

Patientsäkerhetsberättelse för vård och omsorgsverksamheter 2015

2016-02-22

Morvarid Moaven Verksamhetschef för hälso- och sjukvården

Innehållsförteckning

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

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

- Fortsatt utveckling och medverkan i nationella register som Senior Alert och Palliativa registret.
- Förarbetet påbörjades för införande av registrering i kvalitetsregister- BPSD
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd är genomförda på samtliga boende
- Årlig munhälsobedömning enligt tandvårdslagen har erbjudits samtliga boende.
- Sjukgymnaster och arbetsterapeuter undervisar och utbildar samtliga omvårdnadspersonal och sjuksköterskor i att använda liftar och dess tillbehör ergonomiskt korrekt och patientsäkert samt utfärdar lyftkörkort i form av diplom.
- Vidareutveckling av vård i livets slutskede LCP (Liverpool Care Pathway) enligt samverkansavtal med LCP-gruppen, palliativcentrum, stiftelsen Stockholms sjukhem. Ett palliativteam har införts i syfte att systematiskt och fortlöpande utveckla verksamheternas kvalitet som rör frågor om vård i livets slutskede.
- Demenskoncept: För att trygga vår kompetensutveckling på området demens har en arbetsgrupp utsetts för demensvårdsutveckling.
- Måltidskoncept: Ett koncept har skapats för att öka måltidsupplevelsen på äldreboenden. Måltiden ska bli den bästa stunden på dagen.

Patientsäkerheten har följts upp genom

- Extern granskning av Farsta Stadsdelsförvaltning
- Regelbunden genomgång av inkomna avvikelser

Identifiering av risk för vårdskada

- Den som upptäckt att det funnits risk för vårdskada har kontaktat omvårdnadsansvarig sjuksköterska/ enhetschef som har gjort en allvarlighets bedömning av risken samt en bedömning av vidare hantering

Hälso- och sjukvårdspersonal har bidragit till ökad patientsäkerhet genom

- Nutritionsbedömning
- Fallriskbedömning
- Bedömning av risk för trycksår
- Infektionsregistrering på samtliga enheter
- Rapportering av läkemedelsavvikelser
- Fallrapporter
- Rapportering av omvårdnadsavvikelser

Övergripande mål och strategier

Strategi

Öka riskmedvetenheten hos hälso- och sjukvårdspersonal

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbete

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

Stiftelsen Stora Sköndals styrelse har det övergripande ansvaret för all verksamhet.

Direktorn har det verkställande ansvaret för Stiftelsen Stora Sköndals verksamhet och ansvarar gentemot direktionen. Direktorn ger direktiv och säkerställer att ledningssystemet är ändamålsenligt genom att fastställa riktlinjer och övergripande mål för kvalitetsarbete samt följa upp och utvärdera målen.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) styr kvalitet och säkerhet i verksamheten genom att skriva riktlinjer och rutiner för hälso- och sjukvårdsverksamheten. MAS gör även uppföljning av kvalitet och säkerhet i verksamheterna.

Verksamhetschef HSL ansvarar för att ta fram detaljerande mål för verksamheten samt säkerställa att ledningssystemets policys, riktlinjer och rutiner är kända och följs.

Det finns tydliga riktlinjer från MAS tillgängliga för sjuksköterskor, fysioterapeuter och arbetsterapeuter (legitimerad personal), som sedan ansvarar för att föra ut riktlinjerna till omvårdnadspersonalen i samarbete med teamchefer och verksamhetschef. All personal är informerad om att hålla sig uppdaterad när det gäller MAS riktlinjer via ledningssystemet.

Struktur för uppföljning och utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2§

- Läkemedelsavvikelser
- Fallrapporter
- Rapportering av trycksår
- Nutritionsbedömning
- Fallriskbedömning vid inflyttning
- Omvårdnadsavvikelser

Avvikelser och risker följs upp kontinuerligt på enheterna. Åtgärdsplaner kan behöva upprättas för den enskilde. Vid behov ses rutiner och instruktioner över och eventuella förändringar görs. Arbetsmetoder kan behöva förändras för att öka patientsäkerheten.

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

SFS 2010:659 3 kap. 10§ p 1-2

Under året har fortlöpande revidering skett av rutiner och instruktioner för Hälso- och sjukvården.

Förändring av sjuksköterskeenheter där verksamhetschef på villa Sköndal och Villa Drevviken tagit över ansvaret för sjuksköterskeenheter på respektive verksamhet. Verksamhetschefen för HSL har ansvaret att leda och utveckla hälso- och sjukvårdsarbetet samt upprätta och förankra lokala instruktioner efter av MAS utfärdade riktlinjer och rutiner på övriga enheter.

Extern revision av verksamheten ha skett under året.

Avtal tecknad med vårdhygien och vårdhygieniska dokumenterade ronder har genomförts på samtliga enheter senast 2014.

Kontinuerlig registrering i nationella register som Senior Alert och Palliativa registret. Detta för att stärka och höja kvaliteten när det gäller riskbedömningar hos våra boende.

Obligatorisk utbildning av samtliga omvårdnadspersonal i lyftteknik.

Påbörjat samarbete med LCP-gruppen, palliativ centrum, Stiftelsen Stockholms sjukhem för att vidareutveckla vården vid livets slut.

