



Patientsäkerhetsberättelse för vårdgivare

Skolörtens servicehus
År 2017

2018-02-28
Eva Ingstrand

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Övergripande mål och strategier	3
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	7
Samverkan för att förebygga vårdskador	7
Risikanalys	8
Informationssäkerhet	8
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	8
Hantering av klagomål och synpunkter	9
Samverkan med patienter och närstående	9
Sammanställning och analys	10
Resultat	10
Övergripande mål och strategier för kommande år	12

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

Skolörtens servicehus bedriver vård och omsorg efter beslut om hemtjänst inom äldreomsorgen enligt Socialtjänstlagen. Enheten har hälso- och sjukvårdsansvar enligt Hälso- och sjukvårdslagen.

Verksamheten har under 2017 arbetat med rutiner för de huvudprocesser som fanns för sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast och dietist. Det har främst handlat om ansvarsområde, patientunderlag, inkontinensvård, nutrition, sårvård och beställningar av material. Rutiner har skrivits, uppdaterats och gjorts om för att uppfylla ställda krav på patientsäkerhet.

Verksamheten har också arbetat för att ha en patientsäker läkemedelshantering. Enhetliga rutiner har tagits fram, gemensamma signeringslistor och ett gemensamt arbetssätt gällande läkemedelshantering.

Patientsäkerheten har följts upp genom egenkontroll av dokumentation. Den har visat på vissa brister och det har gjorts en handlingsplan för en bättre dokumentation. Den processledare som ska vara enheterna behjälpliga i dokumentationen och utbilda personalen har varit frånvarande under hela hösten vilket har gjort det svårt att hålla sig till handlingsplanen. Diskussioner om detta har kontinuerligt förts med stadsdelens MAS (medicinskt ansvariga sjuksköterska).

Det har utförts egenkontroll på basal hygienrutin som visar att hygienrutinen inte efterföljs i den omfattning som är acceptabelt. Obligatorisk e-utbildning i basal hygienrutin årligen har införts.

Risker för vård skador har identifierats och hanterats genom kvalitetsråd och i de systematiska teamarbetet som införts under 2017. Alla personalkategorier har medverkat och deltagit i kvalitetsarbetet. Vi har haft kontinuerlig uppföljning av de avvikelser som inkommit på kvalitetsråd och även följt upp vissa allvarigare avvikelser med enskilda samtal. Under 2017 har mycket fokus från chefer och arbetsledare, så som sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster, legat på att uppmuntra personalen till att skriva avvikelser och även till att medverka i det systematiska kvalitetsarbetet.

Övergripande mål och strategier

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

De övergripande målen har varit:

En ökad följsamhet gällande basal hygienrutin.

En ändamålsenlig och dokumenterad inkontinensförskrivningsprocess på alla boende som använder av enheten förskrivna inkontinensskydd.

En säker och gemensam läkemedelshantering.

En ökad kunskap hos personalen gällande nutrition hos äldre

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Nämnden

Nämnden (vårdgivaren) ansvarar för hälso- och sjukvården och för att det bedrivs ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på en god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen upprätthålls.

Verksamhetschefen

Verksamhetschef svarar för verksamheten och har det samlade ledningsansvaret (HSL 2017:30), dock inte det ansvar som åligger MAS. Verksamhetschefen svarar för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet samt främjar kostnadseffektivitet. Verksamhetschefen ansvarar för att MAS och MAR ges förutsättningar, möjligheter och tillgång till de resurser som krävs för att fullgöra sina uppgifter på ett tillfredsställande sätt.

Verksamhetschefen

- ska ge förutsättningar för att lagar och författningar blir kända, använda och att de integreras i det dagliga arbetet
- ansvarar för att planera, leda och skapa förutsättningar för utveckling och egenkontroll
- ska utifrån resultat på uppföljningar vidta adekvata åtgärder för att tillgodose hög patientsäkerhet och god kvalitet i verksamheten
- ansvarar för att rutiner implementeras och följs
- ansvarar för att verksamheten har den personal, kompetens, lokaler och utrustning som krävs utifrån verksamhetens behov.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Inom den kommunala hälso- och sjukvården har medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) det medicinska ansvaret och ansvarar för att vårdtagaren får en god och säker vård med god hygienisk standard. Inom Hässelby-Vällingby finns det även medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR). Denna funktion är ett komplement till MAS.

