



Patientsäkerhetsberättelse för Färingsöhemmet särskilda boende

År 2015

Datum och ansvarig för innehållet
2015-01-29 Pirjo Ridemalm sektionschef

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Övergripande mål och strategier	4
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	5
Struktur för uppföljning/utvärdering	6
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	7
Uppföljning genom egenkontroll	9
Samverkan för att förebygga vårdskador	12
Risikanalys	13
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	13
Hantering av klagomål och synpunkter	13
Samverkan med patienter och närstående	13
Sammanställning och analys	14
Resultat	14
Övergripande mål och strategier för kommande år	15

Sammanfattning

Det systematiska förbättringsarbetet drivs i enlighet med för kvalitet inom Produktionsområdet omsorg i Ekerö kommun.

Under 2015 har Färingsöhemmet prioriterad förebyggande arbete, identifierad risker och arbetat systematisk med händelseanalyser.

De nationella kvalitetsregistren används för att stärka den lärande organisationen, rapportering och uppföljning.

Den enskilde och närstående involveras i patientsäkerhetsarbetet.

Värdegrunden är ledande för att skapa kultur där den enskilde är i centrum och där det finns engagemang för den enskildes patientsäkerhet.

Kompetensförhöjning är förutsättning för att behålla kvalitet och utveckling.

Patientsäkerhetsarbete innebär en ständigt pågående dialog mellan olika professioner och med den enskilde/närstående.

För att bedöma resultat utifrån det systematiska arbetssättet i verksamheten använd egenkontroller och händelseanalyser. Dessa ses även som ett viktigt sätt att medvetandegörande olika delar utav kvalitetsarbetet.

Under 2015 har prioriterat område varit förbättringsarbete inom inkontinensvård.

Som i led intern kontroll för hela produktionsområdet har vi även arbetat med att förbättra processen kring avvikelshantering.

Övergripande mål och strategier

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

Verksamheten mål är att säkerställa att den enskilde och närstående känner sig trygg med den vården och omsorgen som erbjuds. Allt arbete som görs inom sektionen ska präglas av den nationella värdegrunden för äldre och Ekerö kommuns värdegrund. Vården ska bedrivas med respekt för den enskildes integritet och självbestämmande.

Målet är god och säker vård och omsorg. Den enskildes ska vara delaktig.

Kvalitén i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande säkras och utvecklas. All personal ska delta i detta arbete.

Avvikelse eller risk för skada analyseras avseende bakomliggande orsaker och möjliga förbättringar. Medarbetarna är delaktiga i händelseanalysen och åtgärderna.

Den enskilde och deras närstående informeras om händelsen och om vidtagna åtgärderna.

Riskbedömningar såsom fall, munhälsa, inkontinens, undernäring och trycksår enligt nationella rekommendationerna är grunden för förebyggande arbete.

Riskerna, åtgärderna och uppföljningarna dokumenteras i HSL journalen. Registrering i kvalitetsregistret Senior Alert sker efter samtycke från den enskilde.

SITHS/reservkort kort används för att följa patientdatalagens krav för IT användning.

Att förhindra smitta, vårdrelaterade infektioner och vårdskador har verksamheten återkommande utbildningar, egen kontroller och ansvarsområden inom vårdhygien.

Vägledning från hygiensjuksköterska från SLL används. Hygienronder genomförs i verksamheten i syftet att utvärdera och förbättra den hygieniska standarden.

Verksamheten deltar i punktprevalensmätning av basala hygienrutiner och klädregler.

Den enskilde erbjuds läkemedelsgenomgångar minst en gång per år samt vid inflyttning till säbo och vid förändringar i hälsotillstånd. Inför läkemedelsgenomgången genomförs validerad symtomskattning och provtagning.

För att säkerställa kvalitén i läkemedelshanteringen finns egen kontroll samt lokal rutin som revideras regelbundet.

Nationella riktlinjer är vägledande för att säkerställa kvalitén inom demensvård.

Utbildningar till personalen samt verksamhetsnära handledning och reflektion möjliggör utveckling inom området.

Demensteamet inom verksamheten arbetar för att metoder inom demensvård följs och utvecklas.

BPSD kvalitetsregister används för att systematisera vård och omsorg samt för lärande och förbättringsarbete inom den egna verksamheten.

Verksamheten följer de nationella riktlinjer för palliativ vård. Samtliga dödsfall registreras i Svenska palliativregistret.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Socialnämnden fastställer verksamhetens övergripande mål för kvalitet och patientsäkerhet och följer upp och utvärderar målen.

