

Patientsäkerhetsberättelse för vårdgivare

År 2015

Datum: 2016-02-15
Uppgiftslämnare: Anita Jonsson

Innehållsförteckning

Sammanfattning.....	3
Övergripande mål och strategier.....	4
Ansvarsfördelning	4
Mät och uppföljningsmetod	4
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	4
Uppföljning genom lokal och extern kontroll och jämförelse	5
Samverkan	5
Risikanalys	5
Rapporteringsskyldighet.....	6
Hantering av klagomål och synpunkter	6
Sammanställning och analys	6
Samverkan med patienter och närstående	6
Resultat	7
Övergripande mål och strategier för kommande år	8

Sammanfattning

Riskbedömningar sker regelbundet samt vid nyinflyttning, fallolyckor och förändringar i hälsotillståndet samt följs upp på team möten. Åtgärdsplaner upprättas och följs upp samt att Attendo har infört standardvårdplaner som dokumenteras i Vodok, vårt dokumentationssystem, för att stärka patientsäkerheten. Alla dödsfall registreras i Palliativa registret.

Nutrition, fall och trycksårsbedömning görs vid inflyttning och enligt planering var sjätte månad samt vid behov. Det bidrar till att förhindravårdsskador

Egenkontroll av nattfastan med kostregistrering har skett under ett dygn i två tillfällen under 2015. Detta leder till att några av brukarna får nutritionsåtgärder insatta, tex näringsdrycker. Vi har inte fått några synpunkter eller klagomål från närstående under året som påverkar patientsäkerheten. För klagomål inns ett system hur dessa ska hanteras blanketter finns tillgängliga i éntren på varje våningsplan.

Personalen rapporterar risker, tillbud och allvarliga händelser i mycket hög grad. Rapport sker omedelbart till sjuksköterska och eller verksamhetschef och dokumenteras i vårt system.

Patienter och närstående medverkar vid omvårdnadsplaneringar. Sjuksköterskan kontaktar närstående vid förändringar i hälsotillståndet och kontaktmannen informerar minst en gång per månad samt träffar patienten/ boende nästan dagligen.

Brukare och anhörig får information vid inflyttning om tex risk för fall relaterat till hur man möblerar i lägenheten.

Sammantaget är några av de viktigaste uppnådda åtgärder bland annat kostregistreringarna och de åtgärder som satts in, samt inkontinensutredningarna som gjort att varje brukare får rätt inkontinenshjälpmedel.

Övergripande mål

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

De övergripande målen från föregående år har genomförts. Enkät till MAS har ej genomförts enligt MAS egen önskan då det för närvarande saknas blanketter för det enligt MAS. Antalet trycksador på plats har närapå försvunnit då all personal arbetat i team och förbyggande åtgärder har satts in. Attendos standardvårdplaner används vid varje bedömning. Arbetet med riskanalys vid risk för allvarliga händelser har genomförts enligt rutin gm att identifiera orsak planera åtgärder och följa upp.. Minska frekvensen av registrering av händelserapporter som gäller fallolyckor, läkemedel, trycksador. Projekt inom läkemedelshantering pågår 2016 Riskbedömningar för, trycksador, nutrition och fallolyckor sker vid inflyttning till äldreboendet, vid förändring i hälsotillståndet och fallolyckor samt regelbundet var 6:e månad. Åtgärder och uppföljning dokumenteras i vårdplan. Standardvårdplan används som stöd. Registrering av alla dödsfall på äldreboendet i palliativa registret för att förbättra den palliativa vården har skett enligt planering Abby pain har används i de fall där Sjuksköterskan bedömt att det är nödvändigt att säkerställa smärta.

Ansvarsfördelning

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

Verksamhetschefen har det övergripande ansvaret för patientsäkerhetsarbetet; planering, ledning och egenkontroll.

Verksamhetschefen tar emot alla händelserapporter i det elektroniska systemet ADD.

Verksamhetschef, Sjuköterskor och rehab öppnar det elektroniska systemet ADD tillsammans varje morgon Måndag till Fredag. Direkta åtgärder tas i det skedet för senare uppföljning på kvalitetsmötet..

Vi har Kvalitetsmöten en gång per månad som kvalitetsamordnare leder.