I de ledningsuppgifter som åligger MAS/MAR enligt Hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) och patientsäkerhetsförordningen (SFS 2010:1369) är MAS/MAR inte underställd verksamhetschefen eller någon annan tjänsteman i kommunen. MAS/MAR har således en fristående och oberoende roll och ett personligt ansvar för hur uppdraget fullgörs. MAS ansvarar för att se till att lagar och föreskrifter följs och ska granska dokumentation, statistik och eventuella avvikelser. MAS upprättar, beslutar och följer upp riktlinjer för hälso- och sjukvården.

Hälso- och sjukvårdspersonal

All hälso- och sjukvård ska omfattas av system för planering, utförande, uppföljning och utveckling av kvalitén i verksamheten (SOSFS

2011:9). Hälso- och sjukvårdspersonalen har en skyldighet att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls genom aktivt förebyggande arbete och ska

- medverka i den systematiska och fortlöpande kvalitetsutvecklingen av verksamheten
- följa de rutiner och riktlinjer som gäller för verksamheten
- utföra riskbedömningar och upprätta vårdplaner
- rapportera risker och avvikelser i vården till MAS/MAR och verksamhetschef
- utföra egenkontroll

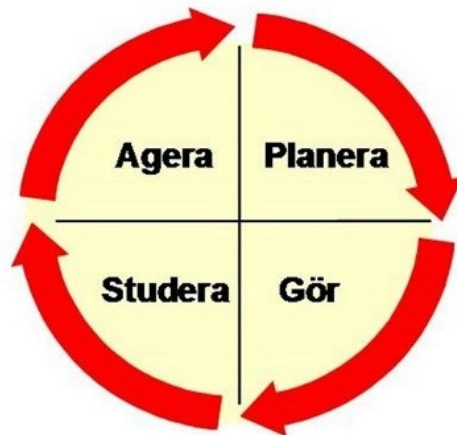
Kvalitetsarbetet ska integreras i det dagliga arbetet.

Omvårdnadspersonal

Har skyldighet att följa de rutiner och riktlinjer som styr hälso- och sjukvården. De ska medverka i patientsäkerhetsarbetet och rapportera risker och händelser.

Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §



Enheten jobbar enligt PDSA-hjulet. Det gör att verksamheten kontinuerligt har haft förbättringsarbete.

Alla medarbetare ska ha kunskap om verksamhetens rutiner för rapportering av avvikelser och känna till att de har skyldighet att rapportera och direkt åtgärda händelsen. Uppkomna avvikelser dokumenteras i Vodok avvikelsemodul. Avvikelseerna tas upp i det lokala kvalitetsrådet, bestående av omvårdnadspersonal, sjuksköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut, mas samt biträdande enhetschef och/eller enhetschef. Kvalitetsrådet är det forum där vi systematiskt arbetar med ett ständigt förbättringsarbete och identifierar, analyserar och följer upp kvalitetsbrister inom verksamheten. Som underlag används avvikelserapporter, klagomål, synpunkter och förbättringsförslag. Vid dessa möten förs minnesanteckningar som delges alla medarbetare.

Genom egenkontroller kan mätningar göras över följsamheten i de rutiner som

finns. Genom att ha tydliga och mätbara mål kan strategier för måluppfyllelse utarbetas.

Verksamheten utför journalgranskning 2 gånger per år för att identifiera brister och utvecklingsområden. Detta behandlas på regelbundna möten med hälso- och sjukvårdspersonal som då är delaktiga i analys, åtgärd och uppföljning.

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

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

MAS har genomfört den systematiska uppföljning av de avvikelser som inkommit. Kontinuerliga möten hålls med hälso- och sjukvårdspersonal, där brister tas upp och diskuteras. Enheten har instruerat och samtalat kring avvikelser och dess betydelse. Arbetet med avvikelser ska fortsätta även under 2018.

Enhetens arbete med dokumentationen har inte kunnat genomföras enligt plan. De stödfunktioner som finns till hands för utbildning har inte varit tillgänglig. 71 procent av legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen är nyanställda och 42 procent har aldrig jobbat i Vodok. Detta har resulterat i utmaningar gällande dokumentationen och arbetet med det kommer att fortsätta under 2018.

Gemensamma arbetssätt har implementerats vilket ökat patientsäkerheten. Ett exempel är att sjuksköterskorna använder samma signeringslistor för läkemedel. Användningen av journalsjuksköterska kvällar och nätter har minskat, då sjuksköterskorna lägger upp sitt arbete främst på vardagar, vilket resulterat i en högre kontinuitet för patienterna.

