
Patientsäkerhetsberättelse för vårdgivare

År 2011

**Vasens vård- och omsorgsboende
Digni Care AB**

Datum och ansvarig för innehållet

2012-01-25, Åke Cronander

Mallen är framtagen av Sveriges Kommuner och Landsting

Innehållsförteckning

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

Vi strävar efter att öka patientsäkerheten med att ha kompetent personal som kan identifiera och säkerställa vården.

Egenkontrollen är ett viktigt instrument för att ha en hög patientsäkerhet.

Vi identifierar ev. vårdskador genom att följa de rutiner och riktlinjer vi har.

Återkommande information om t. ex Lex Sarah och Lex Maria sker vid arbetsplatsträffar om vikten av kontroll och att rapportera risker, tillbud och negativa händelser för att öka patientsäkerheten.

Tydlig information om synpunkter och klagomål för boende och närstående.

Boende och närstående erbjuds att medverka vid upprättande av genomförandeplan och vårdplan för att öka patientsäkerheten.

De resultat vi kan se visar att säkerheten är god.

Övergripande mål och strategier

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

Vid varje tillfälle där det föreligger risk för vårdskada eller om det är en vårdskada ska följande struktur följas och sedan dokumenteras i enlighet med en speciellt framtagen mall.

- Identifiera förbättrings eller problemområden
- Kontrollera vilka lagar som kan påverka händelsen/ situationen, vad säger avtal/anbud? vad har vi för lokala rutiner alt riktlinjer?
- Ta reda på vad som är god kvalitet för våra boende, vad har den äldre rätt att förvänta sig, vad är de boendes faktiska behov och önskemål
- Genomför en analys och kontrollera hur våra nuvarande rutiner och arbetsmetoder fungerar i förhållande till det identifierade förbättrings- eller problemområde.
- Vad har vi för resurser för att kunna genomföra förändringarna; personella och ekonomiska
- Fatta beslut om åtgärder för att förhindra att liknande händelser uppstår igen eller att begränsa effekterna av sådana händelser om det inte går att förhindra

-
- Bestäm uppföljningsdatum, återkoppla resultatet på planmötet

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Om en boende drabbats av en vårdskada ska han eller hon informeras om sin rätt att delta i patientsäkerhetsarbetet. Erbjudandet gäller även närstående.

Ansvar: Ansvarig sjuksköterska och/eller sjukgymnast eller arbetsterapeut ansvarar för att förmedla informationen

Är vårdskadan av allvarlig karaktär ska Socialstyrelsen informeras om händelsen.

Ansvar: Medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar utreda händelsen och samt informera Socialstyrelsen.

Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

För att förbättra patientsäkerheten krävs det att alla medarbetare har kunskap om och en ökad förståelse för hur olika delar och funktioner i verksamheten och vårdprocessen samverkar. Våra medarbetare ska vara informerade om att det är viktigt att alltid analysera och identifiera orsaken till varför en boende drabbats av en vårdskada för att därigenom förhindra att bristerna upprepas.

Vi har prioriterat områdena: överlämnande av läkemedel, fallskador, trycksår, medicinteknisk utrustning och informationsöverföring mellan olika vårdgivare. Dessa områden faller under rubriken undvikbara riskerna i vården och hör till de vårdskador som verksamheten genom ett aktivt arbete bör kunna förhindra.

Målsättningen med patientsäkerhetsarbetet är att :

- säkra att den äldre får de läkemedel som han/hon är ordinerad
- minska antalet fallolyckor och i de fall vi inte kan förhindra fallet minska risken för skada
- minska risken för att trycksår uppstår
- säkra att samtliga medicintekniska utrustningar kontrolleras och servas enligt avtal
- trygga informationsöverföringen mellan olika vårdgivare

Ansvar: Verksamhetschefen ansvarar för att informera och utbilda personalen samt prioritera patientsäkerhetsområden.

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

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Verksamheten dokumenterar samtliga avvikelser i en avvikelsemodul som är kopplad till dokumentationssystemet VODOK. Från detta system kan vi dessutom ta fram underlag, frekvens och typ av avvikelser till kvalitetsgruppens diskussioner.

Under hösten har Digni Cares Kvalitetssystem anpassats för att kunna användas i arbetet med att utreda händelser i verksamheten som medfört eller som skulle kunna medföra en vårdskada. Metoden är tänkt att fungera som ett underlag för beslut till åtgärd.

Vid varje tillfälle där det föreligger risk för vårdskada eller om det är en vårdskada ska följande struktur följas och sedan dokumenteras i enlighet med en speciellt framtagen mall.

- Identifiera förbättrings eller problemområden
- Kontrollera vilka lagar som kan påverka händelsen/ situationen, vad säger avtal/anbud? vad har vi för lokala rutiner alt riktlinjer?
- Ta reda på vad som är god kvalitet för våra boende, vad har den äldre rätt att förvänta sig, vad är de boendes faktiska behov och önskemål
- Genomför en analys och kontrollera hur våra nuvarande rutiner och arbetsmetoder fungerar i förhållande till det identifierade förbättrings- eller problemområde.
- Vad har vi för resurser för att kunna genomföra förändringarna; personella och ekonomiska
- Fatta beslut om åtgärder för att förhindra att liknande händelser uppstår igen eller att begränsa effekterna av sådana händelser om det inte går att förhindra
- Bestäm uppföljningsdatum, återkoppla resultatet på arbetsplats-träffar.
- Fastställ om förändringen ska övergå till att vara en del i vår ordinarie verksamhet eller inte!

