedel, trycksår, nutrition/malnutrition, munstatus, elimination, specifik omvårdnad, sjukhusbesök, specifik rehabilitering, fall, skydds-/begränsningsåtgärder och avlidna.

Bakgrund

Den 1 januari 2011 började Patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, att gälla. Syftet med lagen är att öka patientsäkerheten för att minska och förhindra vårdskador. I lagen tydliggörs vårdgivarens ansvar, det framgår att varje vårdgivare är skyldig att arbeta förebyggande genom att bedriva ett så kallat systematiskt patientsäkerhetsarbete. En tidsplan ska upprättas för de åtgärder som inte kan vidtas omedelbart.

Vårdgivaren ska dokumentera sitt patientsäkerhetsarbete i en patientsäkerhetsberättelse med en beskrivning av vad man har gjort för att identifiera, analysera och så långt som möjligt reducera risker i vården, och för att minska antalet tillbud och negativa händelser. En negativ händelse innebär en händelse som har medfört vårdskada, ett tillbud är en händelse som hade kunnat medföra vårdskada. Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet har bedrivits i verksamhetens olika delar och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Denna patientsäkerhetsberättelse är en övergripande sammanställning för verksamheterna i egen regi inom äldreomsorgen i Farsta. De verksamheter som berörs är Edö vård – och omsorgsboende med inriktningarna servicehus, somatik och demens, Farsta vård – och omsorgsboende med somatisk inriktning och demens. Respektive verksamhet har i en egen patientsäkerhetsberättelse redovisat mer detaljerad information om sitt patientsäkerhetsarbete.

Ett ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården ska säkerställa att det finns rutiner för att identifiera, analysera och bedöma riskerna i verksamheten, åtgärda orsakerna till risker och göra en särskild riskbedömning vid väsentliga förändringar.

Under 2013 beslutade förvaltningsledningen att ta fram ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) i projektform under 2014. Det tillsattes en projektledare på heltid. Projektets styrgrupp har godkänt projektplan. Arbetet med att beskriva, utveckla och kvalitetssäkra förvaltningens viktiga processer har påbörjats.

Patientsäkerhet är ett vedertaget begrepp som innebär att människor ska skyddas mot vårdskada. Med vårdskada menas lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid den enskildes kontakt med hälso- och sjukvård. Dessa kan uppkomma både inom den kommunala hälso- och sjukvården och inom de kommunala verksamheter som styrs av lagen om Stöd och Service till vissa funktionshindrade (LSS) eller socialtjänstlagen (SoL). Att vårdskador uppkommer kan bero på olika orsaker, som till exempel brister i organisation, arbetsmiljö, rutiner, teknik eller kompetens.

Patientsäkerhetskultur innefattar de normer och värderingar som finns i organisationen och den riskmedvetenhet som finns hos medarbetare och ledarskap och som visar sig i inställning och beteende. En utveckling av patientsäkerhetskultur kräver systematisk uppföljning, tid och uthållighet.

Den enskilde individen och hans eller hennes närstående kan, om de vill, delta i olika delar av patientsäkerhetsarbetet. Ett sätt att engagera närstående är att de erbjuds att delta vid vårdplaneringar samt att informera dem om riskbedömningar och eventuella åtgärder. Det är viktigt att närstående får återkoppling och uppföljning på sina frågor och synpunkter. Det betyder dock inte att ansvaret för den enskildes vård och behandling förändras, utan det ansvaret har vårdgivaren.

Förtydligande av använda begrepp i patientsäkerhetsberättelse 2013:

Egen regi: avser verksamhet (enhet) som bedrivs av Farsta stadsdelsnämnd.

Patient: avser person som erhåller eller är registrerad för att erhålla hälso- och sjukvård, används vid vårdrelationer.

Boende: avser person som bor i särskilt boende på beslut enligt socialtjänstlagen.

Legitimerad personal: avser hälso-och sjukvårdspersonal, det vill säga person anställd som sjuksköterska, sjukgymnast/fysioterapeut eller arbetsterapeut.

Omvårdnadspersonal: avser person anställd som vårdbiträde eller undersköterska.

Medarbetare: avser både legitimerad personal och omvårdnadspersonal.

Journal: avser patientens journal förd inom hälso – och sjukvårdens område av legitimerad personal.

Hälsoplaner: avser omvårdnadsplaner, rehabiliterings- och funktionsuppehållande planer.

Egenkontroll: avser systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten.