Dietistinsatser 2017:

Under året har Rutin för undernäring baserad på SOSFS 2014:10, Rutiner för kosttillskott och sondmat, Rutin för kontakt med dietist, Mat-och vätskelista samt Signeringslista för kosttillskott, utarbetats av dietist i samråd med MAS och staden dietistnätverk, dessa har implementerats på Skolorten.

- Dietist har deltagit i teamträffar och APT, då ett teamarbete behövs för att kunna åtgärda nutritionsproblemen. Nutritionsbehandling inkluderar åtgärder inom både HSL och SOL.
- Dietist har konsulterats av undersköterskor och sjuksköterskor i individuella ärenden gällande nutrition i 137 fall

Uppföljning genom egenkontroll

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

Enheten har genom egenkontroller arbetet med förbättringsåtgärder.

Apoteksgranskning- En granskning utfördes under året som visade på en del brister i rutiner samt förvaring av läkemedel. Rutinerna kompletterades och utvecklades tillsammans med sjuksköterskegruppen.

Journalgranskning-journalgranskning som görs enligt fastställd mall har visat brister i kunskapen av var dokumentationen ska finnas i journalsystemet. Det visade också på brister i uppföljningar. Utbildning samt instruktioner lämnades ut till all hälso- och sjukvårdspersonal. Kollegial granskning har också varit en av åtgärderna för att lära sig hur journalsystemet är uppbyggt samt för att granskaren ska kunna få idéer om hur man kan uttrycka sig samt var det ska skrivas.

Avvikelsehantering- Rutinerna för avvikelsehantering och återkopplingen till medarbetarna har uppdaterats. Avvikelse gällande en specifik personal tar ansvarig chef upp snarast möjligt med berörd personal. Varje arbetsgrupp har teammöte där avvikelser kring enskilda boende tas upp, t.ex. fall och trycksår. Vi utreder var, hur och när händelsen inträffat, därefter tas beslut om åtgärder som sedan följs upp av kontaktpersonen och omvårdnadsansvarig legitimerad personal. Legitimerad personal dokumenterar i Vodok och ska göra riskbedömningar för att förebygga avvikelser.

MNA (Mini Nutritional assessment) är ett frågeformulär som handlar om den äldres födointag, vikt förlust, rörlighet, psykisk stress och/eller akut sjukdom, neuropsykologiska problem såsom depression och/eller demenssjukdom samt BMI. Låga poäng tyder på undernäring eller risk för undernäring. Har följts upp 2 gånger per år och vid behov.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Skolörten har sjuksköterskebemanning dagtid måndag-fredag. Sjuksköterskorna är knutna till specifika enheter inom boendet. Alla dagar från kl.16.00 tom 08:00 har vi avtal med jour sjuksköterska. Daglig samverkan sker mellan dessa parter.

Sjuksköterskorna samverkar med läkaren genom rond en gång i veckan och genomför även vårdplaneringar i teamet. Vi har samverkan med läkarorganisationen avseende läkemedelsgenomgång.

Temakonferens genomförs en gång i veckan med sjuksköterska, rehab personal samt omvårdnadspersonal. Målet är att alla boende diskuteras på

teamet minst en gång per år.

I samband med att en boende skall flytta in till Skolörten eller åka till annan vårdinrättning, sker kommunikation med hjälp av överrapportering via telefon, fax samt journalkopior. Samverkan med läkarorganisation avseende läkemedelsgenomgång sker. På detta sätt säkerställs vårdkedjan.

Samverkan sker med St. Görans sjukhus, Brommageriatriken, vårdcentraler, andra vårdinstanser och MAS. Vid brister i vårdkedjan sker avvikelshantering enligt MAS riktlinjer. Vi arbetar efter lokal samverkansöverenskommelse för in- och utskrivning av patienter i slutenvården.

Risکاناليس

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

På Skolörten bedöms fortlöpande om det finns risk för att händelser kan inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet genom de riskbedömningar gällande fall, nutrition, trycksår och munstatus som erbjuds samtliga boende vid inflyttning och sedan minst tre gånger per år. Sannolikheten för att händelsen inträffar uppskattas och eventuella negativa konsekvenser som skulle bli följden av händelsen bedöms.

Avvikelse skrivs när den boende har kommit till fysisk eller psykisk skada, samt vid avvikelser i läkemedelshandling. Dessa behandlas i team- och kvalitetsråd på enheten samt avdelningsmöten.