Där undersöker vi på verksamhetsnivå vad händelsen kan bero på .Där kvalitetssamordnare, en representant från våningarna sjuksköterska och arbetsterapeut samt sjukgymnast deltar.

Kvalitetsprotokoll skrivs av kvalitets samordnare.

Om någon är missnöjd med något så hanteras detta direkt av verksamhetschef , blanketter för klagomålshantering och synpunkter finns tillgänglig apå alla våningsplan

Mät och uppföljnings metod

SOfs 2011:9 3kap 2§

I fall vårdskador skulle uppstå dokumenteras det i patientjournalen samt rapporteras i det elektroniska system ADD som sedan sammanställs i företagets statistikmall. Alla uppgifter avseende kvalitetsarbetet samlas i ett analysverktyg, Kvalitetsindex, som anger poäng enligt viktning. I

Kvalitetsindex redovisas allvarliga händelser, antal händelser, utvecklingsprojekt, positiva händelser, brukarenkäter, tillsyn och granskning av kund och myndigheter samt företagets årliga egenkontroll.

Åtgärderna följs sedan upp via Kvalitetsmötets protokoll varje månad och den årliga verksamhetsberättelsen. Deltagarna från våningarna vid mötet återför beslut till kollegor på våningarna

Vi använder även statistik verktyget i ADD för att se när på dygnet händelser uppstått

Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts

SFS 2010:659,3 kap . 10§p1-2

Vi gör riskbedömningar av patient/brukare vid nyinflyttning och därefter var 6:e månad samt vid behov

Åtgärder vidtas och följs upp efter riskbedömningen och dokumenteras i vårdplaner, vilka är evidensbaserade

På kvalitetsmötet följer vi upp alla händelser och kommer med förslag om hur det ska undvikas. Deltagarna på mötet för tillbaka information till våningarna.

Attendos kvalitetsavdelning har infört standardvårdplaner som skrivs dokumentationssystemet Vodok för att stärka patientsäkerheten. Ett flertal av medarbetarna har genomfört Webb baserade utbildningar såsom Demens ABC och Demens fördjupning, Vårdhygienutbildning samt även att Vårdhygien har även varit på plats och utbildat.

Uppföljning genom lokal och extern kontroll

SOSFS 2011:9 , 5kap. 2§

Kundundersökning via enkät, genomförd av Attendo under våren 2015

Jämförelse via Socialstyrelsens brukarenkät 2015

Egenkontroll av bl a patientsäkerhetsarbetet och hygien

Egen granskning av dokumentation i journalsystemet Paraplyet gällande Sol boende har genomförts varje månad. Avtalsuppföljning av Rinkeby-Kista stadsdelsförvaltning med granskning av avtalet alla delar har gjort. Uppföljning av Stockholm stad Miljö och hälsa har gjorts gällande kosthantering och blev godkänt.

Observation utifrån personcentrerad omvårdnad har genomförts av Stockholm stad

Observatörernas sammanfattande intryck var att personalen hade ett ödmjukt bemötande med brukarna och visade även respekt för den äldres vilja och förutsättningar. Tre utvecklingsområden noterades:

Genom utbildning få en mer jämn kunskapsnivå gällande hygienrutiner.

Måltiderna kan utvecklas när det gäller social samvaro genom att personalen sitter med vid matbordet under hela måltiden. Personalen har då möjlighet att vara ett stöd för stunden och bjuda in till samtal.

Genomförandeplanerna kan utvecklas genom att beskriva hur en insats praktiskt ska genomföras utefter det aktuella läget.

Ytterligare en inspektion från Stockholm stad har genomförts. Syftet med inspektionen var att förebygga missförhållanden, sprida information och lyfta fram goda exempel. Fokus låg på Fall, Läkemedelshantering, fysiska och psykiska kränkningar. Ingen kritik.

Kvalitetsindex, företagets system, egen jämförelse varje månad samt med andra enheter.

Dialogmöten och utbildning för all personal avseende värderingar, etik och värdegrund har genomförts i en löpande utbildningsserie under året. Livsmedelshantering, bemötande,

Egenkontroll av nattfasta utfört i februari och november på samtliga boende. Ett dygns mätning

Analys av de inspektioner vi haft utifrån: Hantering av livsmedel och kontroller fungerar bra.