Övergripande mål och strategier

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

Det övergripande målet med patientsäkerhetsarbetet i Farsta är att identifiera fel, brister och risker i hälso- och sjukvården för att kunna vidta åtgärder och förebygga att patienten drabbas av vårdskada. Med vårdskada avses lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom eller dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården.

Vården ska vara av god kvalitet och hålla en god hygienisk standard. Det innebär att den ska bedrivas i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet och ges med respekt för alla människors lika värde. Bemötande av den äldre och närstående ska ske så att den enskildes trygghet, värdighet och integritet beaktas.

Nämndmål för hälso – och sjukvården 2013:

Personer, som nämnden har hälso- och sjukvårdsansvar för, får utifrån en individuell bedömning en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård. Det vill säga berörda verksamheter ger varje person en individuell bedömning med fokus på riskbedömning gällande

fall, undernäring och trycksår samt läkemedelsgenomgång enligt gällande rutin. I nämndmål framgår även att alla anställda i kommunala verksamheter ska känna till basala hygienrutiner.

I Farsta stadsdelsförvaltning innebär det att:

- Hälso-och sjukvårdsjournalen är tvärprofessionell och förs av legitimerad personal (sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster/fysioterapeuter).
- Alla patienter har en upprättad hälso-och sjukvårdsjournal innehållande nödvändig information för att utföra en god och säker vård, det vill säga:
 - Att bedömning av ADL (Aktiviteter i Dagliga Livet) är utförd.
 - Funktions-/förflyttningsbedömning är utförd.
 - Riskbedömningar är utförda med stöd av standardiserade instrument för trycksår, fall och undernäring.
 - Hälsoplaner (omvårdnadsplaner, rehabiliterings- och funktionsuppehållande planer) upprättas, innehållande vidtagna och planerade åtgärder och mål som följs upp och utvärderas.
- Alla patienter har en säker och ändamålsenlig läkemedelshantering inklusive säkra delegeringar.
- Alla medarbetare arbetar enligt basala hygienrutiner för att förhindra att patienten drabbas av vårdrelaterade infektioner.
- Samverkan sker med läkare så att patienten får den behandling som läkare ordinerat.
- Rutiner finns för att kontakta legitimerad personal.
- Negativa händelser eller tillbud, som medfört eller hade kunnat medföra risk för skada för patienten, rapporteras som avvikelser. Dessa sammanställs och åtgärder vidtas för att förebygga återupprepning. Avvikelse som medfört allvarlig vårdskada för patienten eller risk för allvarlig vårdskada anmäls enligt Lex Maria.

Övergripande strategier är att:

- Alla medarbetare har den yrkeskompetens som krävs
- Det finns upprättade regler och lokala rutiner för hälso- och sjukvård som är kända för och tillämpas av alla medarbetare.
- Riskanalyser och riskbedömningar genomförs.
- Samverkan sker internt, externt samt med patient och närstående.
- Uppföljning sker genom egenkontroll.

I Farsta stadsdelsförvaltning innebär det att:

- De regler och rutiner som finns är kända och tillämpas av berörda medarbetare.
- ADL-bedömning genomförs av arbetsterapeut.
- Funktion-/förflyttningsbedömning genomförs av sjukgymnast/fysioterapeut.
- Riskbedömningar för fall, trycksår och undernäring genomförs av sjuksköterska.
- Årlig granskning görs av läkemedelshantering.
- Läkemedelsgenomgångar genomförs av läkare i samarbete med sjuksköterska.
- All omvårdnadspersonal (vårdbiträden och undersköterskor) ska ha genomgått Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning.
- Samverkan sker med läkare i verksamheten och med närstående vid vårdplanering.
- Hälso- och sjukvårdsåtgärder delegeras på ett säkert sätt.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbete

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

Stadsdelsnämnden har som ansvarig vårdgivare det övergripande ansvaret för att planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen¹ upprätthålls för att förhindra att vårdskada uppstår.

Verksamhetschef ansvarar enligt 29 § HSL för att hälso- och sjukvården är organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet genom att fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet kontinuerligt ska bedrivas.

MAS (Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska) ansvarar för att patienterna får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde enligt 24 § HSL och 7 kap 3 § Patientsäkerhetsförordningen.

MAR (Medicinskt Ansvarig för Rehabilitering) ansvarar för att patienterna får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet avseende rehabilitering inom kommunens

¹ Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

ansvarsområde enligt 24 § HSL och 7 kap 3 §

Patientsäkerhetsförordningen. Under året har Stockholm stad regionaliserat uppdraget för MAS och MAR. Farsta stadsdelsområde ingår i region Östra Söderort och har en MAS med 80 procents tjänstgöringsgrad och en MAR med 30 procents tjänstgöringsgrad inom stadsdelen.

