



Patientsäkerhets- berättelse för vårdgivare

År 2014

Carina Stenbaek
Verksamhetschef

Innehållsförteckning 2

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
Samverkan för att förebygga vårdskador	7
Riskanalys	7
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	8
Klagomål och synpunkter	8
Sammanställning och analys	8
Samverkan med patienter och närstående	9
Övergripande mål och strategier för kommande år	9

Sammanfattning

För att öka patientsäkerheten och de boendes delaktighet i sin vård och omsorg på Dianagården har hälso- och sjukvård och omsorgspersonalen bedrivit sitt arbete utifrån ett hälsofrämjande och riskförebyggande synsätt.

Med hjälp av resultat från riskbedömningar har personalen vidtagit åtgärder, som följts upp och vid behov ändrats för att minimera de boendes risker för undernäring, fallolyckor och trycksår. Personalen har rapporterat avvikelser som inträffat i verksamheten. Avvikelser, de boendes och närståendes synpunkter och klagomål har bedömts och analyserats i verksamhetens kvalitetsråd samt uppföljning på arbetsplatsträffar. Vid behov har åtgärder vidtagits av personalen och verksamhetschefen för att förbättra kvaliteten och säkerheten av vården och omsorgen. Återkoppling till de boende och närstående om kvalitetsrådets beslut har skett skyndsamt enligt rutinerna. Ingen känd smittspridning har skett under året, ingen anmälan enligt lex Maria är gjord. Vi registrerar i och använder oss av kvalitetsregistret Svenska Palliativa registret.

Verksamhetschefen har stöttat personalen i kvalitets-, säkerhets- och utvecklingsarbetet för en god och värdig vård och omsorg för de boende. MAS och MAR har upprättat regler för hälso- och sjukvården inom sina respektive ansvarsområden samt genom möten introducerat dem för hälso- och sjukvårdspersonalen.

Vid inflyttningen har den omvårdnadsansvariga sjuksköterskan och kontaktmannen stöttat den boendes förmåga att uttrycka sin önskan om hur vården och omsorgen ska genomföras för att uppnå bästa möjliga välbefinnande och livskvalitet. Inom två veckor efter inflyttning skrivs en genomförandeplan då görs även en riskanalys. För att bättre uppmärksamma och förstå den boendes önskningar och behov, prioriterar personalen den närståendes medverkan.

Nattpersonalens rutiner är att varje natt servera energi och proteinförstärkt dryck till alla boende som önskar och är vakna, det är en mycket föredömlig metod för att förhindra för lång nattfasta. Genom egenkontrollen har sjuksköterskorna följt upp de boendes intag av nattmål via signeringslistor. Kontinuerliga viktkontroller av boende är gjorda, läkemedelshanteringen rapporterats.

Övergripande mål och strategier

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

Dianagårdens patientsäkerhetsarbete utgår ifrån hälso- och sjukvårdslagen, patientsäkerhetslagen och andra berörda lagar och förordningar samt berörda föreskrifter och allmänna råd från Socialstyrelsen.

Strategier

På Dianagårdens vård och omsorgsboende bedrivs ett systematiskt arbete med att förebygga undernäring, fallolyckor och trycksår och riskbedömningar inom dessa områden görs minst en gång per år. Alla avvikelser, synpunkter och klagomål bedöms och analyseras i verksamhetens kvalitetsråd, multiprofessionella möten, avdelningsmöte och arbetsplatsträffar. MAS genomför en uppföljning av verksamhetens hälso- och sjukvård en gång per år. MAR följer samtidigt upp rehabiliteringen och sina ansvarsområden av medicintekniska produkter och fallprevention.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Stadsdelsnämnden har det yttersta ansvaret för en god och säker hälso- och sjukvård inom nämndens verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård.

