



BILAGA TILL VERKSAMHETSBERÄTTELSEN

Patientsäkerhetsberättelse för vårdgivare Östermalms sdf äldreomsorg

Kattrumpstullens vård- och omsorgsboende

År 2011

Ansvarig för innehållet:

2012-04-24

Verksamhetschef: Eva Magnusson



Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Övergripande mål och strategier	4
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	4
Struktur för uppföljning/utvärdering	4
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	4
Uppföljning genom egenkontroll	5
Samverkan för att förebygga vårdskador	5
Riskanalys	5
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	6
Hantering av klagomål och synpunkter	6
Sammanfattning och analys	6
Samverkan med patienter och närstående	6
Resultat	7
Övergripande mål och strategier för kommande år	8



Patientsäkerhetsberättelse enligt SOSFS 2012:9 kap.3 §

Sammanfattning:

De viktigaste **åtgärderna** som vidtagits för att öka patientsäkerheten.

- Under år 2011 har man upprättat ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2009:11
- SoL dokumentationen och förståelsen kring dokumentationskravet har förbättrats genom ökade utbildningsinsatser
- Seminarium i Läkemedelshantering
- Seminarium i Salutogent förhållningssätt
- Seminarium i bemötande och värdegrund
- 85 % av personalen har genomgått ABC utbildning med efterföljande reflexionsgrupper på de olika planen
- Personalen har tilldelats olika ansvarsområden inom Sol och Hsl

Hur patientsäkerheten genom **egenkontroll** har följts upp.

1. Livsmedelshantering
2. Hygienronder
3. Skyddsronder
4. Riskbedömningar inom Sol och Hsl
5. Kontinuerliga planmöten
6. Fördelning av ansvarsområden

Hur risker för **vårdskador identifieras** och hanteras.

1. Kvalitetsrådet gör riskanalyser, uppföljningar och föreslår åtgärdsplaner med protokoll 1 ggr/mån, resultatet presenteras på Apt möten.
2. Planmöten.

Hur hälso- och sjukvårdspersonalen bidragit till ökad patientsäkerhet genom att **rapportera risker, tillbud och negativa händelser**

- Personalen har blivit bättre på att identifiera och analysera riskerna.
- Förbättrad SoL och Hsl dokumentation.

Hur **patienter och närståendes synpunkter och klagomål** som har betydelse för patientsäkerheten har hanterats

Finns en tydlig synpunkt och klagomålsrutin tillgänglig i verksamheten, eventuella klagomål behandlas inom 2 arbetsdagar och redovisas för stadsdelen.

De **viktigaste resultaten** som uppnåtts

Lokala rutiner är upprättade och arbetet med att implementera de i verksamheten har påbörjats.

Förbättrad kunskap och kompetens hos personalen.



Övergripande mål och strategier

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

1. Att bedriva en god vård och omsorg enligt de riktlinjer som följer SOSFS 2011:9.
2. Att verksamhetens fokus ligger på kvalitetsutveckling.
3. Att ge den boende en meningsfull dag med fokus på de individuella önskemålen.
4. Att ge kontinuerlig kunskap och kompetensutveckling till all personal.
5. Att följa avtalet med Östermalms stadsdelsförvaltning utan anmärkningar.

Övergripande mål

Att tillgodose boendes, närståendes och uppdragsgivarens förväntningar genom att bedriva en säker vård och omsorg av hög kvalitet som uppfyller de krav och mål som gäller enligt Socialtjänstlagen, Hälso- och Sjukvårdslagen, och Patientsäkerhetslagen.

Att arbeta med kvalitetssystem, planerings och uppföljningsprocesser.

Strategier för patientsäkerhetsarbetet

Ett systematiskt kvalitetsarbete i hälso och sjukvårdsfrågor för att uppnå en trygg och säker hälso- sjukvårdvård.

Ett systematiskt kvalitetsarbete i Sol frågor för att uppnå en god omsorg som fokuserar på de individuella behoven.

Kompetenshöjning i personalgrupperna genom interna och externa utbildningsinsatser.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Som utförare har Äldreomsorgschefen och verksamhetschefen det yttersta ansvaret för att Stiftelsen Rödakorshemmets systematiska patientsäkerhetsarbete fortlöper och utvecklas.

Östermalms stadsdelsdirektör, äldreomsorgschef och MAS ansvarar för att patientsäkerhetsberättelsen delges nämnd. Entreprenörens MAS har ansvaret för patientsäkerhetsarbetet utifrån Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) 24 § och Patientsäkerhetsförordningen kap 7, 3 §.



Staddelens MAS och MAR har från nämnden i uppdrag att bevaka att en god kvalitet och god hygienisk standard upprätthålls samt att patientens behov av trygghet i vård och behandling tillgodoses.

Detta sker genom en årlig avtalsuppföljning och ett flertal tidsangivna samverkanmöten samt spontanbesök till verksamheten.