Enhetschef för verksamheten ansvarar för att alla medarbetare engageras och har rätt kompetens och befogenheter för att bedriva en god och säker vård. Denne ska förvissa sig om att det lokala patientsäkerhetsarbetet är säkerställt för att förebygga vårdskador.

Verksamhetschef, MAS och MAR ska samverka och samråda i frågor som rör verksamheternas kvalitet och patientsäkerhet. De träffas regelbundet, cirka en gång i månaden. Likaså samverkar MAS, MAR även med enhetschefer i verksamheten, bland annat genom att vid behov delta i enhetschefernas ledningsgruppsmöten.

Medarbetare ska aktivt medverka i och främja utveckling av det systematiska kvalitetsarbetet som är en integrerad del i den dagliga verksamheten. Den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen, det vill säga sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster/fysioterapeuter har det yrkesansvar som föreskrivs i patientsäkerhetslagen. De har skyldighet att arbeta enligt vetenskap och beprövad erfarenhet och bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls.

Även omvårdnadspersonal som biträder legitimerad yrkesutövare i dennes vårdarbete och arbetar på direktiv, delegering av den legitimerade, har det särskilda yrkesansvar som följer av att arbetsuppgifterna tillhör verksamhetsområdet hälso- och sjukvård.

Alla medarbetare är skyldiga att rapportera avvikelser inom verksamheten. Med avvikelse menas en icke förväntad händelse som medfört eller kunnat medföra vårdskada eller risk för vårdskada för patient/boende.

Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Journalgranskning

Legitimerad personal har ett personligt ansvar att föra journal. Det ska tydligt framgå när och vem som har dokumenterat. En journal ska endast innehålla uppgifter som är väsentliga för den enskildes hälso-och sjukvård. Det vill säga anteckningar som rör patientens hälsotillstånd, upprättade i samband med undersökning, vård och

behandling. Den huvudsakliga planeringen ska framgå, innehållande vidtagna och/eller planerade åtgärder med tillhörande målbeskrivning.

Alla patienter som identifierats som riskpatient för trycksår, fall och undernäring ska ha resultatet av riskbedömningar dokumenterade i sin journal. Vid risker ska en hälsoplan vara upprättad med åtgärder som alla medarbetare ska följa. Den ska uppdateras vid förändringar i hälsotillståndet.

Alla patienter ska ha en ADL- och förflyttningsbedömning med tillhörande funktionsuppehållande plan (hälsoplan) innehållande åtgärder som alla medarbetare ska följa. Den ska uppdateras vid förändringar i hälsotillståndet

MAS och MAR följer upp ovanstående genom journalgranskning vid de årliga verksamhetsuppföljningarna. Legitimerad personal använder vid behov arbetsmetoden kollegial journalgranskning för att utveckla kvalitén i dokumentationen.

Läkemedelshantering

Årliga kvalitetsgranskningar av enheternas läkemedelshantering utförs av farmaceut från apoteket tillsammans med MAS.

Läkemedelshantering inkluderar ordination, förvaring och kassation samt delegeringar av hälso- och sjukvårdsuppgifter.

Läkemedelsgenomgångar genomförs i syfte att strukturerat följa upp, utvärdera och förbättra patientens sammantagna läkemedelsbehandling. Detta utförs kontinuerligt, minst en gång per år, under ledning av ansvarig läkare. Uppföljning av att läkemedelsgenomgångar genomförs i verksamheten sker vid årliga verksamhetsuppföljningar av MAS.

Basala hygienrutiner

Uppföljning av följsamheten till basala hygienrutiner i verksamheten sker genom att

- Enhetschefer följer upp att all omvårdnadspersonal har genomfört webbaserad hygienutbildning.
- Årlig självskattning och observation av alla medarbetares följsamhet.
- Vårdrelaterade infektioner registreras månadsvis, en sammanställning delges MAS som redovisar den till Vårdhygien Stockholms läns landsting.
- Genomföra hygienrund på enheterna i samarbete med Vårdhygien Stockholms län.

Samverkan

Verksamhetschef och MAS har regelbundna möten med läkarorganisationen för utvärdering av läkarinsatser.

Verksamheterna i egen regi har ett samverkansavtal med Trygg Hälsa vilka tillhandahåller dessa.

