



Patient- säkerhetsberättelse för Akalla socialpsykiatriska boende

År 2017

Datum och ansvarig för innehållet

2018-02-26

Anna Lundin
Tekle Tukue

enhetschef
sjuksköterska

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Beskrivning av boendet	
Övergripande mål och strategier	4
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	4
Struktur för uppföljning/utvärdering	6
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	7
Uppföljning genom egenkontroll	7
Samverkan för att förebygga vård-skador	7
Risikanalys	7
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	8
Hantering av klagomål och synpunkter	8
Sammanställning och analys	8
Samverkan med patienter och närstående	8
Utveckling	9

Sammanfattning

Rinkeby-Kista stadsdelsnämnd ansvarar för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Ledningssystemet skall användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.

Vårdgivaren skall planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som medför att kravet på god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen respektive tandvårdslagen upprätthålls. Vårdgivaren skall vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vård-skador. För åtgärder som inte kan vidtas omedelbart ska en tidplan upprättas

Verksamhetschefen för hälso- och sjukvård ansvarar för att vården bedrivs utifrån gällande lagar och riktlinjer samt att MAS rutiner är kända i verksamheten och att dessa följs. I ansvaret ingår att se till att resursanvändning och bemanning är optimal för att uppnå god och säker vård samt att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Personalen, som i första hand arbetar enligt SOL, socialtjänstlagen, har en adekvat grundkompetens.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) bevakar att hälso- och sjukvårdens kvalitet och säkerhet upprätthålls i särskilda boendet. I uppgifterna ingår bland annat att utarbeta riktlinjer och rutiner samt kontrollera att dessa följs och är kända i verksamheterna

Mot denna bakgrund har sjuksköterska vid Akalla gruppboende, i samråd med chefen för socialpsykiatrins utförarenhet, tagit fram underlag för patientsäkerhetsberättelsen.

MAS granskar ett slumpmässigt urval av journaler enligt fastlagd mall.

När ny brukare flyttar in till Akalla gruppboende, utses en kontaktperson med huvudansvar för planering av hur stödinsatserna skall utformas. Sjuksköterskan har ansvar för planering och utförandet av eventuella hälso- och sjukvårdsinsatser, oftast i samråd med psykiatrin vad gäller exempelvis läkemedelshantering.

Närstående eller ställföreträdare erbjuds delaktighet om brukaren så önskar.

Genom stadens brukarundersökning får vi en kvalitetsundersökning av verksamheten utifrån de boendes perspektiv och utifrån medarbetarenkäten en uppföljning av medarbetarnas upplevelse av sin arbetsmiljö.

Beskrivning av boendet

Akalla socialpsykiatriska boende har 17 lägenheter som finns på två våningsplan på Sibeliusgången 20 b, med gemensamhetsutrymmen som kök och vardagsrum på en av våningarna. Det finns ett mindre rum med massagestol och crossstrainer och ett för samtal, spel och annat.

Vi erbjuder gemensam frukost, lunch och middag. Alla måltider tillagas på boendet.

Boendet är bemannat med 3-4 personal under dagtid och 2 på kvällar och helger. På natten arbetar 2 personer.

Sjuksköterska finns på boendet dagtid under vardagar och övrig tid används privat bolag, ”Care Team”.

Då de flesta av de boende har både psykisk och fysisk ohälsa samarbetar sjuksköterskan med både med Järva psykiatri och Akalla vårdcentral.

Två av brukarna är över 65 år.

Under 2017 avled en av våra boende i hemmet och en avled i ambulans på vägen till sjukhus.

Två nya boende flyttade in under året.

Fyra av våra boende har LRV-domar. (LRV =lagen om rättspsykiatrisk vård) vilket ställer större krav på personalen bl. a på bemötande. Kring dessa har sjuksköterskan samarbete med Lövenströmska och Huddinge sjukhus

Fyra boende har insulinbehandlad diabetes.

Övergripande mål och strategier

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

Vårdgivaren, stadsdelsnämnden, ansvarar för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Ledningssystemet skall användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.

Vårdgivaren skall planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen respektive tandvårdslagen upprätthålls. Vårdgivaren ska vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vård-skador. För åtgärder som inte kan vidtas omedelbart ska en tidplan upprättas.