Verksamhetschefen har enligt HSL 29§ ansvar för att i verksamheten bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete så att kraven på en god kvalitet och god hygienisk standard upprätthålls samt att patientens behov av trygghet i vård och behandling tillgodoses.

Verksamhetschef och intern MAS hos entreprenör har på uppdrag att i det dagliga ledningsarbetet förmedla Stiftelsen Rödakorshemmets kvalitetsarbete baserat utifrån det gällande ledningssystemet SOSFS 2011:9 tillkommer alla medarbetare.

Verksamhetschefen är ansvarig för allt kvalitets- och utvecklingsarbete som även ska stimulera medarbetarna till att framföra synpunkter, öka förståelsen, känna delaktighet och därigenom få ett ökat engagemang. Verksamhetschefen är bärare av Stiftelsens värdegrund, vision och arbetsmetoder.

Hälso- och sjukvårdspersonalen ansvarar för att i sitt yrkesutövande skyldighet att följa lagar och regler samt rutiner som finns upprättade i verksamheten för att medverka till en hög patientsäkerhet och god omvårdnad av den Enskilde patienten. Aktivt delta i framtagande, utprovning och vidareutveckling av rutiner och metoder.

Aktivt undervisa och handleda vårdpersonalen.

Aktivt delta i uppföljning av mål, åtgärder och resultat inom Hsl.

Omvårdnadspersonal som genom delegering utövar hälso- och sjukvårdsuppgift/er är skyldiga att följa lagar och regler samt rutiner som finns upprättade i verksamheten för att medverka till en hög patientsäkerhet och god omsorg. Aktivt delta i uppföljning av mål, åtgärder och resultat inom Sol.

Struktur för uppföljning/utvärdering

Under 2011 har Stiftelsen Rödakorshemmet tagit fram ett nytt ledningssystem som stöd för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

Varje vecka redovisas på sjuksköterskemöten till ansvarig verksamhetschef och intern Mas hälso- och sjukvårdsstatistik enligt följande:

- antal trycksår
- svårare sårproblematik
- infektioner
- avlidna
- svårare händelser
- sjukhusvistelser



- begränsningsåtgärder
- riskbedömningar

Kvalitetsrådet arbetar med att analysera avvikelser och händelser som har inträffat.

Kvalitetsrådet sammanträder 1 ggr/mån.

Kvalitetsrådet består av VC, kvalitetsansvarig ssk, kvalitetsombuden 5 st.

Kvalitetsrådet skall utföra riskanalyser för att fastställa risken om händelserna skulle kunna upprepas. Förslag på åtgärder baseras på utförda riskanalyser.

Kvalitetsmötet protokollförs och redovisas på nästkommande arbetsplatsmöte.

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

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Arbete med att ta fram nya lokala rutiner anpassade till verksamheten har påbörjats och de gamla har reviderats.

Aktivt kvalitetsråd.

Genomförd hygienrond.

Aktiva hygienombud.

Kontinuerliga munhälsobedömningar.

Kontinuerliga planmöten mellan de olika yrkesgrupper som är involverade kring den boende, Hsl och Sol ansvarig personal.

Förstärkt bemanning med hjälp av stimulansmedel genom ökad bemanning på aktivitetssidan och demensplanen under dagtid.

Utbildningar i bemötande och Röda Korsets grund principer för all personal

Utbildning i läkemedelshantering.

Under 2011 har personalen fått utbildning i livsmedelshygien av Stockholms stads utbildare.

Utbildning av handledare i SoL dokumentation, kallas i verksamheten för Sol dokumentationsstödjare.

Uppföljning genom egenkontroll

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§

Egenkontrollen innefattar:



Följande uppdrags ansvariga finns på varje plan på Kattrumpstullen för att förbättra och förstärka strukturen och vårdkvaliten kring och för våra boende.

- Gruppledare
- Kostombud
- Dokumentationsstödjare
- Hygienombud
- Inkontinensombud
- Aktivitetsombud
- Hjälpmedelsansvariga
- Brandskyddsombud

En gång per år genomför företaget en brukar- och anhörigundersökning som är vägledande i enhetens utvecklingsarbete.

Förtroenderådsmöten 4 ggr/år.

Boenderåd 4 ggr/år.

Anhöriggrupper.

Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS:2011:9,4 kap.6§, 7kap.2 3 § p 3

I förbyggande syfte finns det schemalagda samverkanmöten mellan Hsl personalen och övrig vårdpersonal varje vecka.

Kvalitetsrådsgruppen träffas 1 ggr/mån.

Kvalitet och patientsäkerhetsfrågor är en stående punkt på Aptmötena.