I verksamheten arbetar man i team och samverkar internt och externt med andra aktörer. I olika mötesformer behandlas frågor som uppföljning av patienters hälsotillstånd och samordning av respektive yrkeskategoris insats, vårdplaneringar, uppföljning och säkerställande av hälso- och sjukvårdsrutiner. Utifrån behov finns enhetschef, legitimerade personal, vård-och omsorgspersonal, läkare, andra vårdgivare, patienten själv och närstående representerade.

För att tillgodose och bevaka patientens individuella önskemål och behov så har patienten en omvårdnadsansvarig sjuksköterska och namngiven läkare.

Avvikelsehantering

Alla negativa händelser som lett till vårdskada eller kunnat leda till vårdskada avvikelserapporteras i VODOK (Stockholms stads elektroniska journalsystem för dokumentation av insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen). Alla inträffade avvikelser behandlas inledningsvis av legitimerad personal.

Varje månad diskuteras och granskas avvikelser i enheternas egna kvalitetsråd där enhetschef, legitimerad personal och omvårdnadspersonal finns representerade. Åtgärder beslutas och rapporteras vid behov till alla medarbetare på arbetsplatsträffar. Minnesanteckningar från respektive enhets kvalitetsråd delges MAS och MAR. De sammanställer inkomna avvikelser halvårsvis och rapporterar resultat till stadsdelsnämnden, sammanställningen delges även respektive enhet.

Vid avvikelse gällande medicintekniska produkter görs en anmälan till Läkemedelsverket.

Uppföljning genom egenkontroll

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

Aktivitet som utförs för egenkontroll	Omfattning/frekvens
Granskning riskbedömningar och genomgång av att kvalitetsregister används	– halvårsvis av enhetschef – årligen av MAS och MAR
Genomgång avvikelser	– månadsvis vid enhetens kvalitetsråd – halvårsvis sammanställning av MAS och MAR
Journalgranskning	– årligen av MAS och MAR – vid behov kollegial journalgranskning.
Uppföljning av hygien och vårdrelaterade infektioner	– Infektionsregistrering varje månad – Årlig hygienrond av MAS och hygiensjuksköterska – Årlig självskattning/observation av följsamhet i basala hygienrutiner
Säkerställa läkemedelshantering	– Årlig läkemedelsgenomgång av läkemedelsordinationer för patient – Årlig apoteksgranskning av läkemedelshantering
Verksamhetsuppföljning (HSL)	Årligen av MAS och MAR
Månadsstatistik	Årligen i samband med verksamhetsuppföljningar

Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits 2013 samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet

Avvikelserapportering och – hantering

Kvalitetsråd med genomgång av avvikelser en gång i månaden.

Infektionsregistrering

Sammanställs månadsvis, jämförelser görs med föregående år.

Dokumentation, riskbedömning, hälsoplan, ADL- och förflyttningsbedömning

- Sjuksköterskor gör riskanalyser för att förebygga fall, undernäring, trycksår och munhälsoproblem. De skriver hälsoplaner utifrån resultat av utförda riskbedömningar.
- Sjukgymnast/fysioterapeut bedömer förflyttningsförmåga på samtliga boende.
- Arbetsterapeut bedömer ADL-status på samtliga boende.

- Sjukgymnast/fysioterapeut och arbetsterapeut upprättar en funktionsuppehållande plan utifrån ovanstående bedömningar.
- Enhetschef följer kontinuerligt upp att förflyttningsbedömningar, ADL bedömningar, riskbedömningar avseende fall, nutrition och trycksår genomförs och att hälsoplaner upprättas.
- Infektionsregistrering genomförs varje månad.
- Legitimerad personal använder Senior Alert och palliativa registret.
- Journalerna finns tillgängliga för berörda medarbetare så att patienten får nödvändig vård och omsorg.

Basala hygienrutiner

- Hygienronder genomförs tillsammans med hygiensjuksköterska och hygienombud.
- Omvårdnadspersonal har genomgått webbaserad hygienutbildning.
- Självskattning och observation i tillämpning av basala hygienrutiner för alla medarbetare.

Läkemedelshantering

- Läkemedelsgenomgångar
- Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering.
- Delegering utförs i enlighet med stadens riktlinjer för delegering. MAS har under året granskat delegeringar i. Utifrån granskningen har MAS haft genomgång av innebörden i riktlinjen med verksamheten.

Fallprevention

Arbetet med implementering av fallrutin pågår.