För att boende skall erhålla en kontinuitet i vården upprättas en genomförandeplan där det noggrant beskrivs vilka insatser den boende är i behov av och hur/när de skall utföras.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Loggkontroller har genomförts två gånger runder 2017. Vi har delvis utgått från enskilda anställda och granskat att de endast varit inne i behöriga journaler samt jämfört datum och tid med arbetad tid. Vi har även granskat slumpmässigt utvalda journaler och kontrollerat att enbart berörd personal har öppnat dem. All dokumentation var spårbar till specifik person.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

På Skolörten bedöms fortlöpande om det finns risk för att händelser kan inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet genom de riskbedömningar gällande fall, nutrition, trycksår och munstatus som erbjuds samtliga boende vid inflyttning och sedan minst tre gånger per år. Sannolikheten för att händelsen inträffar uppskattas och eventuella negativa

konsekvenser som skulle bli följden av händelsen bedöms.

Avvikelse skrivs när den boende har kommit till fysisk eller psykisk skada, samt vid avvikelser i läkemedelshantering. Dessa behandlas i team- och kvalitetsråd på enheten samt avdelningsmöten.

För att boende skall erhålla en kontinuitet i vården upprättas en genomförandeplan där det noggrant beskrivs vilka insatser den boende är i behov av och hur/när de skall utföras.

Klagomål och synpunkter

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

Alla medarbetare har kunskap om verksamhetens hantering av synpunkter och klagomål och alla är ansvariga för att rapportera och direkt åtgärda klagomål. Synpunkter, klagomål och förbättringsförslag är ett led i det ständiga kvalitetsarbetet och återkoppling om åtgärd ska ske snarast, utan fördröjning, till berörd part. Klagomålet behandlas och diskuteras på avdelningsmöten, kvalitetsråd samt på arbetsplatsträffar.

Alla klagomål eller synpunkter inkommande från boende, anhöriga, personal, vårdgivare myndigheter el. dyl. som har medfört vårdskada eller risk för vårdskada, skrivs som en avvikelse och behandlas enligt verksamhetens avvikelssystem. De rapporteras omgående till MAS

Blanketter för synpunkter och klagomål finns lättillgängliga för boende och närstående.

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

På Skolörten har vi tät kontakt med de boende och deras närstående.

Som boende på Skolörtens servicehus tilldelas alla boende en namngiven kontaktman och en namngiven omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Enhetschef ska närvara vid inflyttningssamtal. Den individuella vårdplaneringen grundas på ett planerat ankomstsamtal tillsammans med den boende och dennes anhöriga/närstående om den boende så önskar. För att stärka möjligheterna för att vara delaktig i planeringen av insatser och kunna påverka hur de utförs och att känna trygghet i att få en god omvårdnad och en säker hälso- och sjukvård informerar vi även om möjligheten att boende och/närstående kan lämna synpunkter/ klagomål till oss hur vi arbetar med dessa.

Enhetschef och biträdande enhetschef har närståendemöten 2 gånger per år.

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §

Inkomna rapporter, klagomål och synpunkter som lett till avvikelser sammanställs och analyseras på kvalitetsmötena för att kunna se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet

Dessa ärenden diskuteras även vid behov på avdelningsmöten för att identifiera mönster.

Avvikelse gällande fall tar alltid upp på teamen utifrån ett individuellt perspektiv. Vad gäller läkemedelsavvikelse handlar det ofta om att man glömt ge mediciner till den boende.

Påminnelser till personalen om verksamhetens rutiner gällande avvikelser under året på avdelningsmöten. En del avvikelser handlar även om larm och där har företaget varit här och tittat över sin teknik.

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

MAR MAS STATISTIK

Nutrition

Samtliga vårdtagare ska erbjudas en nutitionsbedömning och för samtliga identifierade riskpatienter ska ett ställningstagande göras om och vilka åtgärder ska vidtas. För nutitionsbedömning används MNA, Mini Nutritional Assessment.

Dietisterna i Västerort har varit involverade tillsammans med läkare och sjuksköterska utreda, ordinera, behandla och följa upp nutitionsbehandlingen utifrån nutitionsstatus/diagnos. Dietisterna har gjort en egen sammanställning av utförda arbetet under året på särskilda boenden som redovisas som ett eget dokument i patientsäkerhetsberättelsen.