Måltidsituationen kunde förbättras och vi har arbetat med rutiner kring måltiderna och lyckats bra med dem. Inspektionen som syftade till att titta på fall mm blev godkänd.

Samverkan

SOSFS: 2011:9, 4 kap. 6§, 7 kap 3§ p3

De viktigaste processerna är samarbetet mellan samtliga yrkeskategorier

Överenskommelse finns för rapportering vid in- och utskrivning av patient mellan kommun och landsting samt mellan andra vård och omsorgsboenden

I verksamheten har det funnits dagliga möten med rehab personal och vård- och omsorgspersonal. Sjuksköterskorna har våningsmöte en gång per vecka på våningarna.

Utbildning och handledning avseende lyftteknik, gångträning och profylax har genomförts under våren 2015 samt vid behov

Samverkan finns med läkarorganisationen vi Kista vårdcentral. Kvällstid och helger samverkar vi med Attendos Mobila Team

Samverkan sker även via hjälpmedelscentral

Risikanalys

SOSFS 2011:9, 5kap. 1§

Vi gör risk- och händelseanalyser vid allvarliga händelser eller vid risk för allvarliga händelser.

Vissa riskanalyser är säsongsbetonade och ligger på verksamhetsnivå, som exempel vid värme eller kyla. Team möten görs var tredje månad

Våningsmöten 1 gång var fjärde veckan på samtliga våningar då verksamhetschefen möter personalen och sjuksköterska deltar

Verksamhetschefen granskar arbetsskador och tillbud och bedömer risker ur ett patient-perspektiv och vidtar åtgärder.

Kvalitetsgruppen arbetar med att identifiera risker. När en risk har upptäckts görs en riskanalys och åtgärder sätts in och följs upp

Rapporteringskyldighet

SFS 2010:659, 6 KAP, 4§ SOSFS 2011:9 7 Kap, 2§ p5

All hälso och sjukvårdspersonal har *skyldighet* att rapportera missförhållanden eller risk för missförhållanden.

Detta skall göras omgående. Den person som upptäcker ett *allvarligt missförhållande eller risk för* ska genast anmäla det till sin verksamhetschef eller dennes ställföreträdare. Det är verksamhetschefen i sin tur som är skyldig att händelsen utreds. Händelsen utreds av person utanför verksamheten. Händelsens dokumenteras i det elektroniska systemet ADD och åtgärder vidtas, skuldköterska kontaktas alltid

Sjuksköterskorna och rehab personal diskuterar händelserapporten med våningspersonalen,

Vid fall skriver arbetsterapeuten/sjukgymnasten in åtgärder och göra en fallanalys.

Teammöte sker löpande var tredje månad, händelserapporterna hanteras fortlöpande för utredning, analys och åtgärd

En gång i månaden har Kvalitetmöte då handhas alla händelserapporter. Där deltar verksamhetschefen, kvalitetsamordnare samt ett kvalitetsombud från varje våning, sjuksköterska och rehab personal. Kvalitetssamordnaren håller i mötet och skriver ett protokoll i ADD samt när uppföljning ska göras och av vem.

På kvalitetsmötet talar vi om vad som hänt och hur vi ska undvika att det händer igen. Vi jämför antalet händelser månadsvis.

Föregående månads protokoll hanteras och föreslagna åtgärder följs upp bl a via dokumentation i Vodok i enskilda ärenden. Resultatet ska skrivas in i protokollet som skickas till kvalitetsutvecklaren. Kvalitetssamordnaren informerar sedan också på Arbetsplatsträffen varje månad

Synpunkter och klagomål

SOSFS 2011:9, 5kap. 3§, 7 kap 2 § p6

Vår kund, Rinkeby-Kista stadsdelsförvaltning och regionchefen informeras omgående.