Samverkan

- Regelbundna rehab- och sjuksköterskemöten för att säkerställa hälso-och sjukvårdsrutiner.
- Verksamhetschef träffar läkarorganisationen.
- Individuella vårdplaneringar utförs i samband med att ny boende flyttar in och vid förändrat hälsotillstånd. Boende eller dennes närstående kan när som helst begära en vårdplanering.
- För personer med demenssjukdom används demenschecklista för att säkerställa kvalitén på vården.

- Vid teamkonferens samordnas respektive yrkeskategoris insats och alla patienters hälsotillstånd följs upp.
- Sjuksköterskorna har rond med läkare en gång per vecka och detta förankras sedan hos omvårdnadspersonalen.
- Överrapportering sker via landstinget och primärvård vid inflyttning, utskrivning från klinik och vid alla kontakter med landstinget.
- Samverkan med apotek som levererar läkemedel.
- Rutiner finns för att kontakta legitimerad personal, dessa är väl kända för omvårdnadspersonal.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Processer som identifierats där samverkan behövs för att förebygga att patienter drabbas av en vårdskada är vid:

- Informationsöverföring mellan olika yrkeskategorier i verksamheten gällande hälso-och sjukvårdsfrågor.
- Vårdplanering i samband med inflyttning, förändringar av hälsotillstånd. På vårdplaneringen deltar den boende, anhörig/god man, sjuksköterska, omvårdnadspersonal, sjukgymnast/fysioterapeut, arbetsterapeut och vid behov enhetschef.
- Informationsöverföring. Överrapportering sker via landstinget och primärvård vid inflyttning, utskrivning från klinik och vid alla kontakter med landstinget.
- Samarbete i teamet. Teamkonferens hålls där sjuksköterska, vård-och omsorgspersonal, arbetsterapeut, sjukgymnast/fysioterapeut träffas och samordnar respektive yrkeskategoriers insatser.
- Samarbete med läkare. Sjuksköterskorna har rond med läkare en gång i veckan. De vidarebefordrar och förankrar nödvändig information till vård-och omsorgspersonalen.
- Samverkan av läkemedelshantering. Förvaltningen samverkar med apotek som levererar läkemedel.
- Upprättande av samverkansavtal, att det innehåller rätt förutsättningar för en fungerande verksamhet i hälso-och sjukvårdsfrågor. Samverkansavtal finns med Trygg-Hälsa för läkarinsatser.
- Hantering av medicintekniska produkter.

Risikanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

I samband med större förändringar i verksamheten görs alltid en riskanalys för hälso- och sjukvårdens område för att förebygga att eventuella personliga och materiella skador kan uppstå.

I verksamheten finns rutin för

- Medarbetare rapporterar avvikelser vilka behandlas i kvalitetsråd samt av MAS och MAR. Vid behov begär MAS och MAR utredningar.
- Funktionskontroller av tekniska hjälpmedel.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Avvikelse rapport skrivs vid händelser och tillbud i hälso- och sjukvården, legitimerad personal bedömer, åtgärdar och dokumenterar händelsen i Vodok. Verksamheten har kvalitetsråd där avvikelserna följs upp. Genom den avvikelsemodul som finns i Vodok ska samtliga inträffade avvikelser som resulterat i vårdskador eller risk för vårdskador rapporteras.

Avvikelse bedöms av berörd MAS och MAR, sammanställs halvårsvis och analyseras och återkopplas till enheterna kontinuerligt. De avvikelser som MAS och MAR bedömer som allvarliga utreds och anmäls eventuellt enligt Lex Maria

Klagomål och synpunkter

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

Den enskilde har som patient inom hälso- och sjukvård inte rätt att överklaga beslut som rör vården eller behandlingen. Patienten ska i första hand vända sig till den befattningshavare som nämnden utsett till verksamhetschef enligt 29 § HSL med synpunkter och/eller klagomål som gäller kommunens hälso- och sjukvård. Dessa synpunkter och/eller klagomål ska delges även MAS och MAR som utreder dessa. I de fall patienten inte är nöjd med handläggningen av ärendet kan han/hon vända sig till IVO (Inspektionen för Vård och Omsorg). I Stockholms stad finns även möjlighet att vända sig till stadens äldreombudsman med synpunkter och klagomål på hälso- och sjukvården.

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §

Alla klagomål utreds och återkopplas till den som det berör och i teamet. För att förebygga att nya händelser inträffar så gör verksamheten en översyn av arbetssätt och rutiner och gör förändringar om dessa brister.