Verksamhetschefen för hälso- och sjukvård 29 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) ansvarar för att

- verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet
- vården är av god kvalitet och kostnadseffektiv
- upprätta ett lokalt kvalitetsledningssystem med rutiner som implementeras och tillämpas i verksamheten
- enhetschef och samtlig personal inom berörd verksamhet informeras om MAS och MAR regler
- lokala rutiner upprättas utifrån MAS/ MAR regler
- identifiera risker, problem och resurser i verksamheten med åtföljande åtgärder och förstärkningar
- genom egenkontroll följa upp och utveckla kvaliteten och ett forum för kvalitetsarbete samt formulera kvalitetsmål
- personalen har rätt kompetens och att kompetensen upprätthålls och utvecklas

Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska (MAS) bevakar att hälso- och sjukvårdens kvalitet och säkerhet upprätthålls i särskilda boenden och dagverksamheter.

Medicinskt Ansvarig för Rehabilitering (MAR) ansvarar inom de områden som i huvudsak berör rehabilitering.

Hälso- och sjukvårdspersonalen ansvarar förutom sitt sedvanliga yrkes- och befattningsansvar dessutom för att

- inom sitt yrkesutövande följa de regler och rutiner som finns inom verksamhetens hälso- och sjukvård och omsorg
- rapportera och dokumentera avvikelser eller risk för avvikelse/vårdskada samt utreda, åtgärda och följa upp avvikelsen
- delta i riskinventering, förbättrings- och utvecklingsarbete
- delta i upprättande av det lokala kvalitetsledningssystemet
- delta i egenkontrollen för att följa upp att verksamheten uppfyller hälso- och sjukvårdslagens och andra tillämpliga lagars och föreskrifters intentioner

Rehabiliteringspersonalen ansvarar inom sina respektive yrkesområden

- . ADL bedömningar
- . delegering till vårdpersonalen att träna boende
- . träning
- . förskrivning av hjälpmedel
- . säkerhetskontroller av teknisk apparatur
- . ansvar för att förflyttningsteknik finns hos all personal

Omsorgspersonalen ansvarar för att följa hälso- och sjukvårdspersonalens ordinationer och instruktioner gällande de boendes/patienternas vård och omsorg samt genom delegering genomföra hälso- och sjukvårdsuppgifter enligt berörda lagar, föreskrifter, regler och rutiner och medverka till en hög patientsäkerhet.

Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen

En kvalitetsgranskning av verksamhetens läkemedelshantering genomförs av legitimerad specialistutbildad farmaceut för att säkra hanteringen av de boendes läkemedel och deras läkemedelsbehandling utifrån läkarens ordinationer.

Tvårprofessionell samverkan på våningsplanen i verksamheten

Varje vecka har verksamheten tvårprofessionella team möten på varje våningsplan där omvårdnadsansvarig sjuksköterska, kontaktmannen och rehabiliteringspersonalen deltar. Syftet med mötena är att varje boendes resurser, eventuella risker och problem ska uppmärksammas, åtgärdas och följas upp med fokus på den personcentrerade vården och omsorgen.

Verksamhetschefens dagliga möten med all personal

Verksamhetschefen har som rutin att varje morgon träffa både omsorgs- och hälso- och sjukvårdspersonalen ute på varje våningsplan för att lyssna och vid behov stödja dem i vård- och omsorgsarbetet. Dessa möten bidrar till verksamhetschefens kvalitetssäkring av det lokala kvalitetsledningssystemet och viktig kännedom om de boendes och personalens vardag.

Kvalitetsråd

Verksamheten arbetar med egenkontroll genom sitt tvårprofessionella kvalitetsråd som består av kvalitetsombud från varje våningsplan, sjuksköterskor, rehabiliteringspersonal och verksamhetschefen. De träffas varannan månad och bedömer alla avvikelser, klagomål och synpunkter samt vidtar åtgärder vid behov och följer upp detta. Återkoppling sker till berörd personal, boende och närstående samt på APT arbetsplatsträffar. Genom att deltagarna i kvalitetsrådet hanterar alla avvikelser arbetar de också med analyser och försöker identifiera dolda risker och mönster för att kunna vidta rätt åtgärder och förbättra säkerheten och kvaliteten för de boende.