Produktionsledning ansvarar för att planera, leda och kontrollera verksamheten så att kravet på en god och säker vård uppfylls enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Produktion omsorg har ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete för att tydliggöra och synliggöra verksamhetens kvalitet.

Sektion ledningen ansvarar för att vården drivs utifrån gällande lagar, föreskrifter och rutiner i enlighet med kvalitetssystem och i samverkan med primärvården och kommunens medicinsk ansvarig sjuksköterska. I ansvaret ingår adekvat resursanvändning och att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete.

Hälso- och sjukvårdspersonal, d.v.s. sjuksköterskor, arbetsterapeut och sjukgymnast har skyldighet att arbeta enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. HSL personal har ansvar att följa de riktlinjer som finns i ledningssystemet för hälso- och sjukvård.

Omsorgspersonal som efter delegering utför hälso- och sjukvårds arbetsuppgifter är skyldiga att följa lagar och regler samt rutiner som finns upprättade inom verksamheten. Alla medarbetare ska aktivt medverka i det systematiska kvalitetsarbetet. Det systematiska kvalitetsarbetet ska vara integrerat i den dagliga verksamheten.

Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Kvalitetsledningssystem beskriver övergripande processer som är viktiga för att uppfylla kvaliteten.

Uppföljning och utvärdering sker på olika nivåer: uppföljning och uppdatering av lokala rutiner samt systematisk avvikelshantering och händelseanalyser. Genomgång av avvikelser sker på HSL-möten tillsammans med sektionschefen. Ansvarig sjuksköterska återkopplar och följer upp händelserna i möten med omsorgspersonal. MAS tar del av de uppkomna avvikelser och utreder om ytterligare åtgärder skall vidtas.

Vårdplaneringsmöte med den enskilde sker minst var 6:e månad och vid förändring. Uppföljning av riskanalyser (fall enligt DRFI skala, malnutrition enligt MNA skala, trycksår enligt NORTON skala, munhälsa enligt ROAG – skala, inkontinens enligt NIKOLA) sker i samband med vårdplanering. Vårdplan enligt HSL upprättas och uppdateras vid risk. Även ADL bedömningar uppdateras i samband med uppföljning.

Kvalitetsregistren (Senior Alert och Svenska Palliativregistret) används för att följa upp statistik och för att arbeta förbyggande utifrån den enskildes situation. Teamet från olika professioner deltar i bedömningen av risker och planeringen av åtgärder. Verksamheten deltar i punktprevalensmätning gällande fall och trycksår.

Inloggningar till Pascal (läkemedelshantering), Senior Alert och Svenska Palliativregistret, BPSD, Tandvårdsenheten (Symfoni) samt HSL journaler sker med SITHS kort.

Verksamheten har rutiner för att säkerställa att varje boende har läkemedelsgenomgång minst en gång per år. För de flesta boende genomförs flera läkemedelsgenomgångar under året.

Avtal för kvalitetsuppföljning för läkemedelshantering är upprättat med Apotek AB. Läkemedelshantering följs upp årligen av MAS och apotekaren.

Verksamheten rapporterar till MAS antal infektioner och användning av antibiotika.

Verksamheten deltar i den nationella punktprevalensmätning gällande basal handhygien och klädregler.

Uppföljning och utvärdering för demensvård sker på tre olika nivåer (personal, individ och verksamhet). Sammanfattning av utbildning och handledningsinsatser görs årligen. Demens Checklista används för egen kontroll. Den enskildes välbefinnande skattas med ett särskilt instrument.

Uppföljning av vård och omsorg vid BPSD sker på individnivå och innefattar bemötande och omvårdnadsstrategier och i vissa fall läkemedel. Genom BPSD register speglas åtgärderna i relation till symptomen.

Statistik från Palliativa registret används att följa upp genomförda insatser och identifierar områden som behövs förbättras.

Uppföljning genom egenkontroll

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

Egenkontroll görs genom att följa upp och utvärdera den egna verksamheten utifrån de riktlinjer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem.

De nationella registren BPSD, Senior Alert och Palliativa registret visar statistik som används av verksamheten.

Analys och sammanfattning av avvikelser görs månadsvis.

Analys av klagomål och synpunkter sker kontinuerligt, sammanfattning årligen.

Läkemedelsgenomgångar sker kontinuerligt, statistik förs samt och dokumenteras i HSL journalen.

Egenkontroll basala hygienrutiner och klädregler görs 1 gång per året.