Verksamheten sammanställer och redovisar inkomna klagomål i verksamhetsberättelsen. Klagomål som berör hälso- och sjukvården inkommer till MAS och MAR. De utreder, analyserar och återkopplar till verksamheterna.

Hälso- och sjukvårdsavvikelser bedöms av MAS och MAR, de sammanställs halvårsvis och analyseras och återkopplas till enheterna kontinuerligt. De avvikelser som MAS och MAR bedömer som allvarliga utreds och anmäls eventuellt enligt Lex Maria. Under året har ett ärende föranlett en anmälan enligt Lex Maria.

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Verksamhetens medarbetare skall enligt värdegrunden se anhöriga som en viktig resurs. Målet är att tillsammans med anhöriga utforma en rutin för hur enhetens anhörigsamverkan/stöd skall se ut.

Sjuksköterskor och omvårdnadspersonal erbjuder ankomstsamtal och vårdplanering till samtliga boende som flyttar in. Om den boende önskar har anhörig/närstående deltagit i planeringen av omvårdnadsinsatserna. Planeringen har dokumenterats i den boendes genomförandeplan och hälsoplan. Om den boende saknat egen förmåga har genomförandeplanerna godkänts av anhörig/närstående.

Vid inflyttning, vårdplanering och vid andra kontakttillfällen med anhöriga diskuteras lämplig möblering, hjälpmedel, tillsyn, bemötande och anpassning av boendemiljön som kan bidra till en säkrare vardag. Vid behov och/eller framfört önskemål har enhetens chefer, sjuksköterskor och kontaktpersoner avsatt tid för samtal med anhörig/närstående.

Samverkan sker också genom anhörigstödsgrupper. Även arbetssätt med omvårdnadsansvarig sjuksköterska och kontaktmannaskap bidrar till en kontinuitet och samverkan med anhöriga.

MAS och MAR kontakter berörda närstående vid utredning av avvikelser.

Resultat 2013

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

<i>Mål 2013 för verksamheter i egen regi</i>	<i>Sammanfattning av målluppfyllelse</i>
Riskbedömningar för fall, trycksår och undernäring genomförs och hälsoplan med åtgärder upprättas då risk föreligger	Fungerar tillfredställande
Alla medarbetare arbetar enligt rutin för fallriskbedömning, fallprevention och insatser vid inträffade fall	Fungerar tillfredställande
Alla händelser med risk för eller inträffad vårdskada gällande läkemedel eller fall ska vara rapporterade i avvikelsemodulen	Fungerar tillfredställande
Uppkomna trycksår på enheten rapporteras som en avvikelse i avvikelsemodulen och dokumenteras i patientens journal.	Fungerar tillfredställande
Enhets sjuksköterskor registrerar i kvalitetsregistren Senior Alert och Palliativa registret	Fungerar tillfredställande
Alla medarbetare arbetar enligt basala hygienrutiner och genomgår Vårdhygiens Webaserade utbildning i Basala hygienrutiner	Fungerar tillfredställande
Läkemedelsgenomgångar genomförs för samtliga boende	Fungerar tillfredställande

Övergripande mål och strategier för 2014

MÅL

- Minska antal fall.
- Alla medarbetare skall arbeta enligt basala hygienrutiner.
- Minska antalet risk för eller inträffade vårdskador.
- Minska antalet trycksår.
- Alla patienter skall få den läkemedelsbehandling de behöver.
- Enheterna skall registrera i de nationella kvalitetsregistren.
- Att den legitimerade personalen och chefer har grundläggande kunskap om planerade förändringar i Vård och införande av nationellt fackspråk som berör hälso – och sjukvårdens journalföring.

STRATEGI

- Alla medarbetare arbetar enligt rutin för fallriskbedömning, fallprevention och insatser vid inträffade fall.
- Alla medarbetare ska ha genomgått Vårdhygiens webbaserade utbildning i basala hygienrutiner, samt att självskattning och observationer genomförs.
- Alla händelser med risk för eller inträffad vårdskada gällande läkemedel eller fall ska vara rapporterade i avvikelsemodulen.
- Uppkomna trycksår på enheten ska rapporteras som en avvikelse i avvikelsemodulen.
- Läkemedelsgenomgångar ska genomföras för samtliga boende.
- Att plan för åtgärder finns upprättad i de fall då det föreligger risker.
- Implementering av nytt journalsystem med användning av nationellt fackspråk i den legitimerade personalen journalföring. Införandet i verksamheten sker med stöd av processledare och dokumentationshandledare.