



Patientsäkerhetsberättelse för Ekeby och Paradsängens Gruppboheter.

År 2017

Datum och ansvarig för innehållet
180212 Nina Dahlgren

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Övergripande mål och strategier	4
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	4
Struktur för uppföljning/utvärdering	5
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	6
Uppföljning genom egenkontroll	6
Samverkan för att förebygga vårdskador	7
Riskanalys	7
Informationssäkerhet	8
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	8
Hantering av klagomål och synpunkter	9
Samverkan med patienter och närstående	9
Sammanställning och analys	9
Resultat	10
Övergripande mål och strategier för kommande år	10

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. SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

Sammanfattning

De viktigaste åtgärderna som vidtagits för ökad patientsäkerhet är:

- Enhetschef, biträdande enhetschef och samordnare har regelbundet genomfört kontroll av social dokumentation.
- Ansvarig sjuksköterska har kontinuerligt följt upp delegeringsbeslut.
- Genomgång av avvikelser varje vecka vid personalmöten och APT.
- Egenkontroll sker regelbundet. Patientsäkerhetsarbetet är integrerat i verksamheten.
- Riskbedömningar har genomförts av kontaktpersoner och sjuksköterska vid behov. När en risk har identifierats har sjuksköterskan upprättat en hälsoplan.
- Ansvarig sjuksköterska har tillsammans med stödpersoner kontinuerliga uppföljningar utifrån patienternas/brukarnas pågående hälso-, och sjukvårdsinsatser, aktuella instruktioner och ordinationer.
- Läkemedelsgenomgångar sker kontinuerligt i samråd med psykiatriker på öppenvården i Alvik, och allmänläkare på Hässelby vårdcentral – Flera patienter har under året fått sänkta läkemedelsdoser och årskontroller av psykiatriker och allmänläkare, har skett löpande under året.
- Avvikelse rapporteringen har skett enligt stockholmstads riktlinjer, under 2017. Medarbetare eller sjuksköterska skriver en avvikelse som sedan följs upp av enhetschef och/ eller sjuksköterska. Åtgärder dokumenteras i VODOK, ParaSol eller IA.
- På enheterna finns blanketter för synpunkter/klagomål tillgänglig för alla. Möjlighet att vara anonym finns om man vill. En låda att lägga sina synpunkter finns på respektive verksamhet.
- Boendemöte/ hus möte genomförs en gång i veckan, där synpunkter och klagomål är en stående punkt på dagordningen. Dessa möten är boendes forum för att framföra önskemål och förbättringsförslag

Övergripande mål och strategier

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

Övergripande mål för verksamheterna finns beskrivna verksamhetsplanen för Säteritaket, Paradsängen och Ekeby gruppboende 2018. Verksamheten kommer att fortsätta bedriva en god och säker vård, av god hygienisk standard. Den enskilda skall erbjudas trygg, lättillgänglig vård med god kontinuitet och ska präglas av respekt för den enskildes integritet och självbestämmande.

Under 2017 har vi arbetat med följande mål och aktiviteter inom följande område:

Målet för verksamheten har varit att medarbetare skall stödja brukarna i att klara sig så självständigt som möjligt utifrån individuella förutsättningar. Brukaren ska känna att han eller hon har inflytande och självbestämmande och äger sin egen livssituation. Utifrån ett rehabiliterande förhållningssätt får varje person individuellt utformade insatser. En grundläggande målsättning är att förebygga återinsjuknande med inläggning på psykiatrisk vårdavdelning som följd.

Metoden som varit i fokus under 2017 är motiverande samtal, som innebär att få brukaren att känna självförtroende och i slutändan få en bättre självkänsla.

Denna metod är en del i psykiatrisk rehabilitering som vi kommer att fortsätta arbeta med under 2018.

All personal är informerade om gällande riktlinjer och kvaliteten i dokumentationen utvärderas löpande vid tillsyn, egenkontroller etc. Sjuksköterskan för HSL journal i VODOK och medarbetare dokumenterar enligt Sol, i ParaSol. Alla brukare/patienter har en aktuell hälsoplan för att säkra en trygg och säker vård.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Ansvarig sjuksköterska ansvarar för att planera, leda och kontrollera verksamheten så att kravet på en god och säker vård och att en god hygienisk standard uppfylls enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Patienterna ska erbjudas trygg, lättillgänglig vård med god kontinuitet. Vården ska bedrivas med respekt för patienternas integritet och självbestämmande. Vi har 23 tillsvidare anställda som i de flesta fall har mentalskötarutbildning och flera medarbetare har andra utbildningar som socionom, behandlingspedagog och undersköterska. Flera medarbetare har

specifika ansvarsområden som samordnare, kulturombud, brandombud och kostombud för att förbättra och säkra verksamheternas kvalitet med enhetschefen. Vid olika forum tas speciella frågor upp vid personalmöten och APT, två planeringsdagar, boende/husmöten en gång i månaden. Vi har en kontinuerlig egenkontroll för att säkra en hög kvalitet i verksamheten. Enhetschef, biträdande enhetschef, samordnare och sjuksköterska har gemensamt möte en gång i veckan och vid APT deltar sjuksköterskan. Ansvarig sjuksköterska har under 2017 påbörjat en specialist utbildning i psykiatriskomvårdnad.