Resultat i öppna jämförelser uppmärksammas.

Sammanställning av antibiotika behandlade infektioner.

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

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Under 2015 har avvikelser gällande uteblivna läkemedel lett till förbättring i HSL dokumentation. Signeringslista för läkemedel har förändrats till det bättre för att minska risk för otydlighet. Rutiner för planering av dagliga arbetsuppgifter är gjort för att säkerställa kontinuitet i läkemedelsbehandlingen.

Ledningen med HSL personal går igenom uppkomna avvikelser, för att förhindra upprepning av motsvarande avvikelser.

Händelseanalys och åtgärdsplan upprättas och har kommunicerats med berörd personal. Kopia av avvikelserapporten har skickats till MAS.

Ett arbete för att förhindra undernäring hos äldre har skett genom individuella riskanalyser och vårdplaner. Uppföljning sker genom olika skalor (BMI och MNA) och registreras i Senior Alert.

Vårdplan har upprättats vid risk för undernäring. Näringsdryck och berikad kost har ordinerats av sjuksköterskan och har dokumenterats i HSL journalen och på genomförandeplanen. Ofrivillig nattfasta har följts upp av ansvarig sjuksköterska i samband med vårdplaneringar och gruppmöten. Nattpersonalen har gjort uppföljningar/kontroller för att minimera nattfastan och hitta lämpligt tillfälle för nattmåltid hos personer med risk. Det finns rutiner och beredskap för värmebölja.

Munhälsobedömningar är erbjudna för alla boende och vårdplanen finns i HSL journalen. Munbedömningsinstrument (ROAG= Revised Oral Assessment Guide) används och registreringen har skett i Senior Alert. Rekommendationer från tandhygienisten används som underlag i det dagliga arbetet. Utbildning i munhälsa och munvård sker en gång per år av folktandvården.

Kvalitetssäkring för att identifiera den enskildes behov av kontinensplan genomfördes under hösten 2015. Genomförande av förbättringsområdet i det dagliga arbetet inleddes med utbildning för all personal i individuell inkontinensvård. Kontinensombud rollen är tydliggjort och förnyelse av lokal rutin är genomfört.

Senior Alert har använts för att registrera fallrisk enligt DRFI och åtgärdsplan upprättas. Enheten har deltagit i nationella punktprevalensmätning gällande fall.

Rehab personal bedömer rörelse- och aktivitetsbehov tillsammans med den enskilde och omvårdnadspersonal och erbjuder styrke- och balansträning.

Risk- och funktionsbedömning för den enskilde har genomförts i samband med inflyttning och med boende som är åter från sjukhusvistelse. Vid fallincident har personal från olika professioner deltagit i arbetet med analyser och vårdplaner.

Ett arbete gällande begränsningsåtgärder för att grundligt undersöka och bedöma den enskildes behov och önskan pågår.

Senior Alerts riskbedömningsskala Norton har använts för att registrera risk och åtgärder för att förebygga trycksår. Vårdplan har upprättats vid risk för trycksår. Enheten har deltagit i nationella punktprevalensmätning gällande trycksår.

SITHS kort används till säker inloggning i olika IT-system.

Samtycke före registrering i Senior Alert dokumenteras på särskild blankett och i HSL journalen.

Läkemedelsanvändning hos de boende har följts upp minst en gång per år. Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering har utförts av apotekare från Apoteket AB och MAS.

Lokal läkemedelsrutin är reviderad.

Verksamheten arbetar med delegeringsutbildningen och kunskapstesten inför delegering.

E-utbildningar inom vårdhygien ger baskunskaper till personal. Enheten har hygiensteam som arbetar med hygienfrågor och har gjort bland annat interna hygienronder samt gett stöd till övrig personal i hygienfrågor. De nationella punktprevalensmätningarna i basala hygienrutiner och klädregler är genomförd våren 2015.

Infektionsregistrering har genomförts och rapporterats till MAS.

Rekommendationerna i de nationella riktlinjerna inom demensvård används som kriterier för egen granskning. Interna utbildningar sker genom demensteamet.

E-utbildningar används att förhöja kompetensen. Instrument för att bedöma välbefinnande hos den demenssjuka och checklista för kvalitetsutveckling inom demens används som egenkontroll för att stärka teamarbetet och följsamhet av nationella riktlinjer.

BPSD kvalitetsregister ger möjlighet att följa och förbättra insatserna på individnivå, men även i arbetssättet och metoderna på verksamhetsnivå. Enheten har utbildat flera administratörer.