Hälsö- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

SFS 2010:659, 6 kap. 4 §

Avvikelser

Hälsö- och Sjukvårdspersonal har ett ansvar för att:

- Omedelbart bedöma och åtgärda händelsen som rör hälsö- och sjukvård som hen får kännedom om. Följa den händelserutin som verksamheten arbetar efter
- Bedömning, åtgärder och resultat dokumenteras i boendes omvårdnadsjournal, därefter dokumenteras uppföljningen med dess slutresultat i Vodok
- MAS eller verksamhetschef ska snarast kontaktas om hälsö- och sjukvårdsavvikelsen är av sådan karaktär att det föreligger allvarlig skada eller risk för att sådan kan uppstå
- Delta på kvalitetsrådsmöten
- Vara delaktig i rutin och förbättringsarbetet
- Kontakta läkare när händelsen så kräver för att utesluta eller bedöma att skada föreligger
- Kommunicera med övrig vårdpersonal
- Initiera och kontrollera inventering av MTP
- Bedöma och åtgärda alla avvikelser gällande MTP

En händelse analys ska alltid göras:

- Då en händelse som skulle kunna ha gett allvarliga följder har inträffat
- Risken för upprepning av händelsen finns
- Vid alla Lex Maria- och Lex Sarahanmälningar
- Vid alla särskilda händelser
- Vid alla övriga händelser

Analysen skall svara på:

- Vad hände?
- Varför hände det?
- När hände det?
- Hur kan vi undvika att det händer igen?



Hantering av klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter

SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §

Som ett led i vårt systematiska kvalitetsarbete arbetar vi aktivt med förslag och eventuella klagomål från boende eller närstående.

Att arbeta aktivt med förslags- och klagomålshantering ger oss möjlighet att utveckla och eller förebygga sådant som hänt eller kan hända.

- Personal informerar Boende/Närstående om rutin för Förslags och Klagomålshantering vid inflyttning
- Vid samverkan/anhörigträffar är inkomna förslag/klagomål en stående punkt på dagordningen
- Personalen informerar om vilka blanketter som används. Röda Korsets och eller Östermalms blankett för förslag/klagomål
- Personalen informerar att förslag/klagomål kan lämna i märkt postlåda eller direkt till verksamhetschef och/eller till Östermalms staddelsförvaltning. Förslag och Klagomål kan även lämnas anonymt i angivna postlådor på Katrumpstullen
- Personal tar emot eventuella förslag/klagomål. Om förslag/klagomål inte är skriftligt skriver personal ner synpunkt och lämnar till verksamhetschef
- Verksamhetschef gör en direkt återkoppling vad som åtgärdats till den Boende/Närstående som lämnat ett förslag/klagomål inom 2 arbetsdagar eller beroende på klagomålets karaktär
- All personal vet och kan hanteringen kring denna rutin

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §

Alla förslag/klagomål behandlas i Kvalitetsrådet som sammanställer och för statistik över inkomna förslag/klagomål.

Kvalitetsrådet följer även upp vidtagna åtgärder. Verksamhetschefen informerar Östermalms staddelsförvaltning samt sin egen organisation. Detta sker på de månatliga lednings möten.

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Vi ser närstående som en mycket viktig samarbetspartner i vård- och omsorgsarbete. Närstående har stor betydelse för den boendes självkänsla och vi vill därför, om den boende så önskar, involvera närstående i planering, utförande och uppföljning av vården och omsorgen.

Som exempel finns:

- Vårdplanering två gånger per år plus vid behov



- Anhörig råd
- Boenderåd och samtalsgrupper inom Kattumpstullen

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Kattrumpstullen har under 2011 uppnått följande:

- En förbättrad kunskap hos personalen gällande lokala rutiner och patientsäkerhetsarbete genom förbättrat egenkontrollsystem.
- En förbättrad förståelse av vårt uppdrag och vilket ansvar vi har gentemot våra boende och uppdragsgivare
- Förbättrad kontinuitet av planbunden personal

Övergripande mål och strategier för 2012

Under 2012 kommer vi fortsätta med att utveckla och förbättra vårt systematiska kvalitetsarbete genom en förbättring av processer och rutiner enligt SOSFS 2011:9. Kvalitetsarbetet är integrerat i alla planerings och uppföljningsprocesser.

Vi kommer befästa i omsorgsgrupperna att våra boende ska känna att de har ett värdigt liv och upplever ett välbefinnande i sin vardag.

Ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete har en fortsatt utvecklingspotential och implementeras i personalgrupperna genom planmöten eller i fokusgrupperna.

Det övergripande målet för patientsäkerhetsarbetet är att förebygga vårdskador och att våra boende känner sig säkra och trygga på Kattrumpstullen.

Detta gör vi genom uppföljning av inträffade händelser och insamling av synpunkter som behandlas i olika forum.

Förbättrad förståelse för att använda riskbedömningsmallar som styrdokument i personalgrupperna.

Vi kommer att nå de uppsatta målen för år 2012 genom fortsatt fokus på utbildning i risk- och händelseanalys och dess hantering.

Utbildningsinsatser i inkontinens, näringslära, förflyttningsteknik och undersköterskeutbildning av vårdbiträden.