Enhetschefen ansvarar enligt hälso- och sjukvårdslagen för att verksamheten bedriver ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete så att kraven på en god och säker vård uppfylls. Patienterna ska erbjudas en trygg, lättillgänglig vård med god kontinuitet. Vården ska bedrivas med respekt för patientens integritet och självbestämmande.

Enhetschefen har det löpande ansvaret för att verksamheten uppfyller de krav som MAS ställer utifrån att den enskilde ska tillförsäkras en god och säker vård. Enhetschefen ansvarar för att vården drivs utifrån gällande lagar, föreskrifter och rutiner fastställda av MAS. I ansvaret ingår att se till att resursanvändning och bemanning är optimal samt att anmäla hälso- och sjukvårdspersonal som utgör en patientsäkerhetsrisk till IVO.

MAS har ansvaret för patientsäkerhetsarbetet utifrån Hälso- och sjukvårdslagen och patientsäkerhetsförordningen. Genom årlig kartläggning följer MAS upp kvalitetsindikatorer i hälso- och sjukvården och redovisar dessa till verksamhetens ledning.

Hälso- och sjukvårdspersonalen ansvarar för att hälso- och sjukvårdsarbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet samt att inom ramen för verksamhetens ledningssystem medverka i det systematiska kvalitetsarbetet. De ska även medverka i patientsäkerhetsarbetet och är skyldiga att rapportera risker samt negativa händelser som inträffar i samband med vård och behandling. Omsorgspersonal har skyldighet att följa de riktlinjer och rutiner som styr hälso- och sjukvården. De ska medverka i patientsäkerhetsarbetet och rapportera risker samt negativa händelser som inträffar i samband med vård och behandling. Omsorgspersonal som genom delegering utövar hälso- och sjukvårdsuppgifter är skyldiga att följa lagar och regler samt rutiner som finns upprättade i verksamheten för att medverka till en hög patientsäkerhet.

Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Uppföljning och utvärdering sker på olika nivåer, på individnivå

verksamhetsnivå och ledningsnivå:

Individnivå: Genom att jobba förebyggande med riskanalyser och upprätta hälsoplaner där risk föreligger.

Verksamhetsnivå: Vi registrerar i avvikelssystem där samtliga avvikelser och risker registreras och analyseras i syfte att förhindra återupprepning, vilket sker i IA och i Stockholms Stads paraplysystem.

Lednings nivå: Alla medarbetare har kunskap om verksamhetens rutiner för rapportering av avvikelser och har skyldighet att rapportera och direkt åtgärda en händelse. När avvikelserna bedöms allvarliga rapporteras detta direkt till enhetschefen som i sin tur tar ställning om överordnad chef och uppdragsgivaren ska informeras omedelbart. Om det är en allvarlig hälso- och sjukvårdsavvikelse tas direkt kontakt med kommunens MAS. Avvikelseuppföljning har skett vid personalmöten och APT. Vid dessa forum har sjuksköterska och medarbetare uppföljning kring hälso- och sjukvårdsinsatser.

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

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Under året har patientsäkerhetsarbetet bedrivits genom ett aktivt arbete med att rapportera händelser och systematiskt följa upp dessa i verksamheten. Regelbundna genomgångar med sjuksköterska och personal gällande brukarnas/patienternas hälsa har genomförts.

Regelbundna genomgångar med ansvarig psykiatriker och allmänläkare har genomförts under året. Sjuksköterskan har deltagit på alla vårdplaneringar som genomförts under året.

Samtliga medarbetare som har fått delegering, förnyas och ses över en gång per år och alla medarbetare har fått genomgång av Lex Maria och Lex Sarah.

Uppföljning genom egenkontroll

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

Granskning av social dokumentation har skett kontinuerligt vid personalmöten och APT där enhetschef, biträdande enhetschef och medarbetare har granskat journalanteckningar och resonerat om hur och vad som dokumenterats (att journalanteckningarna är tillräckliga, väsentliga). Återkoppling till ansvarig kontaktperson har skett vid behov, och individuellt vid medarbetarsamtal. Syftet med egenkontrollen är att identifiera områden för förbättringsarbete i verksamheten. HSL dokumentationen har granskats av dokumentationsansvarig på Stockholmsstad. Inga avvikelser i dokumentationen.

