

[Skriv text]

[Skriv text]

[Skriv text]

Veckobo

Patientsäkerhetsberättelse för vårdgivare

År 2016

Datum och ansvarig för innehållet

2017-02-22 / Lisa Hågebrand

Innehållsförteckning

Sammanfattning.....	3
Övergripande mål och strategier.....	3
Mål.....	3
Strategier.....	3
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet.....	3
Struktur för uppföljning/utvärdering.....	4
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet.....	4
Senior Alert.....	4
Svenska Palliativregistret.....	4
BPSD-registret.....	5
ROAG-J.....	5
Kompetensutveckling.....	5
Teamarbete.....	5
Akutkorg.....	5
Uppföljning genom egenkontroll.....	5
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	6
Riskanalys.....	6
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	6
Avvikelser.....	6
Klagomål och synpunkter.....	7
Sammanställning och analys.....	7
Samverkan med patienter och närstående.....	7
Resultat.....	7
Övergripande mål och strategier för kommande år.....	8

Sammanfattning

- Registrering i de nationella kvalitetsregistren Senior Alert, Svenska Palliativregistret och BPSD-registret.
- Årlig munhälsobedömning har erbjudits samtliga boende. Omvårdnadsansvariga sjuksköterskor erbjudit samtliga enskilda riskbedömning för nedsatt munhälsa med ROAG-J.
- Genomfört regelbundna infektionsregistreringar.
- Ökat den interna kompetensen genom utbildningar.
- Teamarbete, där varje person bidrar med sin expertis.
- Akutkorg för snabbt omhändertagande av enskild med försämrat allmäntillstånd.
- Förutom egenkontroller har interna och externa granskningar genomförts.
- Samverkan med externa verksamheter för att säkra patientsäkerheten.
- Strukturerad avvikelserapportering i form av risker, tillbud och negativa händelser.
- Individuellt planeringsmöte främjar den enskildes och dess närståendes delaktighet.
- Fortsatt kvalitetsutveckling planeras 2017, bl.a. genom införande av NVP (Nationell Vårdplan för Palliativ vård).

Övergripande mål och strategier

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

Mål

Ökad patientsäkerhet.

Strategier

Öka kompetensnivån hos omvårdnadspersonalen.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

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

Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Uppkomna vårdskador eller risk för vårdskador framkommer genom Lex Maria-anmälningar.

Genom avvikelserapportering gällande:

- fallincident
- läkemedelshantering
- trycksår, och
- övriga HSL-avvikelser

kan effekt av vidtagna åtgärder för ökad patientsäkerhet, såsom kompetensutveckling, analyseras och följas upp på ett strukturerat sätt,

Infektioner som kräver antibiotikabehandling registreras på av MAS:en utskickad blankett 1 gång/månad, för att uppmärksamma brister och risker i patientsäkerheten.

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

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Senior Alert

Ett teambaserat arbetssätt har börjat användas vid registrering. Medverkande är alltid omvårdnadsansvarig sjuksköterska (OAS), kontaktman (KM) samt arbetsterapeut och/eller fysioterapeut. Detta främjar ett interprofessionellt lärande och en djupare förståelse hos omvårdnadspersonalen varför åtgärder sätts in. Verksamhetens fysioterapeut och arbetsterapeut har under 2016 genomgått intern utbildning i Senior Alert.

Svenska Palliativregistret

Ett teambaserat arbetssätt har börjat användas vid registrering istället för att endast sjuksköterskan fyller i utifrån en dokumentationsgranskning. Medverkande är alltid OAS, omvårdnadspersonal som närvarat vid dödsfallet och/eller KM samt läkare. Detta främjar lärande genom reflektion och diskussion hur den enskildes sista tid i livet blev.

BPSD-registret

Samtliga enskilda på Veckobo är inlagda i Svenskt register för Beteendemässiga och Psykiska Symptom vid Demens (BPSD). Ett teambaserat arbetssätt används vid registrering. Medverkande är alltid OAS, KM, BPSD-administratör samt arbetsterapeut och/eller fysioterapeut. Detta främjar ett interprofessionellt lärande och en djupare förståelse hos omvårdnadspersonalen varför åtgärder sätts in.

ROAG-J

OAS har gått extern utbildning i hur riskbedömningsinstrumentet Revised Oral Assessment Guide – Jönköping (ROAG-J) ska användas. Samtliga enskilda har därefter erbjudits riskbedömning av OAS.

Kompetensutveckling

Intern utbildning, ledd av MAS, inom ämnet demenssjukdom och BPSD-registret. Samtlig omvårdnadspersonal och OAS har genomfört utbildningen.

Ökat den interna kompetensen genom obligatorisk e-utbildning inom basal vårdhygien via Vårdgivarguden. Omvårdnadspersonal och sjuksköterskor genomgått denna och efter klarat provet skrivit ut diplom som verksamhetschefen samlat in.

Arbetsterapeut och fysioterapeut har utbildat samtlig personal som deltar i omvårdnadarbetet i personlyftar och dess tillbehör för ett patientsäkert arbetssätt.