Kalibrering av samtliga blodtrycksmanschetter under år 2015.

Införande av demenskonceptet: Teamet träffas regelbundet för att utbyta erfarenheter och kunskaper. Teamet arbetar med att inventera och öka kunskapsnivån samt att skapa gemensamt arbetssätt och rutiner.

Införande av måltidskonceptet som innebär i korthet att hela måltiden ska vara en upplevelse och att de äldre ska få i sig den näring som de behöver.

Inköp av ett antal Mobility Monitor madrasser: dessa madrasser registrerar rörelse och mikroaktivitet när boende är i sängen. Denna information ger verksamheten möjlighet att dokumentera och kvalitetssäkra god vård. Madrassen ger vårdpersonal information som används i olika syfte bland annat om boendes sömnmönster eller för att förebygga trycksår och fallolyckor.

Uppföljning genom egenkontroll

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§, 7 kap. 2§2

På enheterna finns tydliga rutiner gällande avvikelshantering för HSL och SOL. Avvikelse och tillbud har följts upp, analyserats, riskbedömts och åtgärdats på enheterna.

Extern kvalitetsgranskare från Apoteket Farmaci kommer till enheterna en gång per år dock senast 2014.

Fortlöpande uppdatering av rutiner och instruktioner för hälso- och sjukvård.

Vårdhygienronder på samtliga enheter tillsammans med vårdhygien, Stockholms läns landsting.

Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS 2011:9, 4 kap. 6§7 kap. 3§p3

Vi arbetar aktivt med att förebygga att patienter drabbas av vårdskador. Verksamhetschefen utreder händelser i verksamheten som har medfört, eller som hade kunnat medföra en vårdskada, i syfte att utreda händelseförloppet och vilka faktorer som påverkat det, samt ge underlag för förbättringsåtgärder. Även rapporterade klagomål och synpunkter utreds och åtgärdas.

Samverkan finns med läkarorganisationen Trygg Hälsa som har ansvar för läkarinsatserna. Läkare kommer regelbundet till enheterna samt finns att tillgå vid behov.

Avtal finns med Apoteket Farmaci för granskning av läkemedelshantering.

Rutiner finns för rapportering till annan vårdgivare.

Avtal med vårdhygien, Stockholms läns landsting finns och ger möjlighet till utbildning och råd samt stöd i vårdhygieniska frågor.

Risikanalys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 1§

All personalska rapportera risker i avvikelssystemet. Verksamhetschef/ enhetschef är ansvarig för att en analys, bedömning och vid behov åtgärd vidtas.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

SFS 2010:659, 6 kap. 4§och SOSFS

Risker och avvikelser rapporteras i avvikelssystemet. Inkomna avvikelser, risker och tillbud analyseras och bedöms regelbundet. Ansvar ligger på verksamhetschef/enhetschef att ansvara för analys, utredning, bedömning av eventuell åtgärd samt återkoppling till berörda.

Klagomål och synpunkter

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

Klagomål och synpunkter kommer direkt till verksamhetschef/enhetschef, sjuksköterskor eller personal i tjänst.

Beroende på klagomålets karaktär kan mottagaren åtgärda direkt upp till sin kompetens eller lämna ärendet till sin närmaste chef/ sjuksköterska för åtgärd. Ärende som kommer från patientnämnden eller socialstyrelsen hanteras av MAS.

Inkomna klagomål kan av den som utreder aktualiseras enligt lagstiftning, exempelvis Lex Sarah och Lex Maria.

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4§

Vårdplaneringsmöten tillsammans med den boende och om så önskas, närstående genomförs vid inflyttning samt vid behov. Vid mötet deltar representanter från olika yrkesgrupper. Vid inflyttning ges information hur man kan lämna synpunkter och klagomål, samt information om boenderåd och anhörigråd.

Resultat

SFS 2010:659 3 kap. 4§

Munhälsobedömning har erbjudits samtliga boende.

Avtal med vårdhygien, Stockholms läns landsting har trätt i kraft.

Kontinuerlig registrering i nationella register som Senior Alert och palliativa registret.

Övergripande mål och strategier för kommande år

Inför 2016 har vi för avsikt att fortsätta patientsäkerhetsarbetet som 2015:

Vi kommer att lägga stor vikt vid utveckling av rutiner kring läkemedelshantering och delegeringsförfarandet.

Fortsätta med extern revision av läkemedelshantering på samtliga enheter.

Fortsätta och utveckla kvalitetsledningssystemet för att uppnå en trygg och säkervård och omsorg.

Bättre kunskap i vårdhygieniska frågor i samarbete med Vårdhygien, Stockholms läns landsting.

Kontinuerliga möten med ansvarig läkarorganisation i medicinska frågor.

Fortsätta arbeta med registrering i nationella register, Senior Alert, Palliativa registeret.

Införande av registrering i kvalitetsregister-BPSD på alla demensenheter.

Fortsätta med att utbilda samtliga omvårdnadspersonal i lyftteknik.

Fortsätta att utveckla vården i livets slutskede (Liverpool Care Pathway) med hjälp av LCP-gruppen, palliativt centrum, Stiftelsen Stora Sköndal.