Under 2017 har vi arbetat aktivt med förhållningssätt. Då målet i våra

verksamheter är att stödja patienterna/brukarna till högre grad av delaktighet av verksamhetens utveckling och i samhället. En granskning av läkemedelshanteringen har genomförts av Apoteket vid Ekeby gruppbostad. Inga avvikelser noterades. Inga fall har gått vidare till patientnämnden.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

I verksamheten ingår tillgång till hälso- och sjukvård av sjuksköterska i verksamheten 40 timmar i veckan. Kvällar, nätter och helgdagar finns jour-sjuksköterska tillgänglig, via Care Team. Samverkan med Landstingets psykiatri finns och under året har ett möte hållits. Överenskommelse finns med Hässelby vårdcentral gällande somatiska åkommor och med läkarinsats vid behov. Då vi endast har ansvar upp till sjuksköterskenivå, följer vi kommunens avtal med läkare. Vi använder oss av vårdcentral, psykiatrisk öppenvård samt akuta vårdinrättningar vid behov. Vi verkar för att genomföra lagstadgade läkemedelsgenomgångar. Vi har avtal med godkända leverantörer och ett systematiskt arbetssätt i handhavande av medicinsk tekniska produkter. Vi har avtal med tandvårdsenheten för att erbjuda nödvändig tandvård samt utbildning till personal i mun och tandvård. Enhetschef, biträdande enhetschef och sjuksköterska har haft kontakt med kommunens MAS när det funnits behov för det. Kvalitetsråd har under 2017, implementeras, tillsammans med MAS. Omvårdnadsåtgärder skall föregås av hälsoplaner med mål och delmål. Denna hälsoplan skall personal arbeta utifrån. Sjuksköterskan följer upp resultat som dokumenteras i journal VODOK. Under året har 65 hälsoplaner upprättats. Samtliga patienter/brukare ska ha hälsoplaner, där det finns behov av det.

Risikanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Enhetschefen ansvarar för att tänkbara och uppkomna säkerhetsrisker ska identifieras, analyseras, bedömas och följas upp. Detta innebär en systematisk användning av tillgänglig information för att identifiera riskkällor.

Säkerhetsanalys genomförs vid behov inom befintlig verksamhet. Riskanalyser görs när förändringar planeras i verksamheten. Vi har under 2017 gjort riskanalyser både på verksamhetsnivå och på individnivå. Samtliga patienter/brukare har dokumenterade riskbedömningar inom relevanta områden. På verksamhetsnivå har 2 riskbedömningar gjorts utifrån förändringar i verksamheten.

Riskbedömningar görs strukturerat samt vid förändringar i patientens/brukarens hälsa. Dessa görs gemensamt med kontaktperson och sjuksköterska. När risk har identifierats har en hälsoplan upprättats i VODOK. Ansvarig för detta är sjuksköterskan. Sjuksköterskan gör fortlöpande riskanalyser i VODOK. Som risk för vård skador räknar vi bland annat:

Brister i läkemedelshanteringen, hot och våld, suicidrisk, nutritionsproblem (över- och undervikt), läkemedelsbehandling och biverkning till följd av läkemedelsbehandling, medicinändringar, försämring i psykiatrisk status, somatisk sjukdom.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Verksamheten följer Socialstyrelsen bestämmelser om informationssäkerhet och informationsöverföring.

Verksamheten följer även Stockholmsstads stadsövergripande policy, avseende skyddade av personuppgifter.

All information gällande journaler och patientuppgifter, förvaras i låsta, brandsäkra arkivskåp. Dessa är endast tillgängliga för ansvarig sjuksköterska.

Beställningar och genomförandeplaner är även dessa inlåsta i brandsäkert arkivskåp, och endast tillgängligt för personal i verksamheten.

Personuppgifter gällande personal är inlåsta i brandsäkra arkivskåp och endast tillgängliga för enhetschef, biträdande enhetschef samt samordnare.

Granskning av journalföring i Vodok av ansvarig sjuksköterska och i Parasol av boendestödjare granskas regelbundet av enhetschef, biträdande enhetschef samt samordnare.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Alla medarbetare har kunskap om Stockholm Stads rutiner för rapportering av avvikelser ska ske, och deras skyldighet att rapportera och direkt åtgärda en händelse. När avvikelser bedöms allvarliga rapporteras detta direkt till enhetschef som i sin tur tar ställning om överordnad chef och uppdragsgivaren ska informeras omedelbart. Om det är en allvarlig hälso- och sjukvårdsavvikelse tas direkt kontakt med kommunens MAS. Detta har inte varit aktuellt under 2017.