Årlig uppföljning av MAS/MAR

Varje år genomför MAS och MAR en omfattande uppföljning av hälso- och sjukvården och ansvarsområden inom rehabilitering, medicintekniska produkter och fallprevention.

MAS och MAR använder som uppföljningsinstrument kommunfullmäktiges stadsövergripande mall och kvalitetsindikatorer

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

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Under 2014 har verksamheten arbetat med kontinuerligt patientsäkerhetsarbete, har därför fokuserats på att bygga upp en kompetent bemanning i sjuksköterskegruppen 4 nya sjuksköterskor, dagtid har rekryterats. Sjukgymnastens och arbetsterapeutens arbetsområden har förtydligats med fokus på yrkes- och befattningsansvaret. För att öka omsorgspersonalens delaktighet och engagemang har olika arbetsgrupper bildats inom områdena kost, inkontinens, hygien och aktiviteter.

Kvalitetsråd arbetar tillsammans med representant av undersköterska eller vårdbiträde från varje boendeenhet, omvårdnadsansvariga sjuksköterskor, rehabiliteringspersonal samt verksamhetschefen. Rådet träffas sex gånger per år och alla avvikelser, synpunkter och klagomål bedöms, analyseras, åtgärdas

samt följs upp. Återkoppling sker till övrig berörd personal på team möten. Viss återkoppling om specifika händelser och beslut sker på arbetsplatsmöten. De boende och deras närstående får också återkoppling på för dem berörda delar från kvalitetsrådet genom sjuksköterskans eller verksamhetschefen. Dokumentation pågår kontinuerligt i journalhantering i VODOK av hälso-sjukvårdspersonal. Övriga incidentrapporter registrerar i programmet Risk.

MAS kontaktas omedelbart vid allvarlig vårdskada och för rapportering och konsultation i olika avvikelsefrågor.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

I verksamheten samverkar alla personalkategorier i tvärprofessionella team kring den boende för att stärka de individuella resurserna och förebygga vårdskador.

Verksamheten samverkar med landstingets tandvårdsenhet gällande de årliga kostnadsfria munhälsobedömningarna för alla boende på Dianagården av legitimerad tandhygienist. OAS utfärdar också tandvårdsstödsintyg i landstingets dataprogram U-symfoni för boende med behov av nödvändig tandvård.

Risikanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Vid förändringar i organisationen, till exempel bemanningen eller arbetstider, gör verksamhetschefen en riskanalys.

Inför varje års sommarbemanning upprättar verksamheten en riskanalys.

Hälso- och sjukvårds- och omsorgspersonalen arbetar dagligen med riskbedömningar för att förebygga vårdskador för de boende framförallt inom områdena nutrition, fallolyckor och trycksår. De boende och deras närstående är viktiga samarbetspartners i detta arbete. Ut och inskrivning på boendet, läkemedelshantering och förflyttningsteknik är områden med många aktiviteter som utförs av olika personalkategorier som ska samverka för att den boende ska få en säker vård och omsorg. All personal har fått utbildning av sjukgymnasten eller arbetsterapeuten i förflyttningsmetodik och utbildning i läkemedelshantering av sjuksköterskorna. Sjuksköterskorna är noga med att inhämta information från slutenvården och primärvården vid den boendes in- eller utskrivning framförallt en uppdaterad läkemedelslista. Sjuksköterskor uppdaterar omsorgspersonalens delegeringar och följer upp personalens kunskaper om den delegerades medicinska arbetsuppgifter.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Hälso- och sjukvårdspersonalen rapportera till verksamhetschefen och MAS/MAR vid risk för vårdskada samt händelser som har medfört eller hade kunna medföra en vårdskada för den boende. Verksamhetschefen är skyldig att utreda händelser eller risker som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada för den boende.

