



Patientsäkerhetsberättelse för Färingsöhemmet särskilda boende

År 2016

Datum och ansvarig för innehållet
2017-01-29

Pirjo Ridemalm sektionschef

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Övergripande mål och strategier	4
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	4
Struktur för uppföljning/utvärdering	5
Uppföljning genom egenkontroll	6
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	7
Samverkan för att förebygga vårdskador	9
Risikanalys	10
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	10
Hantering av klagomål och synpunkter	11
Sammanställning och analys	11
Samverkan med patienter och närstående	12
Resultat	12
Övergripande mål och strategier för kommande år	13

Sammanfattning

På Färingsöhemmet särskilda boende finns det 40 boendelägenheter varav 16 är till för personer med demenssjukdom och 4 är till för korttids och växelvård.

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

Under 2016 har Färingsöhemmet prioriterat förebyggande arbete, identifierat risker och arbetat systematiskt med avvikelser och händelseanalyser.

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

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.

Under 2016 har prioriterat område varit att skapa tydlighet runt skydds- och begränsningsåtgärder.

Övergripande mål och strategier

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

Den övergripande målsättningen är god och säker vård för den enskilde. Vårdskador ska hindras genom aktivt riskförebyggande arbete.

Vården som bedrivs inom sektionen ska präglas av den nationella värdegrunden för äldre och Ekerö kommuns värdighetsgarantier.

Den enskilde och närstående ska känna sig trygga med den vården och omsorgen som erbjuds.

Strategierna för vård och omsorg av hög kvalitet grundas på:

Att den enskilde är i focus

Strukturerad/organiserat kvalitetsarbete

Kunskapsbaserat arbetssätt

Viktigaste vägar för att nå målet är processer runt den enskildes delaktighet, lokala rutiner, avvikelshantering, riskanalyser, användandet av kvalitetsregistren, läkemedelshantering, teamarbete och samverkan, säkra inloggningar, dokumentation, rätt kompetens, att arbete baseras på kunskap (allmän och specifik), följsamhet till obligatoriska åtgärder och synpunkt och klagomålshantering.

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.

MAS ansvarar för riktlinjer för hälso- och sjukvården.

Produktionsledning ansvarar för ledningssystemet för kvalitet som beskriver processerna för att planera, leda och kontrollera patientsäkerhetsarbetet på ett sätt som leder till att kravet på god vård upprätthålls.

Sektionsledning ansvarar för att vården drivs enligt med kvalitetssystemet och i samverkan med primärvården och kommunens medicinskt ansvarig sjuksköterska. I ansvaret ingår adekvat resursanvändning och att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete.

Hälso- och sjukvårdspersonal, d.v.s. sjuksköterskor, arbetsterapeut och fysioterapeut har skyldighet att arbeta enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. Legitimerad personal har

ansvar att följa de riktlinjer och processer som finns i ledningssystemet för hälso- och sjukvård.

Omsorgspersonal får delegering för att utföra hälso- och sjukvårds arbetsuppgifter. Alla medarbetare ska aktivt medverka i det systematiska kvalitetsarbetet och följa lagar och regler samt rutiner som finns upprättade inom verksamheten. 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 kvalitet.

Lokala rutiner uppdateras och samlas i en dokumentdatabas.

Avvikelse och händelseanalyser följs upp på enhetsnivå via rapporter och journalgranskning samt rapporteras till MAS

Synpunkter och klagomål åtgärdas inom enheten och rapporteras till produktionsledning.

Riskanalyser och bedömningar med validerade instrument enligt följande: fall enligt DRFI skala, malnutrition enligt MNA skala, trycksår enligt NORTON skala, munhälsa enligt ROAG – skala, inkontinens enligt NIKOLA, smärta enligt VAS-skala/Abbey Pain Scale, BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom vid demens), Phase-Proxy/Phase 20 (skattningsskala för möjliga läkemedelsrelaterade symtom vid svår kognitiv svikt/skattningsskala för möjliga läkemedelrelaterade symtom)

Kvalitetsregistren (Senior Alert och Svenska Palliativa registret)

Används för att följa upp förebyggande arbete samt genomförda insatser och identifiera förbättringsområden.