Alla identifierade avvikelser som uppkommit i verksamheten, inklusive klagomål/synpunkter från patienter/brukarna har rapporterats, åtgärdats

och följs upp på ett systematiskt sätt.

Genom systematisk analys och uppföljning av avvikelser ökar personalens kunskap om risker i hälso- och sjukvården. När kunskap om risker finns, ökas även kunskapen om hur dessa kan minimeras och förebyggas. Vid allvarliga avvikelser och/eller regelbundet återkommande avvikelser av samma karaktär genomförs alltid en händelseanalys.

Klagomål och synpunkter

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

Klagomål/synpunkter från patienter/brukare och uppdragsgivare som påvisar brister i verksamheten är en viktig informationskälla för oss för att få veta om hur våra tjänster upplevs samt hur vi går vidare med vårt förbättringsarbete.

Klagomål kan tas emot skriftligt och muntligt. Blanketten för klagomålshantering används.

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Målet är att samtliga patienter där sjuksköterskan ordinerar omvårdnadsåtgärder skall föregås av hälsoplaner med mål och delmål. Denna ska samtlig personal arbeta utifrån. Sjuksköterskan följer upp resultat som dokumenteras i journal.

Patienter/brukare ska ges möjlighet att ge synpunkter och delta i patientsäkerhetsarbetet. Brukarna har getts möjlighet att delta vid deras vårdplanering samt även anhöriga när samtycke har getts.

Vid behov och/eller enligt önskemål kontakter sjuksköterska patienter/brukare och närstående

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §

Klagomål och synpunkter tas upp i samband med boendemöten. Vid de mötena förs anteckningar och finns tillgängliga för samtliga boende/patienter.

Vid personalmöten har vi diskuterat inkomna synpunkter, klagomål och avvikelser. Dessa tas sedan upp vid kommande APT som efter åtgärder stängs.

Vid avvikelser som klagomål från boende och anhöriga för vi en diskussion och analyserar om vårt förhållningssätt kan ha bidragit till klagomålet. Vi ser det som ett lärande och ett viktigt

förbättringsområde. Vi kommer ytterligare se över våra rutiner gällande avvikelser.

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Strukturmått - För att uppnå målen för 2017 arbetade vi med att göra nya rutiner och ett ledningssystem för verksamheten.

Processmått - Rutiner gällande läkemedel har uppdaterats och utbildningar genomförts.

Resultatmått –

- Tydlig återkoppling gällande avvikelser har medfört högre grad av medvetenhet hos medarbetare om patientsäkerhet.
- Ett försök till suicid, som med omsorgspersonalens snabba insats fick en lycklig vändning.
- Inga vårdskador som kan relateras till trycksår, fall eller nutrition har identifierats.
- 7 patient/brukare har varit inlagd vid sjukhus för somatisk eller psykiatrisk tillstånd.

Övergripande mål och strategier för kommande år

- Vi kommer ha fokus på dokumentation i ParaSoL, bland annat vad som ska framgå av genomförandeplaner och journalanteckningar genom egen lokal kontroll var tredje månad.
- Kvalitetsgrupp som består av enhetschef, biträdande enhetschef och kvalitetsombud, kommer ha uppföljningar av dokumentation, möten en gång i månaden.
- Vid olika personalmöten och APT diskuterar vårt förhållningssätt till praktiska exempel som exempelvis vid avvikelser och aktuella rutiner.

-
- Riskanalys på individ och verksamhetsnivå. Vid inkomna avvikelser analysera vad som kan ha bidragit till en avvikande händelse vilket sker vid personalmöten och APT. Vid förändring i verksamhet identifiera risker. Kvalitetsgruppen kommer utveckla en struktur för uppföljning av avvikelser.
 - Om/när en patientsäkerhetsrisk identifierats skall det finnas en vårdplan kopplad till risken.
 - Öka boendes inflytande och delaktighet med att de bland annat får information om det utbud som finns i samhället och de kulturevent som erbjuds. Sjuksköterskan har kontinuerlig genomgång och uppföljning av delegeringsbeslut.
 - Att medarbetare får nödvändig information som berör boende/patient.
 - Öka kompetensen om speciella sjukdomstillstånd till medarbetare.
 - Ansvarig sjuksköterska kommer under 2018, att implementera Senior Alert, ett nationellt kvalitetsregister och ett verktyg för att stödja vårdprevention, prevention för äldre personer som riskerar att falla, få trycksår, minska i vikt, utveckla ohälsa i munnen och/eller har problem med blåsdysfunktion.