Vårdgivaren skall utreda händelser i verksamheten som har medfört eller som hade kunnat medföra en vård-skada i syfte att, så långt som möjligt, klarlägga händelseförloppet och vilka faktorer som påverkat det, samt ge underlag för förbättringsåtgärder. Händelser som lett till eller hade kunnat leda till allvarlig vård-skada eller om någon drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av annan allvarlig skada till följd av säkerhetsbrister ska vårdgivaren utreda och anmäla till Socialstyrelsen.

Vårdgivaren skall ge patienterna och deras närstående möjlighet att delta i patientsäkerhetsarbetet, informera berörd patient om inträffad händelse, vilka åtgärder som vidtagits, deras möjlighet att anmäla klagomål till Socialstyrelsen samt deras möjlighet att begära ersättning enligt patientskadelagen eller från läkemedelsförsäkringen.

Genom patientsäkerhetslagen finns en generell skyldighet för hälso- och sjukvårdspersonalen att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. Personalen skall till vårdgivaren rapportera risker för vård-skador samt händelser som medfört eller hade kunnat medföra vård-skada. Det handlar om att rapportera sådant som vårdgivaren behöver känna till för att kunna vidta patientsäkerhetshöjande åtgärder. Vidare skall vårdgivaren anmäla till Socialstyrelsen om legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal bedöms utgöra en fara för patientsäkerheten.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Vårdgivaren (Stadsdelsnämnden) ansvarar för att planera, leda och kontrollera verksamheten så att kravet på en god och säker vård uppfylls enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Patienterna skall erbjudas trygg, lättillgänglig vård med god kontinuitet. Vården skall bedrivas med respekt för patienternas integritet och självbestämmande.

Sjuksköterska arbetar på boendet dagtid under vardagar. Övrig tid använder enheten sig av ett privat vårdbolag, Care Team, vid akuta händelser. Enheten ansvarar för hälso- och sjukvård upp till sjuksköterskenivå dygnet om. Nämnden har utsett enhetschefen för socialpsykiatrins utförarenhet till verksamhetschef för kommunens hälso- och sjukvård inom enheten

Verksamhetschefen för hälso- och sjukvård ansvarar för att vården bedrivs utifrån gällande lagar och riktlinjer samt att MAS rutiner är kända i verksamheten och att dessa följs. I ansvaret ingår att se till att resursanvändning och bemanning är optimal för att uppnå god och säker vård samt att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) bevakar att hälso- och sjukvårdens kvalitet och säkerhet upprätthålls i särskilda boendet. I uppgifterna ingår bland annat att utarbeta riktlinjer och rutiner samt kontrollera att dessa följs och är kända i verksamheterna. MAS upprättar säkra läkemedelsrutiner och ser till att delegeringar utförs på ett säkert sätt samt granskar att journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientjournalagen. MAS informerar verksamheterna om förändringar i lagstiftning eller andra övergripande förändringar i bestämmelserna som berör hälso- och sjukvård. MAS medverkar i utarbetandet av ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården samt deltar i risk-inventeringar och förebyggande åtgärder.

MAS har delegering från nämnden att göra anmälan enligt Lex Maria till Socialstyrelsen om en brukare i samband med vård och behandling har skadats allvarligt eller utsatts för risk att skadas allvarligt.

Hälso- och sjukvårdspersonal har generell skyldighet att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls och skall rapportera risker och avvikande händelser till MAS och verksamhetschef.

Omvårdnadspersonal har skyldighet att följa de riktlinjer och rutiner som styr hälso- och sjukvården. De skall medverka i patientsäkerhetsarbetet och rapportera risker samt negativa händelser.

Samarbete med andra vårdgivare

Samverkan med andra vårdgivare, främst inom psykiatrin, sker genom individuella handlingsplan utifrån patientens (brukaren) medgivande. Samverkan sker dels genom besök av andra vårdgivare i boendet eller genom att patient (brukare) med medföljande personal besöker andra vårdgivare.

Läkare från psykiatrin kommer till boendet en gång per månad och genomför rond tillsammans med sjuksköterska och kontaktpersoner.

Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Alla medarbetare skall ha kunskap om verksamhetens rutiner för rapportering av avvikelser och känner till att de har skyldighet att rapportera och direkt åtgärda händelsen.