Teambaserat arbetssätt

Att olika professioner deltar i bedömningen av risker och planeringen av åtgärder säkerställs med planeringarna.

Nationella punktprevalensmätningar

Enheten deltar i den nationella punktprevalensmätning gällande trycksår och fall samt basal handhygien och klädregler. Resultat återkopplas till medarbetarna för analys och gemensam utvecklingsplan.

Säker inloggning och loggkontroller

Säker personuppgiftshantering, kontroll av behörigheter och att informations hanteras enligt gällande lagstiftning.

Infektions register

Rapport av uppkomna infektioner och antibiotika användning följs upp kontinuerligt och rapporteras till MAS kvartalsvis. Uppföljning sker samråd med läkarorganisationen.

Läkemedelshantering och läkemedelsbehandlingar

- Läkemedelsgenomgångar
- Apoteksgranskning
- Lokala rutiner

Demensvård

Nationella riktlinjer för demensvård används för att säkerställa en god demensvård. Validerade bedömningsinstrument används för att planera personcentrerad vård och omsorg.

HSL -dokumentation

HSL- journal enligt patientdatalagen. Vårdplan upprättas och uppdateras vid risk enligt rutin.

Kompetens

Säkerställa att personalen har rätt kompetens utifrån den enskildes behov.

Uppföljning genom egenkontroll

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

Egenkontroll görs genom att följa upp och utvärdera den egna verksamheten följande:

Det finns årsplan för att uppdatera lokala rutiner utifrån verksamhetens processer.

Avvikelse och händelseanalyser följs kontinuerligt, återkopplas i HSL-möten, avdelningsmöten och kommuniceras med MAS.

Analys av klagomål och synpunkter sker kontinuerligt, sammanfattning årligen.

Registreringar och arbetssättet i BPSD, Senior Alert och Palliativa registren följs månadsvis med HSL och SOL-personal. MAS återkopplar resultatet samband med kvalitetsgranskning av hälso-och sjukvård årligen.

Teamarbete följs upp genom vårdplanering med den enskilde.

Läkemedelsgenomgångar planeras och följs upp enligt ett program från läkarorganisationen.

Granskning av HSL-journaler sker kvartalsvis.

Egenkontroll basala hygienrutiner och klädregler görs årligen.

Antibiotika behandlade infektioner registreras och sammanställs kvartalsvis.

Medarbetarens kompetens följs upp individuellt och enhetsnivån.

Resultat i öppna jämförelser används för helhetsperspektiv.

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

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Lokala rutiner

Lokala rutiner har förnyats och reviderats. En ny lokal rutin gällande skydds- och begränsningsåtgärder har formats.

Rutinen gällande den enskildes samtycke har uppmärksammats i olika processer; informationsöverföringar, skydds- och begränsningsåtgärder och registreringar.

Avvikelse

Genomgång av avvikelser gällande hälso- och sjukvård har skett på HSL-möten tillsammans med sektionschefen. Ansvarig sjuksköterska har återkopplat och följt upp händelserna i möten med omsorgspersonal. MAS tagit del av de uppkomna avvikelserna.

Identifierade förbättringsområden 2016 har varit att minska utebliven läkemedels dos.

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

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

Nutrition

Ett arbete för att förhindra undernäring hos äldre har skett genom individuella riskanalyser och vårdplaner 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 för att hitta lämpligt tillfälle för nattmåltid hos personer med risk. Registering har skett i Senior Alert.

Munhälsa

Folktandvården har erbjudit munhälsobedömningar för alla boende. Rekommendationer från tandhygienisten används som underlag i det dagliga arbetet. Den årliga utbildningen i munhälsa och munvård är genomfört. Enheten har haft även

interna handledningstillfällen av en sjuksköterska med specialistkompetens inom området.

Munbedömningsinstrument (ROAG= Revised Oral Assessment Guide) används och registreringen har skett i Senior Alert. Vårdplan upprättas vid risk.

Inkontinensvård

Kvalitetssäkring för att identifiera den enskildes behov av inkontinensplan genomfördes under hösten 2015. Under 2016 arbete med kvalitetsarbete har fortgått med stöd av extern specialist.

Implementering av lokala rutinen är genomfört.