Verksamheten har arbetat med att upprätthålla kompetensen gällande vård vid livets slut.

Verksamheten har reviderat lokala rutiner för palliativ vård utifrån nationella riktlinjer. Enheternas team för palliativ vård utbildar och handleder övrig personal. Svenska Palliativregistret används som stöd för att kvalitetssäkra vården i livets slutskede. Statistik från registret har använts för att uppmärksamma förbättringsområden. Vid väntat dödsfall har alla boende eller närstående fått brytpunktsamtal med läkaren. Efterlevnadsamtal erbjuds till närstående.

Även klinisk bedömning av smärta med hjälp av skattningsskalor har systematiserats.

För att säkerställa värdighet vid transport för den avlidne används ett uppföljningsformulär som skickas till MAS.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Ekerö Vårdcentral utför läkarinsatser på verksamheten. Lokal överenskommelse om samarbetsrutiner och ansvarsfördelning mellan läkare och sjuksköterskor finns underskrivet.

Verksamheten samverkar inom hälso- och sjukvård med andra vårdgivare i form av olika upprättade avtal och samverkansdokument.

- Lokal modell för samordnad vård och omsorg kring personer med demenssjukdom samt stöd till deras anhöriga.
- Avtal finns tecknat mellan kommunens MAS och Folk tandvården gällande munhälsobedömning som erbjuds till samtliga boende och utbildning till personal i munvård.
- Ekerö Kommun har avtal med fotterapeuter gällande medicinsk fotvård.
- Ekerö kommuns MAS har upprättat avtal med Politivagn Stockholm angående transport av avliden.
- Rutin för samverkan vid in-och utskrivning av patienter i slutenvård.
- Samarbetsrutiner mellan rehab SÄBO (Färingsöhemmet, Ekgården, Kullen) och Ekerö rehab Västra som bedriver primärvårdsrehabilitering.

Risicanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

I verksamhetens ledningssystem för kvalitet beskrivs systematik för att ta emot och utreda avvikelser och risker.

Det sker fortlöpande utvärdering av eventuella risker som kan medföra brister i verksamheten. Bland annat inom riskområden hygien, miljö, brand, arbetsmiljö och personalresurser.

Medarbetaren rapporterar risker i verksamheten. Risker rapporteras och redogörs på anvisad blankett och lämnas till ansvarig chef som gör händelseanalyser och upprättar åtgärdsplaner tillsammans med berörd personal och till den enskilde och närstående.

Risicanalys är genomförda i Senior alert. Inom vårdhygien har hygien teamet identifierat möjliga risker.

Hälso-och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Flödesschema för lokal avvikelshantering finns i MAS rutiner för hälso- och sjukvården. Medarbetaren har ett ansvar att skriva avvikelserapport, medverka i händelseanalyser och åtgärder vid händelse med risk eller eventuell skada för den enskilde. Avvikelsen dokumenteras i omvårdnadsjournalen. Händelseanalys genomförs tillsammans med sektionschef och HSL personal. Därefter medverkar MAS vid utredningen och sammanställningen.

Återkopplingen sker via sektionschef/sjuksköterska till berörd personal och till den enskilde.

Klagomål och synpunkter

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

Klagomål dokumenteras på en särskilt blankett, som finns tillgänglig även på kommunens hemsida. Synpunkter och klagomål diarieförs och ansvarig chef utreder, analyserar och besvarar klagomålen. Inkomna klagomål redovisas löpande till produktionschefen.

Klagomål som inkommer från boende och närstående besvaras av sektionschef och vissa fall tillsammans med MAS. Den enskilde och närstående får återkoppling efter utredningen. Personal får återkoppling vid samband av gruppmöten och vissa fall individuellt i samtal med sektionschef/ansvarig sjuksköterska.

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §

Sektionsledningen ansvarar för analys och rapportering av inkomna klagomål och synpunkter. De klagomål som inkommit inom patientsäkerhetsarbete gäller bristande kommunikation mellan personal och närstående. Synpunkter för rapportering av fallincidenser har kommit, där närstående har uppfattat att det saknas dokumentation om fallet.

Alla avvikelser inom HSL har granskats och sammanställts av sektionschef och samordningsansvarig sjuksköterska.

Granskningen/sammanställningen tas upp på sjuksköterskemöten och vid arbetsplatsträffarna.

Under 2015 har vi haft 35 läkemedelsavvikelser.