Uppkomna vård-skador dokumenteras i Vodoks avvikelssystem. Därutöver följs avvikelserna upp på APT. MAS tar del av de uppkomna avvikelserna och utreder om ytterligare åtgärder skall vidtas.

Utifrån de individuellt genomförda riskbedömningarna, som görs på varje nyinflyttad boende/brukare, och där riskbeteende föreligger, upprättas en plan som följs upp i samband med uppföljning av genomförandeplan för stödinsatser, minst två gånger per år, och/eller vid förändrat hälsotillstånd.

MAS följer upp hälso- och sjukvårdens kvalitet genom fastlagda dokument. MAS granskar också verksamhetens journaler/dokumentation.

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

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

För att fortlöpande säkra och utveckla vården finns ett ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården inom Rinkeby-Kista stadsdelsförvaltning.

Avvikelsehantering

Avvikelsehantering är till för att få fram de brister och risker som har skett i vårdarbetet för att kunna åtgärda bristerna och öka säkerheten för patienterna. Genom att kritiskt granska verksamheten och ta fram säkra rutiner för både omsorg och hälso- och sjukvårdsinsatser är syftet att incidenter ska förebyggas.

En avvikelse tas upp snarast möjligt med den boende, närstående och inblandad personal för att utreda och kartlägga händelseförloppet för att kunna ta fram åtgärder för förbättring och för att förhindra en upprepning.

Tandvård

Tandvårdsenheten inom Stockholms läns landsting har tecknat ett avtal gällande uppsökande verksamhet samt nödvändig tandvård för vissa äldre och funktionshindrade. I avtalet ingår munhälsobedömning och utbildning av personalen en gång per år.

Verksamhetsuppföljning

En gång per år genomförs en kvalitetsgranskning av MAS utifrån fastlagd mall gällande verksamheten på Akalla gruppboendet. Resultatet återkopplas till verksamheten för analys och eventuella åtgärder.

Apoteksgranskning

Apoteksgranskning genomförs kontinuerligt

Medarbetare

Personalen, som i första hand arbetar enligt SOL, socialtjänstlagen, har en adekvat grundkompetens, som skötare eller undersköterska.

Samtliga medarbetare har fått utbildning i HLR (hjärt- och lungräddning)

Alla medarbetare har gått igenom en nätbaserad utbildning i basala hygienrutiner.

Sjuksköterskan handleder och fortbildar personalen kontinuerligt i frågor rörande HSL.

Uppföljning genom egenkontroll

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

Fortlöpande sker granskning av verksamhetens dokumentation i Vodok. MAS granskar ett slumpmässigt urval av journaler.

Genom stadens brukarundersökning får vi en kvalitetsundersökning av verksamheten utifrån de boendes perspektiv och utifrån medarbetarenkäten en uppföljning av medarbetarnas upplevelse av sin arbetsmiljö.

Samverkan för att förebygga vård-skador

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

Samverkan sker med främst psykiatrin (landstinget) vad gäller bedömning av brukarens förmåga att hantera sina läkemedel. I samverkan med brukare och psykiatrin bestäms om brukaren behöver stöd med läkemedel eller kan hantera läkemedel genom egen vård.

Risicanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

I samband med inflyttning till Akalla gruppboendet sker en riskbedömning som omfattar miljön i hemmet och bedömning av riskbeteende som hot och våld, brandrisk samt övriga riskbeteenden. Information hämtas från brukaren själv samt i samråd och enligt överenskommelse med brukaren från närstående och/eller ställföreträdare, biståndshandläggare (eller i beställning av insats) samt från andra vårdgivare, ex. psykiatrin.

Riskbedömningen följs upp minst 2 gånger/år men alltid i samband med uppföljning av genomförandeplan eller förändrat hälsotillstånd.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringskyldighet

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

För att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls är all personal skyldig att rapportera risker för vård-skador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vård-skada. På Akalla gruppboende skall sådana rapporteras på en och samma avvikelseblankett.

Alla medarbetare har kunskap om verksamhetens rutiner för rapportering av avvikelser och har skyldighet att rapportera och direkt åtgärda en händelse. Avvikelserna tas upp och diskuteras på och arbetsplatsträffar för att utreda vilka åtgärder som behöver vidtas för att undvika upprepning. En avvikelse kan leda till en indragning av en delegering. Avvikelser rapporteras alltid till MAS.