Fall

Fallriskbedömningar har gjorts enligt DRFI och registrering har skett i Senior Alert. Rehab personal har bedömt rörelse- och aktivitetsbehov för den enskilde. Enheten har deltagit i nationella punktprevalensmätning gällande fall.

Trycksår

Riskbedömning för trycksår har gjorts enligt Norton och registrering har skett i Senior Alert. Relevant hjälpmedel har ordinerats. Enheten har deltagit i nationella punktprevalensmätning gällande trycksår.

Säker inloggning och loggkontroller

Inloggningar till databas med personuppgifter har skett med SITSH kort (läkemedel, tandvårdsenheten, HSL-journal, kvalitetsregistren) och behörighet förlängs årligen och kontrolleras kvartalsvis.

Loggkontroller är genomförda månadsvis.

Läkemedelshantering och behandling

Läkemedelsgenomgång minst en gång under året har planerats enligt föreskrifter från Socialstyrelsen. Läkaren och sjuksköterskan har genomfört uppföljning av läkemedelsbehandlingar i samråd med den enskilde.

Kvalitetsuppföljning av läkemedelshantering har skett. Förbättringar handlar om läkemedelsförråds kontroller och rutiner runt leveransavvikelser.

Alla som har fått läkemedelsdelegering har genomfört en intern utbildning under ledning av en sjuksköterska och utfört kunskapstestet.

Vårdhygien

Kunskapsbaserat arbetssätt inom vårdhygien säkerställs med E-utbildningar, hygienronder och observation av hygien teamet. De nationella punktprevalensmätningarna i basala hygienrutiner och klädregler är genomförd 2016.

Infektionsregistrering har genomförts och rapporterats till MAS.

Demensvård

Rekommendationerna i de nationella riktlinjerna inom demensvård används som stöd. Interna utbildningar har skett inom demensvården. E-utbildningar har används för att säkerställa baskunskap.

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

BPSD register har gett möjlighet att följa och förbättra insatserna på individnivå, men även i arbetssättet och metoderna på verksamhetsnivå. Flera registreringar har utförts för att skapa bemötandepän för att öka välbefinnande.

Palliativ vård

Vård vid livets slut har planerats individuellt utifrån rekommendationerna i de nationella riktlinjerna.

Svenska Palliativregistret har använts som stöd för att kvalitetssäkra vården i livets slutskede. För att säkerställa kunskap har vi haft intern utbildning och handledning.

Statistik från registret har använts för att uppmärksamma förbättringsområden.

Brytpunkt- och efterlevnadsamtal har erbjudits till den enskilde/närstående.

Rehabilitering

Hjälpmiddel har utprovats och skrivits av arbetsterapeut och sjukgymnast. ADL status har upprättas. Processen har utgått från helhetssyn där den enskilde är delaktig och focus är på det friska.

Utbildningar i lyft- och förflyttningsteknik har genomförts för nyanställda. All personal har haft möjlighet till handledning och utbildning vid behov.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Ekerö Vårdcentral är ansvarig för läkarinsatser på Färingsöhemmet. Lokal överenskommelse om samarbetsrutiner och ansvarsfördelning mellan läkare och sjuksköterskor finns underskrivet.

Informationsöverföring har skett både muntligt och skriftligt mellan olika aktörer för att säkerställa vårdkedjan.

Enheten 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 §

Det sker fortlöpande observationer och dialog av eventuella risker som skulle kunna medföra brister i verksamheten.

För att utveckla säkerhetskulturen har vi eftersträvat öppen kommunikation om risker och avvikelser.

Medarbetare från alla yrkeskategorier uppmärksammar och rapporterar risker vilket leder till analys. Åtgärder planeras och följs upp i det dagliga arbetet.

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 omvårdnadsansvarig sjuksköterska till omsorgspersonal och till den enskilde.

Klagomål och synpunkter

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

Klagomål kan lämnas muntligt, skriftligt eller via hemsidan.

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

Synpunkter och klagomål diarieförs och ansvarig chef utreder, analyserar och besvarar klagomålen. Inkomna klagomål redovisas 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.

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.

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

Granskningen/sammanställningen tas upp på sjuksköterskemöten och vid arbetsplatsträffarna.