Ingen av avvikelser har lett till skada för boende. De flesta avvikelserna som rapporteras in handlar oftast om försenad/utebliven läkemedelsutdelning eller glömt signera att läkemedel har överlämnats. Verksamheten har identifierat en

viss underrapportering av läkemedelsavvikelser. Dialog tagen med berörd personal om avvikelshantering och vikten av rapportering.

Antal fallolyckor som ledde till någon form av skada (smärta, blåmärke eller sår) är 21. Varav 4 fall som ledde till skelettskada (totalt antal registrerade fallincidenter var 92).

Övriga avvikelser handlar om brister i trygghetslarm, begränsningsåtgärder, brandlarm, miljö, låsning av altandörrar, och handhavande fel av hjälpmedel samband med transport.

Ingen av avvikelser har lett skada till den enskilde.

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Den enskilde och i förekommande fall närstående medverkar vid upprättande av vård- och omsorgsplaner, genomförandeplan samt läkemedelsgenomgångar. Den enskilde och närstående erbjuds att vara delaktiga i framtagandet av levnadsberättelse. Vid vårdplaneringen tas även risker upp och förebyggande arbete. Den enskildes samtycke efterfrågas inför informationsöverföring och deltagande i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert. Information om Svenska Palliativregistret och BPSD lämnas.

Det finns information på anslagstavlan, boendepärm och webbsidan hur man lämnar synpunkter och klagomål.

Närstående informeras vid förändringar i den enskildes hälsotillstånd. Det finns även skriftlig information tillgängligt för den enskilde samt närstående.

Anhörigträffar ordnas regelbundet.

Närstående erbjuds ett uppföljningssamtal efter anhörigs dödsfall.

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Riskbedömningar med åtgärdsplan och uppföljning har genomförts, registrerat i Senior Alert och dokumenterat i HSL journalen.

Boende som har avlidit har fått vården enligt nationella riktlinjer för palliativ vård. Omvårdnaden och omsorgen har följts upp individuellt och samtliga som avlidit har registrerats i Svenska Palliativregistret.

Utbildningar som är genomförda bedöms ha effekter i patientsäkerhetsarbetet ger verksamheten jämn kunskap/kompetensbas. Utbildningar har genomförts i munhälsa, klinisk bedömning för sjuksköterskor, vårdhygien, demensvård, BPSD, patientsäkra förflyttningar och samt inom inkontinensvård.

Kvalitetssäkring inom området inkontinens för samtliga boende genomförts. Registrering i Senior Alert påbörjat. En ny lokal rutin gällande inkontinensvård har upprättas.

Registrering i BPSD har förbättrats och metoden har haft effekter i att tydliggöra sambanden mellan symtom och planerade åtgärder.

Samtliga boende fått läkemedelsgenomgång.

Avvikelsehantering med händelseanalyser har lett till att uppmärksamma sårbarhetsfaktorer inom den egna verksamheten.

Egenkontroller och PPM-BHK visar god hygienisk standard. Följsamheten i basala hygienrutiner är synlig i det dagliga arbetet.

Inga trycksår har uppstått.

Övergripande mål och strategier för kommande år

Målet är att fortsätta säkerställa god och säker vård och omsorg där individen är i centrum och välbefinnande samt värdighet upplevs.

Målet är förbättra verksamhetens kvalitet och säkerhet genom att systematiskt identifiera, rapportera, analysera, åtgärda och utvärdera avvikelser.

Verksamheten är öppen för vidare utveckling och nytänkande för att skapa framgång i kvalitetsarbete.

Vi kommer att fortsätta kvalitetssäkra vården i livets slutskede genom att använda den Svenska Palliativregistrets rekommendationer.

Fortsatt arbete kommer även att ske i Senior Alert med fokus på riskbedömningar, åtgärder och uppföljningar.

Registrering av beteendemässiga och psykiska symtom vid demens i BPSD registret kommer vara viktig del av arbetet under 2016. Ytterligare administratörer kommer att utbildas.

Följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler följs upp genom egna kontroller och punktprevalensmätning.

Fortsatt arbete med inkontinensvård.

Skapa tydlighet användandet av begränsningsåtgärder och enskildes samtycke.

Utvecklingsarbete NPÖ (nationell patient översikt) gällande informationsöverföring mellan andra vårdgivare och den kommunala hälso- och sjukvården införs.

Förbättra enhetens informationsöverföring och rapportering.

Intern uppföljning och granskning av HSL dokumentationen i Pulsen Combine.