Förutom denna metod används olika bedömningsinstrument avseende fall och trycksår för att i förebyggande syfte försöka identifiera boende som ligger i riskzon för att drabbas av fall eller trycksår. I de fall bedömningsinstrumentet utvisat risk för skada upprättas en vårdplan för att säkra att verksamheten prioriterar problemet.

Om en boende drabbats av en vårdskada ska han eller hon informeras om sin rätt att delta i patientsäkerhetsarbetet. Erbjudandet gäller även

närstående.

Ansvar: Ansvarig sjuksköterska ansvarar för att förmedla informationen

Är vårdskadan av allvarlig karaktär ska Socialstyrelsen informeras om händelsen.

Ansvar: Medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar utreda händelsen och samt informera Socialstyrelsen.

Uppföljning genom egenkontroll

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

Vi följer kontinuerligt olika kvalitetsindikatorer som t. ex. fall, läkemedelsavvikelser, MNA, Norton och Downton fall index.

Målgruppsundersökningar.

Granskning av journaler och annan dokumentation.

Jämförelse av nuvarande resultat med tidigare resultat.

Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS: 2011:9,4 kap. 6 §, 7 kap. 2 § p 3

Vi har avtal med Stockhoms läns landsting, Vårdhygien, I övrigt sker kontakter med Hjälpmedelscentralen.

Samverkansavtal med läkarorganisationen finns.

Risikanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Inför alla organisationsförändringar eller införande av ny teknik eller metoder ska alltid en riskanalys genomföras. Syftet med en riskanalys är att tydliggöra alla fördelar och nackdelar för att därigenom minska riskerna för ett felaktigt beslut. Vid analysarbetet ska en för ändamålet framtagna blankett användas. När analysen är färdig förhandlas resultatet vid olika möten.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

All hälso- och sjukvårdspersonal har skyldighet att rapportera till vårdgivare om en patient i samband med vård, behandling eller undersökning drabbas av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom. Anmälan ska göras både skriftligt och muntligt till Medicinskt ansvarig sjuksköterska, som sedan har att ta ställning till hur det ska hanteras inom våra rutiner.

Hantering av klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter

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

Boende och närstående ska få information om vart de ska vända sig för att framföra sina klagomål och synpunkter. De ska också informeras om hur hanteringen av klagomålet går till och hur återkoppling av detta sker.

Det är viktigt att synpunkter och klagomål från boende och närstående alltid tas på allvar och att det finns tydliga rutiner så att informationen når ansvarig personal

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §

I våra enheter sammanställs detta och redovisas vid t. ex huvudmannens uppföljningar, till vår företagsledning samt redovisas vid arbetsplatsträffar.

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Boende och i förekommande fall erbjuds alltid att vara med vid vårdplanering där stor hänsyn tas till individuella behov och önskemål.

Vi strävar efter att ha såväl boende- som anhörigråd.

All samverkan med boende och närstående måste alltid också ha som mål att informationen vi får ger möjlighet till att undvika vårdskador.

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Då verksamheten i januari 2012 försatts i konkurs finns ingen möjlighet att i denna redovisning gå in på resultat i förhållande till mål.

Strukturmått utgör förutsättningar för att nå definierade mål t ex Stramagruppen, andel personal som utbildats och utbildningens omfattning.

Processmått utgörs av aktiviteter som genomförs för att uppnå definierade mål t ex andel riskanalyser, andel läkemedelsavstämningar, andel korrekta hygien- och klädrutiner, andel riskbedömningar, omfattning av implementering av SKL:s åtgärds paket.

Resultatmått speglar utfallet i form av andel patienter med vårdskador, andel patienter med vårdrelaterade infektioner, andel patienter med trycksår.

Måluppfyllelse dvs. resultat kopplat till egna mål och strategier.

Övergripande mål och strategier för kommande år

Under året kommer tyngdpunkten i utvecklingsarbetet att ligga på följande områden:

Social dokumentation

Dokumentationen ska prioriteras, framförallt gällande ankomstsamtal, genomförandeplan och journalanteckningar. .

Kvalitetssystem

Genomgång av ledningssystem enligt Hälso- och sjukvårdslagen samt Socialtjänstlagen ska åskådliggöras för medarbetarna och kontinuerliga uppföljningar ska ske.

Information

Informationsfoldrar avsedda för boende och anhöriga finns tillgängliga. Informationsblad om vad som händer i verksamheten ges ut regelbundet liksom träffar med anhöriga ordnas flera gånger per år.

Utbildning

Kompetensutveckling av medarbetarna ska ske regelbundet, med fokusering på aktivering och avslappning av äldre med demenssjukdom samt kontaktmannautbildning. Spetsutbildning ska också ges för funktionen för aktiviteter i särskilda lokaler för aktivitet och avslappning.

Arbetsmiljö

Arbetet med att skapa en god arbetsmiljö sker genom kontinuerlig uppföljning och genomgång på APT-möten .