Det klagomål som har hanterats under året har handlat om att närstående har fått vänta samt svårighet att kommunicera med sjuksköterskan.

Under 2016 har vi haft 25 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 uppmärksammat en viss underrapportering av läkemedelsavvikelser, speciellt försenade doseringar. 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 59. Varav 4 fall som ledde till skelettskada. Totalt antal registrerade fallincidenter är 198, flera fall registrerat på samma individ.

Övriga avvikelser handlar om brister i omvårdnad (tillsyn (1), försenad en fördröjt byte av omläggingsmaterial(1) samt utebliven planering i sårvård(1), handhavande av trygghetslarm (5), medicintekniska hjälpmedel(1), skydds- och begränsningsåtgärder(2), miljö (1), och beställning av taxitransport samt utebliven transport, felaktig adress vid transport från sjukhuset.

Brist på information till anhöriga efter en fallincident. Ingen av dessa övriga avvikelser har lett till skada, utredningar tillsammans med MAS är genomförda runt två avvikelser.

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Den enskilde och i förekommande fall närstående har varit delaktig vid upprättande av vård- och omsorgsplaner, genomförandeplan samt läkemedelsgenomgångar. 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.

Närstående informeras vid förändringar i den enskildes hälsotillstånd.

Anhörigträffar ordnas regelbundet. Det finns även skriftlig information om verksamhet tillgängligt för den enskilde samt närstående.

Närstående erbjuds ett uppföljningsamtal efter dödsfall.

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Strukturmått

Utbildningar som är genomförda bedöms ge verksamheten jämn kunskap/kompetensbas. Utbildningar har genomförts i munhälsa, sårvård, palliativ vård, demensvård, BPSD, patientsäkra förflyttningar, inkontinensvård och dokumentation.

Processmått

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

Omvårdnaden och omsorgen vid livets slut har följts upp individuellt och insatserna har registrerats i Svenska Palliativregistret.

Kvalitetssäkring inom området inkontinens för samtliga boende genomförts. Implementering av en ny lokal rutin gällande inkontinensvård pågår.

Registrering i BPSD har förbättrats/ökats och metoden har haft effekter i att tydliggöra sambanden mellan symtom och planerade åtgärder. Analysen har även förbättrat personcenterat förhållningssätt och samverkan på grund av att symptombilden blir tydlig.

Samtliga boende har fått läkemedelsgenomgång(ar). Apotekskontollen visar god och säker läkemedelshantering.

Avvikelsehantering med händelseanalyser har lett till att uppmärksamma sårbarhetsfaktorer inom den egna verksamheten och förbättringar bland annat: informationsöverföring, planering av insatserna för vikarier, följsamhet när det gäller rutiner.

Resultatmått

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

Inga trycksår har uppstått på boendet däremot under sjukhusvistelse eller ordinärt boende.

Måluppfyllelse

Riskbedömningen är utförd för alla boende inom nutrition, munhälsa, trycksår, fall, inkontinens. God följsamhet inom åtgärder och uppföljningar.

Registreringar är genomförda i kvalitetsregister för alla som har lämnat samtycke.

God följsamhet inom vårdhygien.

Den enskilde har varit delaktig vid läkemedelsgenomgångar, vård- och genomförandeplaner.

Väl fungerande samarbete och kommunikation mellan olika professioner.

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.

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

Säkerhetskulturen ska präglas av lärande, kollegial utbyte och öppen dialog.

Vi kommer att fortsätta kvalitetssäkra vården, förebygga vårdskador och använda kvalitetsregister (Svenska Palliativregistret, Senior Alert, BPSD) för att följa upp helheten.

Registrering av beteendemässiga och psykiska symtom vid demens i BPSD registret kommer vara viktig del av arbetet även under 2017.

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

Följa upp användandet av skydds- och begränsningsåtgärder och enskildes samtycke.

Arbete med NPÖ (nationell patient översikt) gällande informationsöverföring mellan andra vårdgivare och den kommunala hälso- och sjukvården behöver komma igång.

Nytt arbetssätt gällande hälso- och sjukvårdsjournal i samband av implementering av en ny modul i Pulsen Combine enligt ICF.

Utveckla och använda ledningssystemet för att visualisera processerna i säkerhetsarbete för medarbetarna.