Två avvikelser avseende medicin har skett under året. Den ena handlade om utebliven (glömd) medicingivning och den andra om att medicin gavs vid fel tidpunkt.

Hantering av klagomål och synpunkter

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 om möjligt direkt åtgärda ett klagomål. Synpunkter, klagomål och förbättringsförslag är ett led i det ständiga kvalitetsarbetet och återkoppling om åtgärd ska ske snarast, utan fördröjning, till berörd part. Klagomål diskuteras alltid i personalgruppen.

Våra brukare får information om hur och till vem man kan lämna synpunkter och klagomål.

Allmänna synpunkter tas också upp och diskuteras vid boendets husmöten som sker en gång per vecka.

Inga dokumenterade klagomål har inkommit.

En del muntliga klagomål och synpunkter som handlar om andra brukare framförs då och då. Dessa hanteras av kontaktman eller av biträdande enhetschef enligt boendets rutiner.

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §

Om det kommer rapporter, klagomål och synpunkter som lett till avvikelser, sammanställs och analyseras de på arbetsplatsträffarna för att kunna se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet.

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

När ny brukare flyttar in till Akalla gruppboende, utses en kontaktperson med huvudansvar för planering av hur stödinsatserna skall utformas. Sjuksköterskan har ansvar för planering och utförandet av hälso- och sjukvårdsinsatser, oftast i samråd med psykiatrin vad gäller exempelvis läkemedelshantering.

Närstående eller ställföreträdare erbjuds delaktighet om brukaren så önskar.

Utveckling

Under 2017 har all personal uppdaterat sina kunskaper i ”basala hygienregler” genom den nätbaserade utbildningen.

Sjuksköterskan har utbildat personalen i hjärt- och lungräddning, psykosjukdomar samt diabetes.

Flera medarbetare gått en basutbildning i neuropsykiatri.

Sjuksköterskan skapade nya rutiner och påbörjade arbetet för att ytterligare säkra medicinhanteringen vid boendet under 2015. Alla mediciner förvaras i låsta skåp tillsammans med signeringslistor inne hos varje brukare. Rutinerna fungerar väldigt bra och risken för eventuell medicinförväxling har minimerats.

Då flera av våra boende har diabetes kommer enheten under året fortsätta arbeta för att förbättra kosthållningen vid boendet genom motivationsarbete och individuellt anpassad kost i större utsträckning än tidigare.

För att säkerställa en positiv utveckling av socialpsykiatrin, med fokus på boende och sysselsättning, kommer enheten använda ”Handlingsplan utifrån inventering av socialpsykiatrins målgrupp”.

I utvecklingsarbetet på gruppboendet använder vi också rapporten från funktionshinderinspektörernas granskning av särskilda boenden som skedde 2013.

Ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete för Rinkeby-Kista stadsdelsförvaltning, förankrat i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som trädde i kraft den 1 januari 2012, kommer att förankras hos alla medarbetare under året.

Under 2014 trädde ett nytt avtal för systemstöd för hälso- och sjukvårdsdokumentationen. Dokumentationsstödet bygger på det nationella fackspråket för hälso- och sjukvård kallat ICF och används nu i hälso- och sjukvårdsdokumentationen.

Samordnaren för hälso- och sjukvårdsdokumentation i Västerort har besökt sjuksköterska och enhetschef under våren 2017 för att informera om och följa upp dokumentationen.

Årligen skickas enkät till brukare från stadsledningskontoret i syfte att undersöka bl. a brukarens nöjdhet med insatser och boendet, bemötande samt självständighet. Resultatet används i enhetens förbättringsarbete.

Brukarundersökningen för år 2017 genomfördes med hjälp av ”brukarstöd-jare” vilket gjorde att fler av våra brukare svarade på enkäten. Det gjorde att vi fick ett säkrare resultat att använda i vårt förbättringsarbete.

Under år 2017 fick enheten åter ta del av de Prio-medel som stadsdelen ansökt om. Det gjorde att vi kunde använda oss av en arbetsterapeut för att utveckla och förbättra aktiviteter på boendet både i grupp och enskilt.