Andel riskbedömda för malnutrition, MNA:

Skolörtens servicehus; MNA initialt 68 och slutgiltigt 25

Munhälsobedömning ROAG har utförts, men inte i den utsträckning som är önskvärd. På Skolörtens servicehus är det utfört på 12 boende

Trycksår

Samtliga vårdtagare ska erbjudas en riskbedömning för trycksår i syfte att identifiera riskpatienter och därmed kunna sätta in förebyggande åtgärder i det enskilda fallet. Validerat instrument för riskbedömning. Modifierad Nortonskala ska användas. Det finns en avvikelse på trycksår

Fall

Vid inflyttning erbjuds samtliga vårdtagare en riskbedömning avseende fall i syfte att identifiera vårdtagare som riskerar att falla och därmed kunna sätta in förebyggande och individuellt anpassade åtgärder. Riskbedömningen erbjuds i samband med inflyttning och uppdateras en gång per år eller vid behov, såsom vid förändrat hälsotillstånd. Vid bedömning används det validerade bedömningsinstrumentet Downton Fallriskindex.

Antalet fall och skador till följd av fall på Skolörtens Servicehus kan inte redovisas då statistiken innehåller för många felkällor. Den största felkällan är att fallincidenterna inte alltid dokumenterats i journalen utan endast i avvikelsemodulen och vice versa.

ADL- Aktiviteter

Vid inflyttning erbjuds samtliga vårdtagare en bedömning av sin ADL-förmåga, Aktiviteter i Dagliga Livet avseende personlig vård, i syfte att identifiera vårdtagare som med hjälp av träning eller förebyggande åtgärder såsom strategiska insatser eller hjälpmedel kan bli mer självständiga i sin personliga vård och/eller minska risk för skador ex. fallolyckor. Även ADL bedömningen identifierar risker och erbjuds i samband med inflyttning och uppdateras en gång per år eller vid behov, såsom vid förändrat hälsotillstånd. Vid bedömning används det validerade bedömningsinstrumentet Sunnås. Av samtliga inskrivna vårdtagare på Skolörtens Servicehus 2017 har 50% erbjudits och tackat ja till en ADL-bedömning. Hur många som erbjudits men tackat nej framgår ej ur dokumentationen.

Inkontinens

Målet är att samtliga vårdtagare ska få en inkontinensutredning gjord, som är framtagen av Nikola, nationellt nätverk inom blåsfunktionsområdet. Samtliga som bedöms inkontinenta ska ha individuellt utprovade inkontinenshjälpmedel.

Andel boende med utförd inkontinensutredning, Nikola är 14 stycken

Övrigt

Avvikelse ”Specifik omvårdnad” finns 2 stycken. Under 2017 har det registrerats 24 läkemedelsavvikelser. Vad gäller läkemedelsavvikelser handlar det ofta om att man glömt ge mediciner till den boende.

Måluppfyllelse

- Vi har utbildat både fast personal och sommarvikarier i läkemedelshantering och delegering.
- Vi har inte uppnått målet helt med att göra riskbedömningar till 100%
- Vi har inte gjort infektionsregistreringen fullt ut
- Vi har utbildat Palliativa ombud för att stödja och leda den övriga personalen i det palliativt synsätt
- All omvårdnadspersonal har fått utbildning i Nutrition hos äldre av dietist
- Vi har utvecklat och strukturerat team-möten genom nya rutiner för att

öka patientsäkerheten

- Sjukgymnaster och arbetsterapeuter har utbildat personal i förflyttningsteknik

Övergripande mål och strategier för kommande år

Vi kommer under 2018 arbeta med att förbättra och förtydliga vårt ledningssystem och det systematiska kvalitetsarbetet med processer och rutiner

- Det finns förbättringsområden som behöver utvecklas i verksamheten så som riskbedömningar hos patienter samt upprättande av hälsoplaner med identifiering av problem samt åtgärder
- Vi kommer börja registrera i kvalitetsregistret Senior Alert
- Vi kommer arbetet med att öka antal registreringar i Palliativa registret
- Följa Masens riktlinjer gällande kvalitetsindikatorer
- Vi kommer fortsätta arbetet med att utveckla kvalitetsrådet med genomgång av avvikelser i förebyggande syfte.
- Vi kommer arbeta för att skapa goda team kring den boende för att öka trygghet och patientsäkerhet.
- Sjukgymnaster och arbetsterapeuter kommer undervisa och handleda personalen i det ergonomiska arbetet inom förflyttningsteknik
- Alla inkontinenshjälpmedel ska vara förskrivna av sjuksköterska och journalförda
- En sjuksköterska kommer gå utbildningar med inriktning på sår och sårvård
- Utbilda 1 undersköterska till Silviasyster
- Under året kommer vi satsa på utbildning för omvårdnadspersonalen till undersköterskor för att höja den formella kompetensen
- Samarbete med hygiensjuksköterskan för en god hygienisk standard