



Patientsäkerhetsberättelse för Hälso-och Sjukvårdsteamet LSS

År 2015

Datum och ansvarig för innehållet

2016-01-31 Mia Arvholm, Christina Jungner & Maria Linghall

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Övergripande mål och strategier	4
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	4
Struktur för uppföljning/utvärdering	4
Uppföljning genom egenkontroll	5
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	5
Samverkan för att förebygga vårdskador	6
Riskanalys	6
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	6
Klagomål och synpunkter	6
Sammanställning och analys	7
Samverkan med patienter och närstående	7
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

Ekerö kommun övertog ansvaret för hälso- och sjukvårdsinsatser inom LSS upp t.om sjuksköterskenivå inklusive basal rehabilitering och habilitering gällande grupp- och servicebostäder samt dagliga verksamheter den 1/10 2015.

Ett nystartat team bildades bestående av en sjuksköterska, en distriktssköterska samt en arbetsterapeut och startade sin verksamhet med förberedande arbete i september 2015.

De viktigaste åtgärder som vidtagits i initialskedet för att öka patientsäkerheten har varit att kartlägga befintliga insatser och behov genom besök på samtliga enheter såväl kommunala som privata.

En säker överrapportering av patienterna från PAS/PAL inom primärvården har säkerställts genom personliga besök på respektive vårdcentral då även risker i samband med övertagandet har diskuterats samt fördelning av respektive ansvarsroller.

Samverkansmöten har hållits på Rehabilitering för paramedicinsk överrapportering.

Avtal med jourverksamhet ansvarig på kvällar, nätter och helger har upprättats och samarbetsrutiner gällande bl.a. informationsöverföring samt rutiner kring avvikelser och fallincidenter har upprättats.

Möte med representant från Apoteket AB har hållits avseende läkemedelsdistribution och nya rutiner kring läkemedelshantering.

Ett annat prioriterat område har varit delegeringar, där samtliga har setts över och förnyats.

Övergripande mål och strategier

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

Övergripande mål är att säkerställa en god och säker vård för våra patienter.

I patientsäkerhetsarbetet ingår att förhindra uppkomsten av vårdskador för vår målgrupp genom kvalitetssäkrade processer inom områden som t.ex delegeringsförfarande, förflyttningsteknik, medicinhantering, vårdhygien, hjälpmedelshantering och fortbildning för omsorgspersonal.

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 samt följer upp och utvärderar målen.

Produktionsområde Omsorg ansvarar för att planera, leda och kontrollera verksamheten så att kravet på en god och säker vård uppfylls enligt Hälso- och sjukvårdslagen. Produktion Omsorg har ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete för att tydliggöra och synliggöra verksamhetens kvalitet.

Hälso- och sjukvårdsteamet bestående av en sjuksköterska, en distriktssköterska och en arbetsterapeut ansvarar för att följa de riktlinjer som finns i ledningssystemet för hälso- och sjukvård i samverkan med kommunens medicinskt ansvariga sjuksköterska.

Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Ledningssystemet för Kvalitet inom produktionsområde omsorg beskriver processer som är viktiga i kvalitetsarbetet.

Avvikelsehantering följs enligt riktlinjer från MAS. Genomgång av avvikelser sker på APT-möten, ansvarig sjuksköterska återkopplar och följer upp händelserna med omsorgspersonalen. Samtliga avvikelser sammanställs och vidarebefordras till MAS en gång per månad.

Teamet har även påbörjat arbete med Basala hygienrutiner för LSS-boenden från 2016-01-01. Ambitionen är att det ska vara en stående punkt på APT-möten från år 2016.

Omvårdnadsstatus följs dels muntligt kontinuerligt med omvårdnadspersonal både vid APT-möten samt vid enskilda besök på enheterna. Ev. trycksår och risk för undernäring identifieras och följs genom uppdatering av vikt och inspektion av hudkostym kontinuerligt utifrån behov. Frekvens av kontroller skrivs in i vårdplanen.

Arbete sker preventivt i brukarens miljö för att förebygga fall såsom fallrisker i form av lösa mattor eller fallerande utrustning och även utrusta med hjälpmedel som förebygger fall, t.ex gånghjälpmedel, stödhandtag etc.

Övergripande omvårdnadsstatus dokumenteras i journal minst 1 gång per år samt vid förändring av status.

Vårdplan upprättas utifrån omvårdnadsstatus med precisering av vilka insatser som behöver göras, vad som är viktigt för omvårdnadspersonalen att åtgärda och kontrollera samt när insatserna ska följas upp och av vem.