Inom fem dagar har verksamhetschefen gjort en utredning och handlingsplan som återförs till närstående, boende, myndighet, kvalitetsutvecklaren, regionchef och Rinkeby-Kista stadsdelsförvaltningen

Utredningen beskriver klagomålet/ synpunkten, bakgrund, förlopp, orsak och åtgärder på kort och lång sikt. Ansvarig för åtgärden anges. Nytt datum anges för slutlig återkoppling av resultatet av åtgärden. Sammanställningen sker i företagets eget analysverktyg, Kvalitetsindex, samt i årsmallen för statistik som finns med vid varje Kvalitetsrådsmöte.

Återkoppling till personalen sker vid arbetsplatsträffar, kvalitetmöte och våningsmöten.

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9 5KAP.6§

Sammanställningen sker i företagets eget analysverktyg, Kvalitetsindex. Genomgång sker varje månad på enhetsmötet med regionchefen. Kvalitetsutvecklaren för regionen sammanställer uppgifterna till Kvalitetsindex och har särskild kompetens för att vara en resurs för verksamhetschefen avseende analys, bedömning och åtgärd. En årsrapport fylls i löpande per månad och ger samlad överblick. Samverkan med patienter och närstående

Närstående och patient/ boende deltar i omvårdnadsplaneringen. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska kontaktar närstående vid varje förändring av hälsotillståndet. Kontaktmannen har samtal minst en gång per månad med närstående och träffar patienten/ boende nästan dagligen.

Samverkan med brukare och närstående

SFS 2010:659 3 kap 4§

Vid inflyttning bjuds närstående/godeman in till vårdplanering. Ex vid fall diskuteras möblering med brukaren och närstående samt förslag till att minska risker för fall. I de fall brukaren önskar. Om vårdskada skulle uppstå skall brukaren och närstående bjudas in till att delta i händelseanalysen

Resultat

SFS2010: 659, 3kap.10§ p 3

Målet att utveckla vården i livets slutskede har nått..

Avslutssamtal görs vid samtliga dödsfall. Brytsamtal genomförs inför uppstart av vård i livets slutskede. Sjuksköterskorna arbetar enligt LCP metoden. Vårdplaner upprättas vid vård i livets slutskede

Läkemedelsavvikelser ligger konstant hög under 2015. Händelserapporter följs upp och granskas dels vid registreringen och vid kvalitetsmötet. På kvalitetsmöte genomförs en analys utifrån händelsegrupper och förslag på åtgärder tas. Dessa följs upp på kommande kvalitetsmöte. Målet att utveckla rehab personalens dokumentation har nåtts. Dokumentation sker med kontinuitet.

Övergripande mål och strategier för 2016

Patientsäkerhetsarbetet mål 2016	Strategier 2016
Fortsätta registrering av händelserapporter som gäller fallolyckor, läkemedel, trycksador och medicintekniska produkter samt kostleveranser	Arbeta inriktat på analys och åtgärder vid kvalitetsmötet
Riskbedömningar för fallolyckor, trycksador och nutrition vid inflyttning till äldreboendet samt vid förändring i hälsotillståndet och fallolyckor.	Använder standardvårdplaner vid dokumentation Sjuksköterskan har våningsmöte 1g/v med sin våning Teammöten sker var 3dje månad för bedömning och åtgärder av ex fortsatta skyddsåtgärder
Öka kunskapen om förebyggande åtgärder för trycksår	Fortsatt handledning av Sjuksköterskor och Rehab personal
Minimera risker för allvarlig personskada	Verksamhetschefen och kvalitetsmötet gör risk- och händelseanalys
Uppföljning a hälso och sjukvård görs av Attendos MAS	Verksamhetschefen och personal medverkar i tillsynen av hälso- och sjukvården
Ny start för ledningsgrupp	Där skall Verksamhetschef 1 sjuksköterska och en rehab personal ingå samt en undersköterska från varje våning. Skriva protokoll vid varje möte. Utarbeta en ny dagordning med fasta punkter kopplat till patientsäkerhet.
Minska antalet läkemedels avvikelser	Projekt uppstartat 2016 Ny kunskaps test inför uppdatering av delegering. Sjuksköterskorna skall arbeta individuellt med stöd till personal
Utveckla den palliativa vården och övrig omvårdnad där smärta ingår	Använda metoden Abbey Pain Scale, för smärtskattning
Läkemedelsgenomgång	Sker i samarbete med Kista vårdcentral 1g/år samt vid behov