Hur personalen på Dianagården rapporterar avvikelser och hur dessa sammanställs, analyseras och återkopplas finns beskrivet under ovan rubrik Uppföljning genom egenkontroll. Statistik på personalens rapporterade i journalsystemet, avvikelser finns i avvikelsemodulen i VODOK. Åtgärder och uppföljning av eventuella sår, smärtor bristande läkemedelshantering eller andra konsekvenser av till exempel fallolyckor är dokumenterade i journalen under Status och under Åtgärder. Uppföljning dokumenteras i ett nytt Status. Arbetet med verksamhetens avvikelser sker dels i det tvärprofessionella team arbetet som beskrivits enligt ovan och i verksamhetens Kvalitetsråd.

Klagomål och synpunkter

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

Äldreomsorgen har en rutin i sitt ledningssystem som beskriver hur klagomål och synpunkter ska hanteras

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §, 7 kap.2 §

Alla synpunkter och klagomål som kommer från den boende, närstående, myndigheter, landstinget eller andra verksamheter hanteras skyndsamt av verksamhetschefen som bekräftar mottagandet av synpunkten/klagomålet samt initierar en utredning med berörd personal. MAS blir alltid inkopplad i hälso- och sjukvårdsfrågor.

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Vid inflyttningen har den omvårdnadsansvariga sjuksköterskan (OAS) och kontaktmannen ett välkomstsamtal med den boende och dennes närstående. En informationsfolder överlämnas om enheten och våningsplanet och i vilken det bland annat framgår till vem den boende och dennes närstående ska vända sig med olika frågor. OAS gör en preliminär bedömning av den boendes behov och önskemål av vården och frågar om eventuella allergier, läkemedel och sjukdomar samt vilka önskemål den boende har beträffande mat och måltider. Vid samtalet med den boende använder sjuksköterskan en vetenskapligt beprövad lista med sökord som tillhör den medicinska journalens anamnes och status. Sjukgymnasten bedömer den boendes förflyttningsförmåga och arbetsterapeuten den boendes behov av hjälpmedel-ADL. Kontaktmannen upprättar en temporär genomförandeplan tillsammans med den boende och eventuellt dennes närstående. I samband med detta görs en riskanalys för att säkra omvårdnaden för den boende. Sjuksköterskan och rehabiliteringspersonalen informerar också om fallpreventiva åtgärder som rätt säng, madrass, höft-skyddsbyxor, betydelsen av att helst undvika mattor i sin lägenhet och lösa kablar samt vikten av en bra belysning.

Inom 14 dagar efter inflyttning bjuder OAS in den boende och om boende önskar även den närstående till ett hälsosamtal. Om den boende inte kan föra sin egen talan ska alltid närstående eller legal företrädare delta. Vid mötet deltar alltid den boendes kontaktman och rehabiliteringspersonalen. Samtalet förs utifrån ett hälsofrämjande perspektiv där den boendes resurser är i fokus och den boendes egen syn på sitt hälsotillstånd. Vid mötet diskuteras även de riskbedömningar som OAS genomfört efter inflyttningen gällande den boendes status av nutrition, fallolyckor och trycksår och förslag på planerade åtgärder vid identifierade risker, en riskanalys görs. De standardiserade bedömningsinstrument som OAS använder är:

MNA = Mini Nutritional Assessment, instrument för bedömning av risk för malnutrition.

Norton = Modifierad Nortonskala, instrument för bedömning av risk för trycksår

DFRI = Downton Fall Risk Index, instrument för bedömning av risk för fallolyckor.

Övergripande mål och strategier för kommande år

Utveckla följsamheten vid inskrivning och utskrivnings rutiner för riskbedömningar samt upprättande av rutiner vid identifierad risk.

Fokusera på ICF, senior Alert samt BPSD registret, öka kunskapen i journal och registrering för hälso-och sjukvårdspersonalen.

Personalen skall delta i utbildning i läkemedelshantering samt i vårdhygien.