Teamarbete

Teammöte genomförs för varje enskild var 6:e månad, eller oftare vid behov. Vid mötet identifieras risk för vårdskador genom tvärprofessionellt teamarbete och helhetssyn av den enskilde. Planering av individanpassade åtgärder mot gemensamma SMART-mål. Strukturerad uppföljning. Främjar ett interprofessionellt lärande.

Akutkorg

Innehållande blodtrycksapparat, blodsockermätare och temp har iordningsställts för att säkerställa att omvårdnadspersonal kan utföra snabb undersökning vid förändrat allmäntillstånd hos en enskild.

Uppföljning genom egenkontroll

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

Följande egenkontroller har genomförts för ökad patientsäkerhet:

- Avvikelser och tillbud har följts upp, analyserats, riskbedömts och åtgärdats.
- Omvårdnadspersonalens attityder till sitt arbete och utförd egenskattning av kompetensnivå, genom medarbetarundersökning.
- Månatlig granskning av verksamhetens läkemedelsförråd, där utgångsdatum kontrolleras och läkemedel kasseras vid behov.

- Månatlig genomgång av verksamhetens årsplan på gruppmöten, för att säkerställa att teammöten, individuella planeringar eller läkemedelsgenomgångar blir utförda inom planerad tidsram.
- Årlig intern journalgranskning av HSL-dokumentationen utförd av MAS.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Samverkan finns med:

- Apoteket, som utför årlig kvalitetsgranskning av verksamhetens läkemedel från ordination till kassation. 2016 genomförts av farmaceut.
- Hjälpmedelscentralen, som tillhandahåller och levererar riskförebyggande medicintekniska produkter såsom antidekubitusmadrasser och förflyttningshjälpmedel.
- Medicinsk Tandvård Stora Sköndal, som utför årlig munhälsobedömning enligt tandvårdslagen. Samtliga enskilda på verksamheten har erbjudits detta.
- TryggHälsa AB, som har ansvar för läkarinsatserna. Läkare besöker verksamheten 1 gång/vecka eller vid behov. Läkemedelsgenomgång har genomförts på samtliga boende, enligt TryggHälsas rutiner.
- Tidigare/nästkommande vårdgivare. Rutin finns för överrapportering.

Riskanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

All personal är ansvarig att rapportera upptäckta risker, genom registrering av avvikelserapport.

Verksamhetschef är ansvarig för att en analys, bedömning och vid behov åtgärd vidtas.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Avvikelser

HSL-personalen har ökat patientsäkerheten genom avvikelserapportering i form av risker, tillbud och negativa händelser. Avvikelserapporterna har bearbetats strukturerat och lyfts in i verksamhetens handlingsplan om åtgärderna varit övergripande.

Inkomna avvikelser, risker och tillbud analyseras och bedöms regelbundet.

Ansvaret för analys, utredning, bedömning och eventuell åtgärd samt återkoppling till berörda ligger på verksamhetschefen.

Klagomål och synpunkter

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

Inkomna synpunkter och klagomål från enskilda och närstående som haft betydelse för patientsäkerheten har registrerats och bearbetats som en avvikelserapport.

Klagomål och synpunkter inkommer direkt till verksamhetschef, sjuksköterska eller omvårdnadspersonal.

Beroende på klagomålets karaktär kan mottagaren åtgärda direktupp till sin kompetens eller lämna ärendet till sin närmast chef/sjuksköterska för åtgärd.

Ärenden som kommer från Patientnämnden eller Socialstyrelsen hanteras av MAS.

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

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §

Avvikelse och tillbud har analyserats, riskbedömts, åtgärdats samt följts upp.

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

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Vid inflyttning lämnas information muntligt och skriftligt till den enskilde/företrädare och/eller närstående hur man kan lämna synpunkter och klagomål. Även information om anhörigstöd lämnas.

Individuellt planeringsmöte genomförs 1 gång/år eller oftare vid behov. Främjar den enskildes och dess närståendes delaktighet, känsla av trygghet och involverar dem i patientsäkerhetsarbetet.

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Vårdskador 2016 har mätts genom sammanställning av avvikelserapporter.

- Fallincident: 3st
- Läkemedelshantering: 1st
- Trycksår: 1st
- Totalt antal HSL-avvikelse: 7st

Inga Lex Maria-anmälningar har rapporterats 2016.

10% av de enskilda på verksamheten har haft infektioner som krävt antibiotikabehandling. Över hälften av dessa infektioner var urinvägsinfektioner hos enskilda utan KAD.

Övergripande mål och strategier för kommande år

Ökad patientsäkerhet genom:

Kvalitetssäkra/och –utveckla vård i livets slutskede genom införandet av NVP (Nationell Vårdplan för Palliativ vård).

Fortsatt registrering i de nationella kvalitetsregistren Senior Alert, Svenska Palliativregistret och BPSD-registret. År 2017 även använda inmatad data i kvalitetsutvecklingsarbetet.

Fortsätta med att utbilda nyanställd omvårdnadspersonal i lyftteknik.