Läkemedelsgenomgångar med PAS/PAL kommer att göras 1 gång per år.

Under 2016 kommer kvalitetsgranskning avseende läkemedelshantering att ske av apotekare från Apoteket AB tillsammans med MAS och sjuksköterskorna på Hälso- och sjukvårdsteamet LSS.

Uppföljning genom egenkontroll

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

Under den korta tid som verksamheten varit igång under år 2015 har vi inte kommit igång med egenkontroller utöver insamling av avvikelserapporter som samlas in regelbundet (minst var 14-e dag) och avhandlas på enhetens APT-möten. Rapport skickas sedan till MAS med ev. åtgärdsplan.

Egenkontroll i form av förståelsefrågor avseende delegeringskompendium har reviderats.

Förberedelser för PPM-BHK har inletts.

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

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Samtliga delegeringar har förnyats och aktualiserats.

Kontroll av läkemedelsförråd på enheter har skett.

Förnyade rutiner och fullmakter har upprättats med Apoteket AB

Nya blanketter för signering har introducerats. Dessa samlas in av PAS och sammaställning av utfallen görs kontinuerligt.

Arbetet med övergripande omvårdnadsplaner har initierats.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Uppdatering har gjorts av den patientinformation som medföljer patient till sjukhus.

Samverkansmöten med samtliga berörda vårdcentraler .

Avtal och överenskommelse med vårdcentralernas verksamhetschefer har upprättats avseende avvarsfordelning och risker i samband med övertagandet och informationsöverföring.

Samverkansmöten och överrapportering från Rehabverksamhet och Habilitering.

Informationsmöte med Jourverksamhet med bl.a upprättande av blankett för nya vårdärenden.

Risicanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

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

Hjälpmiddel: arbetsterapeut informerar, utbildar och följer upp användandet av medicintekniska hjälpmedel och gör individuella bedömningar av hjälpmedlen att de används på ett säkert och ändamålsenligt sätt.

Riskbedömning hos enskild patient görs vid behov enligt generella riktlinjer från MAS.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Regelbunden avvikelshantering genom uppsamling och genomgång på enheternas APT-möten.

Flödesschema för lokal avvikelshantering upprättat av MAS.

Klagomål och synpunkter

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

Inom produktionsområde Omsorg finns upprättat riktlinjer, informationsbroschyr och blankett för lämnande och hantering av klagomål och synpunkter De finns tillgängliga på kommunens hemsida och är aviserade på enheternas anslagstavlor.

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §

Samtliga klagomål och synpunkter registreras och diarieförs enligt upprättad rutin. Produktionschefen sammanställer årsvis och lämnar till socialnämnden.

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Information om kommunens övertagande av Hälso- och sjukvårds-insatser har delgivits patienter, anhöriga samt gode män och samtycke har inhämtats i förekommande fall.

Samtycke inhämtas vid informationsöverföring mellan övriga vårdgivare.

Kontaktinformation till ansvarig sjuksköterska/distriktssköterska och arbetsterapeut har aviserats på enheterna för patienter och anhöriga.

Information om hur man lämnar Synpunkter och Klagomål finns på enheternas anslagstavlor och websida.

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Alla delegeringar har setts över och förnyats. Skriftlig information vid nya delegeringar samt kontrollfrågor har uppdaterats.

Överrapportering och informationsöverföring av samtliga patienter har skett från primärvård, habilitering samt boendeenheterna.

Översyn av läkemedelshantering är utförd och förbättringsåtgärder är vidtagna.

Utbildning i Journalsystem Pulsen Combine har skett.

SITHS-kort för säker inloggning i olika IT-system har utfärdats för samtliga i teamet.

Samverkan i nätverk genom Forum Carpe har påbörjats.

Hjälpmedelinventering har påbörjats.

Övergripande mål och strategier för kommande år

Målet är att fortsätta säkerställa god och säker vård med individen i centrum.

Målet är att förbättra verksamhetens kvalitet och säkerhet genom att systematiskt identifiera, rapportera, analysera, åtgärda och utvärdera avvikelser, utvärdera, införa och åtgärda riskbedömningar anpassade för den enskilde individen.

Fortsatt säker läkemedelshantering med mål att införa Apo-dos på de enheter som idag saknar det.

Förflyttningsutbildning för omvårdnadspersonal.

Säkerställa enhetliga rutiner samt införa egenkontroller för basala hygienrutiner, läkemedelshantering.

Fortbildning inom vårdområde LSS.